

MIGRACIÓN Y SALUD



María de Lourdes Rosas-López
Riccardo Colasanti
Coordinadores

ediciones
del lirio

U UPAEP

Migración y salud

Coordinadores

María de Lourdes Rosas-López (UPAEP)

Riccardo Colasanti (Rielo Institute)



Migración y Salud

Primera edición, febrero de 2022

Este libro fue sometido a proceso de dictamen bajo el sistema de revisión por pares doble ciego.

DR © Ediciones del Lirio, S.A. de C.V.
Azucenas 10, Col. San Juan Xalpa,
Del. Iztapalapa, C.P. 09850, Ciudad de México.
<www.edicionesdellirio.com.mx>

Cuidado de la edición: Sigfrido Bañuelos
Diseño editorial: Miguel Ángel Reyes Fernández
Diseño de forros: Ana Patricia Reyes Fernández

ISBN UPAEP: 978-607-8631-60-5
ISBN Del Lirio: 978-607-8837-18-2

Hecho en México
Made in Mexico

Índice

Introducción

María de Lourdes Rosas-López 9

Criminal violence, mental trauma, and the central american child migration surge of 2011-14

Richard C. Jones 29

An hospital-based outpatient facility for refugees: an “HERA” study on asylum seekers’ mental health

Emanuele Caroppo, Patrizia Brogna,] Pierluigi Lanzotti y Lugi Janiri 53

Integración social y salud en población colombiana y mexicana en Santiago

Nicolás Gissi B., Susana Martínez R. 69

Cogniciones y prácticas parentales en contexto de migración: Una revisión teórica

Ana María Gallardo Zanetta 95

Derechos de salud sexual reproductiva, interculturalidad, migración, desarrollo social y Cooperación Internacional

Magdalia Maribel Hermoza Vinuesa y Paola Tatiana Vaca H. 115

Migración de profesionales de enfermería y del cuidado de la salud de México a Estados Unidos, 2010-2014, 2015

José Luis Ávila y Selene Gaspar Olvera 147

Introducción

María de Lourdes Rosas-López¹

La salud constituye uno de los principales factores que delinear los rostros de las migraciones. La migración está en la historia de todos los grupos de seres humanos. Migramos para mejorar la calidad de nuestra vida, por reunificación familiar, para escapar de la pobreza, por supervivencia. En las migraciones el esfuerzo humano va acompañado de esperanza; sin ella no hay motor para dejar la tierra donde nacimos. Se ha intentado clasificar a los migrantes por sus propósitos para iniciar el desplazamiento; la literatura actual indica que los migrantes no persiguen solo propósitos de mejorar su situación económica, o únicamente salvaguardar su vida de las amenazas o exclusivamente escapar de la pobreza extrema, sino más bien conjuntan varias razones para dejar su país de origen, como lo han señalado Crawley and Skleparis (2018) en su estudio sobre las migraciones que se originaron en Syria, Afganistán, Yemen e Irak con el propósito de llegar a Europa, y también lo ha reportado Cornelius (2018) en su trabajo sobre guatemaltecos, salvadoreños y hondureños que transitan por México con destino a Estados Unidos. Esta suma de razones para dejar el país de origen muestra la complejidad de las vidas de los migrantes potenciales antes de salir de su patria. Pero si bien la vida previa al desplazamiento internacional evidencia diversas vulnerabilidades, para iniciar la migración se requiere salud, es decir, hay un efecto de selección en las personas que migran.²

1 Dra. en Ciencia Social con Especialidad en Sociología por El Colegio de México y Profesora Investigadora de la Facultad de Política y Gobierno de la UPAEP. Formó parte del Comité Organizador del «Congreso Internacional Salud y Migración. Analizando las Implicaciones Locales, Nacionales e Internacionales», del cual dan cuenta estas Memorias.

2 Aunque hay estudios que comparando diferentes grupos étnicos inmigrantes en Estados Unidos encuentran que el efecto de selección se observa en latinos y asiáticos, pero no en

La vulnerabilidad asociada a las razones para migrar suele incrementarse por las características de los migrantes y por las condiciones del proceso migratorio. Los migrantes más vulnerables son personas que se desplazan sin documentos, viviendo en clandestinidad (Coutin, 2005) durante todo o parte del tiempo transcurrido entre la partida del país de salida hasta la ciudad del país de llegada. La migración que realizan desde el país de origen al país de destino en muchas regiones migratorias puede caracterizarse como un desplazamiento complejo,³ el cual incluye el tránsito por uno o más territorios nacionales, el cruce de una o más fronteras internacionales, el encuentro con la implementación de las diferentes políticas migratorias y sus cambios, así como la presencia de la industria de la migración con actividades de reclutamiento laboral, provisión de servicios legales y de remesas, comunicación, tráfico de personas, transporte, etcétera. En la industria de la migración se encuentran implicados diversos actores tales como empresas que proporcionan los bienes y servicios a los migrantes, organizaciones de la sociedad civil y religiosas, gobiernos y hasta grupos criminales (Hernández-León, 2005, 2013; Collyer, 2007). Por ello, el tránsito se vuelve un proceso lleno de riesgo que puede culminar en violencia y muerte (Leyva-Flores et al., 2019), situación a la que se le ha descrito como «the human cost of migration» (Ehrkamp, 2020: 1203).

Más aún, durante el desplazamiento complejo las investigaciones realizadas indican que las jornadas migratorias no son lineales, es decir, las personas tienen que desviar su camino de las rutas iniciales, detenerse para reorganizar sus estrategias migratorias porque su salud ha sido deteriorada o porque carecen de recursos económicos y trabajan para adquirirlos (Kaytaz, 2016), permanecer en otro país al que han sido transferidos mientras esperan la resolución de su aplicación de solicitud de refugio, como es el caso de quienes van a un país que pertenece a la Unión Europea (Caroppo, 2013). Dada la extensión temporal de las jornadas, las personas experimentan transiciones en el estatus migratorio, pues de ser solicitantes de asilo pueden volverse indocumentados al pasar de un país a otro o en el mismo país en el que se encuentran debido al término de la vigencia de los documentos obtenidos (Sigona, 2018). Es decir,

blancos (Abraido-Lanza et al., 1999; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015).

3 Hemos decidido llamarle así a la migración por el trabajo de Ehrkamp (2020), quien se refiere a la complejidad del tránsito al citar los factores que incluyen estas migraciones: «the routes migrants take, the countries and oceans they traverse, state efforts and violence to contain migration, legal spaces, and migrants' experiences and narratives of their journeys across space» (p. 1203).

la jornada migratoria es una jornada fragmentada (Mainwaring y Brigden, 2016) y tiene espacios donde los migrantes corren más riesgos, a los que se les ha llamado «precarious transit zones» (Hess, 2012: 248), añadiendo complejidad al hecho de migrar. A mayor complejidad en el desplazamiento, mayor deterioro de la salud de los migrantes como lo han reportado trabajos realizados en Europa con menores migrantes de origen africano y asiático (Curtis et al., 2018; Giordano et al., 2019), con población adulta en Italia (Caroppo, 2013), investigaciones hechas en México con población centroamericana (Leyva-Flores et al., 2016), artículos realizados con población venezolana en Sudamérica (Doocy et al., 2019), etcétera.

Los estudios que tradicionalmente se habían hecho sobre la migración no forzada y su salud en la sociedad de acogida –fundamentalmente en Estados Unidos, Canadá y Australia– muestran una mejor salud de los inmigrantes que de la población nativa, situación a la que se le ha llamado «immigrant paradox» y fundamentalmente se aplicaba a la población hispana con bajos niveles de ingreso y educación (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015; Markides y Rote, 2015). Nuevas investigaciones muestran que la salud de los migrantes se deteriora con el tiempo en la sociedad de destino, a tal punto que disminuye su esperanza de vida, sobre todo la de aquellos que pertenecen a la segunda generación del mismo grupo étnico, llamando la atención el trabajo de Van Hook et al. (2020). Otros son los estudios que profundizan en la salud de la migración forzada, señalando cómo su llegada al país de destino está acompañada por su deteriorada salud; por ejemplo, de aquellos que huyen de las guerras, la violencia generada por las pandillas y otros grupos delincuenciales (Keller et al., 2017), las hambrunas, las devastaciones a su espacio geográfico generadas por el cambio climático (Burrows et al., 2020), etcétera. Las migraciones de poblaciones vulnerables muestran diversas condiciones de salud que constituyen un reto a los estudiosos de los desplazamientos geográficos de los seres humanos.

El *Congreso Internacional Salud y Migración. Analizando las Implicaciones Locales, Nacionales e Internacionales*, se realizó del 11 al 13 de enero de 2018 en la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), ubicada en la ciudad de Puebla, México. Fue realizado por Rielo Institute for Integral Development (Instituto Rielo) y por la UPAEP, siendo los presidentes del Congreso el Dr. Emilio José Baños Ardavín (rector de la UPAEP) y el Dr. Luis Casassus Latorre (director del Instituto Rielo). En su convocatoria, el Congreso se constituyó como «un espacio de reunión de los diversos actores interesados e implicados en la salud de los migrantes internacionales en el mundo» e invitó a

presentar «las diversas realidades de salud física, emocional y mental de los migrantes [...] para mejorar sus condiciones de vida». La invitación hizo un llamado a expertos en migración a presentar resultados de sus investigaciones sobre las siguientes temáticas: «enfermedades infecciosas, adicciones, salud sexual y reproductiva, salud mental, aspectos legales y económicos, salud pública, servicios de emergencia y sociales para migrantes y elementos culturales implicados en la salud de la población que se desplaza» (*Congreso Salud & Migración*, 2018). El Comité Organizador del Congreso estuvo encabezado por la Dra. Annalisa Saccà, el Dr. Riccardo Colasanti y la Dra. María de Lourdes Rosas López. El secretario de dicho Comité fue Christian Samuel Lavadores Álvarez, quien fue acompañado en el trabajo por María Laura Valerio Aragón, José Carlos Monterrey y Mara Fernanda Castilla (†), todos alumnos de la Licenciatura en Ciencias Políticas. También recibimos la colaboración entusiasta de un grupo de estudiantes de la misma licenciatura, quienes estuvieron presentes durante el Congreso apoyando en actividades de recepción y de logística.

El Congreso tuvo más de 500 asistentes provenientes de México, Estados Unidos, Italia, Ecuador y Chile. Contó con cinco conferencias magistrales: «La experiencia de un migrante», pronunciada por el astronauta de origen mexicano Jose Hernández; «La Iniciativa de Salud de las Américas y su impacto en la población migrante», de Xóchitl Castañeda (directora de Health Initiative of the Americas, School of Public Health UC Berkeley); «Salud de los inmigrantes en la frontera norte de México y en Estados Unidos», a cargo de Vincent Guilamo-Ramos (director de The Center for Latino Adolescent y Family Health Co-Chair, New York University); «Situación social y de salud de los refugiados sirios y su impacto epidemiológico y económico en el sistema de salud de Turquía», pronunciada por Seval Akgün (Baskent University, Ankara, Turquía), y «Salud y migración. Una perspectiva de salud pública», a cargo de Maurizio Marceca (Sapienza University of Rome). Además, hubo para todos los asistentes otras cinco conferencias, páneles de expertos y presentaciones de proyectos que atienden la salud de los migrantes. Los investigadores que acudieron a presentar resultados de sus investigaciones presentaron 50 ponencias, agrupadas en los siguientes tópicos: salud mental; salud de mujeres migrantes; salud pública; economía y salud de migrantes; flujos migratorios y crisis; emergencias de salud; marcos legales sobre salud y migrantes; sociedad, culturas, salud y migración; humanidades médicas y migraciones, y servicios sociales de salud para migrantes. Estas Memorias son una muestra seleccionada de los trabajos presentados por estos investigadores.

El Comité Científico del Congreso realizó una selección de las mejores ponencias entregadas a tiempo y en forma. Estas se sometieron a una dictaminación de doble ciego con expertos en salud y migración y de las temáticas abordadas en los trabajos, quienes realizaron otra selección y pidieron correcciones o aclaraciones a los trabajos. Los autores tuvieron la oportunidad de mandar las versiones corregidas de sus ponencias a los dictaminadores y una segunda dictaminación de estos fue determinante para constituir el conjunto de trabajos que se presentan en estas Memorias. El primer trabajo es la investigación sobre menores migrantes del profesor estadounidense Richard C. Jones; posteriormente, cuatro investigadores italianos encabezados por Emanuele Caroppo muestran los resultados de su investigación en solicitantes de asilo; continuamos con el estudio de Nicolás Gissi y Susana Martínez sobre integración de población colombiana y mexicana en Santiago de Chile; en seguida, Ana María Gallardo Zanetta aporta los resultados de una investigación teórica sobre cogniciones y prácticas parentales en las sociedades de destino; en quinto lugar, Magdalia Maribel Hermoza y sus colaboradores presentan los resultados del proyecto «Derechos de salud sexual reproductiva, interculturalidad, migración, desarrollo social y Cooperación Internacional», realizado en Ecuador; finalmente, José Luis Ávila y Selene Gaspar Olvera aportan el componente de la migración de mexicanos profesionales de la salud, en específico del sector de enfermería, a Estados Unidos. A continuación, presentamos las investigaciones que se publican.

El trabajo del Dr. Richard C. Jones, «Criminal Violence, Mental Trauma, and the Central American Child Migration Surge of 2011-14», se propone mostrar el proceso violencia-trauma-migración, abordando las causas del surgimiento del alto volumen migratorio de menores no acompañados provenientes de los países del Triángulo Norte de Centroamérica hacia Estados Unidos en tres escalas analíticas: global, individual y espacial.

En el nivel analítico global su trabajo es de sumo interés, pues estimando la correlación entre el volumen de menores migrantes no acompañados y factores causales en los países del Triángulo Norte (en los que incluye el desempleo, la pobreza y los homicidios), así como en Estados Unidos (políticas migratorias interpretadas a favor de la inmigración de menores –propuestas de reformas de ley, cambios a legislaciones y programas que difieren las deportaciones– y el empleo), encuentra que los factores relacionados con el surgimiento de la migración de los menores no acompañados son los factores de atracción de la sociedad receptora y no los de expulsión del país de origen. Al enfocar su análisis en los individuos, el Dr. Jones se centra en la relación

violencia y trauma e incluye información de menores y adultos, encontrando que el trauma de la experiencia de la violencia en el país de origen (en el periodo posterior a las guerras civiles en algunos estudios y en la etapa previa a la migración de 2014), sumada a otros factores de vulnerabilidad familiar (la falta de un padre, problemas económicos o violencia al interior del hogar), detonaron las migraciones.

A nivel espacial, la investigación estudia la relación violencia-trauma-migración en El Salvador y Honduras. Con datos de los 14 departamentos de El Salvador de 2013 a 2014, el Dr. Jones encuentra asociación positiva sustancial entre homicidios y violencia percibida por la presencia de pandillas, así como asociación moderada positiva entre la asociación anterior y el volumen de la migración de menores no acompañados en 2014. Para el caso de Honduras, el profesor de la Universidad de Texas no solo muestra la correlación estadística sustancial entre el volumen de menores no acompañados en 2014 y homicidios a nivel de los departamentos de ese país, sino las similitudes de los patrones geográficos. Debe destacarse la inclusión que hace el autor del modelo «dual violence thresholds», de Bohra-Mishra and Massey (2011), para explicar la relación violencia-trauma-migración en Honduras, el cual presenta un proceso con dos umbrales: cuando en un país los disturbios civiles se tornan en violencia, ocurre el primer umbral en el que las personas deciden permanecer en casa para evitar la violencia y el trauma de migrar; pero como la violencia incrementa, el costo de permanecer es mayor que el de migrar, momento en el que ocurre el segundo umbral, pues la violencia se experimenta a nivel personal. Al abordar las causas de la migración de menores en Honduras, el Dr. Jones encuentra diferencias importantes entre la correlación de la migración de menores y las amenazas a sus vidas de no involucrarse en actividades relacionadas con el narcotráfico o con las pandillas, concluyendo que la migración de los menores se vincula de manera mucho más fuerte con las actividades del narcotráfico que con las de las pandillas.

Finalmente, el autor indica que su estudio es útil al mostrar el rol entre puntos geográficos y violencia y la migración a Estados Unidos, información que puede ser usada por los siguientes actores con algunos de estos propósitos: el Departamento de Seguridad Nacional de Estados Unidos (United States of Homeland Security) puede emplear la información para diferir las deportaciones de solicitantes de asilo que han residido en tales regiones antes de migrar a Estados Unidos, dado el peligro que implica el retorno a sus regiones de origen en Honduras; los gobiernos de los países centroamericanos pueden usarla para rehabilitar a miembros de pandillas y generar empleos en

su beneficios; este estudio puede ser útil para programas de intervención psiquiátrica en salud mental en las regiones donde la experiencia del trauma ha afectado más a los hondureños; finalmente, países de origen y destino también pueden emplear los resultados para identificar a los migrantes potenciales y generar programas de información en los que se les muestren los riesgos de migrar a Estados Unidos.

El Dr. Emanuele Caroppo, Patrizia Brogna, Pierluigi Lanzotti y Lugi Janiri, son los autores de la investigación «An hospital-based outpatient facility for refugees: an “HERA” study on asylum seekers’ mental health». Su trabajo presenta los resultados de una evaluación que realizaron en 2014 a 180 solicitantes de asilo en la Unión Europea, quienes fueron transferidos a Italia desde otro Estado miembro de la misma (en adelante, EMUE) en cumplimiento con el Reglamento de Dublín, el cual establece a qué EMUE deberá transferirse el solicitante de asilo. La población que estudiaron fue transferida a Italia, país responsable de examinar las aplicaciones. Los solicitantes de asilo llegaron a Roma y allí permanecieron en un centro de asilo, esperando la decisión sobre su solicitud. Al ser solicitantes de asilo, los miembros de la población estudiada son considerados como población vulnerable, ya que son víctimas de tortura, violaciones o de otras formas de violencia psicológica, física o sexual. A esto debe agregarse el tiempo de permanencia en el centro de asilo, que se ha asociado con incremento en desórdenes mentales en este tipo de población.

Los investigadores encuentran que en Italia y en los EMUE hay pocos estudios en solicitantes de asilo con altos índices de Trastorno de Estrés Posttraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) con alto riesgo de reacción disociativa y angustia psicológica prolongada en el contexto de la vida en aquellos que presentan síntomas de PTSD y los datos que existen carecen de una metodología confiable, en específico carecen de observaciones detalladas y análisis objetivos sobre las condiciones de salud y psicológicas de la población observada. Por ello, evaluaron cómo la ausencia de difusión de un programa común para tratar la salud de esta población entre los Estados miembros de la Unión Europea tuvo un impacto negativo en la salud global de la población observada; además, estimaron los efectos de la Regulación de Dublín en las condiciones crónicas de vulnerabilidad, especialmente los síndromes reactivos psicológicos, las adicciones y los comportamientos deliberados de autolesión e intento de suicidio.

El grupo estudiado fue diagnosticado con PTSD, antes de su transferencia al aeropuerto Fiumicino, en Roma. La muestra fue seleccionada considerando que los solicitantes de asilo hubieran experimentado diferentes eventos traumáticos, objetivos y subjetivos. La información de los solicitantes de asilo con

la que trabajaron los investigadores fue sociodemográfica, factores de riesgo médico y de historia psicopatológica (tratamientos psicofarmacológicos pasados y en curso, antecedentes de ideas suicidas y conductas de autolesión). La población estudiada permaneció en el centro donde fue hospedada en Roma por más de 6 meses, tiempo en el cual el equipo de investigadores estuvo presente las 24 horas del día en todo el tiempo del tratamiento.

La media de edad de la población estudiada fue de 22 años. Los buscadores de asilo presentaron homogeneidad en sus características socioeconómicas y fueron transferidos desde Suecia, Noruega, Dinamarca, Alemania, Suiza, Austria, Los Países Bajos, el Reino Unido, Francia y otros EMUE. La forma demográfica de migrar fue la siguiente: 15 fueron transferidos con su familia, 8 eran padres solteros con hijos y 148 fueron transferidos solos (80 hombres y 68 mujeres). En este grupo había 32 menores de edad (de 3 meses a 17 años). Los participantes en el estudio muestran el siguiente nivel educativo: 42 tenían educación media y se encontraban asistiendo a la escuela secundaria, 13 tenían grado de licenciatura concluido, 15 habían suspendido sus estudios de grado en su país y 18 asistían a la universidad en el momento del estudio. Provenían fundamentalmente del Medio Oriente y del norte y del centro de África. Los países de los que huyeron eran Siria, Irán, Irak, Afganistán, Eritrea, Somalia, Nigeria y Pakistán. La mayoría profesaba una de las siguientes religiones: el islam o el catolicismo y en menor medida afirmaron ser protestantes o seguidores de cultos animistas tradicionales.

La migración que realizó la población objeto de estudio es conocida como migración forzada y las razones que los llevaron a tomar la decisión de migrar son las siguientes: escapar de una zona en guerra (30%), persecución política (30%), discriminación religiosa o sexual (15%) y pobreza o hambruna o ambas (25%). El estudio encabezado por el Dr. Caroppo encontró que 80% de los solicitantes de asilo habían sido personalmente victimizados mediante torturas habiendo sido detenidos o no. Los problemas mentales que presentaron, así como su distribución en orden de mayor frecuencia, es la siguiente: trastorno de síntomas somáticos (24%), depresión (23%), trastornos disociativos (12%), adicción a sustancias (15%) y psicosis no especificada de otra forma (8%). El estudio encontró que 40% tuvo síntomas de desorden mental después de 6 meses de permanencia en el primer centro gubernamental donde se les hospedó; más de 50% se encontraba bajo prescripción psicofarmacológica antes de la transferencia a Italia; los efectos cognitivos de las experiencias traumáticas mostraron que cerca de 50% manifestó síntomas intrusivos como sueños y recuerdos angustiantes (15% y 31%, respectivamente), mientras

que alrededor del 26% mostró una memoria deteriorada con dificultades para recordar la experiencia traumática. Los autores también señalan la incidencia negativa de factores asociados al proceso migratorio en la salud mental, como el cambio de lugar de residencia, las expectativas frustradas, la marginalización y la exclusión social, las dificultades de integración, la carencia de apoyo familiar, el estatus migratorio, el desempleo, etcétera.

Finalmente, los investigadores italianos señalan que no hay un procedimiento común de asistencia de salud y social para apoyar a los solicitantes de asilo en cada país europeo, aunque sí hay buenas prácticas en los sistemas de recepción. Pero se requiere un procedimiento aceptado y practicado por los EMUE para las personas con Síndrome Migratorio de Dublín («Dublin migration syndrome») –como ha llamado el Dr. Caroppo (2013) al padecimiento de quienes han experimentado la transferencia a un país diferente al que decidieron llegar, sumada a las experiencias traumáticas de la migración forzada. Por ello, los autores de la investigación concluyen que se necesita difusión y un sistema de comunicación que impacte al personal médico y de cuidados de la salud de los EMUE, de forma que estos puedan proporcionar una mejor atención a la población objetivo, altamente vulnerable. Se precisa también organizar un sistema de información médica común para garantizar un tratamiento igual a los solicitantes de asilo. Finalmente, su experiencia les lleva a afirmar que se requiere investigación y desarrollo para determinar la vulnerabilidad de esta población a través de un programa común de rehabilitación que les permita tener mejores condiciones de vida general.

El Dr. Nicolás Gissi B. y la antropóloga Susana Martínez R., en su trabajo «Integración social y salud en población colombiana y mexicana en Santiago. Análisis comparativo de la relación de los migrantes con el sistema de salud chileno», analizan la relación de los migrantes colombianos y mexicanos con el sistema de salud chileno, el cual tiene una doble vertiente: la pública, a cargo del Estado, y la privada. En esta investigación de corte antropológico, los autores emplean información de entrevistas cualitativas a profundidad realizadas a migrantes colombianos y mexicanos con estatus migratorio regular, seleccionados con criterios teóricos e intencionales en la Región Metropolitana de Santiago, pues concentra más de la mitad de los migrantes que viven en Chile (el total es 1 251 225). Siete comunas les permitieron dotar al trabajo en campo de heterogeneidad social y urbana: Santiago-Centro (central), Estación Central (peri-central), Huechuraba y San Ramón (periféricas), así como Ñuñoa, Providencia y Las Condes (sector de renta alta).

El primer aspecto que destacan los investigadores es la atención doméstica a padecimientos menores y en algunos entrevistados incluso la experiencia con el sistema de salud es inexistente, dado que algunos no han enfermado de manera considerable como para asistir a un hospital. Por tanto, dejando fuera a este grupo de migrantes, la relación con el sistema de salud es clasificada en este trabajo en cuatro categorías o ejes centrales: acceso, costo, trato y tiempo dedicado-invertido. El trabajo inicia abordando el trato que reciben los colombianos y los mexicanos en el sistema de salud chileno, encontrando que no hay diferencias importantes con la población nativa. El acceso es definido en la investigación como «la posibilidad de ser atendido y cómo los migrantes se enfrentan al problema de recibir salud en Chile». A pesar de que la ley en Chile garantiza a todos los migrantes el acceso a la salud en casos específicos (lactancia, embarazo y emergencias vitales), la investigación encuentra que el acceso rápido está mediado por las relaciones con el personal de salud, que en el caso de los informantes esta relación proviene de una derivación de capital social de otras relaciones con las que cuentan. Aún más, el capital social mejora la atención en salud. Pero los mismos entrevistados declaran que es un problema chileno, pues lo observan para población inmigrante y ciudadanos nacidos en este país. El costo es considerado muy alto y los servicios médicos reciben la evaluación de un negocio abusivo, carente de ética y el Estado es reprobado, pues no se le perdona su falta de intervención. Es de llamar la atención que el costo también es mal calificado en su relación con el tiempo en tres aspectos: a) por el largo tiempo de espera para recibir la atención; b) por el tiempo que dedica un médico a una consulta médica, que en las entrevistas señalan es de 10 o 15 minutos y que consideran insuficiente para ser consultados de manera profesional, pues no realizan una historia médica del paciente que les permita determinar su padecimiento de forma correcta, c) y por el tiempo largo transcurrido entre la consulta médica y la realización de exámenes diagnósticos de laboratorio o gabinete que permitan determinar con mayor precisión el diagnóstico por el que acudió el paciente a la consulta. Los tres aspectos anteriores derivan en una evaluación de costo ilegítimo de la atención médica. En este aspecto coinciden mexicanos y colombianos y resaltan la diferencia con sus sistemas de salud de sus países de origen: si pagamos, no esperamos.

Los autores concluyen señalando que las interacciones con el sistema de salud pueden definir trayectorias migratorias, pues son un elemento fundamental con la integración a la sociedad receptora, en la que intervienen las políticas migratorias en este caso enfocadas a la salud, los capitales social y

económico de los migrantes, así como las protecciones institucionales de los mismos migrantes, que para esta investigación fundamentalmente son los seguros privados de tipo internacional contratados –por los mismos sujetos que migran o por las instituciones para las que trabajan o los gobiernos que les proporcionan una beca para estudiar– antes de migrar a Santiago de Chile.

La investigación de la Dra. Ana María Gallardo Zanetta, «Cogniciones y prácticas parentales en contexto de migración: una revisión teórica», haciendo eco a Perreira (2006), pone el acento en la migración como «decisión parental» y presenta una revisión teórica sobre «aculturación parental». Sus preguntas de investigación son dos: ¿qué es lo que cambia? y ¿cómo cambia? en el ejercicio de la parentalidad al migrar, específicamente en los ámbitos de las cogniciones y de las prácticas. La Dra. Gallardo, refiriéndose a Bornstein y Bohr (2011), inicia definiendo el proceso de «aculturación parental» como el «balance entre las cogniciones y prácticas parentales propias de la cultura de origen y las de la cultura receptora», señalando además que es un proceso de ajuste que constituye un desafío para los padres, pues se espera de ellos que sean adultos «competentes» o «adaptados» en el país de destino.

Las cogniciones parentales surgen del ajuste entre los modelos de crianza observados en los padres y las experiencias de la parentalidad, y se definen como «esquemas mentales que organizan atribuciones, percepciones, metas, expectativas y conocimiento acerca de la crianza y el desarrollo óptimo infantil». Por supuesto, tienen un efecto mediador en las prácticas parentales. Su función es la de un mecanismo para regular el cuidado de los hijos. Si bien son relativamente estables, en contextos de migración pueden cambiar durante la infancia por el proceso de aculturación que experimentan los hijos o pueden modificarse por decisión de los propios padres para ajustarse a la sociedad de acogida. Entre las cogniciones parentales pueden citarse las atribuciones parentales, definidas como «las inferencias causales que las personas realizan para explicar por qué las cosas suceden de determinada manera»; las actitudes parentales, concebidas como las disposiciones positivas o negativas de los padres hacia sus hijos; la autoeficacia parental, que es la creencia que tienen los padres en sí mismos para influir la vida de sus hijos; la auto-percepción parental, definida como la imagen que de sí mismos tienen los padres como mejores o peores en el ejercicio de su rol, y el conocimiento en parentalidad, definido como la comprensión que tienen los padres del rol que realizan.

Las prácticas parentales son las conductas observables de los roles ejercidos por los padres. Los principales factores que afectan las prácticas parentales son los bajos ingresos familiares y sus impactos en la escasez económica

de los hogares, en el estrés de los padres, en la inseguridad residencial, etc., derivando en problemas de conducta de los hijos; la depresión materna, cuyos efectos son la disminución de la calidad de la relación madre-hijo o la ausencia de esta, en casos extremos, y el idioma de la sociedad de llegada, cuya falta de manejo de los padres deriva en procesos de aculturación asíncronos con los hijos y rupturas de comunicación, que se vuelven un factor de riesgo en las prácticas parentales.

Finalmente, la investigadora considera que los resultados de investigaciones sobre parentalidad tienen impacto en programas de intervención para apoyar familias migrantes, de forma tal que pueden orientar los aspectos a intervenir y la manera en la que deben realizarse las intervenciones, dependiendo del efecto esperado en las familias migrantes, pues es importante considerar los conocimientos y prácticas que han permanecido en el tiempo, así como los que han cambiado –con consecuencias positivas en los hijos y en el rol de los mismos padres. Por ello, son varios los campos que impactan investigaciones sobre la parentalidad: las políticas públicas, dado el incremento de familias migrantes incidiendo en la interculturalidad de nuestras sociedades; la formación a las familias en centros de apoyo gubernamentales, de la sociedad civil, religiosos, etc.; la atención en consultorios especializados en familias, y los centros de información para familias. Un elemento que no debe olvidarse en la atención a las familias es la sensibilidad por las diferentes culturas de los distintos grupos de migrantes, ya que es vital para comunicar la ausencia de choques entre las familias inmigrantes y los especialistas o directores de programas de apoyo, quienes deben enfocarse en las necesidades y expectativas de los primeros.

Magdalia Hermoza, Paola Vaca y Lennin Vaca contribuyen en estas memorias con su trabajo «Derechos de salud sexual reproductiva, interculturalidad, migración, desarrollo social y Cooperación Internacional», el cual reporta los resultados de la iniciativa local «Proyecto Intercultural de Salud Reproductiva», realizada en el Cantón Otavalo, Ecuador. Este proyecto se hizo en alianza estratégica con el gobierno municipal, la Dirección Provincial de Salud y el Ministerio de Salud Pública y fue financiado y asesorado técnicamente por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), al ser ganador del concurso regional y nacional «Buenas Prácticas en Maternidad Segura (2011-2012)», realizado por la Organización Panamericana de Salud OPS/OMS, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

El trabajo dirigido por la investigadora Hermoza se enmarca en la construcción de una vida mejor para un sector poblacional que vive una doble vulnerabilidad: ser indígena y ser mujer. De manera específica, esta vida mejor se centra en la salud sexual y reproductiva de las mujeres que acuden a atenderse al Hospital Cantonal San Luis de Otavalo, Unidad de Salud perteneciente a la Red Pública de Atención de Salud, localizada en la ciudad de Otavalo, la cabecera del Cantón del mismo nombre, ubicado en la Provincia de Imbabura. Otavalo se localiza a 110 km al norte de Quito, capital de Ecuador. Según datos del Censo de Población y Vivienda del año 2010, el cantón Otavalo cuenta con 104 874 habitantes; de esta población, el 37.53% habita en la ciudad; la mayoría de la población del cantón es indígena, de la nacionalidad kichwa, aunque también hay un número considerable de población kichwa-kayambi; la inmigración indígena que experimenta es interna, del campo a la ciudad, y sus razones para desplazarse son mejorar sus condiciones económicas con la comercialización de los productos artesanales que realizan, situación que los lleva a vivir cambios, los cuales en el caso de las mujeres y su vida sexual y reproductiva tienen un gran impacto por el reto del ajuste migratorio en contexto de alta vulnerabilidad cultural, como lo expresan los autores del documento:

[...] la ausencia de confianza en los servicios de salud y la lejanía con su entorno y difícil acceso a los servicios de salud, han propiciado que no haya controles prenatales, ni asistencia profesional, ni tradicional ancestral, lo que desencadena complicaciones obstétricas.

La Dra. Magdalia Hermoza, investigadora que encabeza este trabajo, indica que la situación ha derivado en el señalamiento negativo al Cantón Otavalo, el cual fue calificado en 2003 como «área de riesgo de muerte materna y tétanos neonatal» (Hermoza, 2010). Sumado a esto, el proyecto nace porque a pesar de que existe la Ley de maternidad gratuita en Ecuador, garantizando la atención de salud durante el embarazo, parto y posparto y al acceso a programas de salud sexual y reproductiva, las mujeres indígenas no acuden a los servicios de salud como se esperara. Los autores del trabajo indican que las fases del proyecto fueron la etapa de diagnóstico, la de «Construcción del Modelo de Salud Sexual Reproductiva con Enfoque Intercultural» y la implementación del mismo. La primera, permitió indagar en las percepciones de las mujeres indígenas usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva y el personal de salud que las atiende (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería). Este diagnóstico incluyó a 320 mujeres indígenas –a las que

se les aplicó un cuestionario estructurado– y a 40 empleados prestadores de servicios de salud –con quienes se realizaron entrevistas. En estos últimos, se exploró su conocimiento de las costumbres de la cultura indígena en relación con el embarazo, parto, posparto y planificación familiar; sus actitudes en la atención del parto, las dificultades en la atención a las mujeres indígenas, incluidas las barreras, tales como las costumbres y creencias, la resistencia a usar los servicios de salud, el miedo y el idioma; la opinión sobre el trabajo de las parteras; sus consideraciones sobre los cambios que deberían realizarse en el hospital, y sus necesidades para implementar los cambios, destacando en 6 de cada 10 entrevistados el conocimiento sobre salud intercultural y en 25% el conocimiento básico de la lengua kichwa.

Los resultados del diagnóstico realizado a las mujeres indígenas indican que 64% de aquellas que alguna vez habían dado a luz durante su vida, el alumbramiento había ocurrido en su domicilio, auxiliadas por parteras y en menor proporción por familiares; las razones señaladas fueron las siguientes: su temor al hospital; en el hospital no observan las prácticas de salud de su cultura, señalando fundamentalmente el acompañamiento de familiares, los espacios con temperatura cálida, el respeto al pudor y el poco cuidado recibido en el hospital, y porque en el hospital tienen otras prácticas que violentan sus creencias en la atención de los partos, fundamentalmente el baño previo al parto y los tactos que les realizan. Además, afirmaron que su temor al hospital está relacionado también con el trato discriminatorio del hospital. También se preguntó a las mujeres por sus preferencias para dar a luz, tales como la posición, estar acompañadas por sus familiares, la atención de parteras, la comida, el espacio físico de las salas y el destino final de la placenta. Los resultados permitieron orientar la siguiente etapa del Proyecto.

La segunda fase, la de la «Construcción del Modelo de Salud Sexual Reproductiva con Enfoque Intercultural», tuvo el propósito de «superar el desencuentro intercultural existente en la atención de salud». En esta fase se incluyeron diversas actividades para el personal de salud: sensibilización, capacitación, incorporación de atributos étnicos en los registros de los pacientes, aprendizaje de la lengua kichwa, etcétera. La tercera etapa cristalizó el modelo en la implementación de la sala de parto culturalmente adecuada, con respeto a la cosmovisión, cultura y tradiciones de la atención de salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas, fundamentalmente adecuando el espacio físico, incorporando la presencia de sus familiares, respetando su pudor al cambiar la bata de hospitalización e incorporando la elección libre de la posición del parto, introduciendo infusiones de plantas medicinales, capacitando a las

parteras para que tuvieran mayor participación en la atención de las mujeres, incorporando la lengua kichwa y construyendo la Casa Espera Materna.

El aporte que realiza el documento muestra la vinculación investigación e intervención, incorporando los diferentes actores implicados en mejorar la vida de las mujeres: gobierno, a nivel nacional y local, el Hospital Cantonal San Luis de Otavalo y su personal de atención a la salud, las mujeres indígenas usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva, las parteras que suelen atender a las mujeres indígenas, y los organismos internacionales que reconocieron el valor del Proyecto, lo financiaron y asesoraron. En materia de salud y migración, este trabajo constituye una muestra del impacto del conocimiento multidisciplinario en migración, salud sexual y reproductiva y derechos de las mujeres, del liderazgo de la Dra. Hermoza y todos los que colaboraron en el Proyecto, de la voluntad política del gobierno nacional y local y del apoyo de organismos internacionales como la Organización Panamericana de Salud, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Población de Naciones Unidas.

José Luis Ávila y Selene Gaspar, en su trabajo «Migración de profesionales de enfermería y del cuidado de la salud de México a Estados Unidos, 2010-2014, 2015», presentan el fenómeno migratorio del personal de enfermería mexicano hacia Estados Unidos. En la primera parte abordan los factores que explican las migraciones internacionales de enfermeras, destacando la lógica económica de *push/pull* y el concepto de *brain drain*; la interrelación envejecimiento de la población del país de destino y migración de ciertos perfiles laborales, como el de las enfermeras; los impactos benéficos en la composición de la oferta laboral para la sociedad de llegada y los costos de inversión en capital humano para el país de origen, así como la disminución de la oferta profesional en el mismo; los motivos que declaran las enfermeras para migrar, destacando trabajar, estudiar, las condiciones laborales y salarios de los países de destino; las variables asociadas al desplazamiento internacional, tales como la edad, el ingreso, tener familiares en el país de llegada, las malas condiciones laborales y el bajo salario en el país de origen. Los investigadores inciden en los factores de atracción de Estados Unidos, específicamente la demanda de profesionales de enfermería por el envejecimiento de la población, el incremento en la esperanza de vida en los estadounidenses y la necesidad de reemplazo de enfermeras.

En el segundo apartado, Ávila y Gaspar se enfocan en describir el impacto de la población hispana y de la población mexicana, tanto la nacida en México como la de origen mexicano, en los profesionistas, licenciados, técnicos y

auxiliares de enfermería en Estados Unidos. Los autores del trabajo muestran cómo la matrícula de enfermería de 2010 a 2015 muestra mayor incremento a nivel maestría (44.8%) que a nivel licenciatura (23.5%) y doctorado (8.1%), y la matrícula de los hispanos o latinos ha crecido porcentualmente mucho más que la de los nativos blancos. Algunas de las razones señaladas son los altos estándares que se exigen en las acreditaciones y certificaciones de la licencia para ejercer la profesión, así como los requisitos de reembolso de las organizaciones privadas y de gobierno. En el universo de las personas ejerciendo la enfermería de Estados Unidos se encuentran 7.1 millones (datos de 2015), de los cuales 1.3 millones son inmigrantes internacionales y entre esto los mexicanos ascienden a 64 035 (ocupando el tercer lugar entre los países que más enfermeras aportan al mercado de trabajo estadounidense). La población nativa de origen mexicano contribuye con 158 416 cuidadores de la salud en el campo de la enfermería. Ahora bien, si fijamos la atención en algunos estados, la población de origen mexicano y la nacida en México realizan algunas contribuciones muy significativas; por ejemplo, en California, Nuevo México y Texas representan entre 10% y 20% del total de los prestadores de servicios de la salud; concretamente en el grupo de profesionales de la enfermería, en California, Nevada y Nueva York aportan entre 20% y 40% del personal.

