Revista nuestrAmérica
eISSN 0719-3092 · 2021 · vol. 9 · n.º 17 · ene-jun · e5651360
Ediciones nuestrAmérica desde Abajo · Chile
Esta obra podrá ser distribuida y utilizada libremente en medios físicos y/o digitales. La versión de distribución permitida es la publicada por Revista nuestrAmérica (post print). Color ROMEO azul. Su utilización para cualquier tipo de uso comercial quedaestrictamente prohibida. Licencia CC BY NC SA 4.0: Reconocimiento-No Comercial-Compartir igual-Internacional
DOI 10.5281/zenodo.5651360
Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

Maternidades negras en Chile: interseccionalidad y salud en mujeres haitianas

Maternidades negras no Chile: interseccionalidade e saúde em mulheres haitianas

Black maternities in Chile: intersectionality and health in haitian women

Yafza Reyes Muñoz [a1]; **Karla Gambetta Tessini** [b2]; **Vania Reyes Muñoz** [c3]
Práxedes Muñoz Sánchez [d4]

[a] yafzatamara@gmail.com 0000-0002-8083-6099
[b] kgambetta@utalca.cl 0000-0003-2064-9619
[c] vania.reyes@gmail.com http://orcid.org/0000-0003-0950-2579
[d] pmunoz@ucam.edu http://orcid.org/0000-0001-5953-9244

[1] Universidad Católica de Murcia, España
[2] Universidad de Talca, Chile
[3] Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile
[4] Universidad Católica San Antonio de Murcia, España

Recibido: 14-05-2020 • Aceptado: 19-02-2021 • Publicado: 10-03-2021

Resumen
Esta investigación analiza la maternidad transnacional de mujeres inmigrantes negras, particularmente haitianas, quienes han vivenciado situaciones de discriminación y vulnerabilidad en diferentes servicios de salud públicos, donde son categorizadas como madres descariñadas o no suficientemente buenas. Los resultados apuntan a una carga dolorosa y persistente de la maternidad transnacional dichas mujeres, así como desconocimiento de parte de profesionales sanitarios sobre ésta. También se visualizan sesgos patriarcales, clasistas, racistas y xenófobos en su atención, respecto de sus prácticas de crianza y apego. Las conclusiones apuntan a un trato interseccional de estas discriminaciones, para mejorar el trato en salud a mujeres afrodescendientes.
Palabras clave : maternidades transnacionales; xenofobia; clasismo; racismo; interseccionalidad

Resumo
Esta pesquisa analisa a maternidade transnacional de mulheres imigrantes negras, particularmente haitianas, que sofreram situações de discriminação e vulnerabilidade em diferentes serviços públicos de saúde, onde são categorizadas como sem mãe ou não são boas o suficiente. Os resultados apontam para uma carga dolorosa e persistente da maternidade transnacional para essas mulheres, bem como para o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde. Os preconceitos patriarcais, classistas, racistas e xenófobos também são exibidos em seus cuidados com relação a suas práticas de criação e apego. As conclusões apontam para um tratamento interseccional dessas discriminações, a fim de melhorar o tratamento em saúde das mulheres negras.
Palavras-chave : maternidades transnacionais; xenofobia; classismo; racismo; interseccionalidade

Abstract
The research analyzes the transnational maternity of black immigrant women, particularly Haitian women, who have experienced situations of discrimination and vulnerability in different public health services, where they are categorized as uncaring or not good enough mothers. The results point to a painful and persistent burden of transnational motherhood on Haitian women, as well as a lack of knowledge about it on the part of health professionals. Patriarchal, classist, racist and xenophobic biases are also seen in the care of these women, regarding their parenting and attachment practices. The conclusions point to the need to intersect these discriminations, to improve the treatment of Afro-descendant women in health.
Keywords : transnational maternity; xenophobia; classism; racism; intersectionality

1. Introducción

El fenómeno migratorio en Chile no es nuevo, pero su rápido incremento desde 2015 ha generado diversas expresiones entre la ciudadanía, las que no siempre han sido positivas. En ese escenario la inmigración afrolatina y particularmente la haitiana, ha develado la xenofobia y el racismo de una sociedad que se ha construido históricamente como blanca pese a su origen amerindio y latino.

Y es que Chile, desde el período de la colonia y hasta ahora, han primado los prejuicios hacia las poblaciones negras, los cuales se intersectan hoy, en los cuerpos de mujeres latinas afrodescendientes, particularmente en mujeres haitianas, dada su condición de género, clase, “raza” y país de origen, entre otros aspectos.

Ante ello cabe preguntarse ¿de qué manera los prejuicios y las categorías valóricas que tienen los/as profesionales sanitarios de la región del Maule sobre las prácticas de crianza, apego y cuidado de mujeres afrodescendientes haitianas, afectan en la atención a ellas entregada? Y ¿cómo contrastan estas construcciones socioculturales (elaboradas por profesionales) con las experiencias vividas y sentidas de las propias mujeres sobre sus procesos y prácticas maternas, respecto de sus hijos/as nacidos en Chile y sus maternidades transnacionales?

