

## CRIANZA DE LOS HIJOS E HIJAS DE MADRES MIGRANTES LATINOAMERICANA EN CHILE: ¿PROCESO DIALÉCTICO O RETÓRICA DE INTEGRACIÓN MULTICULTURAL?

CHILD-REARING PRACTICES OF LATIN AMERICAN MIGRANT MOTHERS IN CHILE: DIALECTICAL OR RHETORICAL PROCESS OF MULTICULTURAL INTEGRATION?

### RESUMEN

*Las prácticas de crianza de los hijos/as de madres migrantes latinoamericana son influenciadas por la precariedad de los espacios de subsistencia de los colectivos migrantes en Chile y por la existencia de una política pública dominante de cuidado y salud infantil que homogeneiza la crianza de los niños/as invisibilizando su cultura y heterogeneidad. Desde una perspectiva latinoamericana se aspira abrir la discusión relativa a la relación existente entre mujeres-madres-migrantes y cuidados-crianza desde una perspectiva local como manifestación de un saber situado. Como objetivo se plantea visibilizar la discriminación y sometimiento de la mujeres-madres-migrantes producto de su pertenencia a colectivos situados en posición de subordinación que limitan su capacidad para abordar las prácticas de cuidado de sus hijos/as de salud-bienestar desde su propio universo cultural. Desde una reflexión teórica a partir de los supuestos teóricos de la interseccionalidad se relevan las redes imbricadas a partir del género, etnia-raza y clase que establecen relaciones de desigualdad entre el sistema de salud y las madres-migrantes y que explican la desestimación de sus prácticas culturales y condiciones de vida en la práctica de crianza en Chile.*

**Palabras Claves:** Interculturalidad, enfermería, migración, crianza

### ABSTRACT

*The child-rearing practices of a Latin American migrant mother are influenced by the precarious subsistence spaces of migrant groups in Chile and by the existence of a dominant public policy of childcare and health that homogenizes the upbringing of children, making their culture and heterogeneity invisible. From a Latin American perspective, this article aims to open the discussion on a phenomenon that encompasses the relationship between women-mothers-migrants and care-raising practices from the perspective of a "subaltern and border thinking". This paper addresses the discrimination and subjection of the woman-mother-migrant because of their belonging to groups situated in a position of subordination that limits their ability to address the practices of caring for their children from health-well-being from their cultural universe. From a theoretical reflection based on the theoretical assumptions of intersectionality, the imbricated networks based on gender, ethnicity-race and class that establish unequal relations between the health system and migrant mothers and that explain the dismissal of their cultural practices and living conditions in parenting practice in Chile.*

**Key Words:** Interculturality, nursing, migration, child rearing

Lucía Castillo-Lobos  
Escuela de Enfermería  
Universidad de Santiago de Chile.  
Santiago- Chile.  
lucia.castillo@usach.cl

Recibido el 15-07-2021  
Aprobado el 25-03-2022

## INTRODUCCIÓN

En Chile la inmigración no es un fenómeno nuevo y desde hace un par de décadas, desde la recuperación de la democracia, el país se ha convertido en destino de población migrante latinoamericana y del caribe atraídos, en sus inicios, por oportunidades económicas producto de su crecimiento y estabilidad política. Cabe señalar que las causas de la migración han evolucionado en el tiempo y, en la actualidad es necesario reflexionar en torno a diferentes enfoques respecto a este fenómeno. Más allá de las causas económicas<sup>1</sup> se agregan nuevos factores de migración tales como: las condiciones políticas, la falta de libertades, las expectativas de vida, la existencia de un contexto de acogida favorable, la existencia de una legislación permisiva o la presencia previa de inmigrantes del mismo país, obligando a expandir los marcos interpretativos del fenómeno más allá del “push and pull”, a otras variables socioculturales<sup>2</sup>.

Según estimaciones, al 31 de diciembre de 2020 en Chile residen un total de 1.462.103 extranjeros, que se distribuyen de preferencia en las siguientes regiones: Región Metropolitana (61,9%), Antofagasta (7,0%), Tarapacá (5,9%) y Valparaíso (6,6%) (3). En relación a los países de origen la población migrante en Chile, al año 2020 la comunidad venezolana alcanza un 30,7% del total de personas extranjeras residentes, instalándose como la de mayor frecuencia. El segundo colectivo de mayor frecuencia en Chile corresponde a población peruana con un 16,3% y en tercer lugar el colectivo haitiano alcanza un 12,5% del total de personas extranjeras residentes en Chile<sup>3</sup>. En cuarto y quinto lugar se ubica el colectivo colombiano (11,4%) y boliviano (8,5%), los que sumaron en conjunto poco más de 79%<sup>3</sup>. Estas cifras dan cuenta del carácter dinámico del fenómeno migratorio, por cuanto las cifras y colectivos de mayor presencia han sufrido variaciones desde el inicio de la inmigración hacia Chile hasta la actualidad.

Este proceso migratorio presenta algunas características inéditas; como concentración en la Región Metropolitana, origen latinoamericano, inserción laboral segmentada, integración en trabajos más precarios y en sectores más vulnerables socialmente y tendencia a la feminización de algunos colectivos<sup>4-8</sup>. Esta tendencia a la feminización y la reunificación familiar significará que habrá mayor cantidad de niños/as migrantes en Chile, los que al año 2018, ya alcanzan la cifra de 30.838 entre los 0 y 4 años de edad<sup>9</sup>, los que, dadas las condiciones de precariedad

y exclusión de su asentamiento en Chile, se espera sean usuarios/as del sistema pre escolar y de salud públicos en Chile.

Esta tendencia a la feminización y el aumento de los hijos/as de madres migrantes, ya sea porque han migrado al país junto a su madre o bien porque hayan nacido en Chile, sugieren estudiar cómo se configura la crianza de los niños/as migrantes en una relación de cuidado entre la mujer-madre y su hijo/a entendida como el conjunto de relaciones y acciones involucradas en el mantenimiento de las personas en su vida diaria e intergeneracionalmente<sup>10</sup> y que se encuentra en la “encrucijada de la razón y la emoción debido a que constituye una actividad racional originada por un estado emocional”<sup>11</sup> como expresión de amor y protección de la madre hacia sus hijos/as<sup>12</sup> y que a su vez tiene lugar en un espacio social de la diferencia y de la no pertenencia social y cultural a la sociedad de llegada<sup>13</sup>.

## CRIANZA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL

La crianza es comprendida entonces como un cúmulo de acciones relativas al cuidado de los niños/as de acuerdo a sus valores, creencias y contextos concretos<sup>10,14</sup> dando cuenta de que no existe una única forma de criar<sup>15</sup>. Esta diversidad de la crianza obliga a reflexionar sobre la maternidad como una construcción histórica, social y cultural, sin reducir la práctica de crianza a estereotipos o esencialismos<sup>16</sup>, por cuanto la heterogeneidad que presentan los individuos en cuanto a creencias, valores y costumbres “no tienen significación para definir su naturaleza debido a que recubren lo que es realmente humano”<sup>17</sup>.

