



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

Haitian Motherhoods: Differences between Chilean and Haitian mothering, and the emerging of intersectional violence when cultural factors are overlooked in Health Services

Yafza Reyes Muñoz

Universidad Católica de Murcia
yafzatamara@gmail.com

Ketia Chatelier

Activista y traductora haitiana
ketu18chatelier@gmail.com

RESUMEN

Esta investigación da cuenta del proceso de maternaje de mujeres haitianas residentes en Chile y evidencia los juicios que emiten profesionales de la salud sobre sus formas de apego, lactancia y crianza. El trabajo se desarrolla a partir de metodologías feministas y decoloniales, y tiene como base una serie de entrevistas, talleres de póster y cartografías situadas. Los resultados dan cuenta de: prácticas comunitarias en el maternaje en Haití versus Chile, donde suele ser más individual; diferencias en cómo sucede el parto, pues en Haití es mayormente fisiológico, mientras que en Chile el número de cesáreas es uno de los más altos en el mundo; sobremedicalización y patologización de parto en Chile versus Haití; y prejuicios de los profesionales de salud hacia las formas de maternaje de las mujeres haitianas. Las conclusiones apuntan a la comprensión de las diferencias culturales sobre el maternaje de las mujeres haitianas residentes en Chile, en busca de fortalecer una perspectiva interseccional en el abordaje de la violencia sufrida por ellas en los centros de salud, donde son cuestionadas precisamente por esas diferencias.

Palabras claves: Maternaje, racismo, interseccionalidad, mujeres haitianas, metodologías decoloniales.

ABSTRACT

This article addresses the mothering of Haitian women living in Chile, and the series of judgements build by health services workers about their affection, breastfeeding, and upbringing practices. Departing from feminist and decolonial methodologies, this research is based on interviews, posters workshops, and situated cartographies. Evidence shows that Haitian mothering practices are communal whereas in Chile are more individualistic; regarding labour, Haitians are mostly physiological, whereas Chile has one of the highest rates of Caesarean births in the world; and there is a number of prejudices towards Haitian mothering practices coming from health services workers. The conclusion aims to understand the cultural differences enacted by Haitian migrants in Chile regarding their mothering practices, in order to set an intersectional perspective to address the violence suffered by these women in health services, where they are constantly criticised for those cultural differences.

Keywords: Mothering, racism, intersectionality, Haitian women, decolonial methodology

Fecha de recepción: 10 de enero de 2022

Fecha de aprobación: 19 de mayo de 2022

Introducción

Se presentará aquí una breve discusión sobre los tópicos de la investigación, para contrastarlos luego con el trabajo etnográfico llevado a cabo y las discusiones de cierre.

Construcción de la maternidad como institución patriarcal

Hablar de maternidad nos remite a Adrienne Rich (1986),¹ quien analiza el costo de la imposición de la institución de la maternidad sobre la vida de las mujeres, en tanto ambivalencia que corroe las relaciones entre madres e hijas/os y la imposibilidad de las mujeres de *darse a luz a ellas mismas*. Además, analiza el surgimiento histórico de la maternidad intensiva en el siglo XIX en tanto actividad relegada al hogar, la domesticidad y, por ende, separada del mundo público, del trabajo remunerado y de la producción. Por otro lado, Sabrina Yañez (2017)² señala que la idea de maternidad “sirve a los intereses del patriarcado, en tanto la maternidad ‘ejemplifica, en una misma persona’, la religión, la conciencia social y el nacionalismo. [Donde] la institución de la maternidad revive y renueva todas las demás instituciones”.³

Desde otra perspectiva, Jeanny Posso Quiceno⁴ señala que la maternidad ha sido construida en la modernidad, desde la biología, la medicina y la 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 durante 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 respues-

ta de los varones fue la naturalización de tal dominación”⁵ mediante la *naturalización* de la maternidad y sus procesos reproductivos; lo que implicó eliminar el peso social y de agencia de dichas prácticas.

Lo anterior se perpetúa con constructos como el *instinto maternal* o el *amor maternal*, los cuales, según Silvia Tubert (1999),⁶ 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”.⁷ Es entonces cuando las mujeres comienzan a perder poder en el ámbito de la maternidad y son los Estados lo que controlan el comportamiento de ellas a través de sus procesos reproductivos, lo que, dependiendo del contexto histórico en el que están insertas, implicarán la promoción de políticas en pro de la natalidad, condenando la anticoncepción y el aborto, o bien, aprobando políticas de control y eugenesia, como las esterilizaciones forzadas.⁸ También se observa cómo, desde finales del siglo XIX y principios del XX, se construyó el rol materno desde el discurso biomédico como una *responsabilidad* fundamental para la vida y el cuidado de los/as infantes. En ese sentido, “los expertos” de la biomedicina instauraron la reclusión de las mujeres en el hogar como medida sanitaria y los Estados, valiéndose de ello, convierten la maternidad como premisa propia de las mujeres que ejemplifican los valores de la nación, la *familia* y el Estado.

El binomio mujer / madre-lactancia y la patologización del parto

Como se ha señalado, la construcción social de la maternidad en tanto “ideología social” constituye una pieza fundamental dentro de la era moderna, y por lo

¹ Adrienne Rich, *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*, Mapas (Madrid: Traficantes de Sueños, 2019).

² Sabrina Soledad Yañez, “Una genealogía feminista para abordar la maternidad como institución y como experiencia: El legado de Adrienne Rich”, *La manzana de la discordia*, vol. 12, núm. 1 (julio de 2017), 61-76, acceso el 5 de octubre de 2021, <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v12i1.5477>.

³ Yañez, “Una genealogía feminista...”, 67

⁴ Jeanny Lucero Posso Quiceno, “Las transformaciones del significado y la vivencia de la maternidad, en mujeres negras, indígenas y mestizas del suroccidente colombiano”, *Sociedad y Economía*, núm. 18 (2010), 59-84.

⁵ Posso Quiceno, “Las transformaciones del significado...”, 60

⁶ Silvia Tubert, “Masculino/femenino; Maternidad/paternidad”, en *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género*, ed. de María Asunción González de Chávez Fernández (Las Palmas de Gran Canaria: Servicio de Publicaciones- ULPGC, 1999), 53-76.

⁷ Posso Quiceno, “Las transformaciones del significado...”, 61.

⁸ Lucía Busquier, “Las ‘mujeres del Tercer Mundo’ en Estados Unidos: control de natalidad y esterilizaciones forzadas (1970-1975)”, *Revista Estudios Feministas*, vol. 28, núm. 1 (9 de marzo de 2020).

mismo, para el capitalismo y la subordinación de las mujeres, a través de sus cuerpos y sus procesos reproductivos, anulando —mediante la “biología y naturalización” de estos— sus agencias, resistencias y aportes al desarrollo socioeconómico.⁹ En ese contexto, y considerando que el sistema sexo-género ha atribuido históricamente el ámbito de la reproducción social de la humanidad, a las mujeres, este modelo ha asumido el embarazo, el parto y sobre todo la lactancia, como elementos naturales, inevitables y deseables para todas las mujeres del mundo, ignorando el papel sociopolítico, ideológico y sexista de dicha construcción sobre sus cuerpos y sus procesos reproductivos. De tal forma, la lactancia, al ser asumida como una conducta “natural” de la mujer-madre, debe llevar a las mujeres ineludiblemente al cuidado, la nutrición y la salud de sus hijos/as, convirtiéndose así, en un imperativo categórico respecto de qué es ser una “buena” mujer. Esos constructos sexistas sobre el proceso de la maternidad constituyen lo que Castilla (2005)¹⁰ denomina la “díada madre-lactancia”, en la cual no es posible imaginar al sujeto madre si no es desde su rol de amamantamiento. El problema es que dicha díada no es capaz de dar cuenta del carácter aprendido que implica la práctica de la lactación, y el énfasis en la función de la reproducción social asignada a las mujeres a través de la lactancia —fuertemente influida por el discurso biomédico— otorga a los profesionales de la salud una justificación científica *irrefutable*, respecto de su visión sobre la lactancia como la única, social y sanitariamente adecuada. Empero:

Entender la relación madre-hijo con base en generalizaciones biológicas tiene el efecto de homogenizar los significados que las distintas culturas en los distintos momentos han atribuido a la maternidad. Una de las consecuencias que esta visión acarrea es la sobrecarga en las responsabilidades de las mujeres como las únicas encargadas del cuidado y bienestar de los hijos, donde la lactancia tiene un papel importante, ya que es con-

⁹ Silvia Federici, *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo* (Buenos Aires: Tinta Limón, 2018).

¹⁰ María Victoria Castilla, “La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad”, *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, núm. 22 (2005): 188-218.

cebida como parte del sistema de cuidados esenciales durante los primeros meses de vida del niño.¹¹

Por otra parte, además de la institucionalización de la lactancia como un valor fundamental de las mujeres y cuestión ineludible de la experiencia de la maternidad se debe considerar la patologización y medicalización del parto en muchos países de América Latina y principalmente en Chile,¹² donde las mujeres son obligadas a parir acostadas en camillas (en posición supina), inmovilizadas debido a que están conectadas a monitores, sueros y medicamentos intravenosos, entre otros. Por ello:

Desde el momento en que la mujer ingresa al sistema, una serie de mecanismos se conjugan para expropiarla de su identidad, de sus conocimientos, de cualquier autoridad que pueda ejercer, incluso de su propio cuerpo. Lo que debería suceder como un proceso normal, se interfiere hasta ser tratado como cualquier intervención compleja: la mujer debe desvestirse y ponerse una camisa que el hospital le entrega, acostarse de espalda sobre una cama, conectarse a un monitor fetal y a vía intravenosa (con lo cual queda inmovilizada y obligada a permanecer en la cama), permanecer en esa posición durante las contracciones, para luego ser trasladada a un *box* o pabellón de atención de parto que en casi nada se diferencia de una sala de cirugía compleja. Este tipo de escenario sin duda remite a malestar y sufrimiento; es un lugar para personas enfermas. Los especialistas

¹¹ Castilla, “La ausencia...”, 189-190.

¹² Michelle Sadler Spencer, “Etnografías del control del nacimiento en el Chile contemporáneo”, *Revista Chilena de Antropología*, núm. 33 (11 de octubre de 2016), 45-57, acceso el 5 de octubre de 2022, <https://revistadeantropologia.uchile.cl/index.php/RCA/article/download/43388/45373/>; Luis Iván Díaz García, Yasna Fernández M., y Yasna Fernández M., “Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile”, *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, núm. 51 (diciembre de 2018): 123-143, acceso el 5 de octubre de 2022, <https://doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>; Michelle Sadler Spencer, “Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto”, en Nacer, educar, sanar. Miradas desde la antropología del género, de Michelle Sadler, María Elena Acuña, y Alexandra Obach (Santiago de Chile: Catalonia [Género, Cultura y Sociedad], 2004), 15-66, acceso el 5 de octubre de 2022, <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122662>.

para lidiar con enfermedades son el personal médico, por tanto, las mujeres que darán a luz tendrán muy poco espacio para opinar o intervenir en el proceso. No sólo no se les permitirá que opinen, sino tampoco que expresen lo que sienten. Tal es la autoridad que se impone sobre ellas, que en gran parte de los casos no se atreven a preguntar qué está ocurriendo.¹³

En ese sentido, es relevante el papel de las cesáreas como mecanismo de control de los procesos reproductivos de las mujeres y, sobre todo, de los derechos del nacimiento.¹⁴ Relevante es mencionar que Chile tiene uno de los niveles más altos de cesáreas en el mundo, el que sobrepasa constantemente el 50% —tanto en hospitales públicos como privados— muy por sobre el 15% recomendado por la Organización de Naciones Unidas.¹⁵ En ese escenario: El grupo de mujeres que presenta el mayor número de partos por cesárea actualmente en Chile son las pacientes Fonasa [Fondo Nacional de Salud] que se atienden en modalidad libre elección, a través del programa pago asociado a diagnóstico (PAD), con tasas de cesáreas de alrededor del 74%.¹⁶

Y si a lo anterior le sumamos la violencia que deben sufrir las mujeres racializadas por no cumplir con las expectativas “blancas” y occidentales de la maternidad, nos encontraremos con una “criminalización” de las maternidades negras, tal como se verá a lo largo de esta investigación.

Las maternidades negras

A pesar del contexto de reivindicaciones del movimiento étnico-racial de las poblaciones negras en Latinoamérica, las mujeres siguen posicionadas como meras reproductoras biológicas y sociales dentro de sus comunidades. Así:

¹³ Sadler Spencer, “Así me nacieron...”, 6.

¹⁴ Sadler Spencer, “Etnografías del control...”.

¹⁵ OMS y Human Reproduction Programme, “Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea” (Ginebra: World Health Organization, 2015), acceso el 5 de octubre de 2022, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/714843/retrieve>.

¹⁶ Fabien Magne Alexa Puchi Silva, Bielka Carvajal y Martin Gotteland, “The elevated rate of cesarean section and Its contribution to non-communicable chronic diseases in Latin America: The growing involvement of the microbiota”, *Frontiers in Pediatrics*, vol. 5 (4 de septiembre de 2017), 192, acceso el 5 de octubre de 2022, <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00192>.

La presión que se ejerce sobre ellas no es tanto respecto a la fecundidad, sino la censura respecto a las relaciones interraciales. Como nos contaba una intelectual feminista negra, mientras los hombres negros se autoatribuyen la misión de “ennegrecer el mundo”, a las mujeres se les censura cuando establecen relaciones afectivas con hombres mestizos [...] en este caso, también encontramos el ejercicio del poder sobre la sexualidad y el cuerpo de las mujeres, y una politización implícita de la maternidad.¹⁷

Es por tales y otras razones que las intelectuales negras de distintas latitudes y contextos políticos y geográficos¹⁸ pusieron en tensión el abordaje de la maternidad desde el feminismo blanco; en tanto la experiencia subjetiva de ésta no puede ser comprendida si no es dentro de las estructuras sociopolíticas y raciales de las comunidades en las cuales están insertas; dimensiones generalmente olvidadas por las pensadoras y feministas blancas. Por ejemplo, en América Latina: “la tasa de fertilidad de las mujeres indígenas y afrodescendientes es aproximadamente un 10% superior a la tasa de la población general y, sin embargo, reciben menos atención de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto”.¹⁹ Por otro lado, si una mujer negra no cumple con las expectativas patriarcales de la diada madre-lactancia será altamente cuestionada, tanto por profesionales como técnicos, acusándolas de malas madres, poco apegadas, etcétera; sin embargo, los datos que expone la Organización Panamericana de la Salud en su informe *La salud de la población afrodescendiente en América Latina*, de 2021, establecen que algunos de los aspectos ventajosos de la salud

¹⁷ Posso Quiceno, “Las transformaciones del significado...”, 75-76.

¹⁸ Angela Davis, *Mujeres, raza y clase. Cuestiones de antagonismo* (Madrid: Akal, 2005); Bell Hooks, Avtar Brah, Chela Sandoval, y Gloria Anzaldúa. *Otras inapropiables: feminismos desde las fronteras* (Madrid: Traficantes de Sueños, 2004); Mercedes Jabardo, ed., *Feminismos negros: una antología* (Madrid: Traficantes de sueños, 2012).

¹⁹ Red MTCI Américas, “Salud en la población indígena, afrodescendiente, y otras diversidades étnicas de las Américas”, blog de BIREME / OPS / OMS, Biblioteca Virtual en Salud-Red Medicinas Tradicionales Complementarias e Integrativas, s.f., acceso el 5 de octubre de 2022, <https://mtci.bvsalud.org/salud-en-la-poblacion-indigena-afrodescendiente-y-otras-diversidades-etnicas-de-las-americas/>, 1.

de las personas afrodescendientes son, justamente: “La prevalencia de la lactancia materna exclusiva y prolongada [...] una menor proporción de partos por cesárea y una proporción de partos institucionales y partos atendidos por personal calificado muy cercana o superior a 90%”.²⁰

También es interesante destacar que, en América Latina y El Caribe, la tasa de fecundidad de adolescentes afrodescendientes es 40 % superior a la tasa de jóvenes no afrodescendientes; sin embargo, no reciben una mejor atención respecto de mujeres no afro. Al contrario, son culpabilizadas por su irresponsabilidad al tener varios hijos/as, o por su “falta de educación sexual y reproductiva”, cuestión que no pasa con mujeres blancas de clases medias o altas, las que son vistas como “mejores” mujeres, en la medida en que son “más madres”. En ese sentido la investigación de Reyes-Muñoz, Gambetta Tessini, Reyes Muñoz, & Muñoz-Sánchez²¹ da cuenta de cómo se siguen reproduciendo las ideas clasistas y racistas sobre las maternidades negras, cuestión que es vista como “falta de educación”, o bien, como un elemento para conseguir “beneficios” (e incluso la nacionalidad *ius soli*),²² pero nunca como parte de una decisión o agencia de las mujeres negras, y por supuesto mucho menos, como un deseo.

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 real-

²⁰ Organización Panamericana de la Salud, “La salud de la población afrodescendiente en América Latina” (Washington, OPS, 2021), acceso el 5 de octubre de 2022, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54593>, 9.

²¹ Yafza Reyes-Muñoz, Karla Gambetta Tessini, Vania Reyes Muñoz y Práxedes Muñoz-Sánchez. “Maternidades negras en Chile: interseccionalidad y salud en mujeres haitianas”, *Revista Nuestra América*, vol. 9, núm. 17 (junio de 2021), 1-13.

²² Criterio jurídico para determinar la nacionalidad de una persona en función del territorio en el cual ha nacido, y que es aplicado en Chile con sólo dos excepciones: hijos/as de personas al servicio de un gobierno extranjero en Chile, tales como diplomáticas, y niños/as cuyos padres o madres no residen en el país (es decir, que están de paso); sin embargo, estos infantes igualmente tienen la opción de adquirir la nacionalidad por el criterio *ius soli*. Este criterio ha sido sumamente cuestionado por la ciudadanía chilena al igual que por profesionales de la salud, cuando son mujeres haitianas las que se encuentran embarazadas, aludiendo intereses particulares de éstas, para “sacar provecho” de este derecho.

mente 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.²³

La migración haitiana en Chile y el racismo antihaitiano

Al año 2021, según datos aportados por la “Comunidad haitiana en Chile”,²⁴ dicha población residente en el país llega a 180 000 personas. Por otra parte, el Servicio Jesuita a Migrantes (SJM)²⁵ informó que 68 110 personas haitianas recibieron su permanencia definitiva entre los años 2010 y 2021: “Lo que significaría que hay alrededor de unos 110 000 haitianos circulando con residencia temporaria vencida que buscan ser regularizados en el Proceso de Regularización Extraordinaria, esperando postular a una permanencia definitiva o pertenecen al grupo de los que ya se fueron del país”.²⁶

Por otra parte, de las personas haitianas que buscaron regularizarse, sólo 1 486 lograron inscribirse en el Proceso de Regularización Extraordinaria de 2021, versus 77 147 venezolanas. Esto es leído por la comunidad haitiana como un acto de discriminación que tiene como objetivo “dificultar” sus procesos de regularización:

Podemos entender que el problema de documentación que denuncian los haitianos tiene que ver con la dificultad que han tenido para recibir los certificados de antecedentes penales y pasaportes desde el Estado de Haití, pero también está claro que existe una intención del gobierno chileno [del expresidente Sebastián Piñera]

²³ Reyes-Muñoz, Gambetta, Reyes y Muñoz-Sánchez, “Maternidades negras en Chile...”, 9.

²⁴ Yvenet Dorsainvil, “Comunidad haitiana en Chile”, Comunidad Haitiana en Chile, página de Facebook, 3 de noviembre, 2021, acceso el 5 de octubre de 2022, <https://www.facebook.com/Comunidad-haitiana-en-chile-102259668120077>.

²⁵ Servicio Jesuita a Migrantes (SJM) Chile, “¿Por qué tantos haitianos se están yendo de Chile?”, Servicio Jesuita a Migrantes, blog institucional, 17 de septiembre de 2021, <https://sjmchile.org/2021/09/24/por-que-tantos-haitianos-se-estan-yendo-de-chile/>.

²⁶ Dorsainvil, “Comunidad haitiana en Chile”, 1.

de dificultar la regularización de los haitianos o algún grado de discriminación en este tema, tal como lo indica el 16.4 % de los encuestados, porque este mismo gobierno da ciertas facilidades a otros grupos migrantes, justificadas por situación sociopolítica del país de origen.²⁷

Pero ¿cómo surge la inmigración haitiana en Chile? Desde 2015, tras el terremoto que azotó la isla en año 2010, dejó más de 300 000 personas fallecidas y más de un millón damnificadas, eso y las continuas crisis políticas en Haití, han significado que el 80 % de su población viva bajo el umbral de pobreza,²⁸ cuestión que promueve imágenes estereotipadas de las personas haitianas que llegan a Chile, como sujetos *pobres*, *subdesarrollados*, carentes de capital económico y, por tanto, migrantes *no deseados*. Para la investigadora y académica chilena María Emilia Tijoux (2016),²⁹ las personas haitianas que viven en Chile son objeto de una discriminación particularmente desatada que se explica por tres motivos específicos: la raza, el idioma y por supuesto, la clase.

Lo vivieron los peruanos en su momento, que con rasgos indígenas sufrieron el rechazo de una parte importante de la población nacional, y hoy lo viven los haitianos por el color negro de su piel [...] el rechazo está situado tanto en la situación económica de los haitianos que llegan —es decir, gente que no tiene capitales económicos y que lo único que tiene es fuerza de trabajo—, y lo segundo, en el color de piel. El racismo opera colocándoles en el lugar más bajo de la escala. Efectivamente hay un componente histórico, un componente racista y mucho componente clasista, que tiene como resultado el tratar a los haitianos como esclavos³⁰.

²⁷ Dorsainvil, “Comunidad haitiana en Chile”, 1

²⁸ FMI, “World Economic Outlook Databases”, FMI, 2021, acceso el 5 de octubre de 2022, <https://www.imf.org/en/Publications/SPROLLS/world-economic-outlook-databases>.

²⁹ María Emilia Tijoux, *Racismo en Chile: la piel como marca de la inmigración* (Santiago de Chile: Editorial Universitaria de Chile, 2016).

³⁰ Andrea Bustos y Martín Espinoza, “Pobreza, racismo e idioma: la triple discriminación a los haitianos en Chile”, *Diario U. Chile*, 14 de mayo de 2018, acceso el 5 de octubre de 2022, <https://radio.uchile.cl/2018/05/14/idioma-pobreza-y-raza-el-drama-de-ser-haitiano-en-chile/>.

Por último, podemos señalar que, para Fernández Véliz,³¹ la discriminación de la ciudadanía chilena hacia personas haitianas y afrodescendientes se debe a la negación e invisibilización constante de la historia negra en Chile, sumada a la idea de superioridad blanca frente a los otros países de Latinoamérica y El Caribe.

El racismo contra las maternidades de las mujeres haitianas en Chile

El Anuario de estadísticas vitales, publicado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), señala que en 2018 hubo 221 731 nacidos vivos en Chile ese año, lo que significó un incremento de 2 545 bebés respecto a 2017. Se rompía así una tendencia a la baja en la cantidad de nacimientos entre los años 2013 y 2017. En detalle, el 14 % de estos nacimientos fueron de mujeres extranjeras, lo que representó un aumento del 4.7 % respecto de 2017.³²

Del total de madres extranjeras, las mujeres haitianas son las que contribuyen con más nacimientos, con un 21.1%, seguida de las peruanas, con el 14.7%. Por su parte, las regiones que mayor porcentaje de partos de extranjeras son Tarapacá con el 33.7%, Antofagasta 28.5%, Arica y Parinacota 22.8% [todas en la zona norte de Chile] y la región metropolitana con el 21.0%. Sin embargo, según el Ministerio de Salud (Minsal), los controles de embarazo disminuyeron, ya que la cantidad de ingresos al programa prenatal de gestantes cayó un 7% quedando en 162 542, siendo la cifra más baja de los últimos cinco años.³³

³¹ Patricia Fernández Véliz, “Me di cuenta que era negra al llegar a Chile: etnografía de lo cotidiano en las nuevas dinámicas y viaje migratorio de mujeres haitianas en Chile”, en *Migración con ojos de mujer. Una mirada interseccional*, de Herminia González Torralbo, Dhayana Carolina Fernández-Matos, y María Noemí González-Martínez (Barranquilla: Universidad Simón Bolívar, 2019), 179-194, acceso el 5 de octubre de 2022, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7793366>.

³² Hugo Vega, “Número de nacimientos en Chile descendió 5,4 % entre 2016 y 2017”, Instituto Nacional de Estadísticas, 15 noviembre de 2019, acceso el 5 de octubre de 2022, <https://www.ine.cl/prensa/2019/11/15/n%C3%BAmero-de-nacimientos-en-chile-descendi%C3%B3-5-4-entre-2016-y-2017#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20Anuario,que%20marca%20una%20baja%20de>.

³³ Migración en Chile, “INE: 14 % de los bebés en Chile nacen de madres extranjeras”, Migración en Chile (blog), 2021, acceso el 5

Los datos antes mencionados exponen entonces que Chile empeoró sus indicadores respecto del control del embarazo debido a la llegada de las mujeres extranjeras. Y en ese ámbito las mujeres haitianas suelen estar en el epicentro de la discusión. Ello, porque en Haití, y debido a las condiciones económicas antes expuestas, las mujeres no suelen controlar su embarazo de manera tan seguida como en Chile, incluyendo en algunos casos mujeres no controladas hasta el parto, cuando acuden a los hospitales locales. Eso se debe también, en gran medida, a la existencia de redes de apoyo entre las mujeres de la familia y amistades de la futura madre, quienes monitorean el embarazo y les ofrecen asistencia a las gestantes durante el proceso.³⁴ Por otro lado, también es relevante recalcar que en Chile el embarazo y el parto son procesos sumamente monitoreados, pero también intensamente medicalizados y patologizados.³⁵

Por otro lado, los/as profesionales de la salud, al tratar con las mujeres haitianas embarazadas, trabajan bajo el supuesto de que ellas desconocen aspectos básicos sobre la maternidad. Por ello, los hospitales chilenos desarrollan talleres para ellas, con el propósito de orientarlas en su proceso de embarazo, cuidados prenatales y del recién nacido, denominados “nadie es perfecto”, los que buscan fomentar, desde la primera infancia, es el desarrollo de habilidades parentales y hábitos de crianza respetuosa en las mujeres haitianas. Esto, para “conocer su cultura” y como ellas entienden la niñez e incorporarlas a una crianza *respetuosa, fomentando el apego y el respeto hacia los niños*.³⁶ Esos sesgos —que no incorporan el análisis sobre la excesiva patologización del embarazo y parto en Chile—, además del desconocimiento de las redes de apoyo comunitarias para enfrentar el embarazo y el parto en Haití, entre otros

de octubre de 2022, <https://www.migracionenchile.cl/ine-14-de-los-bebes-en-chile-nacen-de-madres-extranjeras/>, 1.

³⁴ Reyes-Muñoz, Gambetta, Reyes y Muñoz-Sánchez, “Maternidades negras en Chile...”.

³⁵ Sadler Spencer, “Así me nacieron a mi hija...”.

³⁶ Municipalidad de Huechuraba, “Cesfam La Pincoya certifica a madres haitianas en habilidades parentales y de crianza”, Municipio de Huechuraba, Huechuraba.cl (blog), 19 de julio de 2020, acceso el 5 de octubre de 2022, <https://www.huechuraba.cl/salud/719/detalle/cesfam-la-pincoya-certifica-a-madres-haitianas-en-habilidades-parentales-y-de-crianza>.

elementos, han llevado a ciudadanía en general, y a los/as profesionales sanitarios en particular, a construir una imagen de las mujeres haitianas como “malas madres”, porque supuestamente no practican el apego, lo cual es explicando por un juicio clasista que se repite sobre la pobreza en dicho país, en frases tales como: “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?”.³⁷

Lo anterior deja en evidencia que las mujeres migrantes —y principalmente las afrodescendientes— son categorizadas como buenas o malas madres a partir del acercamiento o la distancia que los locales establecen respecto de sus prácticas de crianza. Así, mientras más se acerquen al ideal materno del país de destino, mejores madres serán consideradas; pero a mayor distancia de ese ideal, más negativas serán las categorizaciones sobre sus prácticas de maternaje, crianza y apego.³⁸ Ello puede ser explicado en tanto que las jerarquías migrantes se originan desde pautas culturales, tales como costumbres, hábitos, institucionalidad, escala de valores, y por supuesto, la corporalidad que se porta, es decir, el color de piel.

Metodología

La investigación aquí expuesta es un trabajo militante que surge desde el compromiso feminista y antirracista, de cara a la contribución en políticas públicas que aseguren la vida digna a todas las personas que habitan el territorio chileno, más aún de las mujeres racializadas, históricamente desplazadas y violentadas. El trabajo se llevó a cabo entre los años 2019 y 2021 en la Región del Maule, zona central de Chile, como parte de la tesis doctoral de la autora, denominada: “Maternidades Negras: La interseccionalidad como clave en el abordaje decolonial de la violencia estructural hacia las mujeres haitianas residentes en Chile”, la que cuenta con aprobación del Comité de Ética de la Universidad Católica de Murcia, núm. CE0171925. Para abordar el

³⁷ Reyes-Muñoz, Gambetta, Reyes y Muñoz-Sánchez, “Maternidades negras en Chile...”, 8.

³⁸ Paulina Naudon, “Mujeres migrantes en Chile: significaciones sobre su rol de madre y la crianza de hijos”, *Rumbos TS*, núm. 14 (2016), 99-112.

trabajo etnográfico se desarrollaron 10 entrevistas a mujeres haitianas, de entre 25 y 35 años, las que tenían como objetivo conocer sus experiencias sobre la maternidad en Chile y las diferencias que ésta pudiese tener respecto de las vivencias en Haití. Además, se desarrollaron seis talleres de póster y dos de cartografías situadas, en los que participaron alrededor de 20 mujeres, hablantes y no hablantes del español, los que contaron siempre con el apoyo de una de las participantes, quien es la traductora oficial del proyecto. Los talleres tuvieron como objetivo generar reflexiones sobre los procesos de parto, lactancia y apego de las mujeres haitianas, así como también cartografiar los lugares e instituciones en los cuales ellas se sentían acogidas, o bien, violentadas respecto de sus maternidades y estilos de crianza. De esos talleres surgieron varias producciones narrativas, que fueron validadas por las participantes. También se entrevistó a 10 mujeres de distintas áreas de la salud, como médicas, enfermeras, obstetras y trabajadoras sociales; el objetivo de las entrevistas fue analizar los discursos de las profesionales respecto del fenómeno migratorio, sus estrategias de atención y por supuesto indagar sobre sus prácticas de atención a mujeres racializadas, poniendo atención en discursos racistas, xenofóbicos y patriarcales.

Resultados

Las mujeres haitianas constantemente son acusadas, discriminadas y maltratadas por no cumplir con las expectativas “chilenas” sobre cómo debe ser el proceso de embarazo, parto, puerperio, apego, lactancia, alimentación y así, una larga lista de imaginarios respecto de las formas en que las mujeres (todas) deben llevar a cabo una forma única, hegemónica, sexista y racista de ser madre.³⁹ Un elemento que explicaría estos cuestionamientos hacia las madres haitianas sería su tardío control del embarazo, a finales

³⁹ Gabriel Abarca Brown, “‘¡Promueva el apego!’: sobre la maternidad de mujeres haitianas como objeto de Gobierno en Chile”. *Revista Bricolaje*, núm. 3 (19 de noviembre de 2018), 12-21; Naudon, “Mujeres migrantes en Chile”; Jovita Ortiz Jael Quiroz Carreño, Marcela Díaz, y Marcela Araya Bannout, “Migración y discriminación: situación de salud materna y perinatal de inmigrantes en Chile”, *Cuadernos Médicos-Sociales*, vol. 59, núm. 1 (11 de junio de 2019), 79-82; Reyes-Muñoz, Gambetta, Reyes y Muñoz-Sánchez, “Maternidades negras en Chile...”.

del tercer trimestre. La médica haitiana Chouloune Prevaud, quien se desempeña en un Centro de Salud Familiar (Cesfam) en Chile, confirma esta situación, y señala al respecto: Las haitianas inician el control de sus embarazos un poco tarde en relación con lo que se hace en Chile. Esto tiene que ver con la cultura, pero también con cuestiones de educación... en Haití no hay tantos centros médicos como en Chile, por lo tanto, en general, la población retrasa sus controles médicos”.⁴⁰

Esto se condice con el relato de otra mujer haitiana que participó en la investigación: “A las mujeres no les gusta ir a sus controles cuando están embarazadas. En realidad, es más bien que piensan que no es necesario controlarse: “es que me siento bien, no voy...; Porque además, si vive en un sector más de campo, no hay muchos centros de salud, entonces es más difícil poder asistir al centro médico” (entrevista, 2019). Por otro lado, existen hombres y mujeres que practican la medicina natural en Haití, y son frecuentados por la comunidad haitiana para resolver sus problemas de salud y también acompañar a las mujeres embarazadas:

Mira, la verdad es que es un médico, así como “natural”. Él es el que hace los controles en la casa y se llama como un médico naturista. Es muy común que mujeres embarazadas vayan a este médico o médica naturista, porque en realidad son más mujeres que hombres. Ellas tienen un don. Y a veces —más en los campos (porque los centros médicos están muy lejos)— se hacen partos en casa. Entonces no siempre las mujeres van a sus controles al centro de salud, porque esa médica ayuda con el embarazo (entrevista, 2021).

Sin embargo, cuando las mujeres viven en sectores urbanos, el acceso a los centros de salud es más expedito, por lo que las mujeres asisten a sus controles de embarazo sin problemas. Esto se contradice muchísimo con la creencia instalada en Chile, por parte de profesionales de la salud, de que las mujeres haitianas

⁴⁰ Chouloune Prevaud, “Conversatorio sobre medicina antirracista: herramientas para reconstruir los espacios de salud. Colegio Médico”, Colegio Médico de Chile (blog), 26 de julio de 2021, acceso el 5 de octubre de 2022, <https://www.colegiomedico.cl/conversatorio-sobre-medicina-antirracista-herramientas-para-reconstruir-los-espacios-de-salud/>.

simplemente no controlan su embarazo o que todas tienen partos en domicilios: “Es que en Haití seguro casi todas las mujeres tienen sus hijos en las casas. No hay condiciones para partos en centros asistenciales” (funcionaria de salud, comentarios recogidos en notas de campo, 2020). Pero como se ha mencionado, esa creencia instalada en profesionales sanitarios se contradice con los relatos de las mujeres haitianas participantes de este trabajo:

En Haití, las mujeres tienen a sus hijos en el hospital; a veces en las casas, pero eso se da más en los sectores, así como de campo, porque ahí no hay mucho centro al que ir, pero en la ciudad las mujeres van a sus controles (entrevista; 2019).

Lo correcto [en Haití] es ir a un médico y se van al control cada mes. Y si hay complicaciones van dos veces al mes cuando las mujeres están embarazadas. Si van, van siempre, pero no desde que se enteró que está embarazada (entrevista, 2021).

Pareciera ser entonces que este “malentendido”—que se ha ido transformando en realidad absoluta—tiene que ver con que las mujeres haitianas sí controlan el embarazo, pero no desde las primeras semanas, sino después del primer trimestre. Y esto es visto por las profesionales sanitarias como “descontrol total del embarazo”.

Otra cuestión interesante respecto de la vivencia del embarazo en Haití es la presencia de una gran red de apoyo comunitario que las mujeres tienen durante su embarazo y puerperio, cosa que no es muy común actualmente en Chile, donde el embarazo es un proceso más bien individual o estrictamente familiar.

En Haití todos cuidan a la mujer embarazada, hasta los vecinos. Todos se hacen cargo y buscan apoyo para ella. (Entrevista, 2019).

Bueno, la mamá (cis) cuida, las amigas, las vecinas... mucha gente está preocupada de ella mientras está así, en su embarazo. (Entrevista; 2019).

Además, otro elemento que se ha señalado como muy diferente entre la realidad haitiana del embarazo y lo que sucede en Chile son los supuestos ritos

y actos poco lógicos que ponen en práctica las mujeres haitianas en los hospitales cuando están prontas a tener a sus bebés, siendo cuestionada por quienes las atienden:

Las haitianas se sientan en el piso cuando sienten mucho dolor.

Para disminuir el dolor de las contracciones, ellas se sientan en el piso.

Y eso lo ven súper mal los médicos aquí.

Por ejemplo, hay mujeres que hasta se ponen debajo de las camillas, porque el contacto con el piso, relaja. Es una conexión con la tierra y el dolor se alivia.

O estar en posición fetal, pero en el piso, así en cuclillas, agachada, pero aquí eso está mal.

La matrona siempre reta a las mujeres que ¿por qué está haciendo eso?

Ellos no entienden.

También bailar. Si, bailamos...

Porque hay que moverse, no sé... es que como el dolor es muy fuerte, no puedes quedarte sin moverte, es como una desesperación, hay que moverse, cantar, bailar, hacer algo, acostarse en el piso...

(Producción narrativa, 2020).

La producción narrativa transcrita, creada en 2020, tras los primeros talleres de póster, coincide con lo expresado por Abarca Brown⁴¹ respecto de los juicios que emiten profesionales de la salud sobre las mujeres haitianas hospitalizadas para dar a luz a sus hijos/as. Tal situación es muy relevante pues en Chile —y como se ha señalado anteriormente— el parto está altamente patologizado y medicalizado⁴² y las mujeres son obligadas a parir en posición supina; conectadas a monitores, sueros y medicamentos intravenosos, lo que hace que prácticamente no puedan moverse de sus camillas y deban pasar las contracciones acostadas y bajo estricta supervisión médica, sin posibilidad de acción ni autonomía.

Sobre esta misma línea, las mujeres haitianas que participan en esta investigación coinciden en que en Chile hay demasiadas cesáreas y que eso no es *normal* o coti-

⁴¹ Abarca Brown, “¿Promueva el apego...”.

⁴² Sadler Spencer, “Así me nacieron a mi hija...”.

diano en su país de origen. No olvidemos que Chile tiene uno de los niveles más altos de cesáreas en el mundo. Al tomar en cuenta lo anterior, las mujeres señalan:

Allá hay más partos naturales.

Allá a nosotras, lo que hacemos, es parto natural, porque así es como queremos.

La cesárea se hace cuando el parto es difícil... si es que hay complicaciones.

Si hay posibilidad de parto natural, nunca se hace cesárea.

Los médicos no hacen cesárea porque la mujer quiere hacer cesárea, la cesárea se hace si el bebé viene mal...

Otra cosa también muy diferente, es que aquí en Haití no se baña al bebé cuando nace, sólo se limpia. Porque eso va a hacer daño al bebé más adelante.

Pero aquí los médicos no entienden y retan a las mujeres porque sólo quieren limpiar con un pañito y estar con él. Y se los llevan, se los quitan, no dejan que la mamá esté más tiempo con el bebé...

(Producción narrativa, 2020).

Otro aspecto incomprendido en la atención a las mujeres haitianas, luego del parto, es su ausencia al control del primer binomio a los ocho días: “Las matronas siempre retan a las mujeres porque no van al control de los ocho días. Esto porque es costumbre nuestra que las mujeres nos quedamos los ocho primeros días encerradas con el bebé. Así como sólo en un mundo para nosotros” (entrevista, 2021). Esto es corroborado por la médica Prevaud, quien recomienda a sus colegas chilenas agendar ese control para el noveno o décimo día después del parto.⁴³

Pese a lo anterior, existe un elemento muy valorado por las mujeres haitianas que viven en Chile y que no encuentran en Haití: la atención que reciben en Centros de Salud Familiar (Cesfam) que son parte de la red de atención primaria en salud:

Creemos que es súper bien que aquí se vaya a cada rato al Cesfam. Sería mejor ir a cada rato a controlarse... como por ejemplo diabetes gestacional, presión alta, y eso se controla con el médico en el poli [centro de salud].

⁴³ Prevaud, “Conversatorio sobre medicina...”.

Allá en Haití, los partos que se hacen así en domiciliares, ellos [médicos/as o familia] no pueden ver los problemas que tienen las mujeres; las complicaciones que puede tener. Aquí el médico, la matrona, se preocupa mucho por eso en el Cesfam. Aquí se protege al bebé durante el embarazo y después del embarazo. Allá en Haití sólo se preocupan de un buen parto (entrevista, 2021).

Ahora, respecto de la lactancia de las mujeres haitianas, otro tema fuertemente cuestionado por profesionales de salud en Chile, ellas señalan:

Las mujeres dan pecho siempre, no es verdad que no damos pecho. Pero pocas mujeres amamantan hasta los seis meses sin dar comida (lactancia exclusiva). Aquí les dicen que no den comida. Pero allá [en Haití] le dan comida antes de los seis meses (entrevista, 2021).

Cuando los niños están llorando, se dice que hay que darle comida. Entonces las mujeres dan pecho más o menos 18, 20 meses, pero aquí retan a las mujeres porque dan comida. Cuando van al centro médico, siempre hay una forma de no tratar bien a las mujeres (entrevista, 2021).

Lo anterior contrasta con la percepción de profesionales, principalmente enfermeras, quienes señalan que no logran “enseñar’ o ‘hacer entender’ a las mujeres haitianas sobre la importancia de dar teta” (entrevista a funcionaria de salud, 2020). Y esta percepción se basa también en sesgos clasistas:

Porque además la leche de las haitianas es súper *power* ¿cachay? (entiendes), porque como son países más pobres, hay menos higiene, entonces es un calostro mucho más poderoso, nutritivo. Porque tú sabes que, en los países nórdicos, esos locos tienen cada vez menos anticuerpos pos’, por el exceso de higiene. En cambio, acá es al revés... Pero no entiendo ¿por qué no dan pecho! (Funcionaria de salud, comentarios recogidos en notas de campo, 2021).

Discusión

En Chile, las mujeres afrodescendientes y particularmente las mujeres haitianas sufren día a día las manifestaciones del racismo y la violencia en diferentes ser-

vicios del Estado y principalmente en el ámbito de la salud. Así, “producto de los anclajes histórico-culturales que sostienen los procesos de racialización de la mujer-negra en Chile, el gobierno de la maternidad asumiría una forma radicalmente violenta que se expresa sobre el cuerpo y la subjetividad de algunas mujeres haitianas”.⁴⁴ Y aquí se ve como los derechos sexuales, reproductivos, del nacimiento y del maternaje, están fuertemente cuestionados para esta “otredad racializada” encarnada en los cuerpos de mujeres haitianas. Ya en 1991 Kimberlé Crenshaw⁴⁵ advertía cómo el género y la raza influían en las formas de violencia y opresión que viven las personas. Y a esta estructura base de vulnerabilidad se le añaden siempre otras desigualdades, como la clase social o la condición migrante o el idioma. En ese sentido, se puede leer con claridad en este trabajo cómo se van cruzando las categorías raza, género, clase, nacionalidad e idioma en las formas en que son vistas y tratadas las mujeres haitianas en los servicios de salud en Chile. En ese contexto, entonces, los valores del nacimiento siguen siendo patriarcales y por ende jerárquicos para las propias mujeres chilenas, y con mayor razón para aquellas mujeres que no cumplen con el prototipo de lo que se espera de ellas: migrantes, racializadas, pobres. Ello es evidente en los relatos de los y las profesionales⁴⁶ que asisten a mujeres haitianas en diferentes centros de salud, donde el sexismo, la xenofobia, el racismo y el clasismo, en tanto valores nucleares y principios estructurantes de la cultura chilena, profundamente violenta y desigual, están normalizados e invisibilizados. Así: “el modelo de madre, sensible, abnegada y sacrificada está íntimamente vinculado con la esencia de la feminidad, marcado por el imaginario colectivo y la construcción de la subjetividad que conlleva a valores y modelos que representan socialmente a las mujeres-madres dentro de las estructuras sociales y de poder”.⁴⁷

⁴⁴ Abarca Brown, “¡Promueva el apego!...”, 14.

⁴⁵ Kimberlé Crenshaw, “Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color”, *Stanford Law Review*, vol. 43, núm. 6 (1991), 1241-1299, acceso el 5 de octubre de 2022, <https://doi.org/10.2307/1229039>.

⁴⁶ Reyes-Muñoz, Gambetta, Reyes y Muñoz-Sánchez, “Maternidades negras en Chile...”, 9.

⁴⁷ Miriela Sánchez Rivera, “Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad”, *Opción: Revista de Cien-*

Por esto, en el imaginario que tienen los/as profesionales sobre la maternidad, asociado a la abnegación, el sacrificio, el amor incondicional y cierta *sensibilidad* respecto de cómo deben comportarse las mujeres luego de dar a luz, las madres haitianas parecieran simplemente no calzar. Por otro lado, esos sesgos se visualizan también en frases tales como “las mujeres haitianas son intolerantes al dolor” haciendo alusión a sus formas *inapropiadas* de comportarse antes de parir, por no mantenerse quietas o en silencio, o simplemente por verbalizar el dolor. Esta última aseveración se puede analizar de manera cruzada con la xenofobia, la que opera en tanto los sujetos extranjeros son juzgados por no asumir los *valores o códigos* que si tienen, supuestamente, los nacionales. Y en ese escenario, las mujeres inmigrantes son tildadas constantemente como la *otredad*. Son ellas quienes no se adaptan al servicio que se les está entregando o “regalando” y, además, no hacen las cosas como *sí saben hacerlo* las chilenas, asumiendo que hay una forma correcta de comportamiento: la propia, la nacional; y una incorrecta: la extranjera, la que además atenta contra la local. Ergo, las mujeres haitianas son visualizadas como las conflictivas, las exageradas, las intolerantes al dolor, las histéricas, entre otros apelativos, pues precisamente se mueven en la sala de parto, caminan, bailan, cantan. También se preocupan si, sin causa aparentemente justificada, les inducen el parto o las llevan a pabellón para practicarles alguna cesárea; en resumidas cuentas, parecieran no aceptar —como supuestamente sí lo hacen las chilenas—, el control de sus cuerpos y de sus procesos gestacionales y de parto, ya sea por desconocimiento, por miedo o porque no están preparadas para aceptar los dictámenes de la biomedicina que las etiqueta, discrimina y convierte en *psicóticas*: “Cuando la mujer no estaba totalmente dilatada para el parto normal, la llevaron a pabellón para hacerle la cesárea. Fue en ese momento cuando ella se empezó a agitar y nos llamaron para evaluarla por psicosis [...] claramente no estaba psicótica [...] sólo pedía más tiempo antes de hacerle una cesárea”.⁴⁸ Así, el racismo opera en los y las funciona-

cias Humanas y Sociales, núm. extra 13 (2016), 921-953, 937.

⁴⁸ Abarca Brown, “¡Promueva el apego!...”, 13.

rios de salud, negando y desvalorizando los conocimientos de la población haitiana cuando señalan, por ejemplo: “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”.⁴⁹ O expresiones tales como “negras cochinas, malas madres”,⁵⁰ para referirse a las mujeres haitianas hospitalizadas en espera de sus procesos de parto. O en frases como: “ahora está lleno de guaguas haitianas pos’, puros monitos... No; es broma...” (funcionaria de salud, comentarios recogidos en notas de campo 2020). Todo ello, por supuesto, no puede dejar de analizarse desde la opresión y violencia de clase a la que se ven expuestas las mujeres haitianas en general, pero particularmente aquellas que son o que serán madres y que son usuarias de los servicios públicos de salud, porque se asume que no tienen recursos y, por ende, están utilizando los recursos de los nacionales: “claro pos’, tienen todo el sistema colapsado y después no hay hora para los chilenos. Porque está lleno de haitianos... ¡lleno!” (funcionaria de salud, comentarios recogidos en notas de campo, 2019).

Pero el clasismo tiene otra dimensión aún más violenta, la cual puede fácilmente identificarse en los innumerables y repetitivos juicios de profesionales sanitarios (y también de la población chilena en general) hacia las mujeres haitianas respecto de la supuesta desconexión de ellas con sus bebés e hijas/os a causa de la pobreza existente en su país de origen. Frases tales como: “Haití tiene un índice tan alto de mortalidad infantil, que las mujeres *culturalmente* rechazan el apego”, son evidencias irrefutables de esta forma de violencia que las mujeres deben enfrentar día a día.⁵¹ Y

⁴⁹ Reyes-Muñoz, Gambetta, Reyes y Muñoz-Sánchez, “Maternidades negras en Chile...”, 7.

⁵⁰ Laura Quintana, “Parir en negro, la realidad de las haitianas que son madres en Chile”, *El Mostrador*, diario electrónico, 14 de mayo de 2017, <https://www.elmostrador.cl/destacado/2017/05/14/parir-en-negro-la-realidad-de-las-haitianas-que-son-madres-en-chile-2/>. 1.

⁵¹ En un taller llevado a cabo a principios de octubre de 2021, con mujeres haitianas y venezolanas (las últimas no participaron de los talleres y entrevistas concertadas para esta investigación), celebrado en una fundación de apoyo a migrantes en Talca, se expusieron los relatos de los/as profesionales de la salud dirigidos

esa violencia de clase se conecta de nuevo con el sexismo, la xenofobia y el racismo, y así, constantemente, todas ellas imbricadas, como han señalado distintas autoras y autores, entre ellos/as Abarca Brown, 2018; Espinoza, 2020; Fernández Véliz, 2019; Quintana, 2017; Reyes-Muñoz et al., 2021, entre otras:

Lo que pasa de manera muy brutal acá, es que se esté cuestionando su calidad de madre y ocupando millones de sesgos que, al fin y al cabo, reproducen conceptos bastante racistas [...] Se culpabiliza a esas familias como si fuese negligencia materna, y en particular a las mujeres, porque las mujeres son las que son las más cuestionadas, las que más culpabilizan, de las que siempre se duda de su relato y las que son más violentadas a través de estereotipos de género y que viven, al fin y al cabo, esta reproducción compleja de discriminación por género, raza y clase.⁵²

Es por todo lo anterior que se hace urgente trabajar desde una perspectiva integral e interseccional, en el abordaje de las prácticas de apego, maternaje y cuidado que recaen sobre las mujeres haitianas, pues en estas prácticas coexisten, por un lado, profundos desafíos y aprendizajes propios de las mujeres para mantener sus prácticas de maternaje y a su vez resistir a los sesgos de las prácticas de las y los profesionales de la salud.

a dichas mujeres, para analizarlos y construir propuestas antixenofóbicas, con miras a mejorar el tratamiento de la salud de las mujeres inmigrantes. Las caras desconcertadas, tanto de venezolanas como de haitianas, fueron sobrecogedoras. Una de las participantes, de nacionalidad haitiana mencionó: “ahora entiendo muchas cosas...”. Y una mujer venezolana expresó: “Es que es terrible lo que hacen con las haitianas, yo lo he visto en el hospital... y es porque repiten eso a cada rato (que no quieren a los bebés porque Haití es un país pobre). (Notas de campo, 2021).

⁵² Natalia Espinoza, “Otro caso de racismo en Chile: denuncian a Oficina de Protección de Derechos de Infancia de arrebatar hijos de mujer haitiana con procedimiento irregular y sin apoyo de traductores”, *El Mostrador*, diario electrónico, 20 de octubre de 2020, <https://www.elmostrador.cl/braga/2020/10/20/oficina-de-proteccion-de-derechos-de-infancia-arrebata-hijos-de-mujer-haitiana-con-informe-falso-y-sin-apoyo-de-traductores/>.