



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA

LOS CUIDADOS EN EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA DE MUJERES
MIGRANTES DEL PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO.

Por:

Marcela María Alejandra Martínez Pereira

Tesis presentada al Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de
Chile, para obtener el grado de Doctora en Sociología

Profesor Guía: Dr. Andrew Webb

Comisión Informante: Dra. Paulina Bravo, Dr. Beltrán Undurraga

Septiembre, 2021

© 2021, Marcela María Alejandra Martínez Pereira

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las/os participantes que formaron parte de este estudio, especialmente a las mujeres migrantes y chilenas embarazadas que compartieron parte de su historia conmigo.

Mi profundo agradecimiento a la Dra. Paulina Bravo por todo el apoyo académico-profesional y personal. Agradezco sus atentas lecturas y comentarios, y su acompañamiento en este proceso de crecimiento. Espero que sigamos trabajando juntas en investigaciones en salud que ayuden a mejorar las condiciones de vida de las personas.

También quiero agradecer a mis compañeras del doctorado, especialmente a mi colega y amiga, Milda Galkuté, por ayudarme académica y personalmente en estos años.

Además, agradezco y dedico esta tesis a mi familia que está en Paraguay, gracias a los tres por cuidarme en momentos lindos, pero también desafiantes que me tocaron vivir en este proceso.

Mis agradecimientos al Dr. Andrew Webb por guiar esta investigación doctoral y al Dr. Beltrán Undurraga por formar parte del Comité de la tesis. Asimismo, quiero agradecer a la Dra. Rupaleem Bhuyan de la University of Toronto, por flexibilizar el concepto de pasantía doctoral en medio de la pandemia de COVID-19.

Finalmente, agradezco a la Pontificia Universidad Católica de Chile por el apoyo en estos años y al Programa de Capital Humano Avanzado de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile por financiar esta investigación y los estudios del Doctorado en Sociología.

ÍNDICE:

RESUMEN.....	6
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	7
LOS ARTÍCULOS.....	10
METODOLOGÍA.....	16
REGISTRO DE DATOS Y ANÁLISIS.....	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS	22
CAPÍTULO II. INTENCIONES Y TOMA DE DECISIONES DE MUJERES MIGRANTES EN SANTIAGO DE CHILE DURANTE EL EMBARAZO	23
RESUMEN	23
INTRODUCCIÓN	23
INTENCIONES EN EL EMBARAZO.....	25
METODOLOGÍA.....	27
RESULTADOS	29
ENFRENTAMIENTO CULTURAL COMO LIMITANTE PARA LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.....	29
BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN	32
FALTA DE RED SOCIAL Y SU IMPACTO EN LAS EXPECTATIVAS DE PARTO ..	33
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	38
CAPÍTULO III. EL RIESGO EN EL EMBARAZO: NARRATIVAS DE MUJERES EMBARAZADAS Y PROFESIONALES DE SALUD DEL PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO.....	39
RESUMEN	39
INTRODUCCIÓN	39

ACERCAMIENTO TEÓRICO.....	41
EL CONTEXTO CHILENO.....	43
METODOLOGÍA.....	44
RESULTADOS	46
INGRESAR EMBARAZADA AL SISTEMA DE SALUD CHILENO	46
“CHILE CRECE NOS SIRVE COMO PARA INTEGRARLAS EN ESTE SISTEMA DE SALUD CHILENO”.....	49
“LAS PERSONAS ACTÚAN O POR CASTIGO O POR ESTÍMULO”	53
DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES	57
CAPÍTULO IV. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y AGENCIA DE MUJERES MIGRANTES	
RESUMEN	59
INTRODUCCIÓN	59
DISCIPLINA Y AGENCIA.....	61
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN CHILE	64
METODOLOGÍA.....	66
RESULTADOS	68
MENSAJES PARA ALCANZAR EL ÉXITO DE LA LME	68
DESAFÍOS DE LA LME PARA MUJERES MIGRANTES.....	73
DISCUSIÓN	77
CONCLUSIONES	80
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFÍA.....	94

RESUMEN

A nivel mundial, la migración es considerada un determinante social de la salud. En el caso de Chile, el país está experimentando una creciente llegada de personas migrantes provenientes de Latinoamérica con características económicas y demográficas que indican ser un desafío para el sistema de salud local. El objetivo de esta investigación doctoral es comprender las diferentes formas del cuidado que se manifiestan en las experiencias de las mujeres migrantes en el periodo de gestación y lactancia en Santiago de Chile.

Para cumplir con este objetivo, se realizó un estudio siguiendo un diseño cualitativo y longitudinal que reunió como participantes a usuarias migrantes embarazadas/lactantes provenientes de países de Latinoamérica y profesionales de salud del Programa Chile Crece Contigo en dos comunas de la Región Metropolitana de Chile.

De esta manera, se comprendió cómo se construye y opera el cuidado a partir de dos ámbitos ligados a la salud, desde una perspectiva institucional y, por otro lado, desde las experiencias vividas por las mujeres en su entorno social y familiar transnacional.

Los hallazgos del estudio muestran que el control, regulación del cuerpo y comportamiento de las mujeres migrantes embarazadas y lactantes se ejerce a través de la persuasión, la culpa y el riesgo. Sin embargo, las mujeres despliegan estrategias consideradas como acciones para cubrir sus necesidades de cuidado y como forma de resistir al discurso biomédico de los/as profesionales de salud y a los lineamientos institucionales imperantes.

Además, se encontró que los/as profesionales de salud reconocen que el Programa Chile Crece Contigo (ChCC) es importante para que las mujeres migrantes puedan ingresar y formar parte del Sistema de Salud chileno. No obstante, se observa que existe un cambio desde el embarazo a la lactancia en la autonomía y decisión sobre su salud por parte de las mujeres migrantes los que están determinados por la lógica de atención del Programa ChCC y por su relación con los/as profesionales de salud.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La movilidad de las personas se ha incrementado en las últimas décadas (United Nations, 2020). A partir de las crisis económicas y sociales en Latinoamérica adquirió relevancia la migración intrarregional con la creciente migración de personas de Haití y Venezuela a diferentes países de la región (CEPAL, 2020).

Chile también presenta un aumento de la población migrante en los últimos años, pasando de 1.301.381 en 2018 a 1.462.103 en el 2020, siendo crecimiento acumulado de 12,4% de personas migrantes que viven en el país (Instituto Nacional de Estadística, 2021a). La literatura indica que la migración es un determinante social de la salud por las condiciones de vulnerabilidad a la que están expuestas las personas que se movilizan y que impactan en los recursos sanitarios y en los resultados de su salud (Organización Internacional para las Migraciones, 2006).

A nivel global se ha demostrado el desafío que tienen los sistemas de salud en avanzar en la equidad al acceso y atención en salud de las mujeres migrantes (Fredsted Villadsen, Hvas Mortensen, & Nybo Andersen, 2016; Heaman et al., 2013; Puthussery, 2016). En el caso chileno, a través de la Política de Salud de Migrantes (Ministerio de Salud, 2018a) se observan esfuerzos en materia de migración. Sin embargo, estos están mayormente enfocados en el acceso de las personas al sistema de salud y poco se profundizó en la participación de las personas en su salud y la interacción entre el personal de salud y los/as migrantes.

Estudios previos realizados en Chile indican que los trabajadores de salud no necesariamente cuentan con las competencias para atender a personas migrantes (Sepúlveda & Cabieses, 2019; Urrutia-Arroyo, 2018), tampoco conocen la forma en que la vulnerabilidad social y sanitaria tiene relación con la situación legal en el país ni las estrategias locales a los que tienen acceso (Ramírez-Santana, Riverra Humeres, Bernal Silva, & Cabieses Valdés, 2019). Se destaca también la discriminación desde los/as profesionales de salud a esta población (Liberona & Mansilla, 2017; Urzua & Cabieses, 2018). Respecto a las técnicas cualitativas centradas en las mujeres migrantes, se hallan

las que están relacionadas a *contextos laborales* (Alman, 2012; Stefoni, 2009; Stefoni & Fernández, 2012) , en los que se rescata el avance por comprender el trabajo doméstico, las relaciones de poder entre empleadores y trabajadoras, como también las expectativas para insertarse laboralmente y las estrategias que activan las mujeres migrantes. Además, se encuentran investigaciones relacionadas al *trabajo y cuidado de personas adultas mayores, niños y todo lo relacionado con las labores del hogar* (Acosta, 2013; Arraiga & Todaro, 2012), que debaten acerca de las cadenas globales de cuidado y las condiciones laborales en cuanto a este tipo de trabajo, entendiendo que es uno de los sectores laborales principales de las mujeres migrantes. Así también hay evidencia empírica sobre las transformaciones de *identidad, roles de género e integración social* (Lahoz, 2012; Stefoni & Bonhomme, 2014), que han abordado las estrategias y la reconfiguración de las identidades en el proceso migratorio. En cuanto a la *maternidad transnacional* (Cienfuegos, 2010; Leon-Gin, 2014; Stefoni, 2013), los estudios han rescatado las prácticas transnacionales, las transformaciones de las familias y las relaciones de género. Por último, se encuentran trabajos sobre el *racismo y la sexualidad* (Carrère & Carrère, 2015; Tijoux & Palominos, 2015), en los que se destaca una profundización de las relaciones de poder y la discriminación en base a nociones de racismo y sexualización.

En resumen, se puede rescatar que los estudios revisados sobre las mujeres migrantes en Chile (especialmente en Santiago) se centraron en el despliegue de estrategias y prácticas transnacionales, la reconfiguración de las identidades e incidencia en las relaciones sociales, así como la inserción y la calidad de los trabajos en Chile. Sin embargo, estos estudios desconocen el perfil epidemiológico de las mujeres migrantes en Chile, como es la razón principal de los egresos hospitalarios se refiere al parto, embarazo y puerperio (54,4% de egresos en migrantes, en comparación al 15,1% de los egresos por la misma razón en chilenas en el 2019) (Ministerio de Salud, 2019b). No obstante, se observa escaso abordaje teórico y empírico vinculado al proceso reproductivo de las mujeres migrantes en el país, lo que genera una brecha en el conocimiento e ignora necesidades específicas de este grupo.

Esta tesis doctoral tiene como objetivo abordar las experiencias de las mujeres migrantes embarazadas y lactantes en dos comunas de Santiago de Chile, a fin de conocer los mecanismos de acceso a la salud, y las experiencias de atención en salud desde las narrativas, encuentros y desencuentros sobre el cuidado de su salud entre las mujeres y las/los/as profesionales de salud.

Siguiendo la Declaración ALMA-ATA, la Atención Primaria en Salud (APS) es el primer nivel de contacto que tienen las personas, familias y comunidades con el sistema de salud (OMS/OPS & Unicef, 1978), siendo tradicionalmente el lugar de acceso para servicios de salud públicos relacionados con la gestación. De esta manera, este estudio se centra especialmente en el periodo pre y post natal dentro de la APS.

Específicamente, esta investigación está centrada en conocer las dinámicas y servicios dentro del Programa Chile Crece Contigo (ChCC). Este Programa es parte del Subsistema de Protección Social de Chile, se compone de una red integrada de servicios y está destinado a la infancia. El mismo nació luego de una serie de intervenciones sanitarias para hacer frente a problemas maternos infantiles -como la pobreza y que los niños no alcanzaban el desarrollo esperado para su edad- (Silva Villalobos & Molina Milman, 2010). A partir de la creación del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia en el 2006, se elaboraron propuestas de políticas públicas y medidas para implementar un sistema de protección a la infancia. Así se generaron las bases para la constitución de ChCC que, posteriormente, en el año 2009 adquirió carácter de Ley (Ley 20.379) dando estabilidad y continuidad al Programa.

El ingreso al subsistema es a través de la red de salud pública, siendo el primer control prenatal su forma de acceso. El Programa ofrece un conjunto de servicios para las mujeres que asisten a Centros de Salud Familiar (CESFAM) en APS, como son controles prenatales, talleres sobre cuidado en el embarazo, entrega de un ajuar para el momento del nacimiento del bebé, entre otros. En concordancia con Caro (2009) y Rovira, Boero, & Calquin (2017), el Programa ChCC cuenta con un enfoque donde la vulnerabilidad está presente en los sectores más bajos, es decir, específicamente mujeres gestantes y madres

empobrecidas, reconociendo los determinantes sociales de la salud que podrían condicionar el desarrollo adecuado de niños y niñas en el país.

Los servicios anteriormente mencionados forman parte de Programas que abarcan desde el inicio del embarazo hasta que los niños/as cumplan 9 años. Pero para fines de este estudio, se tuvo en cuenta dos de ellos. En primer lugar, el *Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial*, que cuenta con un conjunto de acciones para abordar las vulnerabilidades que pueden condicionar a las mujeres embarazadas (Silva Villalobos & Molina Milman, 2010) y que tiene como objetivo implementar acciones en el ámbito de la salud enfocadas en la detección precoz de riesgos que puedan afectar negativamente en el desarrollo futuro de los niños. Y por otro lado, el *Programa de Apoyo al Recién Nacido*, en el que están integradas acciones como talleres prenatales para las madres y acompañantes, en donde pueden aprender nociones básicas del cuidado hacia los niños/as recién nacidos/as.

De esta manera, el **objetivo general** de esta tesis doctoral es comprender las diferentes formas de cuidado que se manifiestan en las experiencias de las mujeres migrantes en periodo de gestación y lactancia.

Se desprenden tres **objetivos específicos**, (1) conocer las diferentes expresiones de los cuidados desde la agencia de las mujeres en el periodo de gestación; (2) analizar la forma en que operan los cuidados desde el aparato estatal y la libertad de elección respecto a los cuidados en el embarazo y, (3) conocer las experiencias de la lactancia materna en el marco de los estándares hacia la promoción de la lactancia materna exclusiva.

LOS ARTÍCULOS

La tesis está basada en tres artículos independientes que cuentan con una secuencia temporal para responder cada objetivo específico expuesto anteriormente. Cada artículo busca integrar temas relacionados al cuidado de las mujeres migrantes en el embarazo y lactancia, y contrastarlo con los lineamientos del Programa ChCC. De esta manera, desde

la lógica temporal y teórica, se abordan las intenciones y decisiones de las mujeres en el embarazo, el manejo del riesgo en el embarazo y, finalmente, las acciones de las mujeres migrantes respecto a la lactancia materna exclusiva.

En el Capítulo II, se presenta el primer artículo titulado “*Intenciones y toma de decisiones de mujeres migrantes en Santiago de Chile durante el embarazo*” donde se comprenden las emociones que existen en las intenciones y toma de decisiones en el embarazo de mujeres migrantes. En el primer artículo, a través del acercamiento a la teoría de Theodore Kemper (2006), se observa la agencia de las mujeres para contrarrestar asimetrías en el estatus y poder en la interacción con los/as profesionales de salud. Estas agencias no solo son formas de movilizarlas, sino que tienen relación con sus intenciones y decisiones en el embarazo y para el parto.

Este artículo ilustra el enfrentamiento cultural que las profesionales de salud tienen que hacer frente para atender a las mujeres, sin capacitaciones ni comprensión sobre la cultura o preferencias de ellas. Los resultados de este artículo muestran que aquellas expectativas y las limitaciones en el cuidado terapéutico, se sustentan en las interacciones que ellas mantienen con sus familiares a nivel transnacional. Las nociones de cuidado escapan de los conocimientos locales que los/as profesionales de salud cuentan sobre la población que atienden en los CESFAM.

También se observa que las mujeres tienen puntos de inflexión dentro de su proceso de embarazo en los que necesitan mayor cuidado, estos momentos críticos son los que gestionan de manera transnacional o a través de la búsqueda de información en internet. Por otra parte, en este artículo se presenta la reflexión que las mujeres migrantes hacen sobre la falta de red social en Chile, ya que experimentan soledad en el ámbito local, pero también se observa una acumulación de expectativas sobre sus familiares que están en sus países de origen. El cuidado es transnacional, a través de llamadas o visitas, a fin de cubrir estas necesidades e intenciones de salud que las mujeres tienen en la gestación y parto.

Los hallazgos muestran que el cuidado que se transfiere de manera transnacional repercute en las intenciones y decisiones en el embarazo y el parto de las mujeres migrantes. Por lo

que, el rol y las responsabilidades que adquieren los familiares en sus países de origen en aquellos momentos importantes del embarazo, hacen que el cuidado y sus intenciones de salud estén determinados por dimensiones externas al CESFAM y al Programa ChCC.

En síntesis, este artículo muestra cómo las necesidades de bienestar y cuidado de las mujeres migrantes no están siendo cubiertas por el sistema de salud local, encuentran dificultades en el acceso a la salud, como también en momentos considerados preocupantes para ellas y en la preparación del parto. Frente a aquello, las mujeres migrantes deciden desplegar estrategias para su cuidado, las que escapan del abordaje local de atención prenatal del Programa y, al mismo tiempo, repercuten en las intenciones en el embarazo y el parto.

En los siguientes capítulos, se expone sobre el riesgo en el embarazo y la agencia de las mujeres en el proceso de lactancia, esto se realiza desde la perspectiva teórica de Michel Foucault sobre gubernamentalidad y biopolítica.

Específicamente, en el Capítulo III se expone el segundo artículo con el nombre de “*El riesgo en el embarazo: narrativas de mujeres embarazadas y profesionales de salud del programa Chile Crece Contigo*”, el cual analiza el manejo del riesgo en el embarazo de mujeres migrantes y profesionales de salud que forman parte del Programa Chile Crece Contigo. De esta manera, se desarrolla la operacionalización de los lineamientos estatales entorno al riesgo en el embarazo, observando también las posibles libertades que tienen las mujeres migrantes en cuanto a su adhesión al sistema de salud chileno.

Al igual que en el primer artículo, en este se observa que el acceso al sistema de salud chileno sigue siendo una de las principales limitaciones para las mujeres migrantes en ambas comunas estudiadas. Se muestra que, desde las narrativas institucionales, existe una visión de responsabilizar por su salud a las mujeres por su ingreso tardío a la atención prenatal y, como consecuencia, los posibles problemas en la salud de los bebés. Sin embargo, las mujeres migrantes indican inconvenientes a los que se vieron enfrentadas al acudir de manera temprana a la atención. En estos escenarios, se observa la vulnerabilidad a la que las mujeres migrantes sin documentos migratorios vigentes deben hacer frente.

Asimismo, como en el primer capítulo, en este las mujeres recurren a redes informales locales para conocer cómo funciona el sistema de salud chileno.

A partir de la visión sobre la falta de responsabilidad que tienen las mujeres migrantes para ingresar tempranamente al sistema de salud, en la atención se observa que la disciplina es el concepto fundamental de la operacionalización de los directrices institucionales. De esta manera, los/as profesionales de salud manejan el riesgo en el embarazo con las mujeres migrantes a fin de que ellas puedan adherir a los lineamientos locales y homogeneizar o normalizar el cuidado en el embarazo.

Para que las mujeres puedan conocer el riesgo que tiene la no adherencia a los lineamientos institucionales, los/as profesionales de salud utilizan la culpa e insistencia como estrategias persuasivas. Además, se observa una imagen de mujer sin recursos ni conocimientos previos que se profundiza con la percepción de falta de responsabilidad sobre su salud que tienen los/as profesionales de salud respecto a las mujeres migrantes.

En resumen, los hallazgos de este artículo muestran que el Programa ChCC insta a las mujeres migrantes a mantener un manejo comprometido sobre la salud de sus bebés y utiliza el riesgo como técnica de regulación para que ellas puedan tomar las decisiones. Asimismo, no solo los encuentros clínicos son espacios de poder, sino que también los talleres que, si bien no son obligatorios para recibir los beneficios del Programa, los/as profesionales de salud insisten en la presencia de las mujeres porque es ahí el espacio donde ellas aprenden sobre el funcionamiento del sistema de salud chileno, como de los riesgos para la salud del bebé.

Dicho de otra manera, el Programa ChCC, basándose en la libertad de elección y en la seguridad, busca que las mujeres migrantes adhieran a los lineamientos institucionales a través de la disciplina y la culpa, para que puedan cambiar cualquier comportamiento y forma de vida que no se acomode a las costumbres locales o lo que localmente se considera como una conducta saludable.

Estos lineamientos siguen una atención centrada en la biomedicina que se focaliza la búsqueda de patologías, en vez de comprender las dimensiones biopsicosociales de las mujeres migrantes embarazadas (Emanuel & Emanuel, 1992).

Por su parte, se percibe un conflicto desde las mujeres migrantes, quienes siguen las directrices institucionales a partir de la persuasión que existe en la atención, los talleres y las actividades realizadas por el CESFAM. Aquel conflicto se observa cuando no tienen opción de decisión sobre su participación en los talleres, como también cuando perciben como una ayuda (y no como un derecho) porque son atendidas incluso a partir de su condición migratoria. Si bien Chile realizó esfuerzos para que el acceso a la salud materna sea un derecho de todas las mujeres migrantes independientemente de su situación migratoria, en la práctica las mujeres aún se enfrentan a problemas, viviendo experiencias que les hacen percibir su derecho como un favor del equipo de salud. Este resultado está alineado a estudios previos (Cabieses, 2019; Liberona, 2012; Liberona & Mansilla, 2017; Torres & Garcés, 2013), pero en este artículo se observa que desde los/as profesionales de salud, la responsabilidad del ingreso tardío está puesta en las mujeres, cuando ellas intentan acceder de forma temprana se encuentran con inconvenientes y discriminación, lo que dificulta el acceso oportuno desde la estructura del sistema y no como un “descuido” de las mujeres migrantes.

Por último, en el Capítulo IV, se encuentra el tercer artículo, llamado “*Lactancia materna exclusiva (LME) y agencia de mujeres migrantes*”, que tiene como objetivo comprender las agencias de las madres migrantes en su interacción con los/as profesionales de salud que buscan cumplir con la LME.

Siguiendo la misma línea de operacionalizar los lineamientos institucionales que se encontraron en el artículo anterior, en este se muestra que los/as profesionales de salud promueven la libre demanda de la lactancia. Sin embargo, en este periodo también se encuentra que existen actividades disciplinarias para que las mujeres migrantes adhieran a estos. Asimismo, se observa que, desde el Programa ChCC, se busca tecnificar la lactancia materna y, desde los documentos analizados, se encuentra la naturalización del

éxito al amamantar. Desde una mirada biomédica, las visitas clínicas al CESFAM buscan observar y normalizar la práctica de la lactancia, como una técnica más que como una experiencia y decisión personal. Específicamente, se basan en la técnica del amamantamiento y el apego que la mujer puede tener con sus bebés.

Por su parte, se observa que las mujeres migrantes resisten a los planteamientos de los/as profesionales de salud y realizan un análisis crítico hacia la sociedad y los lineamientos que no comprenden que existen dinámicas sociales y familiares de sus vidas que interfieren en la exclusividad de la lactancia materna.

En la etapa de lactancia, se muestra que la mujer adquiere cierto empoderamiento respecto a la salud de su bebé y de ella, encontrando que esta agencia de omisión de información o entrega de información falsa a los/as profesionales de salud, son observados como una forma de resistencia a los lineamientos desde el Programa ChCC, que les permite sentirse menos juzgadas por ejercer prácticas de cuidados distintas a las propuestas por los profesionales. Sin embargo, si bien las mujeres muestran una agencia en este momento, no las libera del juzgamiento social ni en el encuentro clínico, al momento de descubrir en forma honesta la manera en que practican la lactancia o crianza de sus hijos/as.

La lógica de los tres artículos es mostrar cómo las mujeres transitan desde embarazo a la lactancia, con acciones y resistencias que se van modificando respecto a la interacción con los/as profesionales de salud y los lineamientos del Programa ChCC.

La tesis contribuye de manera práctica en conocer las necesidades de cuidado terapéutico que tienen las mujeres migrantes en su interacción con los/as profesionales de salud para avanzar en el planteamiento de una atención centrada en el paciente en Chile (Bravo et al., 2017). Asimismo, a la sociología de la medicina es un aporte porque se conocen las tecnologías de vigilancia y de espacios de organización que se desarrollan a partir del Programa ChCC, como también en la comprensión del proceso multidimensional e interactivo que es el cuidado de la salud, que contempla la intersección de raza, clase y género (May, 2011). Por último, desde la mirada sociológica de la agencia, los hallazgos

de esta tesis son un aporte al concepto de agencia de autocuidado utilizado en las ciencias de la salud (Orem, 1993).

METODOLOGÍA

En esta investigación seguí un diseño cualitativo, específicamente llevé a cabo un estudio de caso (Creswell, 2013), con el fin de comprender las formas que adquiere y se expresa el cuidado en la vida de las mujeres migrantes en periodo de gestación y de lactancia. En cuanto a la dimensión del tiempo, realicé una investigación longitudinal, que abarcó desde el periodo de embarazado a los primeros meses de lactancia.

En total, llevé a cabo el trabajo de campo desde el abril 2019 hasta junio 2020 en tres Centros de Salud Familiar (CESFAM) de Renca y Recoleta de la Región Metropolitana de Santiago. En la primera etapa de la recolección de datos realicé observaciones no participantes en los talleres prenatales del Programa Chile Crece Contigo (Blaikie, 2000; Clifford, 2008). A través de la observación no participante pude conocer la interacción entre las mujeres embarazadas y los/as profesionales de salud encargados del taller, y otras mujeres que estaban pasando por la misma experiencia. A partir de la asistencia a los talleres, tuve la posibilidad de invitar a las mujeres migrantes a participar del estudio. Después de las sesiones, tomé notas de escenas específicas en la interacción social y los temas que se trataban en los talleres. El contacto con los/as profesionales de salud fue a través de los directores y encargadas/os del Programa ChCC en los CESFAM. En ambos casos, el proceso de reclutamiento a mujeres embarazadas y a profesionales de salud se basó en un muestreo intencionado.

Además, realicé entrevistas en profundidad acerca de episodios (Mueller, 2019) de la vida de las mujeres embarazadas. El proyecto de tesis contempló realizar entrevistas solo a mujeres migrantes residentes de ambas comunas. Sin embargo, como sugerencia de los profesores de la Comisión de la Tesis, invité a participar a un número reducido de mujeres chilenas para conocer sus experiencias y leí las entrevistas de las mujeres chilenas de manera independiente. No se incluyeron relatos de aquellas entrevistas por no encontrar

un aporte y contraste sustantivo al acercamiento de las experiencias de las migrantes. Los hallazgos de los artículos muestran que las vivencias de las mujeres migrantes están relacionadas con el contexto migratorio, las que se observan en el embarazo y la lactancia.

En general, ejecuté todas las entrevistas a las mujeres en un ambiente informal llevándose a cabo una conversación fluida en base a temas previstos anteriormente para cubrir eventos que pudieran ser importantes en sus vidas y tengan relación con la configuración del concepto cuidado en su embarazo y lactancia. Entrevisté a las mujeres participantes en dos momentos:

- En el embarazo: Las preguntas estuvieron relacionadas a su proyecto migratorio, los cuidados en la niñez, su comunicación actual con su familia de origen, la relación con su pareja en el embarazo y la atención en salud (controles prenatales y talleres en el embarazo).
- En la lactancia: Las preguntas se relacionaron al inicio del proceso de lactancia, su relación con familiares y amigos en el país de origen y locales, su percepción sobre la lactancia materna y su relación con los/as profesionales de salud en este proceso.

Por su parte, realicé entrevistas semiestructuradas a los/as profesionales de la salud con la intención que además de conocer su punto de vista, pueda mostrar las instalaciones, folletos y formas de atención en los servicios de salud. En estas traté temas como la experiencia y visión del Programa, relación con la población migrante en las consultas y talleres, recomendaciones y manejo de sugerencias en cuanto a salud y bienestar en el embarazo y la lactancia.

En total, entrevisté a 12 profesionales de salud, la mayoría fueron matronas mujeres (9), pero también se entrevistó a 1 personal del departamento de psicología, 1 de trabajador social y 1 nutrición. Al momento de la entrevista, las profesionales de salud entrevistadas tenían entre 7 meses a 12 años de antigüedad en los CESFAM de Renca y entre 3 años y 36 años en los CESFAM de Recoleta.

En cuanto a las mujeres embarazadas, entrevisté a 25 mujeres, siendo 19 mujeres migrantes y 6 mujeres chilenas que se atienden en aquellos CESFAM y forman parte del Programa ChCC.

Entre las características de las mujeres migrantes, se destaca que nacieron en países de Latinoamérica: Perú, Venezuela, Colombia, Haití, Bolivia, República Dominicana y Ecuador, 8 mujeres llevan menos de un año en el país y 9 mujeres entrevistadas llevan entre 1 y 14 años viviendo en Chile. Las mujeres migrantes participantes tienen entre 20 a 39 años y la mitad de las participantes es primigesta. Por su lado, las mujeres chilenas tienen entre 22 a 38 años y 4 de ellas está embarazada de su segundo hijo.

En el caso de las mujeres en proceso de lactancia, contacté a las mismas mujeres, pero por motivos externos algunas de ellas no siguieron en la investigación. En total, entrevisté a 21 mujeres en proceso de lactancia, 17 mujeres provienen de países latinoamericanos, de las cuales 12 mujeres del total no seguían con la LME. En el caso de las mujeres chilenas, entrevisté a 4 y 2 de ellas no seguían con la LME.

En cuanto a los meses de LME, las mujeres no indicaron con claridad en qué momento incluyeron otros alimentos o líquidos. Pero en todos los casos, los bebés de las participantes tenían hasta 6 meses al ser entrevistadas.

Tabla 1. Categorías de las mujeres migrantes embarazadas entrevistadas

Pseudónimo	País de origen	Edad	Comuna de residencia	Residencia en Chile	Embarazo		Lactancia	
					Trimestre de embarazo	Nº de hijo/A	Mes de nacido	LME
Valeria	Colombia	20	Renca	9 meses	Tercer	Primer	-	-
Juana	Venezuela	24	Renca	11 meses	Segundo	Primer	4	Sí
Patricia	Perú	27	Renca	2 años y 10 meses	Primer	Segundo	3	Sí
Rocío	Colombia	22	Renca	6 meses	Tercer	Primer	6	No
Myriam	República Dominicana	22	Renca	1 año y 7 meses	Tercer	Primer	3	No
Carolina	Bolivia	36	Recoleta	4 meses	Primer	Primer	2	No
Gloria	Ecuador	39	Recoleta	5 meses	Tercer	Segundo	-	-
Joselyne	Perú	34	Recoleta	5 años	Tercer	Primer	3	No
María	Venezuela	33	Recoleta	2 años	Segundo	Tercero	2	No
Rosa	Venezuela	29	Recoleta	2 años	Primer	Primer	3	No
Andrea	Perú	21	Recoleta	3 años	Segundo	Primer	4	No
Mónica	Venezuela	28	Renca	4 meses	Tercer	Primer	3	No
Mariela	Perú	33	Renca	14 años	Segundo	Primer	3	No
Amanda	Perú	31	Renca	9 años	Segundo	Segundo	2	No
Isabel	Perú	27	Renca	14 años	Segundo	Tercer	3	Sí
Florencia	Perú	29	Recoleta	7 años	Tercer	Segundo	2	No
Romina	Haití	36	Renca	2 años	Primer	Tercer	2	Sí
Claudia	Perú	29	Recoleta	8 meses	Tercer	Segundo	3	Sí
Laura	Perú	30	Recoleta	7 meses	Tercer	Primer	2	No
Fuente: Elaboración propia								

Tabla 2. Características de los/as profesionales de salud entrevistados

Pseudónimo	Comuna	Cargo profesional
Javiera	Renca	Matrona
María	Renca	Matrona
Ana	Renca	Matrona
Jorge	Renca	Psicólogo
Magalí	Renca	Nutricionista
Claudia	Recoleta	Matrona
Araceli	Recoleta	Matrona
Victoria	Recoleta	Matrona
Angélica	Recoleta	Matrona
Valentina	Recoleta	Matrona
Violeta	Recoleta	Matrona
Guillermo	Renca	Trabajador social
Fuente: Elaboración propia		

Por otra parte, el Programa Chile Crece Contigo cuenta con materiales de apoyo para las mujeres embarazadas, maternidad y paternidad, crianza respetuosa, lactancia, entre otros. En dos artículos utilicé los mismos documentos que son entregados a las mujeres en los CESFAM en la primera consulta médica, a fin de conocer aquellas recomendaciones o lineamientos del Estado.

Por último, es importante mencionar que el trabajo de tesis tuvo complicaciones externas que contemplaron cambios en la metodología a fin de poder cumplir con la recolección de datos. En la primera fase, en el que contemplaba la visita a los CESFAM y entrevistas a

mujeres y profesionales de salud, se produjo el estallido social en Chile. El trabajo de campo estuvo suspendido desde el mes de octubre 2019 hasta mediados de enero 2020. Desde comienzos del 2020 retomé las visitas a los CESFAM para terminar la primera fase de entrevistas y se comenzaron a realizar las entrevistas de la segunda (seguimiento de las mujeres en etapa de lactancia).

Desde marzo 2020 nuevamente se suspendió el trabajo de campo nuevamente por la pandemia de COVID-19, por lo que decidí continuar con las entrevistas de la segunda etapa bajo la modalidad de llamadas o video llamadas. A partir de la aprobación de la enmienda presentada al Comité de Ética UC, pude contactar nuevamente a las mujeres y preguntar si querían seguir participando. Alineado a estudios previos sobre las dificultades de las investigaciones cualitativas virtuales (Lobe, Morgan, & Hoffman, 2020; Roberts, Pavlakis, & Richards, 2021), el mayor desafío de este periodo fue que ellas encontrasen un espacio de tiempo para la entrevista, entendiendo que toda su familia estaba en la casa y la carga de cuidado posiblemente era mayor. Por lo mismo, estas entrevistas a distancia fueron más cortas en comparación a las entrevistas de la segunda fase que realicé de forma presencial. Por otro lado, si bien ya existía confianza con cada una de ellas porque nos conocimos en la primera entrevista, muchas veces fueron llamadas solo de voz, por lo que no fue posible asegurar que ella se encontraba en un espacio sin otras personas que pudieran influenciar en sus respuestas.

REGISTRO DE DATOS Y ANÁLISIS

El registro de las observaciones de los talleres y el ambiente clínico lo escribí en un cuaderno con fecha de los episodios captados. Por su parte, todas las entrevistas fueron grabadas con una grabadora de voz y transcritas para, posteriormente, realizar el análisis de datos con ayuda del software MAXQDA 2018.

Seguí los pasos del análisis temático, propuesto por Braun & Clarke (2006). Codifiqué las entrevistas en base a los patrones de ideas y frases que se repitieron, y, a partir de estos códigos, se definieron los temas relevantes. En los dos primeros artículos utilicé las

entrevistas de las mujeres embarazadas y las profesionales de salud. En cambio, en el último artículo analicé específicamente las entrevistas realizadas a las mujeres en la lactancia.

Por otra parte, los documentos del Programa fueron analizados junto con las entrevistas y fueron incluidas en dos de los artículos. Esto a fin de codificarlos junto con las entrevistas y poder realizar la triangulación de los datos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación doctoral fue revisada y aprobada por el Comité Ético Científico en Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la Pontificia Universidad Católica [190103002]. Siguiendo la normativa nacional vigente para la conducción de investigación, el proyecto también fue revisado por los Comités de Ética de Investigación Científica del Ministerio de Salud, específicamente del Servicio de Salud Metropolitano Occidente y del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Todas las mujeres y profesionales de salud han consentido a participar a partir de un consentimiento informado, las entrevistas han tenido la autorización para la grabación de audio, los nombres de las participantes han sido cambiados por pseudónimos y se han eliminado en las transcripciones de las entrevistas cualquier información que pueda identificarlas/os.

Además, se entregarán los resultados a los directores de los CESFAM, como también a las mujeres participantes del estudio.

CAPÍTULO II. INTENCIONES Y TOMA DE DECISIONES DE MUJERES MIGRANTES EN SANTIAGO DE CHILE DURANTE EL EMBARAZO

RESUMEN

Con el objetivo comprender las emociones que existen en las intenciones y toma de decisiones en el embarazo de mujeres migrantes en dos comunas de Santiago - Chile, este estudio se basa en una metodológica cualitativa con relatos de mujeres migrantes embarazadas y a profesionales de salud.

Los resultados indican que la pérdida de poder-estatus en la interacción con el sistema de salud provoca que la toma de decisiones de las mujeres migrantes en el cuidado del embarazo se lleve a cabo en un plano transnacional. Todo esto se presenta en puntos de inflexión en el embarazo y parto.

PALABRAS CLAVE Familia transnacional; cuidado; toma de decisiones; embarazo; Chile.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la población migrante en Chile pone en relieve la desigualdad en cuanto al acceso y uso de servicios de salud, como también en el bienestar de esta población en comparación a los nacionales (Cabieses, 2019). En el caso de las mujeres embarazadas migrantes, estas tienen garantizado el acceso a la atención prenatal gratuita, a través de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) y su inclusión al Programa Chile Crece Contigo (ChCC).

El Programa ChCC es parte de la Política de Protección de la Infancia del Sistema de Protección Social de Chile y cuenta con servicios y prestaciones para los niños/as desde la gestación hasta los 9 años. El Programa cuenta con un contenido, beneficios materiales post parto y estructura de atención para todas las mujeres gestantes y sus hijos a lo largo del país.

La atención primaria en salud (APS) tiene un enfoque familiar y comunitario, centrado en la persona, que incorpora elementos de interculturalidad (García-Huidobro et al., 2018; Ministerio de Salud, 2013).

A nivel mundial se promueve el modelo del cuidado centrado en el paciente (CCP) y en la competencia cultural, los cuales buscan el respeto de las necesidades y preferencias de las personas, como también proporcionan la instancia para una activa participación a través de la toma de decisiones compartida (Frosch & Carman, 2016). No obstante, estudios previos muestran que la participación de los usuarios en su salud sigue siendo insuficiente debido al escaso espacio de involucramiento para ellos (Bravo et al., 2018; Bravo, Uribe, & Contreras, 2008).

La implementación del CCP en los servicios de maternidad es aún un desafío en el ambiente clínico (Santana et al., 2017). Estudios realizados en países anglosajones han puesto la atención en el parto (Hernández & Echevarría, 2016; Malacrida, 2015) y los exámenes médicos que se realizan en el embarazo (Ahmed, Bryant, Tizro, & Shickle, 2012; Nicholls, David, Iskaros, & Lanceley, 2019; Schwennesen & Koch, 2012; Wild et al., 2013), enfatizando la relación asimétrica que se da entre los/as profesionales de salud y el poco espacio de participación para las mujeres embarazadas.

Respecto a las personas migrantes en Chile, la evidencia muestra una limitada relación entre las mujeres migrantes y profesionales de salud en Chile, con el desafío de acentuar las particularidades de la población migrante, como también de reconocer a las mujeres como sujetas de derechos sexuales y reproductivos en el embarazo (Scozia et al. 2014; Núñez 2012; Núñez y Torres 2007). Asimismo, otro punto crítico es el momento del parto. Avaria (2018) en su estudio sobre mujeres migrantes y parto institucionalizado en Chile, destaca que la intersección entre raza, género, clase y nacionalidad tiene relación con imaginarios y prácticas de subordinación hacia esta población.

A través del modelo de cuidado centrado en la persona, los/as profesionales de salud pueden que ser capaces de conocer el contexto actual del paciente y de su experiencia previa (Rathert, Wyrwich, & Boren, 2013), lo que les permitiría conocer las motivaciones,

preferencias y valores que apoyen ciertos cursos de acción en esas personas, basados en su individualidad y contexto personal/social/familiar. Si bien los estudios presentan las diferencias culturales en las decisiones en salud de las personas migrantes, es aún escasa la evidencia sobre cómo se relaciona la práctica clínica diaria en la toma de decisiones de personas migrantes. Este artículo contribuye a conocer las necesidades de las mujeres migrantes al manejo de su salud en la etapa de gestación.

A través de la propuesta de Kemper (1991, 2006), podemos reconocer que las relaciones humanadas están condicionadas por la ganancia o pérdida de poder-estatus y, por lo tanto, comprender desde dónde y cómo se desarrolla la toma de decisiones en el embarazo de mujeres migrantes. Destaco las necesidades de bienestar y cuidado en el marco de la teoría de las emociones para demostrar la capacidad de agencia de las mujeres gestantes en las intenciones y toma de decisiones durante el embarazo.

INTENCIONES EN EL EMBARAZO

Este trabajo utiliza como base la teoría de poder-status propuesta por Kemper (2006). El *poder* es la habilidad de coaccionar de forma involuntaria a otros a hacer lo que uno quiere, incluso cuando este no quiera hacerlo. Las técnicas del poder están diseñadas para debilitar la voluntad de la desobediencia y existen muchas formas de gestionar estas asimetrías del poder (Araujo, 2021) desde las más evidentes a las sutiles. Contrariamente, en el caso del *estatus*, el cumplimiento u obediencia es voluntario y los actores aceptan y respetan a los demás sin coacción alguna, encontrando aprobación, aprecio, recompensa de los otros actores en la relación.

Las diferentes prácticas en la toma de decisiones producen emociones que se relacionan con expectativas en el contexto local y transnacional. Siguiendo el planteamiento de Kemper (2006), la ganancia o pérdida del poder-estatus puede llevar a diferentes tipos de emociones: estructurales, que ocurren cuando las acciones y resultados de la relación de poder son estabilizan; anticipatorias, cuando los actores desarrollan expectativas que se basan en el nivel de poder pasado, pero teniendo en cuenta el futuro; consecuentes, como

los resultados inmediatos de la interacción de poder, es superficial en la vida emocional y responde al corto plazo, con posibilidades de cambio en la relación.

En el caso que nos ocupa, la toma de decisiones en la atención médica puede tener un impacto diferente para cada grupo de personas o en las mismas personas en diferentes situaciones vitales o de decisión (Fotaki, 2010), como también es un evento continuo y que no es solo una actividad cognitiva en solitario (Rapley 2008), si no que requiere del uso de la experiencia, preferencias y valores de las personas al momento de decidir, así como de la búsqueda de información relacionada a la decisión.

Las poblaciones mejor educadas son las que hacen mayor uso de la información en salud que se les provee y pueden ejercer la elección en la atención médica, produciéndose una desigualdad entre pacientes (Fotaki et al., 2008). Las mujeres sin recursos sociales o económicos, como podría ser el caso de las mujeres migrantes, tienden a delegar la responsabilidad a las matronas ya que están frente a limitaciones para indicar sus elecciones (Ebert, Bellchambers, Ferguson, & Browne, 2014). En este contexto, Fotaki (2010) evidenció que las políticas del servicio de salud en vez de producir equidad, fortalecen las desigualdades existentes en la atención médica, aventajando a los privilegiados y dejando en desventaja a los grupos menos favorecidos. La misma autora (2013), indica que la teoría de la elección racional para acercarnos a la agencia en el cuidado de la salud ignora las vulnerabilidades que podrían condicionar la información y las elecciones de los pacientes.

El desafío entre el cuidado y la elección es mayor cuando se trata de mujeres migrantes, quienes tienen que lidiar con visiones culturales diferentes. Académicos han destacado que el contexto cultural y el apoyo social no ha sido completamente explorado en el proceso de toma de decisiones (Osamor y Grady 2016; Charles et al. 2006).

En cuanto al contexto cultural, Jun et al. (2018) en su estudio sobre mujeres coreanas-americanas embarazadas que debían realizarse una prueba genética, encontró que era normal que las mujeres busquen ayuda con sus familiares en sus países de origen al sentirse incómodas con el nivel de autonomía del sistema de salud estadounidense.

Además, las autoras identificaron que la preferencia de las mujeres por un enfoque directivo y dependiente de los/as profesionales de salud tenía asociación con las influencias sociales y culturales que no les permitían tomar decisiones de manera autónoma.

En este artículo propongo que las emociones y expectativas que se crean en las redes familiares, en términos de responsabilidad hacia las familias, pueden ser impactadas en mayor o menor medida por aquellas estructuras sociales (Baldassar, 2008). Estas expectativas que se crean en torno al cuidado transnacional tienen relación con aquellas decisiones e intenciones que las mujeres están desarrollando sobre su embarazo.

De esta manera, el aporte de este artículo es conocer los puntos críticos y desafíos que tiene este grupo de la población para implementar un modelo de cuidado centrado en pacientes.

METODOLOGÍA

Diseño

En esta investigación empleé una metodología de investigación cualitativa, llevando a cabo un estudio de caso. A través de entrevistas en profundidad, exploro las formas que adquiere y en que se expresa el cuidado en la vida de las mujeres migrantes en periodo de gestación.

De esta manera, realicé el estudio en CESFAM (Centros de Salud Familiar) de las comunas de Renca y Recoleta ubicadas en la Región Metropolitana de Santiago, entre mayo 2019 y finalizó en febrero 2020.

Participantes

Participaron mujeres migrantes embarazadas y profesionales de la salud vinculados a su cuidado. Las participantes gestantes fueron seleccionadas por muestreo intencionado. Realicé el reclutamiento de las participantes mujeres a partir de dos formas: (1) Asistí a los talleres del Programa Chile Crece Contigo para invitarlas y (2) posterior a los controles de salud en la sala de espera, contacté con ellas para informar e invitarlas a formar parte

del estudio. El reclutamiento a los/as profesionales de salud fue a partir de los talleres y consultas profesionales.

Recolección de datos

Las entrevistas a las mujeres se ejecutaron en un ambiente informal, con todas las entrevistadas llevé una conversación fluida en base temas como el proyecto migratorio, los cuidados en la niñez, la comunicación actual con su familia de origen, la relación con su pareja en el embarazo y la atención en salud (controles prenatales y talleres en el embarazo). Es importante resaltar que, al ser migrante también, todas las entrevistas se dieron de manera fluida y entrando en confianza desde el comienzo de las conversaciones, las mujeres me hicieron preguntas sobre mi trayectoria migratoria, en la que encontramos similitudes en algunas experiencias como la percepción sobre la comida o sobre extrañar a la familia de origen.

Por su parte, en las entrevistas a los/as profesionales de salud se trataron temas como la experiencia y visión del Programa ChCC, relación con la población migrante en las consultas y talleres, recomendaciones y manejo de sugerencias en cuanto a salud y bienestar en el embarazo y la lactancia en este grupo.

Análisis de datos

Realicé un análisis temático (Braun & Clarke, 2006) con el fin de identificar, analizar e interpretar patrones en los relatos de las mujeres y profesionales de salud.

Consideraciones éticas

Esta investigación fue revisada y aprobada por el Comité Ético Científico en Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la Pontificia Universidad Católica de Chile [190103002], y por los Comités de Ética de Investigación Científica del Ministerio de Salud, específicamente de los Servicios de Salud Metropolitano Occidente y Norte. En este estudio, todas la mujeres y profesionales de salud aceptaron participar a partir de un consentimiento informado, las entrevistas fueron autorizadas para la grabación de audio,

los nombres de los participantes fueron cambiados por pseudónimos y eliminé cualquier información que pueda identificarlos.

RESULTADOS

Realicé en total 21 entrevistas en profundidad a mujeres embarazadas migrantes y chilenas que habitan en ambas comunas (Tabla 1). Así también, realicé 12 entrevistas a profesionales de salud en ambas comunas (Tabla 2).

A partir del análisis se encontraron los siguientes temas que se desarrollarán a continuación: Enfrentamiento cultural como limitante para la relación terapéutica, información en internet para suplir en el embarazo y soledad e intenciones de parto.

ENFRENTAMIENTO CULTURAL COMO LIMITANTE PARA LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

El ChCC cuenta con un conjunto de entrega de información que debe ser entregada a las mujeres gestantes. Sin embargo, las profesionales de salud identifican barreras y limitaciones que persiste para atender a las mujeres migrantes, las cuales están relacionados por sus creencias y tradiciones arraigadas. Por tanto, el rol del Programa ChCC con respecto a las mujeres migrantes es enseñarles la forma local de cuidar un embarazo, muchas veces ignorando o cuestionando la cultura y preferencias de las mujeres:

Para nosotros fue súper complicado trabajar con ellas [mujeres haitianas] porque desde nuestra ignorancia empezamos a cuestionar y empezamos como a juzgar actitudes propias de ellas, que tenían que ver con su cultura que nosotros no lográbamos entender, o sea pasó un par de veces que madres fueron catalogadas como de alto riesgo psicosocial por trastorno en el vínculo o en el apego, cuando en realidad eso es un tema cultural, es un tema que ellos traen súper arraigado desde su país porque es su forma de relacionarse con sus hijos por su historia, cachai.

Javiera, Profesional de salud.

[El Programa] aporta más que nada como información para derribar ciertos mitos que ellos, o creencias populares que ellos traen, que acá no son las mismas. No sé, te lo digo en cuanto a la atención profesional del parto, a la preparación del parto.

Angélica, Profesional de salud

Una embarazada, creo que era boliviana, que yo le indiqué ácido fólico que es una vitamina que toman todas las embarazadas y a ella su mamá le dijo que no se lo tomara porque ella no podía tomar medicamentos en el embarazo, porque ella en su embarazo nunca tomó nada, cachai. (...) Ella no se las tomó porque era algo contrario, tiene como que mucha más desconfianza en eso sentido, sobre toda la población yo creo que... boliviana, que es como más cercana a su pueblo indígena, que tiene mucho más arraigado el tema de su pueblo indígena.

Ana, Profesional de salud.

Así, en los relatos de las matronas se ven reflejados los límites y desconocimiento que aún puede existir con respecto a la población migrante. Por otra parte, las mujeres migrantes embarazadas de este estudio reflexionan sobre dos momentos críticos en los que necesitan mayores cuidados: advertencias en el embarazo y el parto.

Específicamente, las preocupaciones en el embarazo son momentos críticos que ellas indican que necesitan el apoyo de algún familiar y que, en el caso de ellas, se da de manera transnacional:

A veces hay situaciones que uno se asusta de noche po, mi bebé duró medio día sin moverse, yo estaba asustada po, no sabía qué hacer, entonces lo que tuve que hacer es llamar a mi mamá y explicarle. Y todavía yo no estaba inscrita aquí en el consultorio y tuve que pagar 50 lucas para que me atiendan nomás, porque no tengo seguro.

Myriam.

Entrevistadora: Y en todo este proceso de embarazo, en algún momento, ¿hablaste con tu mamá sobre algún consejo que en el CESFAM te hayan dado?

Juana: Mmm, no, o sea no, una vez, bueno, hace poco que me mandaron fierro, entonces... este... empecé como a, empecé a ir al baño, pero hacía oscuro, negro, y entonces, yo como que me empecé a asustar, entonces me dijeron no, que eso era normal. Pero yo sin embargo yo digo ‘no, mamá mire’, mi mamá ‘no, hija, eso es el mismo fierro, a mí me pasó igual (...), ahí me calmé.

Entrevistadora: ¿Pero en el CESFAM te explicaron cómo, por qué?

Juana: No.

Entrevistadora: ¿Solamente te dieron?

Juana: Sí, o sea simplemente me dijeron que este, lo de la pastillas y que, qué más, es que en realidad ellos, o sea cuando ellos explican, eso es otra cosa, porque cuando los doctores (...) en vez de explicarte bien el por qué, esto, esto otro, no, ellos como que son más directos, así pues y ya, o sea a veces uno queda como, como guindando que a veces no entiende. Yo a veces tengo que preguntar, preguntar porque no, no logran, no se explican bien.

Juana.

Los relatos de las mujeres migrantes enfatizan tener emociones como incertidumbre y angustia por no poder consultar o por no contar con toda la información en la consulta médica. Se observa así que la búsqueda de cuidados en el entorno familiar tiene relación con una pérdida de estatus que se da en su interacción con el sistema de salud a nivel local y el otorgamiento de este a nivel transnacional. Las decisiones para cómo enfrentar situaciones extremas para ellas se ubican en un plano que deriva de las emociones consecuentes de la interacción social local de las mujeres.

En el caso de Patricia, conversa ritualmente con su mamá desde Perú, ella indica que está pendiente de cómo está, pero quisiera que su mamá viviera en Chile. Como no puede hacer que esto suceda, quiere que su mamá esté presente en un momento específico:

Viste porque quisiera estar en este embarazo, estar con mi mamá, con mi familia, no, pero mi mamá va a venir para diciembre, se queda para que, para que me ayude más que nada, porque todavía no sé si voy a dar parto normal o cesárea, porque para mi hijo ha sido cesárea.

Patricia.

BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Las profesionales de salud no hicieron referencia al uso de internet en el cuidado durante el embarazo. En esta sección se encuentran los relatos de las mujeres migrantes, quienes indicaron utilizar internet para suplir la carencia de información que es proveída por parte del sistema de salud local:

En YouTube digamos, [pude saber] que es lo que podía comer una embarazada, qué no podía comer, porque yo no sabía qué podía comer, porque mi pareja me dice 'tomate un té de jengibre' y no puede ser, yo estaba tomando té y como me estaba estriñendo. Entonces, empecé a tomar para que me podía bajar un poquito y pregunté a una amiga que está en Calama, igual ella ya tuvo su bebé acá en Chile y yo le pregunto y me dice 'no tomes mucho té, puede hacerte mal, porque puede ser muy caliente, hazte ver canelita, no muy tinto, pero puedes tomar eso, pero no té de bolsa de canela, no'.

Carolina.

La incertidumbre como una emoción negativa se presenta en el relato anterior nuevamente. En el siguiente, una mujer embarazada con una duda sobre el líquido amniótico que tenía en el embarazo, preocupada y sin tener la información clara, su opción fue buscar en google:

Solamente lo pongo en Google y pongo lo que necesito saber y ahí me sale, varias informaciones, varios y los leo de todo, (...) porque me queda duda porque sí, o sea, la persona que me hace la ecografía, por ejemplo, en este caso, él me dice una cosa y cuando voy al consultorio, la matrona me dice otra cosa.

Florencia.

En ambos relatos se enfatiza que la búsqueda de internet es una estrategia ante una desprotección, ya sea estatal o familiar/social. La información y relación que se da en el encuentro clínico con la matrona representa la asimetría de estatus entre ambas y produce emociones negativas (incertidumbre y angustia) que la hacen actuar buscando información y convirtiéndolas a emociones positivas (calma y seguridad).

FALTA DE RED SOCIAL Y SU IMPACTO EN LAS EXPECTATIVAS DE PARTO

La red de apoyo de las mujeres migrantes en el país de destino puede ser escaso. En el caso de las mujeres entrevistadas, la soledad y ansiedad por el futuro se agravan al momento de acercarse al parto y el puerperio:

Nos hablaron pues acá, (...) nos dijo quién está más cerca, digamos, para que tu puedas decir, mira, ayúdame a esto, llamarle al instante. Digamos, si el bebé llora y no puedes cocinar, a quién vas a llamar. Yo dije ‘ay, estoy sola’. (...) Yo dije ‘pucha, yo qué voy a hacer’, así no, pero porque la mayoría son chilenas también, entonces viven, como están ahí la suegra, todo.

Carolina.

En el relato de Carolina se destaca otro tipo de desprotección, el cual está a nivel social en un momento clave que es el parto. Una de las estrategias mayormente utilizadas por las mujeres migrantes y sus familiares es la visita al momento del parto y puerperio:

Yo quería que ella (mi mamá) viniera para cuando yo diera a luz y se quedara conmigo por lo menos tres meses y después se fuera, pero si no se puede, estamos

esperando que le salga el pasaporte, para que por lo menos venga un tiempo y conozca, porque ella dice que no se quiere quedar, ella se regresa.

Mónica.

O sea, (en el pre-parto) no tengo a quién llamar, quién socorre en ese momento, entonces por eso también necesito a mi mamá, porque no puedo estar sola en ese problema así. Pero me la están complicando, ya tengo casi un mes preparando, me la están complicando hartito, me pidieron hasta dólar, le pidieron hasta dólar a ella. Entonces, me la están complicando mucho y no, y mi mamá no va a estar tampoco bien, mi mamá va a estar más llamando que... entonces, que ella llame y que mi esposo le diga que está trabajando, pero que me diga, pero usted ya me dijo que ya está pariendo, como que... se va a preocupar po y yo no quiero un problema. Entonces, si tuviera más o menos alguien donde quedarme cerca del hospital, también pero tampoco eso tengo, está muy lejos.

Myriam.

La relación transnacional que se mantiene a través de una comunicación ritual y estratégica evoca emociones como la ansiedad y angustia, que a la vez se vinculan con las intenciones que tienen algunas mujeres con su proceso de parto:

Una cesárea es más dolorosa que un parto, el parto te duele al momento, cuando está saliendo el bebé, pero la cesárea queda doliendo por días y no puedes caminar, no puedes estar haciendo ejercicio, o sea no ejercicio, sino que tus movimientos físicos normales y por lo menos, yo estoy sola, no tengo quien me ayude y mi novio, mi pareja, él se va de 8 a 6:30 y yo me quedo sola en la casa.

Mónica.

Así también, los/as profesionales del CESFAM reconocen las limitaciones que pueden tener como institución con las mujeres migrantes y hasta donde llega la protección que pueden entregar:

Entrevistadora: ¿Y cómo tratan la soledad de la migración acá entre ustedes los trabajadores sociales? Porque igual en un momento entrevisté a una chica chilena y me había dicho que la asistente social le había dicho que vaya a la casa de sus padres porque estaba sola casi todo el día, pero con una migrante que está sola, sola, sola. ¿Cómo lo hacen?

Guillermo: Para ser sincero no he podido abordar mucho el tema, nos centramos como en las cosas más básicas que es fortalecer los factores protectores y disminuir los factores de riesgo. Lo que hago yo por lo menos entorno a la soledad es abordarlo de manera más bien clínica, o sea, si hay un antecedente más bien de ansiedad o sospecha de depresión.

Guillermo, Profesional de salud.

Las mujeres migrantes experimentan angustia ante un evento importante que se acerca, por la soledad y por las expectativas que se crean entorno al apoyo familiar.

DISCUSIÓN

En los tres temas que se han tratado en este artículo se indica que las condiciones que determinan la salud pueden estar condicionando las emociones y el bienestar de las mujeres embarazadas migrantes entrevistadas. En los relatos se puede rescatar el desarrollo de la toma de decisiones en el embarazo de mujeres migrantes, en el que el juego de las interacciones sociales en base al poder y el estatus determina las emociones de los sujetos (Bericat Alastuey, 2000; Kemper, 2006). En este caso, el relacionamiento basado en aquella ganancia o pérdida que se da entre los/as profesionales de salud y la mujer embarazada evoca emociones, las cuales repercuten en las interacciones con sus familiares a nivel transnacional.

En situaciones específicas del embarazo, como el acceso a la salud o por algún síntoma nuevo, las mujeres experimentan emociones negativas como angustia, soledad, incertidumbre a partir del insuficiente poder que adquieren en el embarazo.

El proceso de toma de decisiones en su salud y cuerpo se ejerce en un plano transnacional y virtual como forma de autocuidado ante la disminución del estatus en sus relaciones con el sistema de salud. Las mujeres están considerando responsable al otro, en este caso al sistema de salud, sintiendo emociones negativas como miedo-ansiedad, depresión, culpa, entre otros.

Estas emociones son extroyectadas y extropunitivas (Bericat Alastuey, 2000), por lo que la toma de decisiones atraviesa por una discusión en el momento del embarazo que está más allá de la consulta médica (Main, 2016; Phung, Asghar, Matiti, & Siriwardena, 2020), opera en un plano transnacional y que, en muchas ocasiones, para las profesionales de salud puede llegar a ser considerada un obstáculo en sus tratamientos o controles prenatales. Siguiendo a Bericat Alastuey (2000), la forma extroyectada de emociones como el miedo y la ansiedad conduce a la rebelión. A partir de los relatos de los/as profesionales de salud, el Programa ChCC es fundamental para que las mujeres migrantes puedan seguir los lineamientos locales respecto al cuidado en el embarazo. Esto tiene relación con los hallazgos de estudios previos (Chung, Juang, & Li, 2019; Légaré, Ratté, Gravel, & Graham, 2008) que han demostrado que el tiempo insuficiente en las consultas o no tener el conocimiento suficiente son las principales limitaciones que los pacientes tienen para tomar decisiones compartidas.

También se destaca que los límites a los que están enfrentados los/as profesionales de salud, quienes reconocen los antecedentes culturales de las mujeres migrantes, pero no así la comunicación rutinaria o estratégica en un plano transnacional que forma parte de sus decisiones en el embarazo o parto.

El cuidado que se da de manera transnacional, ya sea en el ámbito moral a través de una llamada, como también desde lo logístico o material, llegar a Chile y cuidarla directamente, permiten comprender los roles de género que se crean y reacomodan en las familias latinoamericanas.

Así, en este estudio se observa que existe una capacidad de brindar apoyo que se sustenta en una obligación (expectativa cultural y familiar) y un compromiso. Así, el sentimiento

que moviliza los cuidados hacia las mujeres migrantes embarazadas está enmarcado en las relaciones familiares y rol de la mujer (mamá o abuela) en cuanto a enseñanza, deber de acompañamiento y protección.

Sin embargo, de acuerdo con los resultados del estudio de (Mummert, 2019) se destaca que la circulación del cuidado es cambiante y multidireccional cuando se trata de la relación abuela-nietos/as, desafía así a la imagen de la abuela como única cuidadora de los nietos que quedan en el país de origen y visibiliza a otros miembros de la familia como cuidadores igualmente importantes. En este estudio se observa que existe una continuidad en los roles de las madres con sus hijas que están embarazadas por primera vez, pero también se renegocia la forma de cuidado. Aquellas normas de solidaridad y cuidado presencial en un momento crítico se observan mayoritariamente en mujeres que son primogénitas.

Por otra parte, la región Latinoamericana tiene una tradición en el régimen familiarista que se mantiene, como así las responsabilidades de las mujeres en el cuidado y preservación de los valores y enseñanzas a su descendencia. Sin embargo, a partir de este estudio se muestra que, en el caso de las mujeres migrantes, el cuidado está limitado por contextos externos a la familia y que repercuten en las intenciones y decisiones en el embarazo y parto de las mujeres migrantes.

El rol de la familia en los cuidados tiene relación con aquella responsabilidad que se observa en la naturalidad de las mujeres embarazadas en solicitar aquella ayuda. Sin embargo, es relevante la forma en que estos regímenes también se desenvuelven en otros contextos. Chile ha sido catalogado por estar dentro de un régimen estatal-productivista (Martínez Franzoni, 2007), con gran intervención del mercado en las relaciones laborales y sociales, pero al mismo tiempo actores informales que proveen protección si uno no tiene acceso al mercado. En contraste a los países de donde provienen las mujeres entrevistadas, los cuales forman parte de modelos de bienestar familiaristas, con una responsabilidad fuerte por parte de ellos de proveer aquella protección a sus miembros.

Se observa la heterogeneidad de la región y, por ende, la forma en que esta protección familiarista migran a través de las comunicaciones transnacionales.

Este rol cargado hacia la mujer y la familia en los regímenes de cuidado tienen relación en la construcción de expectativas en las familias y, por consecuencia, las emociones de las mujeres migrantes cambian positivamente al adquirir ganancia de estatus en estas interacciones. Al mismo tiempo, las relaciones transnacionales confieren reconocimiento a la familia y, por ende, emociones en ambos lugares.

CONCLUSIONES

A través de este estudio muestro que las mujeres migrantes tienen necesidades de bienestar y cuidado que no son cubiertas y que repercuten en sus intenciones y toma de decisiones en el embarazo.

Las necesidades se observan principalmente en el acceso a la salud, en situaciones críticas que viven en el embarazo y en la preparación para el parto. Estos escenarios donde existe una asimetría de poder y estatus en la interacción con el sistema de salud conducen a una serie de emociones como angustia, incertidumbre y tristeza. Sin embargo, sus prácticas transnacionales configuran otro tipo de relaciones y emociones, a través del cumplimiento de expectativas que descansan en una moral familiar del régimen familiarista.

Se concluye que las intenciones y toma de decisiones en el embarazo en momentos de crisis no se dan exclusivamente en el encuentro clínico o local, sino que en un plano transnacional contribuyendo a la configuración social-estructural de las emociones.

CAPÍTULO III. EL RIESGO EN EL EMBARAZO: NARRATIVAS DE MUJERES EMBARAZADAS Y PROFESIONALES DE SALUD DEL PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO

RESUMEN

El artículo tiene como objetivo analizar el manejo del riesgo en el embarazo de mujeres migrantes latinoamericanas y profesionales de la salud que forman parte del Programa “Chile Crece Contigo”. A través de una metodología cualitativa, se realizaron entrevistas a profesionales de la salud y mujeres migrantes del Programa ChCC. Además, la triangulación de datos se realizó mediante el análisis de dos documentos impresos y las notas de las observaciones del entorno clínico y los talleres dirigidos a ellos. Se concluye que el riesgo de las mujeres migrantes embarazadas se maneja a través de la adhesión al sistema de salud chileno, enfatizando el cambio de comportamientos y formas de vida de las mujeres migrantes, así como insistiendo en asistir a talleres o controles parentales. En contraste con la visión institucional hacia las mujeres migrantes, presentan un compromiso con su salud y la de sus bebés.

PALABRAS CLAVE Embarazo; Riesgo; Latinoamérica; Migración internacional

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, desde 1950 el concepto de riesgo en el embarazo ha estado presente en el ámbito clínico y epidemiológico con el interés puesto en la reducción de la mortalidad perinatal (Weir, 2006). En la misma línea, en Chile se creó e institucionalizó el Programa Chile Crece Contigo (ChCC), específicamente para realizar un seguimiento al desarrollo de niños/as, fortalecer los controles prenatales y contar con la detección precoz del riesgo biopsicosocial.

Estudios previos resaltan que la práctica y el discurso neoliberal determinan la forma en que se promueve la salud y la manera de ser madres en la actualidad (Alianmoghaddam, Phibbs, & Benn, 2017; Ayo, 2012; Boero Chancy, 2017; Crawshaw, 2012; Weir, 2006), encontrando que el riesgo está presente interpelando al individuo y haciéndolo el mayor responsable de cualquier problema o solución que tiene relación con su salud a futuro (Ayo, 2012).

No obstante, en el caso de las personas migrantes, el concepto de riesgo aparece de manera colectiva a causa de los cambios en sus vidas y de ciertos factores biológicos y socioeconómicos que pueden estar afectando su salud. En este contexto, Chile ha experimentado un incremento de la población migrante en los últimos años (Ministerio de Desarrollo Social, 2018b), persistiendo aún las barreras en el acceso a servicios de atención en salud y la discriminación (Cabieses, 2019; Liberona, 2012; Liberona & Mansilla, 2017; Torres & Garcés, 2013). Este artículo plantea que el riesgo para las mujeres migrantes embarazadas se gestiona en la adherencia al sistema de salud chileno.

Si bien el riesgo en el embarazo puede ser analizado desde múltiples perspectivas teóricas (Lupton, 2012), en el presente artículo se sigue a Weir (2006), quien indica que la gobernanza del riesgo consiste en esquemas racionalizados para estimar cualquier tipo de consecuencia en el futuro, teniendo en cuenta una construcción social y cultural del concepto (Lupton, 2006; Maffi & Gouilhers, 2019), en una doble dimensión de experiencia -de las mujeres embarazadas- y regulación – desde los/as profesionales de salud - (Faya Robles, 2019).

De esta manera, el presente artículo contribuye de dos formas a dicha discusión. Un primer aporte consiste en conocer de qué manera se maneja el riesgo en el embarazo en un contexto institucional, es decir, por dentro de las intervenciones en salud de un programa estatal. En este contexto, el artículo está enfocado en conocer la realidad de un país de Latinoamérica y, por tanto, se contribuye así a la brecha de investigaciones sobre riesgo en el embarazo de mujeres en situación no privilegiada (Coxon, 2014).

El objetivo de este trabajo es analizar la gestión del riesgo en el embarazo desde la perspectiva de las mujeres migrantes latinoamericanas y de los/as profesionales de salud que forman parte del Programa “Chile Crece Contigo” (ChCC) en Renca y Recoleta.

ACERCAMIENTO TEÓRICO

Para Foucault la gubernamentalidad articula las formas de saber, de poder y los procesos de subjetividad para gobernar (Rojas Lasch, 2010). Todo esto se enlaza a través de las tecnologías de gobierno. Para Rose y Miller (Rose & Miller, 1992), las tecnologías de gobierno son aquellos mecanismos, cálculos, técnicas, procedimientos a través de los cuales se hacen operativos los programas del gobierno. En ese marco se encuentran dos elementos clave para gobernar a la población: la libertad y la seguridad.

En cuanto a la libertad, la gubernamentalidad crea formas de subjetivación y produce sujetos que puedan y deban ejercerla. Lemke (Lemke, 2010) indica que la libertad es un instrumento de las prácticas gubernamentales y que no se limita a garantizar libertad, sino que la produce y hace que los sujetos la ejerzan. Sin embargo, el mismo autor destaca que los dispositivos de seguridad son también necesarios para tener límites establecidos que son estratégicamente producidos por la acción gubernamental.

El riesgo compone un gobierno neoliberal que permite crear sujetos racionales y responsables, que planifican el futuro para minimizar los riesgos (Lemke, 2010). A los efectos de mi estudio, interesa conocer cómo se relacionan las mujeres embarazadas y los/as profesionales de salud, específicamente, en relación con la gestión del riesgo, la disciplina y la libertad en el Programa ChCC.

Estudios previos (Lupton, 2012; Ruhl, 1999) mostraron que, dentro de los gobiernos neoliberales, la gestión del riesgo en el embarazo busca el empoderamiento de las mujeres para que ejerzan el autocontrol en sus vidas cotidianas, protejan su salud y, por sobretodo, la salud de su bebé.

Sin embargo, estudios previos han destacado que existen diferencias entre gobiernos neoliberales de países del norte y los del sur respecto a la gestión del riesgo y la salud de

las mujeres (Brown, 2015; Coxon, 2014). Maffi & Gouilhers (Maffi & Gouilhers, 2019) y Rudrum (Rudrum, 2017) argumentan que en los países del Sur Global existen necesidades básicas que son consideradas de riesgo para las mujeres embarazadas, como son la falta de personal de salud para la atención y la detección del VIH u otras enfermedades. Mientras que, en los países del Norte, el riesgo se basa en comportamientos de las mujeres que pueden tener consecuencias hacia el bebé. Sin embargo, ambas conclusiones sobre los países del Sur Global están basadas en realidades de países como Uganda y Jordania.

En la perspectiva sociocultural y económica de la salud, el acercamiento desde la experiencia migratoria aún no ha sido completamente estudiado. Por ejemplo, en un estudio previo (Jette, Vertinsky, & Ng, 2014) realizado en Canadá destacaron en su estudio que el riesgo desempeña una función biopolítica de regulación en el comportamiento de mujeres embarazadas chinas en el país. Además, ante incertidumbres en el embarazo, encontraron que la medicina occidental proporciona alguna medida de protección ante eventos futuros, más que la medicina tradicional china. Sin embargo, en el estudio participaron mujeres de clase media y con un nivel educativo alto, encontrando conclusiones similares a estudios previos realizados (Lupton, 2012). Esto sugiere que el concepto de riesgo para mujeres pertenecientes a las clases trabajadoras puede no suscribirse al ideal de mujer que evita el riesgo o no pueden hacerlo debido a una desventaja socioeconómica (Coxon, 2014; Lupton, 2012). Bickham Mendez (Bickham Mendez, 2020) ha avanzado en utilizar el mismo marco analítico para comprender cómo las instituciones locales de Estados Unidos vigilan a través de la salud a las poblaciones vulnerables -en este caso a mujeres migrantes- como un elemento constitutivo de un orden de gobierno neoliberal.

Entonces, si consideramos ambos elementos de la tecnología de gobierno neoliberal es preciso preguntar sobre la operacionalización del riesgo y la libertad dentro del Programa ChCC, específicamente para mujeres migrantes. Este Programa funciona a nivel nacional y se compone de una red integrada de prestaciones que tienen como objetivo enfrentar los

problemas maternos infantiles, principalmente la pobreza y sus consecuencias en el futuro (Silva Villalobos & Molina Milman, 2010).

EL CONTEXTO CHILENO

En Chile, independientemente de la situación migratoria, todas las mujeres tienen garantizada las prestaciones de salud que requieran durante el embarazo (Ministerio de Salud, s. f.). Sin embargo, un estudio previo indicó que persisten las brechas entre migrantes y locales en el ámbito de la salud materna, las mujeres migrantes presentan ingresos tardíos a los controles maternos y mayor riesgo biopsicosocial (Urzua & Cabieses, 2018). Avaria (Avaria, 2018) indica que así el sistema de salud ha construido una imagen de la población migrante como riesgo debido a que no cumple con la expectativa relacional, como el acceso temprano a la atención de salud y la pérdida de horas médicas, y esto tiene como consecuencia una representación negativa sobre las mujeres migrantes.

Por otro lado, pese a las limitaciones en el acceso y la vulnerabilidad, las mujeres migrantes presentan mejores resultados en el parto que las mujeres chilenas, pero que podría estar asociado al efecto de “migrante sano” (Baltica Cabieses et al., 2017). Este efecto indica que, por sus características demográficas, los migrantes reportan menos problemas de salud que la población chilena (Urzua & Cabieses, 2018). Para hacer estudios sobre este efecto hay que tener en cuenta un conjunto de condiciones que puedan afectar a una población en particular. En un estudio reciente, observaron la situación de las migrantes embarazadas de Perú y hallaron que existe el efecto del migrante sano, principalmente en resultados perinatales (Contreras, Carroza Escobar, Quiroz-Carreño, Navarrete, & Bannout, 2020).

De esta manera, se observa un contraste entre la mirada de riesgo que el sistema de salud contruye sobre la población migrante y los buenos resultados que tienen en el parto. Desde el Estado de Chile, el Programa Chile Crece Contigo (ChCC) ofrece servicios y prestaciones para todas las mujeres embarazadas a fin de realizar un seguimiento al desarrollo de niños/as, fortalecer los controles prenatales y contar con la detección precoz

del riesgo biopsicosocial. El Programa cumple la función específica de llegar a todas las mujeres que se atienden en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) y es el ingreso al sistema de salud a través de los controles prenatales, talleres sobre cuidado en el embarazo, entrega de un ajuar en el momento del nacimiento del bebé, entre otros.