En la tercera sección comparan los perfiles sociodemográfico y laboral de cuatro grupos poblacionales que tienen como profesión la enfermería: los inmigrantes mexicanos, los inmigrantes no mexicanos, los nativos de origen mexicano y los nativos blancos no hispanos. Esta comparación les permite realizar las siguientes afirmaciones: en cuanto al grado de escolaridad, «la inmigración mexicana presenta una menor proporción de población con estudios de licenciatura o más grados de escolaridad que los nativos blancos no hispanos y otros inmigrantes, pero superior a los nativos de origen mexicano». En el grupo de los inmigrantes, destacan los siguientes hechos: los mexicanos tienen mayores desventajas en algunos atributos para el éxito laboral, tales como la falta del dominio del idioma inglés y no ser ciudadano estadounidense; en la categoría «contar con estudios en el país de origen», la desventaja es para los no mexicanos (72.1%); en el atributo «contar con estudios mixtos» (en el país de acogida y en el de destino) la ventaja es para los mexicanos (23.7%), quienes superan de manera importante a los no mexicanos (15.9%).

Los autores de la investigación encuentran que todos los profesionistas de enfermería presentan altas tasas de participación económica, pues más de ocho de cada diez son económicamente activos. El desempleo es mayor en los mexicanos y en los nativos de origen mexicano que en los otros grupos, situa-

ción debida a la falta de certificaciones y problemas burocráticos. Los autores llaman la atención sobre la necesidad de que los países de origen y destino realicen acciones conjuntas para promover certificaciones, reconocimientos y equivalencias de estudios, cursos de idioma y programas de orientación en general. En el análisis de las competencias profesionales se destaca la ventaja de los nativos blancos no hispanos en ocupaciones de graduados en enfermería (58.3%), a diferencia de los inmigrantes mexicanos (31.7%), situación relacionada con la brecha salarial y la «desventaja de ser mexicano» como le han llamado Giourguli, Gaspar y Leite (2006) a los bajos salarios de este grupo, cuya explicación va más allá de problemas de certificaciones profesionales, relacionándose con la discriminación de origen étnico.

Finalmente, los investigadores José Luis Ávila y Selene Gaspar señalan que el envejecimiento poblacional de Estados Unidos y sus insuficientes medidas de formación de recursos humanos de enfermería y para atender la demanda de servicios son los factores que subyacen a su déficit de recursos humanos de estos profesionales de la salud. La inmigración de enfermeras constituye un gran aporte laboral, no solo porque alivia su déficit, sino por sus efectos estabilizadores de salarios a la baja, la disminución de inversión nacional en recursos humanos de este sector profesional y su alivio al sistema de pensiones por la juventud de los inmigrantes cuando llegan a Estados Unidos. Si bien la emigración de mexicanos a Estados Unidos es histórica y la migración de profesionales de la enfermería es parte de una tendencia global, significa para México una fuga de capital humano en el que el Estado mexicano ha hecho una gran inversión, cuando este país también tiene déficit de este tipo de expertos de la salud y presenta emergente envejecimiento demográfico.

Estas Memorias constituyen un conjunto de productos de investigación –aunque no exclusivamente, como pudimos ver en el trabajo dirigido por Magdalia Hermoza– dictaminados mediante un proceso de doble ciego, que permiten analizar la complejidad de abordar la salud de la población migrante; son una muestra del compromiso investigativo de los profesionales de diversas disciplinas dedicados cotidianamente al trabajo de la población que se desplaza con la esperanza de tener una mejor vida. Presentamos las Memorias como un reconocimiento a su trabajo, a su talento y a sus contribuciones. Este documento también es una expresión de la gratitud a todos los que hicieron posible este Congreso, fundamentalmente al Instituto Rielo y a la UPAEP, así como a todos los que respondieron a la convocatoria, reafirmando su compromiso profesional en favor de los migrantes y su salud.

Referencias

- Abraido Lanza, A.F.; Dohrenwend, B.P.; Ng-Mak, D.S., & Turner, J.B. (1999). The Latino Mortality Paradox: A Test of the «Salmon Bias» and healthy Migrant Hypothesis. *American Journal and Public Health*, 89(10), 1543–1548.
- Bohra-Mishra, P., & Massey, D. (2011). Individual Decisions to Migrate During Civil Conflict. *Demography*, 48, 401–424.
- Burrows, K.; Pelupessy, D.; Khoshnood, K., & Bell, M.L. (2020). The Effect of Displacement on the Association Between Landslides and Mental Wellbeing. *AGU Fall Meeting Abstracts*.
- Caroppo, E. (2013). L'heure bleue della mente: quel momento in cui tutto è possibile. La Sindrome Dei Migranti Dublino. *Arel la Rivista*, 2, 180–187.
- Congreso Salud & Migración (2018). *IV Congreso Internacional Salud y Migración. Analizando las implicaciones locales, nacionales e internacionales*. Recuperado el 1 de 02 de 2021: <<https://www.saludmigracionpuebla.com/>>.
- Doocy, S.; Page, K.R.; de la Hoz, F.; Spiegel, P., & Beyrer, C. (2019). Venezuelan Migration and the Border Health Crisis in Colombia and Brazil. *Journal on Migration and Human Security*, 7(3), 79–91.
- Giordano, F. Cipolla, A.; Ragnoli, F., & Bruno, F.B. (2019). Transit Migration and Trauma: the Detrimental Effect of Interpersonal Trauma on Syrian Children in Transit in Italy. *Psychological Injury and Law*, 12, 76–87.
- Hermoza, M. (2010). *Hacia la construcción de un modelo de salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural*. Quito, Ecuador: Graphus.
- Keller, A.; Joscelyne, A.; Granski, M. and Rosenfeld, B. (2017). Pre-migration trauma Exposure and mental Health Functioning Among Central American migrants Arriving at the US border. *PLoS ONE*, 12(1).
- Leyva-Flores, R.; Infante, C.; Servan-Mori, E. et al. HIV Prevalence Among Central American Migrants in Transit Through Mexico to the USA, 2009–2013. *J. Immigrant Minority Health* 18, 1482–1488 (2016). <<https://doi.org/10.1007/s10903-015-0268-z>>. (2016). HIV Prevalence Among Central American Migrants in Transit Through Mexico to the USA, 2009–2013. *Immigrant Minority Health*, 18(6), Leyva-Flores, R., Infante, C., Servan-Mori, E. et al. HIV Prevalence Among Central American Migrants in Transit Through Mexico to the USA, 2009–2013. *J Imm*1482–1488.
- Markides, K.S., & Rote, S. (2015). Immigrant Health Paradox. En R. A. Scott, & M. C. Buchmann. *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences: An Interdisciplinary, Searchable, and Linkable Resource* (pp. 1–15). John Wiley & Sons.

- National Academies of Sciences Engineering, a. M. (2015). *The Integration of Immigrants into American Society*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Van Hook, J.; Frisco, M.L., & Graham, C.E. (2020). Signs of the End of the Paradox? Cohort Shifts in Smoking and Obesity and the Hispanic Life Expectancy Advantage. Van Hook, Jennifer, Michelle L. Frisco, and Carlyn E. Graham. 2020. *Signs of the End of the Paradox? Cohor Sociological Science*, 7, 391–414.

Criminal violence, mental trauma, and the central american child migration surge of 2011-14

Richard C. Jones

Professor of Geography, Department of Political Science
and Geography

University of Texas at San Antonio, One UTSA Circle,
San Antonio TX USA 78249. richard.jones@utsa.edu

Trabajo preparado para su presentación en el IV Congreso Inter-
nacional Salud y Migración, organizado por upaep y riid, en la
ciudad de Puebla, México, del 11 al 13 de enero de 2018.

Abstract

The proximal causes of the Central American child migration surge, especially those dealing with trauma from exposure to violence, have been inadequately explored. At the “global” level, for the entire Northern Triangle over time, research suggests that the surge was a result of permissive US policies coupled with economic recovery, at a time when violence in Central America was decreasing. This research ignores evidence of the cumulative effect of criminal violence (homicide) that had reached a climax by 2011. At the “individual” level, research on pre-migration trauma among Central American refugees at the US border reveals higher levels of violence against individuals, and higher PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) and depression, for El Salvador and Honduras, where US migration rates were high; than for Guatemala, where they were low. At the “spatial” level, case studies for El Salvador and Honduras tend to support the assertions above. A “dual threshold model” is supported for Honduras.

Keywords: Child migration surge, Central America, mental trauma, criminal violence.

Resumen

Las causas inmediatas del “flujo migratorio de niños centroamericanos,” especialmente aquellas que tratan del trauma derivado de la violencia, no se han explorado adecuadamente. A nivel “global”, considerando el Triángulo Norte a través del tiempo, los estudios sugieren que el flujo migratorio fue el resultado de las políticas permisivas estadounidenses, junto con su recuperación económica, al mismo tiempo en que la violencia criminal (homicidio) en Centroamérica estaba bajando. Estos estudios ignoran la evidencia cumulativa que ya había llegado a un punto culminante en el año 2011. A nivel del individuo, las investigaciones sobre el trauma pre-migratorio entre los refugiados centroamericanos en la frontera estadounidense, revelan más violencia contra los individuos, y más PTSD y depresión, para los salvadoreños y hondureños, que para los guatemaltecos. A nivel “espacial”, los estudios de caso para El Salvador y Honduras tienden a apoyar las afirmaciones de más trauma para estos dos grupos. Hay apoyo para un modelo de “doble umbral” (*dual threshold*) en Honduras.

Palabras clave: flujo migratorio de niños, Triángulo Norte, violencia, trauma.

Introduction

The “surge” of undocumented Central American migrants crossing into the US from Mexico during the spring and early summer of 2014 actually began three years earlier, in 2011. Although it was sudden and unanticipated, it was less than the surge during the civil wars of the 1970s and 1980s (Jones, 1989; Lehoucq, 2012). From slight growth in the years just prior to 2011, the numbers of “other than Mexicans” (largely Central Americans) apprehended at the US/Mexican border grew almost fivefold between FY 2011 and 2014, doubling between 2011 and 2012 alone (United States Custom and Border Protection [USCBP], 2011-2014). By way of comparison, the stream of Salvadorans apprehended at the US border increased more than tenfold between 1979 and 1981 (Jones, 1989).

What made this 2011-2014 surge unusual was that a significant proportion of the stream (about one fifth in 2014) was children under 18 unaccompanied by a parent or guardian. In 2014, the children and the larger stream of which they were a part were in roughly equal proportions from Honduras, Guatemala, El Salvador, and Mexico (the first three are referred to as the “Northern Triangle”) (USCBP, 2011-2014).

This paper focuses on causes of the 2011-14 surge in unaccompanied children and adults from the Northern Triangle of Central America. It does so at three *scales of analysis*: (1) the “*global*,” which includes the entire Northern Triangle region and proposes a number of macro-causal forces as determinants of migration numbers over time; (2) the *individual*, including actual migrant demographics, perceptions, and revelations of criminal violence and trauma; and (3) the *spatial*, including disaggregated data for departments of El Salvador and Honduras that record homicides, beliefs about violence, and child migration to the US.

The principal goals of this study are to illustrate the importance of units of analysis in attributing this migration to one or the other cause, and to investigate the linked process of

VIOLENCE → TRAUMA → MIGRATION

in greater depth than studies that investigate these phenomena at a single scale of analysis. A further goal is to show the special importance of geographic analysis in the understanding of social phenomena. Finally, I will suggest the practical importance of this study.

The data used in the analyses below are all from secondary sources; thus the mode of observation is *unobtrusive research*. The indicators for the concepts below were extracted from an exhaustive search of published data available online from the respective government agencies in the Northern Triangle, and from the website of the US Customs and Border Control. The names of the government agencies are given after the indicators, below, and full citations appear in the References.

A brief synopsis of research on causes of the surge

The basic causes of the surge in migration of children from the Northern Triangle in 2011-14 are not especially difficult to ascertain. They include violence (Cruz, 2013), economic factors (Hiskey, Malone & Orcés, 2014), and US policies (Chishti & Hipsman, 2015). Determining their relative importance is more challenging. Researchers often have disciplinary blinders that hinder their view of causal forces outside their field of expertise, and this becomes quite evident in the inherently interdisciplinary field of migration studies.

Violence and Trauma

The surge has roots in civil wars that wracked the region between 1970 and 1990, and the political and economic instability that followed in 1990-2010. Between 1970 and 1990 popular insurrections in Guatemala and El Salvador (as well as Nicaragua) pitted US-backed anti-communist elites against peasant and indigenous groups seeking agrarian reform and labor rights—with Honduras serving as a staging area for US involvement and a refuge from the violence (Lehoucq, 2012; Pérez, Booth & Seligson, 2010). In this period, a diaspora of Salvadorans sought refuge in the US, especially in Los Angeles where Salvadoran youth formed gangs to protect themselves from Mexican-American gangs. However, many Salvadoran delinquents were deported back to El Salvador, where they helped turn local gangs into criminal organizations that later dispersed to Guatemala and Honduras. In the 1990s, *mano dura* policies against gangs, crime, and popular dissent led to human rights abuses and insecurity that were factors that incubated and nurtured the brutal criminal gangs MS 13 and Barrio 18, and others, in the region (Cruz, 2013).

After 2010 several studies identified violence and gangs as the main stimulators of child migration. A study for the American Immigration Council

(Kennedy, 2014) summarized interviews with 322 families in San Salvador whose children were returned as a result of deportation from Mexico to El Salvador in early 2014. When probed as to why they migrated *when they did*, the majority claimed “crime and violence” in their city of origin; almost half of the children lived in a neighborhood with at least one gang, two-fifths went to a school with a gang presence, and a third had been pressured to join a gang. In a second study, 404 children were interviewed in facilities of the US Office of Refugee Resettlement in mid-2013 (United Nations High Commissioner on Refugees [UNHCR], 2014). Regarding the factors compelling them to leave home, half cited violence in society and a fifth cited domestic violence. In a third study, Anastario *et al.* (2015), using LAPOP (Latin American Public Opinion Project) survey data for over 8000 Central American respondents, in addition to data from the Salvadoran Department of Migration and Foreigners’ survey of child migrants repatriated to El Salvador from the US, found an increasing importance of security problems (crime, violence, and gangs) over time in the responses, and a decreasing importance of economic factors. Other studies and newspaper accounts sensitize the reader to the threat of violence faced by some migrants from the region (Archibold, 2014; Martinez, 2014; Nelson, 2014; Robles, 2014; US Conference of Catholic Bishops, 2013).

Economic Factors

Economics has long been involved in migration from the Northern Triangle to the US. Before 1970 Central American migration was largely intra-regional, responding to labor demands in the export agriculture sector (Mahler and Ugrina, 2006). During the civil war period economic factors continued to be important (Jones, 1989), and after the peace accords unequal neoliberal economic growth led to increasing migration (Robinson, 1998). “Vicious cycles of instability” (Garni, 2010, p. 332) followed the civil wars, breeding suspicion of others and creating economic distress in the form of inequality, loss of land and dwellings, hunger, and poverty. Based on her interviews with 85 adult migrants and community leaders in California and Central America, Garni concludes that these privations, coupled with economic re-structuring that bypassed the small farmer, promulgated continuing US migration. Brabeck, Lykes & Hershberg (2011) echo many of the same observations; their respondents felt that migration was the only way they could “give [their] children a life, a future, what you yourself never had” (p. 287). A report in 2010 by Catholic Relief Services on 790 child migrants interviewed in shel-

ters, detention centers, and border crossings in Mexico and countries of the Northern Triangle found that by far the most prevalent reason given for migrating was “to seek employment” (60%), and next was family reunification” (21%); violence was not mentioned. Finally, and more recently, Hiskey *et al.* (2014) found that the receipt of remittances (a proxy for family ties as well as economic motivations), rather than the experience of violence, was most strongly related to intended migration (Hiskey *et al.*, 2014, p. 8).

Policy Factors

In still other accounts, US policies are implicated as the principal factor in child migration. In a key article, Chishti and Hipsman’s (2015) argument for policy causes is buttressed by four pillars. First, debates in Congress in 2013 and early 2014 gave hope to Central American families that if their children could make it to the US before mid-2014, they would have legal channels to be able to remain. Second, provisions in the Trafficking Victim Protection Reauthorization Act [TVPRA] required that children from Central America be given an opportunity to present their claims for protected status, and thus (given court backlogs and the overloaded Department of Health and Human Services shelter facilities) children were being released to their families until their court cases came up. The assumption that this procedure was a “*permiso*” to stay, and that this assumption was widely-held by the person-on-the-street in the Northern Triangle, was “well-documented by numerous investigative journalists” (The El Paso Intelligence Center [EPIC], 2014). Third, in 2010 and forward, the “Morton memos” (circulated within the Obama administration, later surfacing as “family interest directives”) targeted high-priority non-citizens guilty of a crime and mandated the Department of Homeland Security [DHS] to give other non-citizens “prosecutorial discretion” on the basis of age, caretaker status, and home country conditions. In fact, removals of minors declined almost fivefold between 2008 and 2013. Fourth, and finally, the Deferred Action for Childhood Arrivals [DACA], designed to defer deportation of “Dreamers” -children whose undocumented parents brought them to the US prior to 15 years of age- was issued in 2012. To qualify, a child had to have lived in the US for at least five years, but this detail may have been lost on hopeful families at the origin. In a report for the Congressional Research Service (Kandel *et al.*, 2014), the TVPRA is cited as an important element, in addition to DACA. House Domestic Policy Council Director Cecilia Muñoz is cited as stating that “misinformation about immigration law and administration actions regarding

minors that is being deliberately promulgated by criminal networks” was a prime factor in the surge. An article by Erica Greider (2014) offers that DACA was a well-intentioned policy given that the Dream Act was then languishing in Congress, but that its requirement of a five-year residency never made it into Guatemalan and Honduran news reports. In summary, these studies argue that in substantial measure, by 2014 the misinterpretation and misunderstanding of US policies had led to children turning themselves in to the US Border Patrol because they felt they would be granted permission to stay in the United States (see Preston, 2014a, 2014b).

The “global” Scale-Child Migration, employment, political climate, and homicides over time in the northern triangle

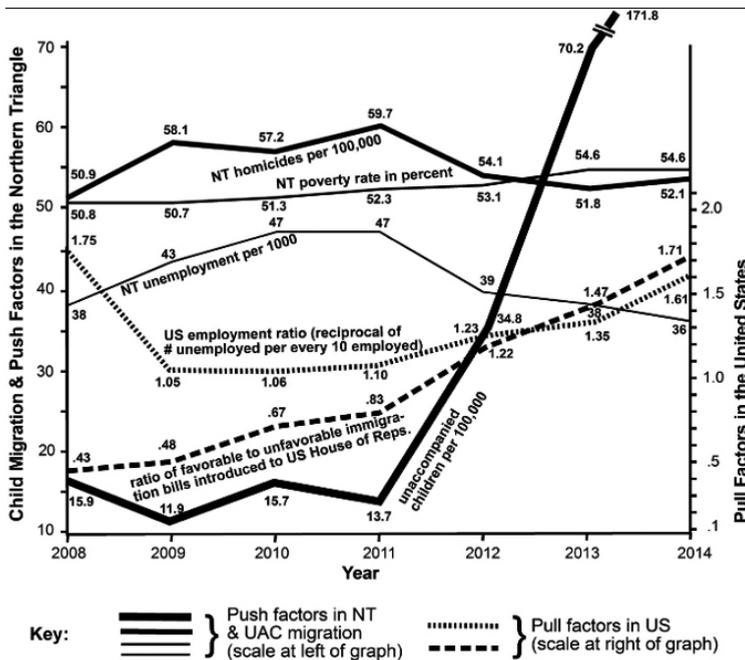
The regional picture for the Northern Triangle over the period leading up to and including the surge (2008-2014) is a complex tapestry of these three forces, but one that leads us to a single conclusion: poverty and violence in the region did not co-vary with the migration surge, whereas economic and political conditions in the US did (Figure 1).

The trend in *unaccompanied children* per 100 000 population of the region appeared relatively flat until 2011, after which it moved exponentially upward (the surge). It appears that no other trend can match this exponential jump in migration. However, short of this, upon closer inspection the *US employment ratio* and the *favorable House immigration bill ratio* are more or less concordant with migration before as well as after the surge. The same cannot be said for NT unemployment, poverty, or homicides. I will examine these trends year-to-year from 2008 to 2014.

Between 2008 and 2009, US employment declined (as a function of the Great Recession), and along with it so did UAC migration, suggesting a possible connection. Regarding conditions in the NT, homicide and unemployment rates both rose over the period—occurrences that would have been expected to motivate child migration, not reduce it. *Between 2009 and 2010*, there was an uptick in migration that roughly corresponded with an increasingly favorable legislative climate in the US and rising unemployment in the NT. Homicides, however, decreased slightly over this period. *Between 2010 and 2011* the US child migration rate dropped even as homicides increased. *After 2011*, we wit-

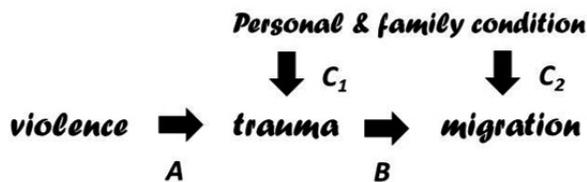
ness the initiation of the child migration surge—a more than doubling of the migration rate between 2011 and 2012—a surge that continued into 2014. This surge was disproportionate and unrelated to all but two of the five indicators—the US employment ratio and the favorable House legislation ratio. US employment finally made a definitive rise out of its recession hangover. The favorability of immigration bills introduced to the US House of Representatives also accelerated after 2011; it will be recalled that 2012 was when the executive branch issued directives on TVPRA, DACA, and the first of several family interest directives, after which there was apparently a halo effect among Democrats in the Congress that echoed the President’s directives. In stark contrast, NT homicides and NT unemployment were discordant, abruptly declining after 2011. These developments were insufficient, however, to make any dent in the child migration surge, which continued unabated.

Figure 1. Temporal Trends in Unaccompanied Child Migration from the NT, and Trends in Proposed Causes, 2008-2014



The individual Scale-Violence, Trauma, and Migration

The correspondence of trends over short periods of time for the entire region gives a partial and misleading picture of the problem. Despite the slight declines in homicides for the region, El Salvador and Honduras still have among the highest homicide rates in the world. The peaking of homicides in 2011 may have (nevertheless) exceeded some threshold that triggered the surge, or failing that, there are countries, departments, towns and neighborhoods where homicides are very high or increasing. Most germane to the current section, the traumatic effects of perceived and experienced violence are felt at the *individual and family levels*. That is where the violence-trauma relationship is mediated by family situation and psychological condition of the person to induce the decision to migrate or stay put. This is also where intervention by government and medical authorities would be most effective, although research indicates that potential migrants seldom seek such help (Keller, Joselyne, Granski & Rosenfeld, 2017, p. 8). In this section, I discuss research, for both adult and child migration, on the linkages identified by A-C, below:



It should be noted that in 2014 four-fifths of Central American unauthorized migrants apprehended at the Southwestern border were adults (US Customs and Border Protection, 2014).

The Relationship between Violence and Trauma (PTSD)

Analysis of how violence results in trauma for Central American refugees (link A) tends to focus upon the period just *after the civil wars of the 1980s*.

In one such study, Masser (1992) interviewed 31 Central American refugee children (accompanied by their caregivers) at the Clínica Oscar Romero in Los Angeles, as they were waiting to be seen by a pediatrician. A battery of questions was asked, measuring (1) witnessed pre-migration violence perpetrated by outsiders (military, guerrillas, death squads) on family members; (2) separation of the child from parents or other guardians; (3) a series of “other” family-related factors including alcoholism, domestic violence, physical disability, and other family psychopathologies; and (4) PTSD, as measured by responses to questions on nightmares, fear of separation, delusions, compulsive behaviors, etc. Masser concluded that the highest levels of PTSD were experienced by children who suffered from a combination of these factors. However, closer inspection of her results reveals that PTSD prevalence was 73% among those who had witnessed violence (*vs.* 13% for those who had not). This compares to 62% for those separated from a caregiver (*vs.* 28% for those not separated), and 38% for those expressing other problems (*vs.* 44% for those not). These results implicate *witnessed external violence* as the principal correlate of PTSD. They are interesting from another angle. In studies on the psychological and educational stresses faced by Dreamer children (children brought to the US prior to 15 years of age by their undocumented parents or another adult), the absence of a parent is of greater importance than the migration experience *per se* in the educational and personal success of the child (Chaudry *et al.*, 2010; Landale, Thomas & van Hook, 2011). The Masser study illustrates how other factors than experienced violence enter into trauma (link C₁ in the above diagram)

In another post-civil war study, McCloskey, Fernandez-Escuer, Southwick & Locke (1995) interviewed 70 pairs of migrant mothers and their children in Tucson, Arizona, organized into three groups: Central American refugees (n=22); Mexican migrant women who had experienced conjugal violence (n=24); and Mexican migrant women who had experienced no such violence (n=24). I focus on the first and third groups. The Central American women, contacted through a refugee service agency in Tucson, experienced political violence prior to migration in addition to the trauma from the migration itself. The non-abused Mexican migrant women (as a control group) faced only the trauma of migration. These two groups included mother-child pairs—the child was between 5 and 12 years old and was randomly selected in situations where there was more than one child. Both mother and child responded to two sets of questions, one dealing with violence (12 items) and the other with stress defined by PTSD indicators (10 items). Not surprisingly, PTSD was much

more common among the Central American mothers and their children, than among the Mexican mothers. The mean PTSD scores for the former were .464 (mothers) and .428 (children); for the latter, only .133 (mothers) and .242 (children). The difference was thus attributed largely to trauma associated with *violence from war*. An interesting additional finding was that witnessing of traumatic incidents was much less prevalent for children than for mothers, for reasons likely related to the shielding of children from these events.

A final post-civil war study by Michultka, Blanchard & Kalous (1998) was carried out on 50 adult refugees from Central America living in Arizona and averaging 27 years old, of whom 34 were diagnosed with PTSD and 16 were not so diagnosed. In a multiple regression analysis that included histories of depression (the HRSD scale) and anxiety (ADIS and HARS scales), in addition to length of exposure to violence, the only factor that uniquely discriminated between these two groups was the *number of war experiences*, followed by the severity of trauma. The length of exposure to violence had little effect, suggesting to the authors that the refugees may have become more accustomed and desensitized to violence over time. This conclusion coincides with that of a study of recent Central American violence and migration by Hiskey *et al.* (2014).

The Relationship between Trauma and Migration

The relationship between violence-induced trauma and international migration (link B in the diagram above) is exemplified by Keller *et al.* (2017). In Keller's study, 234 recent Central American adult migrants were interviewed at the Sacred Heart Catholic Church in McAllen, Texas, in between their apprehension by the CBP and their court appearance before an immigration judge. Both the HTQ (Harvard Trauma Questionnaire) and the PHQ (Patient Health Questionnaire) were administered to measure PTSD, and in addition, a questionnaire revealing pre-migration exposure to traumatic events and acts of persecution. This study is especially germane because the data were collected between August and December 2014, immediately after the child (and adult) migration surge, during a period of strong retaliatory moves by the Obama administration. The implications of trauma for actual migration are circumstantial, but convincing nonetheless. The two countries with the greatest incidence of US migration (El Salvador, $n=115$; and Honduras, $n=74$) exhibited greater exposure to violence and higher PTSD and Depression scores than did

the country with the lowest incidence of US migration (Guatemala, n=46). Specifically, the results were as follows:

Country	Child migration / 100,000 (2014)	Family member murdered (%)	Violence threats to family (%)	PTSD (%)	Depression (%)
<i>El Salvador</i>	256	34	77	32	27
<i>Honduras</i>	222	37	60	34	29
<i>Guatemala</i>	107	20	46	30	8

(Source: Keller et al., 2017).

The relationship between trauma and migration is mediated by the situation of the family (link C2 , above). Such factors as the presence of relatives abroad, the economic status of the household, and domestic pathologies have been noted in other research (Kennedy, 2014; UNHCR, 2014; US Conference of Catholic Bishops, 2013).

The spatial scale. Departments of El Salvador & Honduras

Cross-sectional trends over space are often used as proxies for temporal trends when time series data are limited in scope or unavailable, or when spatial trends pledge to offer telling insights of their own. Push factors at particular origins may appear which are otherwise hidden in aggregated temporal data for an entire country (Funkhouser, 1992; Jones, 1989). In effect, spatial data expand the number of cases upon which correlation may be judged. Here, based on available data, I investigate the linked relationships between violence, trauma, and migration for El Salvador and Honduras, to illustrate how spatial data may access finer and more numerous data units and uncover relationships hidden in aggregated temporal data.

El Salvador

Consider the relationship between the homicide rate, perceived gang violence (as a surrogate for trauma), and the US migration rate of unaccompanied

children for the 14 departments of El Salvador in 2013-14. Homicide rates are obtained from the Institute of Legal Medicine (El Salvador) 2013; gang violence perception as the prime cause of emigration (Kennedy, 2014); and unaccompanied child migrants from the US Customs and Border Protection (2014). The Spearman rank-order correlations for these two relationships are shown in parentheses below:

HOMICIDES \rightarrow PERCEIVED GANG VIOLENCE \rightarrow UAC MIGRATION
 (+ 0.521, a substantial association) (+ 0.329, a moderate association)

Honduras

During the 1990-2010 period, Honduras faced many challenges (Dendinger, 2012). Trade liberalization benefited the economy overall but these benefits did not reach poor urban residents or small communities (Reichman, 2011). Disaster in the form of Hurricane Mitch came in 1998-killing 7000 people, wiping out 90% of the banana crop and sending a stream of migrants to the United States-was also a factor that stimulated migration. Since then, the country has shifted away from its main exports of coffee and bananas, towards clothing *maquiladoras* located in the San Pedro Sula area (Cortés department) in the northwest, and to a lesser degree in the highland city of Tegucigalpa (Francisco Morazán department), the capital and largest city. On the northern coast, despite its industrialization, poverty and unemployment have been high in recent years. Garment plants are able to hire only a fraction of the available labor force. Even after nearly two decades, the region still feels the impact of Hurricane Mitch, which left agricultural workers unemployed and devastated rural villages as well as urban neighborhoods. Crime and violence have taken over many of these places-stemming from gangs in urban neighborhoods and from drug trafficking in rural areas. Historic ties to the US in these areas add to the mix of factors encouraging international migration. It was this northern region that had the most pronounced levels of unaccompanied children migrating to the US in 2014, as shown in Fig. 2a. The highest rates of US migration are found not only in the urbanized northwest, (Cortés, Atlántida, Yoro) but also in the rural departments farther east (Colón, Olancho).

Figure 2a. *Unaccompanied Children per 100,000 Population, 2014*

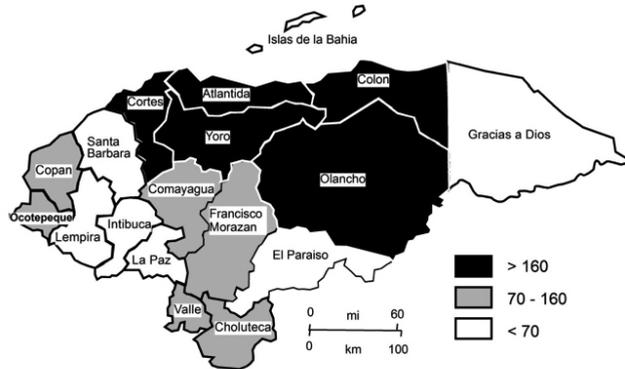


Figure 2b. *Homicides per 100,000 population, 2013*

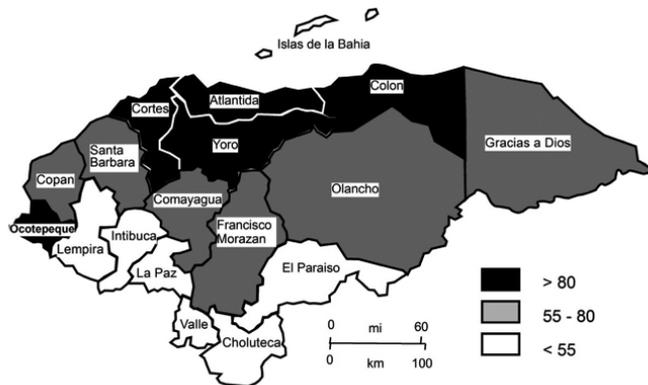


Figure 2b denotes a pattern of homicides for 2013 that reveals some similarities to the map of UACs. A Pearson correlation coefficient of +0.611 between the patterns (a substantial positive relationship) verifies this visual similarity. An east-west band of northern departments with high homicide rates roughly corresponds to the same area on the map for child migration. Correspondingly, a southern east-west band with low homicide rates (El Paraiso, Choluteca, Valle, La Paz, Intibuca, Lempira) corresponds with low or (in two cases) moderate child migration rates. Olancho (with moderate homicides but high migration) stands out on the map as an anomaly (partly visual- the department is larger than the entire country of El Salvador!). Its

lower than expected homicide rate may be a result of under-reporting by the government, since it is involved in narco-trafficking which in turn generates violence (Cuffe, 2011; Bosworth, 2010). Studies are emerging that connect narco-trafficking, in both rural and urban areas, to drug-related recruitment of youth-including gang members (InSight Crime, 2015; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2013; World Bank, 2011).

Unemployment rates in 2013 (not shown) had a moderate positive relationship with homicides (+0.393) but only a low relationship with child migration (+0.273). One reason for this low relationship is that unemployment was associated with highly urbanized departments, whereas both child migration and homicides cut across both rural and urban departments.

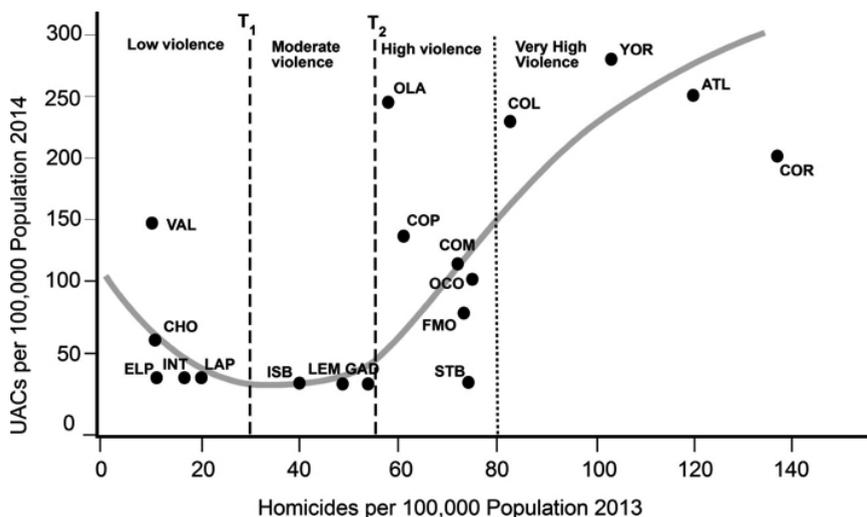
Dual violence thresholds and migration- a theory

A threshold or tipping point assumes (1) change in a cause and a parallel change (or no change) in an effect, up to a tipping point; and (2) an abrupt change in the effect after that point (see Lenton, 2013). Bohra-Mishra and Massey (2011) developed a model to explain the relationship between violence, trauma, and migration. The first violence threshold (T1) is reached when civil unrest turns to violence in a country, curtailing circulation and migration owing to the possibility of encountering such violence. Staying in one's home and neighborhood avoids the trauma of traveling through dangerous regions. This behavior continues as national violence increases, exacerbated by the general breakdown of authority that often accompanies it. The tendency to stay put continues until violence has reached such a level (T2) that it penetrates the neighborhood, becoming personal. At this time, the trauma to families and youth is maximized. The risk of leaving the country or sending a child abroad, even though this presents new potential dangers, is perceived to be less than staying at home, and migration takes place.

This theory pertains to violence levels over time and the impact this has over space, but I will assume that the continuum of departmental homicide rates in Honduras in a given year are proxies for national homicide rates at different points in time. As such, *dual violence thresholds* appear in these data. Figure 3 depicts the graphic relationship between homicides and US child migration for departments in Honduras in 2014. Although the linear relationship is substantial (+0.611), there is evident non-linearity, as shown by the hand-fitted curve. For low levels of homicides, US child migration declines un-

til the first threshold of 30 homicides per 100 000 is reached. It remains low until the second threshold of 55/100 000 homicides is attained. After this, migration increases along with homicides. In fact, migration increases faster than homicides. Specifically (between high and very high violence levels), the average homicide rate increases from 71 to 109 per 100 000, a 54% increase; whereas the average migration rate rises from 116 to 246, a 112% increase. This disproportionate increase suggests a spatial “surge” after a homicide rate of around 55/100,000. The interpretation of this trend is as follows. When violence is low, migrants deem that movement through the department and on to the US is possible. Past T1 such movement is problematical owing to the possibility of extortion or abuse, so migrants remain at home. After T2, when violence reaches the neighborhood, staying is more risky than fleeing, despite external violence, and US migration increases markedly. At very high levels of violence (>100), in departments in the north of the country (Cortes, Atlántida, and Yoro), migration reaches levels five times those at the beginning of this process.

Figure 3. *Homicides vs UACs for Honduran Departments*



The root causes of violence: gangs and drugs

If the Violence → Trauma → Migration syndrome is to be ameliorated, the root causes of the violence must be addressed. Gangs have been active in Honduras for two decades, and the number of gang members is much higher than in Guatemala or El Salvador. As seen previously, studies based on interviews with migrants and committed to human rights issues have invariably fingered gang activity as the main threat to children in urban neighborhoods and schools (Catholic Relief Services, 2010; Kennedy, 2013; UNHCR, 2014). However, an increasing number of studies implicate drug trafficking. Drug cartels in the country became noteworthy after 2009, with the overthrow of the Zelaya administration. In the ensuing period of instability, the Mexican Sinaloa Cartel made Honduras their major “narco-storehouse” and transshipment point for cocaine from Colombia (InSight Crime, 2015; UNODC, 2014). Rural areas have become increasingly involved in the drug trade. Co-optation of government forest preserves, for example the Sierra Rio Tinto National Park in Colón department where local farmers are being paid by narco-traffickers for land used to fly in and warehouse drugs destined for the US, is a significant problem (Malkin, 2014). The value added to trafficked cocaine and marijuana during its stay in Honduras dwarfs the budgets of law enforcement and already rivals the GTP in rural regions of the country (World Bank, 2011). In urban areas, drug money corrupts local police, civic officials, and especially youth, creating an environment of mistrust, vulnerability, and fear. It increasingly draws community youth, including gang members, into service of the narco-traffickers-as errand-runners, observers, enforcers, bodyguards, and dispensers of drugs and arms (Cohen and Rubio, 2007; UNODC, 2013). The result is that young people and their families face mounting pressures to acquiesce in such activities or suffer the consequences, and as a result many are leaving the country.

Figure 4a. *Gang Members per 100,000 Population, 2012*

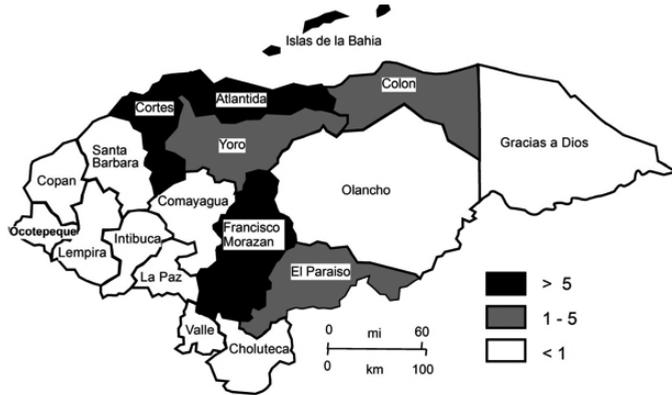
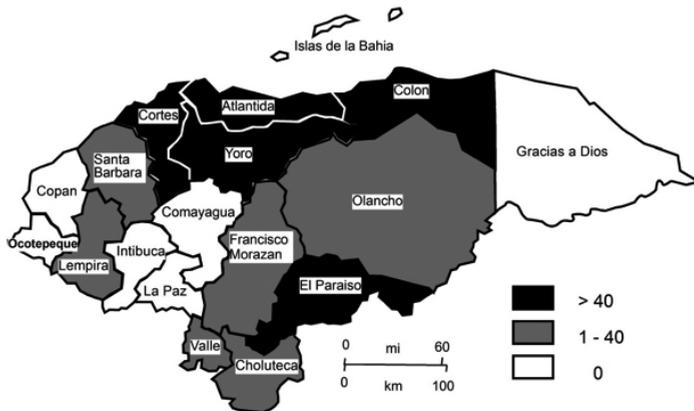


Figure 4b. *Cocaine & Cannabis Seizures per 100,000 population, 2011*



Departmental level data have recently become available that enable one to test the relationship between drug activity, gang members, homicides, and child migration (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2014; World Bank, 2011). The map of gang members per 100 000 population shows a resemblance to that of homicides (compare Fig. 4a with Fig. 2b), with its northern pattern of gang concentration, extending southward to the capital city and an r with homicides of $+0.509$. Even so, due

in part to an inadequate sampling frame in the UNICEF study, gangs appear as virtually absent from rural departments, whereas homicides clearly are not. The map of cocaine and cannabis seizures (in kilograms) per 100 000 population also shows a relationship with homicides, and here we can discern a rural pattern of drug seizures (Olancho, Santa Barbara) that corresponds a little better to the map of homicides. The correlation between drugs and homicides is +0.534, marginally better than for gangs. However, there is evidence that the drug connection to homicides is more of a factor in migration than is the gang connection. The rationale for this statement is that the pattern of drug seizures is much more strongly related to child migration ($r_p = +0.615$) than is the pattern of gang membership ($r_p = +0.198$). Therefore, contrary to most other studies, this analysis finds that child migration was more closely tied to drug activity than to gangs.