Para dar cuerpo a estas interrogantes, la investigación busca responder a tres objetivos: analizar los juicios de género, clase, raza y nación que establecen profesionales de centros de salud públicos de la región del Maule, sobre las mujeres haitianas y sus formas de crianza y apego; comprender las vivencias y significados que otorgan las mujeres haitianas a sus maternidades en Chile y sus maternidades transnacionales; y aportar al debate sobre la necesidad de incorporar la interseccionalidad como clave en la atención entregada a mujeres afrodescendientes, en centros de salud públicos de la región del Maule, así como de otros territorios del país.

La metodología utilizada es etnográfica, la que además se ha construido con componentes de las teorías decoloniales y feministas, las que otorgan valor y significancia a las experiencias de los sujetos de investigación, brindándoles voz, reflexión y acción. Se trata de un trabajo de campo llevado a cabo entre los años 2018 y 2020, tanto con profesionales que trabajan en atención primaria, en servicios de salud públicos de la región del Maule, Chile, y que deben trabajar con población migrante en general, así como con mujeres haitianas que residen en dicho territorio, con un mínimo de seis meses y un máximo de tres años.

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

En el caso de los/as profesionales sanitarios, la información recabada se ha construido mediante entrevistas semiestructuradas y talleres de salud intercultural, con el fin de conocer y comprender las formas en las cuales atienden a la población migrante desde sus diferentes roles, así como también sus apreciaciones sobre el fenómeno migratorio y sus prácticas de poder en la atención de salud. Los relatos de las mujeres haitianas han surgido del trabajo en talleres de construcción de cartografías participativas y mapas elaborados con imágenes de revistas y textos en creole (que han sido traducidos al español) con el objeto de analizar perspectivas divergentes sobre maternidades, apego y crianza, entre otros elementos.

2. Aspectos teóricos

2. 1. Feminización de las migraciones y maternidad transnacional

Relevante a considerar dentro del fenómeno migratorio, es su feminización (Mora 2008) el que refleja que los factores estructurales que lo originan afectan principalmente a las mujeres que buscan mejores alternativas para sus vidas en otros países, experimentando dificultades para integrarse en las sociedades de destino, afectando su salud y la de quienes dependen de ellas. Además, muchas mujeres migran para escapar de situaciones de violencia doméstica o formas de discriminación y/o abuso que sufren en sus países de origen por el sólo hecho de ser mujeres, o bien para tener mayor libertad y autonomía en los países de destino (Lupica 2016). Empero, es relevante considerar que un número importante migra cumpliendo decisiones que toman otras personas, especialmente hombres de sus familias, y no necesariamente porque ellas lo desean (Gregorio Gil 2012; Lube Guizardi, Gonzálvez Torralbo, y Stefoni 2018; Mora 2008). Por otra parte, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM s. f.) señala que las necesidades específicas de las mujeres en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, pueden ser escasos o deficientes en los países de destino, colocando a las mujeres en una situación de vulnerabilidad mayor tras sus procesos migratorios.

Sin embargo, esta no es la única característica del fenómeno migratorio, el cual desde fines del siglo XX se ha globalizado. Y para entender cómo operan las movilidades actualmente, se deben abordar atendiendo las múltiples dimensiones que las configuran, ya sean económicas, políticas, relacionales, así como también de género y sexo-afectivas y no sólo desde su feminización. Además, deben enmarcarse en el contexto que les da forma y sentido (Peñaranda-Cólera 2001).

En ese escenario, un elemento importante de las migraciones globales es la transnacionalidad, enfoque teórico surgido en los noventa, como marco de discusiones críticas acerca de perspectivas teóricas que pudiesen analizar mejor los fenómenos migratorios desarrollados globalmente, los que ya no se podrían entender como meras estrategias individuales basadas en decisiones racionales (Kleidermacher 2016), sino como formas conexas y transfronterizas del habitar, el hacer y el ser.

Así, se ha comenzado a hablar de transmigrantes, personas que hablan dos o más idiomas, tienen o mantienen un hogar en los países de origen como en los de destino y poseen un contacto continuo y habitual con sus familias y redes de apoyo, pese a las distancias físicas de las fronteras nacionales (Portes, Guarnizo, y Landolt 2003), jugando las tecnologías de la información y comunicación un rol relevante.

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

Se puede señalar entonces que se está en presencia de una ciudadanía transnacional (Amescua Chávez, Luque Bazán, y Urbano Reyes 2013) y que las formas de cuidado, apego y crianza están cruzadas también por una maternidad transnacional. En ella las mujeres, al migrar, se enfrentan a nuevas formas de entender y ejercer sus maternidades, más allá de la co-residencia y presencialidad con sus hijos/as. Se trata de una re-configuración de los roles maternos y una transformación en la construcción de vínculos de comunicación, afecto y soporte financiero, así como a traspasos de labores de educación y cuidado de los hijos/as a otros familiares o redes (Betancourt Burón y Gross Gutiérrez 2018).

Siendo así, son generalmente las mujeres que se quedan en los países de origen, las que realizan labores de cuidado que le eran adjudicadas antes a la madre/migrante; siendo abuelas, hermanas e hijas, la red que garantiza el cuidado de las infancias que se quedan, lo que facilita la inserción de las mujeres/madres migrantes, en el sistema productivo global (Zapata Martínez 2016).

