

# Artículos

## **Aportes de la antropología médica y la enfermería transcultural para el abordaje del fenómeno migratorio en Chile. El caso de enfermeras que trabajan con madres migrantes**

*Contributions of medical anthropology and transcultural nursing to address the migratory phenomenon in Chile. The case of nurses working with migrant mothers*

YAFZA REYES MUÑOZ \*  
Universidad Santo Tomás, Chile


**RESUMEN.** Esta investigación realizada entre 2021-2022 en la Región del Maule, Chile, reflexiona los aportes de la antropología médica y la enfermería transcultural en el entendimiento del fenómeno migratorio y en particular sobre las maternidades migrantes, en enfermeras que trabajan en Atención Primaria en Salud. Los resultados evidencian que enfermeras con formación en antropología médica y/o salud intercultural tienen mejor entendimiento de diferencias culturales de mujeres migrantes y además el trato entregado es más comprensivo y respetuoso que el entregado por profesionales sin dicha formación. Por otra parte, mujeres migrantes visualizan diferencias entre sus formas de maternaje, en la alimentación, el apego y el abrigo, no existiendo muchas discrepancias entre el trato brindado en sus países de origen y en Chile al momento del parto; aunque valoran mucho el acompañamiento de las enfermeras y matronas chilenas durante el embarazo y en el acompañamiento que hacen a sus hijos/as durante la primera infancia. Sin embargo, es interesante notar cómo las profesionales tienden a relacionar “población migrante” con personas haitianas mucho más que con otros colectivos migrantes. Las conclusiones apuntan a la necesidad de profundizar en la antropología médica como elemento fundamental en la formación de profesionales sanitarios que trabajan con población migrante.

**PALABRAS CLAVE:** antropología médica; enfermería transcultural; maternidades migrantes; salud pública

**ABSTRACT.** This research, carried out between 2021-2022 in the Maule Region, Chile, reflects on the contributions of medical anthropology and transcultural nursing in the understanding of the migratory phenomenon and in particular about migrant maternities, in nurses working in Primary Health Care. The results show that nurses with training in medical anthropology and/or intercultural health have a better understanding of the cultural differences of migrant women and the treatment given is more thoughtful and respectful than that delivered by professionals without such training. On the other hand, migrant women visualize differences between their forms of motherhood, in feeding, attachment and shelter, although there are not many discrepancies between the treatments provided in their countries of origin and in Chile at the time of delivery. However, they highly value the support of Chilean nurses and midwives during pregnancy and the care given to their children during early childhood. Interestingly, professionals tend to relate "migrant population" with Haitians much more than with other migrant groups. The conclusions point to the need to deepen medical anthropology as a fundamental element in the training of health professionals working with the migrant population.

**KEY WORDS:** Medical Anthropology; Transcultural Nursing; Migrant Maternities; Public health

---

\* Dra. en Ciencias Sociales (Universidad Católica de Murcia), Magíster en Estudios de Género (Universidad de Chile) Licenciada en Antropología (Universidad Católica de Temuco) y Certificada en Estudios Afrolatinoamericanos (ALARI- Harvard University). Docente adjunta en la Facultad de Salud, Universidad de Santo Tomás, Chile, Colaboradora con organizaciones de derechos de mujeres, infancias trans y ciudadanías migrantes. E-mail: [yafzatamara@gmail.com](mailto:yafzatamara@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0002-8083-6099>

## Introducción

La maternidad es una construcción multideterminada por normas que se basan en la necesidad de un grupo y de una época y no un “hecho natural” como muchas veces se intenta relevar. Además, está compuesta por discursos y prácticas sociales atribuibles a la cultura patriarcal que dota de un valor esencial a las mujeres y sus procesos de reproducción, los cuales son -supuestamente- el instinto materno y el amor maternal (Larrambebere, 2020; Obregón Brocher *et al.*, 2020; Yañez, 2017). Sin embargo “la percepción y representación de la maternidad varía según la generación, el lugar de origen... y el espacio de socialización... [de las madres]” (Marcús, 2006: 99). Y en ese contexto son múltiples y complejas las contradicciones y los conflictos relacionales que surgen tras el encuentro de ideas y concepciones heterogéneas respecto de qué es la maternidad y cómo debe ser realizada y sociabilizada (Lube Guizardi *et al.*, 2019).

Por ello, considerar una forma de maternar diferente a aquella ligada a la supuesta “naturaleza femenina” (radicada en la distinción biológica que asegura la maternidad como un *ser* y un *deber* separado de lo histórico y lo cultural), será silenciada o calificada como “anormal”, “desviada” o “enferma” (Palomar Vereá, 2005) y en tal escenario las mujeres migrantes suelen pagar altos costos emocionales, psicológicos y físicos por sus formas diferentes de maternaje; ya sea en el proceso del embarazo mismo, en el parto o postparto, o en las prácticas de amamantamiento, apego, entre otras (Reyes-Muñoz *et al.*, 2021).

De ahí que sea relevante entonces, comprender los aportes que ha tenido la antropología, y particularmente la antropología médica, en la visibilización y comprensión de las diferentes visiones de mundo, las múltiples y variadas formas del fenómeno salud-enfermedad, las expectativas acerca del cuidado, y por supuesto, la comunicación transcultural.

Así entonces, las expectativas del proceso de diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de la salud estarán enmarcadas por los contextos en los cuales las personas nos desarrollamos; y por ende, las expectativas acerca del cuidado (incluyendo los procesos de maternaje) estarán altamente condicionadas a la cultura dominante en la cual se insertan las mujeres al momento de ser madres (Obregón Brocher *et al.*, 2020; Reyes-Muñoz & Chatelier, 2023; Castilla, 2005; Larrambebere, 2020).

En ese escenario, la antropología médica y la salud intercultural brindan importantes encuadres para entender las necesidades de las personas de contextos culturales diferentes. Y en ese sentido, tanto la teoría como la práctica antropológica en el ámbito de la salud, han logrado dar cuerpo a una serie de acciones y políticas que han fomentado y evidentemente, mejorado, el bienestar de las poblaciones locales, y por supuesto también, de las poblaciones migrantes (Reyes Muñoz, 2021; Veliz-Rojas *et al.*, 2019; Beatriz Loza, 2010).

Por otro lado, es relevante señalar que quienes trabajan en el ámbito de la salud, también tienen su propio marco cultural, influenciado además, por la formación académica que reciben, la cual se inserta en un modelo predominantemente biomédico, con una concepción de la salud, la enfermedad y el proceso de atención-curación, altamente patologizado y medicalizado (Menéndez, 1992). Y en ese sentido, la relevancia de la salud pública como garantía del derecho a la salud, se hace fundamental, pues justamente quienes deben garantizar este derecho, son, en muchas ocasiones, los responsables de negarlo -ya sea consciente e inconscientemente- si no se consideran las lógicas culturales de las propias personas que acuden a los centros de salud, invisibilizándoseles como sujetos, justamente, por tener otros marcos culturales y epistémicos -considerados muchas veces “poco científicos” o lisa y llanamente imaginarios.

En ese contexto es relevante el papel que ha jugado la enfermería transcultural, desarrollada por Madeleine Leininger, la primera enfermera profesional con preparación universitaria que obtuvo un doctorado en Antropología Cultural y Social. Ella, en la década de los '70 del pasado siglo desarrolló la teoría “Diversidad y universalidad en el cuidado cultural”, en la que despliega el modelo de “El sol naciente”, donde incorpora nueve dominios culturales y su relación

con los comportamientos de quienes reciben cuidados enfermeros (Aguilar Guzmán *et al.*, 2007).