Conclusions and relevance of this research

In this study I have shown that there was a strong link between violence, trauma, and child migration from the Northern Triangle and the US, in the period 2008-13, that was responsible for the 2014 Central American migration surge. Other factors that have been proposed to explain this surge ultimately relate to violence. Economic distress, for example, stems from the devastating loss of homes, land, and crops in the Civil Wars of the 1980s, while US policies such as the TVPRA and deferred adjudication were designed to protect refugees from political violence. Whereas the role of violence does not appear in temporal data for the entire region, it appears clearly in spatial data for Honduras and El Salvador. In these countries, homicides at the department level are closely related to US child migration from the same departments. In Honduras, a dual violence threshold operates, such that at a certain level, migrants choose to remain at home, but at a higher level, they migrate or send their children to the US. Increasingly, such violence is related to drugs rather than to gangs.

This type of analysis can identify geographic hotspots of violence and their potential role in emigration to the US. This knowledge, in the best-case scenario, would encourage the Department of Justice to have Homeland Security defer deportation of refugees who last resided in such hotspots, given the dangers of returning to them. Programs to identify, provide jobs for, and rehabilitate gang members in cities in these regions are already being funded

by the US Department of State. US anti-narcotic programs, in cooperation with Central American governments, have targeted such hotspots (largely with disastrous results, however). This analysis also suggests where programs of psychiatric intervention, and education of potential migrants on the risks of US migration, might be implemented.

References

- Anastario, M., Barrick, K., Gibbs, D., Pitts, W., Werth, R., & Lattimore, P. (2015). Factors driving Salvadoran youth migration: a formative assessment focused on Salvadoran repatriation facilities. *Children and Youth Services Review*, 59, 97-104.
- Archibold, R. (2014, August 3). Hope dwindles for Hondurans living in peril: Gangs' violence fuels flight to North. *The New York Times*, p.1.
- Bohra-Mishra, P., and Massey, D. (2011). Individual decisions to migrate during civil conflict." *Demography*, 48, 401-424.
- Bosworth, J. (2010). *Honduras: organized crime gaining amid political crisis*. Working paper series on organized crime in Central America. Washington DC: Woodrow Wilson Center for International Scholars.
- Brabeck, K., Lykes, M.B., & Hershberg, R. (2011). Framing immigration to and deportation from the United States: Guatemalan and Salvadoran families make meaning of their experiences. *Community, Work & Family*, 14(3), 275-296.
- Catholic Relief Services. (2010). *Child migration: the detention and repatriation of unaccompanied Central American children from Mexico*. Baltimore, MD: United States Conference of Catholic Bishops.
- Chaudry, A., Capps, R., Pedroza, J. M., Castañeda, R., Santos, R., & Scott, M. (2010). *Facing our future: Children in the aftermath of immigration enforcement*. Washington, DC: The Urban Institute.
- Chishti, M., & Hipsman, F. (2015). The child and family migration surge of summer 2014: a short-lived crisis with a lasting impact. *Journal of International Affairs*, 68(2), 95-114.
- Cohen, M., and Rubio, M. (2007). Violence and crime in Latin America. San José, Costa Rica: Inter-American Development Bank. Solutions Paper. http://www.iadb.org/res/ConsultaSanJose/files/ViolenceCrime_Cohen_SP_Final.pdf).

- Cruz, J. M. (2013). Beyond social remittances: Migration and transnational gangs in Central America. In S. Eckstein and A. Najam (eds.), *How immigrants impact their homelands* (pp. 213-233). Durham, NC: Duke University Press.
- Cuffe, S. (2011). *Ni un palo más! The struggle for forests, water and justice in Olancho, Honduras*. Retrieved from Global Exchange, www.globalexchange.org/country/honduras/olancho.
- Dendinger, R. (2012). *Honduras*. Modern World Nations series. New York: Chelsea House Publishers.
- The El Paso Intelligence Center [EPIC]. (2014). *Misperceptions of U.S. policy key driver in Central American migrant surge*. El Paso, TX: Breitbart News Report 2901-14.
- Funkhouser, E. (1992). Mass emigration, remittances, and economic adjustment: the case of El Salvador in the 1980s. In G. Borjas and R. Freeman (eds.), *Immigration and the workforce: Economic consequences for the United States and source areas* (pp. 135-175). Chicago: University of Chicago Press.
- Garni, A. (2010). Mechanisms of migration: Poverty and social instability in the postwar expansion of Central American migration to the United States. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 8, 316-338.
- Grieder, E. (2014, June 24). Meanwhile, about this border situation... *Texas Monthly*, p. 1. Burkablog, Accessed at: <http://www.texasmonthly.com/burka-blog/meanwhile-about-border-situation>.
- Hiskey, J., Malone, M., & Orcés, D. (2014). *Americas barometer insights*. Number 101. Nashville, TN: Vanderbilt University.
- Insight Crime. (2015). *Organized crime in the Americas: Honduras*. Accessed at <http://www.insightcrime.org/honduras-organized-crime-news/honduras>.
- Jones, R.. (1989). Causes of Salvadoran migration to the United States. *The Geographical Review*, 79(2), 183-194.
- Kandel, W., Bruno, A., Meyer, P., Ribando Seelke, C., Taft-Morales, M., and Wasem, R. (2014). *Unaccompanied Alien Children: Potential Factors Contributing to Recent Immigration*. Washington, DC: Congressional Research Service. Report 7-5700.
- Keller, A., Joscelyne, A., Granski, M., and Rosenfeld, B. (2017). Pre-migration trauma exposure and mental health functioning among Central American migrants arriving at the US border. *Public Library of Science (plos) One* | DOI:10.1371, January 10.

- Kennedy, E. (2014). *No childhood here: Why Central American children are fleeing their homes*. Washington, DC: American Immigration Council Perspectives. Accessed at www.immigrationpolicy.org.
- Landale, N., Thomas, K., and Van Hook, J. (2011). The living arrangements of children of immigrants. *The Future of Children*, 21(1), 43-70.
- Lehoucq, F. (2012). *The Politics of Modern Central America: Civil War, Democratization, and Underdevelopment*. New York: Cambridge University Press.
- Lenton, T. (2013). Environmental tipping points. *Annual Review of Environmental Resources*, 38, 1-29.
- Mahler, S. and Ugrina, D. (2006). *Central America: Crossroads of the Americas*. Washington, DC: Migration Information Source, Migration Policy Institute.
- Malkin, E. (2014, Feb. 13). Lawlessness Undoing Effort to Save Honduran Forests. *The New York Times*, p. A6.
- Martinez, Ó. (2014, Aug. 24). The Horrors of Home. *The New Republic*, 31-33.
- Masser, D. (1992). Psychosocial functioning of Central American refugee children. *Child Welfare*, 71(5), 439-456.
- McCloskey, L., Fernandez-Escuer, M. E., Southwick, K., & Locke, C. (1995). The psychological effects of political and domestic violence on Central American and Mexican immigrant mothers and children. *Journal of Community Psychology*, 23(2), pp. 95-115.
- Michultka, D., Blanchard, E. B., & Kalous, T. (1998). Responses to civilian war experiences: Predictors of psychological functioning and coping. *Journal of Traumatic Stress* 11(3), 571-577.
- Nelson, A. (2014, July 6). A nightmare of fear: Violence in world's deadliest country drives Hondurans to make the dangerous trek to Texas. *The San Antonio Express News*, p. A6.
- Pérez, O., Booth, J., & Seligson, M. (2010). The Honduran 'Catharsis.' *Americas Barometer Insights*, 45(1), pp.1-8.
- Preston, J. (2014a, April 11). Hoping for asylum, migrants stream to US border towns." *The New York Times*, p. A1.
- Preston, J. (2014b, June 17). Migrants flow in South Texas, as do rumors: Word of some going free adds to surge. *The New York Times*, p. A1.
- Reichman, D. R. (2011). *The broken village: Coffee, migration, and globalization in Honduras*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Robinson, W. (1998). (Mal)development in Central America: Globalization and social change. *Development and Change*, 29, pp. 467-497.

- Robles, F. (2014, July 10). Fleeing gangs, children head to US Border: Surge in killings fuels Hondurans' exodus. *The New York Times*, p. A1.
- United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF]. (2014). Situación de maras y pandillas en Honduras [Situation of criminal and street gangs in Honduras]. Tegucigalpa: Programa Nacional de Prevención, Rehabilitación, y Reinserción Social. Accessed at http://www.unicef.org/honduras/Informe_situacion_maras_pandillas_honduras.pdf.
- United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR]. (2014). *Children on the run: Unaccompanied children leaving Central America and Mexico and the need for international protection*. Washington, DC: UNHCR Regional Office for the United States and the Caribbean. Accessed at <http://unhcrwashington.org/children>.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2014). *Global Study on Homicide*. Accessed at http://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf Vienna.
- US Conference of Catholic Bishops. (2013). *Mission to Central America: the flight of unaccompanied children to the United States*. Washington DC: November. <http://www.usccb.org/about/migration-policy/upload/Mission-To-Central-America-FINAL-2.pdf>.
- US Customs and Border Protection [USCBP]. (2014). Unaccompanied children encountered by fiscal year: fiscal years 2008-2014.
- World Bank. (2011). *Crime and Violence in Central America: A Development Challenge*. Report No. 56781-LAC September. Washington DC. Accessed at http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/FINAL_VOLUME_I_ENGLISH_CrimeAndViolence.pdf.

An hospital-based outpatient facility for refugees: an “HERA” study on asylum seekers’ mental health

Emanuele Caroppo, Patrizia Brogna,

Pierluigi Lanzotti y Lugi Janiri

University Research Center HE.R.A. Health Human care and
social intercultural Assessments

Università Cattolica del Sacro Cuore, L.go Francesco Vito 1
00168, Rome

Contact: Emanuele Caroppo, M.D., Ph.D., Psychiatrist General
Secretary of University Research Center HE.R.A.
emanuele.caroppo@aslroma2.it

Trabajo preparado para su presentación en el IV Congreso
Internacional Salud y Migración, organizado por upaep y riid, en
la ciudad de Puebla, México, del 11 al 13 de enero de 2018.

*And now what rests but that we spend the time. With
stately triumphs, mirthful comic shows. Such as befits the
pleasure of the court? Sound drums and trumpets! farewell
sour annoy! For here, I hope, begins our lasting joy
(W. Shakespeare, Henry VI)*

Abstract

This study aims to better understanding the traumatic experience in the asylum seekers who were transferred in Italy in application of Dublin II and III Regulation. In particular we analyzed the asylum seekers who were transferred at the moment of the identification of the European State Members (eu sm) competence of the asylum procedure, like vulnerable target. This is a common category established by the Art. 8 of the Legislative Decree 140/2005 foreseen in Italy and its including: minors, disabled people, elderly people, pregnant women, single parents with children and persons who have been subjected to torture, rape or other serious forms of psychological, physical or sexual violence. We shall highlight the particular way in which people with this legal situation perceive their trauma life events and specifically how they are exposed to the greatest risk of Post-Traumatic Stress Disorder (pstd) and suicide. To this end we shall analyze the prevalence and incidence of mental health diseases in the asylum seekers and how the bias prevalence about the Dublin Regulation increased the risk of the chronic vulnerability conditions especially the increase of psychological reactive syndromes, addiction and deliberate self-harm behaviours and suicide attempt.

Our hypothesis is that the absence of a common program treatment on the dissemination of health information amongst Member States have a negative impact on the global health of this target people.

Resumen

El objetivo de este estudio es comprender mejor la experiencia traumática en los solicitantes de asilo que fueron transferidos a Italia en aplicación del Reglamento Dublín II y III. En particular, analizamos a los solicitantes de asilo que fueron transferidos, en el momento de la identificación de las competen-

cias de los Estados miembros europeos (ue sm) en el procedimiento de asilo, como objetivo vulnerable. Esta es una categoría común establecida por el art. 8 del Decreto Legislativo 140/2005 previsto en Italia, que incluye a menores, personas discapacitadas, ancianos, mujeres embarazadas, padres solteros con hijos y personas que han sido sometidas a torturas, violaciones u otras formas graves de violencia psicológica, física o sexual. Destacaremos la forma particular en que las personas con esta situación legal perciben los eventos de su vida traumática y, específicamente, cómo están expuestas al mayor riesgo de trastorno de estrés postraumático (tept) y suicidio. Con este fin, analizaremos la prevalencia e incidencia de enfermedades de salud mental en los solicitantes de asilo y cómo la prevalencia de prejuicios sobre el Reglamento de Dublín aumentó el riesgo de enfermedades crónicas de vulnerabilidad, especialmente el aumento de síndromes reactivos psicológicos, adicciones y conductas deliberadas de autolesión y el intento de suicidio.

Nuestra hipótesis es que la ausencia de un programa de tratamiento común para la difusión de información de salud entre los Estados miembros tiene un impacto negativo en la salud global de esta población objetivo.

Key words: vulnerable target, asylum seekers, trauma, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), management of migration flows.

Introduction

In recent decades, European countries –Italy in particular– have become a possible hosting place for migrants, refugees, asylum seekers and victims of human trafficking, as part of the trend of world immigration. Refugees and asylum seekers have to face a deterioration of their mental health and high prevalence of risk factors for post-traumatic stress disorder (ptsd) and depression, including exposure to torture and trauma, loneliness and social deprivation (Alley, 1982; Hougen, 1988; Caroppo *et al.*, 2011; Lurie, 2009; Wenzel *et al.*, 2009, Mollica, 2001; Cacioppo, 2010).

Length of stay in asylum centers was associated with an increase in referrals for mental disorders in this population (Hallas *et al.*, 2007; Caroppo *et al.*, 2009). Refugees and asylum seekers are expected to suffer a high prevalence of psychological reactive syndromes, multiple substances addiction and deliberate self-harm behaviors and suicide attempts (Caroppo *et al.*, 2014). ptsd has a clear relationship with depressive thoughts and behaviors, irrespective of the trauma experience. Co-morbid depression is thought to me-

diate the links between ptsd and deliberate self-harm behavior, but very few studies addressed this topic (Panagioti *et al.*, 2009).

A few studies found high rates of ptsd in asylum seekers, with a higher risk of dissociative reaction and prolonged psychological distress at the life context in those complaining symptoms of ptsd and depression (Bhui *et al.*, 2006; Yu and Jeon, 2008; Lurie, 2009; Wenzel *et al.*, 2009, Bhugra *et al.*, 2007). However, evidence on the exact prevalence of risk factors for psychopathologic syndromes in this population is poor: when investigated with solid methodology, data on the incidence of psychopathology in asylum seekers revealed to be seriously flawed or sometimes non-existent (Cohen, 2008). No data exist about the impact of length of stay in asylum centers on the risk of mental diseases in this target people, nor any data is available on outcome at follow-up of general target of asylum seekers and refugees.

In Italy, during the execution of projects realized within the Funds under the Framework Programme on Solidarity and Management of Migration Flows, in order to care vulnerable asylum seekers who was been transferred from other European State Members (eu sm) on application Dublin II Regulation, we evaluated how the absence of a common program treatment about the dissemination of health information amongst Member States has a negative impact on the global health of this target people.

However, we also evaluated how the bias prevalence about the Dublin Regulation increased the risk of chronic vulnerability conditions especially increasing psychological reactive syndromes, addictions and deliberate self-harm behaviors and suicide attempt.

This does not only appear in people who suffer from the determinate transfer in Italy. It is equally a common trait in the institutional staff since they mainly concentrate on the procedure for transfer is successful. In particular in the Projects financed by Refugees European Fund, Annual Programme 2011-2012-2013) that had a specific aim in order to enhancing rehabilitation program for the vulnerable Dublin case, we evaluated more than 200 asylum seekers.

The medical and social project teams of University "Cattolica del Sacro Cuore", Policlinic "Gemelli" Hospital have declared that only a minority of the target people suffers from severe psychiatric diseases (< 20) while all of them was in psychopharmacology treatments (table 5) because psychological reactions at the transfer. The Dublin Regulation establishes in which eu sm the asylum seeker should be transferred. The eu sm is the first country where they left the fingerprints and / or from which they have received a regular permit of state. The Regulation (ce) n. 343/2003 of 18 February 2003 esta-

blishing the criteria and mechanisms for determining the Member State responsible for examining an asylum application lodged in one of the Member States by a national of a not EU SM. The regulation is based on the criteria that only one Member State is responsible for examining an asylum application. The objective is to prevent asylum seekers are sent from one country to another, but also to prevent abuse of the system by submitting multiple asylum applications by a single person. This defines certain objective and hierarchical criteria in order to identify, for each application for asylum, the competent Member State.

Therefore only a few of them, at the moment of the transfer, had the medical reports with themselves and, in most of the cases, those reports were no longer useful because they were produced more than sixth months before.

However, the team evaluated many more critical clinical conditions like cardiovascular disorders, endocrinological disorders, neurological disorders and others serious organic diseases that have not been diagnosed at the moment of the transfer, in fact, this asylum seekers were indicated as ordinary target group. The vulnerable condition has been detected only from the psychological reaction diseases or from the objective categories.

We believe that the dissemination of health information amongst the medical staff of the Member States could provide a better organization of the health care for the vulnerability people target.

Also, a direct communication amongst the medical service teams could overcome the protection of personal data and the confidentiality of correspondence provision (Caroppo *et al.*, 2009, 2014).

Organize a system of common medical information will ensure an equal treatment of asylum seekers on the whole national territory.

In this way we could develop a first efficient common system to allow and support each Member State in detecting the vulnerability, by setting up adequate procedures and special reception methods when necessary.

Materials and methods

In ptsd the symptomatic and pathological behavioral patterns seem to be strictly connected, if not unitary, to the sphere of the traumatic experiences, and, more specifically, to the presence of one or more dissociative symptoms associate with the traumatic event. In this study, we straightly observed and analyzed a population of 180 asylum seekers that was transferred in Italy,

through the Fiumicino Airport in Rome, identified like vulnerable because victims of torture, rape or other serious forms of psychological, physical or sexual violence. We have conducted a detailed observation of the diagnostic criteria for the Posttraumatic Stress Disorder in according with the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (dsm-5). Our observation including ptsd diagnostic criteria applied to adults, adolescents and children older than 6 years and younger in conform of the criteria. Furthermore, we intended to point out how for these persons the loneliness and the absences of social inclusion are the most important factors for the mental diseases and the persistence of negative alterations in cognition and mood. Following this assumption, we used the phenomenological observations and works related to self-consciousness and narrative identity.

Our research aims to read the phenomenology of ptsd through the analysis of comprehensive systems, the sense organizers. Although subjective experiences may be very discordant and abnormal if valued from outside or only on the basis of rigid nosographic grids, they can reach a unitary and coherent meaning within the subject himself.

There are numerous studies in literature which evaluate scales for ptsd, but they are not specific for the exploration of torture experiences.

We collected a pool of 180 patients diagnosed with ptsd according to the criteria of the dsm-5 and with this diagnose at the moment at arrived in our center from another eu sm. We've created a database in which we've collected sociodemographic data of patients, medical risk factors and psychopathological history (comprehensive of ongoing and past psychopharmacological treatments, history of suicidal ideation and self-harm behaviors).

All our patients sign the informed consensus. On the field, this target people were hosted in our centers for more of 6 months. Our team was present in the center 24 hours at a day for all the time of the treatment.

The sample consists of 180 asylum seekers (described in table 1) aged 22 years on the average ($18 > 67$). The mean age of the first escape from them country is 20 years ($12 > 35$). The socioeconomic conditions of the sample are homogeneous. The sample is subdivided as follows: No. 30 are transferred from Sweden; No. 18 from Norway; No. 15 from Denmark; No. 18 from Germany; No. 25 from Switzerland; No 30 from Austria; No. 13 from Netherlands; a minority of them from United Kingdom (UK), France and others eu sm (table 1). No. 15 was transferred with them family and No. 8 are single parents with child. No. 148 are singles: No. 80 males and No 68 females (table 1). No. 32 are minors (3 months > 17 years). The common diagnose is

ptsd. These diagnoses have been made according to the diagnostic criteria defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders before the transfer at Rome-Fiumicino Airport.

As far as the educational level is concerned: No. 42 have a middle school certificate (and are presently attending secondary school); No. 58 have a degree, thereof: No. 13 a college degree, No. 15 have suspended their college studies in their country and No. 18 is currently attending University. They came from, principally, Middle East, North Africa and Center Africa. The most country of escape are: Syria, Iran, Iraq, Afghanistan, Eritrea, Somalia, Nigeria, Pakistan. Most of the sample profess a religion: in the majority they profess Islam or Catholic religion, a minority are Protestants or followers of "traditional" animistic cults. The choice of the target of the study has been determined by the transverse different traumatic events both objective and subjective lived by individuals: the transfer in application of the Dublin Regulation; that we consider as important factor on the psychopathologies risk development.

Results

Table 1. Sex

■ Male ■ Female ■ minors male ■ minors female

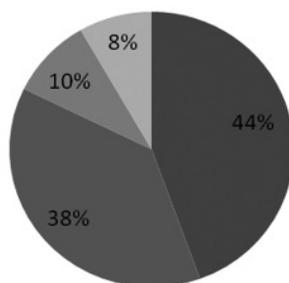


Table 2. Reasons for the Escape

■ war ■ politycal activities ■ sexual discrimination ■ economic migration

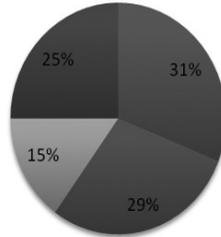


Table 3. Symptomatology

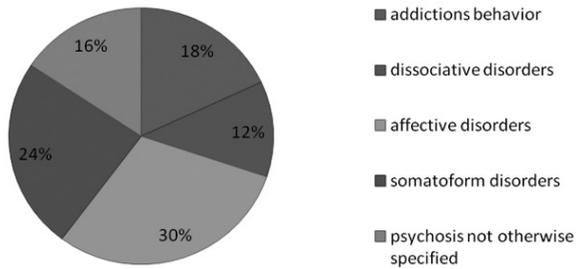


Table 4. Suicide Ideation

■ never ■ at the moment of transfer ■ before the transfer

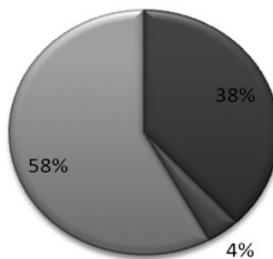


Table 5. Psychopharmacological Treatment

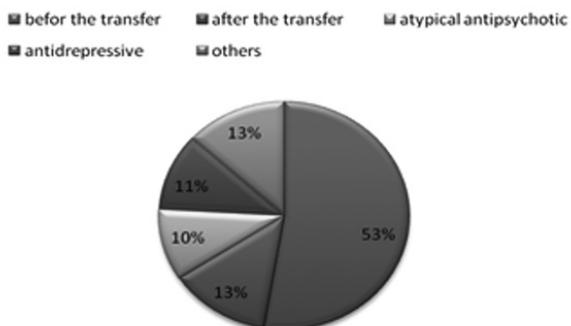


Table 6. Psychological Impact at the Torture

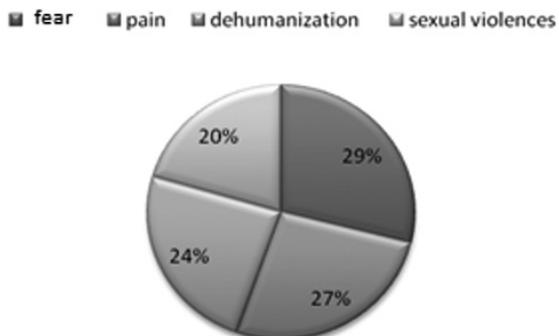


Table 7. Torture

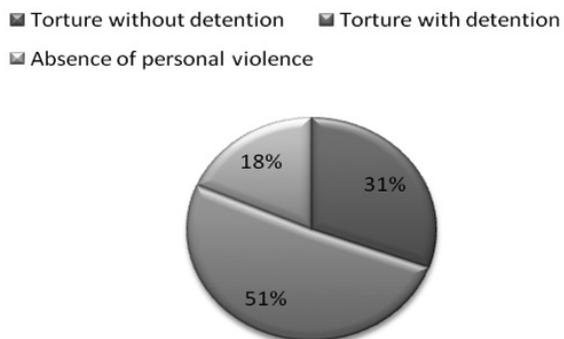
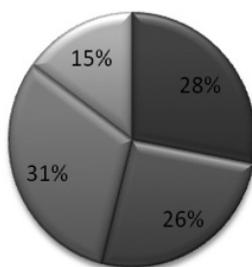


Table 8. *Cognition Evaluation*

■ negative alteration ■ inability to remember
 ■ disressing memories ■ distressing dreams



Asylum seekers have to face a deterioration of their mental health and a high prevalence of risk factors for PTSD, including exposure to torture and trauma, loneliness and social deprivation (Masmás *et al.*, 2008, Sironi, 2010).

In fact, this asylum seekers were usually indicated as ordinary target group, the vulnerable condition has been detected only from the psychological reaction diseases or from the objective categories. As shown in table 7, around 80% of our sample has been personally victimized through tortures with or without detention. At the 2014 in the Italy have arrived more 50 000 asylum seekers and only a few part of them remain in Italy and starting the legal procedure for the asylum seeking. We thought that more than 20 000 (we are waiting the official data) was gone to other eu sm and in particular Syrians, Eritrean and Nigerians. The most asylum seekers that was transferred in Italy in according to Dublin Regulation at 2014 came from Nigeria, Eretria, Syria, Iran, Afghanistan, Pakistan and Somalia. Currently only in Rome was transferred, in our center, from other eu sm, more 200 asylum seekers from 15 countries, principally from Middle East, North Africa and Sub-Sahara Africa. Reasons for seeking asylum (reported in table 2) are: escaping from a war zone (about 30%), with an increase in the percentage of those arriving from North Africa for this reason in the last year; political persecution (another 30%); religious or sexual discrimination such as forced marriage or discrimination against homosexuals (around 15%); poverty and famine or mixed reasons (about 25%). In the sample victimization from torture is frequent,

including 51% of the assessed individuals, and 17% had witnessed the assassination of a close relative or a friend, while 35% lost their parents or the spouse for the same reasons lead them to escape from their country; only 20% of refugees hosted declared no relevant lost in their personal history. At their arrival, asylum seekers are recorded into a database and given an identity code, which allows maintenance of privacy. They receive information on their rights and the procedures of asylum, including information on how to apply for international protection and temporary registration within the Italian national health system. Mental health problems are relatively frequent among those arriving at Italy: in the current sample (table 3), the most frequent diagnoses were major depression (23%), somatoform disorder (24%), dissociative disorders (12%), psychosis not otherwise specified (8%) and substance addiction (15%). Symptoms of Post-traumatic stress disorder are frequent, but the prevalence of the syndrome has not specifically investigated in so far. Around 60% of the sample reported having had suicide ideation before the arrival at Italy (table 4). About 40% of the sample still have symptoms of mental disorders after 6 months of permanence in the first hosted government center. Socio-demographic characteristics of the sample vary by country of provenience and reason for seeking asylum, and have incidence on the socio-economic status and educational level as well.

Table 5 shows that more than half of our sample were already under psychopharmacological prescriptions before the transfer.

We also investigated the affective (table 6) and cognitive (table 8) effects of traumatic experiences, both objective and subjective with the aim to analyze the impact of these conditions on the self-integrity of victims. Cognition seems to be negative affected in our sample, as shown in table 8, about half of our population manifest intrusive symptoms like distressing dreams and memories (15% and 31% respectively), while around 26% of studied subjects has shown an impaired memory with difficulties recalling the traumatic experience.

The particular legal situation, such as the Dublin status, the presence of family members in a different country in which the asylum seekers will be or has been transferred, increase the risk of mental diseases including suicide attempt in order to stopped the transfer in Italy. There are differential risk factors that involve increased vulnerability to the mental diseases and are closely related to the migration process: changing situations, frustrated expectations, marginalization and social exclusion, difficulties of integration, social uprooting, lack of family support, legal status, length of residence, employment situation and consumption patterns. Last but not least, the economic

weakness, the absence of a real social inclusion and the social marginalization or the absence of empowerment of their economic autonomy make this target people most at the risk of persistent of psychological syndromes.

Discussion

In Italy, as in other eu Member States, the data available on the asylum seekers and on the asylum seekers that was transferred in application on the Dublin Regulation, do not offer the possibility of a detailed observation and objective analysis on the health and psychological condition of the population observed. However, there isn't yet a common procedure of social and health assistance in order to support the asylum seekers in each European country. There are singular examples of good practices within the reception system but remain not only accessible to small numbers of recipients and uprooted by a linear Framework programme on Solidarity and Management of Migration Flows. The current emergency, immediately decentralized to individual choice of each management and focused on the individual case appears as the characterization of all relevant services in the eu sm on the asylum seekers management. The asylum seekers and refugees are a specific category of migrant flows and refer to a specific migration, the forced migration. Forced migration is the more complex phenomenon of migration actually in correlation between torture experiences (table 7) and the human trafficking. The requirement of the transfer in a different country that they decide during the decision and the preparation of forced migration, in association to the traumatic experiences, determined a psychological condition that Caroppo (2013) called Dublin migration syndrome. This is a specific syndrome with a particular mental attitude of extreme dissociation, negative alteration in cognitions and mood and alteration in the self-consciousness. These people seem to exhibit an alteration of the self-syntonization, related to self-consciousness (Merleau-Ponty, 1945, Zahavi, 1998), to the realm of social synchronization and to the personal identity (Bria *et al.*, 2007, 2008, 2010). The unitary self-experience seems to disintegrate, to fade away into the legal application for asylum seekers, in a persistent alteration of the experience of personal identity between the legal procedure and the future project of came back to the eu sm of transfer, resulting from the suspension of the contraposition personal decision vs. requirement, which is not a dialogue anymore, but a suspension of the identity. It is characterized by a twilight state of self-cons-

ciousness where fragmentary aspects (Thornton, 2007) of personal identity come together in a atypical psychosis form a significant component of aggression. It is characterized by the presence of a slow escalation of persistent and exaggerated negative beliefs and expectation about others and the world. There are persistent fear and depressive symptoms in relation to an intensification of negative emotional state, anhedonia and feelings of estrangement from others. Frequently is the hypervigilance and derealization symptoms. This experiential phenomenology of anhedonia and inability to develop their own personal experience reveals a specific predisposition to the emergence of a depersonalization state: the Dublin migration syndrome where oneiric mental state and reality come together (Caroppo, 2013).

Conclusion

These preliminary results show the high incidence of psychiatric and psychological vulnerability on the asylum seekers and, in particular, on the asylum seekers that was transferred in application of Dublin Regulation. The social assistance and health care point out that we need a common treatment for this target people that we can't manager without specifically preparation. The team staff of the governative centre should be have a specific preparation on the health care assistance that we can not completely delegate to the event and the emergency. We believe that the dissemination of health information amongst the medical staff of the Member States could provide a better organization of the health care for the vulnerability people target.

Also, a directly communication amongst the medical services team could overcome the protection of personal data low and the confidentiality of correspondence provision.

Organize a system of common medical information will ensure an equal treatment of asylum seekers on the whole national territory. We believe that many of the asylum seekers and refugees need a specific type of social assistance. The impact positive of a common treatment are increasing the gradient trust of the asylum seekers, lowering of arousal stress and anxiety diseases and reduction in health care spending and wasting. This management should be transfer also in order to increase a common identification about the vulnerability conditions. Researching and developing efficient ways to detect, as early as possible, the vulnerability of asylum seekers through a common rehabilitation program is the future step in order to a asylum seekers common system.

References

- Alley, J. C. (1982). Life-threatening indicators among the Indochinese refugees. *Suicide Life Threat Behav*, 12(1):46-51.
- Bhugra, D., & Bhui, K. (2007). *Textbook of Cultural Psychiatry*. New York: Cambridge University Press.
- Bhui, K., Craig, T., Mohamud, S., Warfa, N., Stansfeld, S. A., Thornicroft, G., Curtis, S., & Mc Crone P. (2006). Mental disorders among Somali refugees: developing culturally appropriate measures and assessing socio-cultural risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 41(5):400-8.
- Bria, P., Caroppo, E., Brogna, P., & Colimberti, M. (2010). *Trattato Italiano di Psichiatria Culturale e delle migrazioni*. Roma: SEU.
- Bria, P., & Caroppo, E. (2006). *Antropologia Culturale e Psicopatologia: sistemi di pensiero a confronto*. Roma: Alpes Editrice.
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging*. 25(2), 453-63.
- Caroppo, E., Almadori, A., Giannuzzi, V., Brogna, P., Diodati, A., & Bria, P., (2014). Health care for immigrant women in Italy: are we really ready? A survey on knowledge about female genital mutilation. *Ann Ist Super Sanità / Vol. 50, No. 1: 49-53*.
- Caroppo, E. (2013). L'heure bleue della mente: quel momento in cui tutto è possibile. *La Sindrome Dei Migranti Dublino. Arel la Rivista*, 2, pag. 180-187 ed.orig.
- Caroppo, E., & Brogna, P. (2011). Vite spezzate: l'esperienza mentale del Trauma. *Arel La Rivista*, 1.
- Caroppo, E., Muscelli, C., Brogna, P., Paci, M., Camerino, C., & Bria P. (2009). Relating with migrants: etnopsychiatry and psychotherapy. *Ann Ist super sanità / Vol. 45, no. 3: 331-340*.
- Caroppo, E., & Bria P. (2008). *Salute mentale, migrazioni e pluralismo culturale*. Roma: Alpes Editore.
- Cohen, J. (2008). Safe in our hands?: a study of suicide and self-harm in asylum seekers. *J Forensic Leg Med*. 15(4):235-44.
- Coric, V., Stock, E. G., Pultz, J., Marcus, R., & Sheehan, D. V. (2009). Sheehan Suicidality Tracking Scale (Sheehan-STS): Preliminary results from a multicenter clinical trial in generalized anxiety disorder. *Psychiatry* 6(1):26-31.

- American Psychiatric Association. (2013). Anxiety Disorders. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
- Hallas, P., Hansen, A. R., Staehr, M. A., Munk-Andersen, E., & Jorgensen H. L. (2007). Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark. *BMC Public Health*: 7:288.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Ann Behav Med*. 40(2):218-27
- Hougen, H. P. (1988). Physical and psychological sequelae to torture. A controlled clinical study of exiled asylum applicants. *Forensic Sci Int*. 39(1):5-11.
- Lurie, I. (2009). Psychiatric care in restricted conditions for work migrants, refugees and asylum seekers: experience of the Open Clinic for Work Migrants and Refugees, *Israel J Psychiatry Relat Sci*. 46(3):172-81.
- Masmas, T. N., Møller, E., Buhmannr, C., Bunch, V., Jensen, J. H., Hansen, T. N., Jørgensen, L. M., Kjaer, C., Mannstaedt, M., Oxholm, A., Skau, J., Theilade, L., Worm, L., & Ekstrøm M. (2008). Asylum seekers in Denmark, a study of health status and grade of traumatization of newly arrived asylum seekers. *Torture*. 18(2):77-86.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Il Saggiatore
- Mollica, R.F., Sarajlic, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Vukovic, I. S., & Massagli, M. P. (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *JAMA*, 286(5), pp. 546-554.
- Panagioti, M., Gooding, P., & Tarrier, N. (2009) Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review. *Clin Psychol Rev*. 29(6):471-82.
- Sironi, F. (2010). *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*. Milano: Feltrinelli.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R.A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 302(5):537-49.
- Thornton, T. (2007). *Essential Philosophy of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Wenzel, T., Rushiti, F., Aghani, F., Diaconu, G., Maxhuni, B., & Zitterl, W. (2009). Suicidal ideation, post-traumatic stress and suicide statistics in

- Kosovo. An analysis five years after the war. Suicidal ideation in Kosovo. *Torture*. 19(3):238-47.
- Yu, S. E., & Jeon, W. T. (2008) Mental health of north korean refugees in protective facilities in china. *Psychiatry Investig*. 5(2):70-7.
- Zahavi, D., & Parnas, J. (1998). Phenomenal consciousness and self-awareness. A phenomenological critique of representational theory. *Journal of Consciousness Studies*, 5, 1998, pp. 687-705.

Integración social y salud en población colombiana y mexicana en Santiago

Análisis comparativo de la relación de los migrantes con el sistema de salud chileno

Dr. Nicolás Gissi B. ngissi@uchile.cl

Antropóloga, Susana Martínez R. su.marruiz@gmail.com

Departamento de Antropología, Universidad de Chile.

Resumen

El propósito de la ponencia es analizar la relación de los migrantes colombianos y mexicanos con el servicio de salud chileno, tanto con la red pública ofrecida por el Estado como con los servicios entregados por privados, en tanto Chile tiene la particularidad de tener un fuerte componente de mercado en su atención médica. Los resultados presentan una caracterización comparada sobre el ámbito médico en el contexto de una investigación mayor sobre la inmigración colombiana y mexicana en Chile, correspondiente al proyecto Fondecyt “Migración y procesos de integración y exclusión social de colombianos y mexicanos en Chile. Estudio comparativo de dos casos de movilidad intra-latinoamericana”, del cual soy el Investigador Responsable. De este modo, se reflexionará sobre la construcción de una sociedad plural, en el marco de la actual movilidad Sur-Sur y los desafíos que se plantea a la convivencia urbana, integración social e interculturalidad en Chile.

Palabras clave: Integración social, migración, sociedad plural, salud, convivencia.

Abstract

The purpose of the paper is to analyze the relationship of Colombian and Mexican migrants with the Chilean health service, both with the public network offered by the State and with the services delivered by private companies, while Chile has the peculiarity of having a strong component of the market in your medical care. The results present a comparative characterization on the medical field in the context of a larger investigation on Colombian and Mexican immigration in Chile, corresponding to the Fondecyt project “Migration and processes of integration and social exclusion of Colombians and Mexicans in Chile. Comparative study of two cases of intra-Latin American mobility”, of which I am the Responsible Investigator. In this way, reflection will be made on the construction of a plural society, within the framework of the current South-South mobility and the challenges posed to urban coexistence, social integration and interculturality in Chile.

Key words: Social integration, migration, plural society, health, coexistence.

Introducción

El presente trabajo se enmarca en una investigación más amplia por comprender los procesos de integración y exclusión social de inmigrantes colombianos y mexicanos residentes en Santiago de Chile mediante el análisis de las trayectorias migratorias, el estudio de los intercambios de bienes y servicios con el Estado y mercado, así como las modalidades de interacción entre los inmigrantes y sus localidades de origen.

Siguiendo a Portes (2012) e Izquierdo (2000), podemos sostener que hay tres dimensiones fundamentales para pensar las posibilidades de integración en el contexto de recepción:

1. La población de destino, sus imaginarios y acciones. El ambiente en la sociedad de acogida es más o menos receptivo, dependiendo de la mentalidad del lugar. Esto incluye los medios de opinión pública, diarios y canales de televisión, la existencia de asociaciones de apoyo y/o de grupos de rechazo así como el tipo de empresariado, su nivel de compromiso con el desarrollo social y la multiculturalidad. La cultura del trabajo de los empleadores y el respeto de derechos.

2. La comunidad de inmigrantes. Su solidez y organización social. La extensión y cohesión de la red connacional de apoyo. En esto será clave la época en la que llega cada migrante, así como la edad de cada uno. El porcentaje sobre la población nativa y la renta por persona también serán factores que harán más fuerte o más débil al colectivo inmigrante.
3. La política migratoria del Estado receptor. La legislación y programas sociales generados desde el gobierno nacional y local. Sus declaraciones y actos. El trato de los funcionarios públicos y los recursos entregados para una buena convivencia en la diversidad. El tipo de visas a que se puede acceder y la demora en la gestión de éstas es un punto crítico.