Sin embargo, cuando se trata de mujeres negras, las maternidades transnacionales deben analizarse a la luz de procesos sociales y políticos más amplios, acontecidos incluso desde el siglo XVI (Guzmán 2018), donde el papel de la esclavitud y la trata transatlántica de personas ha jugado un rol esencial en la permanencia del racismo en el contexto latino, y por supuesto también en Chile.

2. 2. Xenofobia, patriarcado y racismo en los servicios de salud

La falta de competencia inter y multicultural de quienes trabajan con población migrante, y en especial con mujeres inmigrantes en los servicios sanitarios, hace complejo el entendimiento de las formas en las cuales ellas– con diferencias etnicoraciales, culturales, nacionales o de otra índole-, llevan a cabo sus prácticas maternas. Existe constantemente discriminación por parte de técnicos y profesionales por las formas inapropiadas en las que desarrollan sus procesos de crianza, al no ser éstas las instituidas en las normas tradiciones del género, más aún si son mujeres afrodescendientes.

Y si bien existe consenso actualmente en la mayoría de las ciencias de que la categoría de raza no puede usarse para explicar diferencias culturales y sociales (Mosquera Becerra 2015), el racismo es un problema constante en el diagnóstico, acceso y tratamiento a personas racializadas. Siendo la xenofobia, el racismo y el sexismo que viven las mujeres afrodescendientes, una asociación entre corporalidad y realidad social, anclando estos significado en sus cuerpos, lugar donde se inscribe el carácter simbólico y social de las culturas patriarcales y colonialistas (Viveros Vigoya 2010).

También Campos Tavares y de Andrade Kuratani (2019) señalan que cuando los/as profesionales no reconocen el racismo como productor de discriminación, iniquidades sociales y prejuicio, contribuyen directamente al aumento del sufrimiento psíquico de las personas negras que se atienden en los centros de salud, y por ende, al mantenimiento de las desigualdades raciales.

De la misma manera, cuando el profesional sanitario no ve y por ende no cuestiona sus prácticas biopolíticas en el actuar cotidiano de la atención entregada en el contexto del modelo biomédico – e incluso en el de pertinencia cultural-, no es capaz de cuestionar su propia posición de autoridad, negando así su responsabilidad en las relaciones de poder y subordinación que se establecen entre profesionales y usuarios (Fernández Juárez 2004). De este modo se desconoce y niega el valor de la otredad del sujeto inmigrante-usuario en la construcción de la diferencia cultural, así como el poder de los/as profesionales en la reproducción de la violencia simbólica e institucional.

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

Por ello, y aunque el género es la primera desigualdad que se contempla y que interactúa con la categoría de mujeres inmigradas (Expósito Molina 2012) es urgente atender la situación de subordinación de ellas a partir de la opresión racista, de clase y por diferencia sexual, siendo estos elementos, ejes primarios de discriminación y desigualdad. Esto coloca a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad que son hasta cuatro veces mayores que las que pueden sufrir los hombres (Gregorio Gil 2012; Hernández 2019), visualizándose lo anterior con mayor claridad en el caso de las mujeres racializadas e inmigradas que vivencian maternidad transnacional en Chile.

Y si bien en este país existe desde el 2006 la Política de Salud y Pueblos Indígenas, desde 2017 la Política de Salud y Migrantes Internacionales y desde el 2019 la ley 21.151 que otorga reconocimiento legal al pueblo tribal afrodescendiente chileno (su cultura, idioma, historia e instituciones) – todas enmarcadas dentro del enfoque de derechos humanos-, ninguna de ellas es conocida a cabalidad por administrativos, profesionales, técnicos y otras personas que trabajan con poblaciones racializadas, invisibilizándose las discriminaciones que éstas sufren precisamente por sus condiciones etnicoraciales, de clase, de género y de inmigrantes.

3. Aspectos Metodológicos[1]

Trabajar en el ámbito de la salud desde las ciencias sociales, supone generalmente un trabajo complejo dado los prejuicios que aún priman en la investigación colonialista que se desarrolla fuertemente aún en diversas áreas del conocimiento y que establecen diferencias entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud, así como entre la investigación cuali y la cuantitativa (Fernández Juárez 2004). Por otra parte, el escaso conocimiento que tienen los/as profesionales del área sanitaria sobre salud intercultural, antropología médica y otras disciplinas que han realizado esfuerzos importantes por acercar dichas áreas de conocimiento, hace difícil el entendimiento de la salud como un elemento sociocultural que impacta en la vida de las personas, así como también el develamiento de que las relaciones de poder y subordinación entre profesionales y usuarios/as no solo se establecen por relación de clase, sino también por razón de género, raza, etnia y país de origen (Couto et al. 2019; Fernández Juárez 2004; Fernández Juárez 2011; Gregorio Gil 2006; Tarrés Chamorro 2001) entre otros elementos relevantes que invisibilizamos en el proceso investigativo en salud.

En ese escenario, la etnografía nos permite reorientar el trabajo en el ámbito de la salud, develando los desafíos que éste tiene cuando intersectamos las categorías género y raza en la atención entregada a personas inmigrantes y principalmente en mujeres racializadas (Gregorio Gil 2012). De esta manera, la etnografía feminista se puede convertir en la materialización de un trabajo que tiene como objetivo hacerse cargo justamente de los desafíos que tiene la salud y en especial la atención primaria en salud, para el aseguramiento del acceso, diagnóstico y tratamiento culturalmente apropiado, para la diversidad de personas que constituyen los nuevos escenarios globales y transnacionales.