METODOLOGÍA

Para este trabajo se llevó a cabo una metodología cualitativa, realicé entrevistas a mujeres migrantes y chilenas embarazadas, como también a profesionales de salud de CESFAM de Renca y Recoleta de la Región Metropolitana de Santiago de Chile entre abril 2019 a febrero 2020. A modo de triangular los datos, también realicé observaciones en los CESFAM y talleres, y analicé dos documentos del Programa ChCC.

El proceso de reclutamiento a mujeres embarazadas y a profesionales de salud se basó en un muestreo intencionado. En el caso de los participantes profesionales de salud, la mayoría son matronas mujeres (9), pero también entrevisté a 1 personal del departamento de psicología, 1 de trabajado social y 1 nutrición. En cuanto a las mujeres embarazadas, realicé entrevistas en profundidad acerca de episodios (Mueller, 2019) de la vida a 25 mujeres, siendo 19 mujeres migrantes y 6 mujeres chilenas que se atienden en aquellos CESFAM y forman parte del Programa ChCC. También entrevisté a 6 mujeres chilenas de ambas comunas.

Al momento de la entrevista, las profesionales de salud entrevistadas tenían entre 7 meses a 12 años de antigüedad en los CESFAM de Renca y entre 3 años y 36 años en los CESFAM de Recoleta. Entre las características de las mujeres migrantes, se destaca que nacieron en países de Latinoamérica: Perú, Venezuela, Colombia, Haití, Bolivia, República Dominicana y Ecuador, 8 mujeres llevan menos de un año en el país y 9 mujeres entrevistadas llevan entre 1 y 14 años viviendo en Chile. Las mujeres migrantes participantes tienen entre 20 a 39 años y la mitad de las participantes es mamá por primera vez.

En cuanto al análisis de las entrevistas, llevé a cabo un análisis temático (Braun & Clarke, 2006), con el fin de identificar conceptos a partir de las entrevistas. El primer paso fue

leer y codificar las entrevistas de las mujeres embarazadas y luego las entrevistas a profesionales de salud. Se crearon las categorías a partir de los códigos que emergieron de las entrevistas (Tabla 1). Posteriormente, a fin de triangular los datos, leí y analicé las notas que realicé en los CESFAM y los talleres prenatales que se organizan en el marco del Programa ChCC. Por último, realicé un análisis de dos materiales que el Programa ChCC entrega a todas las mujeres en el primer control prenatal.

Tabla 1. Categorías y subcategorías del análisis temático.

Categorías	Sub categorías
Ingresa embarazada al sistema de salud chileno	Proceso de ingreso a la atención Estrategia para la atención / Rechazo Responsabilidad
“Chile crece nos sirve como para integrarlas en este sistema de salud chilena”	Disciplina en el proceso reproductivo Adherencia a las prestaciones Diferencias entre migrantes
“Las personas actúan o por castigo o por estímulo”	Asistir al taller Estrategia para asistir

Fuente: Elaboración propia

Esta investigación fue revisada y aprobada por el Comité Ético Científico en Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la Pontificia Universidad Católica [190103002]. Como también por los Comités de Ética de Investigación Científica del Ministerio de Salud, específicamente del Servicio de Salud Metropolitano Occidente y del Servicio de Salud Metropolitano Norte. En este estudio, todas las mujeres y profesionales de salud han consentido a participar a partir de un consentimiento informado, las entrevistas han tenido la autorización para la grabación de audio, los nombres de las participantes han sido

cambiados por pseudónimos y se han eliminado en las transcripciones de las entrevistas cualquier información que pueda identificarlas/os.

RESULTADOS

INGRESAR EMBARAZADA AL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Todas las mujeres embarazadas, migrantes o chilenas, tienen garantizada la atención prenatal en el CESFAM más cercano a su casa y los beneficios del Programa Chile Crece Contigo (Ministerio de Desarrollo Social, 2019). Las profesionales de salud entrevistadas han comentado que, independientemente de su situación migratoria, el acceso a la salud de mujeres migrantes no es un problema:

Especialmente en esta municipalidad no se ponen barreras de ningún tipo, entonces la, la usuaria simplemente tiene que acercarse al CESFAM más cercano de su domicilio, presentar su pasaporte e inmediatamente se hace la gestión del RUT provisorio y la persona empieza a recibir subvención

Araceli, Profesional de salud.

Desconocen que independientemente de la situación en la que lleguen si están embarazadas, tienen la atención garantizada igual, se les puede gestionar la FONASA igual y eso les va a garantizar una atención gratuita en todo el sistema público

Ana, Profesional de salud.

Los relatos enfatizan que el ingreso al sistema de salud está garantizado y es responsabilidad de las mujeres acercarse al CESFAM. En contraste, algunas mujeres migrantes entrevistadas manifestaron haber pasado por momentos problemáticos al ingreso temprano. Así también, los casos que se presentan muestran un interés o preocupación de las mujeres por atenderse de forma temprana, por ejemplo, en el caso de Carolina se enteró que estaba embarazada cuando su visa de turista aún estaba en vigor, por lo que le recomendaron esperar tres meses para solicitar el RUT provisorio (número de cédula nacional chilena) y así poder consultar en el CESFAM:

Fui con mi pasaporte y cuando me dieron como una tarjeta, era como provisorio, una tarjetita, pero solo me podían atender una vez con eso y estaban esperando a que salga el número de FONASA, aprobación, para que me puedan atender, pero después de tres meses

Carolina

En otros casos como los de Gloria y Laura, directamente les han negado la atención en otras comunas del país:

No podían atenderme porque yo estoy como visitante y si me hago atender, tenía que cancelar, o sea tenía que cancelar la consulta, la consulta tenía que ser pagada, entonces eso, no tenemos dinero, entonces dijimos no

Gloria.

Según ellos yo me había enterado mucho antes, allá en Perú, que estaba embarazada; que de seguro yo vine aquí para tener al bebé. Como que me discriminaron.

Laura.

En las narrativas se observa que el problema al que se ven enfrentadas las mujeres migrantes embarazadas es cómo hacerlo si no tiene sus documentos migratorios vigentes y, en muchas ocasiones, no saben a quién recurrir. En relación con las redes informales, en los CESFAM observé que las mujeres migrantes, específicamente de Haití, llegaban juntas o se encontraban temprano para solicitar una hora médica. Teniendo en cuenta que la barrera del idioma es aún fuerte límite para que las mujeres haitianas accedan a la salud (Guerra Zúñiga & Ríos Hidalgo, 2017; Prieto-Gómez, Saavedra-Sepúlveda, Alvear-Aguirre, Lazo-Millar, & Soto-Acuña, 2019; Rojas Pedemonte, Amode, & Vásquez, 2017; Sepúlveda & Cabieses, 2019), los relatos de las mujeres migrantes entrevistadas y las observación en el consultorio indican que el conocimiento sobre cómo acceder al sistema de salud, está vinculada con las redes de apoyo que la mujer pueda llegar a tener en Chile.

Asimismo, estudios previos sobre la migración en Chile (Bernaes, Cabieses, McIntyre, & Chepo, 2017; Baltica Cabieses et al., 2017) plantean que el ingreso tardío a los controles prenatales resulta ser un desafío para el sistema de salud porque puede traer consecuencia para la salud de los bebés. La responsabilidad de atenderse tempranamente aparece en los relatos de las profesionales de salud, por ejemplo:

Al principio hubo un porcentaje de mujeres extranjeras que llegaban tarde al control de embarazo porque en sus países había mucha incidencia de aborto o pérdidas, entonces cuando el embarazo estaba firme, ellas aparecían como a un control médico, entonces, eso acá implicaba que llegaban al cuarto, quinto mes, entonces había muchos ingresos tardíos

Claudia, Profesional de salud.

La profesional de salud enfatiza que el ingreso al sistema de salud ha cambiado en el tiempo. Sin embargo, en este y los anteriores relatos de las profesionales de salud, el desconocimiento y sus antecedentes de vida aparecen como una forma de responsabilizar a la mujer de su ingreso y, como consecuencia, del posible riesgo a la que estaría expuesta ella y su bebé. Así también en la *Guía de la gestación y el nacimiento*, documento que se entrega en el primer control prenatal, se observa la presencia del riesgo como una tecnología de seguridad (Weir, 2006), es decir, como una advertencia:

“realiza tu primer control prenatal entre las siete a doce semanas después de la última regla. Es importante que lo hagas antes de las 14 semanas de gestación, para conocer fielmente la edad gestacional, tomar tempranamente suplementos que ayudan al desarrollo fetal y prevenir riesgos asociados al embarazo” (25, p. 8)

En los relatos de las profesionales de salud anteriormente expuestos, enfatizan que es responsabilidad de las mujeres, el conocimiento sobre el sistema de salud repercute en el ingreso tardío y, consecuentemente, en su experiencia en la atención y la salud de ella y su bebé. Sin embargo, se desconoce que, en muchas ocasiones, es el sistema de salud el que limita a las mujeres a ingresar tempranamente.

“CHILE CRECE NOS SIRVE COMO PARA INTEGRARLAS EN ESTE SISTEMA DE SALUD CHILENO”

Cuando la mujer embarazada hace el ingreso al CESFAM, en el control se les entrega dos documentos, por un lado, la *Agenda Salud de la Mujer*, donde se registra cada control, taller asistido, peso, entre otras informaciones sobre el crecimiento del bebé. Y, por otro lado, el/la matró/a hace entrega de la *Guía de Gestación y Embarazo*, un libro donde se encuentra toda la información que puede ser útil sobre el desarrollo del bebé, alimentación, parto, cuidados del bebé, entre otros temas.

La *Agenda Salud de la Mujer* es el documento que las mujeres deben llevar en cada control o actividad en el CESFAM relacionada al embarazo, además de tener espacio y divisiones para el registro de cada visita médica, contiene consejos específicos para las mujeres, por ejemplo, indican: *¡Tú tienes derecho a cuidar de tu salud!* (35, p.1). La frase, que está en la primera página de la agenda, indica la forma en que se realizará todo el proceso de embarazo, la opción del cuidado de la salud está desde el comienzo, pero cada mujer puede tomarlo o no.

Analizando junto con los relatos de los/as profesionales de salud, *el derecho a cuidar de tu propia salud* es una forma de responsabilizar a las mujeres en conocer y utilizar los servicios que existen. En el caso de las mujeres migrantes, la primera etapa que debe pasar es conocer el funcionamiento del sistema de salud público:

Yo les explico, usted tiene que venir al control con matrona, al control con médico, al control con servicio social si es que lo amerita, con dental, con nutrición, tiene que tomarse exámenes, ya, y que, lo tienen que hacer porque es parte de, de, de la evolución del embarazo, si quieres controlarte en un embarazo tienes que tener lo que nosotros solicitamos

María, Profesional de salud.

A mí me gustaría, por ejemplo, que cuando ingresa una familia migrante, (...) indicarles cómo son los controles acá; cómo es el tipo de control de embarazo; cómo es el tipo de control infantil; cómo, de cierta forma, conocer lo que solicitamos, digamos, de ellos. O sea que traiga a sus niñitos a control, que la embarazada venga a sus controles y se haga todos los exámenes porque eso es, es, es bueno para la salud de ellos como familia, ya, entender alguna cosa, así como básica, porque en el fondo ellos están aprendiendo

Claudia, Profesional de salud.

Si bien los relatos de las profesionales de salud se enfatiza la responsabilidad y la disciplina que deben tener las mujeres para estar en orden con los lineamientos institucionales. Además, se observa una posición paternalista y nacional en cuanto a los conocimientos sobre el cuidado en el embarazo.

En relación, la *Agenda Salud de la Mujer*, texto de manejo cotidiano para las mujeres embarazadas y profesionales de salud, no tiene ninguna información para mujeres o familias migrantes. Pero, el libro *Guía de la gestación y el nacimiento* sí cuenta con una página sobre los derechos de las familias inmigrantes que viven en Chile, en el que indican que las mujeres migrantes tienen garantizada la salud, prestaciones y ajuar del Programa y que “para esto, tiene que acudir al Centro de Salud de su domicilio y asistir a todos los controles” (32, p. 86), en contraposición a otras partes del libro donde no hay una relación entre las prestaciones y la asistencia a los controles prenatales.

En los relatos de las mujeres migrantes se puede notar un compromiso que tiene relación con su situación como migrantes:

Yo como migrante eh... yo no tengo muchos beneficios a muchas cosas pues, o sea y que por lo menos me faciliten ciertas cosas, los medicamentos, eh... no sé, charlas, los talleres y toda la cuestión. (...) No sé si, si alguna chilena esté conforme o no esté conforme, pero a mí como extranjera sí, a mí me parece viable

Juana.

Se observa que la reflexión que hacen a partir de su situación migratoria en el país determina su compromiso con las prestaciones que recibe del Programa ChCC. En el contexto de las mujeres migrantes, según los relatos de las profesionales de salud, la mayor adherencia a los controles tiene relación con que ellas no tienen estas oportunidades en sus países de origen. De esta manera, formar parte del Programa y realizar todo lo que se requiere para llevar un control en el embarazo las incluye al sistema de salud chileno:

El hecho de que ella (mujer migrante) esté en cierta forma obligada a sus controles con sus recién nacidos, con su niño, porque si no viene a su control va a ser citada, o sea digamos que, le empezamos como cierta forma a cautivar y ellas me refieren que en su país si quiere ella va a sus controles o no, y acá uno la deriva, a la nutricionista, a la asistente social y en sus países no es así, o sea o va al médico o va a la enfermera y nada más

Claudia, Profesional de salud.

Ellos no tienen un programa de salud como el nuestro, no tienen un sistema de salud como el nuestro...

Javiera, Profesional de salud.

Chile Crece nos sirve como para integrarlas en este sistema de salud chilena

Angélica, Profesional de salud

El Chile Crece en general enseña mucho, pero enseña más que nada cuidados que tenemos acá como chilenos, como que no se ha abocado mucho a la parte migrante

Valentina, Profesional de salud.

Las profesionales de salud enfatizan las diferencias que encuentran las mujeres migrantes en el sistema de salud chileno. Ahora bien, a través de los controles y el cumplimiento de ciertas indicaciones y pasos, desde la visión de las profesionales de salud, las mujeres puedan dejar de tener mitos que ponen en riesgo al bebé. Asociando con los consejos de la Agenda de Control se encuentran indicaciones así: *“Tu estado nutricional influye el futuro de tu hijo o hija. ¡Cuídate!”* (31, p.15).

Pero, en cuanto al conocimiento que ellas puedan tener o lo que puedan adquirir en los talleres o controles, las matronas hacen una diferencia entre las migrantes latinoamericanas y las migrantes de Haití:

A mí me parece que las, las mujeres latinoamericanas en términos generales traen conocimiento respecto de la gestación, de los cuidados, igual traen hartos mitos y cosas, pero, pero tienen un nivel de... de conocimiento un poco más amplio (...) Las dominicanas tienen hartos de tema cultural ellas todavía y las haitianas sí, claramente las haitianas, ellos no tienen un programa de salud como el nuestro, no tienen un sistema de salud como el nuestro...

Javiera, Profesional de salud.

En el relato enfatiza una mirada de superioridad nacional frente a las migrantes en cuanto a la forma de cuidado y al conocimiento que ya puedan tener. En relación a esto, Núñez (Núñez, 2012) había destacado en su estudio la construcción de una categoría de “paciente peruana”, definida como una racialización de la diferencia social y cultural, es decir, diferente a un modelo hegemónico de paciente chilena. Por tanto, a través de los relatos de las profesionales de salud, se observa un cambio en el tiempo de la categoría de paciente peruana por una haitiana, teniendo así subcategorías de pacientes en el mismo grupo de mujeres migrantes.

Al momento de consultar sobre cuáles son los mecanismos que realizan para que las mujeres migrantes adhieran a las indicaciones, las matronas manifestaron que, si bien existe una buena adherencia a asistir a los controles, encuentran diferencias sobre conocimientos que puedan tener respecto al embarazo y deben manejar límites entre vulneración y respeto a su cultura, pero indicando nuevamente que la responsabilidad de elección para el bien del bebé está en ella:

La palabra no es convencer, sino que es tratar de que ella pueda llegar a establecer qué no es lo mejor para ella, entonces que ella pueda tomar decisiones

Araceli, Profesional de salud.

Siguiendo los relatos de los/as profesionales de salud entrevistados para este artículo, el riesgo en el embarazo tiene relación con el incumplimiento de directrices que, al mismo tiempo, hace que en los controles prenatales prime la transferencia de responsabilidad de las mujeres con sus bebés y el compromiso que ella pueda tener por la atención de salud pública en el contexto migratorio. Se reconoce que entrar en el Programa Chile Crece Contigo trae consigo cumplir con requerimientos, ya que las profesionales de salud indican las mujeres migrantes están en proceso de aprendizaje sobre cómo las formas de cuidado en el embarazo.

“LAS PERSONAS ACTÚAN O POR CASTIGO O POR ESTÍMULO”

El Programa Chile Crece Contigo cuenta con diferentes talleres prenatales en diferentes momentos del embarazo, pero cada CESFAM y cada monitor (nutricionista, matrona, entre otros) puede elegir los temas a tratar en sus talleres. Desde abril 2019 asistí a los talleres de la nutricionista, psicólogo y matronas del CESFAM de Renca y Recoleta. Los talleres se realizan todas las semanas en las salas de consulta (box) de atención a las 8 o 9 de la mañana.

La modalidad de los talleres tenía un estilo de cátedra, es decir, el o la monitora parada explicando con un power point mientras que las mujeres embarazadas están sentadas escuchando. La asistencia era variada, pero normalmente, las mujeres asistían mucho más a los talleres de las matronas, donde se hablaba sobre parto, parto y lactancia, que a los otros talleres.

Si bien en casi todos los talleres había un momento de preguntas, esto habitualmente se hacía al final. En pocos talleres hubo espacios de interacción entre mujeres, en uno de ellos sobre parto y lactancia, una mujer chilena comentó que nunca había asistido a los talleres por considerarlos aburridos. Esta visión se repite en entrevistas con algunas migrantes, quienes indican que los temas son iguales a los que están en los materiales que les entregan al comienzo de los controles. Con relación a esto, resulta importante

mencionar que, al consultar a las mujeres migrantes sobre las motivaciones para ir a los talleres, una de ellas indicó:

Cuando la doctora me vio, dijo “¿por qué no fuiste (al taller)?” y yo “y doctora, se pasó”, entonces “no, tienes que ir”. Pero me parece bien y una de las cosas que me, o sea tengo que asistir

Juana.

La insistencia de las matronas a que vayan a los talleres tiene relevancia porque se vinculan con dos temas importantes, por un lado, el cumplimiento de los indicadores que solicitan desde el Programa y, por el otro, porque los talleres son la instancia para explicar el funcionamiento del sistema de salud para el parto y los cuidados principales del bebé. Así también, tanto en la *Guía de Gestación* como en la *Agenda* se hace mención principalmente al contenido sobre el parto y cuidado del bebé que se da en los talleres, vinculándolos también con la visita guiada a la maternidad del hospital, por ejemplo, “¡Asiste a los talleres prenatales! Encontrarás otras familias con tus mismos intereses y aprenderán cómo prepararse mejor para un parto activo” (31, p. 19).

Por tanto, las profesionales de salud que entrevisté se muestran preocupadas por la baja asistencia a los talleres, sean chilenas o migrantes, una de ellas comentó:

No hay una recompensa ni tampoco un castigo por el taller (...), la señora viene por voluntad, tenemos que encantarla nosotros, pero muchas veces no es suficiente, porque las personas actúan o por castigo o por estímulo

Araceli, Profesional de salud.

Así también, en contraposición a los talleres, es reconocido que las mujeres no dejan de asistir a sus controles con las matronas, por lo que la matrona puede revisar en su libreta de controles si ella asistió o no a alguno de los talleres o controles con otros profesionales de salud, como indicó la nutricionista:

El control con la matrona ella (la mujer migrante) no lo pierde, ya, generalmente a la matrona vienen y ahí la matrona hace hincapié que tienen que volver a sacar hora de nutrición

Magalí, Profesional de salud.

Las matronas saben que a sus controles normalmente las mujeres asisten, entonces, generan estrategias para que estén en los talleres también, por ejemplo, hacen coincidir los controles con los talleres:

Claudia: La matrona me dijo ‘¿y estás yendo al taller?’, sí le dije, no sé cuándo es, acá te he puesto me dice, ah, ya, ‘es importante que vayas’ me dice, ‘para que te enteres de muchas cosas’. Ella fue la que me llevó.

Entrevistadora: Ah, vos llegaste ahí directo, porque tenías consulta ese día.

Claudia: Sí, ella fue la que me trajo, como me dijo que viniera un poquito más temprano por el taller y ya

Claudia

El relato enfatiza los mecanismos o estrategias que utilizan las profesionales de salud para que las mujeres migrantes asistan a los talleres. Los talleres funcionan como para dar información sobre el funcionamiento del sistema de salud, como también sobre los cuidados que deben tener en el embarazo.

DISCUSIÓN

Los estudios previos sobre riesgo y embarazo han destacado en el discurso biomédico la amenaza latente de mortalidad neonatal (Lupton, 2012; Weir, 2006). En el caso del Programa ChCC, el mismo nació luego de una serie de intervenciones sanitarias para hacer frente a problemas maternos infantiles -como la pobreza y que los niños no alcanzaban el desarrollo esperado para su edad- (Silva Villalobos & Molina Milman, 2010).

Este artículo encontró que el manejo del riesgo en el embarazo dentro el Programa ChCC se compone de la libertad y la seguridad para gobernar a una determinada población

(Foucault, 2006). De esta manera, se despliegan intervenciones para que las mujeres migrantes que están embarazadas adhieran a los controles, procedimientos y talleres del Programa.

Dentro de la lógica neoliberal, el Programa ChCC promueve un manejo juicioso y comprometido de la salud de las madres con sus hijos. Encontrando que el riesgo es una técnica de regulación (Faya Robles, 2019) que hace responsable a la mujer de sus propias decisiones (Weir, 2006).

El individuo racional no es cualquier ciudadano, sino que es una mujer que está en condiciones de vulnerabilidad social y económica, en concordancia con estudios previos (Caro, 2009; Rovira Rubio et al., 2017), el Programa asume la figura de mujer embarazada empobrecida con falta de experiencia o sin conocimientos previos. Por ejemplo, los talleres representan un espacio de poder (Foucault, 2008), donde los/as profesionales de salud aprovechan para insistir la presencia de las mujeres migrantes y así que adhieran al sistema de salud. De esta manera, a través de los controles, como también de los talleres se les provee toda la información para evitar cualquier tipo de riesgo para la salud del bebé.

Las narrativas anteriormente analizadas, tanto en los/as profesionales de salud como entre las mujeres entrevistadas, también refieren la importancia de controlarse su embarazo está por la necesidad de preservar la salud del bebé, por sobre la de la madre (Lupton, 2013; Ruhl, 2002), encontrando una jerarquía que se crea entre el cuerpo de la mujer y el bebé. En relación, los privilegios del feto eclipsan el cuerpo materno en el se está desarrollando, de acuerdo con Lupton (2012) se podría hablar de una fetichización del feto.

Ahora bien, la imagen de una mujer sin recursos ni conocimientos previos sobre su proceso se profundiza si se comparan los relatos entre mujeres migrantes y chilenas. Así, en concordancia con un estudio anterior, el significado positivo que le puede proveer una mujer migrante al Programa ChCC puede ser producto de su trayectoria migratoria y bajas redes sociales o familiares en Chile (Sibirian Díaz, 2017). Sin embargo, en los relatos se destaca un juicio desde el sistema de salud por el hecho de ser migrante en sí.

Además, en las narrativas de los/as profesionales de salud se enfatiza la insistencia por cambiar comportamientos y formas de vida, como también con asistir a los talleres o controles, así también llama la atención el poco cuestionamiento que puede existir a posibles faltas de compromiso de las mujeres chilenas.

De esta manera, el concepto de riesgo enfocado a las mujeres migrantes también está relacionado con seguir las indicaciones según las costumbres locales. En la misma lógica que indicaba Foucault (Foucault, 2008) la disciplina (y el castigo) está compuesta por estrategias o dinámicas que crean la regularización de los sujetos, los ordenan en cuanto a sus comportamientos, costumbres y formas de relacionamiento. Así, el riesgo existe cuando ellas no eligen el camino que le indican en el CESFAM (Weir, 2006; Foucault, 2006)

Por último, la diversidad de las mujeres entrevistadas posibilitó conocer ampliamente sus experiencias en la interacción con los lineamientos institucionales. Sin embargo, es una limitación del estudio no conocer en profundidad los antecedentes sociales y económicos de las mujeres, conocer si el “efecto del migrante sano” es positivo en las vidas de las mujeres y si tiene relación (o no) con su experiencia con el riesgo en el embarazo.

CONCLUSIONES

Este artículo analizó el riesgo en el embarazo desde los elementos que forman parte de la gubernamentalidad (Foucault, 2006), observando que el riesgo busca la adherencia al sistema de salud chileno.

Además de gobernar desde la distancia y esperando que las decisiones de los sujetos se alineen con los institucionales, se desarrollan otros sentimientos como la culpa y ansiedad a través de la interacción con los/as profesionales de salud. Intervenciones que, desde un plano ético y moral, llevan a las mujeres migrantes a adherir a los controles, talleres y actividades realizadas por el CESFAM, por lo que sería pertinente preguntarse hasta qué

punto es ético desde las instituciones el proceso de intervención para que las mujeres migrantes aumenten su compromiso por los controles y talleres prenatales.

Finalmente, en contraposición con lo indicado por estudios previos (Lupton, 2012; Maffi & Gouilhers, 2019; Rudrum, 2017) los resultados de este estudio muestran que en el caso de Chile, el riesgo en el embarazo en mujeres migrantes se desarrolla como en una combinación entre acceso a la salud y adherencia al sistema, en donde la vulnerabilidad refuerza la disciplina que las mujeres migrantes deben adherir.

CAPÍTULO IV. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y AGENCIA DE MUJERES MIGRANTES

RESUMEN

En Chile, la lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes está incluida como meta sanitaria desde el 2015, siendo el Programa Chile Crece Contigo (ChCC) clave para la promoción y cumplimiento de este indicador. En este artículo, comprendo las agencias de las madres migrantes en su interacción con las/os profesionales de salud que buscan cumplir con la LME.

Realicé entrevistas a mujeres migrantes en proceso de lactancia, como también a profesionales de salud del Programa ChCC en Santiago, Chile. A través del estudio, muestro que las mujeres migrantes que no practican con la LME realizan acciones para resistir a la presión de los/as profesionales de salud que son consideradas como una forma de agencia. Sin embargo, no necesariamente las liberan del juzgamiento social y de los expertos. Además, estas acciones están relacionadas con la escasa promoción de la corresponsabilidad parental, el acceso de recursos sociales y económicos en el país.

PALABRAS CLAVE Lactancia materna exclusiva; agencia; migración; Chile

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud recomienda una lactancia materna exclusiva (LME) por 6 meses de vida en el cual el bebé recibe solo leche materna sin otros alimentos sólidos ni líquidos, incluyendo agua (Organización Mundial de la salud, 2003). Así, hay evidencia que muestra los múltiples beneficios sanitarios y económicos que tiene la LME (Couto, Dias, & Oliveira, 2020). En Chile, siguiendo las sugerencias de la OMS, se incluyó a la LME como meta sanitaria desde el 2015. En consecuencia, el indicador ha aumentado en los últimos años, de 43,0% en el 2012 a 59,42% en el 2018 (Ministerio de Salud, 2018b), siendo el objetivo alcanzar 60%.

Desde el año XX Chile ha establecido un sistema de protección integral de la infancia que articula servicios y prestaciones de salud de los/as niños/as desde su gestación hasta los 9 años, conocido como Chile Crece Contigo. Este es clave para alcanzar la meta sanitaria de LME, estableciendo prácticas profesionales específicas para ello. Los profesionales de salud son fundamentales en el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS, al ofrecer apoyo y acompañamiento a las madres lactantes que presentan dificultades en este proceso (Alianmoghaddam, Phibbs, & Benn, 2017; Brown, 2017). Los/as profesionales de salud que integran la red de cuidados dentro de los CESFAM cumplen un rol importante para la regulación y levantamiento de datos sobre la LME en el control de la diada madre-hijo/a que se realiza después del parto con el matrn que la atendió en el embarazo y la promoción de una LME exitosa.

En relación a la población migrante, Cabieses (2019) indica que, incluso con los esfuerzos que se han realizado desde el Estado para garantizar ciertas prestaciones de salud, la población migrante aún se enfrenta a problemas para acceder al sistema de salud, comparando con los nacionales. Datos oficiales destacan que la principal causa de egreso hospitalario de la población migrante es el embarazo parto o puerperio. Específicamente, en la Región Metropolitana, el 20% de las mujeres que acceden a un hospital a causa del parto (natural, cesárea y fórceps) son migrantes (Ministerio de Salud, 2019b). Estudios internacionales refieren de la importancia de considerar las dimensiones socioculturales para la promoción de la LME para la población migrante (Castaldo, Marrone, Costanzo, & Mirisola, 2015). Sin embargo, las mujeres migrantes presentan múltiples barreras para cumplir con la LME (Dennis et al., 2019).

En este artículo, comprendo las agencias de las madres migrantes lactantes en su interacción con los profesionales de salud que buscan cumplir con las metas sanitarias respecto a la LME. Así, argumento que las mujeres migrantes que no practican la LME realizan acciones para resistir a la presión de los/as profesionales de salud, sin necesariamente liberarlas de ser juzgadas o presionadas en su proceso de amamantamiento. El trabajo está centrado en conocer la realidad de mujeres migrantes latinoamericanas que residen en dos comunas de Santiago de Chile, Renca y Recoleta.

DISCIPLINA Y AGENCIA

En la LME se conjugan distintos elementos que conducen la experiencia de la mujer como exitosa. En términos culturales y sociales, Duncan y Bartle (2014) indican que el deseo por ser vistas como ‘buenas madres’ lleva a las mujeres a tomar decisiones que se ajustan a las normas respecto a la lactancia materna, dando oportunidad para actos disciplinarios. La capacidad de acción (agencia) está enmarcada en una estructura de poder.

En este artículo reúno los conceptos de poder y conocimiento propuestos por Foucault, quien indicó que la organización del poder sobre la vida existe en dos polos, por un lado, el bio-poder, donde se encuentran técnicas de disciplina o técnicas de poder hacia el cuerpo, centrado en la educación, la utilidad y docilidad de los cuerpos y, en el otro polo está la biopolítica, la que se centra en la regulación de la población, como la natalidad, mortalidad, nivel de salud que afectan a la población en general (Foucault, 2007).

Foucault (2008a) sostiene que la disciplina es una tecnología de poder, con instrumentos, técnicas y procedimientos a fin de fabricar cuerpos dóciles, sometidos y ejercitados, es decir, individuos útiles. Así, la disciplina como técnica, opera creando un espacio y tiempo analíticos y eficientes, con un control constante y minucioso que tiene como función “enderezar conductas” (p. 199). Como tipo de poder, la disciplina no forma parte de una institución específica, sino que se desenvuelve de manera discreta en niveles de la sociedad.

Para llegar a una sociedad disciplinaria se utilizan tres instrumentos disciplinarios: la vigilancia, la cual tiene relación con una estrategia de control, la observación constante. El segundo instrumento es la sanción normalizadora, la que juzga todo aquello que no se ajusta a la norma, la tecnología disciplinaria “impone sus propios criterios de normalización como los únicos aceptables” (Dreyfus y Rabinow, 2001, p. 224). Aquella normalización, que “obliga a la homogeneidad; pero individualiza al permitir desviaciones” (Foucault, 2008a, p. 215). Las técnicas utilizadas en el bio-poder son las responsables de supervisar, para que ante cualquier desviación que exista, ésta pueda ser tratada y reformada. Por último, se encuentra el examen, en el que se combinan la

vigilancia y la sanción normalizadora, documentando y registrando. Por ejemplo, en el caso de los hospitales, es el espacio para ejercer la disciplina médica, además de ser una fuente importante de documentación y registro que permite a los hospitales posicionarse como centros del régimen disciplinario.

En la segunda fase del planteamiento de sus pensamientos, Foucault se concentra en las tecnologías del yo, indicando que “permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos” (Foucault, 2008b, p. 48). Sin embargo, como el poder es omnipresente, el sujeto se crea desde una construcción de un régimen de poder (Bevir, 1999). Así, el desarrollo del yo está situado histórica y socialmente en los discursos y prácticas discursivas (Strega, 2015). En este sentido, Dreyfus y Rabinow (2001) expresan que a través de la resistencia se expande y se quiebra el poder, están inseparables en la estructura social. Butler (2001), siguiendo a Foucault sugiere que el poder forma al sujeto y, por ende, depende para su existencia, “el poder es ejercido sobre el sujeto, el sometimiento es al mismo tiempo un poder asumido por el sujeto” (p. 22). Agrega que la paradoja del sujeto está compuesta por la repetición de las normas, un proceso iterativo que marca los límites de su subjetivación, pero que también puede ser el devenir de ser social.

Desde el feminismo post-estructuralista se desarrolló la discusión sobre poder y agencia, entregando una mirada alternativa a la subjetividad de las mujeres dentro del mundo patriarcal y a nuestras decisiones en este contexto. Strega (2015) indica que académicas feministas sugieren que las elecciones están constituidas por prácticas discursivas, pero es nuestro entendimiento el que nos guía hacia elecciones conscientes. Así, cuando se comprende la propia subjetividad, elegir entre varias opciones circunscritas, permite a los sujetos evaluar entre muchas posibilidades de resistencia. Mahmood (2019) comparte estas líneas hasta cierto punto, pero hace referencia a la importancia de la reconceptualización del poder en las relaciones que dominan al sujeto y proveen las condiciones de su existencia, definiendo la capacidad de agencia social. Así, la agencia social es “la capacidad de acción que ciertas relaciones específicas de subordinación crean

y hacen posible” (p. 11), y que, además, está vinculada con la historia y cultura del sujeto. De esta manera, esta capacidad de acción son actos de resistencia a las normas, pero también son las formas en que un sujeto se desenvuelve en las normas. La autora se adentra en la etapa genealógica de la teoría foucaultiana y desde su análisis de la formación ética del sujeto analiza la agencia social más allá de un modelo binario de resistencia y subordinación. En una publicación anterior (2005), la autora indica que Foucault trata a la subjetividad como una modalidad de poder que se desarrolla a través de códigos morales que hace que nos constituyamos de acuerdo con los mismos. Entonces, la formación del sujeto está determinado por “relaciones de subordinación que crea y permite la capacidad de acción” (p. 29). Tal como lo plantea Madhok (2014), la intersección entre raza, género y clase es reconocida actualmente, aún queda por profundizar en el análisis de agencias en otros contextos que escapen de aquella dicotomía de liberación – opresión.

Por tanto, en este artículo sigo el concepto de agencia propuesto por Mahmood, para examinar/comprender/describir dentro de las instituciones sanitarias cómo se crea y reproduce dentro de las relaciones de poder. En el contexto de las mujeres puérperas, las agencias que puedan realizar no necesariamente tienen como consecuencia liberarlas del contexto en el que se encuentran. Estudios previos han analizado la agencia en la migración, pero se han centrado en la identidad de género y cómo otras dimensiones pueden limitar o permitir esta capacidad de acción. Por ejemplo, Abboud, Lanier, Sweet Jemmott, & Sommers (2019) encontraron que la agencia de las mujeres migrantes está influenciada por normas y contextos socioculturales, que está en constante evolución. En la misma línea, Manohar (2019) añade que la subordinación es relativa, con acciones que no muestran obediencia a una institución como es la familia. Sin embargo, en otro estudio que incluye a hombres y mujeres migrantes, Safouane, Jünemann, & Götsche (2020) encontraron agencias en las experiencias de los migrantes, con relación con la apropiación de normas que están en el contexto restrictivos donde habitan.

Por otra parte, en cuanto a la lactancia, estudios realizados en Nueva Zelanda y Australia ((Alianmoghaddam, Phibbs, & Benn, 2017; Malatzky, 2017) indican que existe una forma de coerción silenciosa por parte de los/as profesionalesde salud, el cual crea juicios

normalizadores sobre la alimentación infantil y un poder disciplinario sobre el cuerpo de las mujeres. En contrapartida, algunas acciones de las mujeres que pueden ser consideradas de resistencia, tienen la intención de contrarrestar el conocimiento biomédico (Ashcroft y Van Katwyk, 2016). Otras investigaciones, realizadas en Australia y Estados Unidos, añaden que hay contextos estructurales que tienen relación con el éxito de la lactancia materna (Kuswara et al., 2020), pero que los programas de promoción responsabilizan los resultados exclusivamente a las madres, desconociendo el esfuerzo que la madre pueda llegar a realizar para dar de mamar (Holcomb, 2017). En el caso chileno, el desafío de las mujeres migrantes en el país está en la forma de manejar la interacción con los lineamientos institucionales respecto a la LME. El cumplimiento de la meta sanitaria está basado en una estructura de prestaciones y servicios con cobertura nacional y comprobado éxito, tal como se desarrolla en el apartado que sigue.

La propuesta teórica para analizar los datos permite comprender las acciones que se dan en la relación institucional de poder entre los/as profesionales de salud y la mujer migrante. Sin embargo, en este artículo se cuestionan las formas de agencia que se analizan como resistencia en los estudios previos, ya que no necesariamente liberan a las mujeres de aquellos lineamientos disciplinarios en contextos institucionales (CESFAM o familia) a los que están expuestas las mujeres como responsables de la LME.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN CHILE

Las instituciones en Chile siguen los consejos planteados por la OMS e instan a las mujeres a amamantar de manera exclusiva hasta los 6 meses del bebé. Desde el Programa Chile Crece Contigo, los/as profesionales de salud de los Hospitales y CESFAM acompañan a la mujer desde la gestación para favorecer la LME.

El Programa ChCC es una política pública multidimensional e intersectorial que consta de servicios y prestaciones enfocadas a potenciar el desarrollo de los niños y niñas desde la gestación hasta la primera infancia. Cuenta con un modelo de gestión local que, en el embarazo y nacimiento, se realiza a través de los CESFAM y Hospitales públicos en las

comunas donde residen las mujeres. La entrada al subsistema de protección se realiza a través del primer control prenatal y acompaña el desarrollo de los/as niños/as hasta los 9 años.

La importancia de la gestión local radica en la alta cobertura que tiene el Programa gracias a la articulación en terreno de los Municipios. Su presencia en las localidades se inició en el 2007 con 159 comunas, alcanzando todas las comunas del país en el año 2008 (Silva Villalobos & Molina Milman, 2010). Esta Red Comunal proporciona al ChCC el cumplimiento de procesos que articulan estas prestaciones y servicios universales y específicas para el territorio.

Específicamente, esta investigación se realizó en dos comunas de Santiago: Renca y Recoleta. Ambas comunas presentan el mismo porcentaje de pobreza multidimensional - 26,2% - que supera al que se encuentra a nivel país - 20,9% - (Ministerio de Desarrollo Social, 2018a). En el caso de la población migrante, para el año 2016, Recoleta se ubicó el puesto 7 de las 10 comunas con más inmigrantes con permanencia definitiva del país. Aún cuando Renca no tiene un porcentaje alto de migrantes, entre el 2015 al 2016, creció un 67,0% el número de permanencia definitiva (Asociación de Municipalidades de Chile, 2017). En la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Encuesta CASEN) 2017 a nivel país se muestra que ciertos indicadores de pobreza multidimensional son críticos para la población migrante, en comparación a la nacional. Estos son: adscripción al sistema de salud, habitabilidad, apoyo y participación social y, por último, trabajo igualitario. Esto explicaría que la incidencia de la pobreza multidimensional que se encuentra en la población migrante - 24,6% - es mayor a la local - 20,5% - (Ministerio de Desarrollo Social, 2018b).

En resumen, ambas comunas estudiadas cuentan con un porcentaje importante y en aumento de población migrante y, por otro lado, un nivel mayor de pobreza multidimensional en relación con el nivel del país. Así, el estudio se justifica en conocer específicamente las necesidades de esta población en estos contextos, teniendo la base de

los indicadores que determinan la pobreza multidimensional y que pueden estar vinculando de manera directa su proceso de LME y su relación con el Programa ChCC.

En cuanto al Programa ChCC, hay evidencia que constata los buenos resultados del mismo, por ejemplo, la mejora de la salud infantil al nacer en comparación a otros programas del mundo y el impacto positivo del Programa en la población más vulnerable (Clarke, Cortés Méndez, & Vergara Sepúlveda, 2019). Sin embargo, otros estudios han revelado que, a través del Programa, se mantiene una mirada de la maternidad como experiencia privada y dirigida a la relación entre la madre e hijo/a (Calquin Donoso, Guerra Arrau, Escobar Villalobos, & Martínez Riquelme, 2020) y una enseñanza paternalista sobre la forma que deben vivir sus maternidades (Rovira Rubio, Boero Chancy, & Calquin Donoso, 2017). En relación con los indicadores del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2018b), a nivel país se registra un aumento en la LME al sexto mes en los últimos años, de 43,0% en el 2012 a 59,42% en el 2018. En cuanto a la prevalencia de la LME al sexto mes en las comunas estudiadas, el Servicio de Salud Metropolitano de Occidente (correspondiente a Renca) presentó una prevalencia de 67,0% de cumplimiento en el 2018, en contraposición al 55,3% presentado por el Servicio de Salud Metropolitano Norte (correspondiente a Recoleta).

Si bien se pueden apreciar avances referentes al buen desempeño e impacto del Programa ChCC en relación con las metas de sanitarias, persiste la necesidad de saber en qué términos se obtienen estos resultados. Además, a partir de la confrontación de las visiones profesional de salud y madres lactantes, es posible comprender las diferentes acciones que se llevan a cabo y cómo se enfrentan en el intercambio de estas relaciones de poder existentes.

METODOLOGÍA

Esta investigación tiene una metodología cualitativa, que combinó datos de documentos del Programa Chile Crece Contigo, y entrevistas a profesionales de la salud y a mujeres

en proceso de lactancia. De esta manera, se utilizó la triangulación de datos y análisis (Flick, 2018) para contrastar los resultados y comprender las coincidencias.

Participantes

A través de una muestra intencionada se invitó a participar a mujeres migrantes y chilenas en proceso de lactancia usuarias de estos CESFAM. Todas las entrevistadas también formaron parte de la primera etapa de la tesis doctoral cuando ellas estaban embarazadas. Los mecanismos de reclutamiento en ese momento fueron: (1) Asistí a los talleres del Programa Chile Crece Contigo para posteriormente invitarlas y (2) posterior a los controles médicos en la sala de espera, contacté con ellas para informar e invitarlas a formar parte.

Al momento de la recolección de datos, 17 mujeres provienen de países latinoamericanos, 10 de ellas son madres por primera vez y 12 mujeres del total no sigue con la LME.

También se invitó a participar a los/as profesionales relacionados con las prestaciones del ChCC en 2 CESFAM de la Comuna de Recoleta y 1 de Renca. Para el proceso de reclutamiento de los/as profesionales también se realizó un muestreo intencionado. La mayoría de los/as profesionales de salud entrevistados/as son matronas mujeres (9), pero también entrevisté a personal del departamento de psicología (1), trabajador social (1) y nutrición (1). Al momento de la entrevista, los/as profesionales de salud tenían entre 7 meses a 12 años de antigüedad en los CESFAM de Renca y entre 3 años y 36 años en los CESFAM de Recoleta.

Todas las entrevistas se realizaron entre abril 2019 y junio 2020.

Análisis de documentos

Por otra parte, el Programa Chile Crece Contigo cuenta con materiales de apoyo para las mujeres embarazadas, maternidad y paternidad, crianza respetuosa, lactancia, entre otros. En este artículo también realicé un análisis de documentos impresos que son entregados a las mujeres en los CESFAM en la primera consulta médica, a fin de conocer cómo se construyen aquellas recomendaciones o lineamientos del Estado.

Análisis de la información

En cuanto al análisis de las entrevistas, realicé un análisis temático (Braun & Clarke, 2006). Codifiqué las entrevistas en base a los patrones de ideas y frases que se repitieron, y, a partir de estos códigos, definí los temas relevantes.

Consideraciones éticas

Por último, esta investigación doctoral fue revisada y aprobada por el Comité Ético Científico en Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la Pontificia Universidad Católica (190103002), como también por los Comités de Ética de Investigación Científica del Ministerio de Salud, específicamente de los Servicios de Salud Metropolitano Occidente y Norte. En este estudio, todas las mujeres y profesionales de salud aceptaron participar a partir de un consentimiento informado, las entrevistas fueron autorizadas para la grabación de audio, los nombres de los participantes fueron cambiados por pseudónimos y eliminé cualquier información que pueda identificarlos.

RESULTADOS

MENSAJES PARA ALCANZAR EL ÉXITO DE LA LME

En esta sección de resultados se exponen las narrativas de los/as profesionales de salud sobre los beneficios asociados a la LME y la interacción con la mujer para que llegue a cumplir con la meta sanitaria.

Beneficios asociados

El Programa ChCC tiene una sección exclusiva en su página web sobre algunos consejos para una LME exitosa, en el primer párrafo se encuentra la importancia de iniciarse tempranamente para tener éxito. Esta recomendación está relacionada con la primera consulta en el CESFAM, posterior al parto. En el primer control se ponen en práctica todos los mecanismos para el cumplimiento de la LME, reconociéndose algunos desafíos para el logro en las mujeres migrantes:

Nosotros tratamos obviamente de cumplir el indicador que nos dicen que los recién nacidos tienen que ingresar acá a control antes de los diez días de vida, porque ojalá es la idea que los problemas con la lactancia verlo inmediatamente durante los primeros días porque o si no se van instalando más y es más complicado

Ana, Profesional de salud.

Nosotros eh, vamos bien con las metas (...) el tema es un tema bastante importante porque en otras nacionalidades se empieza con el alimento sólido de forma más precoz que de lo que nosotros indicamos, entonces ahí es como una lucha con la nutricionista y con los médicos para que se mantengan en la lactancia exclusiva hasta el 6to mes de vida

Claudia, Profesional de salud.

Las narrativas enfatizan el vínculo entre la meta sanitaria y los beneficios de la LME. En relación, el *Manual de Lactancia Materna* (Strain, Orchard, & Fuentealba, 2017) para profesionales de salud y madres lactantes, indican “Recuerda, ¡tu cuerpo está trabajando para que tengas una lactancia exitosa!” (p. 4), esta frase refiere la visión sobre el cuerpo y disposición que las mujeres tiene para dar de mamar. En la primera página del mismo manual se encuentra un comparativo sobre las dimensiones que tienen relación con la Lactancia Exitosa, en primer lugar, está la confianza y, posteriormente, están las habilidades y conocimientos.

Así también, las profesionales de salud entrevistadas indican que la LME en Chile ha cambiado a lo largo del tiempo, anteriormente estaba vinculado con la alimentación, en cambio, en la actualidad se incentiva a las mujeres a dar de mamar para fortalecer el apego mamá-bebé. Sin embargo, en términos de indicadores, el estudio de Duran-Agüero & Villarroel (2018) muestra que existe un cambio en el aumento de la LME al sexto mes en Chile entre el 2014 y 2015, y concluye que podría estar relacionada con la inclusión de la LME como meta sanitaria en el 2015 y, por ende, con la asociación del incentivo

económico al desempeño colectivo por el personal de salud. Por tanto, si bien se constata un cambio en la LME en Chile, está relacionada al compromiso del Estado al posicionarla como una meta sanitaria, observable y medible:

Hace unos años atrás, la lactancia pasó a ser un indicador de salud, por lo tanto, ahora a todos les importa y todos quieren que funcione, y el Servicio te exige y te manda y te chicotea y te dice ‘mira, tu cumpliste esto y me tienes que...’, cachai. Entonces, ahora pasó a tener un rol importante, porque se visualizó, se vio, se le puso un número, se le puso una meta, entonces ahora, tenemos que todos funcionar en base a eso, eso desde ahí. Y eso hace, por supuesto, que los/as profesionales también tengamos otra mirada frente a la lactancia y desde las madres, (...) antes las madres eran más libres, entonces, cuando decidían aportar elementos extras, lo aportaban. Ahora, como que igual se sienten más cuestionadas porque como todos queremos que la lactancia materna sea, sea el tipo de alimentación del niño hasta los 6 meses, entonces ya como que les cuesta un poco, se cuestionan un poco este inicio de las fórmulas

Javiera, Profesional de salud.

Persuasión para la decisión

A partir de los mensajes sobre los beneficios de la LME, los/as profesionales de salud intentan persuadir a las mujeres a seguir con la meta sanitaria:

Siempre lo primero es la lactancia materna, igual uno le engancha que obviamente, que con la lactancia van a bajar de peso más rápido, que beneficia la inmunidad, que beneficia el apego, el vínculo, (...) o sea uno trata de abordar como el lado más emocional de si están con la guaguita, la guaguita va a sentir que usted la quiere, que como... por ese lado, ellas dicen ‘ah, sí

Magalí, Profesional de salud.

La narrativa muestra que para convencer a la mujer se utilizan distintos beneficios que la LME tiene. Sin embargo, se observa que los mecanismos que se utilizan en la práctica

tienen relación con el reforzamiento de la disciplina, persuadiendo para seguir los lineamientos institucionales:

Yo le vendo el producto, yo hago marketing de mi producto, yo se lo vendo, se le ofrezco, desde todas las ventajas que yo le puedo ofrecer, pero ella tiene que decidir si me lo compra o no me lo compra y cuando ella decide que no quiere, yo igual lo intento, entonces me voy con el ‘mira, si transamos un poquito, ¿te parece? mira, mira, mira, te propongo esto y yo empiezo con este tema de las proposiciones, démosle tantas mamaderas, ponlo a la teta, agarro aquí, pucha, intentemos, veamos

Javiera. Profesional de salud.

El relato de la profesional de salud indica que ella como agente está compitiendo en un libre mercado con otros elementos, siendo la leche de fórmula en primera instancia, pero también el entorno en el que la mujer se desenvuelve. Asimismo, el relato muestra la construcción que se quiere realizar de la madre lactante, una mujer que puede administrar su experiencia de lactancia de manera exitosa pese a las dificultades a la que puede estar enfrentada.

Así, las profesionales de salud destacan que en ocasiones se negocia la lactancia, se busca que vuelvan al camino indicado. Otras narrativas muestran que el mecanismo de cumplimiento está relacionado con el apego que la mujer puede llegar a tener con su bebé y, por ende, la responsabilidad de dar de mamar:

En el primer control de la puérpera, lo primero que hacemos es hacerlas amamantar, entonces muchas veces la paciente nos dice ‘no, es que mamó recién’, no importa, yo necesito ver cómo usted le ofrece el pecho para poder ayudarla y apoyarla y corregir algunos detalles. Entonces, ahí es donde uno ve dónde está, cómo está el apego, a veces por ejemplo la mujer viene con sus pezones heridos, entonces, tenemos que tratar de trabajar el miedo y el dolor.

Araceli, Profesional de salud.

En algunos casos especiales cuando tu ves, por ejemplo, que la mujer tiene leche, pero tiene un desapego total, (...) entonces, en esos casos que tenga obviamente lactancia insuficiente, no ves un apego seguro, en esos casos yo la derivo (al psicólogo), porque obviamente hay que evaluarla si es que existe algún problema de base

María, Profesional de salud.

Las profesionales de salud enfatizan que la primera consulta es decisiva para observar y medir que se cumplan con los parámetros. Es allí donde también se presta atención al apego de las mujeres, si no está dentro de la normalidad, significa que necesita ayuda.

En el libro *Descubriendo Juntos* (Ministerio de Desarrollo Social, 2019a), entregado a la familia al momento de la primera consulta, se considera la importancia del apego desde el inicio de vida, pero incluyendo a otras figuras diferentes más allá de la madre. Sin embargo, en la *Guía de Gestación y Embarazo* (Ministerio de Desarrollo Social, 2019, p. 64), se encuentra que una de las formas de ayudar al bebé a tener un vínculo de apego seguro es dar pecho materno e insta a las mujeres a amamantar de manera exclusiva.

Se pueden indicar que a través de los relatos planteados de los/as profesionales de salud, se observa que la propia subjetividad de ellos/as interviene en el posicionamiento que le dan al apego en la lactancia y, por ende, lo que comunican a las madres lactantes.

Además, no sólo se enjuicia el nivel de apego que la mujer pueda tener con su hijo/a, sino que también su nivel de seguridad o confianza:

No sé, no sé cómo decir, porque en realidad, la madre más, la que deserta más respecto a la lactancia, muchas veces no tienen que ver ni con sus capacidades, ni con la producción, ni con... con su entorno, con cosas muy psico-emocionales, hay madres que están muy insegurizadas (inseguras) y esa inseguridad las lleva a no sentirse capaces y a llegar, a llegar al uso del relleno

Javiera, Profesional de salud.

En sintonía con las frases anteriores, la profesional de salud también enfatiza que dar de mamar de manera exitosa, depende de la mujer y la forma en que ellas puedan enfrentar este desafío. Además, es relevante que no se mencionan las dimensiones psico-sociales que están incluidas en el Programa ChCC, es decir, un contexto amplio que incluye a la familia, entorno social y laboral. Sin embargo, en el relato se relaciona la dimensión psico-emocional con la inseguridad específica de la mujer, limitando la responsabilidad a la forma en que ella se siente y su disposición para dar de mamar y, por ende, omitiendo en cierta medida aquellas otras dimensiones que pueden estar detrás de sus decisiones. Además, se observa el requerimiento y la promoción de la LME se da en diferentes niveles, desde lo físico en cuanto al mejoramiento de la técnica para amamantar, como también respecto a la emoción y confianza del ser madre.

DESAFÍOS DE LA LME PARA MUJERES MIGRANTES

Falta de apoyo

La meta sanitaria y los lineamientos institucionales instan a las mujeres a tener lactancia materna exclusiva, es decir, a libre demanda de la necesidad del bebé. Las mujeres migrantes comentaron que decidieron incluir relleno a la alimentación de sus bebés por necesitar tiempo para hacer otras actividades:

Y por eso he decidido darle a la (nombre de su hija), porque no puedo estar dándole pecho cada media hora o una hora, porque tengo otra niña. (...) cuando estoy libre, libre, le doy todo el rato pecho, todo el rato pecho, pero igual le doy fórmula, en la mañana le doy fórmula y ella se queda dormida

Florencia.

Yo decidí darle la fórmula, yo no le consulté al matróon porque obviamente sé que me iban a decir "no, pero si tú puedes darle pecho", pero es como que a veces ellos como que se ciegan porque obviamente es lo mejor para el bebé y tiene muchos

beneficios y debería ser lo más correcto y toda la cuestión. Pero por lo menos, hay mujeres por lo menos en mi condición, como yo, que no tengo ayuda, es súper difícil, entonces yo por eso tomé la decisión de darle la fórmula porque, y no es que le doy todo el día fórmula y sólo fórmula y no, son 2 teteros que le doy al día nada más

Mónica.

En las frases de las mujeres se enfatiza las decisiones de las mujeres por no contar con tiempo para realizar otras actividades. Se observa que las mujeres migrantes sin redes de apoyo en Chile presentan otra dificultad en cumplir con la LME, el *Manual de Lactancia Materna* (Strain et al., 2017) es uno de los documentos que cuenta con dos páginas sobre la cultura y la LM, en el que se indica: ¿Cómo mi cultura impacta en mi decisión de amamantar?” (p. 17 y 18). Sin embargo, solo indican que en la mayoría de las culturas es fundamental la LM, pero no se presentan propuestas para apoyar a madres que no tienen redes de apoyo. Con los relatos de las mujeres migrantes que están en este proceso, se observa que los recursos sociales y económicos que una mujer pueda tener son fundamentales para llevar adelante una LME.

Las mujeres migrantes de este estudio que deciden ocultar información tienen la función de no ser juzgadas y esto se cumple. Sin embargo, las mujeres que realizan estas acciones no se liberan de la presión de dar de mamar de manera exclusiva, sino que adquiere una posición privada. De manera interna, familiar, las mujeres van modelando alternativas maternas entorno a la LM:

Mi hermana, sí, de hecho, mi hermana también, incluso "dame, que yo quiero darle el biberón" porque me saque y ella también quería aprender cómo darle el biberón y ella fue una de las cómplices más bien que le gustaba eso porque ella podía también acceder a darle al bebé alimento, entonces de hecho le hice varios videos y todo, ella alimentándolo, y le gusta a ella cada vez que viene. Hasta el papá también, el papá también le da alimento, le da alimento entonces cuando yo estoy

haciendo algo, ahí está el tetero, entonces él también le da, el tío también le da, o sea, todos como que forman parte de ese apego pues

Juana

En el relato de Juana se enfatiza que ante la demanda que se requiere, el extractor cumple una función importante en darle la posibilidad de hacer otras actividades sin su bebé. En contra partida a la experiencia de Juana, en materiales del Programa ChCC mencionan el uso de extractores de leche, pero refieren que no es tan efectiva como la succión directa del pecho y no destacan posibles beneficios como la disponibilidad de tiempo (Strain et al., 2017). Igualmente, en estas situaciones se observa que las profesionales de salud interfieren incluso de manera contraria a los lineamientos institucionales.

Entrevistadora: Y la matrona (...) ¿te dijo por qué (no le gustaba el extractor)?

Juana: No, no me dijo nada, simplemente me dijo "no". Ah, no, bueno, sí me dijo que la mayoría de los ¿cómo se llama? de los extractores si no son lavados bien que pueden salir hongos y me hizo a entender como que no le agradaba, que tenía que lavarlos bien. Yo igual los esterilizo, claro, busqué también por internet, porque ni siquiera me dijo "bueno, tienes que, lo esterilizas", ni siquiera me preguntó si lo esterilizaba, ni siquiera me preguntó cómo lo lavaba ¿sabes? nada.

Juana.

Por otra parte, el hecho de que la matrona que la atiende no esté de acuerdo tiene un vínculo con el tipo de LME en la práctica que se quiere instar a seguir, en donde la técnica para dar de mamar de manera directa es controlada en la primera consulta. Juana también reflexionó en la entrevista sobre su rol de madre cuando la matrona estuvo en desacuerdo de usar el extractor de leche.

Creencias entorno a la LME

Existen creencias y realidad que condicionan las decisiones que las mujeres migrantes toman al momento de LM, tal como el caso de María. Ella no tiene producción de leche, por lo que su hija se alimenta a base de fórmula, igualmente los/as profesionales de salud

no están de acuerdo con la cantidad de leche que le da a su bebé, por lo que ella decide no contar lo que hace:

Entonces yo lo que dije fue que cuando vuelva a ir no le voy a decir que le estoy dando mucho relleno porque o si no me va a volver a retar, como dicen aquí, y uno como que está muy grandecito para eso, pero ¿qué hace uno si realmente no se llena?

María.

En la narrativa de María se observa que, además de omitir para no ser juzgada por la cantidad de leche que le da su bebé, ella enfatiza que en la práctica diaria la realidad es diferente.

Respecto a las mujeres chilenas entrevistadas, las mujeres que presentaron dificultades para amamantar no tuvieron mayores complicaciones con los/as profesionales de salud, incluso no le realizaron seguimiento con otros controles, a diferencia de algunas mujeres migrantes que fueron sinceras con el/la profesional de salud. Tal como se planteó anteriormente, si bien en Chile no hay un porcentaje alto de niños que llegan con LME al sexto mes por la vuelta al trabajo y el destete previo, desde los Centros de Salud se está realizando una promoción importante de esta meta de salud. Sin embargo, la exclusividad y la libre demanda suelen ser dos aspectos que resultan complicados de cumplir por diferentes razones según cada familia; ante esto, la presión de los/as profesionales de salud mantiene el objetivo para llegar al sexto mes.

Las mujeres entrevistadas conocen sus múltiples beneficios, pero también reconocen que hay una realidad en la práctica, la cual no tiene relación con las recomendaciones de los/as profesionales de salud:

Yo digo que los mitos los crean ellos (los/as profesionales de salud) porque ellos dicen “no, no le puede dar agua por equis, equis y equis” y terminas haciéndolo y no pasa nada

Rosa.

Hoy en día la sociedad tiene metida entre ceja y ceja que lo único que se le puede dar al bebé es la lactancia materna, incluso yo sigo asesoras por Instagram, y ellas dicen que eso no debería ser así, o sea, que lo más importante es que el bebé tenga una mamá feliz, o sea, y si tú eres infeliz dando pecho de manera exclusiva, es mejor que no lo hagas, porque eso le va a hacer daño a tu bebé, o sea, que dar fórmula no tiene nada de malo, sino que es como que lo han estigmatizado como que es algo malo, pero que no lo es, o sea, que tú puedes dar, puedes combinar las dos cosas

Mónica.

En el relato de Mónica se observa específicamente la disciplina que está en las redes sociales y sociedad en general, el juicio de expertos pasa los límites institucionales de los Centros de Salud. Por otra parte, en los talleres del Programa y en los últimos controles prenatales es normal que se comience a conversar sobre la importancia de la LME, por lo que las mujeres entrevistadas tienen conocimiento de los lineamientos que deberían seguir. Aunque la información esté y se recuerde en cada consulta médica, las mujeres realizan lo que ellas creen que es mejor, basándose en su realidad e historial familiar y social. Por tanto, la agencia silenciosa o no respecto a la LME que realizan las mujeres migrantes, tiene el objetivo de que no las juzguen por sus decisiones en este proceso. Sin embargo, tal como se planteó anteriormente, la resistencia es interna, privada, dentro de la familia y de ella misma, creando una maternidad alternativa que encaje con su realidad.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue comprender las agencias de las madres migrantes en su interacción con las/os profesionales de salud que buscan cumplir con la LME. Los hallazgos muestran las diferentes estrategias que utilizan las profesionales de salud para el cumplimiento de la meta sanitaria sobre la LME, como también las acciones que

realizan las mujeres que no siguen los lineamientos del CESFAM. De esta manera, existe una resistencia por parte de las mujeres migrantes a los discursos existentes sobre la LME, los cuales tienen relación con una mirada biomédica, que responsabiliza a las mujeres del cuidado práctico y emocional de sus bebés.

Ante cualquier problema que se pueda tener para dar de mamar, la intervención no es directa, la decisión la tiene la mujer que debe elegir entre las múltiples ofertas. Siguiendo los planteamientos de Foucault, en el arte nuevo de gobernar, el control ya no está basado en la proximidad, sino que en la supuesta lejanía que permite la libre acción (Camargo Brito, 2010). Sin embargo, desde sus narrativas existe poco acercamiento hacia otras dimensiones que forman parte de la realidad de las mujeres migrantes que tienen dificultades para dar de mamar tal como ellos lo indican. Así, los resultados concuerdan con otros estudios previamente realizados (Young, 2020; Alianmoghaddam, Phibbs & Benn, 2018; Holcomb, 2017).

Respecto a las realidades de las mujeres migrantes entrevistadas, un elemento crucial para mantener la LME es contar con familiares en el país, ya que existe un desafío en el tiempo y otras responsabilidades que pueden tener dentro de sus hogares. A partir de los resultados, se observa que el Programa ChCC, continúa con la visión de la confianza de la madre como primer elemento para dar de mamar, perpetuando la naturalización del éxito de la lactancia materna, excluyendo otras dimensiones como las sociales o familiares (Young, 2020).

Consecuentemente, la utilización del apego en los discursos de los/as profesionales de salud no solo forma parte de la mirada que naturaliza a la LM, sino que también tiene la intención de medir cada aspecto de la lactancia, más allá de la técnica. En este caso, el Programa ChCC es clave para mantener esta visión, ya que promueven el éxito natural de la lactancia y se desarrolla poco o nada otro tipo de apego con otros familiares. La medición del vínculo que la mujer pueda tener con su hijo/a hace que se distinga entre lo normal o anormal o patológico. De esta manera, el rol que cumple el apego es importante porque es utilizado como un mecanismo de motivación para el cumplimiento de la LME

y la razón se justifica en que las actividades disciplinarias también modifican los comportamientos y la subjetividad materna. Siguiendo a Foucault (2007a) desde la mirada médica se busca la normalización del cuerpo a través de la medición constante. Específicamente, indica que los procedimientos reguladores hacia el cuerpo de la mujer se realizan en nombre de la responsabilidad que tiene sobre la salud de sus hijos y la institución familiar. Pero que, en sociedades contemporáneas, utilizar al apego como forma de persuasión indica la movilización de vergüenza o culpa como parte de las libertades y obligaciones de los sujetos (Rose, 2012). En este contexto, la naturalización de la lactancia, y por ende el apego, son procedimientos reguladores que se encuentra en textos del Programa y en las narrativas de profesionales de salud.

Por otra parte, el apego tiene relación con la extensa tradición dentro de la psicología sobre el apego, el cual ha sido criticado por académicas feministas por responsabilizar a la mujer del cuidado y mantener los roles con raíces en el patriarcado (Buchanan, 2019; Kanieski, 2010; Símonardóttir, 2016).

De esta manera, las acciones observadas constituyen una resistencia al discurso dominante que responsabiliza únicamente a la mujer, su decisión, su confianza en la exclusividad de la LM. Es así que la omisión es una forma de agencia de las mujeres para mantener una situación respecto a su relación con la profesional de salud (Mahmood, 2019). En relación, estudios previos indicaron que estas acciones son resistencias hacia el discursos dominante y biomédico (Alianmoghaddam, Phibbs & Benn, 2017; Sim, Kirk, & Aston, 2020). Además, en su mayoría, las mujeres migrantes de este estudio no tienen redes sociales constituidas en Chile, sino que viven con sus parejas -que trabajan- e hijos. Por tanto, la libre demanda y la exclusividad se vuelve un desafío mayor al no contar con ayuda dentro ni fuera de la casa por 6 meses. Sin embargo, al analizar los relatos de los/as profesionales de salud no se hace relación a estos temas, sino que el éxito se basa en la técnica y las ganas de superar la inseguridad de las madres para dar de mamar.

Por otra parte, las mujeres migrantes al no solicitar el consentimiento de los/as profesionales de salud, muestra cierta autonomía respecto a la alimentación de sus bebés.

Además, hay un reconocimiento de los beneficios que existen con la LME, tal como se concluye en estudios previos presentados en la sistematización realizada por Dattilo, Carvalho, Feferbaum, Forsyth, & Zhao (2020).

A la luz de los lineamientos institucionales sobre la LME, se observa que las resistencias de las mujeres migrantes presentadas no pasan el límite de lo privado, ni constituye un cambio de paradigma sobre las dificultades para cumplir con la LME y la forma de apoyarlas en su proceso. Finalmente, los resultados muestran que las mujeres migrantes construyen otro tipo de maternidad, diferente al que se presenta tanto en los manuales del Programa ChCC y en los relatos de los/as profesionales de salud. La LM que practican y su construcción de *buena madre* están conectados con su entorno social y económico en Chile.

CONCLUSIONES

La operacionalización de los lineamientos de la LME de los/as profesionales de salud del Programa ChCC en ambas comunas no presenta diferencias, la meta sanitaria es clara sobre el indicador que se debe cumplir y, en terreno, las profesionales de salud utilizan las mismas estrategias para que la mujer llegue a cumplir con lo propuesto.

Ante la presión y posible juzgamiento, las madres lactantes migrantes deciden omitir información sobre la manera que dan de mamar a sus hijos/as. Sin embargo, con los resultados del presente artículo, se concluye que las agencias de las madres lactantes migrantes tienen como resultado una resistencia silenciosa y privada, la que no necesariamente las libera de presiones en el ámbito social o institucional.

Con los resultados se interpela el escaso posicionamiento hacia la corresponsabilidad parental desde el Programa ChCC. El Programa tampoco cuestiona el rol del padre, no solo no se encuentra un desarrollo del concepto de co-responsabilidad en los manuales mencionados, sino que se promueve la figura del *padre como apoyo* (Ministerio de Desarrollo Social, 2019). Así se responsabiliza especialmente a la mujer del cuidado práctico y emocional del bebé.

A la luz de las conclusiones, existe poco acercamiento hacia otras dimensiones que forman parte de la realidad de las mujeres migrantes que tienen dificultades para dar de mamar tal como ellos lo indican. Se recomienda que el Programa ChCC incorpore y promueva la corresponsabilidad parental en el cuidado de los hijos, como también optar por una mirada multidimensional de la lactancia materna. Es preciso el diálogo y la toma de decisiones en conjunto entre las mujeres y las profesionales de salud, para conocer el apoyo que pueden brindar las/os profesionales de la salud teniendo como punto de partida la realidad familiar, social y económica de las mujeres migrantes en Chile.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

Esta investigación mostró, a través de la experiencia de mujeres gestantes y puérperas migrantes y profesionales de la salud que las atienden, cómo el Programa ChCC cuenta con una mirada local del cuidado en el embarazo, como también la persuasión y la culpa como forma de operacionalizar estos lineamientos y convencer a las mujeres migrantes a adherir al sistema de salud chileno y las prácticas de cuidado imperantes. Sin embargo, las mujeres migrantes resisten a la insistencia institucional y emplean estrategias para aquello en el embarazo y en la lactancia.

Específicamente en el proceso de gestación, las mujeres se encuentran dentro de una lógica constante de observación y monitoreo por parte de diferentes profesionales de salud, complementados por los talleres a los que *deben* asistir. Además, el Programa ChCC provee insumos materiales (un ajuar) a las mujeres que tienen el parto en algún hospital, lo que también se transforma en un incentivo para adherir a las prácticas de cuidado locales.

En el embarazo, se observa que las mujeres tienen una limitada capacidad de acción en el encuentro clínico y deciden autogestionar su cuidado a través de sus redes sociales y familiares de sus países de origen. Esta situación cambia en el proceso de la lactancia, al momento en que las mujeres deciden fuera del encuentro clínico sobre la alimentación que ofrecerán a sus bebés. Asimismo, en este proceso se observa una mirada crítica hacia las directrices institucionales respecto a la exclusividad de la lactancia materna, lo que tensiona sus creencias y prácticas de cuidado de origen.

Entendiendo que la Tasa Global de Fecundidad es considerada baja en el país y que la mayoría de las mujeres migrantes están en edad reproductiva (Instituto Nacional de Estadística, 2021b), la investigación abordó cómo se manejan las prácticas clínicas y las necesidades de cuidado en la relación profesional de salud-paciente de esta población en particular. De esta manera, el objetivo general de la tesis fue comprender las diferentes formas de cuidado que se manifiestan en las experiencias de las mujeres migrantes en periodo de gestación y lactancia. Para contestar esto, se plantearon tres objetivos

específicos, cada artículo que compone la tesis responde un objetivo. El primero fue **conocer las diferentes expresiones de los cuidados desde la agencia de las mujeres en el periodo de gestación**. El segundo objetivo fue **analizar la forma en que operan los cuidados desde el aparato estatal y la libertad de elección respecto a los cuidados en el embarazo**. Y, finalmente, el último objetivo fue **conocer las experiencias de la lactancia materna en el marco de los estándares hacia la promoción de la lactancia exclusiva**.

En el capítulo II, el artículo siguió los planteamientos de Kemper (2006) para comprender el cuidado transnacional en el embarazo que se activa principalmente por las limitaciones que las mujeres encuentran en su interacción con el sistema de salud local. A través de los resultados se mostró que las mujeres agencian los cuidados de su salud de manera transnacional o buscando información en internet. Sin embargo, se observó una baja participación dentro del encuentro clínico, acompañada de una mirada biomédica de observación constante de patologías en el embarazo que se presentan como una asimetría de estatus dentro de la relación profesional de salud-paciente. Y, como consecuencia, ellas manifestaron tener intenciones o expectativas sobre momentos relevantes como es el parto. Si bien estudios previos han indicado la importancia de las redes transnacionales en el acompañamiento en el embarazo (Chakrabarti, 2010), esta investigación contribuyó a comprender que las intenciones sobre el cuidado de su salud están mediadas por estas relaciones que se mantienen y refuerzan a partir de los límites en el sistema de salud.

Por otro lado, en este artículo se muestra la necesidad de reforzar los problemas a los que se encuentran enfrentados los/as profesionales de salud que atienden a mujeres migrantes durante el proceso reproductivo. La mirada local que se mantiene en la operacionalización de los lineamientos institucionales se observa a lo largo de los tres artículos. Sin embargo, en este capítulo se mostró que, a partir de la escasa formación en competencia cultural (Betancourt, Green, Carrillo, & Ananeh-Firempong, 2003), entendido como el reconocimiento del otro, la adaptación de servicios y la cobertura de las necesidades culturales. La lógica de la APS es familiar y en Chile, particularmente, cuenta con una visión de salud local y familiar. Sin embargo, el país recibe actualmente un flujo de

población migrante mayor, presentando un egreso hospitalario alto por parto, embarazo y puerperio de mujeres migrantes (54,4% de egresos en migrantes Vs. 15,1% de los egresos en chilenas en el 2019) (Ministerio de Salud, 2019b), por lo que este artículo evidenció la necesidad de un aterrizaje territorial de las políticas públicas.

Así también, los relatos de las mujeres mostraron similitudes con experiencias de mujeres chilenas en el servicio público de salud (Bravo et al., 2018). Entonces, las informaciones que son entregadas a las mujeres embarazadas en general tienen limitaciones. Aún cuando al comparar con los hallazgos de este estudio, se evidencian elementos socioeconómicos y educativos que pueden ser comunes con las mujeres chilenas, existe una acumulación de vulnerabilidades en el caso de las migrantes por los problemas que tienen en el acceso al sistema de salud, en la falta de redes de apoyo y en la *adaptación* que puedan llegar a tener a los lineamientos institucionales. Entonces, la imagen de pocos conocimientos y recursos que existe dentro del Programa ChCC es general para mujeres chilenas y migrantes, pero en el caso de las últimas, se observó una acumulación de desigualdad por no conocer el funcionamiento del sistema de salud o la falta de redes sociales en el país. Es así como las embarazadas migrantes autogestionan su cuidado a través de las interacciones transnacionales y la búsqueda de información en Internet. No obstante, los/as profesionales de salud conocen el sistema social y de salud local para atender -pese a las limitaciones- a las mujeres chilenas, pero no tienen el espacio para tratar las intenciones en salud que son producto de las interacciones transnacionales que las mujeres migrantes tienen con sus familiares, por lo que una atención centrada en el paciente (Mead & Bower, 2000) y la capacitación en competencia cultural puede guiarlos a comprender de manera integral a la mujer y su contexto social, económico y familiar lo que puede facilitar que las intenciones o toma de decisiones de las mujeres sea acompañada e informada, respetando su cultura y contexto.

Este artículo también mostró cómo las emociones negativas que se producen en la interacción entre profesional de salud y las mujeres las moviliza a autogestionar su cuidado y a transformar aquellas emociones negativas a positivas a través de una relación

más simétrica de status que crea entre ellas y sus familiares. Además, estas relaciones de cuidado muestran una continuidad del régimen *familiarista* del país de origen a Chile.

Las necesidades que tiene la mujer migrante en su proceso de embarazo y parto están condicionadas por su trayectoria y experiencia previa que tiene en su país de origen. Dicho de otra manera, su estructura social previa y trayectoria familiar condicionan las expectativas de cuidado formal que puede recibir en el sistema de salud en esta etapa de su ciclo vital, llevándola a autogestionar su cuidado de manera transnacional o a través de redes informales.

Este capítulo contribuyó a comprender que las necesidades de las mujeres migrantes no solo se limitan a la información sobre el embarazo, sino que sus expectativas sobre el proceso están dadas por formas de relaciones familiares y sociales que conservan en este periodo. Además, se produce un choque cultural porque estas necesidades no están satisfechas.

Los siguientes dos capítulos fueron desarrollados desde la perspectiva teórica de Michel Foucault sobre gubernamentalidad y biopolítica. En el capítulo III, el artículo desarrolló el manejo del riesgo para las mujeres migrantes dentro del Programa ChCC, así se estudió cómo se institucionaliza el riesgo en la práctica clínica diaria relacionada al proceso reproductivo.

A partir de este artículo el riesgo como técnica de regulación y control es una forma que tiene el Programa ChCC para que las mujeres embarazadas en general adquieran un rol de responsabilidad absoluta sobre su cuerpo y el de sus bebés. Pero estos están condicionados por la persuasión y obligación a seguir los lineamientos institucionales.

Este artículo mostró cómo el concepto de riesgo está enfocado nuevamente a la incertidumbre que una mujer puede tener si no sigue los parámetros de cuidado indicados por los/as profesionales de salud. Contrariamente a lo que se plantea en una atención centrada en la persona, con competencias culturales, dentro del Programa ChCC en los CESFAM estudiados se observó la insistencia por cambiar hábitos y formas de vida que no son considerados como normales para la cultura de cuidado local. Además, desde la

normalización de comportamientos y estilos, existe una representación de mujer sin conocimiento sobre su cuerpo y su embarazo, en donde la importancia mayor está puesta en el tratamiento desde un experto sanitario antes que en el intercambio de la información y formas de cuidado que la mujer ya pueda tener adquiridas previamente en sus procesos de socialización.

Este artículo contribuye a visibilizar como en la práctica se construye una imagen de la mujer migrante que está en riesgo si no adhiere a los lineamientos del sistema de salud chileno. Este resultado tiene relación con lo expuesto anteriormente por Avaria (2018). Contrariamente con los relatos de las profesiones de salud, se mostró que las mujeres migrantes sí tienen intenciones de acceder tempranamente a los servicios sanitarios y existe una responsabilidad importante respecto a su salud y la de sus hijos. Sin embargo, y pese a los esfuerzos del Estado chileno, existen limitaciones para que las mujeres migrantes ingresen al sistema de salud, lo que es crítico (según los lineamientos de cuidado establecidos en el país) en el proceso de gestación.

Por otro lado, relacionando con el capítulo anterior, en este artículo se mostraron que las emociones como la culpa y la ansiedad son consecuencias de la interacción con los/as profesionales de salud.

Al comparar los resultados de este artículo con estudios a nivel global, se observa que en países como Chile, donde la institucionalidad es fuerte, los programas de salud tienen una cobertura alta a nivel nacional e indicadores de éxito en el desempeño (Clarke et al., 2019), el riesgo como concepto y técnica se utiliza como adherencia a estos lineamientos. Además, el espacio de libertad y control están dominados por la jerarquía que el mismo sistema crea entre la madre y su bebé. Este rango de acción (que puede ser limitado) y que las mujeres embarazadas relatan, están influenciadas por la cantidad de controles médicos en este periodo, por lo que su capacidad de acción dentro de esta relación profesional de salud-paciente, se ve limitada por la cantidad de controles presenciales para un monitoreo de la salud del bebé.

Como se mencionó, en el primer artículo se observa que las mujeres migrantes cubren sus necesidades de cuidado a través de sus relaciones transnacionales con sus familiares o buscando información a través de otros medios. Sin embargo, en el segundo artículo se observa que, ante la relación profesional de salud-paciente, existe una relación asimétrica de poder que, en el proceso de embarazo, las mujeres migrantes no logran proponer cambios ya que las estrategias utilizadas por el sistema se basan en el riesgo al que está expuesta si no cumple con los lineamientos establecidos en las consultas médicas y talleres que ofrecen.

Por su parte, en el capítulo IV, en el artículo se comprendió las agencias de las madres migrantes en su interacción con los/as profesionales de salud que buscan hacer cumplir el indicador de la Lactancia Materna Exclusiva. Los resultados mostraron que las profesionales de salud mantienen el ritmo de disciplina de los controles anteriormente mencionado. Sin embargo, en este periodo, los/as profesionales añaden dos elementos más a la interacción con la mujer, que son la naturalización de la lactancia materna y la tecnificación de la lactancia desde el conocimiento experto.

La naturalización está basada no solo en los beneficios que tiene la leche materna, sino que también en el apego y generación del vínculo madre-hijo/a como técnica utilizada para movilizar emociones sobre su comportamiento y decisiones respecto a dar o no de mamar de manera exclusiva. Otro de los hallazgos relacionados al apego es la lógica de la patología a través de la mirada experta que analiza cualquier conducta de riesgo o anormal que la mujer pueda tener con su bebé. La patología es una de las características que el modelo de salud biomédico y paternalista utiliza como forma de interacción entre el médico y el paciente (Emanuel & Emanuel, 1992).

Además, se mostró que las mujeres en esta etapa de sus vidas muestran mayor autonomía decisional respecto a los lineamientos institucionales a las que están expuesta, el que es explicado porque las mujeres que están en edad reproductiva inician el vínculo con el sistema de salud a través del embarazo, pero esto no significa que necesariamente estén en una situación poco saludable.

Comparando con lo que se encontró en el artículo anterior, las mujeres demostraron que, existe responsabilidad respecto al cuidado de la salud de sus hijos y manifestaron cierta libertad y análisis crítico sobre la mirada de la lactancia en la sociedad.

Sin embargo, existen limitantes encontradas que hacen que la resistencia hacia este discurso biomédico, por un lado, la dificultad que tienen las mujeres de cumplir con la LME en un proceso migratorio y solitario (Schmied et al., 2012). Y, por otro lado, específicamente en el encuentro clínico es donde encuentra una asimetría de poder y, aunque lleven a cabo estrategias como la omisión y la mentira cuando no cumplen con este lineamiento, estas tienen como consecuencia que las profesionales de salud no insistan en las técnicas o en enviarlas a otras consultas, pero no las libera del juzgamiento social o experto, ya que en el discurso de las profesionales de salud y en los documentos analizados, se mantiene una responsabilidad exclusiva hacia las mujeres.

Si bien los resultados de esta tesis están relacionadas al aporte social (en la práctica de la salud), también se contribuyó al avance conceptual de la sociología del cuidado y de la sociología de la salud. Específicamente, el concepto de agencia en los contextos estudiados refleja la resistencia a discursos dominantes y biomédicos, pero sin existir una liberación del juzgamiento experto que se da en el encuentro clínico. Por lo que este estudio mostró que es posible manejar conceptualmente la agencia de manera privada y silenciosa como estrategia en diferentes contextos donde se producen interacciones sociales de control o dominación. Anteriormente, como se observó en el capítulo III, académicas como Mahmood (2019) han demostrado que esto se observa en situaciones religiosas o de violencia de pareja. Sin embargo, en el contexto de este trabajo, se observó que también existe en contextos institucionalizados, donde las acciones pueden ser formas de resistencia.

A modo de conclusión, a través de los tres artículos se mostró cómo las mujeres migrantes se encuentran en una situación de vulnerabilidad en relación con el profesional de salud, pero que a través de estrategias intentan cubrir sus necesidades de cuidado en salud. También se mostró que el control y disciplina que busca normalizar los cuerpos y cuidados

de las mujeres tiene una presencia más fuerte en el embarazo que en la lactancia. Por un lado, estos hallazgos se deben a que la estructura del ChCC está diseñada para que exista un acompañamiento focalizado y sistemático de una matrona a la mujer embarazada, profesional que delimita la frecuencia y necesidades de cuidado de la mujer gestante.

Pese a las estrategias realizadas por las mujeres migrantes para hacer frente a los lineamientos institucionales, la relación con los/as profesionales de salud no tiene modificaciones importantes, el rol activo de las mujeres respecto al cuidado de su salud se encuentra en un plano privado (dentro de sus hogares) y transnacional (a través de sus familiares y amigos de origen), manteniendo una postura pasiva en el encuentro clínico.

En los últimos años, los modelos de atención en salud son más participativos e involucran los valores y deseos de los pacientes, en Chile se observa un rol más activo de las personas (Montenegro, Bravo, Dois, & Rodríguez, 2021). Sin embargo, a través de los resultados de esta tesis doctoral se observó que, en el caso de las mujeres migrantes, existen una dimensión cultural, social e histórica migratoria de la vida de ellas que limita la realización de un rol participativo en la relación con los/as profesionales de salud en el encuentro clínico, como también con los lineamientos institucionales sobre la forma del deber-ser del cuidado en el embarazo y la lactancia.

Implicaciones prácticas:

Los hallazgos de esta investigación tienen implicancias útiles para las políticas públicas materna y de salud. Primeramente, resulta necesario fortalecer las capacitaciones para los/as profesionales de salud en competencia cultural para que cuenten con las herramientas necesarias a fin de reconocer las dimensiones culturales en el cuidado de salud, como conocer el contexto histórico y social de las personas, conocer su entorno etnocultural y las motivaciones, intencionalidades y sentido que tienen las personas sobre su salud (Purnell, 2002). La salud, más allá de la búsqueda de patologías, es una construcción social que puede variar conceptualmente dependiendo de la realidad de cada persona o comunidad.

Además, es preciso fortalecer un modelo de atención centrada en el paciente, con el que se pueda reconocer los valores y creencias de las mujeres en el embarazo, parto y lactancia, puedan tener el acompañamiento del equipo de salud y tomar decisiones en conjunto con este.

En el embarazo, es necesario el fortalecimiento del acompañamiento en salud mental dentro del Programa ChCC. Esta investigación mostró que las mujeres son derivadas a consulta psicológica por tener un comportamiento que se desvía de lo normal (como en la lactancia), pero en el caso de algunas mujeres entrevistadas, la falta de redes sociales en el país demostró ser una de sus mayores dificultades. Si bien el Programa cuenta con recursos específicos para cada profesional de salud, pueden existir cambios en la lógica de los talleres prenatales, que puedan ser espacios de conexión y de acompañamiento entre pares, lo que ha sido valorado por las mujeres gestantes (Bedregal, Torres, & Carvallo, 2014).

Esta tesis estuvo enfocada en la experiencia de las mujeres en su proceso de embarazo y lactancia. Sin embargo, a partir de los relatos se encontró la marcada responsabilidad que se entrega a las mujeres en este periodo. Desde el Programa ChCC se realiza esfuerzo para incorporar a los hombres, aún son escasos porque en el discurso de los/as profesionales de salud y en la vida diaria de las mujeres, se encuentra que en su mayoría las mujeres migrantes embarazadas que tienen pareja viven un embarazo en soledad. Además, tampoco se encontró una crítica en las narrativas sobre el post natal para hombres, por lo que la exigencia relacionada al cuidado del/la hijo/a incluyendo la mantención de la de la LME recae solo hacia las mujeres.

En relación con el último punto, no se encontró que exista un debate o información sobre las emociones que las mujeres migrantes pueden sentir en el post parto. Tanto los talleres, como los relatos de los/as profesionales de salud están enfocados a temas técnicos de cómo enfrentar el parto, tecnificando todo el proceso de embarazo y desconociendo la vivencia experiencial de las mujeres al convertirse en madres, lo que podría tener matices diferentes para las migrantes que se encuentran sin redes de apoyo y con tensiones culturales. Se

sugiere que el Programa ChCC, a partir de un modelo de atención que esté centrado en las personas, se replantee las informaciones que son entregadas por los/as profesionales de salud, incorporando las voces y experiencias de las mismas mujeres que están en este proceso. En síntesis, contar con una mirada de la salud comunitaria y desde las mujeres acompañadas, pero siendo protagonistas de su embarazo, parto y lactancia.

Sugerencias para futuras investigaciones:

A partir de los hallazgos de esta tesis doctoral se encontraron temas de investigación que pueden ser útiles para seguir avanzando en una atención en salud enfocada a cubrir las necesidades de mujeres migrantes durante el proceso reproductivo.

Sería interesante contar con un estudio que pueda medir el efecto del migrante sano¹ las mujeres embarazadas en Chile. Se considera que a partir de un estudio con metodología cuantitativa se podría observar posibles diferencias con lo que ocurre con las mujeres chilenas y con representación a nivel nacional. Además, a partir del estudio de Salinas (2012), futuras investigaciones podrían explorar y comparar la situación de bienestar socioeconómico y emocional de las mujeres migrantes y chilenas teniendo en cuenta la conformación de sus hogares, desde la base que la sociedad chilena está cambiando a partir del estallido social y el aumento de recepción de población migrante.

También futuros estudios podrían explorar las emociones que viven las mujeres embarazadas que migran en este periodo, ya que se produce un duelo migratorio en la complejidad emocional de la gestación. Este estudio podría contribuir a la forma de acompañamiento que necesita la mujer al llegar al servicio de salud, y podría evitar consecuencias en su salud mental post parto (Navodani, Gartland, Brown, Riggs, & Yelland, 2019).

¹ El “efecto del migrante sano” indica que las personas migrantes suelen tener un mejor estado de salud en comparación con aquellos que permanecen en sus países de origen. Sin embargo, esto depende de muchos factores de salud y resiliencia de las personas (Organización Internacional para las Migraciones, 2020).

Por último, próximas investigaciones podrían explorar los cambios desde el embarazo a la lactancia desde la sociología del cuerpo y de las emociones en un proceso migratorio, comprender cómo se viven diferentes transiciones del *habitar*.

Limitaciones:

Si bien este estudio observó puntos importantes para la salud materna de mujeres migrantes que viven en Chile, también tiene limitaciones que son importantes tener en cuenta.

En el caso de las mujeres migrantes, existió confianza con las entrevistadas por tener similitud en ciertas vivencias respecto a mudarse en otro país a vivir. Sin embargo, la condición de estudiante con financiamiento para vivir en Chile determina que la trayectoria de la migración es distinta entre la investigadora de esta tesis y las mujeres migrantes participantes y, por ende, existe una condición de privilegio en el país de destino. Si bien a través de las conversaciones se hicieron todos los esfuerzos para minimizar aquella brecha entre la investigadora-participantes, todos los análisis de esta investigación han sido realizados bajo el acercamiento limitado a la experiencia de atención en el sistema de salud público de Chile.

Otra limitación que se encuentra es que esta tesis doctoral estuvo enfocada en dos comunas de la Región Metropolitana, observando escasas diferencias entre ellas en cuanto a atención en salud y entorno socioeconómico. Por lo que, es posible que en otras comunas y regiones puedan mostrar contrastes en la relación profesional de salud y mujeres migrantes, esto podría ser especialmente relevante en áreas del país con alto número de migrantes, pero con menor accesibilidad a los servicios de salud (por ejemplo, en el norte o zona centro sur).

Por último, el trabajo de campo tuvo contratiempos a raíz del estallido social en Chile y la pandemia por COVID-19. Vivir un embarazo en ambos momentos históricos para el país puede tener repercusiones en la salud mental y la percepción sobre su realidad y experiencias. Estudios realizados recientemente muestran los efectos del aislamiento en la inestabilidad emocional y el estrés (Dong et al., 2021; López-Morales et al., 2021), por

lo que las respuestas de las mujeres en la segunda fase del estudio pueden estar determinadas por aquellas vivencias.

Se debe tener atención específicamente a las narrativas compartidas después del estallido social desde octubre 2019, entendiendo que es un momento histórico de recomposición de las interacciones, legitimidades y racionalidades sociales (Araujo, 2019), aquellos meses pudieron influir en las respuestas de los participantes, específicamente en el caso de los/as profesionales de salud quienes están en terreno siendo interpelados por la sociedad por no brindar atención de calidad y las largas listas de espera en la salud pública. Pero también pudo influir en las experiencias de algunas mujeres migrantes, quienes comentaron no comprender en profundidad lo ocurrido o sentirse ajenas a lo que sucedía en el país.

BIBLIOGRAFÍA

- Abboud, S., Lanier, Y., Sweet Jemmott, L., & Sommers, M. S. (2019). Navigating virginities: enactment of sexual agency among Arab women in the USA. *Culture, Health and Sexuality*, 21(10), 1103-1116.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1539249>
- Acosta, E. (2013). Mujeres migrantes cuidadoras en flujos migratorios sur-sur y sur-norte: expectativas, experiencias y valoraciones. *Polis*, 12(35), 1-20.
<https://doi.org/10.4000/polis.9247>
- Ahmed, S., Bryant, L. D., Tizro, Z., & Shickle, D. (2012). Interpretations of informed choice in antenatal screening: A cross-cultural, Q-methodology study. *Social Science and Medicine*, 74(7), 997-1004.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.021>
- Alianmoghaddam, N., Phibbs, S., & Benn, C. (2017). Resistance to breastfeeding: A Foucauldian analysis of breastfeeding support from health professionals. *Women and Birth*, 30(6), e281-e291. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.05.005>
- Alianmoghaddam, N., Phibbs, S., & Benn, C. (2018). Reasons for Stopping Exclusive Breastfeeding Between Three and Six Months: A Qualitative Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 39, 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.007>
- Alman, L. (2012). Capacitación y movilidad laboral de trabajadoras domésticas peruanas en Santiago. En C. Stefoni (Ed.), *Mujeres inmigrantes en Chile ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos?* (pp. 275-310). Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Araujo, K. (2019). Desmesuras, desencantos, irritaciones y desapegos. En K. Araujo (Ed.), *Hilos tensados. Para leer el octubre chileno* (pp. 15-36). Santiago: Ediciones USACH.
- Araujo, K. (2021). *¿Cómo estudiar la autoridad?*. Santiago: Ediciones USACH.
- Arraiga, I., & Todaro, R. (2012). *Cadenas globales de cuidados: El papel de las*

migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile. Santiago: ONUMUJERES.

Asociación de Municipalidades de Chile. (2017). *Inmigrantes con permanencia definitiva en las comunas de Chile*. Santiago: Asociación de Municipalidades de Chile. Recuperado de <http://www.amuch.cl/wp-content/uploads/2017/06/ESTUDIO-PERMANENCIA-DEFINITIVA-INMIGRANTES-2006-2016.pdf>

Avaria, A. (2018). “El parto (no) es cuestión de mujeres”. Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde los profesionales de salud, en Santiago de Chile. *Academia y Crítica*, (2), 1-30.

Ayo, N. (2012). Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health*, 22(1), 99-105.

Baldassar, L. (2008). Missing kin and longing to be together: Emotions and the construction of co-presence in Transnational Relationships. *Journal of Intercultural Studies*, 29(3), 247-266. <https://doi.org/10.1080/07256860802169196>

Bedregal, P., Torres, A., & Carvallo, C. (2014). *Chile Crece Contigo: El desafío de la protección social a la infancia*. Documento de Trabajo. <https://doi.org/10.1006/jmbi.1995.0336>

Bericat Alastuey, E. (2000). La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. *Papers. Revista de Sociología*, 62, 145. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v62n0.1070>

Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 167-175. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2510>

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic

- disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293-302.
[https://doi.org/10.1016/S0033-3549\(04\)50253-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3549(04)50253-4)
- Bevir, M. (1999). Foucault and Critique: Deploying Agency against Autonomy. *Political Theory*, 27(1), 65-84.
- Bickham Mendez, J. (2020). Gendered Governmentalities and Neoliberal Logics: Latina, Immigrant Women in Healthcare and Social Services. *Journal of Contemporary Ethnography*, 1-26. <https://doi.org/10.1177/0891241620917735>
- Blaikie, N. (2000). *Designing social research: The logic of anticipation*. Cambridge: Polity.
- Boero Chancy, V. (2017). *La teta asediada: la lactancia como nuevo dispositivo etnopolítico*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2006), 77-101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bravo, P., Dois, A., Cabieses, B., Bustamante, C., Campos, S., & Stacey, D. (2017). Patient-centred care and shared decision making in Chile: Rising momentum for progress and implementation in clinical practice. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 123-124, 28-31.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.05.014>
- Bravo, P., Dois, A., Contreras, A., Soto, G., & Mora, I. (2018). Participación de los usuarios en las decisiones clínicas en la atención primaria de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-6.
<https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.133>
- Bravo, P. V., Uribe, C. T., & Contreras, A. M. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: Una mirada desde las madres. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(3), 179-184. Recuperado de
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v73n3/art07.pdf>

- Brown, P. (2015). Theorising uncertainty and risk across different modernities: considering insights from 'non-North-Western' studies. *Health, Risk and Society*, 17(3-4), 185-195. <https://doi.org/10.1080/13698575.2015.1077207>
- Buchanan, F. (2019). A Critical Analysis of the use of Attachment Theory in Cases of Domestic Violence. *Critical Social Work*, 14(2). <https://doi.org/10.22329/csw.v14i2.5879>
- Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra.
- Cabieses, B. (2019). Salud y migración: un proceso complejo y multidimensional. En N. Rojas Pedemonte & J. T. Vicuña Undurraga Sj (Eds.), *Migración en Chile* (pp. 143-169). Santiago: LOM Ediciones.
- Cabieses, Baltica, Chepo, M., Oyarte, M., Markkula, N., Bustos, P., Pedrero, V., & Delgado, I. (2017). Health inequality gap in immigrant versus local children in Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(6), 707-716. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000600707>
- Calquin Donoso, C., Guerra Arrau, R., Escobar Villalobos, K., & Martinez Riquelme, J. (2020). Repertorios interpretativos de un manual de intervención en la infancia temprana en Chile. *Política y Sociedad*, 57(1), 197-215. <https://doi.org/10.5209/poso.60255>
- Camargo Brito, R. (2010). Población y pueblo: notas acerca de la posibilidad de cambio emancipador en Michael Foucault. En V. Lemm (Ed.), *Michael Foucault: neoliberalismo y biopolítica* (pp. 315-332). Santiago: Universidad Diego Portales.
- Caro, P. (2009). Análisis del programa Chile Crece Contigo desde los ideales normativos y la noción de prueba. *Revista Trabajo Social*, 77, 25-37. Recuperado de <https://repositorio.uc.cl/bitstream/handle/11534/6528/000545889.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Carrère, C., & Carrère, M. (2015). Inmigración femenina en Chile y mercado de trabajos sexualizados: La articulación entre racismo y sexismo a partir de la interseccionalidad. *Polis*, 14(42), 33-52. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682015000300003>
- Castaldo, M., Marrone, R., Costanzo, G., & Mirisola, C. (2015). Clinical Practice and Knowledge in Caring: Breastfeeding Ties and the Impact on the Health of Latin-American Minor Migrants. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(5), 1476-1480. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0085-9>
- CEPAL. (2020). *Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe 2019: Proyecciones de población*. United Nations. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45198/4/S1900739_mu.pdf
- Chakrabarti, R. (2010). Therapeutic networks of pregnancy care: Bengali immigrant women in New York City. *Social Science and Medicine*, 71(2), 362-369. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.032>
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T., & O'Brien, M. A. (2006). Cultural influences on the physician-patient encounter: The case of shared treatment decision-making. *Patient Education and Counseling*, 63(3 SPEC. ISS.), 262-267. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.06.018>
- Chung, M. C., Juang, W. C., & Li, Y. C. (2019). Perceptions of shared decision making among health care professionals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(6), 1080-1087. <https://doi.org/10.1111/jep.13249>
- Cienfuegos, J. (2010). Migrant Mothers and Divided Homes. *Journal of Comparative Family Studies*, (2), 205-224. Recuperado de <http://search.ebscohost.com.ezproxy.uzh.ch/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=49136977&site=ehost-live>
- Clarke, D., Cortés Méndez, G., & Vergara Sepúlveda, D. (2019). *Creciendo Juntos: Evaluando la Equidad y Eficiencia de Chile Crece Contigo*. Santiago. Recuperado

de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2019/04/Estudio-equidad-y-eficiencia-ChCC.pdf>

- Clifford, J. (2008). Sobre la autoridad etnográfica. En C. Reynoso (Ed.), *El surgimiento de la antropología posmoderna* (pp. 141-170). Barcelona: Gedisa.
- Contreras, J. O., Carroza Escobar, M. B., Quiroz-Carreño, J., Navarrete, M. D., & Bannout, M. A. (2020). Maternal and perinatal outcomes of peruvian pregnant women in chile: Exploring the healthy immigrant effect. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(4), 654-661.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.6098>
- Couto, G. R., Dias, V., & Oliveira, I. de J. (2020). Nursing Practice Today. *Nursing Practice Today*, 7(4), 245-254.
- Coxon, K. (2014). Risk in pregnancy and birth: are we talking to ourselves? *Health, Risk and Society*, 16(6), 481-493. <https://doi.org/10.1080/13698575.2014.957262>
- Crawshaw, P. (2012). Governing at a distance: Social marketing and the (bio) politics of responsibility. *Social Science and Medicine*, 75(1), 200-207.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.040>
- Creswell, J. (2013). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. Los Angeles: Sage Publications.
- Dattilo, A. M., Carvalho, R. S., Feferbaum, R., Forsyth, S., & Zhao, A. (2020). Hidden realities of infant feeding: Systematic review of qualitative findings from parents. *Behavioral Sciences*, 10(5). <https://doi.org/10.3390/bs10050083>
- Dennis, C. L., Shiri, R., Brown, H. K., Santos, H. P., Schmied, V., & Falah-Hassani, K. (2019). Breastfeeding rates in immigrant and non-immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *Maternal and Child Nutrition*, 15(3), 1-15.
<https://doi.org/10.1111/mcn.12809>
- Dong, H., Hu, R., Lu, C., Huang, D., Cui, D., Huang, G., & Zhang, M. (2021). Investigation on the mental health status of pregnant women in China during the

- Pandemic of COVID-19. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 303(2), 463-469.
<https://doi.org/10.1007/s00404-020-05805-x>
- Duncan, J., & Bartle, C. (2014). Normalising the breast: Early childhood services battling the bottle and the breast. *Contemporary Issues in Early Childhood*, 15(1), 18-28. <https://doi.org/10.2304/ciec.2014.15.1.18>
- Duran-Agüero, S., & Villarroel, P. C. (2018). Evolution of exclusive breastfeeding in Chile between 2011 and 2015: Did the Parental Postnatal Permission influence? *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 22(1), 14-20.
<https://doi.org/10.14306/renhyd.22.1.376>
- Ebert, L., Bellchambers, H., Ferguson, A., & Browne, J. (2014). Socially disadvantaged women's views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care. *Women and Birth*, 27(2), 132-137.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.11.003>
- Emanuel, E., & Emanuel, J. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*, 267(16), 2221-2226.
- Faya Robles, A. (2019). Health regulations and social experiences of 'high-risk' pregnancies among young working-class women in Brazil. *Health, Risk and Society*, 21(3-4), 100-121. <https://doi.org/10.1080/13698575.2019.1638890>
- Fotaki, M. (2010). Patient choice and equity in the British National Health Service: Towards developing an alternative framework. *Sociology of Health and Illness*, 32(6), 898-913. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01254.x>
- Fotaki, M. (2013). Is patient choice the future of health care systems? *International Journal of Health Policy and Management*, 1(2), 121-123.
<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2013.22>
- Fotaki, M., Roland, M., Boyd, A., McDonald, R., Scheaff, R., & Smith, L. (2008). What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of Health Services Research and Policy*, 13(3), 178-184.

<https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.007163>

- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población: curso en el Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Historia de la Sexualidad 1. La Voluntad del Saber*. México DF: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2008). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fredsted Villadsen, S., Hvas Mortensen, L., & Nybo Andersen, A. M. (2016). Care during pregnancy and childbirth for migrant women: How do we advance? Development of intervention studies - The case of the MAMA ACT intervention in Denmark. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 32, 100-112. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.08.013>
- Frosch, D., & Carman, K. (2016). Embracing patient and family engagement to advances shared decision making. En G. Elwyn, A. Edwards, & R. Thompson (Eds.), *Shared decision making in health care. Achieving evidence-based patient choice* (pp. 13-18). New York: Oxford University Press.
- García-Huidobro, D., Barros, X., Quiroz, A., Barría, M., Soto, G., & Vargas, I. (2018). Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-9. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.160>
- Guerra Zúñiga, M. E., & Ríos Hidalgo, M. (2017). Embarazo como estrategia de regularización del estatus migratorio. Discurso de los trabajadores en salud en atención primaria. En Báltica Cabieses, M. Bernal, & A. M. McIntyre (Eds.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 213-224). Santiago: Universidad del Desarrollo. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11447/978>
- Heaman, M., Bayrampour, H., Kingston, D., Blondel, B., Gissler, M., Roth, C.,

- Alexander, S. & Gagnon, A. (2013). Migrant women's utilization of prenatal care: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 17(5), 816-836.
<https://doi.org/10.1007/s10995-012-1058-z>
- Hernández, J. M., & Echevarría, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del «paradigma tecnocrático». *Revista Internacional de Sociología*, 74(1), 1-13. <https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
- Holcomb, J. (2017). Resisting Guilt: Mothers' Breastfeeding Intentions and Formula Use. *Sociological Focus*, 50(4), 361-374.
<https://doi.org/10.1080/00380237.2017.1313005>
- Instituto Nacional de Estadística. (2021a). *Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2020*. Recuperado 22 de julio de 2021, de https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2020-s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=5bdc44de_4#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20extranjera%20residente%20en,de%201.450.333%20personas%20extranjeras.
- Instituto Nacional de Estadística. (2021b). *Nacimientos de madres extranjeras crecen y alcanzan el 14% en Chile*. Recuperado 22 de julio de 2021, de <https://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2021/01/11/nacimientos-de-madres-extranjeras-crecen-y-alcanzan-el-14-en-chile>
- Jette, S., Vertinsky, P., & Ng, C. (2014). Balance and biomedicine: how Chinese Canadian women negotiate pregnancy-related 'risk' and lifestyle directives. *Health, Risk and Society*, 16(6), 494-511. <https://doi.org/10.1080/13698575.2014.942603>
- Jun, M., Thongpriwan, V., Choi, J., Sook Choi, K., & Anderson, G. (2018). Decision-making about prenatal genetic testing among pregnant Korean-American women. *Midwifery*, 56: 128-134. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.003>

- Kanieski, M. A. (2010). Securing attachment: The shifting medicalisation of attachment and attachment disorders. *Health, Risk and Society*, 12(4), 335-344.
<https://doi.org/10.1080/13698571003789682>
- Kemper, T. D. (1991). Predicting Emotions from Social Relations. *Social Psychology Quarterly*, 54(4), 330-342.
- Kemper, T. D. (2006). Power and Status and the Power-Status Theory of Emotions. En J. E. Stets & J. H. Turner (Eds.), *Handbook of the Sociology of Emotions* (pp. 87-113). New York: Springer US.
- Kuswara, K., Knight, T., Campbell, K. J., Hesketh, K. D., Zheng, M., Bolton, K. A., & Laws, R. (2020). Breastfeeding and emerging motherhood identity: An interpretative phenomenological analysis of first time Chinese Australian mothers' breastfeeding experiences. *Women and Birth*, 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.005>
- Lahoz, S. (2012). Atribuciones y estrategias indentatarias de las migrantes peruanas en Santiago. En C. Stefoni (Ed.), *Mujeres inmigrantes en Chile ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos?* (pp. 111-145). Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K., & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*, 73(3), 526-535. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.018>
- Lemke, T. (2010). Los riesgos de la seguridad: liberalismo, biopolítica y miedo. En V. Lemm (Ed.), *Michael Foucault: neoliberalismo y biopolítica* (pp. 247-276). Santiago: Universidad Diego Portales.
- Leon-Gin, C. (2014). La retradicionalización de los roles de género en la maternidad transnacional: el caso de mujeres peruanas en Santiago de Chile. *Si somos americanos*, 14(1), 15-40. Recuperado de

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-09482014000100002&script=sci_arttext

Liberona, N. (2012). De La Alterisación a La Discriminación En Un Sistema Público De Salud En Crisis: Conflictos Interétnicos a Propósito De La Inmigración Sudamericana En Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, (28), 1-38.

<https://doi.org/10.5944/educxx1.17.1.10708>

Liberona, N., & Mansilla, M. Á. (2017). Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507-520.

<https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>

Lobe, B., Morgan, D., & Hoffman, K. A. (2020). Qualitative Data Collection in an Era of Social Distancing. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1-8.

<https://doi.org/10.1177/1609406920937875>

López-Morales, H., Del Valle, M. V., Canet-Juric, L., Andrés, M. L., Galli, J. I., Poó, F., & Urquijo, S. (2021). Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Psychiatry Research*, 113567, 1-10.

Lupton, D. (2006). Sociology and risk. En G. Mythen & S. Walklagte (Eds.), *Beyond the risk society. Critical Reflections on risk and human security* (pp. 11-24). Londres: Open University Press.

Lupton, D. (2012). «Precious cargo»: Foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Critical Public Health*, 22(2), 329-340.

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Lupton, D. (2013). The Social Worlds of the Unborn. The Social Worlds of the Unborn. <https://doi.org/10.1057/9781137310729>

Madhok, S. (2014). Rethinking agency: Developmentalism, gender and rights. Delhi: Routledge.

Maffi, I., & Gouilhers, S. (2019). Conceiving of risk in childbirth: obstetric discourses, medical management and cultural expectations in Switzerland and Jordan. *Health*,

- Risk and Society*, 21(3-4), 185-206.
<https://doi.org/10.1080/13698575.2019.1621996>
- Mahmood, S. (2019). Teoría feminista y el agente social dócil: algunas reflexiones sobre el renacimiento islámico en Egipto. *Papeles del CEIC*, 1(202), 1-31.
<https://doi.org/10.1525/can.2001.16.2.202>
- Main, I. (2016). Biomedical practices from a patient perspective. Experiences of Polish female migrants in Barcelona, Berlin and London. *Anthropology and Medicine*, 23(2), 188-204. <https://doi.org/10.1080/13648470.2016.1180579>
- Malacrida, C. (2015). Always, already-medicalized: Women's prenatal knowledge and choice in two Canadian contexts. *Current Sociology*, 63(5), 636-651.
<https://doi.org/10.1177/0011392115590075>
- Malatzky, C. (2017). Abnormal Mothers: Breastfeeding, Governmentality and Emotion Amongst Regional Australian Women. *Gender Issues*, 34(4), 355-370.
<https://doi.org/10.1007/s12147-016-9179-0>
- Manohar, N. N. (2019). Gendered Agency in Skilled Migration: The Case of Indian Women in the United States. *Gender and Society*, 33(6), 935-960.
<https://doi.org/10.1177/0891243219865544>
- Martínez Franzoni, J. (2005). *Regímenes del bienestar en América Latina*. Revista Centroamericana de Ciencias Sociales de FLACSO, 4(2).
- May, C. (2011). Mundane Medicine, Therapeutic Relationships, and the Clinical Encounter: Current and Future Agendas for Sociology. En B. Pescolido, J. Martin, J. McLeod, & A. Rogers (Eds.), *Handbook of the sociology of health, illness, and healing* (pp. 309-322). Londres: Springer.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51(7), 1087-1110.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Ministerio de Desarrollo Social. (2018a). *Estimaciones comunales de pobreza por*

ingresos y multidimensional. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social.

Recuperado de

http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/RESULTADOS_estimaciones_pobreza_comunal_2015.pdf

Ministerio de Desarrollo Social. (2018b). *Inmigrantes. Síntesis de resultados de la CASEN 2017*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social.

Ministerio de Desarrollo Social. (2019a). *Descubriendo juntos. El desarrollo y estimulación de tu hijo o hija en sus primeros dos años de vida*. Santiago:

Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de

<https://www.pmi.com/markets/costa-rica/es>

Ministerio de Desarrollo Social. (2019b). *Empezando a crecer. Guía de la gestación y el nacimiento*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social

Ministerio de Salud. (s. f.). *Salud del migrante*. Recuperado 3 de marzo de 2021, de

<https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>

Ministerio de Salud. (2013). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral del Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitaria - Dirigido a Equipos de Salud*. Santiago: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (2018a). *Política De Salud De Migrantes Internacionales*.

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ministerio de Salud. (2018b). *Vigilancia del Estado Nutricional de la población bajo control y de la lactancia materna en el sistema público de salud de Chile*.

Recuperado de <http://bibliotecaminsal->

chile.bvsalud.org/lildbi/docsonline/get.php?id=5379

Ministerio de Salud. (2019a). *Agenda Salud de la Mujer*. Santiago: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (2019b). *Estadísticas de egresos hospitalarios*. Recuperado 4 de agosto de 2021, de

<https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Frep>

orts%2F23138671-c0be-479a-8e9d-

52850e584251§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false

- Montenegro, C., Bravo, P., Dois, A., & Rodríguez, C. (2021). *Experiencia usuaria en salud: hacia un modelo de atención que escucha a los usuarios*. Santiago: Centro de Políticas Públicas UC
- Mueller, R. A. (2019). Episodic Narrative Interview: Capturing Stories of Experience With a Methods Fusion. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1-11. <https://doi.org/10.1177/1609406919866044>
- Mummert, G. (2019). “The second mother”: Naturalization of care circulation among grandmothers and grandchildren in latin american transnational families. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 14(3), 515-540. <https://doi.org/10.11156/aibr.140308>
- Navodani, T., Gartland, D., Brown, S. J., Riggs, E., & Yelland, J. (2019). Common maternal health problems among Australian-born and migrant women: A prospective cohort study. *PLoS ONE*, 14(2), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211685>
- Nicholls, J., David, A. L., Iskaros, J., & Lanceley, A. (2019). Consent in pregnancy: A qualitative study of the views and experiences of women and their healthcare professionals. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 238(2019), 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.05.008>
- Núñez, L. (2012). Necesidades de las mujeres migrantes y la oferta de atención en salud reproductiva. Discrepancias y distancias de una relación no resuelta. En C. Stefoni (Ed.), *Mujeres inmigrantes en Chile ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos?* (pp. 233-272). Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Núñez, N., & Torres, C. (2007). *Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Usuarías de consultorios de salud de la zona norte de la Región Metropolitana*.

- Santiago-Chile. Santiago: Fundación Instituto de la Mujer.
- OMS/OPS, & Unicef. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. Recuperado de https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1995_n5/declaracion.htm
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2006). *Migration: A social Determinant of the Health of Migrants*. Bruselas: Organización Internacional para las Migraciones. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.001>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2020). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020. Migración y salud: cuestiones actuales, gobernanza y lagunas en los conocimientos*. Recuperado de https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es_ch_7.pdf
- Organización Mundial de la salud. (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42695/9243562215.pdf;jsessionid=55E7B27EF00A2616854D54A913553FBA?sequence=1>
- Osamor, P. E., & Grady, C. (2016). Women's autonomy in health care decision-making in developing countries: A synthesis of the literature. *International Journal of Women's Health*, 8, 191-202. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S105483>
- Phung, V. H., Asghar, Z., Matiti, M., & Siriwardena, A. N. (2020). Understanding how Eastern European migrants use and experience UK health services: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4987-z>
- Prieto-Gómez, R., Saavedra-Sepúlveda, A., Alvear-Aguirre, G., Lazo-Millar, L., & Soto-Acuña, A. (2019). Unsuccessful breastfeeding from the perspective of healthcare practitioners: Case study, Region IX, Chile. *Revista Colombiana de*

- Obstetricia y Ginecología*, 70(4), 219-227. <https://doi.org/10.18597/rcog.3225>
- Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193-196.
<https://doi.org/10.1177/10459602013003006>
- Puthussery, S. (2016). Perinatal outcomes among migrant mothers in the United Kingdom: Is it a matter of biology, behaviour, policy, social determinants or access to health care? *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 32, 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.09.003>
- Quesada, J. A., Méndez, I., & Martín-Gil, R. (2020). The economic benefits of increasing breastfeeding rates in Spain. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00277-w>
- Ramírez-Santana, M., Riverra Humeres, J., Bernales Silva, M., & Cabieses Valdés, B. (2019). Vulnerabilidad social y necesidades de salud de población inmigrante en el norte de Chile. *Migraciones Internacionales*, 18(1).
- Rapley, T. (2008). Distributed decision making: The anatomy of decisions-in-action. *Sociology of Health and Illness*, 30(3), 429-444. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01064.x>
- Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351-379. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>
- Roberts, J. K., Pavlakis, A. E., & Richards, M. P. (2021). It's More Complicated Than It Seems: Virtual Qualitative Research in the COVID-19 Era. *International Journal of Qualitative Methods*, 20, 1-13. <https://doi.org/10.1177/16094069211002959>
- Rojas Lasch, C. R. (2010). Gobernar la extrema pobreza: un análisis del dispositivo de intervención Chile Solidario-Puente. En V. Lemm (Ed.), *Michael Foucault: neoliberalismo y biopolítica* (pp. 51-84). Santiago: Universidad Diego Portales.
- Rojas Pedemonte, N., Amode, N., & Vásquez, J. (2017). Migración haitiana hacia Chile:

- origen y aterrizaje de nuevos proyectos migratorios. En N. Rojas Pedemonte & J. Koechlin (Eds.), *Migración haitiana hacia el sur andino* (pp. 65-172). Santiago: Universidad Antonio Ruiz de Montoya.
- Rose, N., & Miller, P. (1992). Political power beyond the State: Problematics of government. *British Journal of Sociology*, 43(2), 173-205.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2009.01247.x>
- Rovira Rubio, R., Boero Chancy, V., & Calquin Donoso, C. (2017). Biopolítica del cuidado en contextos neoliberales. Reflexiones sobre el programa Chile Crece Contigo. En J. A. Patiño López (Ed.), *Cuidado y Políticas Públicas en América Latina* (pp. 111-136). Buenos Aires: CLACSO.
- Rudrum, S. (2017). Pregnancy and birth in the global South: a review of critical approaches to sociocultural risk illustrated with fieldwork data from northern Uganda. *Health, Risk and Society*, 19(1-2), 1-18.
<https://doi.org/10.1080/13698575.2016.1265646>
- Ruhl, L. (1999). Liberal governance and prenatal care: Risk and regulation in pregnancy. *Economy and Society*, 28(1), 95-117. <https://doi.org/10.1080/030851499000000026>
- Ruhl, L. (2002). Disarticulating liberal subjectivities: abortion and fetal protection. *Feminist Studies*, 28(1), 37-60.
- Safouane, H., Jünemann, A., & Götsche, S. (2020). Migrants' Agency: A Re-Articulation beyond Emancipation and Resistance. *New Political Science*, 42(2), 197-217. <https://doi.org/10.1080/07393148.2020.1761736>
- Salinas, V. (2012). Madres primerizas en Chile : estructuras familiares, bienestar socioeconómico y bienestar emocional. *Persona y Sociedad*, 26(2), 115-142.
- Schmied, V., Olley, H., Burns, E., Duff, M., Dennis, C. L., & Dahlen, H. G. (2012). Contradictions and conflict: A meta-ethnographic study of migrant women's experiences of breastfeeding in a new country. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-163>

- Schwennesen, N., & Koch, L. (2012). Representing and intervening: «Doing» good care in first trimester prenatal knowledge production and decision-making. *Sociology of Health and Illness*, 34(2), 283-298. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01414.x>
- Scozia, C., Leiva, C., Garrido, N., & Álvarez, A. (2014). Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. *Sociedad y Equidad*, (6), 6-33. <https://doi.org/10.5354/0718-9990.2014.27213>
- Sepúlveda, C., & Cabieses, B. (2019). Rol del facilitador intercultural para migrantes internacionales en Centros de Salud chilenos: Perspectivas de cuatro grupos de actores clave. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 592-600. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4683.592>
- Sibirian Díaz, N. (2017). Programa Chile Crece Contigo: Su performatividad en la biografía de mujeres gestantes. *Rumbos TS*, XII(16), 121-154.
- Silva Villalobos, V., & Molina Milman, H. (2010). *Cuatro años creciendo juntos. Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010*. Santiago. Recuperado de http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/10/ChCC_MEMORIA.pdf
- Sim, S. M., Kirk, S. F. L., & Aston, M. (2020). Mothering at the Intersection of Marginality: Exploring Breastfeeding Beliefs and Practices Among Women From Nova Scotia, Canada Who Identify as Overweight, Low Income, and Food Insecure. *Qualitative Health Research*, 30(11), 1737-1748. <https://doi.org/10.1177/1049732320921830>
- Símonardóttir, S. (2016). Constructing the attached mother in the «world's most feminist country». *Women's Studies International Forum*, 56, 103-112. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2016.02.015>
- Stefoni, C. (2009). Migración, género y servicio doméstico. Mujeres peruanas en Chile.

- En M. E. Valenzuela & C. Mora (Eds.), *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente* (pp. 191-232). Santiago: Organización Internacional del Trabajo. <https://doi.org/10.1111/j.1564-913X.2003.tb00171.x>
- Stefoni, C. (2013). Los cibercafé como lugares de prácticas transnacionales: El caso de la maternidad a distancia. *Polis*, 12(35), 211-227. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-65682013000200010&script=sci_arttext
- Stefoni, C., & Bonhomme, M. (2014). Una vida en Chile y seguir siendo extranjeros. Si somos Americanos. *Revista de Estudios Fronterizos*, XIV(2), 81-101. <https://doi.org/10.4067/S0719-09482014000200004>
- Stefoni, C., & Fernández, R. (2012). Mujeres inmigrantes en el trabajo doméstico. Entre el servicio y los derechos. En C. Stefoni (Ed.), *Mujeres inmigrantes en Chile ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos?* (pp. 45-72). Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Strain, H., Orchard, F., & Fuentealba, L. (2017). *Acompañando tu lactancia. Manual de Lactancia operativo de lactancia materna*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/manual-lactancia-profesionales-y-usuarios.pdf>
- Strega, S. (2015). The view from the poststructural margins: epistemology and methodology reconsidered. En S. Strega & L. Brown (Eds.), *Research as resistances. Revisiting critical, indigenous, and anti-oppressive approaches*. (pp. 119-152). Toronto: Canadian Scholar' Press.
- Tijoux, M. E., & Palominos, S. (2015). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis*, 14(42), 247-275. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682015000300012>
- Torres, O., & Garcés, A. (2013). Representaciones sociales de migrantes peruanos sobre su proceso de integración en la ciudad de Santiago de Chile. *Polis*, 12(35), 309-334.

<https://doi.org/10.4067/S0718-65682013000200014>

United Nations. (2020). *International migration 2020 Highlights*. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

<https://doi.org/10.4324/9781315634227>

Urrutia-Arroyo, R. H. (2018). Percepciones sobre la educación intercultural y relación médico-paciente inmigrante en médicos de Chile / Perceptions regarding intercultural education in the doctor-immigrant patient relationship in chilean doctors. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(2), 205-213. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018>

Urzúa, A., & Cabieses, B. (2018). Salud y Bienestar en población migrante en Chile: el aporte de los proyectos FONDECYT a la evidencia internacional. *Cuadernos Médicos Sociales*, 58(4).

Weir, L. (2006). *Pregnancy, risk, and biopolitics: on the threshold of the subject*. Londres: Routledge.

Wild, K., Maypilama, E. L., Kildea, S., Boyle, J., Barclay, L., & Rumbold, A. (2013). «Give us the full story»: Overcoming the challenges to achieving informed choice about fetal anomaly screening in Australian Aboriginal communities. *Social Science and Medicine*, 98, 351-360. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.10.031>

Young, C. (2020). Theorizing ‘deviant’ embodiment and the act of breastfeeding Theorizing ‘ deviant ’ embodiment and the act of breastfeeding. *Journal of Gender Studies*, 29(6), 685-693. <https://doi.org/10.1080/09589236.2020.1771291>

Zhou, Q., Chen, H., Younger, K. M., Cassidy, T. M., & Kearney, J. M. (2020). «I was determined to breastfeed, and i always found a solution»: Successful experiences of exclusive breastfeeding among Chinese mothers in Ireland. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00292-x>