

Haitianización de la migración: La falta de apego de mujeres haitianas en el discurso médico de la ciudad de Rancagua, Chile. *Haitianization of Migration: The Lack of Attachment of Haitian Women in the Medical Discourse of the City of Rancagua, Chile.* Martina Cociña-Cholaky y Pía Rodríguez-Garrido. Población & Sociedad [en línea], ISSN 1852-8562, en prensa. Puesto en línea en enero de 2024.

Esta obra se publica bajo licencia Creative Commons Atribución - No Comercial CC BY-NC-SA, que permite copiar, reproducir, distribuir, comunicar públicamente la obra y generar obras derivadas, siempre y cuando se cite y reconozca al autor original. No se permite, sin embargo, utilizar la obra con fines comerciales.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Contacto

poblacionysociedad@humanas.unlpam.edu.ar

<https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/pys/index>

**Población
& Sociedad**
revista de estudios sociales

Haitianización de la migración: La falta de apego de mujeres haitianas en el discurso médico de la ciudad de Rancagua, Chile

Haitianization of Migration: The Lack of Attachment of Haitian Women in the Medical Discourse of the City of Rancagua, Chile

Martina Cociña-Cholaky 

Instituto de Ciencias Sociales, Universidad de O'Higgins, Rancagua. Chile.
Escuela de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Viña del Mar, Viña del Mar.
Chile. martina.cocina@uoh.cl

Pía Rodríguez-Garrido 

Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile.
Millennium Nucleus Studies on Disability and Citizenship (DISCA), Chile.
Grupo de Estudios: Mujer, Salud y Ética, Universidad de Barcelona, Barcelona,
España. Laboratório de Estudos Sociais sobre o Nascimento, Instituto Universitário de
Lisboa, Lisboa, Portugal. pia.rodriguez@uoh.cl

Resumen

Desde una aproximación interseccional, se analizaron narrativas de médicos respecto al cuestionamiento sobre las mujeres haitianas para interactuar con sus bebés, referido como falta de apego. Se entrevistó a 12 profesionales médicos. Luego del análisis temático cualitativo, emergieron las categorías "el apego en tensión" y "lo otro, lo negro y lo malo". El discurso médico enfatiza un cuestionamiento hacia las personas que portan la negritud, sustentado en una ficción racial hacia las mujeres haitianas, ello afecta en la representación del colectivo y en la atención sanitaria recibida.

Palabras clave: migración; salud; haitianización; maternidad; interseccionalidad.

Abstract

From an intersectional approach, narratives of doctors were analyzed regarding the questioning of Haitian women's interactions with their babies, referred to as a lack of attachment. Twelve medical professionals were interviewed. After qualitative thematic analysis, the categories "Attachment in tension" and "The other, the black, and the bad" emerged. The medical discourse emphasizes questioning individuals carrying blackness, based on a racial fiction towards Haitian women. This affects both the collective representation and the healthcare received.

Keywords: migration; health; haitianization; motherhood; intersectionality.

Introducción

El objetivo de este artículo es analizar las narrativas de los profesionales médicos de la ciudad de Rancagua (capital de la Región de O'Higgins, zona central de Chile), sobre la salud reproductiva/maternidad de las mujeres haitianas, en particular respecto al cuestionamiento en la manera que tienen de interactuar con sus bebés referido como "falta de apego".

Resulta esencial indagar sobre las narrativas presentes en el sistema público sanitario en esta ciudad, por diversas razones: en primer lugar, las mujeres migrantes en este ámbito se ven expuestas a malos tratos, conductas despectivas y comportamientos ofensivos que restringen sus derechos sexuales y reproductivos (Bernales, Cabieses, McIntyre y Chepo, 2017; Cociña-Cholaky y Garcés, 2021). En segundo lugar, el examen se circunscribe a la gestación, debido a que el control de embarazo es uno de los principales motivos de consulta de las mujeres migrantes en la atención primaria de salud en Chile (Chepo, Astorga-Pino y Cabieses, 2019). En tercer lugar, se delimita a Rancagua debido a la gran cantidad de nacimientos que suceden en su hospital base (según datos remitidos por el Servicio de Salud de O'Higgins ante la solicitud N° AO024T00948 de 2020), sobre todo, de mujeres haitianas, considerando que en la región existe un aumento relevante de nacimientos de dicha nacionalidad, que es mayor al incremento del colectivo haitiano.

Así, reconociendo la necesidad de realizar investigaciones descentralizadas, este trabajo aporta al campo de los estudios migratorios desde la dimensión territorial, al abordar una temática no examinada en profundidad. Asimismo, su contribución no solo está dado por lo empírico, sino también, por indagar desde una aproximación interseccional el modo en que estas percepciones inciden en la atención de mujeres gestantes de Haití. Reflexionar al respecto es crucial para identificar y abordar barreras que inciden en la calidad de atención de salud.

En términos metodológicos se entrevistó a personal médico de la ciudad de Rancagua. La información obtenida fue sometida a un análisis temático cualitativo utilizando el software computacional Atlas Ti. Las dimensiones emergentes fueron complementadas con bibliografía pertinente y estadísticas solicitadas a organismos públicos.

Este artículo se estructura en cinco apartados. En la metodología, se describe el método cualitativo temático empleado. Luego, se contextualiza la problemática a abordar desarrollando la dinámica de visibilización selectiva que se ha aplicado con énfasis sobre el colectivo haitiano denominado "haitianización" de la migración y se plantea la interseccionalidad como perspectiva epistémica para explicar los múltiples factores que se imbrican en el tratamiento que reciben las haitianas en el sistema sanitario chileno. Posteriormente se expone en hallazgos las categorías analíticas "el apego en tensión" y "lo otro, lo negro y lo malo". En la sección "Discusión" se problematizan las narrativas del equipo de salud respecto a las gestantes de Haití, dando cuenta que se atienen a lo evidenciado por la literatura

especializada. Por último, se concluye que en los discursos de los participantes prevalece una mirada racializadora hacia las mujeres haitianas que no contempla la diversidad de maternidades.

Metodología

Esta investigación se encuadra en un diseño cualitativo desde un alcance exploratorio y descriptivo, ya que pretende conocer y profundizar en las experiencias de personas, así como identificar sus significados y representaciones a partir de un fenómeno escasamente abordado en Chile como es la situación de las mujeres haitianas y la “falta de apego” identificada en el discurso biomédico.

De acuerdo con Steve Taylor y Robert Bogdan (1994) “se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos, las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (pp. 19-20). A su vez, se utilizó elementos del paradigma fenomenológico (Fielding, 2017), el cual permitió otorgar una comprensión reflexiva y analítica del fenómeno de la “haitianización de la migración” en Chile desde una lógica situada en tanto la producción de conocimientos emanada fue a partir de las propias experiencias de las y los participantes del estudio.

El trabajo de campo se realizó durante el segundo semestre de 2020 en la ciudad de Rancagua, ubicada en la Región del Libertador General Bernardo O’Higgins (Región de O’Higgins) en la zona centro sur de Chile y compuesta por tres provincias (Cachapoal, Cardenal Caro y Colchagua), siendo su capital regional Rancagua, que a su vez se denomina comuna y ciudad.

Como técnica de recogida de información se utilizó la entrevista semiestructurada orientada a responder dos dimensiones centrales: a) la atención sanitaria de la población migrante en Rancagua; y b) el acceso y atención de salud de las mujeres haitianas en Rancagua.

Los criterios de selección de las y los participantes fueron: ser mayores de 18 años, desempeñarse laboralmente en una institución de salud pública en Rancagua y haber otorgado alguna atención sanitaria a mujeres migrantes.

A través del muestreo por bola de nieve se entrevistó a 12 profesionales del ámbito sanitario que trabajan en dicha ciudad (ver Tabla 1).

Tabla 1. Perfil de las/os entrevistadas/os

Participantes codificados	Disciplina	Años de experiencia profesional
P: 1	Medicina	34 años
P: 2	Odontología	12 años
P: 3	Obstetricia	5 años

P: 4	Medicina	32 años
P: 5	Obstetricia	4 años
P: 6	Obstetricia	4 años
P: 7	Enfermería	15 años
P: 8	Medicina	5 años
P: 9	Obstetricia	3 años
P: 10	Medicina	36 años
P: 11	Obstetricia	14 años
P: 12	Obstetricia	1 año

Como criterio de rigor metodológico se aplicó durante todo el proceso de diseño, elaboración, desarrollo y redacción del documento, el listado de preguntas *Standards for Reporting Qualitative Research - SRQR* (O'Brien, Harris, Beckman, Reed y Cook, 2014).