Dicho lo anterior, este trabajo es desarrollado desde la etnografía feminista, la que entiende que lo emocional y lo personal no pueden ser separados de lo conceptual, en tanto lo personal es político y también teórico. Bajo las ideas de “una amplia mirada a la condición humana, elaborada con total sensibilidad” (Scheper- Hughes 1983, 115 citado en Gregorio Gil 2017, 23) que no escinde entre razón y emoción, la etnografía feminista (me) permitió sortear cinco dificultades que tensionaron en un inicio el trabajo etnográfico, pero que una vez integradas las teorías y metodologías decoloniales y feministas

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

(Lugones 2008; Luxán Serrano y Azpiazu Carballo 2017; Serrano e Iza 2019), constituyen una de las riquezas más importantes de éste (la primera con el grupo de profesionales sanitarios chilenos/as y las siguientes con el grupo de mujeres haitianas).

Primera dificultad: Los/as profesionales sanitarios no son conscientes, en general, de sus juicios y prácticas xenófobas, racistas, clasistas y patriarcales cuando trabajan con la población inmigrante. Esto implicó que luego de conocer sus percepciones sobre el fenómeno migratorio, a través de las entrevistas semiestructuradas, se debiesen desarrollar talleres de salud intercultural y prejuicios socioculturales que impactan directamente en la atención entregada a usuarios en la atención primaria de salud, de modo que pudiesen reconocer dichas prácticas, asumirlas y reorientar el trabajo en base a nuevas formas de trato y relaciones humanas.

Segunda dificultad: la responsable principal de la investigación no domina el idioma creole, lengua materna de las mujeres haitianas – segundo grupo de trabajo de la investigación-, por lo cual el trabajo está apoyado constantemente por una de ellas, quien se ha convertido en parte importante del proyecto investigativo, construyéndose vínculos significativos entre investigadora y mujeres haitianas colaboradas y participantes.

Tercera dificultad: las mujeres haitianas parecían sentirse más a gusto cuando se encontraban solas en las actividades propias de la investigación, tales como conversatorios y talleres temáticos.

Cuarta dificultad: las mujeres haitianas entre ellas no suelen hablar de los problemas que les aquejan, en gran medida por la influencia de los hombres haitianos, quienes constantemente hablan por ellos y por las mujeres de sus familias y localidades, y también por razones personales complejas de sus propias experiencias de vida, tales como timidez, vergüenzas, dolores, entre otros.

Quinta dificultad: las experiencias migratorias de las mujeres haitianas, sus maternidades en Chile y sus maternidades transnacionales, así como las discriminaciones por ellas vividas en centros de salud y en otros servicios del Estado, muchas veces son tan dolorosas que hacen necesario un trabajo de contención luego de cada jornada, el cual siempre va más allá de los objetivos propios de la investigación, lo que le da un soporte y una forma de resistencia comunitaria muy importante. Y si bien este punto no es propiamente una dificultad, si es una tensión que la etnografía feminista permite trabajar una vez percibida la influencia colonialista en la investigación propiamente tal.

Considerando estas problemáticas metodológicas, han sido muy relevantes y significativos los talleres de construcción de cartografías sobre las trayectorias migrantes de las mujeres haitianas y el uso de imágenes de revistas para crear cuadros explicativos sobre diferentes temas, así también la utilización de producciones narrativas. De este modo, restituir valor al conocimiento del propio cuerpo de sujetos que experimentan, sienten y se emocionan, confronta con el dogma de la neutralidad y objetividad que debiese tener todo conocimien-to científico (Gregorio Gil 2017).

Por último, es importante mencionar que en esta investigación han participado veinte profesionales que trabajan en centros de salud públicos, del área de medicina, enfermería, matronería y trabajo social; tres profesionales de centros de orientación a migrantes y veinte personas haitianas (quince mujeres, de las cuales siete vivencian maternidad transnacional).

El trabajo con profesionales sanitarios se llevó a cabo entre los años 2018 y 2019. El trabajo con personas haitianas se ha desarrollado desde el 2018, aunque el trabajo específico con las mujeres inició a finales del 2019, atendiendo las directrices de las teorías decoloniales, de forma de acceder a sus relatos sólo una vez que ellas se sintieran seguras y en confianza con el proceso investigativo.

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

4. Discusión de resultados

4. 1. Juicios raciales, de clase, género y nacionalistas de profesionales a mujeres haitianas

Haití es actualmente el país con la mortalidad infantil más alta de América Latina y el Caribe; su índice es de 55 bebés por cada mil nacidos, mientras que en Chile esta tasa es de 5 (Banco Mundial 2019). Estas cifras parecen haber construido un discurso común entre profesionales del área de la salud sobre lo "poco cariñosas" o "desapegadas" que son las mujeres haitianas con sus hijos/as, discurso que se extiende generalizadamente en diferentes centros de salud y comunas de la región del Maule. Una funcionaria del Estado que trabaja en el área de salud y migrantes señala:

> Por ejemplo, yo no entendía porque las mujeres haitianas eran tan descariñadas con sus hijos. Pero yo me informé y comprendí que es una cuestión cultural, porque allá la tasa de mortalidad es tan alta, que es muy probable que los niños se les mueran.