El análisis sociocultural de estas temáticas de promoción de salud en el contexto de crianza, encuentran mayor asidero al considerar que las acciones en la primera infancia tienen una alta tasa de retorno y constituyen una estrategia de desarrollo del país<sup>18</sup> por cuanto es durante los primeros cinco años de vida que se observan los mayores progresos en las áreas de motricidad gruesa y fina, lenguaje, comunicación, sociabilidad e independencia<sup>19</sup>. Además, existe evidencia que indica que las mejoras de los espacios de crianza, la mejora de las condiciones de habitabilidad y la educación de las madres para el cuidado de sus hijos/as surten efectos positivos en la salud infantil por cuanto constituyen factores protectores de la salud de los niños/as, comprendida como un completo estado de bienestar<sup>20-22</sup>.

La crianza migrante tiene efecto en un cotidiano como "lugar natural de la enfermedad y de la vida, donde se encuentra la dulzura de los cuidados espontáneos"<sup>23</sup>. Y siguiendo a Bourdieu, es ahí en la cotidianidad donde tienen efecto las prácticas de reproducción simbólica del mundo social<sup>24</sup>, desde esquemas de acción y pensamiento confrontados a situaciones habituales, constituyendo un factor estructurante de los estilos de vida<sup>25</sup>. Es así como en la relación con este nuevo entorno, es que el binomio madre-hijo/a migrante, como unidad, construye su propio habitus a partir del intercambio de saberes que modulan su acción social producto de la interpretación que el binomio madre hijo/a hace de las relaciones establecidas con cada uno de los actores de su nuevo contexto de vida y que se instalan en su entorno social perfilando una forma particular de vivir su cotidianidad, y por lo tanto, de criar en aquel "habitus que no se dice, si no que habla a través de la práctica"<sup>26</sup>.

Cabe señalar que para esta reflexión vincula a la madre migrante con su hijo/a a través de un parentesco de tipo sanguíneo<sup>A</sup>, constituyendo un binomio que como unidad imbrica, en una relación no binaria<sup>B</sup>, a las madres migrantes y su función como reproductora de la especie y soporte de la salud familiar y social, y a su hijo/a, como un ser requirente de un entorno sano y seguro para su desarrollo físico, psicológico y social y que a su vez, excluye al padre de esta relación<sup>28,28</sup>. En sí, esta relación expresa a través de una metáfora, la extensión de la gestación del hijo/a ya nacido hacia el cuerpo de la mujer-madre y a las relaciones de cuidado que entre ellos se establecen y que se expresa en una relación de completa fusión y pertenencia mutua entre la madre migrante y su hijo/a<sup>28,29</sup>.

Estas prácticas de crianza tienen además lugar en condiciones de asentamiento precarias y vulnerables<sup>30,31</sup> y que alcanza a la vulnerabilidad y de carencias de todo tipo acrecentada por las escasas redes de apoyo durante el embarazo, parto y puerperio, en donde la pobreza toma un papel relevante por cuanto "la pobreza enferma y la enfermedad empobrece"<sup>32-34</sup>. Este punto se vincula también con la capacidad de agencia de la madres migrantes comprendida como

acciones de cambio que involucran el acceso a mejores oportunidades económicas, sociales, salud, educación y vivienda, que contribuyen a su independencia y bienestar aumentando su poder<sup>35</sup> pero que, sin embargo, se ven tensionados por la precariedad de las condiciones de asentamiento en Chile comprometido su capacidad para abordar la crianza de sus hijos/as<sup>11</sup> pese a que existe evidencia que indica que una mejora en la educación y capacidad de agencia de la madre, se relaciona con una mejora del bienestar familiar<sup>35</sup> y con el éxito de los programas de salud<sup>36</sup> generando entonces, una suerte de paradoja en torno a este tema.

A través de una reflexión desde los supuestos teóricos de la interseccionalidad se pretende expresar algunos dilemas identificados en la experiencia de crianza migrante a partir de los antecedentes recabados empíricamente desde el ejercicio profesional como enfermera y la revisión de fuentes bibliográficas especializadas en torno a migración y crianza que han despertado la inquietud y orientado la reflexión sobre este tema. La selección de las fuentes bibliográficas se realizó desde importantes bases de datos internacionales en que se han seleccionado todos los trabajos de corte cualitativo sin limitación de fechas. Además, el análisis se ha sustentado de manera importante a través de algunos textos clásicos que se han incluido como literatura canónica. Para la selección de datos estadísticos se han priorizado los textos de antigüedad no mayor a cinco años.

Desde una perspectiva latinoamericana, este trabajo intenta explorar el cotidiano de las prácticas de crianza de los hijos/as de madres migrantes latinoamericanas residente en Chile para establecer resultados que permitan dar un primer paso en la investigación sobre un fenómeno poco explorado, minimizando las brechas de conocimiento sobre esta temática, haciendo énfasis en fenómenos localmente relevantes<sup>30</sup>. El explorar la investigación a nivel local, abre las posibilidades de vincular el conocimiento a otros países de América Latina ampliando la visión global sobre este fenómeno común latinoamericano<sup>33,8</sup> y conformar un corpus teórico a saber aún incipiente pese a la riqueza que la migración latinoamericana ofrece<sup>37,38</sup>. Finalmente, se espera contribuir al generar

A Para efectos de este trabajo, se comprenderá como parentesco sanguíneo a la relación existente entre la madre y su hijo la cual se perfila como imborrable, exclusiva y excluyente, por cuanto vincula al niño/a a una sola mujer<sup>91</sup>.

B También se comprenderá como relación no binaria a las relaciones no jerarquizadas entre individuos que habitan los cuerpos y que no son etiquetados y que por lo tanto no son excluyentes<sup>29</sup>

debate académico por cuanto el reflexionar sobre las paradojas de este fenómeno dan cuenta en forma simultánea, por una parte, de la precariedad de los espacios de subsistencia de la comunidad migrante y a la existencia de políticas públicas que tensionan su cultura y cotidianidad pese a que han sido construidas con fines de protección.

## CRIANZA Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Si bien existen investigaciones que indican que la mujer migrante tiende a mantener las costumbres de sus países de origen<sup>39</sup>, es necesario relevar la influencia de las condiciones de vida y vulnerabilidad asociadas al proceso migratorio y al lugar de destino tales como trabajo, vivienda y acceso a la salud, dada su influencia en la capacidad de agencia. Esta capacidad se entiende como su acción para superar los obstáculos en pro del desarrollo para un mayor bienestar y que involucran el acceso a mejores oportunidades económicas, de empleo, y servicios sociales relacionados con la salud, educación y vivienda. Todo esto contribuye a su independencia<sup>34</sup> para abordar la crianza e influye en los estilos de vida desplegados en su cotidianidad<sup>40</sup>.