El presente trabajo se centra particularmente en este último punto: sobre la relación de los migrantes con el servicio de salud, tanto con la red pública ofrecida por el Estado como con los servicios entregados por privados, en tanto Chile tiene la particularidad de tener un fuerte componente de mercado en su atención en salud, muy por encima de otras sociedades latinoamericanas. De esta manera, estos resultados representan una indagación sobre el ámbito médico en el contexto de una investigación mayor sobre la reciente inmigración colombiana y mexicana en Chile. Con respecto a esta dimensión nuestro objetivo es describir la relación de los migrantes con el sistema de salud chileno. Un primer apartado es sobre el marco referencial de las políticas de salud relacionadas específicamente con la migración a fin de presentar el contexto en el cual se desarrolla nuestro análisis, así como su metodología. Con estos elementos, a manera de antecedentes, procedemos a presentar nuestros resultados, donde pondremos énfasis en lo que hemos llamado “ejes valorativos”.

Como contexto demográfico, es de considerar que, según un informe emanado por el Instituto Nacional de Estadística (ine) y el Departamento de Extranjería y Migración (dem) en febrero de 2019, se estima que a diciembre de 2018 residían en Chile 1 251 225 migrantes. Dicha estimación se realizó considerando los inmigrantes contabilizados en el Censo 2017 (ajustando por omisión); descontando a las personas que fallecieron o abandonaron el país (datos del Registro Civil y de la Policía de Investigaciones de Chile) y adicionando las personas que solicitaron permisos de residencia, habiendo llegado con una fecha posterior al Censo (registros dem). La nacionalidad venezolana sería, según esta estimación, la comunidad más numerosa hoy en Chile. De esta manera, los venezolanos representarían el 23% de los migrantes en Chi-

le, mientras los peruanos representarían el 17.9%; los haitianos el 14.3; los colombianos el 11.7% y los bolivianos el 8.6 por ciento.

Marco teórico referencial: Salud y migración, una perspectiva antropológica

El primer antecedente histórico –que data de tiempos medievales– de la preocupación por la salud migrante es aquel vinculado con la idea del peligro de la “importación de enfermedades” (Meñaca, 2006). En la actualidad, este viejo terror medieval se ha trasladado a la idea de que existe un “*perfil epidemiológico migrante*” y que éste puede afectar al perfil epidemiológico nacional. Así, por ejemplo, el trabajo de Vásquez (2009) se titula: “*Impacto de las migraciones en Chile. Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados?*” y plantea, entre otros argumentos, que Chile es un “país vulnerable” a la llegada de infecciones erradicadas, como la tuberculosis, o a enfermedades como la “fiebre amarilla”. De esta forma, como plantea Meñaca (2006) “*los problemas de salud de los migrantes sólo salen a la luz cuando suponen una amenaza a la Salud Pública*” (p. 54). Sin embargo, como plantea el mismo autor y el trabajo colectivo compilado por Comelles *et al.* (2010), este supuesto perfil exótico y peligroso sería inexistente o al menos de ínfimo peso en los sistemas sanitarios de los países de acogida. Las razones de consulta de los inmigrantes, rara vez suelen ser diferentes a aquellas de los nacionales en términos epidemiológicos, pero pueden ser específicas en tanto responde a una experiencia particular, a saber, aquella de *haber emigrado* desde el país de origen. De esta forma, existe una línea de estudios que se centran en *el análisis del proceso migratorio como generador de estrés*. Este tipo de estudios siguen la línea de una “epidemiología migrante”, sin embargo, referida a la salud mental, produciéndose una serie de categorías o “síndromes” para describir y tipificar malestares psicológicos que serían exclusivos de los migrantes. Así, por ejemplo, existen las categorías de “duelo migratorio” (Alcántara *et al.*, 2015) y su versión más actualizada denominada como “síndrome de Ulises” (Achotegui *et al.*, 2015 y Llorente, 2016), para explicar cómo el carácter estresante de la migración, genera malestar.

Como plantean efectivamente Comelles *et al.* (2010), si bien el hecho de que el proceso de desarraigo del migrante es un factor que genera estrés, hay que poner bajo escrutinio antropológico la idea de la existencia de estas pa-

tologías mentales específicas, en tanto nos puede llevar a un sesgo exotista, común en la salud pública.

Esta realidad es trabajada por Uribe (2006), quien busca analizar el imaginario del migrante en relación con el sistema sanitario del país de acogida, en la línea de lo planteado por Meñaca. En este análisis, el autor muestra cómo una cierta forma de imaginario alarmista sobre la llegada de migrantes, que importarían enfermedades y colapsarían los sistemas de salud, contrasta con una experiencia cotidiana de integración social, “discreción” y convivencia; en tanto, los migrantes son un pequeño porcentaje de la población y son relativamente sanos desde el punto de vista epidemiológico. Con respecto a esto último, destacan en la bibliografía sobre salud y migración el análisis dedicado a esta característica epidemiológica a primera vista tan paradójica. Los análisis de salud pública de los países del primer mundo, muestran que para prácticamente todos los indicadores de salud globales,¹ los inmigrantes presentan mejores resultados que la población autóctona, a pesar de vivir muchas veces en situación de vulnerabilidad. A este fenómeno, la literatura en salud pública lo ha denominado *Healthy Immigrant Effect* (hie) o Efecto del Inmigrante Sano (Rivera, Casal y Currais, 2013). La hipótesis plantea que, a la llegada al país receptor, los inmigrantes mostrarán mejores indicadores de salud que la población nacional. Sin embargo, con el tiempo de residencia, estos indicadores irían “empeorando”, hasta asemejarse a aquellos de la población nacional.

Según Rivera, Casal y Currais (2013), existe una serie de explicaciones posibles para el hie. La explicación epidemiológica más barajada es que existe una “selección positiva” en el proceso mismo de emigrar, en tanto el viaje requiere de buenas condiciones de salud desde el país de origen. La emigración es principalmente laboral, por tanto se trata de personas relativamente jóvenes, y que deben estar en buenas condiciones físicas para trabajar muchas veces en actividades que requieren de esfuerzo y resistencia. Otra explicación posible, de acuerdo con los autores, se ancla en la percepción que los inmigrantes tienen de su estado de salud e incluso, en el miedo o rechazo a declarar mejores condiciones de salud. Así, el estudio de Cabieses, Tuntstall y Pickett (2013) busca comprobar la existencia del hie en Chile, controlando por diversas variables sociodemográficas y de ingreso, a partir de los datos

1 Estos varían de acuerdo con el país y la metodología de medición, pero hablamos en términos generales de: “salud autopercebida”, “mortalidad”, “morbilidad” y discapacidades físicas o mentales, por nombrar algunos.

de la Casen 2006. En su estudio, los autores concluyen que se observa cierto “factor protector” en los inmigrantes con respecto a problemas de salud, discapacidad o enfermedades crónicas, lo que en primera instancia probaría la hipótesis del hie. Además, al controlar por condiciones materiales del hogar (hacinamiento, agua potable, servicios sanitarios, etc.) no parecen existir grandes diferencias. Sin embargo, cuando se controla por *Estatus socioeconómico* (variable que mide el ingreso, pero también el nivel educacional y el acceso al trabajo) la diferencia en los puntajes de salud entre chilenos e inmigrantes se vuelve estadísticamente no significativa, volviendo inválido el supuesto de trabajo del hie.

Este trabajo es particularmente interesante en tanto pone en tensión otra de las discusiones en torno a la migración y la salud: aquella que se preocupa por las condiciones socioeconómicas de los inmigrantes en los países de acogida. Estos estudios se centran en la condición de pobreza, exclusión, explotación, marginalidad y/o vulnerabilidad en la que viven los migrantes, entrando en directa discusión con los estudios centrados en el supuesto “perfil epidemiológico” del migrante. En esta línea destaca el debate que se ha llevado a cabo en el Reino Unido –país en el cual la *etnicidad* es medida por adscripción y no por país de origen– donde se ha planteado la posibilidad de que las diferencias étnicas observadas en salud no sean otra cosa que diferencias socioeconómicas. De esta forma, antropólogos como Farmer (citado en Meñaca, 2006) han criticado la idea de la existencia de “enfermedades importadas” por los inmigrantes a los países del primer mundo, planteando que muchas de éstas (como la tuberculosis, y más recientemente las denominadas “enfermedades tropicales”: zika, chikungunya, h1n1) están asociadas a la pobreza y a las desigualdades de las economías industrializadas, también en países occidentales. Éstas han sido algunas de las preocupaciones centrales de la antropología médica estadounidense y la salud social latinoamericana, con su propuesta para una “epidemiología socio-estructural” (Meñaca, 2006) o también denominada como “social” o “crítica”.

Sin embargo, el considerar los factores socioeconómicos para el análisis de la población migrante, plantea nuevamente otros problemas de sesgo metodológico. Como suele ocurrir cuando una variable es ubicua, ésta comienza a perder su valor explicativo en los fenómenos, volviéndose irrelevante. Al mismo tiempo, y esto es de mayor importancia para la práctica médica cotidiana, las consideraciones estructurales se presentan como inabordables para los profesionales de la salud dentro del espacio de una consulta médica concreta. No hay nada, al parecer, que un médico pueda hacer respecto a la marginalidad de

un migrante, por lo tanto, poner al centro del análisis el nivel socioeconómico puede segregar a estos estudios de la praxis cotidiana de la medicina. Es de esta tensión que surge la tercera línea de estudios sobre migración y salud, a saber, aquellos relacionados con la “cultura” o “etnicidad” de los migrantes:

Teniendo en cuenta que el modelo biomédico hegemónico centra sus conocimientos, técnicas y prácticas en lo biológico del cuerpo, la salud y la enfermedad y, en menor medida en lo psicológico, resulta comprensible que la mayor parte de los profesionales sanitarios consideren que los factores socioeconómicos forman parte de las condiciones previas a su trabajo, ante las cuales no tienen poder o competencia para actuar. Tendencia que, probablemente, esté relacionada con el amplio interés que el sector sanitario ha puesto en el tercero de los focos en que dividí esta exposición: la “cultura” (Meñaca, 2006, p. 55).

Así, lo cultural aparece –de acuerdo con el argumento de este autor– a manera de *hipótesis ad hoc* que permite rellenar el vacío o imposibilidad que dejan los factores socioeconómicos. Dentro de este enfoque, están en primer lugar los estudios de los llamados: “síndromes culturalmente delimitados”, en la misma línea que vimos en los análisis del proceso migratorio y la idea de un “perfil epidemiológico” específico al migrante. Estos “padecimientos *folk*” serían desconocidos para la biomedicina dado que responden a sistemas médicos distintos al occidental. Esto significa que responden a otra definición de salud, otra noción de enfermedad y, con esto, otra explicación de las causas de dicha enfermedad. Existe un enorme corpus de bibliografía que puede ser rastreada a los primeros antecedentes del estudio antropológico de las enfermedades, en los trabajos comparativos de Clemens y Rivers, y llega hasta los análisis clásicos de Good sobre las “semánticas de la enfermedad” (1977) o el trabajo de Kleinman y Benson (2006) sobre la “competencia cultural”, temática ubicua en los estudios sobre interculturalidad y salud. Estas categorías tradicionalmente utilizadas por la etno-medicina se han aplicado al estudio de la salud de poblaciones migrantes, en tanto se asume que éstas provienen principalmente de sociedades no industrializadas, muchas veces de comunidades “tradicionales” o pre-capitalistas. Dentro del enfoque de la “cultura”, además, existen otros estudios que analizan los procesos de comunicación entre usuarios y profesionales de la salud. De acuerdo con Meñaca (2006), este problema sería una de las principales preocupaciones de los profesionales sanitarios. Si uno revisa la literatura antropológica actual sobre el fenómeno, por ejemplo, en el trabajo de Comelles *et al.* (2010), se puede ver que gran parte de los estudios siguen centrados en esta temática. Es esta preocupación la que dio

origen al ya citado trabajo de Kleinman y Benson (2006) sobre la “competencia cultural” y está al centro de las políticas del Ministerio de Salud en relación a la atención, por ejemplo, del pueblo mapuche. Es interesante destacar que, desde un punto de vista periférico como el que tenemos en Chile, en estos enfoques se cruzan las preocupaciones “étnicas” con las migratorias, es decir, la atención a la diversidad cultural étnica provocada por una migración que en los países del centro suele provenir de la periferia, erróneamente considerada como “atrasada” y “exótica”. Este tipo de enfoque ha sido bastante criticado y se vuelve relativamente inútil en el escenario de migraciones sur-sur donde las especificidades culturales y lingüísticas disminuyen, además que conduce a relativizar las experiencias y crear estereotipos.

En resumen, considerando lo planteado anteriormente y tomando lo sostenido por Meñaca (2006), podemos sintetizar los enfoques de estudio utilizados en el análisis de la migración y la salud, como sigue.

Cuadro 1. Resumen de los enfoques en el estudio de la salud y la migración

<i>Enfoque</i>	<i>Temáticas de estudio</i>
<i>La migración como proceso</i>	<i>La importación de enfermedades</i>
	<i>La migración como proceso patógeno mental en tanto produce estrés</i>
	<i>(Derivado del anterior). La medicalización del proceso migratorio</i>
<i>Las condiciones socioeconómicas del migrante</i>	<i>Los determinantes sociales de la salud</i>
	<i>Crítica a la idea de las patologías importadas</i>
	<i>Síndromes “culturalmente delimitados” o “patologías folk”</i>
<i>La “cultura”</i>	<i>Diferencias lingüísticas y culturales. La idea de la “competencia cultural”</i>
	<i>Diálogo intercultural, transcultural o multicultural</i>

Fuente: elaboración propia, con base en los planteamientos de Meñaca (2006).

Especificamos aquí los aspectos metodológicos. A continuación se presentan resultados de la investigación del proyecto Fondecyt N° 11130287 median-

te entrevistas cualitativas a migrantes colombianos/as y mexicanos/as, cuyo propósito es indagar los procesos individuales y colectivos de integración social, teniendo como punto de partida una doble opción metodológica: 1) la etnografía, que nos permite comprender las particulares lógicas sociales y culturales que emergen de las experiencias migratorias y conocer las trayectorias existentes de y entre los migrantes. Nos guía también, 2) el relacionismo metodológico (Bourdieu y Wacquant, 2012), enfoque que sostiene la primacía de las relaciones y procesos por sobre la mirada de los sistemas o agentes, buscando la disposición del entretejido social. De este modo, la unidad de análisis son los individuos, teniendo presentes sus redes de sociabilidad que se van constituyendo día a día.

El trabajo de terreno fue complementado con entrevistas en profundidad, buscando lograr un adecuado equilibrio entre “inmersión” (trabajo de campo) y extensión (número de entrevistados). Para ello se realizó un muestreo teórico e intencional, adaptado para la comparación entre casos, con el fin de mostrar una diversidad de experiencias, hasta cumplir la saturación de los datos.

Optamos por la Región Metropolitana (rm) pues concentra sobre la mitad de los migrantes en Chile (dem, 2018), considerando la región de residencia de los solicitantes de visa por primera vez. Esto, pues la rm está vinculada a las actividades de servicios y comercio, presentando mayores oportunidades de salud y empleo. El trabajo de campo se llevó a cabo en siete comunas, dando cuenta de la heterogeneidad social y urbana de la capital: Santiago-Centro (central), Estación Central (peri-central), Huechuraba y San Ramón (periféricas), así como Ñuñoa, Providencia y Las Condes (sector de renta alta), comunas en las que se están desarrollando nuevas formas de segregación y mezcla social, debido a la modificación en la escala de la segregación social en Santiago durante la última década.

Estudio de caso: relación de inmigrantes colombianos/as y mexicanos/as con el sistema de salud chileno

Presentamos los resultados a la luz de las entrevistas en profundidad realizadas a inmigrantes regulares colombianos y mexicanos en Chile. Las experiencias oscilan desde la total falta de contacto, pasando por tratamientos leves; hasta experiencias traumáticas, “tormentosas” nos relata un entrevistado,

“una porquería”, comenta otro. Sin embargo, más que la evaluación sobre calidad, presentamos aquí una breve imagen de los discursos y experiencias organizados por sistema de salud y país de procedencia, en busca de categorías centrales que serán relevantes en etapas posteriores de nuestro análisis.

Como se puede ver (cuadro 2), existe una clara diferencia entre el grupo de migrantes colombianos y mexicanos en cuanto al carácter de su previsión. Del total de entrevistados que comentaron sobre sus experiencias en el sistema de salud, para los colombianos, la previsión de salud se divide en términos relativamente equitativos entre sistema privado y sistema público, mientras que para el colectivo mexicano existe una clara primacía del sistema privado, con 23 suscritos a planes de salud en alguna isapre y 8 entrevistados que poseen “otros seguros”. La adscripción al sistema público suele estar asociada a la cláusula de los contratos laborales. Con respecto a estos otros sistemas, se refiere tanto a seguros privados contratados en México y que poseen cobertura internacional, como a seguros relacionados con su condición de estudiantes de intercambio, protegidos por cierto nivel de institucionalidad durante su estancia en Chile. Llama la atención que sólo un caso mexicano no posee previsión y se trata de una entrevistada que declara desconocer cómo funciona el sistema y no tiene ninguna experiencia o contacto con prestadores de salud.

Cuadro 2. *Entrevistados clasificados por sistema de salud*

<i>Sistema de salud</i>	<i>Inmigrantes colombianos entrevistados</i>	<i>Inmigrantes mexicanos entrevistados</i>
<i>Fonasa</i>	12	6
<i>isapre</i>	11	23
<i>Otros</i>	N/A	8
<i>No está seguro. No tiene previsión</i>	7	1
<i>Total</i>	29	39

Fuente: elaboración propia.

El grupo de entrevistados colombianos, por su parte, cuenta con siete individuos que no poseen previsión, ya sea porque desconocen el sistema y por tanto no están seguros de estar inscritos en alguna forma de seguro de salud o porque

declaran no tener previsión. En cualquier caso, es importante destacar que tanto las personas con y sin previsión, suelen manejar las cosas leves en su casa:

[¿Si te sientes enferma, cómo lo solucionas?] Bueno, igual que en Colombia, como en la casa, no soy tan de ir al médico [¿Compras en la farmacia o te preparas algo] No, remedios (Colombiana-Providencia).

En este momento no tengo idea de nada de eso, si yo tengo que escoger o si ella me escogerá o me dejará escoger, porque no conozco nada como funciona aquí (...) [Y entonces ¿Si te enfermas cómo te tratas?] Afortunadamente no me ha pasado nada hasta el momento, si acaso una gripe, me compro unas pastillas y ya. No ha sido nada fuerte, gracias a Dios. Sí no he tenido problemas (Colombiana- Las Condes).

Con respecto a su experiencia y valoraciones sobre el sistema de salud en Chile, si hiciéramos una división simple entre “experiencias positivas” y “negativas” veríamos que las experiencias son consideradas como “positivas” en mayor proporción de entrevistados tanto colombianos como mexicanos, que en los casos en que existen experiencias negativas. Esto considerando que muchas personas que manejan sus problemas en casa, nunca han entrado en contacto con el sistema en primer lugar:

La verdad nunca me he enfermado, ¡jajaja! (...) O sea me he enfermado pero algo leve, algo leve sí, pero se me pasa rápido, nunca me he enfermado como para ir a meterme a un hospital, (...) los hospitales que no te puedo decir absolutamente nada, absolutamente nada (Colombiano-Santiago Centro).

No disponemos de datos específicos con respecto a la categoría de auto-atención, sin embargo –de forma descriptiva– podemos decir que se trata del manejo de enfermedades comunes en casa, mediante la automedicación o los tratamientos no biomédicos. Como plantea Meñaca (2004), los trabajos respecto a la salud de los migrantes suelen pasar por alto el hecho de que no todos los problemas de salud son abordados por el sistema sanitario del país receptor, existiendo múltiples sistemas médicos y prácticas terapéuticas posibles.

Si dejamos entonces fuera a las personas que no han tenido contacto con el sistema de salud chileno, podemos ver que entre aquellos que sí lo han experimentados, los principales atributos (cuadros 3 y 4) se mueven todos dentro de los mismos ejes: *acceso, costo, trato y el tiempo* dedicado-invertido.

Cuadro 3. Atributos de valor en entrevistados colombianos

Positivos	Negativos
Buen trato	“Episodio cruel [y] tormentoso)
“Maravilloso”	“Denigrante”
“El sistema está bueno (..) funciona”	“Irrespetuosa”
“Me han dadolal cita”	“Una porquería”
“Me atienden súper bien”	Lenta
“Ningún problema”	Costosa
	Poca cobertura Fonasa
	“Vergonzoso”

Fuente: elaboración propia.

Los enunciados entre comillas son palabras textuales. Los enunciados sin comillas son síntesis de enunciados muy largos para ser citados.

Cuadro 4. Atributos de valor en entrevistados mexicanos

Positivos	Negativos
“Me siento muy acogida”	A veces, no encuentra hora de atención
“Puedes elegir si te vas a un privado”	Es muy costoso
El privado es bueno	Algunos médicos no tienen vocación
“Consultorio parece hospital”	Es difícil acceder al sistema previsional chileno
“Nos dejaron unos días y nos trataron bien”	“Se me hizo dura [emocionalmente] la posta”
	Lento

Fuente: elaboración propia.

Los enunciados entre comillas son palabras textuales. Los enunciados sin comillas son síntesis de enunciados muy largos para ser citados.

Los atributos negativos se vinculan a historias específicas de problemas burocráticos con reembolsos o coberturas, malos tratos por parte de los profesionales de la salud o los altos costos del sistema de salud. Específicamente, con respecto a la discriminación en calidad de migrantes, se presentaron sólo 4

menciones a la discriminación, 2 de las cuales nos gustaría destacar. Una migrante mexicana que dice que si bien los médicos la tratan bien, sin embargo, de parte de los funcionarios existe una suerte de condescendencia hacia su condición, como podemos ver en este testimonio:

[Sobre la discriminación] Sí. No con la doctora, porque la doctora es amiga de una amiga, entonces ya sabe mi condición. Porque además es eso, yo estoy en una condición, no soy como una mujer más: tengo una condición. Y eso también es complicado, porque hay esta visión como miserable de la migrante y el migrante. Pobrecito, es migrante. Y a veces sí, hay situaciones de vulnerabilidad, pero no sobre victimices tampoco a alguien, ¿sabes? Bueno. Ella, mi doctora no me ha tratado así cuando he ido a atenderme, pero quienes están en la recepción sí. Cuando escuchan mi acento y cuando ven mi rut y que dice que soy mexicana... me dicen "Ah. Por eso hace todas las cosas mal", por eso no sé cómo pagar un bono, como por eso no sé. Obvio, no sé, porque no es mi sistema, porque lo estoy entendiendo. Pero... pasa eso (Mexicana- Ñuñoa).

En la misma línea de la condescendencia, tenemos un caso algo más extremo, como se puede ver a continuación:

Y llegó mi marido, a él le salió el Hulk que lleva dentro, mi marido es súper tranquilo, y llega y le pega en el mesón "¿¡Dónde está la jefa de urgencias!?" y ahí el otro, o sea, si él, yo te digo, se habló chileno con chileno. Porque mientras a mí me veía el güey que yo era del último averno de Sudamérica, ve tú a saber, créeme que ni se paró, ni se paró. Con una soberbia y una petulancia, pero cuando mi marido llegó, le puso así [golpea la mesa], se cayó el computador, ándale, todas las enfermeras, todas y salió la doctora de urgencias dormida, y entonces sale dormida (Mexicana - Providencia).

En este caso la entrevistada nota una clara diferencia en el trato "entre chilenos", con respecto al trato que recibió ella. Existe la posibilidad, sin embargo, que más que un sesgo de nacionalidad, haya sido una violencia de género; en tanto los reclamos del esposo fueron privilegiados por sobre los de la entrevistada. Como comenta la entrevistada anterior, es muy probable que ambas condiciones se mezclen: "*no soy como una mujer más: tengo una condición*", una situación de migrante.

Si bien existen estos casos, la discriminación –en cuanto a la condición de migrantes– en el sistema de salud no parece ser un tema para los entrevistados. No sienten que reciben menos calidad de atención, ni que los usuarios chilenos son privilegiados. La primera entrevista nos muestra cierta forma

de violencia simbólica específica de parte de los funcionarios, sin embargo, no vimos menciones de este tipo de menosprecio en otras entrevistas. Al mismo tiempo, el segundo caso, revela que la discriminación sí aparece como un horizonte posible cuando se produce un caso extremo. En el relato, la entrevistada nos señala que su esposo debió “golpear la mesa” puesto que los tenían esperando hace horas y –cuando ella protestó– los responsables no tomaron en cuenta sus quejas en tanto ella era extranjera. Con respecto a las otras dos menciones, una se trata de una ciudadana colombiana que manifiesta su rechazo a la discriminación del pueblo peruano, pero no narra episodios específicos. La otra mención fue un caso burocrático de un centro de salud privado que se negaba a atender a un migrante por tener sólo *visa* y no *permanencia*, sin embargo, el relato muestra que se trata más de incompetencia burocrática que de alguna forma de xenofobia, sin embargo, en la percepción de los migrantes se produce –ante estas experiencias– la duda de si se trata sólo de malos tratos generalizados o de actos discriminatorios ante los extranjeros.

Por supuesto, no podemos decir que la discriminación no existe, sin embargo, destaca su poca presencia en los datos. Como se puede ver en las figuras 2 y 3, los atributos negativos y las malas experiencias tienen componentes que podemos reconocer en los discursos de los nacionales con respecto al sistema de salud.

Migrantes y valoraciones del sistema de salud en Chile: análisis de ejes

Si tuviésemos que clasificar las experiencias y sus valoraciones asociadas en “positivas” y “negativas”, podríamos decir que las positivas superan a las negativas en cantidad de apariciones; sin embargo, una mera aserción cuantitativa no entregaría datos de interés. Al observar los relatos de experiencias en mayor detalle, logramos ver expresiones de aceptación o rechazo, que pueden ser ordenadas según *ejes*.

Es evidente que dividir a las experiencias tan sólo en “positivas” y “negativas” no es del todo correcto, en tanto hay experiencias que cumplen con ambos criterios y existen diversos relatos en donde el entrevistado no se manifiesta de forma valórica con respecto al sistema de salud. Sin embargo, esta categorización nos parece relevante no por la dicotomía estricta que plantea, sino porque nos permite ver la relevancia de ciertos *ejes centrales* que organizan la dicotomía en cuestión. Dicho en términos más simples, vemos que las ideas de *acceso*, *costo*, *trato* y *tiempo* dedicado-invertido, sirven a los entre-

vistados tanto para decir “bueno” como “malo”; para relatar una experiencia positiva como una negativa y; con ello, mostrándonos su relevancia para comprender cómo los migrantes experimentan la salud en Chile.

De esta forma, tenemos el primer eje valorativo: **acceso**. Éste, claro está, se refiere a la posibilidad de ser atendido, sin embargo, también nos muestra cómo los migrantes se enfrentan al problema de recibir atención de salud en Chile. Nuestros entrevistados tienen todos acceso a la atención de salud. De hecho, la ley en Chile protege a todos los migrantes en ciertos casos específicos (lactancia, embarazo y emergencias vitales) sin considerar su condición legal en el país. Sin embargo, a pesar de estas garantías, es cierto que –fuera de estas condiciones– el acceso puede estar dificultado.

Yo, en mi caso concreto, si no fuera porque una amiga mía me metió como carga, yo no tendría previsión. Porque además, no hay una forma de tener acceso a salud si tienes una visa como la mía, o sea, si tienes una visa como estudiante, a menos que tú pagues un seguro desde México y aquí te cubra (Mexicana - Ñuñoa).

Como vemos en esta entrevista, el acceso a la salud tuvo que darse en un contexto de *alto uso de capital social*, en tanto el acceso directo estaba limitado por condiciones burocráticas específicas de la migración a un país extranjero. Estas formas de capital social están presentes tanto en mexicanos como en colombianos, como podemos ver en la siguiente cita:

[¿Cuándo se enferma usted, su familia, donde se atiende, por lo general?] Eh, nosotros estamos con (...) de salud, pero tenemos la fortuna de tener un amigo médico (...) Igual, gracias a Dios no hemos tenidos enfermedades complicadas, solo resfriados, una que otra alergia por primavera. Pero, pero en cuanto a medicamentos y todo eso eh...[Ay ¿y la atención, cómo es, la atención es buena?] Claro, claro, aquí conoce a un amigo, no sé, es todo un poco más fácil (Colombiano- Santiago Centro).

El capital social, como se ve en estas citas, permite el acceso; pero también mejora la atención. Esta existencia de redes no sólo entre migrantes, sino también con personas nacionales, es relevante para comprender el fenómeno migratorio, en tanto se alejan de lo normalmente planteado con respecto a la vulnerabilidad del migrante (Cabieses *et al.*, 2015).

En torno al acceso se ven ciertas formas de discriminación que son mitigadas por el *capital social*, sin embargo, en líneas generales podríamos decir

que las valoraciones en torno a este eje son positivas si las observamos desde un punto de vista migratorio, esto es, si buscamos alguna discriminación específica en tanto migrantes y acceso; salvo los relatos que ya mostramos, no podemos encontrar ubicuidad de situaciones similares. Sin embargo, si observamos el acceso desde una perspectiva no extranjera sino nacional, sí podemos encontrar algo interesante, como nos muestra la siguiente cita:

El sistema realmente es muy deficiente, creo que todos los chilenos también sufren el mismo tema, sí, es un tema que yo he vivido tres gobiernos aquí (...) entonces, ninguno ha resuelto el problema de salud, todos se han dedicado solamente a hablar pero ninguno ha resuelto el problema de salud, que las operaciones que cubre Fonasa son mínimas, o sea el pago es mínimo para lo que a uno le cobran es mínimo, verdad que es vergonzoso, pero bueno, son el tema las políticas que ellos manejan, y creo que es un problema en casi todos los países, el problema de salud lo tienen todos los países (Colombiano - Estación Central).

En este discurso podemos ver algo bastante similar a los discursos críticos que se manejan entre los nacionales chilenos. La salud está mercantilizada y con ello, arrojada a las dinámicas de mercado, ve condicionado su acceso a la capacidad de pago y su naturaleza a los vaivenes comerciales de la oferta y la demanda. Existe una protección de esta inseguridad en las dinámicas de Fonasa, sin embargo, esta inseguridad es más importante en los discursos de los migrantes que la vulnerabilidad propia de la condición de extranjeros, como se puede ver a continuación:

Entonces, que te digo yo, pa mí es un poco complicado dar una calificación sobre el sistema de salud, me parece que es un negocio y como es un negocio tratan de ahorrarse todo gasto que puedan ahorrarse y de ganar la plata que puedan ganar a costa de algo tan importante como es la salud de la gente. Si tú tienes un plan de seguro y pagas mensualmente una suma, tú debieras estar como seguro [...] Pero tú con el seguro, no estás seguro de nada, porque tú no sabes mañana qué enfermedad te va a llegar, tú no escoges tus enfermedades, te llegan (Colombiano - Las Condes).

A pesar de tener capacidad de pago para un plan de isapre, el entrevistado citado siente la misma inseguridad que cualquier ciudadano chileno sometido a las dinámicas de mercado de la salud. Esta inseguridad, no obstante, hace más presencia en migrantes colombianos que mexicanos, estos últimos, mostrando una actitud un tanto inversa, como se visualiza en la siguiente cita:

No, no, no estaba medio confiado un poquito en que no me pase nada, y lo otro, también la expectativa de pensar que bueno siendo egresado de una universidad tradicional de prestigio y siendo un becario (...), si me llega a pasar algo, todavía hay un poquito de responsabilidad, no, entonces... eh... no tenía tanto miedo en eso, porque... si bien no es obligación, creo que hay ahí un poquito de responsabilidad también en las instituciones para la gente que traen, no, a Chile (Mexicano - Ñuñoa).

Esta entrevista, correspondiente a un estudiante becado, nos muestra un ejemplo que nos pareció una tónica entre los migrantes mexicanos entrevistados: *la existencia de una confianza y cierto nivel de protección institucional*. Por supuesto que no se trata de que todos los mexicanos estén protegidos, pero sí notamos una mayor incertidumbre entre colombianos que entre los entrevistados mexicanos y nos arroja luz sobre las posibilidades de una migración bajo canales institucionales que modificaría la interacción de los migrantes con el sistema sanitario del país receptor.

En cualquier caso, esta incertidumbre es también relevante en tanto remite a nuestro segundo eje: el alto costo de la salud en Chile. El eje valorativo del costo es una de las pocas categorías comparativas entre Chile y los países de origen de los migrantes, sin embargo, esta comparación es cualitativamente diferente para los grupos de colombianos y mexicanos respectivamente. En el caso de los migrantes colombianos la valoración de los costos es principalmente negativa, como ilustra este testimonio:

En Colombia se maneja un sistema como, como muy plano y muy transparente en el cual tú pagas una cuota moderadora, en el cual si tú tienes una urgencia o lo que sea tú pagas tu cuota moderadora, te estoy hablando de mil, dos mil pesos, por lo que te tengas que hacer, sea emergencia, sea consulta, sea lo que sea siempre tienes esa cuota fija. Además, los medicamentos siempre valen esa cuota fija, sea el medicamento que sea, sean aspirinas te valen lo mismo, pero si te dan no sé, adrenalina, no sé, un medicamento bien costoso, igual te vale dos mil pesos, entonces esa es como la diferencia (...) yo tuve una urgencia (...) el servicio fue bueno sí, fue bueno, fue, no fue tan personalizado como, como de pronto uno está acostumbrado, más palagueado, pero sí fue bueno. Ahí fue cuando me di cuenta del tema del pago, te cobran desde el isótopo que usan, el alcohol y además tú tienes que ir a comprar los medicamentos; esa fue mi primera vez. La segunda también, pero esa fue ya por, por una intoxicación, igual el sistema está bueno, funciona, el tema de los pagos es la única diferencia grande que he visto (Colombiano - Ñuñoa).

Otros entrevistados, sin embargo, más que centrarse en la diferencia, manifiestan su completo rechazo a la idea de cobros.

Lo veo muy caro y lo veo un poco como imprudente, no sé decirlo, imprudente que el Estado permita que ese porcentaje que a uno se le quite, que el plan cueste menos y que ese excedente sólo quede para comprar medicamentos, como que lo veo poco ético la verdad.... Siendo un buen negocio obviamente (Colombiano - Providencia).

De esta forma, aparecen las ideas de *imprudencia* y *falta de ética* en el sistema de salud, directamente ligadas al problema del costo. Es importante decir, sin embargo, que la comparación no siempre es negativa; lo importante es que suele darse alrededor del problema del costo:

Sí, estoy dentro del sistema privado. Isapre. Y ni un problema, sólo que mi plan es bastante caro [riendo], pero si, igual es, pero de todas maneras sí o sí, es, es mejor que en Colombia, o sea, en Colombia es un desastre, porque somos tanta gente, 48, 47 millones de habitantes, entonces, colapsa la cosa (Colombiana - Puente Alto).

Por su parte, la idea del alto costo aparece también en las entrevistas a migrantes mexicanos, sin embargo, lo interesante es su vinculación a las expectativas.

¿Cómo lo evaluó?... es una estafa... mucho dinero lo que se paga. [*Y la atención que has recibido, ¿como la evaluarías?*] Mala, porque la única vez que fui a un hospital, me enfermé, fui al norte y comí mariscos, y fue un domingo, regresé, y el martes estaba yo en la oficina y me sentí mal, me fui pa la casa en la tarde, y en la noche me sentí más mal. Y fui a la clínica (...) y fui como a las 11 de la noche, y yo pensé que me iban a atender luego, ahí estuve esperando como dos horas, y pensé 'si estoy pagando'. Se entiende cuando es un hospital público, pero cuando es privado, raro que te hagan esperar, entonces ahí me hicieron esperar, me atendieron y salí a la madrugada del otro día. Y por lo que cobran, es caro. Mucho dinero lo que se paga.

Esta entrevista muestra la categoría costo como la vimos en colombianos, es decir, considerar que los pagos que se hacen por la salud en Chile son altos. Pero hay una diferencia con los interlocutores colombianos: los pagos se consideran ilegítimos no tanto por el monto, sino porque la calidad del

servicio no está a la altura de las expectativas: *esperar es inaceptable*. Como podemos ver a continuación:

Menos una vez, cuando fui a emergencias, bueno, urgencias se llama, perdón. Y... qué tenía yo... estaba mega resfriada. Algo tenía y en una clínica de muy alto nivel fuimos. Me sentía muy mal. Si estaba como que, no sé, me bajó la presión. Fui a urgencias y tuve que esperar ¡dos horas! Y yo me dije ¡dos horas! ¡en urgencias! ¡en una clínica con súper doctores y no se qué! Le dije, no, no puede ser. Me tuve que ir, porque me sentía muy mal. Acabamos en otra clínica, no sé en cual. Pero sí dije qué pasa, se supone que esta es la clínica woow de acá, y ¡en urgencias dos horas!, no... eso fue medio malo. Pero... en todos lados pasa (Mexicana - Las Condes).

En esta entrevista, notamos cómo la espera se hace totalmente ilegítima cuando se trata de un lugar por el cual se está pagando. Es cierto que los entrevistados mexicanos –al igual que los colombianos– consideran cara la salud; pero este costo está condicionado al problema del tiempo y no corre por su cuenta.

Ha sido buena pero demasiado cara. O sea, yo tengo un buen plan de salud (...) sí, pero por lo general yo he tenido buena experiencia. Y creo que prefiero, en este caso, la forma en que se maneja en Chile, aunque sea cara (...) Entonces yo sí prefiero pagar, pero pagar también por lo que yo quiero. O sea, de una amplia gama, decir yo quiero irme a la mejor clínica o quiero irme a una más económica, pero buena. Lo prefiero mil veces.

De esta forma, en las entrevistas a migrantes mexicanos, aparece algo que vimos más arriba en las valoraciones positivas, la idea de que “*puedes elegir si te vas a un privado*” y –con ella– un apoyo o satisfacción con la “modalidad de libre elección” del sistema de salud chileno en tanto permite relacionar al costo con una mejor calidad. ¿Significa esto que los entrevistados mexicanos están contentos con los cobros? No, no precisamente. Existen casos en que los cobros aparecen como excesivos, sin embargo, este problema de los costos se conecta de manera interesante con otra faceta del eje tiempo.

Pues mala [riendo] Un par de veces he tenido que pagar como doctores de clínica, porque tuve una condición de salud a principios del año pasado bastante complicada, entonces tuve que ir como a buenos doctores. Pero ¿sabes qué? Siento que no hay mucha diferencia entre la atención del comunitario y la de doctor de hospital como privado, porque en cuestión de tiempo... es como lo mismo, lo único diferente es el precio pero... y a lo mejor el tiempo de espera,

porque cuando vas a una clínica tienes ya una hora asignada y no tienes que esperar a que pasen todos los demás como en un comunitario. Pero... la verdad no me he sentido como muy satisfecha con la atención. [Comparando con su país] Sí. O sea, para mí de entrada el tema de que tengas que pagar cada mes y una cantidad súper considerable y que a pesar de eso cuando te enfermas tengas que pagar también el doctor y las medicinas... me parece... súper mala onda [riendo] Y... también como que aquí los doctores como que te atienden de 10, 15 minutos... no hacen una historia bien, no te preguntan, no te revisan todo (Mexicana - Santiago Centro).

Esto nos lleva al tercer eje valorativo de interés, a saber: el tiempo. Por una parte, el tiempo invertido en obtener salud, sobre lo cual nos habla la “espera”, pero también el tiempo dedicado por parte del sistema de salud a satisfacer las necesidades de los individuos que consultan, sobre lo cual nos expresa la entrevistada al decir que los médicos no le dedican tiempo o que “no hacen una historia [médica] bien”.

El tiempo es relevante porque se relaciona con la incertidumbre, que anteriormente ya vimos cómo se conectaba con los costos, generando una tríada: incertidumbre-costos-tiempo.

Para mí el sistema de salud si, te lo digo sinceramente es una porquería, sí, sí la verdad porque no es posible que, digamos si tú estás enfermo, te den una cita para unos exámenes a las dos semanas, al mes, si tú estás enfermo, no puede ser ¿ya? Y los resultados igual, te los dan al tiempo, cuando ya prácticamente.... Nada, a mí me parece súper mala, aparte que hay gente que es muy amable y hay otra gente que no tiene para nada ética profesional, te atienden súper mal, entonces, el nivel es malo, malo, malo. Sí porque, no es por entrar a comparar porque obvio que Colombia es Colombia y Chile es Chile, pero tú vas allá y te atienden, primero tus exámenes al otro día, tus resultados al otro día, todo está como tan bien ordenado (Colombiana - San Ramón).