Esta creencia, basada en juicios clasistas, asigna formas de comportamiento a la otredad en función de sus recursos económicos (Tomasini, Bertarelli, y Morales 2017), especulándose que al ser Haití un país pobre y con alta tasa de mortalidad infantil, las madres necesariamente no sienten afecto por sus hijos/as.

> Es que allá (Haití), como es un país tan pobre, es fácil que los niños se les mueran, entonces por eso es que ellas deben ser así, tan poco cariñosas con sus bebés ¿para qué encariñarse si se les pueden morir sus hijos/as? (Matrona 1).

Por otra parte, las clases sociales en Chile están altamente racializadas (Tijoux Merino y Palominos Mandiola 2015), por lo cual es común ver la emisión de juicios no sólo clasistas, si no racistas sobre sujetos racializados, algo habitual con la población haitiana, en particular con las mujeres, con quienes las profesionales hacen muchas diferencias, respecto de otras inmigrantes.

> Los venezolanos son los que más llegan al CESFAM (centro de salud familiar) por embarazo, pero hay una forma más transparente con ellos en el tema de hablarnos, porque ellos ya están capacitados, ellos vienen con otra cultura, pero en el tema con los haitianos cero. Por ejemplo, tenemos una niñita de siete meses que los papás son haitianos y le dan comida y leche al mismo tiempo, entonces la niña ya está con problemas de alimentación. Vomita a cada rato, y a ellos les hemos dibujado, les hemos escrito indicaciones en su idioma y no hay caso. Es que sabes que, nosotros nos hemos fijado en las atenciones que las mamás haitianas no tienen apego con sus niños, son súper frías (Trabajadora Social 1). En mi caso he tenido dos usuarias que han tenido hijos y los dejan allá (Haití) y están acá y tiene hijos, pero es otra cosa. No es como que nos los pueden traer, yo no he visto esos casos, uno les pregunta y ellas dicen que no los extrañan porque están bien cuidados (Trabajadora Social 2).

Otro elemento importante en la atención a mujeres haitianas, es su culpabilización ante la omisión de información, lo que puede estar relacionado con incomprensión de la pregunta, vergüenza por una situación difícil, dolor o abuso, o bien incomodidad ante un traductor hombre, situación ampliamente abordada en la salud intercultural (Albó Corrons 2004; Fernández Juárez 2004).

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

> Son pacientes que omiten informaciones. Por ejemplo, a una paciente se le consultó si había tenido otro aborto; si tenía más hijos, y respondió que no, sólo el que estaba esperando, sin embargo, en Haití ella dejó diez hijos. Por vergüenza omiten información que es válida para nosotros y super importante. Entonces yo me he ido informando, es necesario para poder brindar una mejor atención y explicarles a ellas de lo importante que es no mentir (Matrona 2).

Otra cuestión para considerar es la asociación de que las mujeres haitianas se embarazan por falta de educación o para que sus hijos obtengan la nacionalidad chilena, cosa que no sucede con mujeres inmigrantes colombianas o venezolanas, que son quienes más acceden junto con las haitianas, a los centros de salud, por embarazos. Lo anterior visualiza sesgos racistas, pero también xenófobos, ubicando a las mujeres inmigrantes desde una otredad que las diferenciada respecto de las chilenas.

> Hay mucha población haitiana embarazada, yo no sé si será porque realmente no tienen el concepto de, por ejemplo, del uso de métodos anticonceptivos, o realmente quieren quedar embarazadas para adquirir o tener un hijo de la nacionalidad. Y eso, que se queden en el país. Porque eso es lo que han… o sea, lo que yo he escuchado, que tienen hijos por eso. No sé, la verdad que ahí me entra un poco la duda de cuáles son las razones del por qué hay tanta población migrante embarazada (Médica 1).

A pesar de los juicios de valor que funcionarias del área de la salud asignan a las mujeres inmigrantes y sus procesos reproductivos, maternos y de crianza, la mayoría coincide en que la atención entregada a esta población es bastante buena.

> En realidad, aquí se les acoge super bien, se les intenta contener, hacer visitas (Médica 2). Yo creo que la atención que entregamos a migrantes es super buena (Trabajadora Social 3) Aquí se entrega una atención igual para todas las personas que llegan, no hacemos distinción entre chilenos y extranjeros (Enfermera 1).

4. 2. Vivencias de mujeres haitianas a sus maternidades y maternidades transnacionales

Muchas mujeres haitianas residentes en la región del Maule vivencian maternidad transnacional, teniendo uno o dos hijos en Haití, además de otro en Chile, la cual suele ser compleja y dolorosa. Asimismo, el proceso de parir en este país tampoco ha sido fácil, reconociendo varias diferencias entre la atención entregada en Chile y la entregada en Haití, además de formas en el trato.