El presente estudio contó con la aprobación del Comité de Ética Científico de la Universidad de O'Higgins, con el certificado de aprobación N° 016-2020 de fecha 23 de septiembre de 2020, ello resguardó el estándar ético que debe contemplar cualquier investigación aplicada a seres humanos considerando los cuatro principios básicos: respeto por las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia. Asimismo, se utilizó un consentimiento informado en donde se explicó detalladamente los objetivos y propósitos del estudio, la voluntariedad de la participación y la confidencialidad de las/os entrevistadas/os durante la investigación.

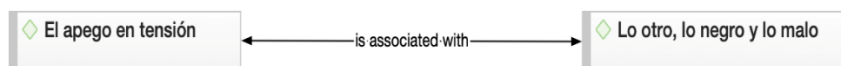
Por la pandemia COVID-19, las entrevistas se realizaron virtualmente usando la plataforma *Zoom*, durando un promedio de hora y media cada una.

Para el análisis de la información se utilizó elementos del análisis temático cualitativo propuesto por Virginia Braun y Victoria Clarke (2006), que consistió en transcribir textualmente las entrevistas realizadas, las cuales fueron vertidas en el software Atlas Ti versión 22.0.1 en español.

Se inició la codificación inicial con las principales características de la información recogida en sintonía con el objetivo de estudio, luego se buscaron los temas codificando los datos pertinentes a observar y finalmente se definieron y denominaron las categorías centrales de examen y sus respectivas citas emanadas de la información recogida, emergiendo en

consecuencia dos categorías centrales de análisis (ver Figura 1).

Figura 1. Categorías de análisis



Fuente: Figura extraída del software Atlas Ti 22.0.1 en español.

Las entrevistas se complementaron con literatura relevante, informes de organismos especializados y con datos remitidos por organismos públicos ante solicitudes de información efectuadas.

A modo de aclaración, las citas textuales de los/as participantes se identificaron de la siguiente manera: el primer número corresponde a la identificación de los/las participantes, el segundo número corresponde a la codificación asignada y el tercer número a la ubicación del párrafo en el software.

Antecedentes y planteamiento del problema

En Chile la movilidad humana se ha incrementado significativamente en los últimos años generando importantes cambios estructurales (Colmenares y Abarca, 2022). Si bien en 2017 los extranjeros residentes eran cerca de 750 mil, en 2019 se duplicaron alcanzando casi un millón y medio (Instituto Nacional de Estadística (INE) - Departamento de Extranjería y Migración (DEM), 2021).

La Región de O'Higgins, ubicada en la zona centro sur de Chile, no está exenta de este fenómeno. Si en 2018 los extranjeros se estimaron en 38.194, en 2020 llegaron a los 43.029 (INE-DEM, 2021). En la comuna de Rancagua se evidenció un alza relevante, en especial del 2017 al 2018, donde se incrementó 2,5 veces para alcanzar, en 2021, los 14.778 extranjeros residentes (Servicio Nacional de Migraciones, 2023, p. 2). Según las últimas cifras, en 2021 la comuna de Rancagua concentró el 32,7% de la población migrante, constituyendo la comuna con más migrantes de dicha región (Servicio Nacional de Migraciones, 2023, p. 3).

Destaca de la vertiginosa eclosión migratoria el masivo arribo de venezolanos, que en la Región de O'Higgins representan el 34% de los extranjeros residentes, y luego los haitianos con un 29% (INE, 2018; INE-DEM, 2021). En la comuna de Rancagua, los haitianos en el lapso 2013-2023 constituyeron la segunda nacionalidad con más residencias temporales otorgadas, con un 16,8%, y la tercera comunidad a la que se le ha concedido residencias definitivas con un 9,6% (Servicio Nacional de Migraciones, 2023, p. 9, 16).

El patrón migratorio en Chile se caracteriza por su perfil intrarregional,

por tratarse de población económicamente activa y por una leve masculinización. Respecto a ello, en la Región de O'Higgins la población extranjera en 2020 se compuso por 24.308 hombres y 18.721 mujeres (INEDEM, 2021).

¿Por qué hablar de la haitianización de la migración en Chile?

La “haitianización de la migración” (Cociña-Cholaky, 2019a) es un concepto que explica cómo se ha abordado la movilidad humana en Chile en los últimos años, poniendo el foco en la nacionalidad de extranjeros más numerosa, que se ha incrementado en un breve lapso o que representa la mayor *otredad*. Una terminología que revela la manera en que la segunda Administración de Sebastián Piñera (2018-2021), gestionó los flujos de personas limitando su ingreso, amparándose en la idea de “ordenar la casa” (Dufraix, Ramos y Quinteros, 2020; Stefoni y Brito, 2019) ha establecido mayores exigencias para la entrada y permanencia de ciertas nacionalidades, como la haitiana. Al impedir los arribos “indeseados” se instala una política migratoria de la deseabilidad (Finn, 2019), es decir, se favorece la presencia de extranjeros valorados positivamente, mientras que a otros colectivos se le dificulta su ingreso y permanencia.

En ese sentido, las personas haitianas han sido sobreexpuestas en los medios de comunicación masivos, suscitando preocupación en sectores de la sociedad local (Cociña-Cholaky, 2019a; Rojas Pedemonte, Amode y Vásquez, 2015). Esta constante exposición, ha ido acompañada de un tratamiento desigual (Soto-Alvarado, Gil-Alonso y Pujadas-Rúbies, 2019), ya que los medios de comunicación los representan como pobres, migrantes y vulnerables (Stefoni y Brito, 2019).

Asimismo, han sido sobredimensionadas las normativas que limitan el ingreso y su permanencia regular, y las políticas implementadas enfocadas en restringir su estadía: como el plan de retorno humanitario, que más bien fue una deportación encubierta (Cociña-Cholaky, 2018); la exigencia de visa consular instaurada en 2018 (siendo la mayoría de las solicitudes rechazadas) y la limitación de la visa de reunificación familiar (que se estableció 10.000 anuales como máximo). De ahí que la literatura revele que en Chile “se entretejen desigualdades y prácticas de discriminación a nivel institucional para haitianos” (Reyes, 2023, p. 143), lo que responde al proceso de racialización y exclusión que sufre este colectivo (Rodríguez y Gissi, 2021).

¿Cómo es la atención sanitaria de la población haitiana, particularmente de las mujeres en Chile?

El resquemor que genera la presencia de personas haitianas en Chile se acentúa en la prestación de servicios como en el sector salud, donde el permanente cuestionamiento de su utilización se traduce en una serie de dificultades en el acceso y la atención que reciben, construyéndose múltiples

barreras, que más allá de lo simbólico, se configuran en limitaciones al derecho a la salud (Cociña-Cholaky y Garcés, 2021; Liberona y Mansilla, 2017).

Es así que se ha observado “marginación, discriminación y exclusión social” (Zepeda Vega y González Campos, 2019, p. 200), evidenciando “intransigencia en las diferencias culturales hacia el migrante haitiano, lo que dificulta su incorporación al sistema de salud” (Espinoza *et al.*, 2022, p. 20), ya que se confunde la cultura con el supuesto bajo nivel educacional de la población haitiana (Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015).

En Chile el sistema sanitario es mixto, es decir, coexiste el sistema público, con su asegurador denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el sistema privado, además de seguros complementarios (Cociña-Cholaky, 2023). Según datos de FONASA, la mayoría de la población migrante en Chile se atiende bajo este sistema, representando un 14% la población haitiana (Servicio Jesuita a Migrantes, 2021, p. 33).

Respecto a la salud reproductiva de las mujeres extranjeras asentadas en Chile, se devela una serie de barreras que restringen el acceso a su salud, tales como discriminación y obstáculos lingüísticos (Núñez, 2011), afectando especialmente a las mujeres haitianas (Cociña-Cholaky y Garcés, 2021; Reyes, Gambetta, Reyes y Muñoz, 2021).

En los últimos años los partos de las mujeres haitianas en la Región de O'Higgins se incrementaron significativamente: si en 2017 se registraron 15, al año siguiente alcanzó 157 partos, en 2019 se contabilizaron 163 y en 2020 141 nacimientos, para disminuir en 2021 a 84. Esta alza es coincidente con el crecimiento de la población haitiana en dicha región, aunque ligeramente más elevada, ya que de 2017 a 2018 mientras los nacimientos de las haitianas se incrementaron 10 veces, el asentamiento territorial de esta comunidad aumentó 7,6 veces (INE, 2018).

A pesar del importante aumento de la población haitiana en la Región de O'Higgins y, particularmente de los nacimientos, la atención sanitaria no ha tenido mayores adecuaciones. Esto se traduce, por ejemplo, en la ausencia de un enfoque intercultural a nivel institucional y en el personal de salud. Los estudios en la materia evidencian que la poca información respecto a la existencia de centros de salud, la diferencia cultural y la barrera idiomática, son obstáculos para acceder a una atención oportuna por parte de la población haitiana (Luengo-Martínez y Montoya-Cáceres, 2020).

Particularmente en el caso de las mujeres haitianas, lo anterior se conjuga con la supuesta negligencia, falta de apego y despreocupación hacia sus hijos, aspectos ya identificados en investigaciones sobre experiencias de los profesionales de la salud (Abarca Brown, 2018; Reyes Muñoz y Chatelier, 2023). Esto puede responder, según María Emilia Tijoux y Constanza Ambiado (2023), a que el rol que juega el personal de salud “les coloca en un lugar superior que les permitiría evaluar y también decidir sobre sus cuerpos y sus formas de ser. En palabras de los profesionales, los migrantes haitianos son pacientes que no hablan, no saben o no entienden” (p. 374).

¿Desde qué posición teórica abordar el fenómeno?

La interseccionalidad otorga un marco analítico para abordar el fenómeno, desde donde reflexionar, investigar, representar, y actuar políticamente sobre las desigualdades sociales y sus imbricaciones (Viveros Vigoya, 2023). Permite examinar cómo diversas dimensiones de la identidad y la estructura social interactúan y se superponen entre sí para influir en el modo en que los individuos experimentan las opresiones (Crenshaw, 1989; Hill Collins, 1991). Así, se reconoce la intersección de múltiples ejes como clase social, raza, género, etnia, nacionalidad, edad.

En los estudios sobre movilidad humana esta perspectiva ha posibilitado avanzar en la comprensión del racismo (Pinto y Cisternas, 2020), lo cual es fundamental para comprender la construcción de la “haitianización de la migración” en Chile y el problema que ello genera en la instalación de la agenda pública:

Un innegable *neorracismo* institucional o de Estado se suman diferencias sobre nacionalidad y estrato socioeconómico, y si a esto se agrega el color de piel y el género, tenemos un ‘cóctel’ discriminatorio. Es por esto que quienes más han sido excluidos en Chile han sido los(as) haitianos(as). (Gissi, Galaz y Facuse, 2019, s.p.).

De acuerdo a Nicolás Rojas Pedemonte, Nassila Amode y Jorge Vásquez (2015) las personas haitianas constituyen un colectivo particularmente segregado que sufre discriminación y vulneraciones. Asimismo, manifestaciones de discriminación racial hacia la comunidad, han sido recogidas en el “Informe sobre la situación anual de los derechos humanos en Chile de 2017” que constata la existencia de discriminación múltiple y de prácticas discriminatorias que sufren particularmente los migrantes afrodescendientes (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2017, p. 29). En una línea similar, la encuesta “Voces Migrantes 2021” reveló que en Chile el 56% de personas haitianas reconoce haber sido discriminadas (Servicio Jesuita a Migrantes y Ekhos, 2021, p. 60).

Además de la pobreza, la negritud es un componente fundamental en la exclusión que sufren las personas haitianas. En Chile hay una preocupación desmesurada por la negritud que algunos extranjeros llevarían consigo; así, los haitianos son vistos con resquemor, sus corporalidades negras incomodan a una sociedad que erróneamente se visualiza blanca. Esta herencia colonial, constituye una identidad deseable y deseada, en tanto civilizada, heterosexual y blanca (Cociña-Cholaky, 2019a).

Siguiendo a María Emilia Tijoux y Gonzalo Díaz (2014) en Chile se observa un control racial sobre los cuerpos, específicamente sobre los cuerpos negros que representan lo exótico, lo exuberante y lo salvaje. En ese marco, entenderemos la “raza” como una ficción:

Ser de piel blanca, amarilla, roja o negra no es hablar de alguien en particular, sino de un color, de un tejido. A no ser que se hable de manera racista, es decir, para hacer una diferencia de superioridad racial". (Tijoux, 2019, p.36)

La jerarquización racial actúa determinando lo que, en palabras de Frantz Fanon (2009), se define como zonas de no-ser, en tanto se posiciona a aquellos sujetos negros en la inferioridad "sexual, espiritual, epistémica, económica y (racial)" (p. 262). De este modo, la intersección de dimensiones de opresión configura una identidad haitiana en un plano social subalterno que la posiciona como otredad radical (Mercado Órdenes y Figuereido, 2022, p. 1).

En ese sentido "el cuerpo cobra gran importancia, pues la exaltación de la negritud se produce de modo performativo, respondiendo al proceso constante de opresión que viven las corporalidades negras" (Banguera, Micheletti y Cubillos, 2022, p. 263). De este modo, el cuerpo migrante "es objeto de rechazo y puede convertirse rápidamente en estigma cuando no cumple con el «canon ideal» o no se adecua a las «formas culturales» imperantes" (Tijoux y Riveros, 2019, p. 397).

Como han evidenciado estudios sobre mujeres haitianas en Chile, "estos cuerpos de color seducen, atemorizan e incomodan a los chilenos; especialmente en las relaciones cotidianas surgen distintas formas de discriminación y se observa el deseo constante por una nación blanqueada, negando e invisibilizando la inmigración negra en Chile" (Fernández, 2019, p. 179).

La interseccionalidad es esencial para entender "la simultaneidad de las relaciones de raza, clase y sexo, su carácter indisociable en la experiencia de las mujeres y, sobre todo, la profundidad histórica y estructural de sus interrelaciones" (Falquet, 2017, p. 4). Asimismo, es una perspectiva central en la teorización sobre género y movilidad humana (González, 2019) y para analizar la situación de las mujeres migrantes en Chile (Fernández, Díaz, Aguirre, y Cortínez, 2020), en la medida que expone cómo se entrecruzan los diversos ejes de la desigualdad social.

La interseccionalidad es transcendental en el abordaje de la violencia estructural hacia las mujeres haitianas (Reyes, 2021) y, en este caso, para explorar las percepciones del personal de salud.

Hallazgos

Las narrativas del personal de salud entrevistado señalan una serie de representaciones culturales que posicionan a las mujeres haitianas en el terreno de lo desconocido, lo negativo y lo inapropiado. Estas características se vinculan a las expectativas que se espera cumplan las haitianas respecto de su maternidad, pero que no logran satisfacer adecuadamente. Ante esta situación, algunas/os funcionarias/os le otorgan una explicación principalmente cultural, mientras que otras/os la comprenden desde lógicas socioeconómicas que serían propias del país de origen y/o la vinculan a una

menor formación educacional. Estas y otras interpretaciones se desarrollan en las siguientes categorías.

“El apego en tensión”

El apego se entiende como el vínculo afectivo entre individuos (Bowlby, 1998), en este caso, el apego maternal se refiere a la relación afectiva que se genera entre la madre y el recién nacido.

Lo que predomina en las narrativas de los participantes de este estudio es la carencia de esta interacción. La falta de apego es una constante en el discurso del personal de salud entrevistado, asociándose como atributo inherente propio de las mujeres haitianas. Las/os entrevistadas/os lo relacionan a la despreocupación y al poco afecto que las mujeres demostrarían hacia sus hijos/as. Así lo señala una participante “La forma de relacionarse de las mamás con sus guagüitas [bebés], al equipo le resultaba difícil de entenderlo porque no se generaba este vínculo tan cercano desde tan chico”.¹ En la misma línea, añade “Hay unas diferencias en el ámbito más cultural respecto del vínculo que generan con las guagüitas [bebés] y otras cosas, y era importante para el equipo también entender eso, ahí empezamos a sumar facilitadores”.²

A la falta de vínculo que las/os entrevistadas/os evidencian en la atención sanitaria le otorgan distintos significados. Una interpretación, es asociarla con la determinante cultural que condicionaría a las mujeres haitianas a tener comportamientos de desvinculación y poco afecto hacia sus recién nacidos, explicación que suele aparecer en la retórica biomédica de esta manera:

Mucha falta de apego, en muchas ocasiones el bebé estaba acá y la paciente se daba vuelta, ignoraba a la guagüita [bebé], y también nos explicaron después que ellos por cultura, lo que hacen allá en Haití que hay mucha hambre y muere mucho niño por alimentación, no se encariñan tanto con los bebés.³

El nivel de apatía con que se caracteriza a las mujeres haitianas, se intenta justificar en torno a la alta tasa de mortalidad infantil de su país de origen. En un sentido similar, otro participante expresa:

Es una cultura bastante desapegada de los bebés, porque cuando llega una mamá chilena, colombiana, venezolana, llegan a hacerle cariño a su bebé, a hablarle al bebé, esto y lo otro, y no, la mamá haitiana se sienta ahí al lado y lo mira, lo ve que está ahí respirando, no le dice nada, no hace nada “si es su bebé, cárguelo”. No, no lo carga; “¿le va a dar seno [de mamar]? ¿vamos a acomodarlos?” No, no lo hacen, no es así, pero ya después, hablando con más profundidad con alguno de ellos, con una mamita que hablaba español, nos comentaban que ellos, como la tasa de mortalidad allá es tan alta, no generan apego rápido con el bebé, sino que más adelante, a medida que va creciendo, entonces es como que, si va a crecer y va a estar con ellos, ahí sí ya comienza a integrarse con él, en cuanto a la atención esa es la única dificultad que veo.⁴

La única complejidad identificada en la atención es con las mujeres

haitianas. En este caso, la primera reacción es juzgar la manera de relacionarse con el bebé, más allá de reflexionar sobre la necesidad de incorporar al ámbito sanitario una perspectiva intercultural que comprenda la existencia de diversos modos de vincularse afectivamente.

Los *Motherhood Studies* han abordado la maternidad desde distintos aspectos teóricos. Uno es la comprensión de la “maternidad intensiva” (Hays, 1996) como modelo de maternidad que aloja la tradición cultural donde la mujer debe cumplir con ciertos roles y parámetros para considerarse responsable y apta para el cuidado de sus hijos/as:

Las mamás de las otras culturas se preocupan si le puede dar un medicamento, si no le puede dar, qué puede comer, si le hace mal a mi hijo, esas no son preguntas frecuentes de ellas [mujeres haitianas], no están preocupadas de que si lo que yo haga le va a afectar al niño, en cambio, las demás siempre preguntan.⁵

Se observa un constante cuestionamiento a los cuidados que las mujeres haitianas le entregan a sus recién nacidos, ya que no se ajustaría a la función que debiera cumplir una madre responsable y preocupada. En este sentido, los/as entrevistados/as comparan permanentemente la conducta que otras mujeres migrantes tienen con sus bebés con el vínculo que efectúa la madre haitiana con su recién nacido.

La impresión de no brindar los cuidados mínimos esperados genera preocupación en algunos/as funcionarios/as, aunque lo justifican por la idiosincrasia cultural de Haití, así lo manifiesta esta participante “Entenderlas un poco más, y no juzgarlas, no juzgarlas, sino que entenderlas, empatizar un poco con sus creencias, con sus pensamientos”.⁶

La “falta de apego” identificada en las mujeres haitianas hacia sus hijos/as involucra una cruda realidad socioeconómica y política por la cual deben pasar en su país de origen:

En Haití es tanto el porcentaje de mujeres que mueren o bebés que mueren durante el trabajo de parto, durante la gestación o durante el puerperio, que tratan de no encariñarse tanto. Había, me recuerdo, una paciente que le decía feto hasta las 38 semanas.⁷

Aludiendo al mismo motivo, otra participante afirma que:

En el caso de las mujeres haitianas tienen muy poco apego a la lactancia y muy poco apego afectivo con la guagua [bebé]. Probablemente, porque hemos descubierto, que la mayoría de sus hijos mueren en Haití por las condiciones sanitarias, cosa que no ocurre en Chile, entonces, ellas tienen la tendencia a ser muy displicentes con sus guaguas [bebés] en un principio, no tomarlas, no llevarlas al pecho.⁸

Otra preocupación del equipo de salud es sobre los cuidados durante la gestación. Situación que se explica desde las precarias condiciones existentes en su país de origen para acceder y ser atendidas en el sistema sanitario:

No hay el hábito de la atención de salud primaria, ellos [los haitianos] no tienen

la costumbre de tener un programa de cuidado del recién nacido, de los niños, del adulto, del adulto mayor, por lo tanto, cuando tú le has dicho o le dices tienes que ir a control de anticoncepción, tienes que ir a charlas de educación, tienes que llevar a tu hijo a control del mes, de los tres meses, qué sé yo, ha sido una etapa difícil porque no tienen esa concepción.⁹

Esta percepción coincide con estudios sobre el funcionamiento del sistema de salud y atención materna-infantil en Haití, que constatan que “en la población rural muchas mujeres no asisten a control médico durante su embarazo” (Sánchez, Valderas, Messenger, Sánchez y Barrera, 2018, p. 280). Este dato es de suma preocupación si se considera que el 50% de la población haitiana vive en zonas rurales, enfrentando importantes brechas de cobertura y calidad. Organizaciones como Médicos Sin Fronteras, denuncian los innumerables retos que debe enfrentar el sistema de salud haitiano, producto de la pobreza, la violencia que azota el país, la escasez de infraestructura, de insumos médicos y de personal de salud, entre otras adversidades (Médicos Sin Fronteras, 2020).

En las entrevistas emerge constantemente el discurso biomédico en torno a la necesidad de las mujeres haitianas por atenerse a los programas de natalidad y salud vigentes en Chile, asumidos como la única y mejor manera de controlar los procesos de gestación, parto y posparto. Si su conducta no se ciñe a lo esperado, es tildada negativamente. Se impone así una concepción hegemónica de la maternidad sustentada en la idea de la “buena madre” que antepone el bienestar del recién nacido por sobre el de la madre (Vivas, 2021). Los comportamientos que se desvían de este canon son visualizados con extrañeza e incompreensión, entendidos desde la carencia de afecto y la falta cuidados mínimos que debiera procurarse a todo hijo/a.

En las narrativas del personal entrevistado, la madre haitiana permanentemente es comparada con la chilena acentuando la poca interacción o muestras de afecto que tendrían con el recién nacido:

Hay algunas haitianas que dejan a los niños como que no los *pescan* [tomar en cuenta] ¿me entiendes? como las chilenas *pescan* [toman en brazos] la guagua [bebé], le dan pechuga (de mamar) qué sé yo y están todo el rato con su guagua [bebé], en cambio hay algunas haitianas que dejan al niño de lado, ahora yo no sé si es por un tema cultural de ellas, que dejan a los niños así, yo no sé mucho porque no he estudiado el tema de los haitianos, quizás es un tema cultural de ellas ... o no son tan como las chilenas, porque la chilena que es lo que hace: llega, toma la guagua [bebé] y lo primero que hace es arrullarla o tomarlo y que no lllore.¹⁰

La diferencia entre el trato de las madres haitianas y las madres chilenas podría responder a una cuestión cultural. No obstante, Étienne Balibar y Immanuel Wallerstein (1991) desmitifican la cultura como criterio y ponen el acento en la exclusión cotidiana, entendiendo que se trata de un nuevo racismo, cuyo argumento principal “no es la herencia biológica, sino la irreductibilidad de las diferencias culturales” (p. 37).

Respecto a la lactancia, la situación de “despreocupación” que manifiesta

el equipo sanitario es similar a la “falta de apego” que observan en las mujeres haitianas. En este caso, desde la comprensión del profesional sanitario entrevistado, existe una condición mamífera y primitiva que permite que el recién nacido repte hasta conseguir acoplarse al pecho materno. Sin embargo, en el caso de las mujeres haitianas se evidencia otro escenario:

Cuando pones a la guagua [bebé] cerca, la guagua [bebé] repta, tú te das cuenta que repta a buscar la mamá, a buscar el pezón y acoplarse al pezón de su madre, ese es un evento extremadamente primitivo y maravilloso, pero las pacientes haitianas como que te cierran, así como que no la quieren, muchas, no todas, y en algunas oportunidades estas guaguas [bebés] han quedado, estos recién nacidos por alguna enfermedad han quedado hospitalizados y después nadie los va a retirar, entonces te imaginas lo que ha significado este desafío para todo el equipo de salud.¹¹

Tal como se reconoce, la atención de mujeres haitianas ha constituido todo un reto a nivel de sanidad pública, en la medida que el apego que las mujeres establecen con su recién nacido no es acorde ni esperado al vínculo configurado como válido. De ahí que su comportamiento es visto desde la anomalía, criticándolo por no atenerse al afecto y a los cuidados deseables, y a las preocupaciones que debiera tener toda madre que se precie como tal.

En definitiva, se pone en duda la capacidad de ejercer el rol de madre con aptitudes para criar y otorgar los cuidados necesarios para el bebé.

Lo otro, lo negro y lo malo

El panorama expuesto, demuestra la compleja situación que las mujeres haitianas deben enfrentar ante la entrega oportuna de atención sanitaria en sus procesos de maternidad. Sin embargo, esta lectura también adquiere otros ribetes cuando se profundiza en el significado que tiene para el personal de salud vincularse con las mujeres haitianas y la ficción racial que le confieren por su color de piel, en tanto se infiere poseen determinadas características que las sitúan en una posición de inferioridad respecto a la población local. Así lo manifiesta el siguiente participante:

Me da la impresión de que la paciente haitiana es un poquitito más rústica por así decirlo, es gente que tiene menos educación, por tanto su comportamiento tiende a ser más natural, más libre, pero, por ejemplo, la paciente que es colombiana, gente joven, o venezolana jóvenes, tienen o son profesionales muchas veces y no encuentran trabajo, pero profesionales te digo de todo tipo, que cuando uno lo está entrevistando son, qué sé yo, administradores públicos, son ingenieros básicos de alguna empresa, que por razones obviamente políticas se vinieron y están acá tratando de adaptarse buscando trabajo, pero es otra cultura, muy fácil entenderse por el idioma, porque en general es gente también que tiene un comportamiento cultural más fácil de establecer, una comunicación mucho más fácil.¹²

Tal como expresan algunas de las narrativas recopiladas, las mujeres

haitianas encarnan la otredad indeseada. Esa alteridad que las diferencia de lo civilizado, moderno y urbano. Por eso, la menor formación educacional, la barrera idiomática y la ausencia de una profesión, se configuran en características que promueven su escisión como seres humanos civilizados, de modo que se van estableciendo categorías raciales para justificar la discriminación, la opresión y la segregación, generándose un proceso de jerarquización racial.

Esta mirada expone un racismo biológico que se aplica a aquellos individuos considerados inferiores. En efecto, se produce una división entre humanos/animales y civilizados/bárbaros, donde las mujeres haitianas siempre encarnan lo segundo:

Lo otro es que el nivel sociocultural de las migrantes haitianas ha sido muy distinto al que traen el resto de las migrantes: colombianas, peruanas, venezolanas, tienen un nivel sociocultural bastante mejor que el resto, que las haitianas básicamente, incluso las mujeres dominicanas también tienen un nivel, los cuales tienen una escolaridad por lo menos hasta cuarto medio por decirlo de alguna forma, sin embargo, un porcentaje grande de las haitianas diría que no saben escribir.¹³

A esta comprensión escindida se añade la “negritud”, ese color de piel que incomoda por considerarse “atrasado” o “incivilizado”. Así, la jerarquización racial opera determinando lo que se define como superior e inferior, ya que el determinismo biológico tras la “raza”, esconde no tan solo un color de piel, sino también, una posición de subalternidad acompañada de representaciones negativas y patológicas (Tijoux y Palominos, 2015). Así lo describe este participante:

Yo diría que las pacientes de raza negra, entre colombianas y las peruanas, las de raza negra sí tienen otra idiosincrasia frente a medicamentos. Por ejemplo, una idiosincrasia frente al comportamiento, la enfermedad o un medicamento frente al paciente, yo diría que en términos de la raza negra tiene condiciones distintas, no puede ser mejor ni peor, son distintas, que para nosotros nos ha hecho volver a estudiar porque su comportamiento ... frente a algunas enfermedades del embarazo ¿ya?, ha sido distinta.¹⁴

Lo que anteriormente se enunciaba como “ficción racial”, la persona entrevistada lo comprende como una condición defectuosa, la cual debieron estudiar nuevamente ante la emergencia de otras patologías que la sociedad “blanca” chilena no padecía:

Es la raza, tiene que ver especialmente con un tema racial. Así como los chinos o, así como los asiáticos tienen algunas enfermedades puntuales ¿no cierto? los negros tienen otras enfermedades y nosotros tenemos otras enfermedades distintas, es un problema racial solamente, no más que eso.¹⁵

La otredad en el discurso médico se hace notar cuando las mujeres haitianas realizan ciertos ritos o cánticos para aliviar el dolor o gestionar su malestar mientras están hospitalizadas:

Cuando llegan acá, hacen o tienen una serie de rituales por decirlo de alguna forma ¿no cierto? De sobrellevar el dolor ¿ya? Entre los cuales impresiona que son como rituales de ¿cómo podría decirlo? Ellos se ponen a bailar, a cantar, se tiran al suelo, paran las *patas* [pies], o sea, una cosa que para nosotros es absolutamente distinta porque eso no permite, entre otras cosas, controlar el trabajo de parto.¹⁶

Como plantea Marcela Cerruti (2011), quienes arriban de culturas diferentes y mantienen esa conducta, colisionan con los modelos existentes en el sistema sanitario de destino.

En este caso, si bien las diferencias observadas responden ante todo a la dificultad de comunicarse, también aluden a la vigilancia y al control sanitario, al número de consultas a las que asisten las mujeres haitianas durante la gestación, al tipo de vinculación que tienen con el recién nacido y a la forma en la que experimentan el parto:

La propia paciente tiene muy arraigado un montón de normas y de costumbre que está muy ajena a lo que es nuestra cultura obstétrica, por ejemplo, que se pongan a gritar durante el trabajo de parto, pero en forma desaforada, no es un grito de quejido de dolor por un trabajo de parto que cualquier mujer lo tolera y le ponen una anestesia epidural y se pasa, no, aquí es un grito casi selvático, el golpearse o tirarse al suelo, que es una cosa difícil de controlar, porque en su cultura por alguna razón que no sé, es tirarse al suelo o golpearse, también puede ser parte del alivio del dolor, el no hacer caso de las medidas de terapia medicamentosa.¹⁷

De esta manera, la mujer gestante haitiana se asocia a lo salvaje, a lo incivilizado, a la falta de cultura que se asume como parte de su país de origen. La retórica del personal entrevistado construye el patrón de comportamiento desde la tolerancia de la hegemonía. Así, la manera de comportarse de las mujeres haitianas, según esta narrativa, se explicaría por reglas inscritas en su cultura que no condicen con la cultura obstétrica chilena. En una línea similar, se señala:

Se les intenta con un traductor explicar [a las haitianas] que el trabajo de parto acá es de otra forma, que el trabajo de parto es monitorizado, que ellas no deben hacer eso aquí, porque no es lo mejor para el feto, algunas lo aceptan, pero otras no.¹⁸

El control y la vigilancia médica son características propias del modelo biomédico hegemónico (Menéndez, 1998), por ende, cualquier situación que altere esa dinámica es justificada desde la *otredad* o, en este caso, desde lo salvaje.

Los cánticos, ritos y rezos de las mujeres haitianas mientras están en sus procesos de parto tienen una lectura totalmente escindida de su condición

humana. A esto se refiere Fanon (2009) cuando habla de las “zonas del ser”. Para el equipo de salud, estas manifestaciones culturales son consideradas fuera de lo establecido, de la norma y de lo esperado, por lo cual, las mujeres haitianas son posicionadas en la “zona del no ser”. Esa zona simbólica que otorga el etiquetaje respectivo a quienes merecen ser considerados como humanos y a quienes no.

De acuerdo a esto, las mujeres haitianas al portar la negritud, baja escolaridad, el género y la pobreza se consideran como no humanos, en tanto es una *otredad* que el personal de salud alude para la diferenciación del ser humano blanco, civilizado que acostumbran, esperan y desean atender.

Discusión

Este estudio indagó en las narrativas de los profesionales médicos de la ciudad de Rancagua respecto al cuestionamiento en la manera que tienen las mujeres haitianas de interactuar con sus bebés, denominado “falta de apego”. En ese sentido, los hallazgos de las entrevistas indican una serie de complejidades embebidas de prejuicios y discriminación tras analizar el vínculo sanitario entre las mujeres haitianas y el personal de salud.

Al respecto, las narrativas de las personas entrevistadas aluden a la “falta de apego” que presenta la mujer haitiana hacia el recién nacido. Laura Quintana (2017) problematiza esta afirmación señalando que “los profesionales no logran entender que, en Haití, las mujeres podían estar en casa con los niños, pero acá tienen que trabajar también fuera del hogar por una cuestión material” (s.p.), y añade que las mujeres haitianas tienen otra manera de criar, más en comunidad y en familia.

Respecto a ello, Lorena Núñez (2011) constató que en los centros de atención se produce una racialización de los cuerpos de las mujeres haitianas, a través de la imposición de una normalidad que configura el óptimo comportamiento. En los centros sanitarios, se percibe una fuerte imposición de modelos biomédicos, como también de perspectivas psiquiátricas y psicológicas, que tienden a no considerar aspectos culturales en sus protocolos de diagnóstico y tratamiento (Aceituno, Miranda y Jiménez, 2012). Lo anterior se manifiesta en la instauración de un patrón hegemónico de comportamiento y en la crítica en caso de que no se ciñan al mismo, en este caso, en torno a la crianza, cuidados y apego hacia el bebé.

En sintonía con los hallazgos, Gabriel Abarca Brown (2018) advierte que en Chile “tanto el cuerpo como la subjetividad de la mujer haitiana se vuelven objetos de gobierno para el sistema sanitario ... psicopatologizando las subjetividades -por ej. utilización de etiquetas tales como ‘no promoción del apego’, ‘depresión postparto’, etc.-” (p.15).

Bajo esta lógica, la mujer haitiana más allá de ser un sujeto con agencia y, por ende, con capacidad de decidir respecto de su reproducción, su salud y el cuidado de su bebé, se asume como un objeto del que disponer, como un instrumento que debe atenerse al patrón de paciente “normal” -construido

desde la usuaria chilena- configurándose un proceso de racialización que significa a la gestante haitiana como no apta –o en la zona del no ser- (Fanon, 1983).

Como expresa Eduardo Menéndez (1998) un *modelo biomédico hegemónico* de comportamiento se configura desde la imposición de lo sanitario, donde la mujer migrante no sólo debiera parir de una determinada manera (sin recurrir a ritos, por ejemplo), sino que debiera cuidar y alimentar a su recién nacido de cierto modo: expresando su cariño de similar manera que las chilenas y dando lactancia materna exclusiva. Por lo mismo, Fernanda Stang (2014) devela que “podría también decirse que la maternidad es un ritual que ‘esclaviza’, y en el caso de las mujeres migrantes hay elementos para pensar que con una carga extra de elementos coercitivos” (p. 135).

Estudios como el de Yafza Reyes *et al.* (2021), examinaron la maternidad de las mujeres haitianas en el sistema público de salud y advierten que en Chile las migrantes, tanto por su procedencia como por su color de piel, han vivenciado situaciones de discriminación y vulnerabilidad.

Desde la teoría interseccional las experiencias que marcan las trayectorias de vida de las mujeres haitianas las transforman en identidades propias de vulneración, ya que encarnan los múltiples ejes de opresión que el sistema moderno, colonial, civilizado y blanco desea mantener lejos, fuera o bien bajo supervisión y entrenamiento.

Esto quiere decir que las mujeres haitianas, en tanto portan lo negro, lo salvaje, lo incivilizado, lo inculto, la pobreza y otro idioma, son propensas a ser vigiladas y entrenadas para aprender el comportamiento esperado y deseado en la cultura chilena, específicamente, en la cultura institucional sanitaria chilena. De ahí, que los hallazgos de este estudio, el personal de salud las señale como “salvajes” y por ende requieran ser educadas oportunamente (Mercado Órdenes y Figuereido, 2022).

Como señala Reyes *et al.* (2021) se “visualizan sesgos patriarcales, clasistas, racistas y xenófobos en su atención, respecto de sus prácticas de crianza y apego” (p. 1). Al no atenerse a este erróneo, pero eficiente constructo, a las mujeres haitianas se les ha adosado una serie de etiquetas como “malas madres”, “falta de apego”, “poca lactancia”, “falta de higiene”, que ha incidido en un comportamiento despectivo por parte del personal de salud que desconoce las diferencias culturales (Quintana, 2017).

De este modo, en Chile las “mujeres haitianas son reducidas a una taxonomía étnica que las sitúa como potenciales objetos de intervención al ser madres “no-suficientemente buenas” (Abarca Brown, 2018, p. 15). Lo que es coincidente con una de las percepciones más reiterativas en las entrevistas efectuadas al personal sanitario, que refiere al modo en que las mujeres haitianas se relacionan con su bebé, lo que no solo constituye motivo de asombro, sino también, de preocupación y reproche por parte de los/as funcionarios/as.

Precisamente, analizando la construcción discursiva de los cuidados maternos, Claudia Calquín (2013) arguye que “no es fortuito que las

dinámicas de las intervenciones ... constituyen objetivos más o menos constantes de disciplinamiento: instalar conductas ‘correctas’ de cuidados, bajo la idea actual del desarrollo de ‘competencias’ parentales” (p. 128).

Lo anterior, se traduce en la imposición del quehacer hegemónico de los roles de género vinculados a las representaciones sociales, por ejemplo, del deber ser asociado a la “buena madre” y al “apego inmediato”; prácticas arraigadas en los estereotipos de género, sustentadas en un paradigma colonial, patriarcal, capitalista y capacitista (Rodríguez-Garrido, 2020, 2022) que no da lugar a otras expresiones culturales que no sean los modelos dominantes, transformándose así, en disputas moralizantes de lo que debe o no hacer una mujer haitiana-pobre-migrante en Chile (Abarca Brown, 2018; Cociña-Cholaky, 2019b).

Así, en las mujeres haitianas se manifiesta el deber de atenerse al patrón hegemónico de madre definido desde una idea falaz y homogeneizadora del modo de comportarse de la usuaria chilena. Esto tiene implicancias en las mujeres haitianas, en el sentido que Alejandra Carreño, Baltica Cabieses, Alexandra Obach, Piedad Gálvez y María Eliana Correa (2022) identificaron dentro de los riesgos para la salud mental de las migrantes haitianas como “contradicciones entre los modelos de maternidad que promueven los servicios de salud y los que ejercitan las mujeres haitianas” (p. 86).

Al respecto, se ha evidenciado que la distinta cultura del personal médico y de usuarias migrantes constituye un obstáculo que influye fuertemente en su comunicación, impactando de manera negativa en la atención sanitaria (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006).

Conclusiones

Las narrativas del personal de salud entrevistado develan, en su mayoría, un perfil atribuido a la imagen de la mujer haitiana configurado a partir de su ausencia a los controles sanitarios, por no ceñirse estrictamente al tratamiento indicado, no atenerse al modelo de interacción esperado y a los cuidados asumidos como naturales, catalogando su comportamiento como “falta de apego”.

Asimismo, coexisten discursos que intentan morigerar ese juicio, razonando si el término adecuado para calificar la interacción que tienen las madres haitianas con sus bebés se debe al desapego. De ahí que aluden a un nivel de “frialidad”, que se debería a diferencias culturales que explicarían esa supuesta apatía de las mujeres haitianas.

Otros relatos del equipo sanitario incorporan elementos como la alta tasa de mortalidad infantil en Haití, lo que explicaría el escaso vínculo que las mujeres expresarían, en tanto sería una estrategia de defensa frente a probables pérdidas.

Resulta llamativo que ninguno/a de la/os participantes describa la necesidad de implementar un sistema de salud intercultural que sea respetuoso con las diversas formas de sobrellevar la maternidad. Tampoco

surge la promoción de un modelo sanitario que comprenda los diferentes modos de expresar el vínculo, de experimentar el posparto, de ejercer la maternidad y de practicar los cuidados.

En efecto, desde la percepción del personal de salud de la ciudad de Rancagua, la gestante haitiana se construye como una otredad, como una persona que debe controlarse, biomedicalizarse y ceñirse a los patrones establecidos, esto es, al modelo biomédico y social hegemónico de madre, que asume la naturalización del instinto maternal, representado por una mujer abnegada y cariñosa, que antepone sus necesidades a los requerimientos de sus hijos.

Una concepción que responde al disciplinamiento de las conductas sobre el cuerpo femenino y rechaza la maternidad como experiencia personal y diversa. Las narrativas que racializan los cuerpos de las mujeres haitianas, que las caracterizan desde la supuesta carencia, deslegitiman modos de interacción con los recién nacidos que contrarían patrones hegemónicos de cuidados vigentes en Chile.

Bajo esta dinámica, las mujeres haitianas son visualizadas por el equipo de salud como individuos no aptos, que no cumplen satisfactoriamente su labor en los afectos y cuidados que deberían prorrogarles a sus hijo/as.

Hacer una lectura interseccional de esta comprensión, se prevé sirva para profundizar en las experiencias y trayectorias de vida de las mujeres haitianas y las vulneraciones a las cuales se ven expuestas en la atención sanitaria, y que ello otorgue mayores insumos en el desarrollo de políticas públicas y normativas técnicas en la materia. Del mismo modo, permita avanzar en prontas y efectivas soluciones de cara a una salud interseccional.

En futuras investigaciones, cabe indagar si estas imposiciones socioculturales y biomédicas que se visibilizan respecto de la población haitiana, se despliegan en Chile respecto de otras comunidades que portan la negritud, como las mujeres afrocaribeñas.

También sería interesante explorar cómo a nivel de lactancia materna inciden los discursos del equipo de salud, en el sentido de la promoción de la lactancia materna exclusiva y la instauración de modelos únicos y hegemónicos de alimentación para los recién nacidos que denotan otros modos de comportamiento.

Referencias

- Abarca Brown, G. (2018) ¡Promueva el apego!: sobre la maternidad de mujeres haitianas como objeto de gobierno en Chile". *Bricolaje* 3, <https://revistabricolaje.uchile.cl/index.php/RB/article/view/51589>
- Aceituno, R., Miranda, G. y Jiménez, Á. (2012) Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Revista Anales Universidad de Chile* 3, <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122175/Experiencias-del-desasosiego.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Aizenberg, L., Rodríguez, M. y Carbonetti, A. (2015) Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones Internacionales*, 8(28), 65-94. <https://doi.org/10.17428/rmi.v8i1.588>

Cociña-Cholaky, M. (2018) ¿Cuán humanitario es el denominado plan de retorno humanitario?, *The Clinic*. <https://www.theclinic.cl/2018/11/12/cuan-humanitario-es-el-denominado-plan-de-retorno-humanitario/>

Cociña-Cholaky, M. (2019a) *El tratamiento de la inmigración internacional en Chile*. Tesis de Doctorado en Derecho y Ciencia Política. Universidad de Barcelona. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/143420/1/MCC_TESIS.pdf

Cociña-Cholaky, M. (27 de mayo 2019b) Mujeres migrantes, negras, indígenas y pobres enjuiciadas en Chile, *El Desconcierto*, <https://www.eldesconcierto.cl/opinion/2019/05/27/mujeres-migrantes-negras-indigenas-y-pobres-enjuiciadas-en-chile.html>

Cociña-Cholaky, M. (2023) “La pandemia del COVID-19 y en el derecho a la salud de las personas migrantes en Chile”. En C. Blouin. *Movilidad humana y derechos sociales en América del Sur* (pp. 58-87). Pontificia Universidad Católica de Perú.

Cociña-Cholaky, M. y Garcés, A. (2021) “Salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes en el sistema público en Chile”. En Corporación MILES (Ed.) *Tercer Informe sobre Derechos, salud sexual reproductiva y violencia de género en Chile* (pp. 32-41), Santiago, Chile: Corporación Miles. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1427>

Balibar, É. y Wallerstein, I. (1991). *Raza, nación y clase*. Iepala.

Banguera, A., Micheletti, S. y Cubillos, J. (2022) Vivir la negritud en los territorios agrarios chilenos: discriminaciones hacia mujeres afrodescendientes en la ciudad de Talca, Chile. *Punto Género* 18, 236-269.

Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. y Chepo, M. (2017) Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 34(2), http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200002&lng=es&nrm=iso

Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Barcelona, España: Paidós.

Braun, V. y Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>

Calquín, C. (2013). De madres y de expertos: la psicología de posguerra y el disciplinamiento de los cuidados maternos. *Summa Sicológica UST* 10(11), 119-

129. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0719-448X2013000100011

Carreño, A., Cabieses, B., Obach, A., Gálvez, P. y Correa, M. (2022) Maternidad y salud mental de mujeres haitianas migrantes en Santiago de Chile: un estudio cualitativo. *Castalia - Revista De Psicología De La Academia* (38), 79-97. <https://doi.org/10.25074/07198051.38.2276>

Cerruti, M. (2011) *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina, Buenos Aires*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) - Centro de Estudios de Población (CENEP)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Colmenares, N. y Abarca, K. (2022) La migración a nivel local en Chile. Desafíos, demandas y políticas en tiempos de pandemia. *Si Somos Americanos*, 22(1), 164-192. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-09482022000100164>

Chepo, M., Astorga-Pinto, S., Cabieses, B. (2019) Atención inicial de migrantes en Chile: iniciativa en atención primaria de salud a un año de su implementación, *Revista Panamericana de Salud Pública* (43). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.71>

Crenshaw, K. W. (1989) Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1),139-167. <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>

Dufraix, R.; Ramos, R. y Quinteros, D. (2020) "Ordenar la casa": securitización y producción de irregularidad en el norte de Chile. *Sociologías* 55,172-196. <https://doi.org/10.1590/15174522-105689>

Espinoza, A., Moreno, J., Klener, H., Contreras, B., Serka, J. y Aguilera, J. (2022) Experiencias de migrantes haitianos afectados por un incendio en Santiago, Chile. Un estudio de caso. *Si Somos Americanos*, 22(1), 8-33. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-09482022000100008>

Fanon, F. (1983) *Los condenados de la Tierra*. Fondo de Cultura Económica.

Fanon, F. (2009) *Piel negra máscaras blancas*. Akal.

Falquet, J. (2017) La combinatoria straight: Raza, clase, sexo y economía política: análisis feministas materialistas y decoloniales. *Descentrada. Revista interdisciplinaria de feminismos y género*, 1(1). http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7718/pr.7718.pdf

Fernández, P. (2019) "Me di cuenta que era negra al llegar a Chile": Etnografía de lo cotidiano en las nuevas dinámicas y viaje migratorio de mujeres haitianas en Chile". En H. González, D. Fernández y M. González (Comps.) *Migración con ojos de mujer. Una mirada interseccional* (pp. 179-194). Ediciones Universidad Simón Bolívar.

Fernández, J., Díaz, V., Aguirre, T. y Cortínez, V. (2020) Mujeres colombianas en Chile: discursos y experiencia migratoria desde la interseccionalidad. *Revista colombiana de Sociología* 43(1), 17-36. <https://doi.org/10.15446/rcs.v43n1.79075>

Fielding, H. (2017) A feminist phenomenology manifesto. En H Fielding. & Olkowski, D. (Eds.), *Feminist Phenomenology Futures* (pp.9-10). Indiana University Press.

Finn, V. (2019) Entre el individuo y el Estado: burocracia pre-y post-migratoria. *Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana* 27(56), 159-178. <https://www.scielo.br/j/remhu/a/3pth7GnrJdXQCszcQgDZTSb/?lang=es>

Gissi, N., Galaz, C. y Facuse, M. (18 de abril 2019) A un año de la Reforma Migratoria: Balance y proyecciones desde un Chile pluricultural poco inclusivo. Universidad de Chile. <https://www.uchile.cl/noticias/152970/a-un-ano-de-la-reforma-migratoria-balance-y-proyecciones>

González, H. (2019) "Introducción De crisis y esperanzas". En H. González, D. Fernández y M. González (Comp.), *Migración con ojos de mujer. Una mirada interseccional* (pp. 7-20). Ediciones Universidad Simón Bolívar.

Hays, S. (1996) *The Cultural Contradictions of Motherhood*. Londres. Yale University Press.

Hill Collins, P. (1991) *Black feminist thought: knowledge, Consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Departamento de Extranjería y Migración (DEM). (2021). Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre 2020. Informe metodológico. https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migración-internacional/estimación-población-extranjera-en-chile-2018/estimación-población-extranjera-en-chile-2020-metodología.pdf?sfvrsn=48d432b1_4

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018) Características de la inmigración internacional en Chile, Censo 2017. <http://www.censo2017.cl/descargas/inmigracion/181123-documento-migracion.pdf>

Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2017) *Informe anual situación de los derechos humanos en Chile 2017*. Santiago de Chile: Onigrama impresores.

Jelin, E. Grimson, A. y Zamberlin, N. (2006) "¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud". En Jelin, E. (Dir.) *Salud y migración regional* (pp.33-46).: Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).

Liberona, N. y Mansilla, M. (2017) Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507-520. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>

Luengo-Martínez, C. y Montoya-Cáceres, P. (2020) Condiciones de Trabajo en profesionales sanitarios de hospitales públicos en Chile. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 66(259), 69-80. <https://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2020000200002>

Médicos Sin Fronteras (10 de enero 2020) *El sistema de salud de Haití, de nuevo al borde del colapso 10 años después del terremoto que asoló el país* <https://www.msf.es/noticia/sistema-salud-haiti-nuevo-al-borde-del-colapso-10-anos-despues-del-terremoto-que-asolo-pais>

Menéndez, E. (1998) Modelo médico hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura MMedicatrix* 51, 17-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4989316>

Mercado Órdenes, M y Figueredo, A. (2022) Construcciones identitarias de inmigrantes haitianos en Santiago de Chile desde una perspectiva interseccional. *Migraciones Internacionales*, 13. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.2495>

Núñez, L. (2011) “Necesidades de las mujeres migrantes y la oferta de atención en salud reproductiva. Discrepancias y distancias de una relación no resuelta”. En C. Stefoni. (Ed.), *Mujeres inmigrantes en Chile. ¿Mano de obra o trabajadoras con derecho?* (pp. 233-272). Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

O'Brien, B., Harris, I., Beckman, T., Reed, D. y Cook, D. (2014) Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>

Pinto, C. y Cisternas, N. (2020) Reflexiones sobre el uso de la interseccionalidad en los estudios migratorios en Chile. *Punto Género*, (14), 49–70. <https://doi.org/10.5354/2735-7473.2020.60866>

Quintana, L. (2017, 14 de mayo) Parir en negro, la realidad de las haitianas que son madres en Chile. Diario electrónico El Mostrador-Braga. <https://www.elmostrador.cl/braga/2017/05/14/parir-en-negro-la-realidad-de-las-haitianas-que-son-madres-en-chile/>

Reyes, Y. (2021) *Maternidades negras: La interseccionalidad como clave en el abordaje decolonial de la violencia estructural hacia las mujeres haitianas residentes en Chile*. Tesis doctoral. Universidad Católica San Antonio de Murcia, España. <https://repositorio.ucam.edu/handle/10952/5512>

Reyes, V. (2023) Geografías racializadas de la migración afrocaribeña en la prensa digital chilena. de la caracterización urbana a la amenaza barrial, 2016-2021. *REMHU Revista interdisciplinar da mobilidade humana*, 31(67), <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006709>

- Reyes Muñoz, Y. y Chatelier, K. (2023) Maternidades haitianas: diferencias en el proceso de maternaje entre Chile y haití y la emergencia de la violencia interseccional cuando se omite el factor cultural en el ámbito de la salud. *Narrativas antropológicas*, 4(7), 21-32. <https://www.redalyc.org/journal/5519/551968077006/html/>
- Reyes, Y., Gambetta, K., Reyes, V. y Muñoz, P. (2021) Maternidades negras en Chile: interseccionalidad y salud en mujeres haitianas. *Revista nuestra América* 9(17). <https://doi.org/10.5281/zenodo.5651360>
- Rodríguez-Garrido, P. (2020) Maternidades en resistencia y discurso social. *Revista Científica Musas*, 5(1), 1-2.
- Rodríguez-Garrido, P. (2022) Maternidades (no)silenciadas: aportes epistémicos desde la ruralidad chilena. En M.G. Cayulef, C. Calquín (Eds.). *Lecturas feministas a la crisis global contemporánea* (pp.53-72). Ariadna Ediciones.
- Rodríguez, J. y Gissi, N. (2021) Migración haitiana en Chile en el 2020: barreras a la incorporación social, arraigo cuestionado y reemigraciones. *Campos en Ciencias Sociales*, 9(2).
- Rojas Pedemonte, N., Amode, N. y Vásquez, J. (2015) Racismo y matrices de “inclusión” de la migración haitiana en Chile: elementos conceptuales y contextuales para la discusión. *Polis*, 14(42). <http://polis.revues.org/11341>
- Sánchez, K., Valderas, J., Messenger, K., Sánchez, C. y Barrera, F. (2018) Haití la nueva comunidad inmigrante en Chile. *Revista chilena de pediatría* 89(2), 278-283. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200278
- Stang, F. (2014) Con los ovarios a cuestras. Algunas observaciones sobre la maternidad en mujeres latinoamericanas migrantes. En A. Fielbaum, R. Hamelamp; A. López Dietz (Eds.). *El poder de la cultura. Espacios y discursos en América Latina* (pp. 135-158). Universidad de Chile.
- Servicio Jesuita a Migrantes (2021) Migración en Chile. Anuario 2020. Medidas Migratorias, vulnerabilidad y oportunidades en un año de pandemia (Nº2).. <https://www.migracionenchile.cl/publicaciones>
- Servicio Jesuita a Migrantes y Ekhsos. (2021) Encuesta “Voces migrantes” https://www.migracionenchile.cl/wp-content/uploads/2020/06/Encuesta-Voces-Migrantes-SJM-EKHOS_2019.pdf
- Servicio Nacional de Migraciones (2023) *Minuta población migrante en la comuna de Rancagua* (agosto 2023). <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Comuna/LI/Rancagua.pdf>
- Soto-Alvarado, S., Gil-Alonso, F., y Pujadas-Rúbies, I. (2019) Heterogeneidad de la inmigración internacional reciente en Chile. Una aproximación a tres grupos nacionales a partir de datos de encuesta. *Migraciones. Publicación del*

Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones, 46, 91-119.
<https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/8643>

Stefoni, C. y Brito, S. (2019) Migraciones y migrantes en los medios de prensa en Chile: la delicada relación entre las políticas de control y los procesos de racialización. *Revista Historia Social y de las Mentalidades* 23(2), 1-28.
<https://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/historiasocial/article/view/4099>

Taylor, S. y Bogdan, R. (1994) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós.

Tijoux, M. E. (2019) Cuando la raza es sólo una ficción. Claves para entender las políticas de control y la estigmatización del cuerpo migrante. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* 11(31), 32-41.
<https://www.redalyc.org/journal/2732/273265804004/movil/>

Tijoux, M. E. y Ambiado, C. (2023) Ser paciente haitiano/a en Chile y vivir el racismo en centros de la red pública de salud. *Interdisciplinaria*, 40(1), 363-377.
<https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.22>

Tijoux, M. E. y Díaz, G. (2014) Inmigrantes, los “nuevos bárbaros” en la gramática biopolítica de los estados contemporáneos. *Revista Internazionale di Filosofia Contemporanea*, 2(1), 284-309.
https://www.academia.edu/26290014/Gonzalo_D%C3%ADaz_Letelier_and_Mar%C3%ADa_Emiliana_Tijoux_Inmigrantes_los_nuevos_b%C3%A1rbaros_en_la_gram%C3%A1tica_biopol%C3%ADtica_de_los_Estados_contempor%C3%A1neos_2014

Tijoux, M. E. y Palominos, S. (2015) Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis* 14(42), 247-275.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682015000300012

Tijoux, M. E. y Riveros, J. (2019) Cuerpos inmigrantes, cuerpos ideales. El racismo y la educación en la construcción de la identidad. *Estudios pedagógicos*. 45(3), 397-405.

Vivas, E. (2021) *Mamá desobediente. Una mirada feminista a la maternidad*. Catalonia.

Viveros Vigoya, M. (2023) *Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario*. Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Zepeda Vega, C. y González Campos, M. (2019) Discriminación y exclusión hacia migrantes en el sistema de salud chileno. Una revisión sistematizada. *Salud & Sociedad*, 10(2), 188-204. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-7475-2019-02-012>

Notas

- ¹ P2. Entrevista realizada el 07 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ² P2. Entrevista realizada el 07 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ³ P6. Entrevista realizada el 19 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ⁴ P7. Entrevista realizada el 08 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ⁵ P1. Entrevista realizada el 17 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ⁶ P5. Entrevista realizada el 08 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ⁷ P5. Entrevista realizada el 08 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ⁸ P8. Entrevista realizada el 03 de noviembre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ⁹ P10. Entrevista realizada el 11 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ¹⁰ P11. Entrevista realizada el 18 de noviembre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ¹¹ P10. Entrevista realizada el 11 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ¹² P4. Entrevista realizada el 10 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ¹³ P10. Entrevista realizada el 11 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ¹⁴ P10. Entrevista realizada el 11 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ¹⁵ P10. Entrevista realizada el 11 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ¹⁶ P10. Entrevista realizada el 11 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ¹⁷ P4. Entrevista realizada el 10 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.
- ¹⁸ P10. Entrevista realizada el 11 de octubre de 2020, a través de la aplicación Zoom.