Así, el tiempo aumenta la incertidumbre, y con ello la angustia; produciendo entonces una valoración negativa del sistema de salud. En la cita anterior, también aparece una comparación con el sistema de salud colombiano en clara clave temporal: en Colombia, dice la entrevistada, tus resultados están “al otro día”, la reducción del tiempo es interpretada de inmediato como un indicador de calidad. El eje tiempo es de tal relevancia, que en algunas entrevistas se vuelve el mayor indicado de calidad, volviendo a la distinción entre

sistemas públicos y privados, entre pago y gratuidad, distinciones sin sentido, como podemos ver a continuación:

Pero vas a urgencias y tienes que esperar 5-6 horas sentada. Entonces ahh, privado, no. Es la misma hueá, pero uno tiene que hacerlo más que nada por el tema, ya sea escolar porque te piden el certificado, entonces más que nada por eso (Mexicana-Huechuraba).

Una vez más vuelve un dato presente en interlocutores mexicanos: lo inaceptable de pagar y que te hagan esperar. El tiempo, entonces, se vuelve un eje central para comprender la legitimidad de los cobros en salud y para evaluar la calidad del sistema. Si el tiempo de espera es el mismo, el pago se vuelve ilegítimo y la calidad del sistema se evalúa como mala. Si, por otra parte, el pago se traduce en menos tiempo de espera, esta variable aparece con tanto valor, que la calidad del sistema mejora y los pagos se vuelven aceptables, como podemos ver a continuación:

Yo tengo Fonasa por rapidez y oportunidad voy a una clínica que está cerca de mi casa. (...) y prefiero pagar un poco más pero que me atiendan rápido porque no tengo tiempo. El trabajo, la universidad, no tengo tiempo que desperdiciar (Mexicano-Santiago-Centro).

Así, este interlocutor renuncia a su derecho de salud en el sistema público, y prefiere pagar. El cobro no le molesta en tanto le permite ahorrar tiempo, posicionando a este eje en el centro del imaginario sobre el sistema de salud.

Conclusiones

La salud como temática es fundamental en el desafío de la integración social. La salud, si consideramos la famosa definición omnicomprendensiva de la oms, no sólo hace referencia a la ausencia de enfermedad en el cuerpo, sino que remite al bienestar completo de una persona, bienestar que se manifiesta como la consecuencia del acceso a una serie de servicios y derechos en un Estado receptor. En este sentido, la salud remite a las condiciones de vida cotidianas, la vivienda, el acceso al agua potable; pero también al acceso al trabajo digno, a un contrato laboral que limite las jornadas y que asegure estabilidad o a la participación en la vida cultural de un país, tal y como la ley la conceptualiza.

Una interacción con el sistema de salud puede marcar la trayectoria del proyecto migratorio de forma dramática, movilizándolo una serie de expectativas e inseguridades, que son claves para comprender la experiencia migratoria en su relación con la salud. En este sentido, la salud es una parte esencial de todo proyecto de vida, y esto no es la excepción para los proyectos migratorios.

Sin embargo, en un principio los datos mostraron que no existe realmente alguna “especificidad migrante” en las trayectorias de contacto con el sistema de salud. Salvo ciertos incidentes aislados, los entrevistados no se mostraron particularmente descontentos con su paso por el sistema de salud en tanto fuesen de otro país (y tampoco lo contrario, es decir, tampoco fue algo positivo), incluso identificando sus problemas con aquellos que experimentan los nacionales chilenos.

De esta forma el análisis mostró que en términos de acceso la salud podía estar condicionada por dinámicas de acumulación y uso de capital social. El capital social, además, podía mejorar la calidad de la atención recibida en tanto plantea un vínculo que mejora el trato.

Por su parte, el eje de **costo** se abre mostrando como las dinámicas de *mercantilización* de la salud están fuertemente vinculadas a la generación de inseguridad. Sin embargo, existen ciertos niveles de protección institucional que están garantizados, particularmente para nuestros entrevistados mexicanos, lo que permite mitigar dichas inseguridades. Así, podemos ver cómo la protección institucional es relevante incluso antes de entrar en contacto con el sistema de salud, en tanto la confianza en que “nada pasará” y “si algo pasa” habrá protección, es clave en la valoración del sistema de salud.

En cualquier caso, los costos son considerados como altos, siendo éste el único punto de comparación entre el sistema chileno y los extranjeros. Así, los altos cobros aparecen ligados a las ideas de *imprudencia* e incluso a una falta de ética profesional. En cualquier caso, su valoración es ubicuamente negativa, aunque de manera diferencial. Mientras para algunos interlocutores colombianos la idea de cobros puede llegar incluso a ser completamente inaceptable, para los entrevistados mexicanos los cobros deben estar legitimados en un servicio, lo que nos llevó a nuestro tercer eje: tiempo.

El tiempo es de suma importancia en la comprensión de las trayectorias de contactos con el sistema de salud en tanto nos muestran las expectativas que subyacen a dichos contactos. La *espera*, esto es, la inversión de tiempo en obtener salud, es de naturaleza inaceptable enfrentada a los pagos. “Si pago, no me pueden hacer esperar”, esa es la idea fuerza que dirige los discursos de

nuestros entrevistados. La espera se conecta a su vez con la incertidumbre, generando valoraciones negativas.

Los datos muestran que la salud es un elemento central del proyecto migratorio, a la vez que las interacciones con el sistema sanitario son un indicador relevante en su comprensión. Lo paradójico es que, como proyecto constantemente inacabado, la migración entra en tensión directa con los esfuerzos de integración. A nivel de salud, esto se puede observar en los itinerarios terapéuticos que muchas veces pueden partir desde la medicina tradicional, para llegar al sistema sanitario occidental biomédico. En nuestras entrevistas no se vislumbraron tensiones entre sistemas médicos, sin embargo, es cierto que muchos de los entrevistados sí declararon no mantener contacto o no estar informados de sus derechos sobre salud, siendo el manejo doméstico de patologías leves una de las alternativas terapéuticas más mencionadas. En este sentido, la misma interacción entre sistemas de salud nos puede dar luces sobre el carácter del proyecto migratorio y su tensión con la integración a la comunidad de acogida. Dentro de esta idea, se han situado los esfuerzos realizados en el presente trabajo. Dentro de esa línea, creemos, se deben plantear las futuras preguntas sobre la materia.

Bibliografía

- Achotegui, J., López, A., Morales, M., Espeso, D. y Achotegui, A. (2015). Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises. Estudio sobre 1.110 inmigrantes atendidos en el SAPPRI en Barcelona. *Norte de Salud Mental XIII* (52). Recuperado de <https://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/827>.
- Alcántara, G., Infante, C., Caballero, M., Flores-Palacios, F. y Santillanes-Allande, N. (2015). Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Salud Pública de México*. 57(4). Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v57n3/v57n3a11.pdf>.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2012). Una invitación a la sociología reflexiva. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Cabieses, B., Bernal, M., Obach, A. y Pedrero, V. (2015). Vulnerabilidad. En *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo. Recuperado de <http://medicina.udd.cl/files/2016/03/Resumen-español-final-2016.pdf>.

- Cabieses, B., Tunstall, H., y Pickett, K. (2013). Testing the latino paradox in latin america: A population-based study of intra-regional immigrants in chile. *Revista Médica de Chile*, 141 (10), 1255-1265. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n10/art04.pdf>.
- Castiñeira, B. R., Rodríguez, B. C., y Nunes, L. C. (2013). Healthy immigrant effect: Trayectoria de salud de la población inmigrante a partir de la ense 2011-2012. *Estudios de Economía Aplicada*, 31 (2), pp. 5-20.
- Comelles, J., Allué, X., Bernal, M., Fernández-Rufete, J., Mascarella, L. (comps.) (2010) *Migraciones y Salud*. Tarragona: URV Publicaciones.
- Demoscópica (2009) *Informe Final: Diagnóstico y Factibilidad Global para la Implementación de Políticas Locales de Salud para Inmigrantes en la Zona Norte de la Región Metropolitana*. Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71841d2e91f518a1e04001011f015cc6.pdf>.
- Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2016) *Migración en Chile 2005-2014*. Recuperado de <http://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>.
- Fundación Superación de la Pobreza y Escuela de Periodismo de la Universidad Diego Portales (2012). *Encuesta de opinión: Ser migrante en el Chile de hoy*. Recuperado de <http://www.comunicacionypobreza.cl/wp-content/uploads/SER-MIGRANTE-EN-EL-CHILE-DE-HOY.pdf>.
- Gijón, M., Jiménez, M., Martínez, E. (2006) Más allá de las diferencias, tras el cristal de la diversidad. La “inmigración” en la literatura biomédica en España. En Fernández, G. (coord). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 115-132). Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Gobierno de Chile. Presidencia de la República (2008) “*Instructivo Presidencial sobre Política Migratoria*”. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71841d2e91de18a1e04001011f015cc6.pdf>.
- Good, B. (1977) *The Heart of the Matter: The Semantics of Illnes in Iran. Culture, Medicine and Psychiatry*. I (pp. 25-58).
- ine y dem (2019). Estimación de personas extranjeras residentes en Chile. Disponible en: <https://www.ine.cl/docs/default-source/default-document-library/estimaci%C3%B3n-de-personas-extranjeras-residentes-en-chile-al-31-de-diciembre-de-2018.pdf?sfvrsn=0>. (Recuperado el 22 abril de 2019).
- Izquierdo, A. (2000) El proyecto migratorio y la integración de los extranjeros. *Revista de Estudios de Juventud* (49), pp. 43-52. Recuperado de <http://www.injuve.es/sites/default/files/Revista49-3.pdf>.

- Kleinman, A. y Benson, P. (2006) Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. *PLOS Medicine*. 3(10). doi: 0.1371/journal.pmed.0030294.
- Llorente, M. J. (2016) El síndrome de Ulises y el manto de Penélope o cómo tejer redes afectivas para afrontar la diversidad en el aula de EL2. Recuperado de http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/25/25_0515.pdf.
- Meñaca, A. (2006). Salud y migraciones: Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar. En *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica intercultural* (pp. 53-64). Quito-Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Minsal (2008) *Ordinario No. 3229 del Ministerio de Salud, referido a la "Atención en salud de Población Inmigrante en Riesgo Social y Permanencia No Regular"*. Recuperado de http://www.ssmc.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/04/022_ordinario-N-3229-regula-atencion-migrantes.pdf.
- Observatorio Social (2015) *Nueva Metodología de Medición de la Pobreza por Ingresos y Multidimensional*. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentosNueva_Metodologia_de_Medicion_de_Pobreza.pdf.
- oim. (2012). *Panorama migratorio de América del Sur 2012. Organización Internacional para las Migraciones*. [Versión digital]. Recuperado de https://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/pbn/docs/Panorama_Migratorio_de_America_del_Sur_2012.pdf.
- Polloni, L. y Matus, M. (2011) *Somos migrantes. Experiencias de integración a la ciudad de Santiago*. [Versión digital] Recuperado de http://www.revistasur.cl/revistasur.cl/wp-content/uploads/2013/10/LIBRO_Experiencias-de-Integración-de-Integración-a-la-Ciudad-de-Santiago.pdf
- Uribe, J. (2006) Migraciones y Salud. Préstamos de ida y vuelta. En Fernández, G. (coord.). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 109-114), Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Vásquez, R. (2009) "Impacto de las migraciones en Chile. Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados?" *Revista chilena de pediatría*, 80(2). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000200009.

Cogniciones y prácticas parentales en contexto de migración: Una revisión teórica

Ana María Gallardo Zanetta

Docente Pontificia Universidad Católica de Chile
PhD © Doctorado en Psicoterapia
Correo de contacto: amgallar@uc.cl

Dirección de correspondencia: Av. Vicuña Mackenna
4860, Macul. Santiago de Chile

Resumen

El asentamiento en una sociedad distinta de la propia supone un importante esfuerzo de ajuste y de cambios de costumbres en la vida cotidiana. Sin embargo, estudios focalizados en migración han señalado que a pesar de los eventos adversos por los que puede atravesar una familia, la migración también supone la posibilidad de mejorar las condiciones para los hijos. Es decir, la migración también debe ser comprendida como una decisión parental (Perreira, 2006). Una fuente específica de estrés pos-migratorio, es el desafío a la percepción de competencias parentales. Dicho proceso ocurre puesto que las personas deben abandonar las imágenes normativas asociadas a la parentalidad de su cultura de origen y enfrentarse a nuevas ideas acerca de cómo se debe criar. El proceso descrito previamente ha sido definido como “aculturación parental” (Bornstein y Bohr, 2011) y supone un balance entre las cogniciones y prácticas parentales de la cultura de origen en conjunto con las que se adquieren en la cultura receptora. Específicamente, las cogniciones parentales se refieren a

esquemas mentales que organizan atribuciones, percepciones, actitudes, metas, expectativas y conocimiento acerca de la crianza y el desarrollo óptimo infantil (Bornstein, 2017). Por otra parte, las prácticas parentales se refiere a todas las conductas observables que los padres utilizan para interactuar con sus hijos (Bornstein *et al.*, 2011) y además en su proceso de socialización (Darling y Steinberg, 1993; Spera, 2015). La presente revisión teórica tiene como objetivo profundizar en cogniciones y prácticas parentales en contexto de migración con el propósito de iniciar la investigación en parentalidad de migrantes viviendo en Chile.

Palabras claves: *Migración, Parentalidad, Aculturación parental, Cogniciones parentales, Prácticas parentales.*

Abstract

Settling in a different society implies an important effort of adjustment and changes on daily habits. However, studies focused on migration have explained that in spite of the adverse events that a family can go through, migration also implies the possibility of improving conditions for children. Therefore, migration must also be understood as a parental decision (Pereira, 2006). A specific source of post-migratory stress is the challenge to the perception of parental competences. This process occurs because people must abandon the normative images associated with the parenthood of their culture of origin and face new ideas about how they should be brought up. The process described previously has been defined as “parental acculturation” (Bornstein y Bohr, 2011) and implies a balance between the cognitions and parental practices of the culture of origin in conjunction with those acquired in the receiving culture. Specifically, parental cognitions refer to mental schemas that organize attributions, perceptions, attitudes, goals, expectations and knowledge about parenting and optimal child development (Bornstein, 2017). On the other hand, parental practices refer to all observable behaviors that parents use to interact with their children (Bornstein *et al.*, 2011) and also in their socialization process (Darling y Steinberg, 1993; 2015). The objective of this theoretical revision is to deepen cognitions and parental practices in the context of migration. The purpose is to initiate a research field on parenting, considering immigrants living in Chile.

Keywords: *Migration, Parenting, Parental Acculturation Parental Cognitions, Parental Practices.*

Introducción

La migración humana se refiere a todo tipo de desplazamiento de la población que se produce desde un lugar de origen a otro destino (Salvador, 2012).

Chile es un caso particularmente interesante en términos de migración, pues es un país que gradualmente se ha convertido en un país de destino para inmigrantes. De acuerdo con el Departamento de Extranjería y Migración, en el año 2005, sólo el 1.3% (212 939) de las personas correspondía a población migrante. Esto contrasta con el 4.35% de personas migrantes registradas en el Censo del año 2017 (INE, 2017).

Del mismo modo, la migración ha ido cambiando en su composición. Hacia el año 2014, la mayoría (56.6%) de los migrantes provenían de países fronterizos (Perú). Dicho proceso de migración ha recibido el nombre de migración Sur-Sur, considerando que se trata de la migración de países de la región con un menor desarrollo económico (Cabieses, 2014). Sin embargo, para el 2017 se observó un aumento en la llegada de población haitiana y venezolana (Silva y Ballesteros, 2017).

Desafortunadamente, en el contexto chileno la migración se ha vinculado a condiciones de vulnerabilidad social (Bernales, Cabieses, McIntyre y Chepo, 2017). Un ejemplo de antecedentes acerca de esta realidad es la *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional* (Casen, 2017), en la que se aborda la situación económica de las personas desde el modelo de pobreza multidimensional de Alkire y Foster (2007). Este enfoque identifica la condición de pobreza más allá del ingreso económico, incorporando la intensidad de las privaciones o carencias dentro de los hogares. En este sentido, las encuestas Casen (2017) señalan que considerando a todas las personas migrantes, no existiría una diferencia significativa entre el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional nacidas en Chile (20.5%) en comparación con las personas no nacidas en Chile (24.6 por ciento).

Sin embargo, al desglosar la satisfacción de distintas necesidades, se observa que los migrantes corren con mayor desventaja en relación a personas nacidas en Chile respecto de la adscripción a sistemas de salud, apoyo y participación, habitabilidad y trato igualitario. Específicamente, se observa que las familias migrantes están más expuestas a vivir en condiciones de hacinamiento y sufrir de discriminación (Casen, 2017). Dichas inequidades han sido estables en mediciones realizadas previamente (Cabieses, 2015; Casen, 2015).

Es decir, las privaciones agudas entre la población extranjera residente en Chile, trascienden la esfera netamente monetaria (Cabieses, 2014; Rojas y Sil-

va, 2016). Dichos antecedentes permiten entender que existe una población de niños, niñas y adolescentes migrantes que se encontraría en un contexto de vulnerabilidad. Del mismo modo, permite reforzar la idea que existe un grupo de padres y madres que ejecutan sus tareas parentales en desventaja (Micolta, 2007).

Sin embargo, sólo recientemente se le ha brindado a la parentalidad un espacio importante dentro de esta realidad, a pesar de la amplia evidencia relacionada con el bienestar de los padres y el desarrollo óptimo de sus hijos (Kotchick y Forehand, 2002). Por lo que diseñar programas integrales de atención para el fortalecimiento de la unidad familiar debería ser una prioridad en aquellos países que se adhieren a la Convención de Derechos del Niño (Liwski, 2008).

En el caso del presente artículo, tiene por objetivo profundizar en el ámbito de la migración, que es el proceso de aculturación por el que atraviesan las personas migrantes, puntualmente en el ámbito de la parentalidad. Específicamente, se buscará responder a la pregunta de “*qué es lo que cambia y cómo cambia*” para padres que ejercen la parentalidad lejos de sus culturas de origen. Para esto se profundizará en dos ámbitos de la parentalidad –cogniciones y prácticas parentales– que han sido ampliamente vinculadas con el desarrollo de niños, niñas y adolescentes.

Marco teórico

El asentamiento en una sociedad distinta de la propia supone un importante esfuerzo de ajuste y de cambios de costumbres en la vida cotidiana (Micolta, 2007). Este proceso de adaptación o ajuste recibe el nombre de aculturación, e implica una serie de cambios culturales y psicológicos al entrar en contacto con una nueva cultura. Dentro de los cambios culturales se incluyen cambios en las costumbres, en la vida económica y política, mientras que los cambios psicológicos se refieren a la actitud hacia el proceso de aculturación, cambios en la identidad cultural y cambios en conductas sociales (Berry, Phinney, Sam y Vedder, 2006). Del mismo modo, implica establecer un balance entre mantener las creencias y conductas de la propia cultura y adoptar las de la cultura que recibe (Bornstein, 2017).

El resultado de los continuos procesos de adaptación a ambientes diferentes puede conllevar que los individuos perciban que no cuentan con las herramientas necesarias para afrontar este escenario, desarrollando lo que se ha denominado estrés por aculturación. Este cuadro se ha vinculado a cam-

bios psicológicos y disminución de la salud mental, por ejemplo, aparición de trastornos ansiosos, depresivos y psicosomáticos, y en algunos casos sentimientos de marginalidad (Urzúa, Heredia, Caqueo-Úrizar, 2016).

La esfera de la parentalidad es un proceso particularmente sensible, puesto que todas las culturas tienen una definición implícita de lo que significa ser un adulto “competente” o “adaptado”. Esta imagen sirve como una metáfora que orienta y organiza las ideologías relacionadas con la crianza, con el objetivo que los adultos en dicha cultura críen hijos que el día de mañana puedan cumplir con las expectativas de dicha sociedad (Roer-Strier, 2001). Dado que esta imagen se transmite transgeneracionalmente, son pautas estables en el tiempo y determinan lo que es “una parentalidad exitosa” en cada cultura (Bornstein y Bohr, 2011).

De esta forma, el contexto de migración supone un desafío a la percepción de competencias parentales, puesto que las personas deben abandonar las imágenes normativas asociadas a la parentalidad de su cultura de origen (Ali, 2008, Bornstein y Bohr, 2011) y enfrentarse a nuevas ideas acerca de cómo se debe criar y cómo se debe ser padre (Ali, 2008; Roer-Stier, 2001). El proceso definido previamente ha sido presentado como “*aculturación parental*” por Bornstein y Bohr (2011) y describe un balance entre las cogniciones y prácticas parentales propias de la cultura de origen y las de la cultura receptora.

Cogniciones parentales

La forma en que los padres crían a sus hijos se basa en gran parte en los modelos de comportamiento que recibieron de sus madres y padres (Grusec y Danyliuk, 2014). Dichos modelos, en conjunto con la experiencia de la parentalidad, organizan las actitudes hacia la parentalidad, lo que se conoce como cogniciones parentales (Bornstein, 2017; Bornstein y Cote, 2004; Grusec y Danyliuk, 2014).

En específico, las cogniciones parentales son esquemas mentales que organizan atribuciones, percepciones, metas, expectativas y conocimiento acerca de la crianza y el desarrollo óptimo infantil (Bornstein, 2017; Cote, Kwak, Putnick, Chung y Bornstein, 2015). Se ha establecido que las cogniciones parentales influyen en el desarrollo de los niños a través del efecto mediador que tienen sobre las prácticas parentales (Bugental y Johnston, 2000).

Dado que las cogniciones parentales son un mecanismo a través del cual una cierta cultura define y regula la forma en que se debe cuidar a los hijos para que ellos crezcan como individuos competentes (Bornstein, 2012; Roer-

Stier, 2001), es que las cogniciones parentales forman parte de la identidad de las personas. De este modo, se espera que sean relativamente estables en el tiempo (Cote y Bornstein, 2003). Sin embargo, dentro de la literatura se ha señalado que pueden modificarse bajo dos contextos: durante la infancia temprana, puesto que los niños y niñas atraviesan por una serie de cambios en su desarrollo en muy corto tiempo (Cote y Bornstein, 2003) y debido a los procesos de aculturación, dado las presiones sociales, la falta de referentes debido al bajo apoyo social y el estrés que supone el proceso de adaptación (Bornstein y Bohr, 2011; Grace, 2014). Una segunda lectura es que los padres modifiquen –consciente o inconscientemente– sus propias cogniciones para que estas calcen con las de la cultura receptora (Bornstein, 2017).

Dado que las cogniciones parentales son esquemas modulares que incluyen varias cogniciones específicas, dentro de la investigación en parentalidad se han definido y estudiado de forma separada. A continuación, se definen las que han sido estudiadas en contexto de migración y la metodología implementada para su evaluación. Dicha información se encuentra organizada en la tabla 1.

Una primera cognición parental estudiada han sido las *Atribuciones Parentales*. Las atribuciones son inferencias causales que las personas realizan para explicar por qué las cosas suceden de determinada manera (Cote *et al.*, 2015). Estas cogniciones parentales se refieren a aquellas atribuciones que los padres hacen respecto del éxito y el fracaso en la parentalidad (Bornstein y Cote, 2004). De esta forma, existen atribuciones que son “reforzadoras del ego” (*ego-enhancing*) puesto que los individuos asumen la responsabilidad por sus logros o del éxito en la crianza de sus hijos; “defensoras del ego” (*ego-defensive*) puesto que están al servicio de evitar responsabilidad en caso del fracaso propio o de los hijos (Cote *et al.*, 2015). Una tercera atribución es la “supresión del self” (*ego-enhancement*), la cual consiste en quitarse a sí mismo protagonismo en relación a los resultados.

De acuerdo con Cote y colegas (2015), las atribuciones parentales tienen un fuerte arraigo cultural. Por ejemplo, culturas individualistas promueven estilos de parentalidad “reforzadoras del ego” y “defensivas del ego”, por lo que promueven un sentido positivo del *self*. Por otra parte, las culturas colectivistas promueven más la “supresión del *self*” como mecanismo para sostener la armonía grupal.

En un primer estudio, Bornstein y Cote (2004) compararon las atribuciones parentales entre madres migrantes japonesas y argentinas con madres japonesas y argentinas viviendo en el país de origen y madres angloamericanas por ser mayoría en Estados Unidos. Posteriormente, Cote y colegas

(2015) realizan un estudio y utilizan el mismo diseño con madres migrantes coreanas en Estados Unidos, madres coreanas en su país de origen y madres angloamericanas.

Los resultados del primer estudio (Bornstein y Cote, 2004) señalan que madres japonesas migrantes mostraron un nivel intermedio en atribuirse los éxitos y fracasos en parentalidad en comparación con las madres japonesas en su país de origen y las madres angloamericanas. Esto implica que, en términos de aculturación, las madres japonesas mantienen las atribuciones hacia el fracaso de su cultura de origen, pero desarrollan al mismo tiempo atribuciones hacia el éxito como las madres angloparlantes. En relación a las madres migrantes coreanas (Cote *et al.*, 2015), ellas tendían a desarrollar atribuciones reforzadoras del ego para explicar el éxito en la crianza y ego-defensivas para explicar los fracasos en la parentalidad, asimilándose así a los valores individualistas de las madres angloamericanas. Del mismo modo, madres argentinas tienden a desarrollar estilos atribucionales más similares a las madres angloamericanas en ambos sentidos que a las madres argentinas que permanecen en su país de origen (Bornstein y Cote, 2004).

Ambas investigaciones sugieren que, si bien las atribuciones son un constructo estable, el cambio depende de factores culturales previos a la migración. Por ejemplo, se hipotetiza que las cogniciones parentales de atribución sean más laxas en madres argentinas en comparación con la muestra japonesa. Del mismo modo, se hipotetiza que la similitud entre la cultura argentina y las angloamericanas (Bornstein y Cote, 2004) juega un rol importante en la asimilación de cogniciones. Sin embargo, las cogniciones parentales de madres japonesas y coreanas también se modificaron de distinta forma a pesar de tener una raíz cultural relativamente similar.

De acuerdo con el estudio realizado por Landford y colegas (2011) con familias americanas, latinoamericanas y afroamericanas, no se encontró diferencias en relación a la atribución de control sobre la crianza de sus hijos. Sin embargo, los padres y madres de origen americano reportan menor nivel de atribución respecto de situaciones que escapan del control de ellos.

Una segunda cognición parental estudiada son las *Actitudes parentales*. Estas se refieren a la disposición positiva o negativa de padres y madres hacia sus hijos. La evaluación de actitudes parentales incluye la calidez, aceptación, frialdad o rechazo hacia la relación padres-hijos, así como también el tipo de límite que ponen en la crianza, los cuales pueden ser permisivos o restrictivos. La misma investigación realizada por Landford y colegas (2011) señala que, en relación a las actitudes parentales, las familias latinoamericanas y

afrodescendientes tienen mayor nivel de actitudes autoritarias respecto a las familias angloamericanas.

Dicho resultado es coherente con aquellas teorías que señalan que las culturas “colectivistas” (latinoamericanas) valoran más la interdependencia, lo que inhibe la expresión de las necesidades individuales en favor de las necesidades del colectivo. Para alcanzar dichos valores, los padres utilizan actitudes autoritarias, con mayor control conductual. Por otra parte, las culturas “individualistas” (americanas) promueven más la autonomía y la confianza en sí mismo en los procesos de socialización, por lo que los padres tienden a ser más autoritarios (Yaman, Mesman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg y Linting, 2010).

En esta línea, Yaman y colegas (2010) realizan un estudio para evaluar las actitudes parentales en contexto de la migración de madres turcas hacia Holanda, esperando que las madres turcas mostraran más actitudes autoritarias debido a su procedencia de una cultura colectivista, en comparación con madres holandesas, que se esperaba que fueran más autoritarias dado su anclaje en culturas individualistas. Sus resultados muestran que aquellas madres que se sienten más conectadas emocionalmente con el país receptor utilizaron más actitudes autoritarias en su crianza.

Por otra parte, una tercera cognición parental estudiada ha sido la *Autoeficacia Parental* (aep). La aep incluye la creencia de tener la habilidad o capacidad para influir en los hijos y en su entorno de forma exitosa para ayudar en su desarrollo. En otras palabras, la eficacia parental es la sensación de tener todas las competencias para ser “un buen padre” (Farkas, 2008).

Jones y Prinz (2005) señalan que esta cognición parental es particularmente sensible al contexto ecológico. Por ejemplo, la adversidad en ciertos contextos socio-económicos, el barrio donde reside una familia puede conllevar a que los padres se perciban a sí mismos menos eficaces y por lo tanto mermar su confianza. Por otra parte, Izzo, Weiss, Shanahan y Rodríguez (2000), en una investigación llevada a cabo con madres migrantes mexicanas, encontraron que aquellas madres que percibían mayor apoyo social lograban mejores prácticas parentales en la medida que dicho apoyo mejoraba la percepción de eficacia.

Por otra parte, Beiser y colegas (2002, citado en Ali, 2008) señalan que el estrés asociado a la migración puede conllevar a que los padres se sientan sobrepasados en todas sus competencias, incluso en el rol parental. Esto puede conllevar a una merma en la sensación de competencia parental y por ende en la sensación de menor autoeficacia.

En este contexto, Ali (2008) realiza una investigación con base en *focus groups* y entrevistas individuales a personas migrantes con hijos menores de 8 años. Los participantes de distintos orígenes étnicos vivían en Toronto. Las conclusiones expuestas por el investigador son que los migrantes entrevistados estaban en un contexto en el que no sabrían sí podrían cumplir con roles y expectativas asociadas a la parentalidad –ofrecer alimento, vestimenta, hogar, salud, educación y recreación–, debido a problemas económicos, ubicación en barrios marginales y bajo manejo del idioma, imposibilitando la comunicación con los profesores y con los profesionales de salud cuando asistían a una consulta médica. A esto se le sumaba la percepción que sus hijos estaban siendo discriminados y aislados en sus respectivos colegios, cargando así con la responsabilidad de exponer a sus hijos a dichas circunstancias; a cambios conductuales o conductas disruptivas al no entender las normas de comportamiento dentro de la sala de clases y a la imposibilidad de apoyar en las tareas escolares debido al bajo manejo del idioma.

Otro dato interesante, es que Bugental y colegas (1999) explican que cuando los adultos perciben que tienen menor poder en la relación con sus hijos –o menor nivel de eficacia en la relación– tienden a competir con sus hijos, a mostrar señales ambiguas en la relación, a ser menos asertivos, llegando en ocasiones a ser hostiles, lo que va en detrimento del proceso de socialización de sus hijos. Del mismo modo, las madres que manifiestan una baja sensación de autoeficacia tienen mayor tendencia a renunciar a los desafíos de la parentalidad, lo que podría ir acompañado de la experiencia de depresión, a ser más frías y menos involucradas en las interacciones con los hijos (Grusec y Danyliuk, 2014).

Una tercera cognición parental estudiada en contexto de migración es la *Auto-Percepción Parental* (Bornstein y Cote, 2004; Cote Bornstein, 2003; Bornstein, Hahn y Haynes, 2011) que incluye tanto la sensación de competencia y eficacia de los padres en su rol de cuidador, como la dedicación que otorgan a la crianza, la satisfacción percibida en su rol de padre/madre, sensación de competencia en el rol y la capacidad de balancear la parentalidad con otros roles sociales. La percepción que tienen los cuidadores de sí mismos como padres está asociada al uso de mejores estrategias de crianza.

Si bien el concepto de auto-percepción engloba el de autoeficacia parental en cuanto a que incluye una dimensión de percepción de competencia en la crianza, los investigadores que utilizan este concepto incluyen otros aspectos dentro de la definición de autopercepción tales como la sensación de satisfacción en el rol parental, de inversión en el rol parental y capacidad de balan-

cear el rol parental con otros roles sociales (Bornstein y Cote, 2004). De esta forma, se abordarán ambos conceptos de forma separada para graficar con mayor exactitud la utilización de ambos constructos en la investigación acerca de parentalidad migrante, pero se establece que la autoeficacia ser evaluada dentro de la autopercepción.

En cuanto a la investigación relacionada con la autopercepción parental, es importante señalar que la mayor parte de investigación se ha llevado a cabo en conjunto con la evaluación de atribuciones parentales en migrante (Bornstein y Cote, 2004). Es por esto que las muestras citadas corresponden a las explicadas previamente en dicho apartado. En referencia al grupo de madres japonesas migrantes comparado con el grupo de madres japonesas en su país de origen y madres angloamericanas, se observa que las madres migrantes incrementaron su percepción de competencia parental en el contexto de Estados Unidos, aun así, su nivel de autopercepción es más similar al de la cultura de origen que la cultura receptora (Bornstein y Cote, 2004).

Por otra parte, las madres argentinas migrantes mostraron mayor nivel de competencia, satisfacción e inversión en el rol parental que las madres argentinas en la cultura de origen. Los autores señalan como hipótesis que cuando las madres sudamericanas se encuentran en sociedades en donde se valora el rol materno tanto como otros roles sociales, podría aumentar la sensación de satisfacción parental (Bornstein y Cote, 2004).

Finalmente, se ha considerado el *conocimiento en parentalidad*. De modo general, el conocimiento en parentalidad incluye el cómo los padres comprenden que hay que cuidar a los niños, cómo se desarrollan y el rol que cumplen ellos en la vida de sus hijos (Tardif-Williams y Fisher). Más específicamente, se entiende a las formas en que padres y madres satisfacen las necesidades biológicas, físicas y socioemocionales de los hijos durante su desarrollo.

Dado que el conocimiento parental organiza la forma en que los padres creen que es correcto criar a sus hijos para que logren un desarrollo normal y/o apoyarlos en caso que no lo sea (Bornstein *et al.*, 2011), se estima que esta cognición parental organiza el resto de las cogniciones y las prácticas parentales, teniendo bastante peso sobre la salud y bienestar del niño (Bornstein y Cote, 2004).

En cuanto a esta cognición parental, Bornstein y Cote (2004) destacan el impacto que tiene en el desarrollo infantil en familias migrantes. Luego de realizar un estudio en 114 madres japonesas y argentinas con hijos de dos años que vivían en Estados Unidos, llega a la conclusión que las madres migrantes suelen tener conocimientos acerca de aspectos vitales para la salud y

seguridad de sus hijos, pero que suelen desconocer ciertos elementos específicos del desarrollo físico, cognitivo y/ conductual. Una hipótesis sugerida por los investigadores es que los padres en contexto de migración no tendrían acceso a información actualizada en relación al ciclo evolutivo de sus hijos debido a barreras idiomáticas y escaso acceso a servicios de apoyo profesional. El contexto pre-migratorio también es relevante, puesto que en algunos países la investigación científica en infancia aún se encuentra bastante restringido, por lo que los padres llegarían al país con teorías menos actualizadas respecto del desarrollo infantil.

Si bien los autores no proponen ninguna relación entre el proceso de aculturación y esta cognición parental, hacen hincapié que abordar esta variable a través de talleres de parentalidad y talleres informativos en servicios comunitarios representa una gran oportunidad de apoyo para dichas familias, mejorando así la sensación de competencia parental (Bornstein, 2017; Bornstein y Cote, 2004).

Prácticas parentales

Las prácticas parentales son todas las conductas observables que los padres utilizan para interactuar con sus hijos (Bornstein *et al.*, 2011) y además en su proceso de socialización (Darling y Steinberg, 1993; Spera, 2015). Varias son las conductas o prácticas parentales que se han vinculado con el desarrollo de niños, niñas y adolescentes. Por ejemplo, Kotchick y Forehand (2002) describen el refuerzo positivo, la calidez o el afecto. El involucramiento, el monitoreo activo de las actividades de los niños, las estrategias consistentes y no punitivas (*harsh discipline*) se relacionan con el ajuste psicosocial global de los niños.

Por otra parte, el Committee on Supporting the Parents of Young Children (Gadsden, Ford y Breiner, 2016) añade, dentro de las prácticas parentales, la respuesta contingente (cuando los niños responden a las conductas de los niños, incluso sonriendo), las rutinas y orden dentro del hogar, los momentos de lectura compartida y de conversación con los niños, las prácticas que promueven la salud y seguridad (lactancia, vacunas, nutrición, actividades físicas).

Independiente de qué prácticas parentales se estudie, la investigación en parentalidad ha vinculado las prácticas parentales con varias dimensiones del desarrollo de los niños: bienestar, habilidades cognitivas, competencias sociales, mejor desempeño escolar y menos problemas conductuales (Gelatt, Peters, Koball y Monson, 2015; Kotchick y Forehand, 2002; Spera, 2005). En

especial, se ha vinculado la calidez y el afecto parental con el desarrollo de los niños (Kotchick y Forehand, 2002).

Sin embargo, pocos estudios han reportado la asociación entre aculturación parental y prácticas parentales (Gelatt *et al.*, 2015). Algunas conclusiones se pueden abordar considerando una perspectiva ecológica como la de Bronfenbrenner (1979) en la que se entiende la parentalidad como un proceso, más que una entidad estática. En este sentido, son varios los factores que se han asociado a la parentalidad. Belsky (1984) propone un modelo de parentalidad en que las prácticas parentales se encontrarían determinadas por el temperamento del niño, características de los padres tales como personalidad y funcionamiento psicológico y factores ambientales tales como estrés y apoyo social.

En términos de estrés familiar, la investigación señala que los problemas financieros, problemas maritales y el divorcio, enfermedad de los padres y el estrés de los padres afectan negativamente las conductas parentales, mientras que el apoyo emocional e instrumental se relacionan positivamente con una parentalidad adaptativa (Kotchick y Forehand, 2002).

Se ha visto aspectos que de forma indirecta pueden afectar las prácticas parentales en contexto de migración, las cuales serán revisadas a continuación (tabla 2).

Por ejemplo, Gelatt (Gelatt *et al.*, 2015), señala que bajos ingresos familiares están asociados con la tenencia de menos materiales de estimulación cognitiva, menos calidez parental y más castigos. Esto afecta los logros cognitivos de los niños, aumenta los problemas conductuales. Del mismo modo, se ha visto que las familias con menos ingresos socioeconómicos se involucran menos en conversaciones recíprocas que aquellos que tienen mayor ingreso económico. En general, bajo acceso a alimentación, inseguridad residencial, bajo acceso a atención médica y problemas financieros están asociados a mayor estrés parental y menos conductas positivas en la parentalidad.

La depresión maternal también afecta la cualidad de la interacción madre-hijos, observándose menos tiempo en actividades estimulantes tales como leer o jugar con los niños, y también prácticas disciplinarias orientadas al castigo, relaciones menos positivas con los niños. La depresión materna podría ser producto de problemas económicos derivados del contexto de migración.

Otra línea de investigación señala que existe una relación entre el dominio del idioma de la sociedad receptora y el ejercicio de la parentalidad. Por ejemplo, Cabrera y colegas (2006), llevó a cabo una investigación con madres de origen mexicano, puertorriqueño y dominicano viviendo en Estados Unidos.

Para dicha investigación, filmó interacciones diádicas madre-bebé en el contexto de una actividad educativa semiestructurada, donde se codificó la ausencia/presencia de conductas parentales asociadas a la sensibilidad hacia las señales del niño, responsividad frente al estrés, estimulación cognitiva, estimulación del desarrollo socioemocional. Los resultados de dicha investigación señalan que las madres mexicanas mostraban ser menos responsivas que el resto de las madres latinas en la tarea señalada. Sin embargo, al realizar control de las variables, el bajo manejo del idioma era el principal factor para explicar las diferencias.

Este resultado es relevante, puesto que Bornstein (2017) señala que la brecha de aculturación puede ser un factor de riesgo en cuanto inhibe la comunicación afectiva. Específicamente, la brecha por aculturación se refiere a la experiencia de distanciamiento que se genera entre los migrantes de primera generación y sus hijos (Birman y Poff, 2011; Yoo, 2017) y se produce puesto que los niños, al estar insertos en el contexto escolar, aprenden con mayor rapidez el idioma y las normas de la cultura receptora, por lo que suelen vivir un proceso de adaptación más rápido que el de sus padres (Bornstein, 2017). Esto ha sido descrito como un estrés significativo para los padres, afectando sus prácticas parentales.

Sin embargo, la exposición de los padres a un nuevo idioma pareciera tener un efecto en la parentalidad incluso cuando los hijos son bebés. Gratier (1999) reporta que las madres migrantes presentan menos momentos de interacción vocal sincrónica con sus hijos que aquellas madres no migrantes. La misma investigadora (Gratier, 2003) hipotetiza la falta de apoyo social. La mayor tendencia a desarrollar depresión postparto, sumado a los “conflictos culturales” respecto de las representaciones relacionadas con las prácticas parentales, dificulta una respuesta sensible y contingente con sus bebés.