Leininger, quien se basó en la antropología para definir la enfermería transcultural como una rama clave de la enfermería, entendía que ésta debía preocuparse de proporcionar cuidados específicos para las personas de cada cultura en particular. Y esto lo hizo dada su creencia de que las personas de diferentes culturas podían informar y guiar al personal de salud en el tipo de atención sanitaria que necesitaban. La creencia y postulados de Leininger están reflejados en innumerables esfuerzos para adecuar los cuidados de las personas en pro del bienestar, la recuperación, el reintegro, la prevención y la promoción de la salud. No obstante estos esfuerzos se hacen insuficientes en un país en el cual las mallas curriculares de las carreras de ciencias de la salud, y particularmente de enfermería, no contemplan ramos específicos sobre antropología médica, salud intercultural, u otros afines (Correa *et al.*, 2019; Reyes Muñoz, 2021). Aun así, bien vale el esfuerzo indagar sobre el hacer antropológico en el contexto migratorio que atraviesa actualmente la salud en Chile y particularmente en un territorio no metropolitano, como es la región del Maule, contexto en el cual se desarrolló esta investigación.

El objetivo de este trabajo es entonces, colocar en valor el rol de la antropología y la enfermería transcultural en el entendimiento del fenómeno migratorio en Chile, pero principalmente los conocimientos y percepciones que tienen profesionales de la enfermería sobre antropología médica e interculturalidad, a modo de develar posibles sesgos en la atención entregada a mujeres migrantes latinoamericanas y del Caribe que ejercen otras formas de maternaje y las consecuencias que esto puede tener en la denegación del acceso a la salud, como derecho fundamental en la vida de las personas.

Para ello, esta investigación busca responder a la pregunta: ¿De qué manera los aportes de la antropología médica y la enfermería transcultural inciden en el trato y el entendimiento que tienen profesionales de la enfermería que trabajan en atención primaria en salud, sobre las diferencias culturales que tienen las mujeres migrantes residentes en Chile, respecto a sus prácticas de embarazo, parto y cuidados a sus hijos/as?

## Discusión teórica

A continuación, se profundizará en los ejes teórico-conceptuales de la investigación, los cuales permitirán poner en perspectiva la comprensión de la temática. Estos son: antropología médica; enfermería transcultural y maternidad hegemónica.

### Antropología médica

La cultura podría ser definida como una estructura social que nos dota de formas específicas de pensar, sentir y actuar; un fenómeno de “representación simbólicamente eficaz de la experiencia humana” (Escobar Vekeman, 2003: 2) que se va transformando, tal como se transforman los relatos que la constituyen. En palabras de la ya citada autora (2003) se trataría de “símbolos que generan otros símbolos. Interlocutores que generan otros interlocutores” (Escobar Vekeman, 2003: 3). Por ello, y tomando en consideración esas definiciones y en el entendimiento que la antropología es el estudio de la cultura, la antropología fue quizás:

...la primera ciencia social en otorgarle un estatus epistemológico a la vivencia descubierta a través de la experiencia, de manera que permitió entender cómo la gente de otros lugares y tiempos vivían, y cuán diferentes o similares eran en relación con nosotros. Estos conocimientos nos han enseñado a vivir, manteniendo relaciones de convivencia con los otros y con nosotros mismos, a partir de la comprensión e identificación de dramas comunes y de la necesidad humana de autointerpretación (Díaz

Bernal *et al.*, 2015).

La antropología médica sería entonces, la disciplina que interpreta la relación del proceso salud-enfermedad-atención-prevención, con la cultura y la sociedad. Entendiendo que,

...la *ruptura* con la dimensión mágico-religiosa de la enfermedad y la cura, tuvo consecuencias positivas para poder recuperar las dimensiones del sufrimiento, de la mortalidad, [y] de la enfermedad, que eran totalmente opacadas por los estudios de los procesos mágico-religiosos, sin embargo, condujo a reducir cada vez más su papel en el proceso de s/e/a-p [salud/enfermedad/atención-prevención] (Menéndez, 2018: 462).

Así entonces, la antropología médica nos permite complementar las miradas propias de los estudios de los procesos mágicos religiosos, con los estudios de la salud pública y la epidemiología para ser capaces, actualmente, de entender de manera integral y holística el proceso de salud-enfermedad-atención-prevención desde las múltiples y complejas interpretaciones que las personas tenemos de éste, con el objetivo de describirlo, analizarlo, compararlo, comprenderlo, y por qué no, intervenir sobre ese proceso. Pues pareciera ser que cada vez es más evidente que el campo de la salud humana es un campo simbólico en el cual tanto teorías profanas como “expertas” comparten símbolos y signos que se asimilan y se diferencian en nosotros/as y los otros/as (Escobar Vekeman, 2003).

De esta manera la antropología, desde finales del siglo XX, trabaja la relación salud-enfermedad-atención-prevención y cultura desde al menos tres ópticas (Bibeau, 1993): en primer lugar como un análisis centrado en un discurso popular, es decir alejado del discurso biomédico, mirando cómo las sociedades identifican, describen y denominan sus problemas de salud; una segunda perspectiva sería la interpretación que la gente hace de sus diferentes situaciones de salud-enfermedad, así como sus significados, y no sólo su explicación; y por último, mirar como todo esto modela, interactúa y construye la experiencia, es decir, la acción misma del proceso de la salud-enfermedad / atención-prevención.

### **Enfermería Transcultural**

La teoría de la enfermería transcultural planteada por Madeleine Leininger ofrece un estudio y práctica sobre la disciplina de la enfermería enfocada en el cuidado holístico comparativo de la salud, de los modelos de enfermedad; y, por supuesto, de los individuos y los grupos respecto a las diferencias y similitudes que éstos tienen sobre los valores culturales, las creencias y las prácticas del proceso de salud-enfermedad. Esto, con el objetivo de proporcionar un cuidado congruente, sensible, y culturalmente apropiado según el contexto de los sujetos que reciben dichos cuidados, en el entendimiento de que estos son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia de las personas, así como para afrontar sus discapacidades o la muerte (Aguilar Guzmán *et al.*, 2007).

Por otra parte, el modelo del “Sol naciente” -también desarrollado por Leininger en la década de los ’70- enfatiza en aquellas dimensiones culturales susceptibles de ser valoradas por los actores que protagonizan el fenómeno de los cuidados, a partir de su gran diversidad cultural. Estas dimensiones son: la cosmovisión (formas de comprender los mundos); las dimensiones de la estructura social y cultural (factores tecnológicos, filosóficos, espirituales, legales, económicos y educacionales), las relaciones de parentesco y los valores culturales; y, las expresiones y prácticas de cuidado (Aguilar Guzmán *et al.*, 2007).