Los hijos/as de madre migrante se criarán en un contexto de movilidad con la concurrente pobreza multidimensional<sup>CD</sup> propia de las frágiles condiciones de vida estructurales ofrecidas por Chile a un grupo social en riesgo debido a su exposición a amenazas ambientales, su diferente fisiología y estado de desarrollo, riesgo de malnutrición, abandono escolar, precariedad laboral y habitacional<sup>32</sup>. Esta situación ha sido refrendada por la vinculación existente entre morbilidad infantil y procesos migratorios en contextos de vulnerabilidad social y estructural de asentamiento y han relevado su trascendencia sanitaria<sup>41</sup>.

En el día a día de la crianza, es reconocido que en muchos casos delegan el cuidado de sus hijos en sus familias de origen o bien pagan por el cuidado de sus hijos e hijas a otras mujeres que prestan servicios en sus propios hogares convirtiéndose en una opción de cuidado informal. Desde otra mirada, muchas mujeres

migrantes comparten la responsabilidad de mantener los vínculos de parentesco más allá de las fronteras chilenas al asumir la responsabilidad como madres, hermanas o hijas y de otras redes de parentesco a través del envío de remesas, bienes, cuidados y afectos de manera transnacional con sus países de origen<sup>42</sup>. Así se configuran las llamadas cadenas globales de cuidado que para el caso de las madres migrantes en Chile constituirían otra manifestación de precariedad y desigualdad subyacente.

En relación a la vulnerabilidad laboral del migrante en Chile y su integración a un “mercado laboral precario, xenófobo y discriminatorio”<sup>7,31</sup>, la población migrante accede de preferencia a trabajos en el rubro de los servicios integrándose bajo el patrón polarizado y vulnerable de la economía<sup>31,43</sup>. De este modo, esta fuerza de trabajo constituye una mano de obra barata e informal, con incumplimiento de los derechos sociales de los migrantes en una suerte de abuso y/o arbitrariedad y/o desconocimiento de los empleadores<sup>31,43</sup>. Para el caso de las madres trabajadoras migrante en Chile existen antecedentes empíricos, recabados a través de la práctica profesional, que indican que acceden a trabajos precarios que involucran discriminación, abuso laboral y despidos de embarazadas tensionando así sus derechos de maternidad, sexuales y reproductivos<sup>44,5</sup>.

Al analizar sobre estilos de vida y crianza de los niños/as migrantes se incluyen los hábitos personales relativos a la alimentación, actividad física y utilización de los servicios de salud<sup>45</sup>, los que al constituir prácticas cotidianas constituyen un desafío para interdisciplinariedad dado su alto componente sanitario y social como manifestación propia del intercambio existente entre las madres migrantes y sus comunidades, por cuanto los individuos “nacen, se desarrollan, trabajan, se reproducen, enferman y mueren, en sujeción estricta al ambiente que lo rodea”<sup>46</sup>. Simultáneamente desde la cultura, es necesario relevar las implicancias de la trayectoria migratoria de la madre previo su asentamiento en Chile, dado que, se ha evidenciado desde lo empírico, en algunos casos la trayectoria migratoria de algunas madres, les permite “moverse en una más amplia gama de códigos culturales” fa-

C Según la última encuesta CASEN (2017) la incidencia de la pobreza por ingresos es mayor en la población nacida fuera de Chile (10,8%) en relación a la población nacida en Chile (8,5%). (89).

D La pobreza multidimensional involucra las dimensiones de educación, salud, trabajo y seguridad social, vivienda y entorno, y redes y cohesión social y existen diferencias significativas entre hogares con jefe/a de hogar nacido/a en Chile por cuanto el 5,1% de la población en situación de pobreza multidimensional nació fuera de Chile. (89).

ilitando su acceso a nuevos círculos sociales y con ello a su integración a la sociedad chilena a través de la incorporación de nuevas prácticas<sup>7,40</sup>.

En relación a crianza, salud y migración, la literatura señala que los hábitos alimentarios corresponden a una práctica cultural que los migrantes tienden a conservar como forma de identidad cultural modulado, además por el nivel socioeconómico de las familias migrantes<sup>47</sup>. Para ejemplificar esta variabilidad se ha identificado, desde lo empírico, la tendencia de algunos colectivos migrantes a alimentar a los niños y niñas menores de seis meses con alimentos alternativos a la leche materna, práctica que ha sido confirmada por testimonios aislados en el contexto del control de salud del niño/a. Esta práctica ha sido refrendada por algunos estudios y obedecería, aparentemente, a la existencia de un patrón cultural diferente<sup>48,49</sup> o bien a la necesidad de la madre de priorizar su rol de proveedora por sobre la crianza<sup>50</sup>.

La estimulación del desarrollo psicomotor, la enseñanza de hábitos y el desarrollo de habilidades sociales en los niños/as en el contexto de crianza, presentan un importante componente cultural en un contexto de migración, al constituir formas en que los saberes y experiencias de la madre son transmitidos a sus hijos/as en un nuevo espacio de vida. Sin embargo, además del componente cultural, la crianza requiere de condiciones básicas de infraestructura, seguridad y saneamiento mínimos<sup>51</sup> acordes a las características de los individuos y las familias en sus distintas etapas del ciclo vital y familiar<sup>52</sup>.

Desafortunadamente la precariedad habitacional de los colectivos migrantes<sup>31</sup> la crianza de los niños tiene lugar en condiciones de inseguridad, contaminación y hacinamiento<sup>E (31,52)</sup> en donde “varias personas comparten cuartos y camas”<sup>50</sup> vulnerando la privacidad, intimidad y dignidad de las personas<sup>53</sup> materializadas en construcciones deterioradas e improvisadas<sup>25</sup>. Es así como el escaso espacio disponible constituye un riesgo para la aparición de enfermedades además de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños/as<sup>46,52,54</sup>, situación que se ha refrendado empíricamente a partir del ejercicio profesional con población infantil de madre migrante en Chile.

Como consecuencia del hacinamiento la población migrante queda obligada a desplegar en los “espacios públicos sus quehaceres, relaciones sociales y actividades cotidianas”, así como las relacionadas con la crianza de los niños/as, fortaleciendo la “sociabilidad y la configuración de espacios comunitarios expresada en lazos de solidaridad”<sup>5</sup>. Estos espacios se convierten en centros de vida social, donde también tiene efecto las prácticas cotidianas de crianza recurriendo al apoyo fraterno de otras madres y mujeres y priorizando muchas veces el trabajo por sobre la crianza en pro de su subsistencia<sup>50</sup>.

## SISTEMA DE SALUD Y CRIANZA

Desde la institucionalidad, en Chile la Política Nacional de Salud Migrante<sup>56</sup>, establece la realización de acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud desde una perspectiva intercultural, con énfasis en los grupos migrantes más vulnerables y dentro de las cuales se incluye el acceso de los niños/as al Programa Nacional de Salud Infantil y particularmente al Programa Chile Crece Contigo. En este último se ha puesto en práctica, desde hace varios años, la entrega de pautas de crianza que incluyen recomendaciones para la alimentación, estimulación del desarrollo psicomotor y fomento de la socialización, que se han estructurado en una suerte de estandarización de la crianza por edad fundamentadas técnicamente en recomendaciones internacionales en pro de favorecer el “adecuado desarrollo físico, psicológico, social y emocional” de los niños/as residentes en Chile<sup>57</sup>.

Debido a que estas pautas han sido concebidas desde lo biológico y epidemiológico para instruir políticas sanitarias y conductas saludables<sup>33</sup>, la aplicación del programa de salud del niño/a se materializa en la entrega de pautas de crianza dirigidas a los hijos/as de madres “no migrante” y fundamentadas en construcciones culturales alejadas de las necesidades biológicas y culturales de los niños/as migrantes y que transmiten valores, creencias y costumbres chilenas<sup>58</sup> y que excluyen el carácter histórico y social de la experiencia materna como referente central de la práctica de crianza<sup>15</sup>. La entrega de estos con-

E El concepto de hacinamiento tiene diversas definiciones: de personas por cama, de personas por cuarto, de familias por vivienda y de viviendas por terreno<sup>54</sup>. Para el caso del hacinamiento por habitación, se entiende como viviendas en hacinamiento medio a las que albergan a más de 3 personas por pieza de dormitorio y por hacinamiento crítico cuando 5 o más personas comparten la misma habitación<sup>88</sup>. Existe evidencia que el hacinamiento en que vive la población migrante en Chile alcanza a la vulneración de los micro-entornos supuestamente diferenciados (cuarto de baño, cama) que proveen de intimidad física y personal a los sujetos<sup>90</sup>.

tenidos constituye una estrategia dominante “como proyecto civilizatorio”, encubierta por una “supuesta interculturalidad”<sup>59</sup> a través de la entrega de “leyes de salubridad” traducidas y difundidas mediante la educación y persuasión<sup>33</sup>.

Es aquí donde la práctica del cuidado, fundamentado en el paradigma científico y la praxis de los programas de salud infantil en Chile, han sido nuevamente disonantes con sus bases teóricas conceptuales que promueven la interculturalidad. Más aun, con el contexto en que las mujeres-madres migrantes cría a sus hijos/as en una suerte de exclusión desde la institucionalidad, la implementación de estas políticas de salud se convierten en reproducción de paradigmas cientificistas desde una visión positivista del ser humano<sup>60</sup> al abandonar la valoración individual del binomio madre-hijo migrante, su cosmovisión y cotidianidad, estableciendo normas de conducta sanitaria que entregan un sentido moral y ético orientador de las relaciones sociales<sup>61</sup>. Así, la biopolítica pese a ser concebida conceptualmente validando la interculturalidad, en la práctica se implementa a través de programas de protección de salud que subordinan a las madres migrantes<sup>62</sup> al regular su vida privada desde una perspectiva sanitaria hegemónica<sup>15,62</sup> al instalar un saber-poder desde una mirada positivista de la población migrante que subestima sus prácticas culturales generando una nueva forma de su subalteridad.

Los antecedentes de que se dispone en Chile, relacionados con estudios previos de temáticas de cuidado materno en el contexto de instituciones públicas de salud del nivel primario, ratifican que el programa Chile Crece Contigo, a través de sus variadas estrategias, establece relaciones de asimetría con las mujeres-madres, desde un espacio de saber-poder que restringe sus prácticas y “actuaciones” en torno a la crianza, al considerarlas como “cuerpo que constituye la extensión del cuerpo de la nación y que a su vez es carente de saberes expertos”<sup>62,63</sup> relevando a los profesionales de la salud y al conocimiento-saber hegemónico sanitario a una posición de poder<sup>62</sup>.

Ante la exigencia de abordar la problemática social y sanitaria que involucra la migración en Chile, el sistema de salud se pone a disposición, en una suerte de intermediario, para la entrega de recomendaciones, postergando la valoración individual de la crianza migrante y la reflexión propia desde bases epistemológicas interculturales, al priorizar la cobertura sanitaria en una población empíricamente vulnerable, en una suerte de protección. Es así como

se manifiesta la instrumentalización de la interculturalidad<sup>64</sup> al fomentar la adherencia de la población migrante al sistema de salud chileno, en una suerte de “captura” para facilitar el cumplimiento de metas establecidas<sup>28,65</sup>, además del férreo interés de asumir la protección de la salud de los hijos /as de madres migrantes nacidos/as en Chile, quienes por “nacer en el territorio nacional son considerados chilenos”<sup>50</sup>. Desde esta perspectiva, la interculturalidad cumple un papel funcional que tributa a los intereses de los grupos dominantes<sup>64</sup>, por cuanto para la sociedad lo importante es lo biológico, somático y corporal, como “realidad biopolítica y donde la atención sanitaria, como saber-poder, constituye una estrategia con efectos disciplinarios y regularizadores sobre los procesos biológicos de las poblaciones”<sup>66</sup> a través de la estandarización del cuidado en un modelo científico y deductivo de salud como manifestación de la deshumanización social materializada por la subordinación e invisibilización del otro<sup>67</sup>.

## UN ANÁLISIS DESDE LA INTERSECCIONALIDAD

Para interpretar las implicancias de la relación existente entre crianza y madres-migrantes, se propone un análisis crítico a partir de la teoría feminista de la interseccionalidad desde el marco interpretativo de Patricia Hill Collins y Nancy Fraser, quienes plantean a la interseccionalidad como fenómeno a través del cual las mujeres sufren opresión en base a su pertenencia a algunas categorías sociales y que en el caso de la mujer migrante corresponde a una forma profunda de segregación femenina<sup>68</sup>. En base a esta teoría, los conceptos clase, género y raza constituyen categorías que al entrecruzarse conforman redes de interferencia como clase/etnia, clase/raza, clase/género, entre otras, en donde a mayor número de interconexiones de categorías oprimidas se reproducirán también mayores espacios de “opresión y control velado” diseñados para mantener a las mujeres en un lugar de subordinación<sup>68,69</sup>.

Al vincular este sometimiento en el cuidado y crianza desplegada por las mujeres-madres migrantes, se da cuenta de una tendencia de estas mujeres de convertirse en susceptibles de ser subordinadas y/o excluidas, convirtiéndose en invisibles al postergar sus necesidades, saberes e intereses involucrados en la práctica de cuidado<sup>11,63</sup> en una relación sustentada en la dominación. En esta relación, la sociedad dominante impone sus valores y cultura a otra sociedad a través de la persuasión<sup>70,71</sup>, con “propia colaboración

de la mujer-madre” por cuanto su agenciamiento en relación a la crianza de sus hijos/as se ve mermado y postergado ya que las mujeres-madres-migrantes pierden su capacidad de defender su propio espacio y universo cultural<sup>11,63</sup>. Analizar el fenómeno de crianza de los hijos/as de madres migrantes en Chile obliga a reflexionar sobre la “resignificación del concepto hegemónico de mujer” al abordar la deconstrucción de las interconexiones de las categorías que configuran estas formas de opresión<sup>72,73</sup>, que estaría modulada por superestructuras sociales que involucra el sistema de salud y que intervienen omitiendo estos mecanismos de opresión o bien participando de manera directa<sup>68,69</sup>.

Es así como las madres migrantes latinoamericanas en Chile son despojadas de sus saberes y experiencias particulares de vida y cotidianidad, por las mismas instituciones que paradójicamente establecen sus propósitos en torno a la protección del binomio madre hijo/a migrante, al considerar a la mujer-madre-migrante como del tercer mundo y por tanto, como objeto y no como sujeto de derechos. Invisibilizan la diversidad de sus saberes y experiencias a través de la imposición de un saber-poder que oprime a las madres migrantes<sup>63,74</sup> replegándola al rol de “madre y veladora del hogar” perfilado por pautas de comportamiento en la esfera de la vida cotidiana y marcados por la impronta de un paradigma de salud e higiene en una perpetua relación de asimetría<sup>60</sup>.

La crianza de los hijos/as de madre migrante, regida por patrones culturales y sociales distintos a lo estipulado por los programas de salud vigentes, son blanco del castigo y sanción social debido a la configuración de estereotipos de algunos colectivos migrantes en relación a sus prácticas de crianza<sup>75</sup>. Su imposición, sanción y discriminación, incluso, por parte del propio personal de salud, evidencia el incumplimiento del derecho en esta área y da espacio a una compleja relación debido al desconocimiento institucional<sup>F</sup> sobre las prácticas culturales y condiciones de vida de los colectivos migrantes<sup>63,65</sup>.

Existen antecedentes que dan cuenta que esta relación de asimetría también presenta algunos matices en función a características propias de las madres migrantes vinculadas a la nacionalidad, clase social, nivel educacional y también al fenotipo, entre otras<sup>76</sup>.

En este punto tiene relevancia las distintas representaciones en el imaginario público social alrededor de la construcción del “otro/a” (migrante) como alguien diferente al “nosotros/as” (chilenos)<sup>77</sup>, en una sociedad chilena especialmente “racista, xenofóbica y discriminatoria”<sup>6,78</sup>, construida históricamente en auto representaciones elitistas como una “sociedad homogénea, culturalmente europea y excepcional en el ámbito latinoamericano”<sup>78</sup>. Estas sanciones se plasman en juicios de valor hacia las usuarias migrantes, a través de la infantilización y suposición de ignorancia de las madres-mujeres, estableciendo una relación entre el sistema de salud y la madre-mujer-migrante sustentada en la devaluación<sup>63</sup> en un espacio social en que se entrelazan la “precariedad de los medios de vida con la falta de reconocimiento cultural del migrante”<sup>38</sup>.

Para el caso de las madres haitianas existe, desde la institucionalidad sanitaria, la tendencia en atribuir patrones de crianza vinculados al desapego y cuya generalización se sustenta en los prejuicios fundados en las diferencias fenotípicas y culturales<sup>62</sup>, desde donde se construye una “teoría que explicaría sus conductas”<sup>31</sup>. Para el caso de las madres haitianas estas creencias han redundado incluso en denuncias ante organizaciones gubernamentales por supuesta “negligencia” en el cuidado de los hijos/as<sup>79</sup> convirtiendo a las madres migrantes en sujeto de sanción. En relación a las madres venezolanas existe una valoración de su mayor nivel educacional y de su demanda de información y cumplimiento de sus derechos. Sin embargo, para el caso de las madres peruanas hay antecedentes que dan cuenta de su denominación como pacientes complejas de atender por el sistema sanitario<sup>50</sup>, presunciones que a través de la estigmatización amenazan su integración social<sup>7</sup>. Es así como a través de expresiones de rechazo hacia la figura de los migrantes como “chivo expiatorio de la sociedad chilena”<sup>31</sup> se ha intentado proteger la identidad chilena ante la inserción de valores y costumbres extranjeras apelando a una relación de subordinación instalando la imagen del migrante en Chile como un “extraño amenazante”<sup>75,80</sup>.

Así, la biopolítica se transforma en un instrumento para vigilar, adiestrar y eventualmente castigar<sup>81</sup> al regular y homogeneizar la crianza de los niños/as a

F Durante la actual contingencia sanitaria, se ha presentado como tema de discusión nacional la noticia en que el recién saliente Ministro de Salud, durante su ejercicio, reconoce no tener conciencia sobre la magnitud de la pobreza y hacinamiento de la población migrante en Chile<sup>93</sup>.

través de la entrega de recomendaciones de crianza efectivas y factibles para espacios de vida estructuralmente ideales a través del borramiento de la cotidianidad y fragilidad estructural en que residen las mujeres-madres-migrantes<sup>51,73,82,83</sup>. Se concibe a las madres migrantes como meros cuerpos desprovistos de derecho, vínculos sociales y saberes propios<sup>33,82</sup>, ratificando que, en migración, “son inútiles los saberes y modos de subsistencia aprendidos”<sup>75</sup> por cuanto constituyen obstáculo para la atención de salud<sup>50</sup>, argumentando la supuesta “ignorancia de los pobres”<sup>82</sup> y dejando a cargo del Estado la regulación y limitación de decisiones individuales<sup>33</sup>. De este modo, se logra “aumentar el control médico formal y así disminuir la influencia de la medicina popular a través del descredito de un supuesto conocimiento vulgar y bárbaro”<sup>84,85</sup> relevando a los profesionales de la salud y al conocimiento-saber hegemónico sanitario a una posición de poder<sup>82,83,85</sup>.

## DISCUSIÓN

Las características y transformación del fenómeno migratorio en Chile invita a estudiar las prácticas cotidianas de crianza desplegadas por las mujeres-madres migrantes, por cuanto es en la cotidianidad en que se produce la interacción con la comunidad receptora, manteniendo y/o reproduciendo su pertenencia originaria manifestada en costumbres tradiciones. Es imperativo reflexionar la crianza migrante desde un marco interpretativo intercultural y de género para comprender el intercambio de saberes, aportando una visión desprejuiciada y desprovista de conocimientos dominantes hegemónicos reconociendo los aspectos culturales y vivenciales que signifiquen un aporte para el enriquecimiento mutuo desde una perspectiva epistemológica y experiencial para el cuidado.

Desde el posicionamiento epistémico de la cultura para la interpretación de los fenómenos de salud enfermedad, es necesario reivindicar la interculturalidad crítica desplazando su connotación funcional e instrumental valorizando la heterogeneidad de las prácticas cotidianas así como de la pobreza como determinante de la salud poblacional que determina la vulnerabilidad de los grupos migrantes en Chile como un imperativo moral para reposicionar al ser

humano como centro inspirador de un cuidado ético. En esta práctica intercultural de cuidado se imbrica el conocimiento científico (etic) y los de las madres migrantes desde su visión de mundo (emic)<sup>65,86,87</sup> relevando al binomio mujer-madre hijo/a migrante como sujeto de cuidado único, particular e irreplicable.

Desde la interseccionalidad es indispensable identificar y concientizar respecto a los núcleos de exclusión en que las madres migrantes en Chile viven su cotidianidad y a su vez, eliminar la reproducción de prácticas que subordinan la autonomía de la mujer-madre migrante en el contexto de los flujos migratorios internacionales. Esto estaría explicado por la existencia de patrones institucionalizados de valor cultural que, por una parte, sitúan a las mujeres en un espacio subordinado y por otro lado relega especialmente a las mujeres-madres migrantes dada su ocupación simultánea de distintos espacios sociales que individualmente constituyen espacios de discriminación (tales como la condición de migrante, raza, clase social) y que al atomizarse en una sola mujer-madre la hacen proclive a ser subordinada de manera significativa.

Para su reivindicación, es necesario abandonar la concepción de las mujeres-madres-migrantes como “pacientes”, respetando sus saberes propios y aprendidos en su trayectoria migratoria y abordando las desigualdades económicas que desencadenan precariedad y discriminación, con el fin de establecer relaciones simétricas entre mujeres-madres-migrantes activas y opinantes ante las instituciones con la que cotidianamente interactúa con ocasión de la crianza de sus hijos/as, dentro de las que se incluyen los establecimientos educacionales y de salud.

---

El artículo presentado corresponde a resultados parciales de una investigación mayor correspondiente a la Tesis Doctoral titulada “Prácticas culturales vinculados al proceso de crianza de los hijos e hijas de madre migrante latinoamericana en Chile: una aproximación intercultural desde la cotidianidad” para optar al grado académico de Doctora en Estudios Americanos especialidad Estudios Sociales y Políticos de la Universidad de Santiago de Chile  
Conflicto de interés: No existe.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arango J. Europa y la inmigración: una relación difícil. En *Flujos y redes migratorias contemporáneas*; 2004.
2. Lacomba J. Teorías y prácticas de la inmigración. De los modelos explicativos a los relatos y proyectos migratorios. *Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. 2001; 94(11).
3. INE (Chile). Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2020. Informe de resultados: desagregación regional y comunal., Departamento de Extranjería y Migraciones (DEM); 2021.
4. Stefoni C. Programa Interdisciplinario de estudios migratorios. [Internet]; 2011.
5. Vásquez de KR, Castillo C. Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago. *Revista Chilena de Pediatría*. 2012;(83): p. 359-363.
6. Tijoux ME. Negando al "otro": El constante sufrimiento de los inmigrantes peruanos en Chile. En: Stefoni C, editor. *Mujeres inmigrantes en Chile. ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos?*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2012. p. 17-41.
7. Imilan W, Márquez F, Stefoni C. Introducción. En: Imilan W, Marquez F, Stefoni C, editors. *Rutas migrantes en Chile. Habitar, festejar y trabajar*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2015. p. 17-32.
8. Stefoni C, Stang F. La construcción del campo de estudio de las migraciones en Chile: notas de un ejercicio reflexivo y autocrítico. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*. 2017 agosto;(58).
9. INE (Chile). Estimación de personas extranjeras extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre 2019: informe técnico [Internet]. Santiago, INE; 2021 [citado en septiembre 2021]. Disponible en: [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-2019-metodolog%C3%ADa.pdf?sfvrsn=5b145256\\_6](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-2019-metodolog%C3%ADa.pdf?sfvrsn=5b145256_6)
10. Glenn N. Forced to care: coercion and Caregiving in America. En: Gonzalez H. *Los cuidados en la migración transnacional: una categoría de análisis social y política*. Berkeley, CA: University Press Books; 2012.
11. Izquierdo MJ. El cuidado de los individuos y de los grupos ¿quién cuida a quién? *Organización social y género. Debate feminista*. 2004;(30).
12. Sri Mata A. El despertar de la maternidad universal. *Polis*. Agosto 2006; (14):1-12.
13. Santamaría E. La incógnita del extraño. Una aproximación sociológica a la "inmigración no comunitaria". Rubí, Barcelona: Anthropos; 2002.
14. Peralta E MV, Fujimoto G. La atención integral de la primera infancia en América Latina: ejes centrales y los desafíos para el siglo XXI Santiago; 1998.
15. Peñaranda F. La crianza como complejo histórico, socio-cultural y ontológico: una aproximación sobre educación en salud. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*. 2011; 2(9):945-956.
16. Acuña D, Castañeda M, Peñaloza C, Vega C. Narrativas maternas transformaciones de género y nudos exploratorios sobre las mujeres. *Iberoamérica Social IV*; 2015.
17. Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 2003.
18. Chile. Ministerio de Desarrollo Social. Informe de Desarrollo Social 2015. [Internet]. [Chile]: Ministerio de Desarrollo Social; 2015 [citado 2021 septiembre 12]. Disponible en: [https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe\\_de\\_Developmento\\_Social\\_2015.pdf](https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Developmento_Social_2015.pdf)
19. Valenzuela P, Moore R. *Pediatría Ambulatoria: un enfoque integral*. Santiago: Ediciones UC; 2011. 58 p.
20. Kaempffer A, Medina E. Mortalidad infantil reciente en Chile: éxitos y desafíos. *Rev Chil Pediatr*. 2006 octubre; 77(5): 492-500.
21. Jiménez de la Jara J. Cambios y horizontes para la pediatría del siglo XXI en América Latina. En: Meneghello J. *Pediatría. Parte I Pediatría integral, familia y comunidad*. 6a. ed.: Editorial Medica Panamericana; 2013. p. 7-11.
22. Organización Mundial de la Salud [Internet]. WHO, 2020 [citado 2021 octubre 10]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
23. Foucault M. Espacios y clases. En *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo veintiuno editores, s.a. de c.v.; 2001.
24. Riedemann A. Sobre las implicancias de desarrollar en Chile una educación intercultural acorde a la multicultural sociedad actual. En Erazo X, Esponda J, Yaksic M, editores. *Migración y derechos humanos: mediación social intercultural en el ámbito local*. Santiago: LOM; 2016. p. 115-130.
25. Vicencio T. Prácticas barriales en un espacio intercultural. En: Imilan W, Márquez F, Stefoni C. *Rutas migrantes en*

- Chile. habitar, festejar y trabajar.: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2015. p. 85.
26. Brogna P. Investigación social sobre discapacidad y otredad. En: Canales M. Investigación social. Lenguajes de diseño. Santiago: LOM; 2015. p. 159-160.
27. Faundez A. [www.sistemaspublicos.cl](http://www.sistemaspublicos.cl). [Internet]. 1997 [citado 2020 septiembre 22]. Disponible en: <http://www.sistemaspublicos.cl/wp-content/uploads/2017/04/CASO15.pdf>
28. Calquín C. Metáforas de la identidad en un sistema de atención sanitaria de la infancia en Chile: entre la naturaleza y el capital humano. *Musas*. 2020; 5(2):44-59.
29. Zúñiga Y. Cuerpo, Género y Derecho. Apuntes para una teoría crítica de las relaciones entre cuerpo, poder y subjetividad. *Ius et praxis*. 2018 diciembre; 24(3):209-254.
30. Imilan W, Garcés A, Margarit D. Introducción. Flujos migratorios, redes y etnificaciones étnicas. En: Poblaciones en movimiento. Etnificación de la ciudad, redes e integración. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2014. p. 19-38.
31. Thayer LE. Migrantes en Chile. una aproximación a su condición social y a algunos elementos para entender la subjetividad. En: Erazo X, Esponda J, Yaksic M, editores. Migración y derechos humanos: mediación social intercultural en el ámbito local. Santiago: LOM; 2016. p. 71-98.
32. Díaz-Barriga F, García S, Correa L. Prevención de riesgos en poblaciones vulnerables. In Galvao LA, Finkelman J, Henao S. Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington D.C.: McGraw-Hill Interamericana OPS; 2010.
33. Kottow M. Bioética en Salud Pública: una mirada latinoamericana Santiago: Editorial Universitaria; 2014.
34. Cabieses B, Bernal M, McIntyre A. La migración internacional como determinante de la salud poblacional en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo; 2017.
35. Sen A. La agencia de las mujeres y el cambio social. En: Amartya S. Desarrollo y libertad. 11a ed. Bogotá: Planeta; 2012.
36. Pieper J. Salvar vidas y gestar la modernidad. En: Zarate MS. Por la salud el cuerpo. Historias y políticas sanitarias en Chile. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2012.
37. Vasilachis de Gialdino I. La investigación cualitativa. En: Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2007. p. 23-60.
38. Skewes J. Presentación. Movimiento de personas, movimiento de cosas. En: Imilan W, Garcés A, Margarit D. Poblaciones en movimiento. Etnificación de la ciudad, redes e integración. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2014. p. 11-17.
39. Cuadron A, Samper M. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. *Anales de Pediatría*. 2013;79(5):312-318.
40. Galaz C. Contextos locales y diversidad sociocultural: oportunidad para el reconocimiento y la participación efectiva. En: Erazo X, Esponda J, Yaksic M, editores. Migración y derechos humanos: mediación social intercultural en el ámbito local. Santiago: LOM; 2016. p. 213-231.
41. Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkula N, Pedrero V, et al. Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Rev Chil Pediatr*. 2017; 88(6): 707-716.
42. González H. Los cuidados en la migración transnacional. Una categoría de análisis social y política. *SUR* 24. 2016; 13(24):43-52.
43. Stefoni C. Perfil Migratorio de Chile. [Internet]. Buenos Aires: OIM; 2011 [citado 2020 septiembre 12]. Disponible en: <https://www.red-iam.org/sites/default/files/2021-01/Perfil%20Migratorio%20Chile.pdf>
44. Tito Pizarro Quevedo, Iribarne Wiff J, Fernández Benítez A, Rojas Bagnara V, Padilla Rubio C, Novoa Carrasco J, eds. Política de Salud de Migrantes Internacionales [Internet]. Chile: MINSAL; 2017 [citado 2021 enero 07]. Disponible en: <https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3633>
45. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Medica Peruana*. 2011; 4:237-241.
46. Allende S. Realidad Médico-Social Chilena. Chile. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social; 1939.
47. Ferrer B, Vitoria I. La alimentación del niño inmigrante. Riesgos y carencias nutricionales. *Pediátrica. Acta de Pediatría Española*. 2015; 70(4): p. 147-154.
48. Cayemittes M, Fatuma Busangu M, de Dieu Bizimana J, Barrère B, Sévère B, Cayemittes V, Charles E. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2012 [Internet]. Calverton, Maryland, USA : MSPP, IHE et ICF International; 2013. [citado en enero 2022]

- Disponible en: <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/EMMUS%20V%20document%20final.pdf>
49. Lateria A, Ayoya M, Beauliere JM, M´mbakwa B. Infant and young child feeding in four departments in Haiti: mixed-method study on prevalence of recommended practices and related attitudes, beliefs, and other determinants. *Rev Panam Salud Publica*. 2014 Nov;36(5):306-13.
  50. Núñez L. Necesidades de las mujeres migrantes y la oferta de atención de salud reproductiva. Discrepancias y distancias de una relación no resuelta. En: Stefoni C. *Mujeres inmigrantes en Chile*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2012. p. 255-257.
  51. Marco F. Regulando la calidad construimos igualdad. Normas para el cuidado y la educación inicial en América Latina. En: Gonzalvez H. *Diversidades familiares, cuidados y migración*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2015.
  52. Jiménez de la Jara J, Torres M, Salcedo R. La ciudad desde los determinantes de la salud. En Galvao L, Finkelman J, Henao S. *Determinantes ambientales y sociales de la salud*. Washington D.C.: McGraw-Hill OPS; 2010.
  53. Sepúlveda O. El espacio en la vivienda social y calidad de vida. *INVI*. 1986; 1(2): 10-34.
  54. Lentini M, Palero D. El hacinamiento: la dimensión no visible del déficit habitacional. *INVI*. 1997 agosto; 12(31):23-32.
  55. Correa S. Historia del siglo XX chileno. In Molina C. *Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989*. Santiago: LOM; 2001.
  56. Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación de la red 2019 [Internet]. MINSAL; 2019 [citado 2020 julio 5]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-de-la-red-2019/>
  57. [crececontigo.gob.cl](https://www.crececontigo.gob.cl) [Internet]. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social; [citado 2020 mayo 23]. Disponible en: <https://www.crececontigo.gob.cl/>
  58. Garrido MJ. Antropología de la Infancia y Etnopediatria. *ETNICEX Revista de estudios etnográficos*. 2013; 5: p. 53-63.
  59. Palominos S. Racismo, inmigración y políticas culturales. La subordinación racializada de las comunidades inmigrantes como principio de la construcción de la identidad chilena. En Tijoux ME, editor. *Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración*. Santiago: Editorial Universitaria; 2016. p. 187-212.
  60. Orellana T. Estereotipos femeninos de salud y belleza en Chile a través del género magazine: *Revista Familia (1910-1928)*. En Araya C, Leyton C, López M. *República de la salud. Fundación y ruinas de un país sanitario, siglos XIX y XX*. Santiago: Ocho libros; 2016.
  61. Tadeau R. Agners Heller, cotidianidad e individualidad: fundamentos para la conciencia ética y política del ser social. *Trabajo Social*. 2015; 17: p. 131-144.
  62. Calquín C. De madres a expertos: la psicología de la posguerra y el disciplinamiento de los cuidados maternos. *SUMMA Psicológica UST*. 2013; 1(10): p. 119-129.
  63. Magaña I, Calquín C, Silva S, García M. Diversidad Familiar, Relaciones de Género y Producción de Cuidados en Salud en Modelo en Salud Familiar: Análisis de caso de un CESFAM de la Región Metropolitana. *Terapia Psicológica*. 2011; 29(1): p. 33-42.
  64. Walsh C. Interculturalidad crítica y educación intercultural. 2009. p. 1-18.
  65. Sáez M. La práctica de la interculturalidad en salud: El caso de Chile. En Campos-Navarro R. *Antropología medica e interculturalidad*. México: Mc Graw-Hill Educación; 2016. p. 438.
  66. Foucault M. Historia de la Medicalización. En *Control, ley, medicalización. Conferencias de Michel Foucault en Brasil.*: Hiparquia; 1974. p. 128-154.
  67. Weber M. *Economía y sociedad México*; 1997.
  68. Santibáñez D. La interseccionalidad en el feminismo negro de Patricia Collins. *Resonancias. Revista de Filosofía*. 2018 ; (4): p. 49-58.
  69. Hill Collins P. Black Feminist Thought. En Santibáñez D. El concepto de interseccionalidad en el feminismo negro de Patricia Collins.: *Resonancias. Revista de Filosofía*; 2000.
  70. Schiller HI. Cultura de masas e imperialismo yanqui. En Segovia A. *Treinta años de economía política de la comunicación: las aportaciones de Herbert I. Schiller*; 1976.
  71. Fraser N. La política feminista en la era del reconocimiento: un enfoque bidimensional de la justicia de género. *Arenal*. 2012 Julio-Diciembre; 2(19).
  72. Jabardo M. Feminismos negros. Una antología. En Santibáñez D. El concepto de interseccionalidad en el feminismo negro de Patricia Collins.: *Resonancias. Revista de Filosofía*; 2018.
  73. Baeza B, Azenberg L, Barría C. *Cultura y salud migratoria:*

- miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres bolivianas. Si somos americanos. *Revista de estudios fronterizos*. 2019 enero-Junio; XIX (1): p. 43-66.
74. Couriel O. Descolonizando el feminismo: una perspectiva desde América Latina y el Caribe. [Internet].; 2009.
75. Márquez F, Correa JJ. Migración y des-arraigo. En Imilan W, Márquez F, Stefoni c. *Rutas migrantes en Chile. habitar, festejar y trabajar*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2015. p. 57.
76. Stefoni C. La nacionalidad y el color de piel en la racialización del extranjero. Migrantes como buenos trabajadores en el sector de la construcción. En Tijoux ME, editor. *Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración*. Santiago: Editorial Universitaria; 2016. p. 65-75.
77. Scozia C, Leiva C, Garrido N, Álvarez A. Barreras interracionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. *Revista Sociedad y Equidad*. 2014 enero;(6).
78. Correa J. La inmigración como “problema” o el resurgir de la raza. *Racismo general, racismo cotidiano y su papel en la conformación de la nación*. En Tijoux ME, editor. *Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración*. Santiago: Editorial Universitaria; 2016. p. 35-47.
79. TVV. La historia de la ciudadana haitiana que murió tras ser acusada de abandonar a su hija. [Internet]. 2017 [citado 07 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.24horas.cl/nacional/la-historia-de-la-ciudadana-haitiana-que-murio-tras-ser-acusada-de-abandonar-a-su-hija--2523377>
80. Duarte S. Dialogo intercultural y convivencia. En Erazo X, Esponda J, Yaksic M, editores. *Migración y derechos humanos: mediación social intercultural en el ámbito local*. Santiago: LOM; 2016. p. 233-244.
81. Foucault M. Defender la Sociedad. En Araya C, Leyton C, López M. *Republica de la Salud. Fundación y ruinas de un país sanitario Chile siglos XIX y XX*. Santiago: Ocho Libros; 2006.
82. Araujo K. La experiencia social cotidiana. En *Habitar lo social*. Santiago: LOM; 2009. p. 89.
83. Calquín C. De madres a expertos: la psicología de la posguerra y el disciplinamiento de los cuidados maternos. *SUMMA Psicológica UST*. 2013; 1(10): p. 119-129.
84. Zarate MS. *Dar a luz en Chile, siglo XIX*. Segunda ed. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2008.
85. Ávila M. Ente policía y política. Derivas de un concepto filosófico. En Yuing T, Karmy R. *Biopolíticas, gobierno y salud pública*. Santiago: Ocho Libros; 2014. p. 78-87.
86. Leininger M. *Transcultural Nursing: Concepts, theories, research & practice* New York: Mc Graw Hill; 2002.
87. Díaz L. El conocimiento medico: enfermedad, padecimiento, clínica y cosmovisión. En Campos-Navarro C. *Antropología médica e intercultural*. México: McGraw-Hill; 2016.
88. INE (Chile). INE. Instituto Nacional de Estadísticas [Internet]. Santiago: INE; 2018 [citado 2019 septiembre 27]. Disponible en: [https://www.ine.cl/docs/default-source/demogr%3%a1ficas-y-vitales/inmigraci%3%b3n/s%3%adntesis.pdf?sfvrsn=795659d2\\_4](https://www.ine.cl/docs/default-source/demogr%3%a1ficas-y-vitales/inmigraci%3%b3n/s%3%adntesis.pdf?sfvrsn=795659d2_4).
89. Chile. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Informe de Desarrollo Social. [Internet].; 2020 [cited 2020 enero 07]. Disponible en: [http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe\\_de\\_Developmental\\_Social\\_2019.pdf](http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Developmental_Social_2019.pdf) 90.
90. Peralta V. *Vecindad, intimidad y fusión de reciprocidades* Puebla: PyV; 1998.
91. Rivas AM. Revisitando el parentesco: ¿sigue siendo la sangre más espesa que el agua? Nuevas formas de parentesco y familia. En Gonzalvez H. *Diversidades familiares, cuidado y migración. Nuevos enfoques y nuevos dilemas*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2015. p. 39-68.
92. Simmel G. El extranjero. En *Sobre la individualidad y las formas sociales*. Buenos Aires: Editorial Universidad Nacional de Quilmes; 1986.
93. t13.cl. Mañalich reconoce que “no tenía conciencia” de la magnitud de la pobreza y hacinamiento en Chile [Internet]. 2020 [cited 2020 enero 07]. Disponible en: <https://www.t13.cl/noticia/nacional/manalich-pobreza-hacinamiento-covid-19-28-05-2020>