Relación cogniciones y prácticas parentales

Existe un reconocimiento de que las cogniciones parentales juegan un rol importante en el funcionamiento parental (Dekovic, Gerris y Janssens, 1991). Sin embargo, la contraparte es que se critica que la mayoría de los estudios en este ámbito se ha realizado a través de auto-informes, sin la observación paralela de los comportamientos bajo estudio. De este modo, la principal crítica es que el estudio en cogniciones parentales se ha desarrollado en forma paralela a las prácticas de crianza (Solís-Cámara y Díaz, 2007).

Otro tema relevante es el realizado por Bugental y colegas (1999) que han estudiado a las madres que creen que sus hijos tienen menos capacidades que ellas en situaciones adversas, señalando que las madres se sienten amenazadas lo que genera una actitud poco asertiva y sumisa. Las madres que tienen una baja percepción de autoeficacia, es decir que no creen que puedan ejercer su función en forma correcta, renuncian al desafío y se deprimen.

Otros estudios realizados por Izzo, Weiss, Shanahan y Rodríguez-Brown (2008), relacionados con cogniciones y prácticas parentales en contexto de migración de familias mexicanas, señalan que la percepción de autoeficacia funciona como mediador en la relación entre apoyo social y prácticas parentales (calidez y control). Es decir, familias que perciben mayor apoyo social se perciben a sí mismos como padres más eficientes, mostrando mayor calidez y control. A la vez, estas prácticas parentales se relacionan positivamente con el ajuste socioemocional de niños y niñas.

Conclusiones

Se reconoce que es crucial aumentar el conocimiento en temáticas de parentalidad en familias migrantes para diseñar intervenciones y programas para el apoyo de las familias que sean culturalmente sensibles en países con alto porcentaje de inmigrantes (Yaman *et al.*, 2010).

La presente revisión teórica tuvo como objetivo profundizar en los modelos de cogniciones parentales para observar con mayor especificidad qué es lo que cambia en el ámbito de la parentalidad en contexto de migración. Esto es un aporte en la medida que, al momento de diseñar intervenciones para el apoyo de la experiencia parental en contextos migratorios, se defina qué observar, cómo focalizar la atención y qué impacto específico se podría esperar con un modelo que considere tanto las cogniciones como las prácticas parentales.

Algunas de las principales ideas que se obtienen, es que ciertas cogniciones parentales tienden a mantenerse estables a lo largo del tiempo, puesto que se relacionan con componentes culturales (Colectivismo/Individualismo). Dicho bagaje de conocimiento podría permitir a las personas que trabajan con familias comprender que existen valores asociados a la parentalidad que se mantienen estables en el tiempo.

Del mismo modo, se llama a reflexionar acerca del cuidado que se debe tener cuando se trabaja con familias migrantes. El ejemplo más claro es el expuesto por Cabrera y colegas (2006), en el que se señala que el autoritarismo

y las conductas de mayor control pueden vincularse a un mejor desarrollo del apego en culturas latinas, por lo que sería complejo implementar un programa de atención a migrantes donde el foco de intervención se relacione sólo con el valor de la cultura receptora.

Esto implica que abramos cada vez más la discusión a políticas públicas relacionadas con la parentalidad que tengan un foco intercultural, que no se limite a reconocer, valorizar o tolerar las diferencias, sino que “*subraye la importancia de la convivencia basada en la comprensión recíproca y el diálogo intercultural*” (Aguilar, 2011, p. 17).

Otro foco tiene que ver con la necesidad de brindar un apoyo frente a los desafíos de la parentalidad (Tardif-Williams y Fisher, 2009; Bornstein *et al.*, 2010). Un elemento específico que se señala, es la necesidad de brindar información a padres y cuidadores respecto de los hitos y necesidades del desarrollo de sus hijos, puesto que las familias pierden sus redes de apoyo y referentes a quienes consultar oportunamente. Es por eso que se propone entregar en consultorios y centros de educación información relativa al desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, explicitando cuándo es relevante consultar a un especialista y cómo acceder a dicho apoyo.

Finalmente, la percepción de autoeficacia parental es considerada como la cognición parental que muestra mayor sensibilidad al entorno, al contexto de migración, a la pérdida de apoyo social, y además se ha visto una relación directa con las prácticas parentales (Izzo, Shanahan y Rodriguez, 2000). Es por esto que se considera que podría ser una variable adecuada a considerar en futuros estudios e intervenciones.

En cuanto a las prácticas parentales, el principal hallazgo en la presente revisión es que es una variable sensible a las condiciones sociales en las que se ve envuelta la familia migrante (apoyo social, el acceso a servicios, seguridad social, el ingreso económico, entre otras). Por lo que se podría señalar que las familias migrantes podrían estar en un contexto de vulnerabilidad para desplegar todos los recursos y competencias parentales.

Esta revisión es un aporte particularmente relevante en Chile, puesto que en el presente han aumentado las masas de familias migrantes, lo que supone un desafío en cuanto a la prevención de una dificultad vincular.

En este sentido, continuamente se destaca que estos grupos familiares no buscan ayuda profesional cuando enfrentan una crisis familiar. Uno de los motivos es que las familias pueden percibir que existe un choque respecto de los intereses, deseos y metas propuestos por los equipos tratantes (Roer-Stier, 2001). Por lo tanto, se hace hincapié en que es fundamental tener cono-

cimiento previo respecto de la esfera de la parentalidad desde un enfoque de sensibilidad cultural con el objetivo que la familia logre percibir libremente acerca de los conflictos que enfrentan (Jambunatham, Burts y Pierce, 2003).

Es así como esta revisión es el punto inicial para el estudio de parentalidad. Sin embargo, tiene como limitación que no se incluyen estudios relativos a las poblaciones que migran a Chile, debido a la escasez de información disponible. Del mismo modo, el grueso de las investigaciones incluidas es de carácter cuantitativo, por lo que se sugiere profundizar en la experiencia de migración desde un enfoque cualitativo, preguntando a las familias qué tipo de apoyo requieren y qué expectativas tienen respecto a los equipos de salud y educación a los que asisten.

Bibliografía

- Aguilar, M. J., Buraschi, D. (2011). El desafío de la convivencia intercultural. *Revista Inter. Mob. Hum.* 20 (39), 27-43.
- Ali, M. (2008) Loss of Parenting Self-efficacy among Immigrant Parents. *Contemporary Issues in Early Childhood.* 9 (2)148-160. <http://dx.doi.org/10.2304/ciec.2008.9.2.148>.
- Alkire, S. y Foster, J. (2007). "Counting and Multidimensional Poverty Measurement", OPHI Working Paper Series, Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI), Oxford, OPHI Working Paper 7.
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, 55 (1), 83-96. doi:10.2307/1129836.
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M. y Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.* 34(2) 167-175.
- Berry, J., Phinney, J., Sam, D. y Vedder, P. (2006). Immigrant Youth: Acculturation, Identity, and Adaptation. *Applied Psychology: an International Review.* 55(3), 303-332
- Birman D. y Poff, M. (2011). Intergenerational Differences in Acculturation. In: Tremblay, RE, Boivin M., Peters RDeV (eds.), Bornstein, MH (topic ed.), *Encyclopedia on Early Childhood Development.*
- Bornstein, M. (2012). Cultural approach to parenting. *Parenting: Science and Practice.* 12 (3). 212-221.
- Bornstein, M. (2017). Parenting in acculturation: Two contemporary research designs and what they tell us. *Current Opinion in Psychology.* 15. 195-200.

- Bornstein M. y Bohr Y. (2011). Immigration, acculturation and parenting. In Tremblay R. E., Boivin M., Peters R. deV. (eds.), *Encyclopedia of early childhood development*. Ottawa, Canada: Center of Excellence for Early Childhood Development.
- Bornstein, M. y Cote, L. (2004). Mothers' parenting cognitions in cultures of origin, acculturating cultures and cultures of destination. *Child Development*, 75(1), 221-325.
- Bornstein, M., Hahn, C. S. y Haynes, M. (2011). Maternal Personality, Parenting Cognitions and Parenting Practices. *Developmental Psychology*, 47(3), 658-675.
- Bugental D. y Johnston C. (2000). Parental and child cognitions in the context of the family. *Annual Review of Psychology*, 51, 315-344.
- Bugental, D., Lyon, J., Lin, E., McGrath, E. y Bimbela, A. (1999). Children "tune out" in response to ambiguous communication style of powerless adults. *Child Development*, 70, 214-230.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Cabieses, B. (2014). La compleja relación entre posición socioeconómica, estatus migratorio y resultados de salud. *Value in Health Regional Issues*, 5, 1-6.
- Cabrera, N., Shannon, J., West, J. y Brooks-Gunn, J. (2006). Parental interactions with latino Infants: Variation by country of origin and English Proficiency. *Child Development*, 77(5), 1190-1207.
- Casen (2017). *Inmigrantes: Principales Resultados (versión extendida)*. Ministerio de Desarrollo Social, Chile.
- Cote, L. y Bornstein, M. (2003) Cultural and parenting cognitions in acculturating cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 4(3), 323-349.
- Cote, L., Kwak, K., Putnick, D., Chung, H. J. y Bornstein, M. (2015). The acculturation of parenting cognition: A comparison of South Korean, Korean Immigrants, and European American Mothers. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 46 (9), 1115-1130.
- Darling, N. y Steingberg, L. (1993). Parenting Style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3) 487-496.
- Dekovic, M., Gerris, J. y Janssens, J. (1991). Parental Cognitions, Parental Behavior, and the Child's Understanding of the Parent-Child. *Merrill-Palmer Quarterly*, 37(4), 523-541.

- Gadsden, V., Ford, M. y Breiner, H. (2016). Parenting matters: Supporting parents of children ages 0-8. Washington, DC, The National Academies Press. doi: 10.17226/21868.
- Gelatt, J., Peters, E., Koball, H. y Monson, W. (2015). Raising the Future. Parenting Practices among Immigrant Mothers.
- Grace, W. (2014). Acculturation and its implications on parenting for Chinese immigrants: A systematic Review. *Journal of Transcultural Nursing*. 25(2) 145-158
- Gratier, M. (1999) Expressions of belonging: the effect of acculturation on the rhythm and harmony of mother-infant vocal interaction. *Musica Scientia*. 93-122
- Grusec J. & Danyliuk T. (2014) Parents' Attitudes and Beliefs: Their Impact on Children's Development. In: Tremblay, R., Boivin, M. y Peters, R. (eds.), Tremblay, RE (topic ed.), *Encyclopedia on Early Childhood Development*.
- Izzo, C., Weiss, L., Shanahan, T., Rodriguez-Brown, F. (2000). Parental self-efficacy and social support as predictors of parenting practices and children's socioemotional adjustment in Mexican immigrant families. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. 20:197-213.
- Jones, T. y Prinz, R. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: a review. *Clinical Psychology Review*. 25, 341-363.
- Kotchick, B. A. y Forehand, R. (2002). Putting Parenting in Perspective: A Discussion of the Contextual Factors that Shng Practices. *Journal of Child and Family Studies*. 11(3), 255-269. <https://doi.org/10.1023/A:1016863921662>.
- Liwski, N. (2008). Migraciones de ninas, niños y adolescentes bajo el enfoque de derechos. Foro de Alto Nivel sobre Asuntos Migratorios. Consejo Permanente de la Organización de los Estados Americanos. Comisión Especial de Asuntos Migratorios. Washington, DC: Instituto Interamericano del Niño, la Niña y el Adolescente.
- Micolta, P. (2007). Inmigrantes colombianos en España. Experiencia parental e inmigración. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 5 (1) 1-25.
- Perreira, K. M., Chapman, M. y Stein, G. L. (2006). Becoming an American parent: Overcoming challenges and finding strengths in a new immigrant Latino community. *Journal of Family Issues*, 27, 1383-1414.
- Roesr-Stier, D. (2001). Reducing risk for children in changing cultural contexts: Recommendations for the intervention and training. *Child Abuse and Neglect*. 25, 231-248.

- Rojas, N. y Silva, C. (2016). La migración en Chile: breve reporte y caracterización. En Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo.
- Salvador, J. (2012). Los efectos psicológicos de la migración parental sobre la autoestima de los adolescentes en zonas de alta tradición migratoria. *Revista Electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*, 1(2), 71-126.
- Silva, C. y Ballesteros, V. (2017). Población migrante en Chile. Departamento de Extranjería y Migración.
- Solis-Cámara, P. y Díaz, M. (2007). Relaciones entre creencias y prácticas de crianza de padres con niños pequeños. *Anales de la Psicología*. 23 (2), 177-184.
- Spera, C. (2005). A review of the relationship among parenting practices, parenting styles, and Adolescent School Achievement. *Educational Psychology Review*. 17 (2), 125-146.
- Tardif-Williams, YC, Fisher, L. (2009). Clarifying the link between acculturation experiences and parent-child relationships among families in cultural transition: The promise of contemporary critiques of acculturation psychology. *International Journal of Intercultural relations*. 33:150-161.
- Urzúa M., Heredia, O. y Caqueo-Urizar, A. (2016). Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Revista Médica de Chile*, 144(5), 563-570.
- Yaman, A., Mesman, J., van Ijzendoorn, M., Bakermans, M. y Linting, I. (2010). Parenting in an individualistic culture with a collectivistic cultural background: The case of Turkish immigrant families with Toddlers in the Netherlands. *Journal of Child Family Study*. 19, 617-628. DOI 10.1007/s10826-009-9346-y.
- Yoo, SY. (2017). The Impact of Immigrant Parental Stress on the Risk of Child Maltreatment among Korean Immigrant Parents. *Journal of Child and Adolescent Trauma*. 1-11. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0173-9>.

Derechos de salud sexual reproductiva, interculturalidad, migración, desarrollo social y Cooperación Internacional

Msc. Magdalia Maribel Hermoza Vinueza

mmhermoza@pucesi.edu.ec
0994332808 –Ecuador-Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra
Docente Investigadora de la Escuela de Jurisprudencia
Doctorante Programa: Desarrollo Local y Cooperación Internacional
Universidad Politécnica de Valencia

Msc. Paola Tatiana Vaca H.

babytatos@hotmail.com 0959090777-Ecuador
Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad de Vigo
Lic. Lennin Israel Vaca Hermoza
lenninvaca@gmail.com 0988310999
Hospital Docente de Calderón, Quito, Ecuador

Temática: Salud sexual y reproductiva y migración

Trabajo preparado para su presentación en el IV Congreso Internacional Salud y Migración, organizado por upaep y riid, en la ciudad de Puebla, México, del 11 al 13 de enero de 2018.

Resumen

La muerte materna y las enfermedades asociadas al proceso reproductivo expresan la situación de un país y la falta de ejercicios de derechos. Según informe del Estado de Población Mundial la falta de progreso en muchos países en la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad, expresa el valor asignado a la vida de las mujeres, y refleja su limitada voz en la fijación de prioridades de políticas públicas y de asignación de recursos. Esta situación se agudiza si al hecho de ser mujer se suma una doble vulnerabilidad como es etnia, indígenas, refugiadas o migrante. Ante esta realidad la presente ponencia aspira compartir algunas ideas y experiencias claves para la aplicación efectiva de los derechos sexuales y derechos reproductivos con un enfoque intercultural. Busca además promover iniciativas para incentivar a la generación de políticas locales, a que los servicios de salud se centren en las necesidades de usuarias/os de los servicios, que tengan un enfoque de complementariedad entre medicinas con un enfoque intercultural y de género, para ello expongo una iniciativa local de Ecuador (Cantón Otavalo) que contó con la cooperación Internacional del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) BRINDANDO APOYO TÉCNICO Y FINANCIERO, ARTICULANDO ACCIONES A NIVEL LOCAL Y NACIONAL, PROYECTO EXITOSO, QUE POSIBILITÓ UNA POLÍTICA Y NORMATIVA LOCAL Y NACIONAL QUE CAMBIARÍA LA VISIÓN DE LO QUE ES UNA ATENCIÓN INTEGRAL, INCLUSIVA, EN DONDE LA POBLACIÓN Y AUTORIDADES DE INSTITUCIONES DE SALUD REDEFINIERON LAS POLÍTICAS ARTICULANDO LA SALUD REPRODUCTIVA AL CONCEPTO DE DERECHOS.

Palabras claves: Derechos sexuales y reproductivos, interculturalidad, desarrollo social. Cooperación internacional.

Summary

Maternal death and the diseases associated with the reproductive process express the situation of a country and the lack of rights exercises. According to the report of the State of World Population, the lack of progress in many countries in reducing maternal mortality, expresses the value assigned to women's lives, and reflects its limited voice in the setting of public policy priorities. of resource allocation., This situation is exacerbated if the fact of being a woman is added to a double vulnerability such as ethnicity, indigenous people, refugees or migrants, in view of this reality, this paper aims to share

some ideas and key experiences for the effective application of the Sexual rights and reproductive rights with an intercultural approach, also seeks to promote initiatives to encourage the generation of local policies, so that health services focus on the needs of users of services, which have a complementary approach between medicines with an intercultural and gender approach, for this I expose a local Ecuador initiative r (Canton Otavalo) that had the international cooperation of the United Nations Population Fund (UNFPA) PROVIDING TECHNICAL AND FINANCIAL SUPPORT, ARTICULATING ACTIONS AT THE LOCAL AND NATIONAL LEVEL, A SUCCESSFUL PROJECT, WHICH MADE POSSIBLE A LOCAL AND NATIONAL POLICY AND REGULATIONS THAT WOULD CHANGE THE VISION OF WHAT IS COMPREHENSIVE, INCLUSIVE CARE, WHERE THE POPULATION AND AUTHORITIES OF HEALTH INSTITUTIONS REDEFINED THE POLICIES ARTICULATING REPRODUCTIVE HEALTH TO THE CONCEPT OF RIGHTS.

Keywords: Sexual and reproductive rights, interculturality, social development. International Cooperation.

Introducción

La igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas no serán posibles hasta que no se garanticen la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Para que las mujeres y las niñas puedan tener vidas saludables y la libertad de participar en la vida social, económica y política, necesitan un acceso universal a servicios, información y educación de calidad; y condiciones que les permitan hacer efectivos sus derechos sexuales y reproductivos (IPPF, 2015). “Sin salud y derechos sexuales y reproductivos no hay igualdad”.

En Ecuador existe en varias provincias del país iniciativas extraordinarias innovadoras que buscan disminuir las brechas para el acceso a servicios de salud a través de la construcción colectiva, incorporación de la comunidad, respeto a su cultura y articulación de saberes. Así se han dado algunas estrategias interesantes en busca de materializar los derechos a la salud plasmados en la legislación ecuatoriana especialmente para las mujeres indígenas, entre ellos tenemos en la Amazonia a Loreto, Sucumbíos, Hospital Regional Puyo, en Pichincha la experiencia de Guamaní, Cusubamba, Cayambe. En este contexto merece la pena resaltar, a manera de ejemplo de Modelo de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque intercultural, al Proyecto de la Provincia de Imbabura en el Cantón Otavalo, en el cual se inicia una propuesta piloto para la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud re-

productiva experiencia que tuve la oportunidad de gestionar y vivir. El modelo demuestra que es posible construir el buen vivir, recreando sus propios paradigmas, adecuándolos a las realidades locales y sus necesidades, sin sacrificar sus bases locales de subsistencia, optimizando el manejo y fortaleciendo, reconociendo sus saberes ancestrales y las capacidades autónomas e interdependientes de resolución de las necesidades. El Modelo es ganador del Concurso “Buenas Prácticas en Maternidad Segura (2011-2012)”, ganador a nivel Regional y Nacional, evento realizado por la Organización Panamericana de Salud OPS/OMS, COORDINACIÓN CON EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) Y EL FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS (UNFPA).

Para el desarrollo de la iniciativa consideramos pertinente revisar el marco legal que sustenta el Modelo Intercultural implementado y algunas definiciones que lo contextualizan.

Derechos de salud sexual y reproductiva

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todas las personas. Están relacionados entre sí y coexisten en la vida de los seres humanos, en sus cuerpos y mentes. Los derechos sexuales y derechos reproductivos se evidencian en acciones integrales de calidad de sssr para todas las personas, sin discriminación alguna (MSP, 2017).

“Los derechos sexuales se relacionan con la sexualidad. Entre estos se encuentran: el derecho a la igualdad, a una protección legal igualitaria y a vivir libres de toda forma de discriminación basada en el sexo, la sexualidad o el género; y los derechos a la vida, libertad, seguridad de la persona e integridad corporal. También hacen referencia al derecho a la privacidad; el derecho a la autonomía personal y al reconocimiento de la ley; el derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión; derecho a la asociación; derecho a la salud y a los beneficios del avance científico y el derecho a la educación e información, entre otros” (IPPF, 2009).

De acuerdo con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, en (1994), “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (...) entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfacto-

ria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia” (Charlton, 2013).

El Enfoque de Salud Sexual y reproductiva “implica el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo. Consiste en dotar a las personas del derecho a contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva” (Lancet, 1994).

La Constitución de la República del Ecuador evidencia que la salud sexual y la salud reproductiva es un derecho humano, en línea con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994 (2), que fue el primer instrumento internacional que incluyó explícitamente la “Salud Sexual y Salud Reproductiva” como uno de los derechos que deberán ser garantizados por los Estados (MSP, Derechos Sexuales y Reproductivos, 2015).

En la normativa jurídica ecuatoriana las mujeres embarazadas forman parte del grupo de atención prioritaria, por ende, la Constitución vigente, garantiza los derechos de aquellas mujeres.

La Constitución ecuatoriana garantiza una serie de derechos en interés de las niñez y adolescencia, mujeres embarazadas, identificando a estas personas dentro de los grupos de atención prioritaria; el Código de la Niñez y Adolescencia en su artículo 25 contempla que el Estado será quien precautele la asistencia de salud tanto de niñas, niños y primordialmente a las jóvenes embarazadas, facilitando las condiciones para que se hagan efectivos sus derechos y garantías constitucionales; sin embargo, la realidad es contraria a lo que alude la normativa, debido a que muchas jóvenes embarazadas sufren discriminación y exclusión en aspectos sociales y educativos.

Art. 43. El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Interculturalidad y salud

En las diferentes culturas a través de la historia las necesidades humanas fundamentales son las mismas, lo que cambia a través del tiempo y las culturas es la manera o los medios de utilizarlos para la satisfacción, pertenecemos a un país diverso cuyas expresiones culturales, especialmente en salud son numerosas y están entrelazadas, generando un concepto de vida y de salud propias de su cosmovisión, es el modo de vida particular de cada pueblo, junto con sus propias características.

Los conceptos de salud / enfermedad impuestos por la cultura occidental han prevalecido como la única verdad negando y menospreciando otras concepciones y aportes sobre la salud y vida que ofrecen otras culturas coexistentes en nuestro país manteniéndose vigentes a través del tiempo. La posibilidad de una interacción respetuosa y complementaria entre ellas se puede dar cuando a partir de conocer los principios de una y otra se comprenda que cada una de ellas tiene elementos valiosos que aportar.

Los dos sistemas de salud deben mantenerse no como antagónicos sino como complementarios. El problema es que no se conocen; la medicina occidental se ha impuesto y toda acción en salud ha sido medida desde sus parámetros. La medicina tradicional y los saberes populares se han replegado manteniéndose como medicina informal.

La visión de salud desde el punto de vista de la interculturalidad, parte de la interrelación entre las personas, pueblos y culturas en interacción con la comunidad, su entorno, para asumir las responsabilidades de manera conjunta. Entender a la salud como el resultante de la interacción del individuo con el entorno. Se comprende la importancia de mirar al ser humano con una visión integral; interrelacionar los aspectos físicos, mentales y sociales permite romper la idea de enfermedad local, para poder plantear propuestas más humanas, más integrales (Cevallos, 2010).

La interculturalidad

El concepto de Estado intercultural, sobre todo en el caso ecuatoriano, surge desde hace tres décadas como una propuesta de la Conaie, de las organizaciones, pueblos y nacionalidades. Justamente, a partir del levantamiento de los noventa se ve una necesidad mayor de promover relaciones positivas entre distintos grupos sociales, confrontar la discriminación existente, el racismo, la exclusión y de formar ciudadanos conscientes de sus diferencias.

Para “buen vivir” (Walsh, 2009), la interculturalidad significa “el contacto e intercambio entre culturas en términos equitativos; en condiciones de igualdad”. No existen mejores culturas o una “alta cultura” y otra “baja”, por lo demás esta distinción no es otra cosa que el reflejo de sociedades jerarquizadas, con una fuerte presencia de una cultura hegemónica (Echeverría, 2010: 165). Toda cultura es susceptible de cambiar, mejorar y perfeccionarse.

La interculturalidad según la concibe la Unesco:

Se refiere a la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto mutuo (Ministerio Coordinador del Patrimonio, 2009, pág. 12).

En esta misma línea se encuentra el desarrollo conceptual que hace Catherine Walsh, sobre la interculturalidad:

“Un contacto e intercambio entre culturas en términos equitativos, en condiciones de igualdad. Tal contacto e intercambio no deben ser pensados simplemente en términos étnicos sino a partir de la relación, comunicación y aprendizaje permanentes entre personas, grupos, conocimientos, valores, tradiciones, lógicas y racionalidades distintas, orientados a generar respeto mutuo y un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos y colectivos, por encima de sus diferencias culturales y sociales” (Ministerio Coordinador del Patrimonio, 2009, pág. 13).

En la Constitución ecuatoriana vigente (2008), la interculturalidad es un eje transversal de toda la Constitución, constituyéndose así en un rasgo fundamental del Estado y del derecho en Ecuador, lo especifica en el sistema jurídico y en su aplicación: aparece “cuando regula sobre los idiomas para una relación intercultural (art. 2), el derecho a la comunicación debe ser ejercido de forma intercultural (art. 16), la educación debe ser intercultural (art. 27) y debe promover el diálogo intercultural (art. 28), las prestaciones de salud deben regirse por la interculturalidad (art. 30) (Pública, 2015).

Experiencia Local: Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural

Contexto geográfico

La experiencia se desarrolló en el Cantón Otavalo, en el Hospital Cantonal San Luis de Otavalo, Unidad de salud perteneciente a la Red Pública de Atención de Salud, localizada en Ecuador en la Provincia de Imbabura, al norte del Cantón Otavalo, cuenta con cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía y Traumatología, Pediatría y Ginecología.

Ciudad de Otavalo

Conocida como el Valle del Amanecer y ubicada a los pies del volcán Imbabura, la ciudad de Otavalo es la cabecera del cantón del mismo nombre y se encuentra a 110 km al norte de Quito, capital de Ecuador y a 20 km al sur de Ibarra. Según datos del último Censo de población y vivienda del año 2010, el cantón Otavalo cuenta con 104 874 habitantes, de los cuales el 51.9% son mujeres y el 48.10% son hombres, lo que equivale a la cuarta parte de la población provincial total y lo convierte en el segundo cantón más grande luego de Ibarra; de esta población, el 37.53% habita en la ciudad (en las dos parroquias urbanas, San Luis y El Jordán), y el restante 62.47% se distribuye en nueve parroquias rurales (Otavalo, 2017).

La mayoría de la población del cantón Otavalo es indígena, perteneciente a la nacionalidad kichwa y, específicamente, al pueblo Otavalo, pero también existe una considerable población kichwa-kayambi, ubicada sobre todo en comunidades alrededor del lago San Pablo. La población blanco-mestiza se asienta principalmente en la urbe otavaleña.

Migración interna, interculturalidad y salud. En los últimos diez años la zona urbana de la ciudad de Otavalo ha estado cada vez más poblada por migración interna del campo a esta ciudad buscando condiciones superiores de vida y economía a través de la oferta de sus productos artesanales, y así, mejorar su economía. La habilidad de hombres y mujeres para el arte, los tejidos, el folklor y el comercio, les ha permitido incorporarse en el mercado nacional, local e internacional, logrando tener recursos para adquirir vi-

viendas en el sector urbano. Esta movilidad geográfica representa cambios individuales, familiares y comunitarios, los cuales inciden en varios aspectos: culturales, alimentarios, laborales, adopción de nuevos estilos de vida y, lógicamente, en el impacto negativo de la salud. En el tema de salud sexual y reproductiva, la no confianza en los servicios de salud y la lejanía con su entorno y difícil acceso a los servicios de salud, han propiciado que no haya controles prenatales, ni asistencia profesional, ni tradicional ancestral, lo que desencadena complicaciones obstétricas.

Esto hace imprescindible, dentro del Plan Cantonal, establecer políticas interculturales de convivencia que propicien el desarrollo local y el ejercicio pleno de derechos considerando las particularidades específicas de la población.

Antecedentes

“El Cantón Otavalo fue calificado en el año 2003, como área de riesgo de muerte materna y tétanos neonatal, considerándose como causas la brecha cultural existente, la concepción de la salud de la población” (Magdalia Hermoza, 2010).

Entre 2001 y 2005 se registran 10 casos de muerte materna y neonatales, todos los casos corresponden a mujeres indígenas y del área rural, existen bajas coberturas de salud reproductiva, atención materna e inmunizaciones.

Existe la Ley de maternidad gratuita que dice que toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad, durante su embarazo, parto y post parto, al acceso a programas de salud sexual y reproductiva, atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños y niñas menores de cinco años. Esta ley se aplica en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública, sin embargo, las mujeres no acuden a los servicios de salud ni ejercen su derecho.

En este contexto, a partir de 2007, un grupo de profesionales liderados por el equipo técnico y directivo del Hospital San Luis de Otavalo, en alianzas estratégicas con el gobierno local municipal, coordinado con la Dirección Provincial de Salud y Ministerio de Salud Pública como ente rector, se estructura el Proyecto Intercultural de Salud Reproductiva, el cual sigue brindando atención intercultural hasta la fecha (2018). Para la construcción del modelo se traza una hoja de ruta que posibilita la implementación del Modelo.

Metodología

Con el fin de contar con una línea de base que oriente los cambios que se requieran en La Unidad de Salud para el acceso de los Derechos Sexuales y reproductivos considerando la variable intercultural, se realizó un diagnóstico centrado en las percepciones prácticas de salud reproductiva de las mujeres indígenas de Otavalo, mismas que se analizaron de cara a las percepciones y prácticas de los prestadores de los servicios del hospital, para establecer las brechas entre la oferta y demanda de los servicios.

Se pretendía que el hospital pudiera adecuar sus servicios a las necesidades de sus usuarias, ampliar su cobertura, particularmente la atención de la salud reproductiva y reducir la muerte materna e infantil.

Para el efecto, se realizó un estudio que abarcó ocho parroquias del cantón Otavalo, que cubrió a 320 mujeres indígenas usuarias de los servicios a las cuales se aplicó encuestas estructuradas y se entrevistó a 40 empleados del hospital (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería).

Primera Fase Diagnóstica

Se identifica los factores culturales que dificultan el acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud de la Institución Cantonal Sanitaria, además de las percepciones del personal de salud en torno a brechas percibidas para la atención de salud y conocer su predisposición para una propuesta de cambios que se pudiera generar a partir de los hallazgos en la fase diagnóstica.

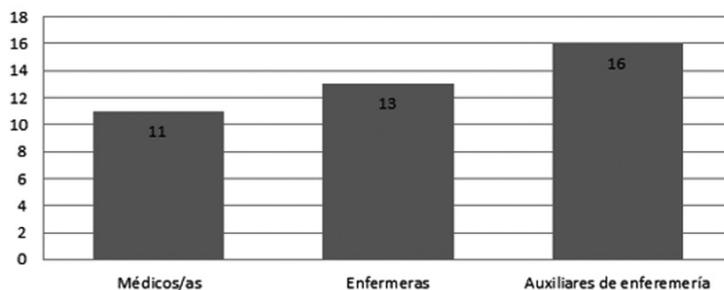
El personal de salud: principales hallazgos

Se aplicó una entrevista estructurada a 40 funcionarios del hospital San Luis de Otavalo, de los cuales el 11% fueron hombres y el 72% mujeres, de entre 35 y 55 años de edad, auto-identificados mayoritariamente como mestizos. El 22% de los empleados entrevistados conocen el idioma kichwa, los demás son castellano-hablantes. El 60% de los funcionarios tiene instrucción superior, el 28% educación secundaria y el 8% educación primaria.

Al personal se le preguntó sus conocimientos de la cultura indígena, su percepción sobre las mujeres indígenas y su resistencia a usos del servicio del

hospital, así como algunas necesidades y recomendaciones para mejorar los servicios del hospital (gráfica 1).

Gráfico 1. *Funcionarios salud, entrevistados según cargo.*



Fuente: *Entrevistas a profesionales de Salud. Hacia la construcción de un modelo con enfoque intercultural (2008), Cepar.*

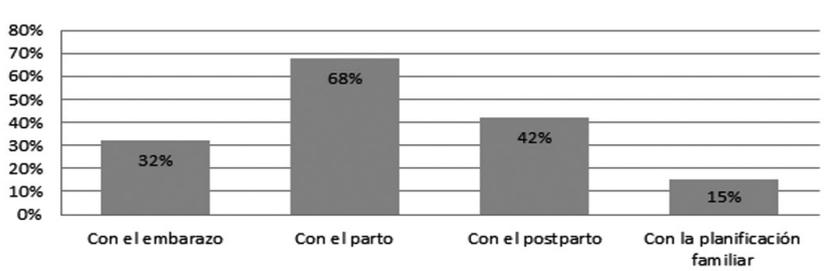
Conocimiento de la cultura indígena por parte del personal de salud

El personal entrevistado está familiarizado con algunas prácticas de la cultura indígena con respecto al parto, especialmente y en menor medida con el embarazo, posparto y planificación familiar. Estar familiarizado no significa que el personal acepte o aplique las prácticas culturales de las usuarias del hospital (gráfica 2).

Cerca de la mitad de funcionarios (48%) dice conocer alguna tradición de la cultura indígena sobre la placenta, en especial en el caso de los médicos (64%). La tradición que se conoce es el entierro de la placenta en un lugar cercano a la vivienda, cuando se realizan partos domiciliarios.

El 60% del personal dice que utiliza insumos de la comunidad en la atención obstétrica (dieta, hierbas, rituales, etc.), especialmente las auxiliares de enfermería (75 por ciento).

Gráfico 2. Familiarización con las costumbres de la cultura indígena en relación al embarazo, parto, posparto y planificación familiar.



Fuente: Entrevistas a profesionales de Salud. *Hacia la construcción de un modelo con enfoque intercultural* (2008), Cepar.

Cuando el personal de salud atiende a una mujer indígena, el 65% afirma que le da instrucciones en idioma castellano. La entrega de instrucciones escritas sólo la hace la cuarta parte de funcionarios (25%), principalmente el médico (46%) y la enfermera (31%). El 42% de funcionarios buscan traductores para hacerse entender de una mujer indígena, especialmente las auxiliares de enfermería (56 por ciento).

Atención del parto en el hospital

Los procedimientos de rutina durante el parto instaurados en el hospital incluyen el baño, la rasurada, la realización de tactos y la aplicación de enemas. Estas prácticas ya no constaban en las normas de salud del Ministerio, sin embargo, se seguían practicando. El rechazo cultural a estos procedimientos se expresa en la no utilización de los servicios de salud, por el temor de las mujeres a procedimientos ajenos a su cultura.

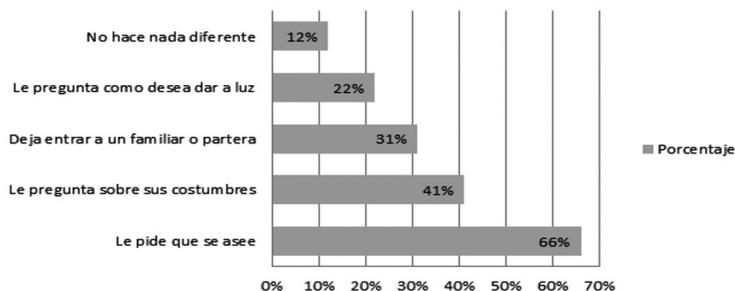
El 80% de los funcionarios entrevistados atiende o ayuda a atender partos en el hospital; los médicos los hacen en el 82%, las enfermeras en el 54% y todas las auxiliares ayudan en la atención de los partos.

Cuando este personal de salud atiende o ayuda atender partos a mujeres indígenas, el 22%, especialmente las auxiliares de enfermería, preguntan: “cómo desea dar a luz”; el 31%, en especial los médicos, “deja entrar a algún familiar o partera”; el 41%, con mayor frecuencia las auxiliares de enfermería, le preguntan sobre “sus costumbres”; y el 66%, en el ciento por ciento los

médicos, “le pide que se aseen”. Existe un 12% que responde: “no hace nada diferente” a lo que acostumbra hacer con otras pacientes.

La atención del parto en el hospital es en posición ginecológica. Las mujeres no tienen opción de escoger la posición (gráfica 3).

Gráfico 3. Actitudes en la atención del parto a mujeres indígenas.



Fuente: Entrevistas a profesionales de Salud. Hacia la construcción de un modelo con enfoque intercultural (2008), Cepar.

La atención del parto en el hospital de mujeres indígenas tiene algunas particularidades; por ejemplo, el pedir que se aseen, generalmente se realizan un baño previo, bajo la consideración de que llegan desaseadas. Este es un requisito que el personal de salud ha implementado en el hospital y que las mujeres lo rechazan debido principalmente al frío, considerando que, en su cosmovisión, el parto es un proceso caliente. La forma de atención del parto es igual para todas las mujeres, es decir, en posición ginecológica, pese a que las normas de salud reproductivas del Ministerio de Salud ya contemplaban la posibilidad de parto vertical desde 1998.

Dificultades para atender a mujeres indígenas

Las principales dificultades (gráficas 4 y 5) identificadas fueron:

Gráfico 4. Dificultades para atender a mujeres indígenas.

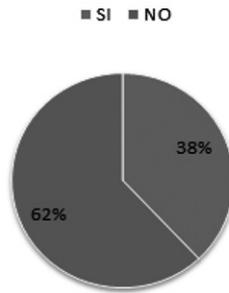
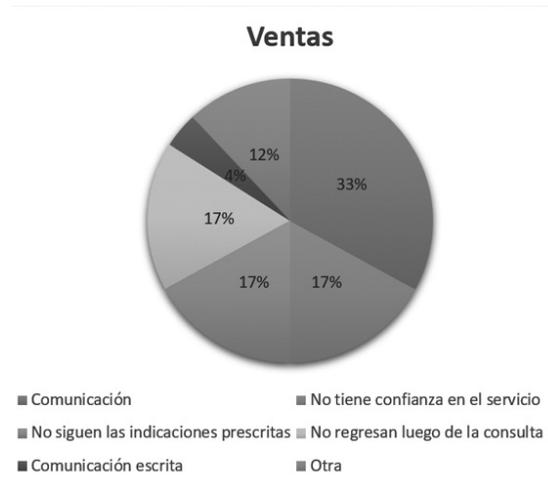


Gráfico 5. Tipo de dificultades.



Fuente: Entrevistas a profesionales de Salud. Hacia la construcción de un modelo con enfoque intercultural (2008), Cepar.

Existencia de barreras culturales

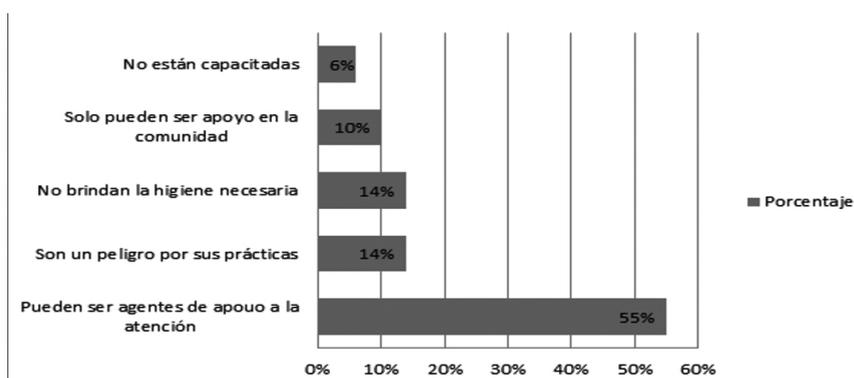
Se preguntó: ¿existen barreras culturales para que las mujeres indígenas accedan a los servicios del hospital? La mayoría respondió afirmativamente (82%), en especial los médicos (91%). Las respuestas sobre los principales tipos de barreras, son: “costumbres y creencias” (31%), “resistencia a utilizar los servicios de salud” (23%), “miedo” (22%), e “idioma” (12%) (gráfica 5).

Opinión sobre las parteras

Se preguntó al personal de salud del hospital su opinión sobre las parteras. Las opiniones son divididas: un 55% considera que pueden ser apoyo al hospital, pero también hay opiniones de que representan un peligro, ya que no siguen normas de higiene y no están capacitadas.