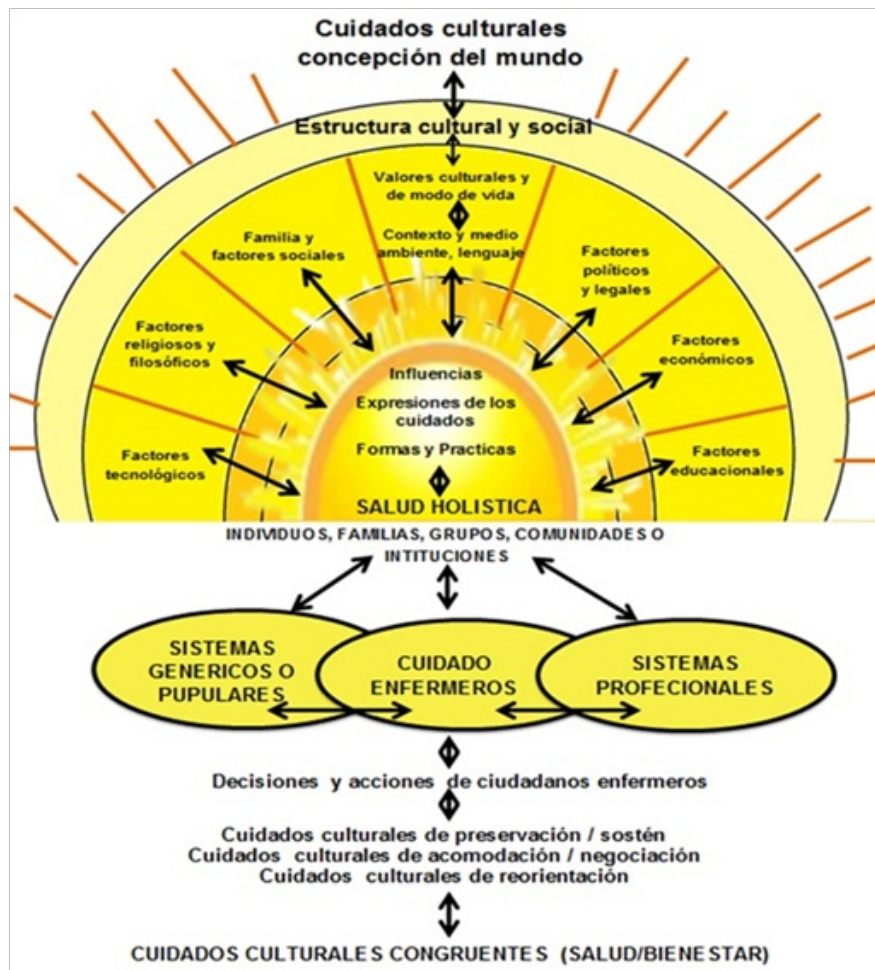


Imagen 1: Teoría del sol naciente de Madeleine Leininger.  
Fuente (Aguilar Guzmán *et al.*, 2007).

En la imagen se pueden apreciar los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influyen en los cuidados y la salud de las personas, por medio del lenguaje y el entorno. Estos factores influyen en los sistemas enfermeros que se encuentran en la parte central del modelo y que pueden establecerse en tres tipos: presentación y mantenimiento de los cuidados culturales; adaptación y negociación de los cuidados culturales; y, reorientación o restructuración de los cuidados culturales. Las dos mitades unidas forman un sol que grafica el *universo* que los/as profesionales de la enfermería debiesen considerar para valorar los cuidados humanos y la salud.

Es por lo anterior que el modelo de Leininger describe a las personas como seres que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social que les rodea, así como tampoco de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto cultural en el cual están insertas.

A la luz de lo anterior, los cuidados culturales serían todos los valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de generación en generación, que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupos, a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida, afrontando discapacidades y por supuesto, la muerte. Así, “Los cuidados enfermeros coherentes con la cultura y beneficiosos, solo se dan cuando la enfermera tiene conocimientos y hace un uso adecuado y coherentemente de los valores, expresiones y modelos” (Aguilar Guzmán *et al.*, 2007: 1); por ende, el aprendizaje de esta teoría y mayormente su

puesta en práctica es lo que permite a los/as profesionales de la salud y en particular de la enfermería, otorgar beneficios sanitarios a personas usuarias de los servicios de salud, entendiendo, en el escenario actual chileno, que la falta de materias en interculturalidad y antropología médica, que logren mancomunar y yuxtaponer estos conocimientos es una gran limitación a la hora de entregar una atención culturalmente apropiada a personas migrantes y en particular a mujeres migrantes madres que tienen concepciones profundamente diversas sobre las formas en las cuales se desarrollan o se deben desarrollar los cuidados maternos hacia sus hijos/as.

### Maternidad hegemónica

Respecto de las maternidades, partimos citando a Jeanny Posso Quiceno (2010), quien señala que la maternidad ha sido construida desde la biología, la medicina y psicología occidentales, como un elemento básico de la vida de las mujeres, una especie de esencia del ser mujer; constructo naturalista establecido con más fuerza en la revolución francesa y consolidado en la época del desarrollo industrial. Por ello, “cuando el feminismo planteó, por primera vez, la ancestral jerarquía entre los sexos como un privilegio injusto y, por lo tanto, que la dominación masculina era política, la respuesta de los varones fue la naturalización de tal dominación” (Posso Quiceno, 2010: 60), mediante la naturalización de la maternidad y sus procesos reproductivos, quitando todo el peso social que implican estas formas, ahora institucionales y políticas.

Este relato se mantiene mediante ideales como el instinto o el amor *maternal*, los que según Silvia Tubert (1999) han sido la base sobre la que se instituyó la maternidad como principal función de la mujer y fundamento de su identidad. Así, “estas propuestas, que hablan del amor como valor fundamental de la maternidad, propusieron un nuevo modelo de feminidad, en el que las mujeres debían asumir un papel pasivo, aceptando el poder de los varones” (Posso Quiceno; 2010: 61). Así entonces, los Estados parten por controlar el comportamiento de las mujeres a través de su “gravidez” y, dependiendo del contexto histórico en el que éstas están insertas, se promoverán políticas en pro de la natalidad, condenando la anticoncepción y el aborto, o bien, aprobando políticas de control y eugenesia, como por ejemplo, las esterilizaciones forzadas (Busquier, 2020).

Desde otra arista, Silvia Federici (2018) analiza con inusitada precisión cómo “la familia, tal y como la conocemos en “Occidente”, es una creación del capital para el capital, una institución organizada para garantizar la cantidad y calidad de la fuerza de trabajo y el control de la misma” (Federici, 2018: 34), lo que queda de manifiesto en las luchas obreras de mediados del siglo XIX en Gran Bretaña, luego de la destrucción de la mano de obra producto de las epidemias y el trabajo forzado que debían sortear hombres y mujeres por igual, incluidos niños/as desde los cinco años. En sus palabras:

La necesidad de tener una mano de obra más estable y disciplinada forzó al capital a organizar la familia nuclear como base para la reproducción de la fuerza de trabajo... [y] ... como el sindicato, la familia protege al trabajador, pero también se asegura de que él o ella nunca serán otra cosa que trabajadores. Esta es la razón por la que es crucial la lucha de las mujeres de la clase obrera contra la institución familiar (Federici, 2018: 34).

Por otro lado, vemos como desde finales del siglo XIX y principios del XX, se construyó el rol materno, tanto desde la medicina como desde los Estados, como una responsabilidad fundamental de las mujeres para la vida y el cuidado de sus hijos/as. En ese sentido “los expertos” instauraron la reclusión de las mujeres en el hogar como medida sanitaria y los poderes estatales lo convirtieron en una premisa propia de las “verdaderas mujeres” o de las que ejemplificaban el valor propio de la nación, la *familia* y el Estado.

En ese escenario, estos trabajos permiten comprender como la ideología detrás de la construcción social de la maternidad, constituye una pieza fundamental para el capitalismo y por ende

para la subordinación de las mujeres a través de sus cuerpos y sus procesos reproductivos. Así, el viejo slogan “el capitalismo se sostiene gracias al trabajo no remunerado de las mujeres” evidencia hoy más que nunca como estos procesos anularon -a través de la “biología y naturalización” de la reproducción de las mujeres- sus agencias, resistencias y aportes al desarrollo socioeconómico.