Respecto del parto y la atención recibida en los hospitales públicos, las mujeres señalan:

> La maternidad en Haití y Chile es muy diferente para mí, porque al llegar al hospital (en Haití) te reciben con los brazos abiertos, te hacen todos los exámenes. Pero en Chile es muy diferente, en el hospital reciben mal a las haitianas y no reciben un buen tratamiento. Las mujeres embarazadas sienten mucho dolor; va al hospital y se demoran mucho (en atenderlas). Llegan a las ocho de la mañana, las dejan hasta las siete ahí, sin comer… eso me duele, me duele mucho. ¡Y a todas hacen cesáreas, cesáreas a todas!, y no les dan el tiempo para dilatar, ¡ellas necesitan tiempo!; Porque les dicen que ellas no hablan nada, no las toman en cuenta. Aquí hacen cesárea a todas. Las mujeres en Haití tienen su parto en el hospital de forma natural, pero aquí sólo quieren hacer cesárea y las mujeres no están listas varias veces. Las retan, las tratan así mal, porque ellas cantan o bailan, o hacer cosas, así como raras dicen ellos (profesionales de salud), pero porque están nerviosas. Pero no entienden.

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

En relación con las maternidades transnacionales, las vivencias de las mujeres haitianas están constantemente cruzadas por la tristeza, la preocupación y el dolor. Algunas relatan:

> A veces me siento sola, extraño mucho a mi familia, especialmente a mi mamá; ella está enferma, no tiene persona para cuidarla. Yo estoy preocupada porque ella cuida a mi hija. Sufro… No tengo amigo para hablar, siempre estoy triste, siempre me siento sola, no tengo una persona para cuando tengo un problema. Todo eso me pone muy triste. Me gustaría tener mi familia, mi negocio y felicidad. Tener a mis hijos cerca, porque lo extraño mucho. Mi querida hija no sé cuándo te voy a ver, pero dios va a abrir el camino para ti, mi amor espero que dios te proteja y te da fuerzas.

Por otro lado, las mujeres haitianas relatan que son incomprendidas en los centros de salud cuando saben que tienen hijos/as en su país de origen, motivo por el cual prefieren omitir la información.

> Yo pienso, no sé, mejor no decir que uno tiene un hijo allá. Es que miran mal. Yo tengo un problema, porque mi hijo vive en Haití. Ellos (profesionales centro de salud) pensaban, así, como que yo estoy loca. No entendían, yo lloraba y lloraba y ellos no entendían… Yo tengo a mi hijo en Haití. Pienso que por eso aquí me tratan no bien, yo creo que ellos (profesionales centro de salud) creen que yo soy mala, porque no estoy con mi hijo.

Finalmente, las mujeres haitianas señalan discriminación de parte de diferentes servicios, al realizar los trámites para acceder a visas de reunificación familiar, e intentar traer a sus hijos/as a Chile.

> Ahora no puedo entrar mi hija. Yo mirando, todos los extranjeros se han traído hijos, a sus familias, pero para los haitianos es difícil. Ahí una forma diferente de tratar para haitianos. Mi familia es mi hija. Yo quiero una visa para traer a mi hija, para ir a buscarla. Yo comparo en la calle, Venezuela; ellos después de tres meses, traen a sus hijos. Tengo una vecina que pasó tres meses y trae a su familia y no hay dificultad. Es difícil para haitianos. Yo pregunté allá (centro de salud), pero no saben cómo debo hacer para traerla.

4. 3. Interseccionalidad como clave en la atención de salud a mujeres haitianas

En 1995 Kimberlé Crenshaw señaló que la raza y el género influían en la vida de las personas y no tenía los mismos efectos sobre los hombres negros que sobre las mujeres negras y tampoco ellas vivían las consecuencias del patriarcado de igual forma que las mujeres blancas. Partía de una estructura base donde se interseccionaban no sólo la raza y el género sino también la clase social, añadiéndose otras desigualdades, como la condición de inmigrantes (Crenshaw y Bonis 2005). La interseccionalidad no se trata de una suma de desigualdades, sino que cada una de ellas se conecta e interactúa de forma diferente en cada situación personal y grupal, exponiendo estructuras de poder existentes en el seno de sociedades patriarcales y colonialistas (Expósito Molina 2012).

Los relatos presentados por parte de profesionales que trabajan con mujeres haitianas dan cuenta de la intersección de todas las categorías señaladas por Crenshaw y que están a la base de la discriminación que sufren las mujeres haitianas en los centros de salud de la región del Maule.

Primera: discriminación patriarcal que opera en funcionarios sanitarios quienes categorizan a las mujeres haitianas como descariñadas y frías porque no siguen las indicaciones técnicas como se les ha señalado y parecieran no extrañar a sus hijos/as en Haití. Es decir, porque no cumplen con el mandato hegemónico y colonial de la femineidad de lo que supone ser buenas madres.

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

Segunda: discriminación clasista en la atención. Se otorgan a las formas de crianza valores socioeconómicos que suponen que mujeres con menos recursos no tendrían o tendrían menos apego que aquellas con más capital o supuestamente con más capital.

Tercera: discriminación racista. No es casualidad que las discriminaciones sexistas y clasistas presentes en el modelo biomédico, se visibilicen más, en mujeres racializadas y afrodescendientes, que en mujeres con características fenotípicas más blancas y/o europeizadas.