Se preguntó también sobre los roles que las parteras podrían cumplir en el hospital. De acuerdo con las respuestas dadas por el personal de salud entrevistados, los principales roles que pueden cumplir las parteras son: “referir a las pacientes” (28%), “intermediar entre las pacientes indígenas” (25%), “educar en las comunidades” (22%), y “asistir los partos y ayudar al médico” (20%) (gráfica 6).

Gráfico 6. Opinión sobre las parteras.



Fuente: Entrevistas a profesionales de Salud. Hacia la construcción de un modelo con enfoque intercultural (2008), Cepar.

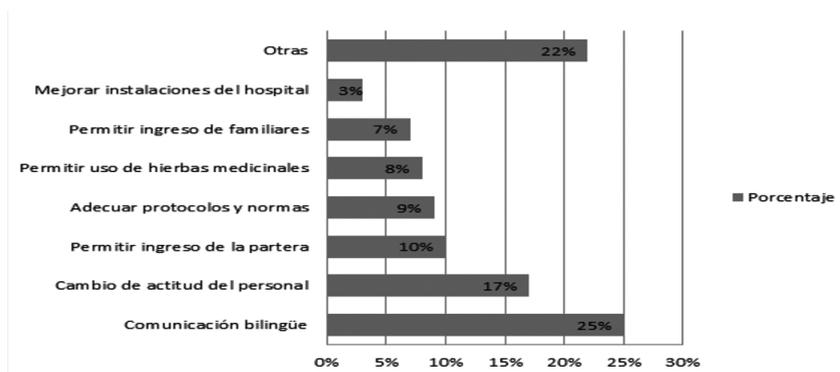
Cambios factibles en el hospital según el personal de salud

Con el fin de consensuar con el personal de salud posibles cambios en las rutinas hospitalarias, se preguntó sobre cuáles serían factibles y necesarios.

La totalidad de funcionarios (98%) considera importante incorporar el enfoque intercultural en los servicios de salud reproductiva, sin distinción de tipo de personal de salud. Todo el personal estaría a favor de que el Hospital de Otavalo introduzca cambios para atraer más a las mujeres indígenas a los servicios de salud.

Los principales cambios que sería factible introducir, de acuerdo con las respuestas dadas, son: “comunicación bilingüe castellano-kichwa” (25%), “cambio de actitud de todo el personal” (17%), “permitir el ingreso de las parteras” (10%); “adecuar los protocolos y normas de atención” (9%); “permitir el uso de hierbas medicinales” (8%); y “permitir el ingreso de familiares” (7%) (gráfica 7).

Gráfico 7. Cambios que serían factibles realizar en el hospital para atraer más mujeres indígenas a los servicios.



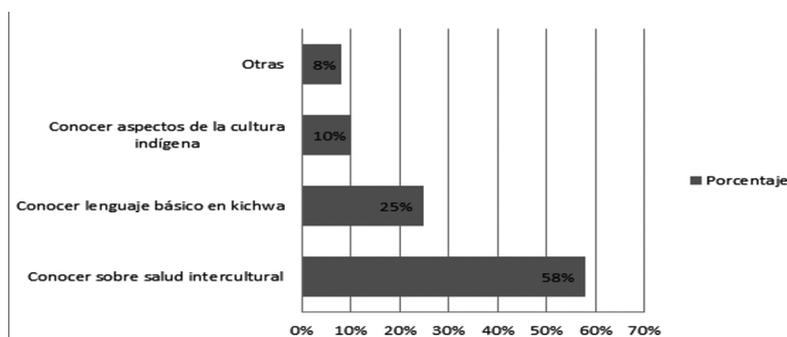
Fuente: Entrevistas a profesionales de Salud. Hacia la construcción de un modelo con enfoque intercultural (2008), Cepar.

¿Qué necesidades tiene el personal de salud para implementar los cambios?

Se preguntó sobre los requerimientos que tendría el personal de salud para implementar cambios tendientes a incorporar un enfoque intercultural en los servicios.

Las principales necesidades del personal se refieren a conocer de mejor forma sobre salud intercultural, conocer el idioma kichwa para comunicarse de mejor manera con sus usuarios/as, conocer mejor la cultura indígena. El personal entrevistado reconoció la necesidad de atenderse en el conocimiento de la otra cultura, las de sus usuarias y de esta manera, entender mejor su cosmovisión sobre la salud (gráfica 8).

Gráfico 7. Necesidades del funcionario de salud para ofrecer un mejor servicio intercultural.



Fuente: Entrevistas a profesionales de Salud. Hacia la construcción de un modelo con enfoque intercultural (2008), Cepar.

Hallazgos sobre las percepciones y prácticas de las mujeres indígenas sobre el proceso reproductivo

Características de las mujeres entrevistadas

El promedio de edad de las usuarias es de 31.6 años, la mayoría de ellas, el 70% son bilingües kichwa-castellano. Casi las tres cuartas partes de usuarias son casadas (73%); el 16% solteras; el 6% desunidas (divorciadas, separadas y viudas) y un 5% unidas. En cuanto a educación, casi la tercera parte de ellas

(31%) no tiene ningún nivel de instrucción, es decir, son analfabetas; poco más de la mitad (51%) tienen algún año aprobado en el nivel primario; el 15% algún de secundaria; y el 3% han aprobado algún año en el nivel superior. En general, la gran mayoría de mujeres indígenas (82%) o no tienen instrucción o solamente han aprobado algún año en la escuela primaria. Es evidente que las mujeres menores de 30 años tienen mucho mejores niveles de instrucción que las de 30-49 años de edad.

Preferencias reproductivas

Igual que en otros grupos étnicos, entre las indígenas existe una diferencia entre el ideal reproductivo y la conducta reproductiva. Esto se evidencia al preguntar sobre el número de hijos/as que desea o deseaba tener y lo que se observará más adelante sobre embarazos, partos e hijos nacidos vivos tenidos.

Preguntando de manera independiente sobre el ideal reproductivo y en términos de sexo, del total de entrevistadas el 14% no desea o no deseaba tener ningún hijo varón y el 24% no quería ninguna hija mujer. Para más de las dos terceras partes (69%) el ideal reproductivo es 1 a 2 hijos; para el 61% 1 a 2 hijas; para el 16% el ideal reproductivo era de 3 o más hijos; para el 14%, 3 o más hijas. Esta información da como promedio ideal de hijos varones 1.78 y de hijas mujeres 1.58, dando un total de 3.36 hijos/as, con mayor preferencia a tener descendientes varones.

Control del embarazo

Del total de mujeres entrevistadas, el 15% estaba embarazada al momento de la entrevista y el 78% se había hecho algún control en el último o actual embarazo. Actualmente se observa un mayor porcentaje de embarazadas en mujeres menores de 30 años y en las que tienen mejor instrucción. Se evidencia un mayor control del actual o último embarazo en mujeres jóvenes y en aquellas con mejores niveles de escolaridad.

De las mujeres que se hicieron algún control en el último o actual embarazo, el 59% se hizo entre 1 y 4 controles, el 39% entre 5 y 7 controles, y el 15% restante 8 o más controles durante el periodo gestacional. El promedio de controles resulta ser 4.4, menor a la norma nacional del msp (5 controles). El promedio de controles de mujeres menores de 30 años es de 4.8, superior al 4.0 de aquellas entre 30 y 49 años de edad; mujeres con baja instrucción 4.3, no tanta diferencia a 4.5 de mujeres con mejor instrucción.

Las razones por las cuales el 22% de mujeres embarazadas que no hicieron control en su último o actual embarazo, se refieren principalmente a “falta de dinero” (24%), “temor” (21%), “no lo consideró importante” (19 por ciento).

Atención del parto

Partos atendidos durante toda la vida: establecimientos de salud y domicilio

Del total de mujeres que alguna vez han dado a luz durante toda su vida, en promedio: 1.04 partos ocurrieron en el Hospital San Luis de Otavalo, 0.18 partos en Centros o Subcentros del msp, 0.14 partos en clínicas o consultorios particulares, 0.20 partos en otros servicios de salud, y 2.87 partos en casa o domicilio.

Estos datos indican que entre el grupo de mujeres poco más de la tercera parte de los partos fueron atendidos en establecimientos de salud (36%) y las otras dos terceras partes (64%) en la casa; en el Hospital de Otavalo se han hecho atender el 23% de todos los partos.

Lugar de atención del último parto

La mayor cobertura de la atención del último parto en establecimientos de salud es evidente mayor en mujeres menores de 30 años (73%) y en aquellas con mayor instrucción (70%), lo cual contrasta con el 44% y 43% de mujeres entre 30 y 49 años, y las que tienen baja instrucción, respectivamente; en estos dos últimos grupos de mujeres, el parto domiciliario llega al 56% y 57%, en ese mismo orden. En el Hospital de Otavalo, la atención del último parto llega al 48% en mujeres menores de 30 años y al 44% en mujeres con mayor escolaridad.

En su mayoría (67%) fue la parturienta la que decidió el lugar donde daría a luz, la última vez; en el 19% de los casos fue por decisión de otros familiares, suegra y otras personas.

Parto domiciliario

De todos los partos ocurridos en la casa la última vez (46%), la mayoría fueron atendidos por la partera (62%), seguido con alguna diferencia por la aten-

ción de familiares (30%) y parto sola (8%), sin existir mayores diferencias con relación a la edad e instrucción de las mujeres.

Las informantes en casi el 90% consideran la atención recibida en la casa como: “muy buena” (43%) y “buena” (46%), quedando un 10% con calificativos de “regular” o “mala”.

Las principales razones por las cuales las mujeres no fueron al hospital de Otavalo, a dar a luz la última vez tienen que ver principalmente con: “temor al hospital” (29%), “distancia” (13%), “falta de recursos económicos” (12%), “no lo consideró importante” (11%) y “no confía en el personal de salud” (7%). Es importante observar que sólo el 9% de parturientas respondió que dio a luz en la casa y no fue al hospital “por costumbre o tradición”. Casi la mitad de las mujeres indígenas que dieron a luz en su casa la última vez (46%) hubieran querido ser atendidas en el Hospital de Otavalo u en otro servicio de salud.

El temor al hospital tiene que ver con las prácticas de baño, tactos innecesarios, aislamiento de familiares, frío, poco cuidado y respeto al pudor. El temor también se relaciona con el trato que reciben del personal, en ocasiones despectivo y discriminatorio. Hay un sentido de desvalorización por ser indígenas, que se transmite en el lenguaje y la forma de relación entre el personal mestizo y las usuarias indígenas.

La posición en que dieron a luz las mujeres en su casa la última vez fue principalmente “arrodilladas” (89%). Sólo el 6% dio a luz en “cuchillas” y el 4% “acostada”. Sobre este aspecto, casi no existen diferencias en cuanto a la edad e instrucción de las mujeres.

La posición arrodillada es una práctica cultural entre las mujeres kichwas de Otavalo, y es la razón por la que prefieren dar a luz en domicilio. Junto con la posición hay otras prácticas culturales relacionadas con rituales durante el embarazo, parto y posparto, masajes, manto, uso de hierbas medicinales, tipo de dieta, que son propias de la cultura y completamente distintas a las prácticas del hospital.

Acompañante

Casi a todas las mujeres que iban a dar a luz en el Hospital fueron acompañadas por alguna persona, principalmente el esposo/compañero (64%), el padre o la madre u otro familiar (14 por ciento).

El sentirse acompañadas por un familiar, o por la partera es uno de los aspectos que se demanda al hospital, para que las mujeres se sientan más seguras.

Opiniones sobre la calidad de atención en el Hospital san Luis de Otavalo

Explicaciones sobre los procedimientos que hacen a los pacientes

A la pregunta, ¿le explicaron claramente lo que le iban a realizar en su parto?, menos de la mitad (45%) contestó afirmativamente, la misma que fue en idioma castellano y de las cuales el 88% dijo haber entendido las explicaciones que le dieron. Se entiende, por lo tanto, que al 55% de las parturientas no les explicaron claramente lo que les harían

Servicio de comida en el hospital

A las tres cuartas partes de usuarias (76%) le gustó la comida que le dieron en el Hospital; la otra cuarta parte dijo que no le gustó principalmente por el “sabor de la comida”, que “no era la dieta para una parturienta” y sobre la “cantidad de comida”.

Opinión sobre el cuarto o sala de partos

Sólo para la mitad de parturientas el cuarto o sala de cirugía donde dio a luz estaba “agradable”. La otra mitad dijo que estaba “desagradable”, la principal y casi única razón para su descontento fue que el mismo estaba “muy frío”. Consecuentemente con lo anterior, para estas personas el cuarto para dar a luz debería ser principalmente “cálido”.

Posición para dar a luz

A la pregunta: ¿Se sintió bien en la posición que dio a luz? Un poco más de la mitad (59%) contestó afirmativamente, quedando un importante 41% de parturientas que no les gustó, especialmente, porque “es incomoda” (50%) y por cuanto “se muestra el cuerpo” (45%). La incomodidad se relaciona con la posición acostada, donde se dificulta el pujo y la respiración. La posición ginecológica ha sido criticada por ser cómoda para el médico, pero no para la mujer.

El pudor se relaciona con la ropa con abertura posterior que se usa en el hospital, la exhibición del cuerpo a extraños, que contrasta con la práctica de

cubrir el cuerpo y no dejarlo ver ni durante el parto cuando éste se produce en el domicilio.

Casi las dos terceras partes de las mujeres que dieron a luz en el hospital la última vez (64%), dijeron que conocen otras posiciones para dar a luz, de las cuales, sobresale principalmente la posición de “arrodillada” (75 por ciento).

¿Sintió vergüenza en el último parto?

Tómese en consideración que la gran mayoría de mujeres indígenas (81%) que dio a luz en el hospital sintió vergüenza. Las razones por las que sintió vergüenza tienen que ver especialmente con que “la desvistieron” (45%), la “presencia de otras personas, no familiares” (32%) y porque “la tocaron o realizaron tactos” (13 por ciento).

Recomendación sobre la placenta

Cerca de la tercera parte de las usuarias que dieron a luz en el hospital (31%) hicieron recomendaciones sobre la placenta. Para las entrevistadas lo mejor es que “la entierren” (62%) o que “la devuelvan a la familia” (31%).² La placenta tiene un significado cultural en las comunidades y familias.

TABLA 1. *Resumen de las brechas entre la oferta de servicios del hospital san luis en la atención del embarazo, parto y posparto a las mujeres indígenas y cambios necesarios en el hospital*

<i>Brechas</i>	<i>Percepciones y prácticas de las mujeres indígenas</i>	<i>Percepciones y prácticas del personal de salud</i>
<i>Lengua</i>	<i>Quieren que les hablen en su propia lengua, kichwa.</i>	<i>El personal en su mayoría no conoce el kichwa.</i>
<i>Información sobre procedimientos</i>	<i>Las mujeres no comprenden lenguaje técnico sobre procedimientos durante el embarazo, parto, posparto y tampoco se les informa.</i>	<i>El personal de salud toma decisiones que se las transmite de manera poco comprensible para mujeres con poca escolaridad.</i>

2 La placenta tiene un significado cultural en las comunidades y familias. En los partos domiciliarios la placenta se entierra cerca de la casa, se la entierra profundo para evitar que los animales se la coman, para que no le pase el frío a la mamá y no se enferme el niño, y cuando se la entierra se realizan rezos y rituales.

<i>Uso de hierbas y aguas aromáticas</i>	<i>Las mujeres quisieran que en el hospital se permita el uso de aguas aromáticas de acuerdo con su costumbre, las que sirven para aliviar el dolor o apurar el trabajo de parto.</i>	<i>El personal de salud no conoce mucho, pero permiten que algunas que solicitan tomen aguas que traen los familiares.</i>
<i>Posición del parto</i>	<i>Quisieran que se les pregunte y se les dé oportunidad de decidir sobre posición del parto. De preferencia quisiera dar a luz en posición vertical: arrodilladas, en cuclillas o como se acomodan.</i>	<i>No preguntan, porque consideran la posición "natural" es la ginecológica. El parto vertical no se practica porque el personal médico no sabe cómo hacerlo. Las universidades no enseñan esas alternativas ni se prioriza la opinión y necesidades de las usuarias.</i>
<i>Pudor</i>	<i>Las mujeres tienen vergüenza de que se les descubra el cuerpo y que no haya privacidad en el servicio.</i>	<i>El personal médico considera natural pedir que se desvista y hacerlo en presencia de otras personas como pacientes, enfermeras, u otro personal del hospital.</i>
<i>Tactos</i>	<i>Las mujeres no quieren que se les realice tactos, más aún cuando son médicos hombres y los realizan de manera repetida.</i>	<i>La realización de tactos es práctica común.</i>
<i>Ingreso de familiares</i>	<i>Las mujeres insisten en que los familiares deben ingresar al hospital para ofrecer apoyo moral a la parturienta.</i>	<i>Por razones de espacio y de que no es una clínica privada, el personal no está de acuerdo con el ingreso de familiares.</i>
<i>Masajes</i>	<i>Las mujeres quisieran que se les alivie el dolor con masajes durante la etapa previa al período expulsivo.</i>	<i>Esta práctica no está incluida en el servicio.</i>

<i>Presencia de la partera</i>	<i>Las mujeres indígenas se sentirían acompañadas con una persona de confianza que generalmente habla su propia lengua y que las ha acompañado durante el embarazo. El ingreso de la partera sería un factor positivo hacia el hospital para ganar la confianza de las mujeres indígenas y para que el personal pudiera reconocer y aprender del trabajo de las parteras.</i>	<i>Las parteras no pueden entrar al hospital. Hay desconfianza sobre su trabajo y se les culpa de malas prácticas. ¿Quién asumiría el pago del trabajo de la partera? No es política del hospital ningún tipo de relación con las parteras.</i>
<i>Manejo de la placenta</i>	<i>Una práctica tradicional es el entierro de la placenta generalmente de la casa con un ritual relacionado con el bienestar del bebé y de la madre.</i>	<i>Se desecha la placenta sin preguntar a la mujer ni a la familia. Es parte de la rutina hospitalaria. El hospital podría devolver la placenta a quien la solicite.</i>
<i>Trato al paciente</i>	<i>El trato de la partera es afectuoso, de respeto.</i>	<i>Trato impersonal, discriminatorio</i>
<i>Otros, como acceso geográfico, horarios</i>	<i>Los servicios de salud funcionan con horarios que no se ajustan a la realidad de la población rural/indígena. Las comunidades lejanas cuentan con frecuencias específicas de transporte y cuando llega a las UO estas, están cerradas.</i>	<i>Las mujeres indígenas prefieren atenderse por la partera o el yachac, no les gusta venir al hospital.</i>

Fuente: citado en Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural. Hermoza M. José Terán, Myriam Conejo, Lilián Rodríguez, “Percepciones y prácticas de las mujeres indígenas y prácticas de salud en el Hospital San Luis de Otavalo”, Lily Rodríguez, tesis de maestría en antropología y cultura. Universidad Politécnica Salesiana, 2009.

Estas brechas no son sino la expresión del desencuentro entre dos visiones diferentes sobre la salud reproductiva, que corresponden a diferentes culturas. Cada pueblo construye un concepto de salud y bienestar, por lo que, en un país multicultural como Ecuador, se requiere reconocer las prácticas cul-

turales de los diferentes pueblos en relación a la salud para responder a esas necesidades de salud de esta población diversa. Las políticas tienen el reto de integrar dichas prácticas en un concepto integral e inclusivo de salud.

Segunda Fase: Construcción del Modelo de Salud Sexual reproductiva con enfoque intercultural

A partir de los resultados diagnósticos inicia la construcción de un Modelo de Salud Reproductiva Intercultural, el cual pretende superar el desencuentro intercultural existente en la atención de salud, la cual no reconocía la diversidad cultural con sus distintos conocimientos.

Una premisa para implementar los cambios fue responder a las necesidades de las usuarias de los servicios de salud, conocer mejor su cosmovisión, sus prácticas sanitarias y proponer un diálogo e intercambio cultural entre la medicina occidental y la medicina indígena y transformar el sistema de salud acercándolo a la realidad cultural de las usuarias.

En esta fase se consideró la capacitación, intercambio de experiencias, sensibilización, a fin de superar la resistencia e incertidumbre identificada en el personal de salud, incorporación de variable étnica en registros de nacimientos y atención del parto lo que permitió conocer la preferencia de las mujeres indígenas y mestizas para dar a luz y el incremento o no de la cobertura del parto, la brecha sobre la lengua fue mejorada a través del aprendizaje de kichwa básico del equipo de salud, se consideró la incorporación de señalética en idioma kichwa y castellano para, a través de esta simbología, proyectar la pertenencia tanto de mestizos como de indígenas, considerando que una de las demandas de las mujeres a la institución de salud estaba relacionada con la atención del parto, se decidió capacitar y compartir saberes científicos y ancestrales entre profesionales de la salud y parteras comunitarias para la atención del parto en posición vertical.

El modelo tiene un Enfoque de derechos, de género; está centrado en las necesidades de las usuarias a los servicios, tiene complementariedad entre las medicinas, basado en evidencias es intercultural.

Tercera Fase: Nuevo Modelo de atención de Salud Sexual y Reproductivo. Implementación de la sala de parto culturalmente adecuada

De acuerdo con los resultados de la investigación se realizaron cambios importantes en el Hospital Cantonal de Otavalo, con lo que se hizo accesible y efectivo el derecho de las mujeres particularmente de la mujer indígena a acceder a servicio de salud inclusivo con respeto a su cosmovisión, cultura y tradiciones.

Cambios efectuados con la implementación del Modelo de Salud Reproductiva

Fotografía 1. Acompañamiento de familiar, vestimenta para la mujer para labor de parto



Uno de los aspectos relevantes fue la aceptación del conocimiento ancestral de las parteras comunitarias a incluirlas dentro del equipo de salud para el control prenatal, y atención del parto. Se realizó la adecuación del espacio físico: un cambio de un ambiente frío medicalizado a un espacio familiar acogedor.³ El modelo incorporó como normativa interna el acompañamiento de

3 “Desde la cosmovisión indígena, lo cálido representa a todo lo que es masculino y lo fresco representa a todo lo que es femenino. Desde esta cosmovisión lo frío y lo caliente es de gran importancia ya que no son sólo meras reacciones térmico-metabólicas, se trata de una respuesta integral del individuo, donde lo psíquico, lo sociocultural y la influencia del

familiares y partera en el proceso de atención, se confeccionó vestimenta exclusiva para la atención del parto y postparto, de acuerdo con necesidades identificadas, que facilitan la atención y la lactancia pero que resguarda el pudor de las mujeres; se utilizaron colores oscuros en razón que el color blanco para la cultura indígena representaba la muerte. Se adecuó en la sala de atención de partos un espacio con plantas medicinales seleccionadas por las parteras y los familiares para utilizarlas en infusión y ayudar al proceso de atención del parto. El paquete de salud de atención del parto sufrió cambios positivos (se cambió el clam umbilical por hilo chillo estéril), se incorporó el uso de compresas calientes para el área perineal, con lo que se evitaba desgarrros y la episiotomía, innecesarias en muchos casos. Para la comodidad de la paciente se suspendió la vía intravenosa que se colocaba rutinariamente y que impedía movilidad en la labor del parto por la colocación de un dispositivo intravenoso en casos específicos y necesarios (ver fotografía de la adecuación de la sala de partos con enfoque intercultural).

Tabla 2. Cambios para implementación del modelo de salud reproductiva

1. Adecuación del espacio físico	4. Infusiones de plantas medicinales	7. Incorporación del idioma. Kichwa
2. Acompañamiento (familiares y parteras).	5. Modificación del paquete de parto.	8. Libre posición en el parto
3. Vestimenta (Bata para la mujer)	6. Capacitación al personal y parteras	9. Casa Espera materna

Fuente: Elaboración propia, entrevistas a profesionales de salud. Hacia la construcción de un modelo con enfoque intercultural (2008), Cepar.

ambiente tienen que ver en el estado de salud de una persona. “Males de Dios”, citado por Hermoza M., José Terán, Myriam Conejo y Lili Rodríguez (2011, p. 84). Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, Quito, Ecuador.

Fotografía 2. *Adecuación de la Sala de Partos con enfoque intercultural*

En cuanto a la alimentación en el postparto inmediato, con la valoración clínica, se admite que familiares atiendan con alimentos culturalmente aceptados para este periodo, dando así la comodidad y evitando preocupaciones en la mujer y familia. Para facilitar el acceso a los servicios de salud, especialmente de las mujeres indígenas de las comunidades rurales alejadas y brindar una atención integral, se analiza la factibilidad y se construye una casa materna de espera la cual fue financiada por la Dirección Provincial de Imbabura, infraestructura con enfoque intercultural, amueblada de acuerdo con realidad local, con aportes del gobierno local municipal de Otavalo, presupuesto del hsls (Hospital San Luis de Otavalo) y aporte de ongs y organizaciones sociales. El ambiente cuenta con espacio para preparar alimentación acorde a costumbres de las familias, con capacidad para acompañamiento de familiar, área recreativa para los niños, jardín de plantas medicinales cultivadas por la Asociación de Parteras de Otavalo (fotografía 3. Implementación y funcionamiento de la atención de partos con enfoque intercultural).

Fotografía 3. *Implementación y funcionamiento de la atención de partos con enfoque intercultural*



Conclusiones

Cuando hay voluntad política, compromiso institucional, involucramiento de la comunidad, políticas y normativas ajustadas a la realidad local es factible materializar el derecho fundamental plasmado en el marco constitucional como es el derecho a la vida, a la salud, a servicios gratuitos de calidad integral e integrada.

El Estado, por su parte, es el garante de derechos y como tal tiene la obligación de adecuar sus políticas, programas, normas, reglamentos, servicios acordes a las necesidades de la población demandante del servicio.

El Modelo de Salud Reproductivo comentado en este congreso, que responde a una realidad específica, pudiera ser referente para nuevas iniciativas en mejora de la Salud Sexual y reproductiva de las mujeres pues logró superar la visión homogénea de la política y práctica de la salud, disminuir las brechas interculturales, permitió el acceso a los servicios de salud, apoyó a la promulgación de una política pública nacional, propició la organización comunitaria con una corresponsabilidad en tema de prevención de muerte materno neonatal y vigilancia de acceso a los derechos de Salud Sexual y Reproductiva con la estructuración de mapas parlantes de riesgo, articulación de servicios de salud, red de transporte comunitario y cantonal, el modelo cumplió su fin logrando bajar el índice de mortalidad materna en el Cantón.

Es imprescindible el trabajo articulado entre instituciones de salud, gobiernos locales y sociedad, a fin de recomendar políticas públicas a ser implementadas en concordancia con el enfoque de derechos consignado en la Constitución vigente a mejorar las estrategias de acceso a los Servicios de Salud Sexual y reproductiva, con énfasis en la población con doble vulneración como es el de ser mujer e indígena, mujer y migración, mujer y refugiada, embarazo adolescente, integrar iniciativas que respondan a la realidad local incorporando a la sociedad como actores proactivos en las planificaciones de estrategias encaminadas a la prevención, respeto de su cuerpo y valores para una vida digna.

La cooperación internacional oportuna y respetuosa de las necesidades comunitarias e institucionales puede ser un aliado estratégico para potenciar y fortalecer las capacidades locales.

Bibliografía

- Cevallos, X. (2010). *La Interculturalidad en la Facultad de Ciencias Medicas y Escuela de Obstetricia*. Quito, Ecuador: UNFPA.
- Charlton, D. (2013). Salud Sexual y los Derechos Reproductivos. *Enfermería*, 54.
- Constitución de la República del Ecuador* (2008). Montecristi.
- IPPF. (2015). Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. La clave para alcanzar la igualdad de genero y empoderamiento de las mujeres. *IPPF. Decidir Abre un Mundo de Posibilidades, Vision 2020*, 48.
- IPPF, F. I. (2009). Derechos Sexuales. Una Declaracion de IPPF. *IPPF. Poder decidir abre un mundo de posibilidades*, 59.

- Lancet. (1994). *Resumen Ejecutivo de la Serie de Salud Sexual y Reproductiva*. Canadá: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/srh_lancetseries_es.pdf.
- Lewis, D. C. (s.f.). BINASSS. Obtenido de Salud sexual y los derechos reproductivos: www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v24n1/art4.htm.
- Magdalia Hermoza, T. J. (2010). *Hacia la construcción de un modelo de salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural*. Quito: graphus, Quito, Ecuador.
- Ministerio Coordinador del Patrimonio. (2009). *Memoria de los Seminarios de Gestión Local Intercultural*. Quito: Ministerio Coordinador de Patrimonio.
- MSP. (2015). Derechos Sexuales y Reproductivos . En *Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021*. Quito: Andrea Moreno, Digital Center, Quito, Ecuador.
- MSP. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Quito: Andrea Moreno, Digital Center, Quito, Ecuador.
- Nuevo Otavalo, Administración 2014-2019. Marzo 2015. *Actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Otavalo. Provincia de Imbabura (2014-2019)*. Otavalo: Centro Latinoamericano de Estudios Políticos.
- Otavalo, G. (2017). *Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Otavalo*. Otavalo: Gobierno Municipal, Otavalo, Imbabura.
- Pública, D. (2015). *Hacia la concepción intercultural de los derechos humanos*. Quito: Dirección Nacional de Pueblos y Nacionalidades. Quito, Ecuador.
- Rossi, S. (2014). *Universidad de la República: Facultad de Psicología*. Obtenido de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/.../1/Sabri%20Rodriguez%20Rossi.pdf>.

Migración de profesionales de enfermería y del cuidado de la salud de México a Estados Unidos, 2010-2014, 2015

José Luis Ávila⁴

Selene Gaspar Olvera⁵

Resumen

La demanda estadounidense de migrantes internacionales especializados en enfermería y cuidado de la salud activa desde México cuantiosos desplazamientos de profesionales hacia ese país, al tiempo que la oferta nacional de ese recurso humano es insuficiente para atender las necesidades internas. Información reciente revela que los connacionales y la población de origen mexicano tienen una participación desventajosa en aquel mercado laboral. Por consiguiente, México debe promover un acuerdo binacional para regular dicho mercado, mejorar las condiciones de trabajo e ingreso en México que disminuya la presión emigratoria e impulsar programas de formación de profesionales y técnicos de salud para afrontar la demanda nacional presente y futura, ésta pautada por el avance del proceso de envejecimiento.

Palabras clave: migración, enfermeras, déficit, México-Estados Unidos, origen mexicano.

4 Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México. avilama@unam.mx.

5 Unidad Académica de Estudios del Desarrollo, Universidad Autónoma de Zacatecas. Adscrita al proyecto Sistema de Información sobre Migración y Desarrollo (SIMDE-UAZ) SGASPAR@ESTUDIOSDELDDESARROLLO.NET, SELENE.GASPAROLVERA@GMAIL.COM.

Abstract

The US demand for international migrants specializing in nursing and health care activates from Mexico large movements of professionals to that country, while the national supply of this human resource is insufficient to meet internal needs. Recent information reveals that Mexicans and the population of Mexican origin have a disadvantageous participation in that labor market. Therefore, Mexico should promote a binational agreement to regulate this market, improve working conditions and income in Mexico that decreases emigration pressure and promote training programs for health professionals and technicians to meet current and future national demand, which is based on by the advance of the aging process.

Keywords: migration, nurses, deficit, Mexico-United States, Mexican origin.

Introducción

La migración internacional de médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud ha cobrado un notable dinamismo debido a la creciente demanda de estos profesionales desde los países avanzados, cuya dinámica poblacional y de la salud está determinada por el estadio avanzado de la transición demográfica y epidemiológica y la escasez del personal calificado en el sector (Dumont, Lafortune y Zurn, 2014; ops, 2013; oms, 2013) Así, dichas naciones promueven la inmigración de estos profesionales de los países emergentes, no obstante que éstos no disponen de personal suficiente para atender las necesidades internas determinadas por la elevada prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas, asociadas al estadio intermedio de la transición epidemiológica, y el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, relacionadas con el emergente proceso de envejecimiento en la mayoría de estas naciones. (Naciones Unidas, 2010, ops-oms, 2013; López, Pacheco y Villanueva, 2016).

De acuerdo a las proyecciones de la oms (2013), el déficit mundial de los profesionales de la salud podría ubicarse en 12.9 millones en el año 2035. Actualmente, 83 países se ubican por debajo del umbral de 6.2 enfermeras por cada mil habitantes que dicha institución considera mínimo aceptable. México forma parte de esa abultada lista de países con insuficiente disponibilidad de enfermeras con 2.6 por cada mil habitantes y ocupa la décima

posición con el mayor número de estas profesionales en el extranjero, destaca Estados Unidos como principal receptor (ocde, 2016). México ocupa la tercera posición con el mayor número de enfermeras nacionales en Estados Unidos, superado por Filipinas y la India.⁶ Entre las enfermeras de México 23.7% (9 214 enfermeras) ingresó a Estados Unidos entre 2000-2015, y el 27.3% de los auxiliares y camilleros con licencia, y auxiliares de salud en el hogar ingresaron en el periodo referido.

La destacada posición de México como proveedor internacional de enfermeras contrasta con el déficit nacional en este servicio. Se estima que en 2015 un total de 475 mil enfermeras ejercen en ese sector, de las cuales 42.8% son profesionistas, 31.5% técnicos y 25.7% auxiliares o paramédicos. La disponibilidad de estos trabajadores, que asciende a 2.6 por cada mil habitantes, debiéndose señalar que su distribución regional es muy diferenciada y sólo cinco entidades federativas cumplen con el estándar internacional fijado por la oms, destacando Tamaulipas y la Ciudad de México.

Métodos y datos

Considerando las preocupaciones señaladas, en este artículo realizamos un estudio cuantitativo y comparativo para estimar la magnitud de las connacionales y de origen mexicano, nacidas en Estados Unidos, en áreas u ocupaciones de enfermería y cuidado de la salud. Se analiza su situación socioeconómica y laboral y se compara con la cuantía y condiciones de población nativa de raza blanca no hispana. La elección de este último grupo obedece a que ellos no experimentarían segregación debido a su origen étnico, sus indicadores serían el ideal a alcanzar como grupo dominante. La discriminación por lugar de nacimiento, raza y origen étnico y lugar de estudio, son una fuente posible de desigualdad (Zhen y Xie, 2004, Gaspar Olvera, 2016). Asimismo, se examina la demanda y formación de capital humano en el área de estudio en Estados Unidos, su competencia ocupacional y experiencia laboral.

El estudio se basa en datos de las proyecciones de empleo de la Oficina de Estados Unidos sobre Estadísticas Laborales (bls) 2014-2024 y estimaciones propias con base en el U.S. Census Bureau American Community Survey (acs) 2010, 2015 y 2010-2014. La American Community Survey (acs) tiene como objetivo proveer información de los cambios en las características sociodemo-

6 De acuerdo con estimaciones propias, con base en el U.S. Census Bureau, American Community Survey (ACS), 2015 Y 2010-2014.

gráficas y económicas de la población a través del tiempo; su gran tamaño de muestra permite obtener estadística confiable para grupos sub-nacionales. El estudio se enfoca en los profesionistas, técnicos y auxiliares de enfermería de 18 años o más con estudios de Diploma o credencial alternativa (ged) o más años de escolaridad, se incluye el área de conocimiento de licenciatura para la categoría enfermeras registradas (rn).

Con base en el *U.S. Bureau of Labor Statistics*, clasificamos a los profesionistas y técnicos de enfermería y auxiliares de la salud en el hogar de la siguiente forma: enfermeras anestesistas, enfermeras parteras y enfermeras practicas, también conocidas como enfermeras de práctica avanzada registrada (aprn); enfermeras graduadas (rn, por sus siglas en inglés); enfermeras prácticas y vocacionales con licencia; auxiliares de enfermería y camilleros; y, por último, los auxiliares de salud en el hogar, incluye la carrera de rn.

En el primer apartado examinamos la demanda de personal en áreas de enfermería y cuidados de la salud y la formación de los recursos humanos en Estados Unidos para el periodo 2010-2015; en el segundo se estima el total de inmigrantes, considerando distintas categorías, y se destaca a los connacionales que viven allá y la población de origen mexicano que laboran en el sector bajo estudio, así como la distribución geográfica de su residencia. En el tercer apartado se analizan los perfiles sociodemográfico y laboral y, por último, se resumen los principales hallazgos del estudio y se reflexiona críticamente sobre la trayectoria futura del fenómeno y sus implicaciones para México.

Demanda de profesionistas de enfermería y cuidadores de la salud

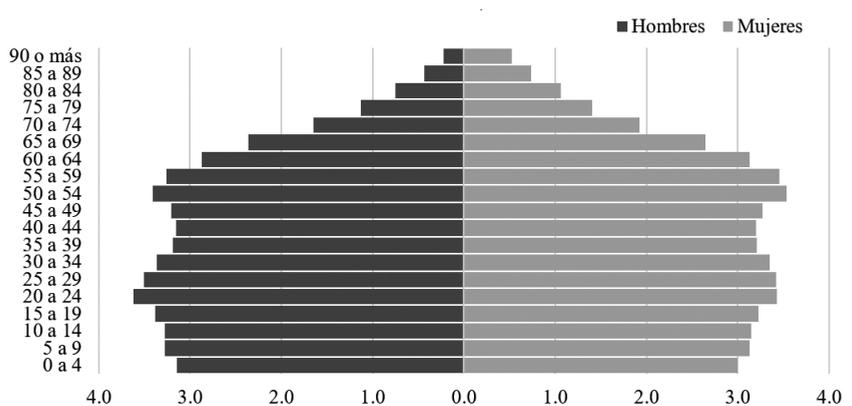
La literatura sobre la migración internacional de enfermeras se ha centrado en gran medida en la lógica económica de *push / pull* y en el concepto de fuga de cerebros (*brain / drain*) para conocer los factores que motivan su migración. Las enfermeras y auxiliares de la salud son atraídos por las oportunidades y mejores salarios que se generan en el país de destino y empujados por la falta de oportunidades de desarrollo, condiciones de vida y precariedad del mercado laboral en el origen y, en algunos casos, para alejarse de la inestabilidad política en sus países de origen (OMS, 2010).

El estudio de la interrelación del envejecimiento de la población y la migración internacional ha cobrado un renovado interés académico y motivado

el desarrollo de aproximaciones teóricas y metodológicas desde muy distintas perspectivas y preocupaciones. Algunas han ido más allá de los temas tradicionales para llamar la atención sobre efectos imprevistos, como el propio envejecimiento de los trabajadores de la salud en los países de acogida, y los impactos y costos que la migración de estos profesionales tiene en la formación (asumidos por los países emisores) y composición de la oferta en el país de origen y destino. Por ejemplo, estimamos con datos ACS 2015 que entre la población nativa de Estados Unidos en áreas y ocupaciones de enfermería el 32.4% tiene 55 años o más de edad.

La esperanza de vida de la población que vive en Estados Unidos es de 78.8 años.⁷ El avance del proceso de envejecimiento que experimenta la sociedad estadounidense se advierte en los 47.7 millones de personas de 65 años o más de edad, de los cuales la población nativa blanca no hispana representa 86.2%, es decir, 41.1 millones. La falta de políticas públicas para formar los recursos humanos necesarios para atender las demandas del cuidado de la salud del adulto mayor, acentúan el déficit de médicos, enfermeras y otros prestadores de servicio, que el vecino país del norte subsana alentando la inmigración de estos profesionales (gráfica 1).

Gráfica 1. Estructura por edad y sexo de la población residente en Estados Unidos, 2015



Fuente: Estimación propia con base en U.S. Census Bureau, American Community, (ACS) 2015.

7 Véase: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/life-expectancy.htm>.

La migración internacional de profesionales de la salud tiene múltiples determinaciones, entre las que destacan las diferencias del nivel de desarrollo de las naciones –y con ello de ingreso, calidad educativa y oportunidades de movilidad social– y el déficit de profesionales del sector en los países avanzados, quienes enfrentan una demanda creciente dictada por su avanzado proceso de envejecimiento (ops, 2011, Hongyan Li, Wembo Nie y Junxin Li, 2014). En esas condiciones, numerosos profesionales mexicanos emigran a Estados Unidos y logran obtener empleo y mejores salarios que en el país de origen. Sin embargo, la evidencia sugiere que el vecino país del norte gana por partida doble con los inmigrantes: por un lado, cubre el déficit laboral y estabiliza los salarios en el sector salud y, por el otro, los connacionales ganan menos que los nativos y tienen desventajas en las condiciones de trabajo, lo que en los hechos disminuye el costo promedio del servicio, fenómeno también observable en otras naciones avanzadas con inmigración de estos profesionistas oriundos de los países emergentes (Kabene, S. M., Orchard, C., Howard, J. M., Soriano, M. A. y Leduc, R., 2006; Reboiras, 2015).

Al respecto un estudio reciente destaca como poderoso motivo para migrar: trabajar (65%) y estudiar (26%), y la mitad declara que elegiría como destino Canadá, seguido de España y Estados Unidos. Las variables asociadas con la expectativa de migrar fueron edad, ingreso, tener familiares en el extranjero y percibir malas condiciones laborales/salarios en México (Rosales, Galárraga y Ruiz, 2010).⁸ Por su parte, el potencial de la inmigración del personal de enfermería en los próximos años puede visualizarse en las proyecciones de empleo de Estados Unidos. De acuerdo con esas previsiones, entre 2014 y 2024 las ocupaciones relacionadas con el apoyo al cuidado de la salud aumentarán en 23%, y las ocupaciones profesionales y técnicas relacionadas con el cuidado de la salud en 16.0% (cuadro 1). Ahí también se aprecia que las ocupaciones de apoyo al cuidado de la salud ascenderán a 1.9 millones de empleos, de los cuales 51.2% son debido al crecimiento de la demanda y 48.8% al reemplazo de personal –dato que destaca la relevancia del reemplazo por jubilación. Por su parte, las ocupaciones profesionales y técnicas relacionadas con el cuidado de la salud aumentarán en 3.2 millones de empleos en el mismo periodo, y de ellos más de la mitad (57.3%) se originará por la necesidad de reemplazo.

8 El estudio se basa en una encuesta de corte transversal con una muestra no probabilística de 420 estudiantes de enfermería.

Cuadro 1. Crecimiento del empleo relacionado con el cuidado de la salud 2014-2024 (por grupo ocupacional principal)

Grupo ocupacional principal, relacionadas con el cuidado de la salud	Cambio numérico por empleo	Cambio porcentual	Ofertas de empleo totales	Debido a crecimiento	%	Debido a necesidad de reemplazo	%
Apoyo	1 348	23%	1 908	976	51.2	931	48.8
Profesionales y técnicas	974	16%	3 162	1 350	42.7	1 811	57.3

Fuente: Elaboración propia con base en el U.S. Bureau of Labor Statistics (BLS).

El ejercicio prospectivo sugiere que el crecimiento del empleo de enfermería y del cuidado de la salud continuará debido principalmente al envejecimiento de la llamada generación del *baby-boom* –los nacidos entre 1946 y 1964– que demandará más servicios de salud a medida tengan una vida más prolongada.

Formación de profesionales de la salud en Estados Unidos

El reconocimiento de la situación actual y de los escenarios futuros del sector salud constituyen valiosos insumos para los encargados de la planeación y los propios migrantes, quienes en sus decisiones ponderan los costos y beneficios presentes y futuros de la migración (Li *et al.*, 2014). Asimismo, deben tenerse presentes las competencias que en el futuro serán necesarias para el ejercicio profesional, las cuales remiten necesariamente al cambio tecnológico en el sector, lo que a su vez plantea al sistema educativo el reto de formar recursos humanos y docentes competentes, más aun porque en éstos la tasa de retiro está creciendo. El panorama se vuelve más complejo aun por las previsiones de que el empleo de instructores de enfermería del nivel superior aumentará

en 19.3% en el periodo referido, en el escenario prospectivo, y durante ese lapso la tendencia a disminuir de los estudiantes en enfermería.⁹

Al respecto, en el cuadro 2 se presentan cifras de la *American Association of Colleges of Nursing*, donde se observa que la matrícula de estudiantes de enfermería creció entre 2000 y 2015, destacando licenciatura (23.5%) y maestría (44.8%), en tanto que el doctorado creció sólo en 8.1%. Cabe destacar que durante el periodo de observación en los tres niveles de escolaridad el crecimiento de la matrícula está determinado por la población de origen hispano o latino, incluso se puede observar un decrecimiento de la matrícula en el nivel de doctorado de la población nativa blanca.

Cuadro 2. Matrícula en enfermería por nivel educativo, 2010 y 2015

	Variación 2010-2015			
	2010	2015	Absoluta	Porcentual
<i>Licenciatura</i>	148 027	182 852	34 825	23.5
<i>NATIVOS BLANCOS</i>	108 426	125 121	16 695	15.4
<i>Hispanos o latinos</i>	10 091	19 007	8 916	88.4
<i>Maestría</i>	74 368	107 656	33 288	44.8
<i>Nativos Blancos</i>	54 981	72 817	17 836	32.4
<i>Hispanos o latinos</i>	3 842	7 768	3 926	102.2
<i>Doctorado</i>	4 007	4 330	323	8.1
<i>Nativos Blancos</i>	3 077	2 993	-84	-2.7
<i>Hispanos o latinos</i>	183	242	59	32.2

Fuente: Elaboración propia con base en *American Association of Colleges of Nursing*, 2015.

9 Nevidjon y Erickson (2000) conjeturan que la escasa demanda e incentivos para estudiar enfermería puede relacionarse con el hecho de que en los años noventa del siglo pasado las previsiones de empleo de Estados Unidos indicaban que habría una reducción de las ocupaciones en esta profesión, así como por una decisión tácita de demandar trabajadores inmigrantes para este sector.

Magnitud, origen y dispersión geográfica de la inmigración de enfermeras

Resultados

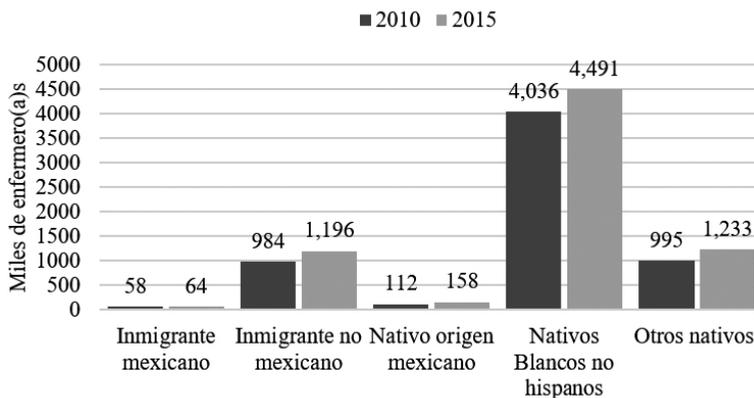
La referida escasez de enfermeras puede estar acentuándose por normativas estatales y federales que establecen regulaciones estrictas de acreditación y certificación de la licencia para ejercer la profesión, así como por los requisitos de reembolso de las organizaciones privadas y de gobierno. Nevidjon y Ericson (2000) reconocen estos problemas entre los factores que erigen barreras para reclutar enfermeras o que las inducen abandonar la profesión. Para acercarnos al fenómeno en la realidad estadounidense, tomamos en cuenta las tres vías educativas de acceso a un programa de enfermería registrada (rn: 1) cursar cuatro años de licenciatura en enfermería (bsn); 2) un grado asociado de dos años en la enfermería; y, 3) un diploma de formación hospitalaria de tres años, contándose además con una especialización. Así, la identificación de los profesionistas en áreas de enfermería y cuidado de la salud utilizamos el nivel de escolaridad y área de conocimiento, debiéndose aclarar que el área de conocimiento sólo aplica para el nivel de licenciatura.

Es importante precisar que para obtener una mejor estimación del total de inmigrantes profesionales de enfermería, técnicos y auxiliares del cuidado de la salud, utilizamos la variable ocupación para los niveles de escolaridad ya mencionados, seleccionando ocupaciones relacionadas con la enfermería y cuidados de la salud, debido a que la variable área de conocimiento, que es habitual utilizar en estudios de este tipo, no incluye la carrera para los que cuentan con estudios de técnico superior, diploma o un grado asociado a licenciatura.

Así, en la gráfica 2 pueden verse los resultados de aplicar dichos criterios para el año 2015, cuando Estados Unidos cuenta con 7.1 millones de profesionales de la enfermería, técnicos y auxiliares de salud en el hogar con estudios o más grados de escolaridad. De ese total, 17.6% son inmigrantes internacionales, lo que en términos absolutos equivale a 1.3 millones. Los inmigrantes mexicanos ascienden a 64 035 y representan 5.1% del total, en tanto que la población nativa de origen mexicano se sitúa en 158 416 personas, es decir 2.7% del total. Cabe señalar que este último grupo experimentó un crecimiento de 41.2%, el mayor del periodo 2010-2015. Para el conjunto de la población y en cada grupo de observación, durante el periodo de análisis las mujeres son

mayoría en esta profesión, aunque debe señalarse que la población masculina (tanto nativa como inmigrante) tuvo un crecimiento porcentual superior al género femenino, siendo los nativos de Estados Unidos de origen mexicano quienes observan el mayor crecimiento del periodo (63.3 por ciento).

Gráfica 2. U.S. Origen nacional de lo(a)s enfermeras 2010 y 2015



Fuente: Estimación propia con base U.S. Census Bureau American Community Survey (ACS), 2010 y 2015

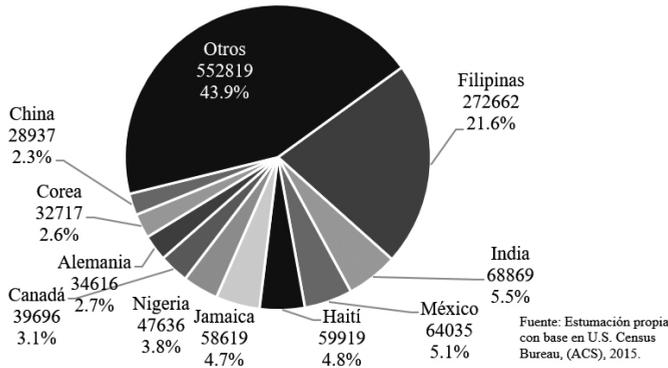
Por su parte, en la gráfica 3 se advierte que las enfermeras inmigrantes provienen, en primer lugar, de Filipinas, quienes aportan 21.6% del total (272 662 personas), siguiéndoles a gran distancia las de India, que contribuyen con 5.5% (68 869 personas). México ocupa el tercer lugar con 5.1% (64 035 personas), seguido por Haití con 4.8% (59 919 personas) y Jamaica con 4.7% (58 619 personas). Las enfermeras de las cinco naciones representan 41.8% de la inmigración total en esta profesión (gráfica 3).

La población de origen mexicano y la nacida en México realizan contribuciones significativas al sistema de salud en varios estados de la unión americana.¹⁰ Por ejemplo, la población de origen mexicano en áreas y ocupaciones de enfermería y auxiliares del cuidado de la salud en California, Nuevo México y Texas representa entre 10 y 20% del total de los prestadores de servicios de la salud. Y si en términos más generales observamos la relación inmigrantes respecto de la población total del estado en esas áreas y ocupaciones, se aprecia aun más la de-

¹⁰ Para asegurar la representatividad e inferencia de los datos, en lo sucesivo se utiliza como fuente de la información la ACS para el periodo 2010-2014.

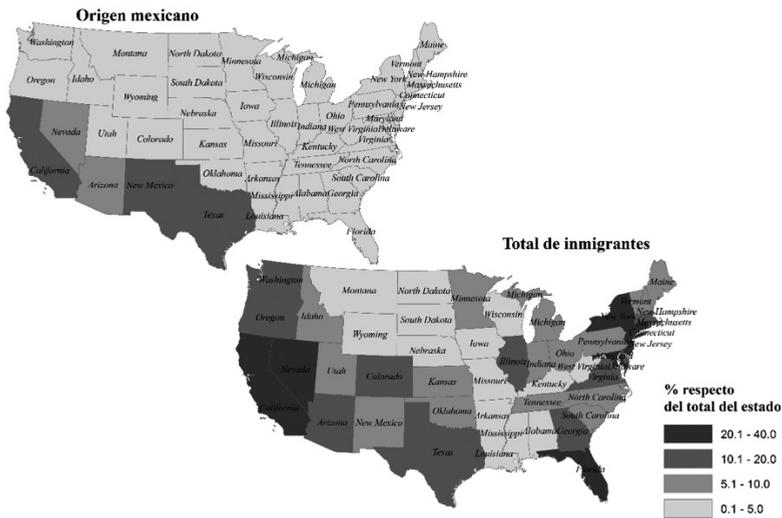
pendencia de la inmigración internacional que tienen ciertas entidades: en California, Nevada, Nueva York aportan entre 20% y 40.0% del personal (Mapa 1).

Gráfica 3. U.S. Principales países de origen de los profesionistas 2015



Fuente: Estimación propia con base en U.S. Census Bureau, (ACS), 2015

Mapa 1. Población de origen mexicano (inmigrante y nativa) en áreas de enfermería u ocupaciones de enfermería y relacionadas. Peso relativo por estado 2010-2014



Fuente: Estimación propia con base en U.S. Census Bureau, American Community Survey (ACS) 2010-2014, SGO.

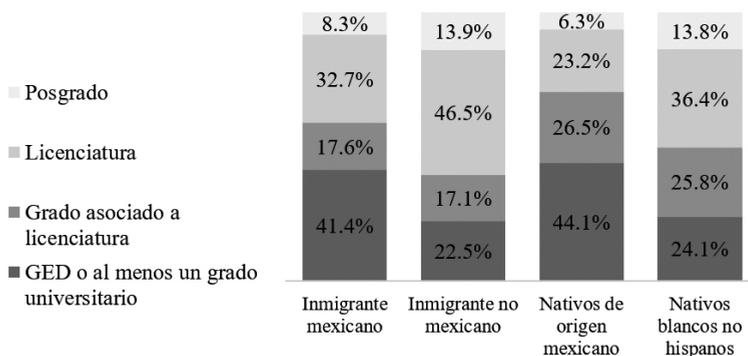
Características sociodemográficas y laborales

Nivel de escolaridad

La transformación demográfica de las naciones propicia cambios en los sistemas y prácticas de los entornos de atención a la salud, así como en el sistema educativo –en el caso de enfermería antes y después de recibir sus licencias (nap, 2011). Así, cuatro de cada diez inmigrantes mexicanos en áreas u ocupaciones relacionadas con enfermería tiene estudios de ged o al menos un grado de estudios universitarios; 17.6% posee grado asociado a licenciatura, 32.7% licenciatura y 8.3% posgrado.

En particular, la inmigración mexicana presenta una menor proporción de población con estudios de licenciatura o más grados de escolaridad que los nativos blancos no hispanos y otros inmigrantes, pero superior a los nativos de origen mexicano: cuatro de cada diez connacionales tiene estudios de licenciatura o posgrado (gráfica 4). Al respecto, llama la atención que los hombres aun cuando son minoría en este grupo de profesionistas poseen un nivel de escolaridad ligeramente mayor que las mujeres, pues entre ellas 40.1% posee estudios de licenciatura o posgrado y entre los varones la proporción se ubica en 46.3 por ciento.

Gráfica 4. U.S. Nivel de escolaridad por origen nacional de lo(a)s enfermeras 2010-2014



Fuente: Estimación propia con base en U.S. Census Bureau American Community Survey (ACS), 2010-2014.

Por otra parte, los costos de la educación influyen en la determinación del grado académico que se persigue así como del número de enfermeras que buscan grados avanzados. De acuerdo con nap (2011: 176-177), la mayoría de las personas que buscan la formación de enfermería en Estados Unidos deben financiarla con recursos propios en cualquier nivel de preparación debido a que al limitado número de becas. Por eso es reconocible el papel fundamental que juegan los colegios comunitarios en la conformación de la oferta de profesionales de la salud, ya que ofrecen una oportunidad para los estudiantes que no pueden tener acceso a los programas tradicionales de licenciatura universitaria, por mayor costo de los programas, la falta de capacidad de absorción de la matrícula o la distancia. Así, la realidad del sistema educativo de profesionales de enfermería estadounidense pone en evidencia que los países de origen de la migración subsidian una parte importante de los costos de la formación del personal ocupado en el sector.

El país de estudio, dominio del idioma inglés y ciudadanía

La movilidad y la migración se configuran como un problema global cuando el movimiento de los estudiantes y profesionistas de la salud no conduce a un equilibrio entre la oferta y la demanda para prestar los servicios en los lugares de origen y destino. En esa compleja situación se insertan las estrategias de emigrar para estudiar y estudiar para emigrar, dado que ambas pueden traducirse en pérdidas de recursos humanos para unos y ganancias para otros. De acuerdo con Gaspar Olvera (2016), el análisis del país de estudio es un indicador que permite: a) dimensionar la contribución que el país de origen transfiere a Estados Unidos en costos sociales y formación de capital humano; b) estimar de manera aproximada el crecimiento de la emigración calificada o de los flujos recientes desde Estados Unidos; y, c) observar de manera indirecta un problema de reconocimiento de credenciales que es diferencial por país.

De acuerdo con la edad de llegada, los años de escolaridad y los años de residencia de los inmigrantes en Estados Unidos, Gaspar Olvera (2016)¹¹ estima que viven en Estados Unidos 1.3 millones de inmigrantes con formación en enfermería; de ellos, 64 mil son inmigrantes mexicanos, de los cuales

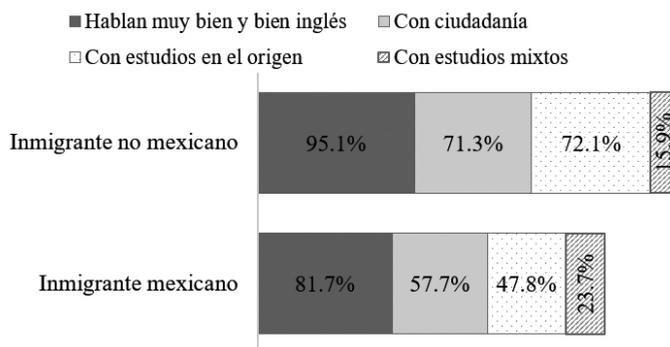
11 La estimación se basa en el procedimiento indirecto que define tres categorías para operacionalizar el país de formación académica del migrante en Estados Unidos: 1) con estudios en Estados Unidos, 2) con estudios mixtos y 3) con estudios en México (o en el origen del migrante) (Gaspar Olvera, 2016).

28.5% realizó sus estudios en Estados Unidos, 23.7% tiene formación mixta –inició estudios en México y los concluyó allá– y 47.8% estudió en México (gráfica 5). Con la categorización propuesta la autora referida encontró para los inmigrantes mexicanos calificados y altamente calificados que el lugar de estudio juega un papel relevante en la integración laboral de estos.

En la información de la gráfica 5 también se puede observar que los profesionales de enfermería tanto inmigrantes mexicanos como inmigrantes de otros países declaran hablar bien el idioma inglés, 81.7% y 91.5%, respectivamente, con lo cual superan apenas uno de los obstáculos más importantes para una participación laboral exitosa, sobre todo porque en algunos segmentos del mercado laboral estadounidense los inmigrantes tienen buenas probabilidades de encontrar empleo (Chiswick, 2008). La enfermería precisamente es uno de esos segmentos, donde incluso 18.3% de las connacionales han logrado insertarse en el mercado laboral de la enfermería, no obstante su dominio medio o malo del inglés.

La posesión de la ciudadanía estadounidense otorga algunas ventajas para emplearse en el sector formal. Es un activo para trabajadores que requieren viajes internacionales y favorece una mejor inserción en el mercado laboral, incluyendo posición en el trabajo y salario. (Pastor y Scoggins, 2012, Ávila, 2016). Al respecto, en la gráfica 5 puede verse que poco menos de seis de cada diez profesionales de enfermería procedentes de México posee la ciudadanía estadounidense, y entre los inmigrantes de otros países es siete de cada diez.

Gráfica 5. *Inmigrantes en Estados Unidos profesionales de enfermería según dominio del inglés, posesión de ciudadanía y país de formación académica, 2010-2014*



Fuente: Estimación propia con base en U.S. Census Bureau American Community Survey (ACS), 2010-2014.

Condición de actividad y competencia ocupacional

Los profesionistas de enfermería presentan altas tasas de participación económica sin distinción del origen nacional, de forma que más de ocho de cada diez son económicamente activos. Cabe señalar aun en el contexto de escasez hay enfermeras desocupadas, lo cual seguramente se relaciona con el desempleo friccional.¹² En el cuadro 3 se advierte que 3.2% de los nativos blancos no hispanos se encuentra desempleado, 4.2% de los nativos de origen mexicano, 4.4% de los connacionales y 4.2% de inmigrantes de otros países. Entre otros factores que podrían explicar la incidencia del desempleo en estos profesionistas destacan tanto en inmigrantes como nativos, la falta de certificación, y en otras poblaciones la categoría migratoria. Goldin (2003) señala que en general, el desempleo y el subempleo de las enfermeras, tan requeridas, se debe a limitaciones financieras para solventar problemas burocráticos y costos de certificación, y no subestima la influencia que pueden tener las malas condiciones de trabajo, que alejan a las enfermeras de la profesión, los salarios inadecuados que las obligan a buscar trabajo adicional o alternativo, así como las políticas de jubilación obligatoria.

La demanda de enfermeras en Estados Unidos se describe a menudo como de naturaleza cíclica (Goodin, 2003). Si bien existe evidencia al respecto, es importante no perder de vista que el nivel de la oferta también se asocia con el envejecimiento de las rn. La información disponible indica que 18.3% de los profesionistas de enfermería nativa blanca no hispana está inactiva, esa relación entre la nativa de origen mexicano es de 10.4% y de 13.6% para el resto de nativos. Se advierte que el grupo de nativos blancos no hispanos en enfermería se retiran debido al envejecimiento, pues la edad mediana de los inactivos es de 62 años, superior a la de cualquier grupo en análisis. Los profesionales de la salud inmigrantes que proceden de México tienen una tasa de inactividad del 16.0%, una edad mediana de 46 años, y esa relación para el resto de inmigrantes es de 14.5% y 59 años de edad, respectivamente (cuadro 3).

En ese contexto, es importante que las naciones de origen y destino de la migración promuevan acuerdos de reconocimiento, equivalencia y acreditación de títulos profesionales, especialmente opciones de certificación, así como “ofrecer cursos gratuitos para el examen de licenciatura de enfermería,

12 El desempleo friccional es el desempleo voluntario que dura el tiempo entre que un trabajador deja un empleo y encuentra otro. Es decir, el desempleado decidió dejar su puesto de trabajo de forma voluntaria, ya sea para descansar, estudiar o para encontrar otro puesto de trabajo.

programas de orientación amplios y, si es necesario, cursos de inglés como segunda lengua” (Brewer y Kovner, 2001, citado en Goodin, 2003: 5).

Cuadro 3. Indicadores de actividad de los y las enfermeras en Estados Unidos por origen étnico y edad mediana 2010-2014

	<i>Inmigrante</i>		<i>Nativos</i>		
	<i>Mexicano</i>	<i>No mexicano</i>	<i>Origen mexicano</i>	<i>Blancos no hispanos</i>	<i>Otros nativos</i>
	TASA %				
<i>Tasa de participación económica</i>	84.0	85.5	89.6	81.7	86.4
<i>Tasa de desempleo</i>	4.4	3.7	4.2	3.2	6.6
<i>Tasa de inactividad</i>	16.0	14.5	10.4	18.3	13.6
<i>Edad mediana</i>					
<i>Población económicamente activa</i>	41	44	35	45	39
<i>Población desempleada</i>	40	41	31	43	36
<i>Población inactiva</i>	46	59	38	62	53

Fuente: Estimación propia con base en U.S. Census Bureau, American Community Survey (acs) 2010-2014.

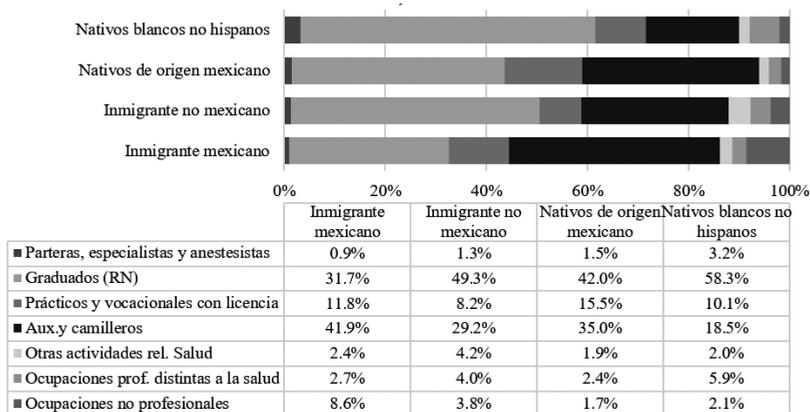
El reconocimiento de los títulos profesionales de los migrantes, la certificación y equivalencias de los mismos en el país de destino es un problema de gran importancia para la práctica profesional (Gaspar Olvera, 2017) y en el caso de los profesionistas de la salud también se agregan las dificultades para demostrar la experiencia laboral y otras de tipo discriminatorio por el origen étnico (Batalova, Fix y Creticos, 2008; Nejdán 2010; Rabben, 2013). Por lo demás, estos factores favorecen el abaratamiento del costo del servicio en los países avanzados y alientan la subvaluación del trabajo calificado de los profesionistas de la salud migrante.

El análisis por competencias profesionales de los connacionales deja ver que 0.9% ejerce como enfermera partera o anestesista y profesional en enfermería; 31.7% como enfermeros graduados y 11.8% como prácticos y vocacionales con licencia; 41.9% son enfermeras y enfermeros auxiliares y camilleros con licencia y auxiliares de salud en el hogar; y, 2.7% trabaja en otras ocupaciones profesionales relacionadas con la salud. Llama la atención, además, que 2.9% trabaja en ocupaciones distintas a la salud, y que 8.6%, aun cuando tienen licenciatura en enfermería, está subempleada en ocupaciones no profesionales.

En apretada síntesis, 11.5% de los profesionales de enfermería que trabajan en Estados Unidos se ocupa en campos ajenos a su profesión o está subempleada, y 4.4% desempleada, lo que resulta un desperdicio de recursos en el vecino país del norte y una pérdida para México, que tiene déficit de estos profesionistas y vive un proceso de envejecimiento que aumentará su demanda. Más aún, si agregamos a los distintos conjuntos de profesionales que no se integran al mercado laboral de enfermería, resulta un potencial laboral desperdiciado de 528 mil profesionistas (*waste brains*), lo que en sí mismo es preocupante tanto para el trabajador como para la sociedad estadounidense.

Por su parte, la población de origen mexicano presenta una distribución ocupacional más favorable que los connacionales y está mejor ubicada en la escala educativa. En la gráfica 6 se advierte que 1.5% se ocupa como partera, anestesista o especialista; 42.0% son rn; 15.5% enfermeros prácticos y vocacionales con licencia; 35.0% auxiliares y camilleros con licencia y auxiliares de la salud en el hogar; 2.4% ejerce en campos profesionales distintos a la enfermería; y, 1.7% está subempleada. También destaca el mayor porcentaje de nativos blancos no hispanos e inmigrantes de otros países ocupados como rn (58.6% y 49.3%, respectivamente).

La brecha salarial entre los países de origen y destino es una variable persuasiva en la evaluación de los costos y beneficios de la migración que realizan el migrante y su familia, no obstante que en Estados Unidos las desigualdades salariales por origen nacional son reveladoras de un problema de discriminación. Sobre este particular, la distancia del salario anual promedio del connacional es como sigue:

Gráfica 6. U.S.Enfermero(a)s por tipo de ocupación y origen nacional. 2010-2014

1. Enfermeras en otras actividades profesionales relacionadas con la salud ganan 60.8% del salario medio estadounidense (78,0077 dólares al año).
2. Las enfermeras en ocupaciones no profesionales, ganan un promedio anual de 26 610 dólares, 54.2% menos que la media y prácticamente lo mismo que las empleadas como auxiliares, camilleros con licencia y auxiliares de la salud en el hogar (26 310 dólares al año).
3. Enfermeras empleadas como parteras especialistas y anestesista ganan hasta 43.8% menos que el promedio nacional, situado por arriba de los 100 mil dólares anuales.
4. En general, la población nativa de Estados Unidos de origen mexicano guarda un menor diferencial con la media del salario estadounidense, pero cuando se compara con la media de los inmigrantes no mexicanos, estos últimos ganan más, reproduciendo lo que Giorguli y Gaspar y Leite (2016) denominaron la desventaja de ser mexicano.

La diferencia de salarios que se utiliza como medida de integración económica de los migrantes tienen su menor diferencial entre las enfermeras graduadas (rn), puesto que su salario medio nacional es de 61 262 dólares y el de la inmigración mexicana es de 59 948, es decir, una diferencia de 2.2 puntos

porcentuales, diferencia que es estadísticamente significativa. Así, los datos confirman que facilitar la certificación reduce la desigualdad salarial (cuadro 4). Por su parte, el bls: Departamento de Estadísticas Laborales de Estados Unidos, estima para 2018 que los ingresos medios por semana de las personas certificadas o con licencia que se emplean en ocupaciones profesionales y técnicas de la salud ganan en promedio 1 140 dólares contra 876 dólares de quien no está certificado, es decir, que los que no se certifican ganan en promedio a la semana 264 dólares menos, lo que significa en términos porcentuales 23.2% menos que los que se certifican u obtienen una licencia.

CUADRO 4. Ingreso por trabajo en dólares a precios constantes de 2015 de las enfermeras/os en Estados Unidos, 2010-2014

Tipo de ocupación	Salarios en dólares				Diferencia porcentual		
	Inmigrantes		Nativos	Total	Inmigrantes		Nativos
	Mex.	OTROS	Origen mex.		Mex.	Otros	Origen mex.
Parteras, especialistas en enfermería y anestesistas*	69 874A	102 086B	113 572C	100,476	-43.8%	1.6%	11.5%
Enfermeros graduados (RN, por sus siglas en inglés)	59 948A	72 569B	59 974C	61,262	-2.2%	15.6%	-2.1%
Prácticos y vocacionales con licencia	42 290A	43 848B	39 329C	38,374	9.3%	12.5%	2.4%
Auxiliares y camilleros con licencia, y auxiliares de salud en el hogar	26 310A	29 014B	21 699C	25,432	3.3%	12.3%	-17.2%
Enfermeras en otras actividades relacionadas con la salud	58 528A	106 896B	63 742C	94,106	-60.8%	12.0%	-47.6%
Enfermeras en ocupaciones profesionales distintas a la salud	61 925A	71 855B	78 495C	78,077	-26.1%	-8.7%	0.5%

<i>En ocupaciones no profesionales</i>	26 619A	32 377B	42 535C	41,058	-54.2%	-26.8%	3.5%
<i>* No interpretar dato con insuficiencia muestral para el caso de la población nativa de origen mexicano.</i>							
<i>Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en $p < 0.05$ en la prueba de dos caras de igualdad para medias de las columnas. Las pruebas asumen varianzas iguales. Las pruebas se ajustan para todas las comparaciones por parejas dentro de una fila de cada sub-tabla más interior utilizando la corrección Bonferroni.</i>							

Fuente: Estimación propia con base en el U.S. Census Bureau, American Community Survey 2010-2014.

Sin embargo, debe subrayarse que la desigualdad salarial y subutilización de los connacionales calificados en Estados Unidos va más allá de un problema de certificación (Gaspar Olvera, 2016 y 2017), puesto que la discriminación por origen étnico en el empleo lleva a la subutilización y a la devaluación de las habilidades (O'Brien, 2007, citado en Salimah R. Walani, 2015), lo cual vulnera los marcos institucionales.¹³

Conclusiones

Como la mayoría de las naciones avanzadas, Estados Unidos experimenta un proceso de envejecimiento con déficit de recursos calificados para atender la demanda de enfermeras y técnicos de apoyo a la salud. Sus políticas de formación de recursos humanos en el sector están lejos de subsanar el déficit actual y más aun de crear las condiciones institucionales para atender la creciente demanda del servicio que se prevé en las próximas décadas, según las proyecciones oficiales.

Estados Unidos ha optado por alentar la inmigración de enfermeras y técnicos de apoyo a la salud como la estrategia adecuada para aliviar su déficit, quienes realizan contribuciones de gran relevancia que no son reconocidas. Por

13 "The code highlights the need for fairness and transparency in international recruitment of health personnel and advises the developed nations to help promote sustainability of health systems in the developing countries. Specifically with regard to the treatment of migrant health workers in the workplace, the Article 4.4 of the code states: Migrant health personnel should be hired, promoted and remunerated based on objective criteria, such as levels of qualification, years of experience and degrees of professional responsibility on the basis of equality of treatment with the domestically trained health workforce" (Walani, 2015: 67).

un lado, las inmigrantes equilibran el mercado laboral con su aporte de 20% de la oferta de estos profesionales y con ello estabilizan los salarios hacia la baja, dado que en su ausencia los salarios serían más elevados y las inmigrantes ganan menos que la población nativa. Por otro lado, abaten los costos de la formación de las enfermeras y técnicos de apoyo a la salud y al sistema de pensiones porque la mayoría de los inmigrantes han realizado sus estudios en el país de origen y llegan jóvenes a Estados Unidos y con cierta experiencia laboral.

El movimiento migratorio de profesionales de la salud México-Estados Unidos forma parte de esa tendencia global y se inscribe en una larga tradición migratoria. Actualmente residen en el vecino país del norte 64 035 profesionales del área de enfermería y cuidado de la salud, los cuales representan 5.1% del total de inmigrantes en esa área y en su gran mayoría lo conforman mujeres. Se trata de personal calificado y apto para desempeñarse en aquel país: 58.5% cuenta con estudios superiores, 80% habla inglés muy bien y bien, y tiene tasas de participación elevadas, no obstante que los salarios devengados son inferiores a los de la población nativa e inmigrantes de otros países con credenciales académicas equivalentes.

Las desventajas y exclusiones que enfrentan las connacionales en Estados Unidos son derivadas de la discriminación que experimentan, a quienes se les escamotea el reconocimiento y se lastima su dignidad. Entre los hallazgos de este estudio destaca la evidencia de que los menores salarios de las y los connacionales se deben a la discriminación y no a diferencias de capacidades: casi la mitad (47.8%) realizó sus estudios en México y el resto lo hizo en Estados Unidos o una parte aquí y otra allá (28.5% y 23.7%, respectivamente), y el proceso (obligatorio) de certificación es garante de las competencias laborales, proceso que dicho sea de paso obliga a la connacionales a cursar cursos de capacitación que deben sufragar con recursos propios. Dicha evidencia, además, abona a la opinión de que México está transfiriendo a Estados Unidos recursos humanos calificados en cuya formación el Estado y la sociedad han sufragado.

Asimismo, se ha mostrado que las enfermeras y los técnicos de apoyo salud mexicanos cubren el déficit de la oferta del servicio, lo que equilibra el mercado laboral y estabiliza los salarios, lo cual es evidente en aquellas entidades donde tienen una participación significativa, como en los estados de California, Nuevo México y Texas.

La migración de profesionales de la salud a Estados Unidos ocurre en una coyuntura en que México también tiene déficit en el servicio y enfrenta un emergente envejecimiento demográfico que multiplicará en las próximas décadas la demanda de estas profesionales. En la actualidad, nuestro país tiene

una disponibilidad de 2.6 enfermeras por cada mil habitantes, mientras que la oms establece como cota mínima 6.2 enfermeras.

México debe tomar iniciativas para encarar los desafíos que representa la migración de enfermeras y técnicos de apoyo en el cuidado de la salud, así como impulsar una enérgica política educativa de formación de estos profesionales para subsanar el déficit presente y contar con el recurso humano calificado que se demandará en las décadas de siguientes.

México debe promover el reconocimiento de las aportaciones de las connacionales enfermeras y técnicos al sistema de salud de Estados Unidos, así como lograr acuerdo binacional que regule el mercado de enfermeras en el que ambas naciones son deficitarias en el servicio, y en ese marco crear mecanismos ágiles y de bajo costo para el reconocimiento y revalidación de títulos profesionales y del proceso certificación de las y los connacionales.

La omisión de estas prioridades pueden creará en México problemas de salud pública en el mediano plazo, y los connacionales en Estados Unidos continuarán padeciendo la discriminación y el desperdicio de talentos por su subutilización, subempleo y desempleo es este segmento del mercado de trabajo estadounidense.

Bibliografía

- Ávila José Luis, “Migración calificada México-Estados Unidos, hacia una perspectiva de género”, en Ávila, José Luis, Héctor Hernández Bringas y Malaquías López (coords.), *Retos del cambio demográfico en México*, unam, 2016.
- Batalova, Jeanne, Michael Fix y Peter Creticos. (2008). “Uneven Progress: The Employment Pathways of Skilled Immigrants in the United States”, Washington, DC, Migration Policy Institute.
- CIE (2010). Health System Strengthening: working together to achieve more. International Council of Nurses, icn Report 2007-2009.
- Chiswick, B. (2008). The economics of language for immigrants: An introduction and overview. The education of language minority immigrants in the United States, 72-91.
- Gaspar Olvera, Selene (2017), Integración de los inmigrantes calificados en Estados Unidos (2011-2015). *Odisea. Revista de Estudios Migratorios*, núm. 4, 3 de octubre de 2017.

- Gaspar, Olvera Selene. (2016). ¿Estudiar para emigrar o emigrar para estudiar? Procesos de integración de los inmigrantes mexicanos calificados en Estados Unidos. Tesis de Maestría, México, unam.
- Giorguli Saucedo, Silvia, Selene Gaspar Olvera y Paula Leite Neves. (2006). La migración mexicana y el mercado laboral estadounidense. México: Conapo. <http://omi.conapo.gob.mx/work/models/OMI/Resource/475/giorgulire2008.pdf>.
- Dumont, J., Lafortune, G., y Zurn, P. (2014). Monitoring trends in international migration of health personnel: A Critical Review of Existing Data Sources. *Migration of Health Workers: WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis*, pp.75-94.
- inegi (2015). “Estadísticas a propósito del día internacional de la enfermera y el enfermero (6 de enero)” <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/enfermera0.pdf>
- Institute of Medicine (nap, 2011). Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing. *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academies Press (nap).
- Goodin, H. Janiszewski (2003). The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. *Journal of advanced nursing*, 43(4), 335-343.
- Kabene, S. M., Orchard, C., Howard, J. M., Soriano, M. A. y Leduc, R. (2006). The importance of human resources management in health care: a global context. *Human Resources for Health*, 4, 20. <http://doi.org/10.1186/1478-4491-4-20>.
- LI, Hongyan; NIE, Wenbo; LI, Junxin. The benefits and caveats of international nurse migration. *International journal of nursing sciences*, 2014, vol. 1, no 3, p. 314-317.
- López Cervantes, Malaquías, Pacheco, Lisette y Marcia Villanueva (2016), “La transformación de la salud en México, y sus consecuencias (con especial referencia al sistema de salud)”, en Ávila José Luis, Héctor Hernández Bringas y Malaquías López Cervantes, *Retos del cambio demográfico en México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- United Nations. (2010). *Health Workers, International Migration and Development*. Population Facts. Department of Economic and Social Affairs. Population Division.

- Nejdan, Yildiz. (2010). Reducing Brain Waste: Skilled Immigrants and the Recognition of Foreign Credentials in the United States, World Education Services (wes), Revised on May 2010.
- Nevidjon, B. y Erickson, J. I. (2000). The nursing shortage: solutions for the short and long term. *Online Journal of Issues in Nursing*, 6(1), 4-4.
- OCDE. (2016). Se necesitan profesionales de la salud con habilidades correctas en los lugares apropiados, afirma la ocde. <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/se-necesitan-profesionales-de-la-salud-con-habilidades-correctas-en-lugares-apropiados-ocde.htm> [30082016].
- . La competencia global por los talentos, París, ocde, 2009.
- OMS. (2013). Global Health Workforce Shortage to reach 12.9 million in coming decades. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/health-workforce-shortage/en/> [18082016].
- OPS. (2013). Migración Calificada en Salud. Impacto Financiero, Reconocimiento de Títulos. Retos y Perspectivas en los Países de la Región Andina. http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/migracali_subreg_andina_2013.pdf.
- OPS. (2011). Migración de enfermeras de América Latina: Área Central, México y el Caribe Latino.
- Pastor, M. y Scoggins, J. (2012). Citizen Gain: The Economic Benefits of Naturalization for Immigrants and the Economy. Los Angeles: Center for the Study of Immigrant Integration, University of Southern California.
- Reboiras, Finardi. (2015). Migración internacional y envejecimiento demográfico en un contexto de migración Sur-Sur: el caso de Costa Rica y Nicaragua.
- Rosales-Martínez, Y., Nigenda, G., Galárraga, O. y Ruiz-Larios, J. A. (2010). Expectativas de migración internacional en estudiantes de enfermería en México, Distrito Federal. *Salud Pública de México*, 52(3), 244-253.
- Walani, S. R. (2015). Global migration of internationally educated nurses: Experiences of employment discrimination. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3, 65-70.
- Zhen Zeng and Yu Xie (2004). "Asian-Americans' Earnings Disadvantage Re-examined: The Role of Place of Education", *American Journal of Sociology* 109, núm. 5 (March 2004): 1075-1108.

MIGRACIÓN Y SALUD