Por otra parte, en América Latina el rol de los higienistas y la influencia de las ideas derivadas de la eugenesia en la dirección de la conducta de las madres para evitar la “degeneración de la raza” tras el proceso de conquista, colonización y esclavitud, han sido ampliamente abordadas por la literatura en Argentina, Perú y México. Algunos ejemplos son el texto *Mujeres y cultura en la argentina del siglo XIX* de Batticuore *et al.*, (1994); *Construcción social de la maternidad, el papel de las mujeres en la sociedad* de Miriela Sánchez Rivera (2016) o *Limpas y modernas: género, higiene y cultura en la lima del novecientos* de María Emma Mannarelli (1999).

Finalmente, y atendiendo a estas últimas cuestiones, no es posible analizar la institución de la maternidad y su domesticación si no es en relación con el racismo. Para Rich (2019), el ideal de la maternidad hegemónica se aplicaba sólo a las mujeres blancas, en tanto se esperaba que las mujeres negras fueran reproductoras de la población esclavizada. Para Yañez (2017), las mujeres negras fueron consideradas sólo como seres sexuales y provocadores de sus “amos”, mientras que las mujeres blancas “puras y castas” estaban destinadas a ser esposas de los colonos y terratenientes y, por supuesto, madres de sus descendientes.

En este escenario, es relevante indagar sobre la enfermería transcultural y las formas en las cuales se entiende la maternidad de las mujeres racializadas, desde dicha disciplina.

## Método

Esta investigación es parte de una mayor y cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Católica de Murcia N° CE0171925. Particularmente los datos presentados en este trabajo fueron elaborados entre marzo de 2021 y diciembre de 2022, y buscan profundizar en la siguiente interrogante: ¿De qué manera los aportes de la antropología médica y la enfermería transcultural inciden en el trato y el entendimiento que tienen profesionales de la enfermería que trabajan en atención primaria en salud, sobre las diferencias culturales que tienen las mujeres migrantes residentes en Chile, respecto a sus prácticas de embarazo, parto y cuidados a sus hijos/as?

Para operativizar esta inquietud, se desarrollaron seis objetivos específicos con dos sujetos de estudio diferentes: enfermeras que trabajan en atención primaria y mujeres migrantes que fuesen madres. Estos objetivos son:

Identificar conocimientos y percepciones que tienen enfermeras sobre migración, antropología e interculturalidad.

Describir percepciones de enfermeras acerca de los cuidados otorgados por madres migrantes a sus hijos/as.

Describir experiencias maternas de mujeres migrantes en Chile.

Describir experiencias de parto de mujeres inmigrantes, en Chile y en sus países de origen

Comparar cuidados otorgados por mujeres migrantes a sus hijos/as, entre Chile y sus países de origen.

Analizar cómo la incorporación de la antropología médica y/o la enfermería transcultural, inciden en el trato que entregan enfermeras de atención primaria en salud, a mujeres migrantes que son gestantes o madres.

Las respuestas a los objetivos descriptivos constituyen los resultados de esta investigación.

La información recabada está basada en los insumos de:

- seis entrevistas semiestructuradas a enfermeras chilenas que llevasen al menos un año de trabajo con personas migrantes en algún centro de salud público en Chile (tres de ellas sin

formación en antropología y/o salud intercultural, y tres con formación en estas disciplinas). Estas entrevistas duraron aproximadamente una hora y fueron realizadas mediante GoogleMeet dada las estrictas restricciones de desplazamiento impuestas en Chile, debido a la pandemia COVID-19, en el año 2021.

- diez entrevistas semiestructuradas a mujeres inmigrantes residentes en la región del Maule, desde hace al menos un año. Estas entrevistas duraron aproximadamente una hora y se realizaron en los hogares de las mujeres participantes o bien en la casa de la investigadora responsable, atendiendo a las necesidades de desplazamiento, tiempo y confidencialidad que requería cada una de ellas. Dichas entrevistas fueron realizadas durante el primer semestre del año 2022.

**Tabla 1. Guión de preguntas realizado a profesionales enfermeras**

Describir conocimientos y percepciones que tienen enfermeras sobre migración, antropología e interculturalidad	¿Qué conocimientos tiene sobre antropología o salud intercultural? ¿Cuál es su percepción sobre el fenómeno migratorio en general y en particular sobre las mujeres migrantes?
Describir percepciones de enfermeras acerca de los cuidados otorgados por madres migrantes a sus hijos/as	¿Cómo describiría los cuidados que entregan las madres migrantes a sus hijos/as? ¿Qué acciones realiza para brindar una atención “culturalmente apropiada” a las mujeres migrantes?

**Tabla 2. Guion de preguntas realizado a mujeres migrantes**

Describir experiencias maternas de mujeres inmigrantes en Chile y sus países de origen	¿Cómo es la maternidad en su país de origen? ¿Cómo ha sido su experiencia como madre migrante en Chile?
Describir experiencias de parto de mujeres inmigrantes, en Chile y sus países de origen	¿Cómo fue su experiencia al momento del parto en su país de origen? ¿Cómo fue su experiencia al momento del parto en Chile?
Comparar estilos de cuidados de mujeres inmigrantes entre Chile y sus países de origen	¿Cuáles cree son las principales diferencias entre los cuidados que se le dan a los niños/as en Chile, respecto de los que comúnmente se dan en su país de origen?



**Tabla 3. Caracterización de enfermeras participantes del estudio**

Participantes	Edad	Años de experiencia en atención de población migrante	Formación en antropología	Formación en salud intercultural
Enfermera 1	32	4	No	No
Enfermera 2	40	3	No	Sí
Enfermera 3	45	4	No	No
Enfermera 4	33	7	Sí	Sí
Enfermera 5	35	2	No	Sí
Enfermera 6	55	6	Sí	Sí

**Tabla 4: Caracterización de mujeres inmigrantes madres partícipes en la investigación**

Participantes	Nacionalidad	Edad	Escolaridad	Tiempo de residencia en Chile
Mujer Migrante 1	Ecuatoriana	30 años	Técnica	3 años
Mujer Migrante 2	Venezolana	35 años	Técnica	3 años
Mujer Migrante 3	Colombiana	25 años	Secundaria	3 años
Mujer Migrante 4	Venezolana	38 años	Universitaria	7 años
Mujer Migrante 5	Venezolana	38 años	Universitaria	5 años
Mujer Migrante 6	Haitiana	38 años	Secundaria	4 años
Mujer Migrante 7	Colombiana	20 años	Secundaria	3 años
Mujer Migrante 8	Haitiana	30 años	Secundaria	4 años
Mujer Migrante 9	Venezolana	40 años	Secundaria	8 años
Mujer Migrante 10	Haitiana	28 años	Técnica	7 años

## Resultados

En este apartado se expondrán los resultados, ordenados en función de los objetivos específicos de la investigación.

### 1. Conocimientos y percepciones que tienen profesionales enfermeras sobre migración, antropología e interculturalidad

#### a. Conocimientos sobre antropología y/o salud intercultural

¿De antropología? Mmm... ¿cómo el estudio del hombre? La verdad es que no sé... Ahora sobre interculturalidad, sí, lo que tiene que ver con los mapuches [etnia originaria que habita en lo que hoy es Chile y Argentina] ¿cierto? Y bueno, ahora los migrantes (Enfermera 1).

La verdad no mucho... Lo de interculturalidad lo vimos en un ramo en la U. Cuando nos pasaron las teorías de la enfermería. Ahí vimos a Leininger (Enfermera 2).

Mmm... no, la verdad (Enfermera 3).

Siii. De ambas, porque haber tenido las asignaturas de Socioantropología y salud intercultural en una carrera de la salud significó abrir mi mente a que la medicina alópata no es la panacea, me enseñó que el ser humano es un ser complejo y que aquello que lo enferma y sana involucra dimensiones tan complejas como nuestra misma existencia, únicas y especiales para cada cual. En la realidad clínica ha sido inmensamente beneficioso a la hora de empatizar, conectar, comprender y respetar a las personas, sus deseos y creencias en su proceso salud-enfermedad (Enfermera 4).

Por las mías estuve muy interesada desde la universidad, en la enfermería transcultural, pero fue nada lo que nos pasaron... así como: Leininger propuso la teoría del sol naciente y que cada persona que está enferma puede orientarnos sobre el cuidado que requiere, pero nada más. Pero a mí me gustó un montón. Entonces traté de averiguar más; y la verdad es que cambia mucho... yo me doy cuenta de que el trato que yo entrego es diferente; siento que tengo menos prejuicios..., porque, por ejemplo, es heavy el maltrato a las mamás haitianas (Enfermera 5).

Sí, la verdad sí. En la universidad tuve el ramo de antropología de los cuidados y ahí vimos salud intercultural y la verdad es que ha sido súper positivo para poder trabajar el tema migrante. Ahora, que eso lo hayamos visto en el CESFAM [Centro de Salud familiar], no, para nada. Cuando llegó la población haitiana en 2018 fue super terrible, nadie nos educó para trabajar con ellos y eso significó mucho cansancio de parte de los profesionales, pero seguramente también algunos malos tratos o poco entendimiento de sus dinámicas culturales o simplemente problemas que necesitan ser resueltos... Entonces es importante, súper importante (Enfermera 6).

#### b. Percepción de enfermeras sobre el fenómeno migratorio en general y en particular sobre las mujeres migrantes

Positivos yo creo que igual hay una mayor diversidad, uno conoce nuevas culturas, mmmmm... y ellas también tienen una mejor atención (Enfermera 1).

Sobre migración... a ver... Mira, es que a pesar de que tenemos a la facilitadora intercultural que ella igual interactúa con las haitianas, tampoco una sabe si lo que una les dijo es lo que ellas están repitiendo. Entonces yo creo que eso igual es un problema respecto de los migrantes que han llegado (Enfermera 2).

Es que ellas vienen con sus costumbres, en todo sentido... A veces no están acostumbrados a los horarios... No sé... son culturas diferentes. Por ejemplo... En el caso de las venezolanas, por ejemplo, que me ha tocado entrevistar o hacer control, ellas vienen como a exigir un tratamiento específico. Tienen un trato, o sea no todas, pero me pasa que siento que son muy demandantes, que quieren que se les atienda enseguida y que sea todo perfecto... Pero bueno, es también su cultura; por lo tanto, uno tiene que ir adaptándose... Pero no sé la verdad, porque las mujeres haitianas son muy diferentes, ellas son más humildes, tienen mejor semblante. Son muy tímidas, pero siento que están bien, contentas (Enfermera 4).

Siento que a lo mejor no estamos entregando la atención que ellos necesitan... Ahora con las mujeres migrantes yo creo que es mejor, porque por ejemplo el programa "Niño Sano" y todo lo que conlleva el acompañamiento del embarazo en Chile; yo creo que eso es super bueno, de hecho, ellas mismas dicen que en sus países no hay eso... En Venezuela, en Colombia, en Haití (Enfermera 5).

En cuanto a las cosas negativas influye mucho por ejemplo en el caso de los haitianos el tema del idioma, yo creo que igual es una gran barrera por el hecho de que no tienen o sea no reciben información como uno quisiera entregárselas, de hecho, sobre todo por ejemplo a mí me toca ver mamás que vienen con su hijo al control y entonces uno como profesional siempre siente y queda con la duda si la mamá entendió o no lo que uno le está diciendo. Porque en realidad la mamá dice sí, mueve la cabeza, pero no sabemos si ella entendió el mensaje o no (Enfermera 6).

Como se lee en los extractos de las enfermeras entrevistadas, se logra entrever una mayor profundización en la comprensión del fenómeno migratorio que tienen las profesionales con formación en antropología e interculturalidad (4, 5 y 6), que las profesionales sin dichas competencias; algo que se verá de manera más evidente, a medida que se presenten otros resultados.

### **Percepciones de enfermeras acerca de los cuidados otorgados por mujeres migrantes a sus hijos/as.**

Mira, voy a ser muy honesta... Yo creo que no tienen mucha educación materna, porque no hay caso, no podemos explicar la importancia de dar lactancia materna. Tenemos muchos bebés con riesgo de desnutrición o con desnutrición, porque muchas veces las mamás no dan lactancia materna... las mujeres haitianas no alimentan a sus bebés... entonces los bebés de tres a cuatro meses comienzan a comer alimentos sólidos. Y la OMS [Organización Mundial de la Salud] dice que a los seis meses deben comer sólidos... no sabemos cómo hacer para que aprendan, cómo educarlas (Enfermera 1).

...se ve también que ellas dejan a los niños, o los papás están fuera, eso también influye porque ya... el niño no se cría con los papás, entonces eso igual es complejo creo yo... la mamá es como un todo para uno, o sea el papá también, pero es la mamá la

que ejerce esa labor de crianza al final, porque, aunque uno quiera o no, el hombre siempre es el que sale a trabajar, la mamá también puede salir, pero ya es más opcional. La mamá es la que se queda en casa y debe cuidar (Enfermera 2).

...en el servicio de parto, por ejemplo, de 10 partos siete u ocho son haitianas y dos chilenas. Entonces esto de la maternidad, o sea, esta estrategia de quedarse embarazada en un país donde quieren permanecer fue una estrategia que se podía haber prevenido cuando el haitiano llegaba... pero que no se malentienda... No es que sea malo que nazcan y sean chilenos, no. Es por todo lo que traen detrás... (Enfermera 3).

Como es posible leer en los extractos de las enfermeras sin formación en interculturalidad y/o antropología médica, los sesgos sobre las madres migrantes son relevantes y además podrían constituir graves complejidades en el aseguramiento de los derechos de las infancias. Por ejemplo, frases como: *las mujeres haitianas no alimentan a sus bebés* son gravísimas, considerando que ello podría llevar a la muerte de los/as niños/as; sin embargo, la realidad es que sí alimentan a sus niñas, aunque no con lactancia exclusiva. Lo mismo sucede con frases como: *la mamá también puede salir, pero ya es más opcional. La mamá es la que se queda en casa y debe cuidar*; esta idea, muy patriarcal y arraigada en una idea clasista del cuidado, desconoce en absoluto la realidad de muchas mujeres migrantes que no pueden acceder al derecho a cuidar. La evidencia señala que muchas mujeres migrantes deben dejar a sus hijos/as con familiares o incluso solos/as para acceder al mercado laboral y poder sostener económicamente a su núcleo familiar (Zicavo, 2013; Larrambebere, 2020).

Sin embargo, la percepción de las enfermeras con formación en antropología y/o interculturalidad, es muy diferente, y así se evidencia en el siguiente relato:

Buena la verdad. Yo tengo una buena percepción. En el caso de las haitianas ellas son bien humildes, como que son bien receptivas a lo que uno les dice, cumplen siempre, como le dije; como siempre preocupada en realidad de los niños y anda como contenta siempre, como agradable... Yo no sé qué es lo que ven ellas. Yo creo que el sistema de salud debe ser muy precario allá en su país de origen (Enfermera 5)

#### a. Acciones realizadas por enfermeras para brindar atención “culturalmente apropiada” a mujeres migrantes

En el caso de las acciones que realizan las profesionales para atender mejor a la población migrante, también se pueden ver diferencias entre quienes tienen formación más integral, y quienes no. Así se puede ver en los siguientes relatos:

Uno trata de poner más énfasis en ellos, para que entiendan mejor, para que puedan igual seguir como las instrucciones que uno les deja, por ejemplo si viene una paciente hipertensa uno trata de enseñarle el tema de los medicamentos, uno pone como más atención a ver si entendió... porque aquí la gente sabe qué medicamentos se toman para la presión, que medicamento se toma para la diabetes (que no se lo tomen es otra cosa), pero en el caso de ellas [las mujeres migrantes] no saben, entonces yo creo que uno se esfuerza por poder entregarles una mejor atención para que entiendan lo se les está diciendo (Enfermera 1).

Ufff... Repetir y repetir muchas veces... Igual hay personas a las que no les agrada mucho atenderlos, o sea hay personas a las que sí les gusta atender a la población migrante, pero hay otras que no. Bueno es lo mismo que nos pasa con todos los pacientes, ya sean extranjeros y no extranjeros. Porque, o sea si uno les está entregando las

herramientas al paciente para que se empodere de su salud y no lo realiza, también una se frustra. Entonces si una les dice que tienen que asistir a los controles o no vienen, o no siguen las instrucciones que uno le dejó, claro, se va a frustrar y eso también va a repercutir, y uno va a entregar a lo mejor, una no tan buena calidad de atención. Entonces pasa eso (Enfermera 2).

Frases tales como “aquí [en Chile] la gente sabe qué medicamentos se toman para la presión, que medicamento se toma para la diabetes... pero en el caso de ellas no saben...” evidencia, por un lado, el desconocimiento de la agencia de las mujeres migrantes sobre sus procesos de sanación y a la vez una subvaloración de sus capacidades, al asumir que no saben para qué sirven los medicamentos. O bien la frase “si no siguen las instrucciones que uno les dejó, claro, se va a frustrar y eso también va a repercutir, y uno va a entregar a lo mejor, una no tan buena calidad de atención” coloca en incertidumbre la entrega de atención en salud y las garantías de un real acceso al derecho a la salud, dependiendo del estado de ánimo, en este caso frustración, de quienes atienden a la población migrante.

No obstante, las profesionales con formación complementaria gestionan sus acciones, desde otras lógicas, primando sus propios procesos de agencia y resistencia, en consideración de la ausencia de indicaciones institucionales. Por ejemplo:

Lo más importante, informarse; conocer sobre el país del que vienen, la cultura, las formas en las que llevan a cabo sus procesos médicos, qué es lo que entienden de verdad por el clásico concepto de “salud-enfermedad”. Pero cuesta mucho; primero porque no hay tiempo y tampoco porque nos ayudan con eso desde el ámbito del ministerio o desde los departamentos que deberían capacitarnos en esas cosas. Destinar horas de trabajo para que realmente podamos hacer mejor la pega [trabajo] (Enfermera 5).

¡Qué no hemos hecho! Buscar manuales en creole para los haitianos, aplicaciones para traducir, pero es super difícil, porque el creole no es un idioma simple de traducir en internet. No sé si te has dado cuenta, por ejemplo, colocar una frase en el traductor de Google y sale cualquier cosa; pero hemos hecho muchas cosas, aunque la mayoría han sido más bien por iniciativa propia y buena voluntad; no es que haya sido algo así como una instrucción desde el nivel central... (Enfermera 6).

## Maternidad de mujeres migrantes

Los resultados presentados a continuación corresponden a los datos creados con las mujeres migrantes y dan cuenta de dos elementos relevantes; el primero, que hace referencia a la maternidad como una cuestión más comunitaria en los países de origen de las mujeres migrantes y el segundo, la valoración por parte de las mujeres migrantes del respeto hacia las niñas en Chile y el acompañamiento que se hace de éstas en la Atención Primaria.

### a. La maternidad de mujeres migrantes en sus países de origen

Yo la verdad es que no quería tener hijos. Nunca se me pasó por la cabeza... Pero mi marido quería... entonces, bueno, tuvimos. Pero fue complicado, porque la atención fue muy buena, pero estaba muy sola. Mi familia está desplazada en otros territorios de Colombia, entonces estuve muy sola. Los hombres no se hacen cargo de esas cosas; ellos trabajan. Bueno, al final nos separamos, entonces yo quedé sola con los niños. Pero es algo muy lindo ser madre (Mujer Migrante 3).



Es algo más de entre todos. Toda la gente allá se preocupa de la mamá... los vecinos, la mujer que es así como un médico naturista; la familia... Todo la gente se preocupa de la mujer embarazada (Mujer Migrante 6).

Difícil... la verdad es que difícil, pero lindo; mucha comunicación con parientes, las mujeres de la familia, las amigas... Es un proceso lindo, pero fue difícil porque no siempre podía ir a los controles de salud (Mujer Migrante 1).

#### b. La maternidad de mujeres migrantes en Chile

Es bien parecido a mi país. Aquí tienen mucho cariño y respeto por los niños y niñas. Yo me doy cuenta de repente que hasta si voy con mi hija al centro de salud, me atienden mejor que cuando voy sola. Es muy amable la maternidad aquí. Pero siento que hay mucha aprensión con los niños; como que el bebé no se puede caer, no se puede dejar solito... (Mujer Migrante 3).

Aquí hay mucho apoyo para las mujeres embarazadas. El programa de control de los niños; el apoyo de la matrona durante todo el embarazo para ir viendo si la mamá o el bebé viene con diabetes gestacional, los controles de peso, las ecografías... todo. Claro, he estado más sola, pero en mi país mi bebé quizás hubiese nacido mal. Aquí se aseguran de que el bebé y la mamá estén bien... (Mujer Migrante 7).

### **Experiencias de parto de mujeres migrantes en sus países de origen y en Chile**

En este apartado se podrá ver que no hay muchas diferencias respecto del proceso de parto en los países de origen de las mujeres migrantes, como en las experiencias vividas en Chile. Así se da cuenta en los siguientes relatos.

#### a. Experiencias de parto de mujeres migrantes en sus países de origen

En Haití iba a servicio público, pero también hay servicio privado y la atención era buena. Cuando te sientes mal vas al hospital o la clínica o al poli, y encuentras personas como doctor, enfermera, te dan la primera atención, es buena... pero después si tú no tienes plata, no puedes ver un doctor, solo puedes comprar los medicamentos... Pero fue buena, fue buena... (Mujer migrante 8).

Fue buena. Tuve tiempo para poder tener a mi bebé; caminar, moverme... Yo creo que eso es lo más diferente; allá podemos movernos, por ejemplo, bailar, cantar, hacer cosas para estar más tranquilas y ayudar que el bebé salga mejor. Pero aquí [En Chile] no hay tiempo, no dan tiempo a las mujeres haitianas; siempre hay una forma de tratar no buena (Mujer Migrante 6).

Era bueno todo. Pero ahora, no hay medicinas, no hay insumos. Tenés que pagar todo... todo!!! Entonces es muy difícil, porque hasta la aspirina y la gaza la cobran. Yo alcancé a tener un parto bueno, pero ahora ya no se puede (Mujer migrante 9).

## **b. Experiencias de parto de mujeres migrantes en Chile**

La verdad que sí me ayudaron bastante, porque cualquier duda que tenía, ellas, las matronas, siempre estaban allí. Y aparte estuvieron conmigo en todo el proceso. Porque cuando yo llegué acá, me sentía mal, muy mal, porque yo ya había pasado por una experiencia muy dolorosa, muy terrible, allá en mi país... Entonces es como si fueran mi familia. Me siento bien aquí; me siento segura (Mujer Migrante 1).

Para mí fue terrible el parto, pero ellos me ayudaron, porque uno va siempre con miedo, aparte mi bebé no estaba en la posición normal para dar a luz, sino que ellos tuvieron que... los doctores tuvieron que movérmela y ayudarme en eso, porque ya con los dos últimos pujos pude dar a luz a mi bebé porque ohh... fue terrible, pero gracias a ellos estoy acá con mi bebé (Mujer Migrante 3).

...yo le decía que el bebé venía y que cada vez es más fuerte, que viene, que se me va a salir. Y al final me dice de mala gana: “bueno, vamos a hacerte un tacto” y ahí empezaron a gritar, porque yo ya estaba lista (Mujer Migrante 2).

Cesárea... Aquí a todas quieren hacer cesárea. No preguntan, no esperan, cesáreas, cesáreas a todas (Mujer Migrante 10).

## **Estilos de cuidados de mujeres migrantes hacia sus hijos/as**

Respecto de los cuidados, se puede apreciar en los relatos de las mujeres haitianas que las mayores diferencias se dan en el ámbito de la lactancia materna exclusiva, y en la cantidad de ropa con la que se abriga a los bebés y niños/as de madres venezolanas.

Yo aquí... siempre me tratan no bien porque damos comida a los bebés, porque los abrigamos mucho. Pero en Haití no es verdad que no damos pecho; si damos pecho, pero también damos comida y eso aquí está mal; siempre retan a la mamás haitianas, y yo veo que con mujeres de otros países no son así (Mujer Migrante 8).

Yo le pongo mucha ropa a mi hijito, porque hace mucho frío aquí en el invierno, pero en el centro de salud nos retan por eso, porque estamos exagerando, que el bebé no tiene frío porque yo tenga frío; incluso me dicen que puede enfermarse y que un día, la fiebre que tenía, era porque lo abrigaba mucho. Otra cosa que he visto es que aquí son más como miedosas las mamás... Como que les cuesta dejarlos solos, pero en Venezuela es más común que los niños se queden solitos, aquí eso se ve muy mal (Mujer Migrante 2).

## **Discusión**

Como se ha podido leer en los resultados que hacen referencia a los conocimientos que tienen las enfermeras sobre antropología o salud intercultural y sobre la percepción que tienen sobre el fenómeno migratorio en general y en particular sobre las mujeres migrantes, las enfermeras que sí tuvieron dicha formación son más receptivas a la comprensión de las diferencias culturales de las

migrantes, principalmente con las mujeres haitianas. Estas migrantes, durante muchos años, han sido catalogadas como “malas madres” o *poco cariñosas* e incluso que *no tienen apego*, por venir de un país altamente empobrecido por políticas coloniales, extractivistas y de despojo, en el cual los elevados índices de muerte infantil las *predispondría* “naturalmente” a evitar el apego. Dicha asociación racista y clasista ha sido ampliamente estudiada por Abarca Brown (2018) y Reyes-Muñoz *et al.* (2021).

Respecto del análisis sobre la percepción que tienen las enfermeras sobre los cuidados que entregan las madres migrantes a sus hijos/as, también podemos apreciar que la formación en antropología médica y salud intercultural incide en ésta. Por ejemplo, las enfermeras sin formación en estas disciplinas tienden a deslegitimar los procesos culturales que tienen las mujeres migrantes sobre sus prácticas de maternaje, señalando -por ejemplo- que no tienen mucha educación materna o bien que los cuidados siempre deben recaer sobre las mujeres. Esto también evidencia sesgos sexistas, pero además xenofóbicos en la comprensión de los cuidados y al respecto los trabajos de Lube Guizardi *et al.*, (2019) Veliz-Rojas *et al.*, (2019) y Reyes Muñoz (2021) ofrecen interesantes puntos para profundizar en dicho análisis.

Finalmente, sobre las acciones realizadas por enfermeras para brindar una atención “culturalmente apropiada”, se puede ver cómo las profesionales que tienen formación en antropología médica y/o salud intercultural están muy interesadas en conocer las culturas de los países de origen de las mujeres, las formas en las que llevan a cabo sus procesos terapéuticos, entre otros, aunque reconocen también que las estrategias realizadas (como por ejemplo el uso de traductores) responden más bien a iniciativas propias, que a directrices emanadas desde el Ministerio de Salud o de los organismos locales encargados de la Atención Primaria en Salud (Reyes-Muñoz *et al.*, 2021).

Por otro lado, era importante tener la percepción de las propias mujeres migrantes sobre sus prácticas de maternaje, además de sus experiencias de parto y cuidados y de esta manera contribuir a des-mitologizar creencias instauradas en los/as profesionales de la salud en Chile, sobre ellas.

Así se puede apreciar que respecto de la maternidad de mujeres migrantes en sus países de origen v/s Chile, no hay muchas diferencias. Sin embargo, es relevante que las mujeres migrantes sientan que en Chile las madres son mucho más aprensivas que en sus países de origen y que los/as profesionales de la salud esperen de ellas exactamente lo mismo. Otra cosa que parece importante recalcar es el valor que las mujeres migrantes le dan al acompañamiento de sus hijos/as a través del “Programa Nacional de Salud de la infancia”, el cual tiene como propósito:

...contribuir al desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida (Ministerio de Salud, 2015).

Sobre las experiencias de parto de las mujeres, tanto en sus países de origen como en Chile se puede ver que no hay grandes diferencias, existiendo situaciones que podrían leerse como violencia obstétrica y no respeto por las propias experiencias de las mujeres, en todos los países de origen de las mujeres participantes, así como también en Chile. Al respecto son muy interesantes y atingentes los textos de Michelle Sadler Spencer (2004 y 2016).

Finalmente, sobre los estilos de cuidados de las mujeres migrantes tanto en Chile como en sus países de origen, las diferencias más grandes se ven en los ámbitos de la alimentación, preferentemente con mujeres haitianas, quienes generalmente no dan lactancia materna exclusiva hasta los seis meses (pero sí alimentan a sus bebés), así como el exceso de abrigo en mujeres venezolanas, debido, básicamente a las diferencias climáticas entre ambos países. No obstante, estas diferencias podrían trabajarse fácilmente con entendimiento y competencias interculturales.

## Conclusiones

La investigación aquí presentada tuvo como objetivo principal, analizar de qué manera los aportes de la antropología médica y la enfermería transcultural inciden en el trato y el entendimiento que tienen profesionales de la enfermería que trabajan en atención primaria en salud, sobre las diferencias culturales que tienen las mujeres migrantes residentes en Chile, respecto a sus prácticas de embarazo, parto y cuidados a sus hijos/as. En ese escenario y dada la evidencia recabada y presentada en los resultados, se puede decir que efectivamente contar con competencias en antropología médica y salud intercultural, facilita el entendimiento de la salud de la población migrante, y asegura el acceso al derecho a la salud de dicha población. Por el contrario, no contar con estos conocimientos podría afectar directamente el aseguramiento del derecho a la salud de las personas que acuden a dichos centros, en el entendimiento que, entregar una atención centrada en lógicas biomédicas y hegemónicas, que no consideran las lógicas culturales de las personas que participan de estos procesos puede ser constitutivo de una vulneración de sus derechos humanos y por sobre todo del acceso al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención en salud.

Por ello, es perentorio que los programas curriculares de las carreras de salud incorporen estas disciplinas, así como también estudios de género y diversidades sexo-genérico afectivas considerando la gran responsabilidad que tanto mujeres migrantes como profesionales sanitarias, otorgan precisamente a las mujeres, en los ámbitos del cuidado y el rol materno. Hacemos un llamado, a directivos/as de las carreras de salud, a discutir sobre la relevancia de estas disciplinas y modificar sus planes curriculares, así como organizar seminarios en dichos temas, de cara a mejorar el abordaje del fenómeno migratorio, tan actual y urgente en estos tiempos. También es apremiante la difusión y capacitación sobre la ley de salud y migrantes internacionales aprobada en Chile en 2017 y las directrices sobre medicinas tradicionales y profesiones auxiliares de salud, vigentes desde el año 2005.

## Bibliografía

- Abarca Brown, G. (2018). “¡Promueva el apego!”: Sobre la maternidad de mujeres haitianas como objeto de Gobierno en Chile. *Revista Bricolaje*, 3, Article 3.
- Aguilar Guzmán, O. A., Carrasco González, M. I. C., García Piña, M. A., Saldivar Flores, A., & Ostigüín Meléndez, R. M. (2007). Madeleine Leininger: Un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfermería Universitaria*, 4(2), 26-30.
- Batticuore, G., Bellucci, M., Berg, M., Brafman, C., Calvera, L., Castro, M., Cicerchia, R., Clementi, H., Cresta de Leguizamón, M. L., Demitrópulus, L., Domínguez, N., Feijoó, M. del C., Fletcher, L., Frederick, B., Guy, D., Henault, M., Iglesia, C., Ini, M. G., Iriarte, J. & Barrancos, D. (1994). *Mujeres y cultura en la Argentina del siglo XIX*. En L. Fletcher (ed.). Feminaria Editora. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/52729>
- Beatriz Loza, C. (2010). Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural. *Chungará (Arica)*, 42(2), 543-547. <https://doi.org/10.4067/S0717-73562010000200016>
- Bibeau, G. (1993). Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo. En C. Pinzón, R. Suárez, & G. Garay (Eds.), *Cultura y salud en la Construcción de las Américas* (pp. 41-70). Instituto Colombiano de Antropología.
- Busquier, L. (2020). Las “mujeres del Tercer Mundo” en Estados Unidos: Control de natalidad y esterilizaciones forzadas (1970 - 1975). *Revista Estudios Feministas*, 28(1). <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n155835>
- Castilla, M. V. (2005). La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, 22, 188-218.

- Correa, M. E., Moena, O., & Cabieses, B. (2019). Formación en enfermería transcultural en Chile: ¿Una tarea pendiente para la atención de población migrante? *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.34052/rispch.v3i1.69>
- Díaz Bernal, Z., Aguilar Guerra, T., & Linares Martín, X. (2015). La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 655-665.
- Escobar Vekeman, C. L. (2003). Antropología médica: Una visión cultural de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 8, 51-60.
- Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo* (Traficantes de Sueños). Sátira. <https://lom.cl/products/el-patriarcado-del-salario-criticas-feministas-al-marxismo>
- Larrambebere, M. B. (2020). Maternidades en tensión. Entre la maternidad hegemónica, otras maternidades y no-maternidades. *Investigaciones Feministas*, 11(1), Article 1. <https://doi.org/10.5209/infe.64007>
- Lube Guizardi, M., López Contreras, E., Valdebenito Tamborino, F., & Nazal Moreno, E. (2019). Dialécticas de la maternidad. Aportaciones al estudio de las desigualdades de género en territorios fronterizos. *Estudios Atacameños*, 63, 81-104.
- Mannarelli, M. E. (1999). El programa cultural del cambio de siglo: Maternidad y naturaleza femenina. En M. E. Mannarelli, *Limpias y Modernas. Género, higiene y Cultura en la Lima del Novecientos* (pp. 69-114). Ediciones Flora Tristán.
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: Una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista argentina de sociología*, 4(7), 99-118.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En E. Menéndez, *La antropología Médica en México* (pp. 97-113). Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*, 14, 461-481. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
- Ministerio de Salud. (2015). *Programa Nacional de Salud de la infancia* [Oficial]. Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/salud-infantil/>
- Obregón Brocher, N., Armenta Hurtarte, C., Arari Zayat, D., & Ortiz-Izquierdo Herington, R. (2020). Maternidad cuestionada: Diferencias sobre las creencias hacia la maternidad en mujeres. *Revista de Psicología - Tercera época*, 19(1), 104-119. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe047>
- Palomar Vereá, C. (2005). Maternidad: Historia y cultura. *Revista de estudios de género: La ventana*, 3(22), 35-68.
- Posso Quiceno, J. L. (2010). Las transformaciones del significado y la vivencia de la maternidad, en mujeres negras, indígenas y mestizas del suroccidente colombiano. *Sociedad y economía*, 18, 59-84.
- Reyes Muñoz, Y. (2021). Experiencias de inclusión de la interculturalidad, el antirracismo y la perspectiva de género en la formación de estudiantes de salud. Aportes para el abordaje del fenómeno migratorio en Chile. En P. Muñoz Sánchez (Ed.), *La complejidad en la enseñanza de valores: Formación permanente, colaboración y autorreflexión para una transformación social* (pp. 193-200). Dykinson. <http://www.dykinson.com/libros/la-complejidad-en-la-ensenanza-de-valores-formacion-permanente-colaboracion-y-autorreflexion-para-una-transformacion-social/9788413776330/>
- Reyes-Muñoz, 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*, 7(1), Article 7.
- Reyes-Muñoz, Y., Gambetta Tessini, K., Reyes Muñoz, V., & Muñoz-Sánchez, P. (2021). Maternidades negras en Chile: Interseccionalidad y salud en mujeres haitianas. *Revista Nuestra América*, 9(17), 1-13.



- Rich, A. (2019). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Traficantes de sueños. <https://www.traficantes.net/libros/nacemos-de-mujer>
- Sadler Spencer, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En M. Sadler, M. E. Acuña, & A. Obach, *Nacer, Educar, Sanar: Miradas desde la Antropología del Género* (pp. 15-66). Catalonia. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122662>
- Sadler Spencer, M. (2016). Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo. *Revista Chilena de Antropología*, 33, 45-57. <https://doi.org/10.5354/rca.v0i33.43388>
- Sánchez Rivera, M. (2016). Construcción social de la maternidad: El papel de las mujeres en la sociedad. *Opción: Revista de Ciencias Humanas y Sociales, Extra 13*, 921-953.
- Tubert, S. (1999). Masculino/Femenino; Maternidad/Paternidad. En M. A. González de Chávez Fernández (Ed.), *Hombres y mujeres: Subjetividad, salud y género* (pp. 53-76). Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Servicio de Publicaciones. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2271151>
- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., & Silva-Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: Un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120818>
- Yañez, S. S. (2017). Una genealogía feminista para abordar la maternidad como institución y como experiencia: El legado de Adrienne Rich. *La manzana de la discordia*, 12(1), 61-76. <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v12i1.5477>
- Zicavo, E. (2013). Dilemas de la maternidad en la actualidad: Antiguos y nuevos mandatos en mujeres profesionales de la ciudad de Buenos Aires. *La ventana. Revista de estudios de género*, 4(38), 50-87.

Fecha de Recepción: 30 de abril de 2023  
 Recibido con correcciones: 11 de junio de 2023  
 Fecha de Aceptación: 18 de junio de 2023