Cuarta: discriminación xenófoba. Las inmigrantes son categorizadas como la otredad en la atención

Estos cuatro elementos dan cuenta de la necesidad de interseccionar las categorías de género, clase, raza y nacionalidad, al trabajar con mujeres inmigrantes, pero también al abordar las maternidades transnacionales. Esto porque estas prácticas de cuidado coexisten con discursos culpabilizadores hacia o desde las mujeres. Lo anterior produce una relación contradictoria entre el mantenimiento de prácticas y vínculos transnacionales por parte de las familias migrantes y una representación de la experiencia migratoria de separación como un problema de desintegración familiar (León Gin 2014).

5. Conclusiones

La existencia de políticas y leyes interculturales en Chile no ha asegurado trato digno ni apropiado a sujetos racializados, dado el escaso conocimiento de éstas por parte de funcionarios/as que trabajan directamente con inmigrantes, personas indígenas y afrodescendientes.

Obviar el papel de la xenofobia y el racismo en la atención a inmigrantes negras puede constituir un grave problema en la salud de esta población, la que tiene un largo historial de discriminación y vulneración de sus derechos más fundamentales (De la Fuente 2018; Ferreira y Seijas 2018). Aprender a visualizar dichas discriminaciones en el trabajo de funcionarios de la salud, se hace indispensable para asegurar no sólo el acceso a la salud pública, sino también a diagnósticos oportunos, confiables e interculturalmente apropiados, así como también trato digno y tratamientos asertivos en función del estado de salud de la población negra y no desde los prejuicios xenófobos, racistas, de género y de clase que constantemente reciben en los servicios en los cuales se atienden.

Lo anterior evitará casos como los de las haitianas Joane Florvil y Rebeka Pierre, fallecidas en Chile por actos de discriminación de agentes del Estado y negligencia médica respectivamente (Figueroa 2019; Fuentes 2018), además de Vitha Malbranche, detenida por desórdenes en la vía pública ante un supuesto cuadro ansioso, separada de su bebé de seis meses e internada luego en un hospital psiquiátrico, pese a no presentar signos de ningún tipo de problema mental y tampoco presentar su hijo señales de maltrato o descuido (Cociña Cholaky 2019).

Estos casos evidencian el accionar del personal sanitario (carente de herramientas teóricas, conceptuales y metodológicas) – respaldado por la institucionalidad estatal- y su incomprensión del ejercicio de las maternidades transnacionales y en general de todas las maternidades alternativas a sus concepciones tradicionales, blancas y coloniales, así como de la diversidad de los sujetos que constituyen hoy sus presencias y proyectos de vida en los diferentes territorios que habitan.

Imponer sesgos patriarcales, clasistas, racistas y nacionalistas, a acciones que son prioritarias para el cuidado y protección de mujeres e infancias transmigrantes en el acceso a la salud pública, se ha transformado actualmente en uno de los problemas más complejos de subsanar, dada la invisibilidad de

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

éstos en los funcionarios que trabajan con la población inmigrante, sobre todo cuando ésta es racializada. Por ello, una educación decolonial, antipatriarcal y antiracista se hace primordial en la formación de todas las personas que trabajan y trabajarán con dichas poblaciones.

Referencias

Albó Corrons, Xavier. 2004. "Interculturalidad y salud". En Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas, editado por Gerardo Fernández Juárez. Ecuador: Ediciones Abya-Yala.

Amescua Chávez, Cristina, José Luque Bazán, y Javier Urbano Reyes, eds. 2013. Política en movimiento: Estado, ciudadanía, exilio y migración en América. UNAM. México: Díaz Santos.

Banco Mundial. 2019. "Tasa de mortalidad infantil - Latin America & Caribbean". Oficial. Banco Mundial BIRF-AIF. 2019.

Betancourt Burón, Déborah de la Caridad, y Aimée Gross Gutiérrez. 2018. "Maternidades transnacionales. La reconfiguración de la parentalidad en familias cubanas protagonistas del proceso migratorio". Etnografías Contemporáneas 4, n.. 6.

Campos Tavares, Jeane Saskya, y Sayuri Miranda de Andrade Kuratani. 2019. "Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se 'Tornaram Negras'". Psicologia: Ciência e Profissão 39.

Cociña Cholaky, Martina. 2019. "Mujeres migrantes, negras, indígenas y pobres enjuiciadas en Chile". El Desconcierto, 27 de mayo. /

Couto, Marcia Thereza, Elda de Oliveira, Marco Antônio Alves Separavich, y Olinda do Carmo Luiz. 2019. "La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas". Salud Colectiva 15.

Crenshaw, Kimberlé Williams, y Oristelle Bonis. 2005. "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color". Cahiers du Genre 39, n.. 2: 51-82.

Expósito Molina, Carmen. 2012. "¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España". Investigaciones Feministas 3: 203-22.

Fernández Juárez, Gerardo. 2004. Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas. Ediciones Abya-Yala.

Fernández Juárez, Gerardo. 2011. "Claroscuros de la salud intercultural en América Latina". Nuevo mundo mundos nuevos: 65-74.

Ferreira, Roquinaldo, y Tatiana Seijas. 2018. "Capítulo 2: 'El comercio de esclavos a América Latina. Una evaluación historiográfica'". En Estudios afrolatinos, una introducción, editado por Alejandro de la Fuente y George Reid Andrews, 41-70. Buenos Aires: CLACSO.

Figueroa, Natalia. 2019. "Las dudas que se plantean por la muerte de Rebeka Pierre tras ser atendida en el Hospital Félix Bulnes". El Desconcierto (blog), 20 de mayo. /

Fuente, Alejandro de la. 2018. "Capítulo 1. Los estudios afrolatinoamericanos, un nuevo campo". En Estudios afrolatinos, una introducción, editado por Alejandro De la Fuente y Jorge Reid Andrews, 11-40. Buenos Aires: CLACSO.

Fuentes, Rodrigo. 2018. "La muerte de Joane Florvil y el lejano escenario del nunca más". Diario UChile (blog), 24 de septiembre. /

Gregorio Gil, Carmen. 2006. "Contribuciones feministas a problemas epistemológicos de la disciplina antropológica: representación y relaciones de poder". AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana 1, n.. 1: 22-39.

Gregorio Gil, Carmen. 2012. "Tensiones conceptuales en la relación entre género y migraciones: reflexiones desde la etnografía y la crítica feminista". Papers: revista de sociología 97, n.. 3: 569-90.

Gregorio Gil, Carmen. 2017. "Etnografiar las migraciones ‘Sur’-‘Norte’: la inscripción en nuestros cuerpos de representaciones de género, raza y nación". Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales 0, n.. 37: 19-39.

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

Guzmán, Florencia. 2018. "¡Madres negras tenían que ser! Maternidad, emancipación y trabajo en tiempos de cambios y transformaciones (Buenos Aires, 1800-1830)". Tempo 24, n.. 3: 450-73.

Hernández, Monserrat. 2019. "Más de mil migrantes han retornado voluntariamente con asistencia de la OIM en Centroamérica". Organización Internacional para las Migraciones, 1 de marzo.

Kleidermacher, Gisele. 2016. "De Sur a Sur: movimientos transmigratorios de senegaleses hacia Argentina". Revista CIDOB d'Afers Internacionals, n.. 114: 183-205.

León Gin, Camila. 2014. "La retradicionalización de los roles de género en la maternidad transnacional: el caso de mujeres peruanas en Santiago de Chile". Si Somos Americanos 14, n.. 1: 15-40.

Lube Guizardi, Menara, Herminia Gonzálvez Torralbo, y Carolina Stefoni. 2018. "De feminismos y movilidades. Debates críticos sobre migraciones y género en América Latina (1980-2018)". Revista Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales 18: 37-66.

Lugones, María. 2008. "Colonialidad y Género". Tabula Rasa, n.. 9: 73-102.

Lupica, Carina. 2016. "MIGRACIÓN LABORAL EN CHILE. Oportunidades y desafíos para el Trabajo Decente". Santiago de Chile: Organización Internacional del Trabajo.

Luxán Serrano, Marta, y Jokin Azpiazu Carballo. 2017. "Metodologías de Investigación Feminista". Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.

Mora, Claudia. 2008. "Globalización, Género y Migraciones". Polis: Revista Latinoamericana 7, n.. 20: 285-97.

Mosquera Becerra, Janeth. 2015. "Develando lo que dicen sobre raza y etnia las revistas de salud pública de Colombia". Revista CS, agosto: 109-29.

OIM, Organización Internacional para las Migraciones. s. f. "Organización Internacional para las Migraciones | Misión de Chile". Organización Internacional para las Migraciones. Accedido 23 de junio de 2019. /

Peñaranda-Cólera, M.. Carmen. 2001. «Maternidades transnacionales: cuidados y afectos mediados por tecnologías de la información y la comunicación» (Conferencia presentado en IV Congreso de la Red Internacional de Migración y Desarrollo. Crisis Global y Estrategias Migratorias: hacia la redefinición de las políticas de movilidad, Flacso. Quito, Ecuador, mayo 18).

Portes, Alejandro, Luis Guarnizo, y Patricia Landolt, eds. 2003. La globalización desde abajo: Transnacionalismo inmigrante y desarrollo. La experiencia de Estados Unidos y América Latina. FLACSO México. Colección general. México.

Serrano, Marta Luxán, y Matxalen Legarreta Iza. 2019. "Metodologías cuantitativas desde una perspectiva feminista: una aplicación a través de las encuestas de empleo del tiempo". En Otras formas de (des)aprender: investigación feminista en tiempos de violencia, resistencias y decolonialidad, 93-110. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.

Tarrés Chamorro, Sol. 2001. "El cuidado del "otro". Diversidad cultural y enfermería transcultural". Gazeta de Antropología 17 (mayo).

Tijoux Merino, María Emilia, y Simón Palominos Mandiola. 2015. "Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile". Polis (Santiago) 14, n.. 42: 247-75.

Tomasini, Marina Edith, Paula Bertarelli, y Maria Gabriela Morales. 2017. "Género, racialización de la clase e identidades: Las categorías 'negros' y 'negras' en jóvenes de sectores populares de Córdoba". Psicoperspectivas 16, n.. 2: 9-19.

Viveros Vigoya, Mara. 2010. "La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual". Revista Latinoamericana de Estudios de la Familia: 63-81.

Zapata Martínez, Adriana. 2016. "Madres y padres en contextos transnacionales: el cuidado desde el género y la familia". Desacatos: Revista de Ciencias Sociales, n.. 52: 14-31.

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia