

“Le quita el pecho a su hijo y se va a trabajar”: estereotipos de indianidad y violencias históricas en la percepción de equipos de salud sobre la maternidad de migrantes bolivianas en Chile*

Alejandra Carreño Calderón

Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Marjorie Murray

Pontificia Universidad Católica de Chile

<https://doi.org/10.7440/antipoda62.2026.02>

Cómo citar este artículo: Carreño Calderón, Alejandra y Marjorie Murray. 2026. “Le quita el pecho a su hijo y se va a trabajar”: estereotipos de indianidad y violencias históricas en la percepción de equipos de salud sobre la maternidad de migrantes bolivianas en Chile”. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 62: 25-46. <https://doi.org/10.7440/antipoda62.2026.02>

Recibido: 2 de agosto de 2025; aceptado: 10 de octubre de 2025; modificado: 10 de noviembre de 2025.

Resumen: la migración femenina ha sido crecientemente visibilizada en los estudios migratorios. Sin embargo, poco se ha indagado en las experiencias de maternidad de mujeres bolivianas que se desenvuelven en ámbitos masculinizados como el sector agrícola y el comercio. Así, este artículo se basó en una investigación que exploró las experiencias de cuidado maternoinfantil tanto de equipos de salud como de adultos migrantes que ingresaron a Chile por paso no habilitado y que estaban a cargo de niños, niñas y adolescentes en contexto de pandemia. Pretende reflexionar sobre la forma como en el espacio terapéutico se reproducen violencias históricas a través de la articulación de estereotipos de indianidad observables en la percepción de la maternidad de migrantes bolivianas por parte de equipos de salud. La información se recabó mediante un estudio cualitativo multisituado realizado entre 2022-2024, que

* El artículo es resultado del proyecto Fondecyt 11220813 “Infancia y frontera: experiencias de movilidad, salud y cuidado de niños, niñas y adolescentes (nna) que han atravesado la frontera norte de Chile por paso no habilitado en contexto de crisis sanitaria”. Así como del proyecto Fonis A24I0033 “Barreras y facilitadores de acceso y uso de los servicios de atención primaria en adolescentes migrantes de la región metropolitana: generando soluciones participativas para la incorporación del enfoque de interculturalidad”. La participación de MJ fue posible gracias a los proyectos Viodemos ICS2019_025 y CIIR 1523A0003. El estudio del que provienen los datos fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo, Chile. Además, cumple con los criterios de consentimiento informado, voluntariedad y confidencialidad que se aplican en la investigación con seres humanos.

contó con la participación de 19 adultos migrantes, 14 miembros de ONG dedicadas al tema migratorio y 15 miembros de equipos de salud de las regiones de Tarapacá, Arica, Antofagasta, Santiago y O'Higgins, con quienes se realizaron entrevistas en profundidad y corpocartografías. Así, la histórica consideración de la movilidad femenina aymara como transgresión a las fronteras del Estado-nación chileno es revisitada en el espacio terapéutico, en el cual aspectos íntimos de la maternidad de las mujeres migrantes son objeto de tensiones y juicios que posicionan a estos sujetos, su movilidad y su maternidad en los límites de la negligencia. El artículo sostiene que los estereotipos que recaen sobre estas mujeres bolivianas, más allá de ser formas de discriminación o maltrato, se articulan con un orden social fundado a partir del posicionamiento de la figura del indígena como opuesta al proyecto civilizatorio, lo que demuestra la vitalidad de jerarquías racializadas que se remontan a la formación de los Estados nacionales y que son reproducidas por actores institucionales en el actual escenario migratorio sudamericano.

Palabras clave: Andes, maternidad, migración, racismo, salud de poblaciones indígenas, violencia.

26

■ **“She Stops Breastfeeding Her Child and Goes to Work”: Stereotypes of Indigeneity and Historical Violence in Health Teams’ Perceptions of Bolivian Migrant Motherhood in Chile**

Abstract: Although the migration of women has gained increasing visibility in migration studies, little attention has been paid to the maternal experiences of Bolivian women who work in masculinized sectors such as agriculture and commerce. This article draws on research that explored maternal and child care practices among both health teams and migrant adults who entered Chile through irregular border crossings and were responsible for children and adolescents during the pandemic. The study examines how historical forms of violence are reproduced in therapeutic settings through the ways stereotypes of indigeneity shape health teams’ perceptions of Bolivian migrant motherhood. The study is based on multisited qualitative research carried out between 2022 and 2024, involving 19 migrant adults, 14 members of NGOs focused on migration, and 15 health-team members in Tarapacá, Arica, Antofagasta, Santiago, and O'Higgins. In-depth interviews and body-mapping exercises were conducted with all participants. Within this context, the long-standing perception of Aymara women’s mobility as a transgression of the Chilean nation-state’s borders reappears in the therapeutic sphere, where intimate aspects of migrant women’s mothering become subject to tensions and judgments that position these women—their mobility and their maternity—at the threshold of negligence. The article argues that the stereotypes imposed on these Bolivian women are not merely expressions

of discrimination or mistreatment; they are linked to a broader social order anchored in the construction of the Indigenous figure as the antithesis of the civilizing project. This reveals the ongoing force of racialized hierarchies that date back to the formation of the nation-state and that continue to be reproduced by institutional actors in the current landscape of South American migration.

Keywords: Andes, Indigenous population health, migration, motherhood, racism, violence.

“Ela tira o filho do seio e vai trabalhar”: estereótipos de indianidade e violências históricas na percepção das equipes de saúde sobre a maternidade de migrantes bolivianas no Chile

Resumo: a migração feminina tem sido cada vez mais visível nos estudos sobre migração. No entanto, pouco foi investigado sobre as experiências de maternidade de mulheres bolivianas que trabalham em contextos masculinizados, como a agricultura e o comércio. Assim, este artigo se baseou em pesquisas que exploraram as experiências de cuidados maternos e infantis tanto de equipes de saúde quanto de adultos migrantes que entraram no Chile de forma não autorizada e que eram responsáveis por crianças e adolescentes no contexto da pandemia. O objetivo é refletir sobre a maneira como violências históricas são reproduzidas no espaço terapêutico por meio da articulação de estereótipos de indianidade observáveis na percepção da maternidade de migrantes bolivianas por parte das equipes de saúde. As informações foram coletadas mediante um estudo qualitativo multilocal realizado entre 2022 e 2024, com a participação de 19 migrantes adultos, 14 membros de ONGs dedicadas a questões migratórias e 15 membros de equipes de saúde das regiões de Tarapacá, Arica, Antofagasta, Santiago e O’Higgins, com quem foram conduzidas entrevistas aprofundadas e corpocartografias. Assim, a consideração histórica da mobilidade feminina aymara como uma transgressão das fronteiras do Estado-nação chileno é revisitada no espaço terapêutico, no qual aspectos íntimos da maternidade das mulheres migrantes são objeto de tensões e julgamentos que posicionam esses sujeitos, sua mobilidade e sua maternidade nos limites da negligência. O artigo argumenta que os estereótipos que recaem sobre essas mulheres bolivianas, além de serem formas de discriminação ou maus-tratos, são articulados com uma ordem social fundada no posicionamento da figura do indígena em oposição ao projeto civilizatório, o que demonstra a vitalidade das hierarquias racializadas que remontam à formação dos Estados nacionais e que são reproduzidas por atores institucionais no atual cenário migratório sul-americano.

Palavras-chave: Andes, maternidade, migração, racismo, saúde das populações indígenas, violência.

El protagonismo que las mujeres han adquirido en las trayectorias migratorias que atraviesan Latinoamérica ha sido constatado por diversas investigaciones regionales (Guizardi, González y Stefoni 2018). Si bien aún en Chile el promedio de migrantes hombres es mayor que el de mujeres (50,8%) (SJM [Servicio Jesuita Migrante] 2024), en el caso de colectivos específicos como el boliviano, se observa que la presencia de mujeres asciende al 52,4% y que además se trata de una migración joven (con edades entre los 25 y 34 años, según el Servicio Nacional de Migraciones [Sernmig] 2024). Las migraciones de estas mujeres han sido caracterizadas como parte de circuitos de movilidad transfronteriza que no son nuevos en la zona norte de Chile, pues responden a las consecuencias de la anexión a Chile de las regiones de Antofagasta y Tarapacá, con el fin de la guerra del Pacífico (1879). Desde entonces, el ejercicio histórico de la translocalidad que conecta diversos pisos ecológicos ha sido protagonizado por migrantes indígenas de las tres nacionalidades: chilena, peruana y boliviana (Albó 2000). Con su territorio fragmentado por fronteras trinacionales, estas comunidades continuaron ejerciendo circuitos de movilidad circular y de inserción urbana que les permitieron integrar nuevos espacios a sus prácticas de movilidad (Carreño 2018a). Hoy en día las regiones del norte de Chile concentran casi el 60% de la población migrante boliviana, aunque también se observa un aumento de su presencia en regiones céntricas, impulsada por la oferta laboral proveniente del sector de comercio y trabajo agrícola (Sernmig 2024).

Un estudio reciente que analizó la situación de niñeces y adolescencias migrantes (Minsal-CeSGI 2023) constató que las regiones en que se concentra la migración boliviana son a su vez aquellas que reúnen el mayor número de niñas, niños y adolescentes (NNA) migrantes pertenecientes a un grupo indígena, quienes además presentan mayores índices de ruralidad que los NNA migrantes de otras regiones. En consecuencia, la migración boliviana es una migración joven, feminizada, con mayor pertenencia a pueblos originarios que otros colectivos, concentrada en los territorios del norte, pero también en desplazamiento hacia el centro-sur del país.

Todas estas características han generado efectos en los modos de estudiar las migraciones de mujeres bolivianas en Chile, quienes han sido identificadas como parte de las cadenas globales de cuidado (Hochschild 2000) que las han insertado principalmente en labores de trabajo doméstico (Leiva, Mansilla y Comelin 2017; Leiva-Gómez 2015). Las migraciones de estas mujeres son producto de una serie de prácticas sociales fronterizas de tipo productivo y reproductivo, que pueden dar lugar a establecimientos de largo plazo o a una constante migración circular (Tapia y Ramos 2013). A ello se suman registros recientes sobre su participación en comercio, pues aprovechan la existencia de ferias transnacionales, y en trabajo agrícola en los valles situados en zonas rurales del norte y el centro del país (Garcés, Moraga y Maureira 2016; Mansilla-Aguilera 2025).

Diversas experiencias de violencia y obligaciones vinculadas al cuidado han sido identificadas como motivaciones que impulsan estas migraciones. Quiebres en

las relaciones de pareja, violencia física o psicológica, separaciones o fallecimientos las obligan a asumir el papel de únicas proveedoras de la familia, lo que impulsa su migración hacia Chile (Guizardi *et al.* 2025). Sin embargo, se ha tendido a reducir los circuitos de violencia que viven las mujeres migrantes a la dimensión interaccional de la violencia, es decir, la violencia directa, el maltrato psíquico o físico ejecutado ya sea por parejas, familiares o personas afectivamente significativas, o también a nivel institucional, por agentes de distintos ámbitos (salud, policía, aduana, etc.) que reproducen formas de violencia simbólica traducidas en maltrato, discrecionalidad en el acceso a derechos, etc. (Zepeda y González 2019).

Si bien tanto la violencia simbólica como la interaccional están presentes en las múltiples formas en que se experimenta la violencia cotidiana y la violencia estructural (Galtung 1969), consideramos que no han sido suficientemente explorados los vínculos históricos de estas formas de violencia y su articulación con la formación de estereotipos de indianidad. En efecto, estos estereotipos, que surgen durante el periodo colonial, pasan a ser luego institucionalizados en el relato fundacional de los Estados-nacionales y posteriormente son reelaborados en la era del indio permitido (Hale 2004) y reactualizados en los espacios de salud en el contexto migratorio de hoy en día. Así, el espacio terapéutico, un “espía privilegiado” de las condiciones y contradicciones de los sistemas sociales (Menéndez 1988, 109), permite observar la aplicación de normas de control de comportamiento que se asocian discursivamente con lo saludable y lo normal y que están basadas en la reproducción de un orden social y racialmente jerarquizado.

Bajo estas premisas, el presente artículo reflexiona sobre las formas en que en el espacio terapéutico se reproducen violencias históricas que se remontan a la fundación del Estado-nación chileno y su imposición en territorio andino, a través de la rearticulación de estereotipos de indianidad que son observables en la percepción de la maternidad que tienen equipos de salud en Chile sobre migrantes bolivianas usuarias de sus servicios. Los resultados son parte de un proyecto de investigación mayor que buscó indagar sobre la percepción de NNA, equipos de salud y adultos migrantes que ingresaron por paso no habilitado (PNH) en contexto de pandemia sobre temas de cuidado y salud. El artículo revisará, primero, los aspectos que conforman los estereotipos de indianidad y su relación con las violencias históricas que trazan la frontera norte de Chile, para luego pasar a analizar las percepciones de los equipos de salud y las formas en que estas dialogan con la reproducción de un orden social racializado en el que las maternidades de grupos subalternos son puestas en los límites de la desviación y la negligencia.

Violencias históricas y estereotipos de indianidad en el espacio terapéutico

Las disciplinas médicas y de la psique, fundadas en el periodo que da origen a la organización moderna del poder bajo la figura del Estado-nación, han pretendido poseer una neutralidad histórica y cultural que resta importancia a los sistemas político-económicos que las sostienen (Foucault 2005). La construcción del individuo moderno, como entidad que inicia y termina en la materialidad del cuerpo, responde a un saber biomédico occidental que participa de la configuración del poder propia del Estado y que establece relaciones precisas con el orden colonial que lo soporta. La relación entre Estado-nación y hegemonía del saber biomédico ha sido develada con amplitud en la obra de Foucault y sus sucesivas aplicaciones en el campo de la antropología médica crítica. Gracias a estas contribuciones, la dimensión política del proceso salud-enfermedad-atención se ha puesto en evidencia con el argumento de que, en el proceso de asunción del poder biomédico, los signos y síntomas dejan de ser cosas en sí mismas: no son objetos biológicos ni físicos, sino que son “signos de relaciones sociales disfrazadas como cosas naturales, ocultando sus orígenes en la reciprocidad humana” (Taussig 1995, 107). Dentro del sistema mundo que surge como consecuencia de la fundación del orden social contemporáneo, las relaciones sociales adquieren una pretensión de objetividad que, a través del lenguaje médico/psicológico, esconde violencias históricas y reproduce jerarquías raciales que rigen el orden político contemporáneo.

Una de las críticas que recibió Foucault en este respecto se relaciona con el silencio que el autor mantuvo en torno a la relación entre saber-poder biomédico y la extensión de la racionalidad colonialista que caracteriza la modernidad. En respuesta a ello, algunos autores (Fanon 1959; Menéndez 1971) han mostrado los íntimos vínculos entre el proyecto colonial y la hegemonía del saber médico científico occidental, a través de lo que Foucault describió como una prodigiosa máquina destinada a la producción de la exclusión (Foucault 1984), es decir, un mecanismo de reproducción de las jerarquías sociales y raciales que se esconde bajo la idea de objetividad de la ciencia y que de manera persistente actúa a través de sus verdades científicas contra el sujeto colonizado (Fanon 1959).

En los Andes el diálogo entre ciencia médica y sujeto indígena está trazado por la fragmentación del territorio andino como consecuencia de la formación de los Estados nacionales. A pesar de que aún no se ha estudiado lo suficiente la influencia de la naciente medicina científica sobre la reificación de los estereotipos que rodean cuerpo y mente indígenas, los trabajos de Marisol de la Cadena (2007, 2004) muestran la temprana aparición de descripciones que hacen de este sujeto hito fundamental del proyecto civilizatorio: un sujeto atemporal e inmóvil, prerracional, sumergido en tiempos precolombinos y anclado en el lejano altiplano. Al igual que su geografía, el indígena es descrito a través de una psicología que retrata emociones y comportamientos que se oponen a los idearios de modernidad. Con el paso del

tiempo, estos estereotipos de indianidad van apareciendo en el lenguaje psiquiátrico y médico, en el que los indígenas se caracterizan como “afectados negativamente por la ciudad” (2004, 219), “proclives al llanto y la tristeza”, “propensos a la depresión”, “con ansias de fuga” (Hollweg 2003, 5).

La objetivación de estereotipos de indianidad en el lenguaje científico trasciende los años iniciales de la formación del Estado-nación y continúa su acción mediante las diversas formas de violencia que se despliegan en las zonas transfronterizas como parte de las campañas de chilenización inauguradas con su anexión a Chile (1883-1929). Como diversos historiadores han constatado (Díaz, Galdames y Ruz 2013; González 2002), este proceso se caracteriza por la perpetración de estrategias orientadas a eliminar el factor indígena/extranjero presente en la población que permaneció habitando las comunidades anexadas, con el fin de fortalecer la soberanía y reducir el riesgo de futuras disputas fronterizas. También implicó la criminalización de la cultura andina a través de múltiples violencias, incluyendo tanto la simbólica —prohibición del uso de las lenguas indígenas, de vestimentas y tradiciones andinas, sustitución de cultos religiosos, etc.— como la física —desplazamiento forzado y encarcelamiento de personas por promover sentimientos antichilenos—. La historiografía local (González 2002) ha mostrado que el siglo XX en los Andes se caracterizó por una transición desde las políticas de chilenización que esperaban erradicar el factor indígena por considerarlo antinacional hacia la introducción del paradigma del multiculturalismo neoliberal o la llamada era del indio permitido (Hale 2004), en la que el Estado define los contornos de lo reconocible y reivindicable como indígena. En este contexto, las mujeres indígenas han sido objetos clave de esta forma de gubernamentalidad, en tanto lo que se gobierna son los aspectos cotidianos de la vida, la gestión de la salud, del cuerpo, del cuidado y la racionalidad de sus decisiones (Richards 2007).

¿Qué pasa, entonces, cuando las maternidades son ejercidas por mujeres que se salen de los límites del indio permitido, sobrepasando incluso los límites de lo nacional?, ¿cómo se aborda desde las instituciones sanitarias la maternidad de mujeres que migran, crían, trabajan y se desplazan transgrediendo el orden de la movilidad permitida? La maternidad de mujeres que son identificadas al mismo tiempo como migrantes e indígenas parece ser un espacio propicio para develar el vigor de los estereotipos que se aplican sobre el sujeto indígena y su profunda vinculación con una historia de exclusiones y violencias silenciosas que se entrelazan en las lógicas de cuidado y control propias del espacio terapéutico y que repercuten en los nuevos escenarios migratorios que se configuran en nuestro continente.

El estudio

Los resultados que aquí compartimos son parte de una investigación cualitativa realizada durante los años de pospandemia (2022-2024), periodo en el cual se registró un notorio incremento en los ingresos por pasos no habilitados en todo el Cono Sur. Muchos de los núcleos en desplazamiento estaban compuestos por mujeres

que migraban con NNA, quienes enfrentaron los efectos del cierre de fronteras y el endurecimiento de las políticas migratorias de la mayor parte de los países de la región. El objetivo general del estudio fue comprender las experiencias, significados y prácticas que han desarrollado en torno a la salud y la enfermedad los núcleos con NNA que han cruzado la frontera norte de Chile, durante el periodo de crisis sanitaria por covid-19, así como las relaciones de cuidado y atención que se establecen entre estos núcleos, las comunidades locales, las organizaciones civiles y los servicios de salud presentes en los territorios que atraviesan. Entre los resultados emergentes se encuentran aquellos relativos a la relación entre servicios de salud y mujeres bolivianas que, a diferencia de lo que sucede con otras nacionalidades, presentan una circularidad migratoria que se concreta en estadias breves o prolongadas en uno u otro país, por intereses personales, búsqueda de oportunidades laborales, necesidades de salud, organización parental, etc. Entre los hallazgos referidos a este grupo en particular se observó que, de parte de los servicios de salud, existen tensiones y estereotipos —en relación con la maternidad— que no se repiten de la misma manera con otros colectivos, como el de mujeres venezolanas o haitianas, en las que el factor indígena está menos presente que en las mujeres bolivianas.

En términos metodológicos, la muestra total del proyecto estuvo constituida por 29 NNA migrantes, con quienes se aplicaron metodologías como fotovoz, relatos sonoros y cuentacuentos; 19 adultos migrantes, con los que se realizaron entrevistas en profundidad y corpocartografías; 14 miembros de ONG; y 15 miembros de equipos de salud, cuyas percepciones se recogieron a través de entrevistas en profundidad y etnografías en frontera. Los resultados que aquí presentamos remiten a los hallazgos de las entrevistas en profundidad a este último grupo y se refieren en particular a la situación de la migración boliviana, cuya mayor parte, se presume, sería de origen aymara. Los participantes de estos subgrupos provienen de las regiones de Tarapacá, Arica, Antofagasta, Santiago y O'Higgins. Sus principales profesiones son enfermería, obstetricia, trabajo social, psicología y técnicos de atención paramédica. Todos presentan atención directa a población migrante en redes de atención primaria.

Las entrevistas fueron audiorregistradas, se transcribieron en su totalidad y se analizaron temáticamente utilizando el *software* Atlas-ti. Todos los participantes firmaron un documento de consentimiento y fueron informados de las características del estudio y del anonimato en que se mantiene la información proveída. Asimismo, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo.

Una importante limitación metodológica es que el estudio no consideró etnografías del cuidado materno-infantil con mujeres aymaras bolivianas en contextos de origen ni destino, dado que el objetivo del proyecto estaba focalizado en las experiencias migratorias de NNA y de núcleos que viajaron con ellos por pasos no habilitados. Futuras investigaciones deberán confrontar los hallazgos aquí presentados con registros etnográficos de la organización colectiva del cuidado y las estrategias de gestión de la maternidad que se ponen en acto en el contexto migratorio.

Resultados

Los principales resultados referidos a la percepción de equipos de salud sobre maternidades indígenas y migrantes se pueden agrupar bajo tres categorías específicas: (i) los comportamientos maternos frente a los servicios de salud en Chile, (ii) la (in)compatibilidad entre maternidad y movilidad, y (iii) la individualización de la responsabilidad materna. Los relatos aquí citados han sido anonimizados y solo se aportarán datos de la profesión del entrevistado y el nombre de la región donde se hizo el levantamiento de la información.

Respecto a la primera categoría, la mayoría de las mujeres participantes se refieren en sus testimonios a lo que se percibe como ausencia de una visión preventiva en el cuidado maternoinfantil, que se traduciría en la búsqueda de atención biomédica solo frente a la presencia de enfermedad:

Las familias bolivianas tienen este contexto. Obviamente igual hay un tema cultural de atención de salud que prima ahí: principalmente, esta situación de recurrir cuando hay enfermedad, [pero] no de recurrir a un proceso de prevención o promoción de la salud. Eso [último] es lo que hemos tenido que integrar como parte de nuestra estrategia local. (Entrevista, matrona, Tarapacá, 2024)

Lamentablemente, la mayoría de los migrantes internacionales tienen este concepto más curativo que preventivo. Porque, lamentablemente, así es su educación o la cultura de su país. (Entrevista, enfermera, O'Higgins, 2024)

Lo interesante de esta supuesta ausencia de una visión preventiva en el cuidado maternoinfantil es que inmediatamente se explica como producto de una falta de educación o una cultura propia del país, sin considerar la relación entre la identificación de los servicios biomédicos como principalmente curativos y la histórica organización del sistema biomédico basada en la esencialización y control de la enfermedad.

Por otra parte, casi en contradicción con lo anterior, existe un reconocimiento de las usuarias bolivianas como “más indígenas”, para quienes parecen más adecuados los servicios puestos a disposición del Programa Especial de Pueblos Indígenas (Pespi) que, según el parecer de las entrevistadas, se adaptaría mejor a sus necesidades en cuanto migrantes e indígenas:

Ellas [las mujeres bolivianas] no son tanto [de] la biomedicina, sino un poco más [de lo] ancestral y refieren a lo curativo más de plantas o de sus creencias. [...] Ellos tienen esta tendencia de no ocupar mucho la atención a menos que sí lo requiera la urgencia. (Entrevista, trabajadora social, Antofagasta, 2024)

Lo bueno es que acá tenemos Pespi y con la población boliviana nos cuesta un poco más porque no sabemos si entienden o no entienden, porque no tienden a recepcionar la información que uno les dice. No sabemos si es porque son muy introvertidas o retraídas, no sé, o porque de verdad no quieren decir que no entendieron. Entonces, ¿qué hacemos? Tenemos una facilitadora intercultural

que nos viene a ayudar, tenemos partera también y nosotros les decimos que, si no nos comprenden o no le entienden al profesional, que ellas pueden acudir a esta dupla: la partera y la facilitadora intercultural que hablan más aymara o conocen un poco más la cosmovisión entre Bolivia y Chile, que son los pueblos más rurales y originarios. (Entrevista, trabajadora social, Antofagasta, 2024)

Las mujeres indígenas y migrantes aparecen en el espacio terapéutico como usuarias que “no entienden”, “no receptionan” la información, comportamientos que son abordados en ocasiones con la ayuda de facilitadores interculturales que pertenecen a *Pespi*, un programa propio del Estado multicultural que pretende prestar sus capacidades para superar las barreras que supone la intersección entre la condición migrante y la condición indígena en el caso de mujeres bolivianas. Sin embargo, estos recursos solo están presentes en los territorios que la gubernamentalidad multicultural ha identificado como indígenas, por lo cual los servicios de salud de la zona central, donde hoy también se dirigen las migraciones bolivianas, no cuentan con ellos. Desprovistos de la tradición instalada por los programas *Pespi*, en estos espacios se reproducen los históricos cuestionamientos sobre las formas de maternidad y trabajo indígena en las que reaparece el estereotipo de indianidad, junto con sospechas sobre un uso estratégico de los servicios de salud chilenos. Tal como ha sido reportado en otros trabajos (Carreño 2018b), este estereotipo asocia lo indígena con la astucia, el aprovechamiento y la desobediencia:

34

■ Muchas veces [para] la mujer en Bolivia, sobre todo, el tema de la sexualidad, la educación sexual, [...] es muy nula. Por lo tanto, cuando llegan aquí nosotras tenemos que explicarles que existen los métodos anticonceptivos, que son gratuitos, en qué consisten, cuáles son los tipos de métodos anticonceptivos. Porque por un tema cultural la mayoría no se cuida, no usa métodos anticonceptivos, entonces llegan acá y tienen todo gratis, pero no lo usan o lo usan cuando quieren. (Entrevista, enfermera, Tarapacá, 2024)

La idea de la maternidad boliviana como “más indígena”, “más ancestral”, que usa los servicios biomédicos “cuando quiere” retorna sobre la narrativa histórica del Estado-nación que forja las fronteras nacionales a partir de la antítesis de lo indígena/boliviano versus lo mestizo/chileno. Pero, además, esta idea se despliega en un entramado de violencias históricas que, a partir de discursos presuntamente científicos, han construido la maternidad indígena como negligente, tal como muestra el caso de Gabriela Blas. Durante el año 2007, una joven mujer aymara pierde de vista a su hijo mientras pastorea en el altiplano y, a partir de los acontecimientos que suceden en las horas sucesivas a la desgracia, la mujer es acusada de infanticidio en primera instancia. En su juicio se devela el vigor de los estereotipos de indianidad en plena era de multiculturalismo neoliberal, encarnados en el discurso de profesionales del ámbito psicológico, médico y jurídico. De modo similar a los testimonios aquí reportados, estos profesionales sostuvieron que el carácter de la mujer develaba “falta de instinto materno” e “incapacidad de sentir emociones propias de

la maternidad” y la acusaron de “abandono de menor en entorno peligroso: el altiplano” (Maldonado *et al.* 2019, 209). Si bien el caso fue anulado y la mujer recibió indulto presidencial luego de varios años de prisión preventiva, el proceso es representativo de la fragilidad de los límites entre lo que, paragonando a Hale (2004), se denomina india permitida y lo que Richards (2007) a partir del caso mapuche llama la india brava o castigable. Mujeres que “no entienden”, “no recepcionan”, “se pierden” y usan de manera estratégica el sistema no solo están siendo evaluadas como usuarias difíciles que tensionan la relación con los equipos de salud, sino que, al reforzar su carácter indígena, están siendo sometidas a una trama de violencias y estereotipos de indianidad trazados históricamente en los que la maternidad de ciertos grupos está destinada a ser considerada inadecuada o, incluso, negligente. El trabajo de Richards, referido a mujeres mapuches, muestra cómo estos estereotipos son propios de una racionalidad gubernamental que ha hecho de las mujeres y de la gestión de la intimidad objetivo predilecto: desde las políticas de la posdictadura en Chile las mujeres indígenas son consideradas sujetos clave en términos de custodias de la tradición y aglutinadoras de la comunidad, capaces de madurar decisiones racionales en medio de conflictos históricos. Sin embargo, cuando las mujeres se salen de los contornos de lo que la autora llama la india permitida, su subjetividad pasa a ser rápidamente asociada al imaginario de la indocilidad, el cuerpo subalterno que resiste, con porfía, al control del Estado.

Respecto de la segunda categoría, la alta movilidad de las mujeres bolivianas se considera una transgresión en cuanto quebranta las características de la indigenidad permitida por el discurso multicultural que ancla lo indígena a territorios fijos y a prácticas productivas como la vida campesina y a prácticas reproductivas como el trabajo doméstico. Móviles, inconstantes e implicadas en trabajos temporales, las maternidades de mujeres indígenas migrantes suscitan cuestionamientos debido a la aparente incompatibilidad entre las dinámicas laborales que exige esta movilidad y el cuidado maternoinfantil:

Los bolivianos van y vuelven. O vienen por un tiempo, trabajan en la fruta y luego vuelven a Bolivia. Sí, suele ser como así. (Entrevista, trabajadora social, Región Metropolitana, 2024)

[Las mujeres bolivianas] pueden vivir [alrededor de los cultivos de] frutilla, en “el campamento”, que ellas llaman. Es otra realidad, [...] a veces me dicen “No, es que nos fuimos de campamento para Rancagua”. ¡Chuta!, con “campamentos” pienso yo [que] se fueron a vivir, no creo que se vayan en carpa, pero en realidad nunca les he preguntado. Pero dicen “Me voy a campamento” porque se van a trabajar a una zona donde están ahí en [los cultivos de] frutilla; y, si están embarazadas, van a llegar aquí a inscribirse con cinco o seis meses de embarazo. (Entrevista, matrona, O’Higgins, 2024)

Las dinámicas de vida en los campamentos agrícolas y la movilidad continua de quienes trabajan en comercio se consideran obstáculos para la relación entre

usuarias bolivianas y servicios de salud debido a las dificultades de contacto y adherencia que implica la movilidad. De esta manera, la maternidad transnacional, que compatibiliza el movimiento con el cuidado y que rechaza la alta medicalización de la gestación propia del mundo biomédico, es sometida a aquellos límites de lo permitido a lo indígena en la era del multiculturalismo que menciona Richards. Así, la violencia histórica que erradicó lengua, vestuario, cultos y fiestas se reactualiza en el abordaje de prácticas de cuidado que, si bien no son criminalizadas con los mismos mecanismos de principio de siglo XX, son puestas en los límites de lo patológico, incluso a través de la generación de diagnósticos específicos para ellas mismas o sus hijos. De hecho, durante los controles de salud, los estereotipos de indianidad vuelven a surgir a través de diagnósticos que con frecuencia clasifican a sus hijos con bajo desarrollo lingüístico y baja estimulación:

Y [en] la parte lingüística siempre están un poco atrasados. En la edad en la que deberían estar diciendo tres o cuatro palabras están un poco atrasados. Casi la mayoría de los niños de padres extranjeros están en este caso, pero [sobre todo] los bolivianos, eso se ve mucho. (Entrevista, enfermera, Tarapacá, 2024)

Desde el punto de vista de los entrevistados, la supuesta baja estimulación y desarrollo lingüístico de los niños bolivianos se asociaría con la falta de redes de apoyo. Según observan, en las migraciones de esta población, a diferencia de otros colectivos, no se cuenta con redes extensas de cuidado:

Los bolivianos tienen muy poca red de apoyo. Es como la pareja la red de apoyo o la persona con quien van a trabajar, pero no hay nadie que se quede con los niños, a veces se los llevan a trabajar. (Entrevista, trabajadora social, Región Metropolitana, 2024)

De estos relatos emerge no solo una visión negativa sobre la movilidad de las mujeres bolivianas, sino también un juicio a la organización de los cuidados que prevalece en estas comunidades, en la que los niños son implicados en el trabajo y en la que los roles de cuidado no son exclusivamente ejercidos por la madre biológica. Al involucrar los estereotipos de indianidad que se anclan en violencias históricas ejercidas hacia mujeres indígenas, estos juicios reactualizan desde el espacio terapéutico la idea de que las mujeres bolivianas en cuanto “más indígenas” sean, más incapaces serán de comprender e integrar los modelos normativos de la maternidad medicalizada:

Nos han tocado casos de gestantes bolivianas [a las] que les cuesta comprender que, al menos durante la gestación, tienen controles muy periódicos y que se va evaluando mes a mes el estado de la embarazada. También [hubo] un caso en que la gestante decía “Sí, pero yo estoy bien, no tengo por qué ir”, y le decíamos, “No, pero tenemos que ir evaluando distintas áreas”. Ahí nosotros considerábamos que era un tema más cultural, que en realidad ellos no lo veían como una necesidad. No lo ven, no lo entienden. (Entrevista, enfermera, O’Higgins, 2024)

La idea de que se trata de una población con la cual es difícil trabajar, comunicarse y pesquisar dada su alta movilidad repercute sobre la sensación de agotamiento de los servicios de salud. También incide en la frustración de no poder “cumplir metas”, aquellas con las que se mide el éxito o fracaso del sistema sanitario, con implicaciones sobre los recursos que llegan a los centros:

[Los haitianos] son preocupados, hacen sus controles, todo... No me pasa lo mismo con los bolivianos, especialmente los de zonas rurales, que es agotador. No tienen la cultura de salud, no sé si decir *la cultura*, pero es complejo trabajar con ellos. (Entrevista, trabajadora social, Región Metropolitana, 2024)

De hecho, el ingreso tardío a controles de gestación de las mujeres bolivianas es uno de los aspectos que más fricciones produce entre los equipos de salud:

Tenemos una población migrante, especialmente boliviana, que entra y sale, que no se controla en su país de origen. Llega acá con seis meses de embarazo, nunca se hizo ningún examen, ecografía, ningún control, y nos afectan en nuestra meta. Hay muchas que tú las ingresas y te dicen “Me voy a mi país porque acá hace mucho frío”, y no vuelven. Perfecto, se van, [entonces] ya tú la vas a egresar porque se fueron, [pero] vuelven. El otro día me tocó recibir a una que tenía ocho meses, entonces, imagínate, eso es un fracaso. Yo veo incluso que en otros centros no las aceptan para que no afecten sus metas, porque las van a afectar. (Entrevista, matrona, O’Higgins, 2024)

Mujeres que “no tienen cultura de salud”, que “entran y salen” y hacen “fracasar” al sistema sanitario son sujetos que transgreden los estereotipos de los indígenas como habitantes de un territorio hostil y lejano (De la Cadena 2004). Demuestran que, por el contrario, encarnan prácticas en las que la movilidad ha sido parte de las estrategias que le han permitido sobrevivir a una cultura que fue abiertamente criminalizada en tiempos históricos recientes. El trabajo de Mansilla-Aguilera (2025) muestra que, si bien aspectos como la maternidad o la edad restringen la movilidad de mujeres jóvenes, su práctica de “estar andando” integra labores productivas, reproductivas, de cuidado, de fortalecimiento de las redes de parentesco y de ocio; se trata de una práctica en la que se perpetúa la trashumancia propia de la tradición agropastoril que caracteriza a las comunidades andinas. Así, estos datos despiertan un interrogante sobre la dificultad que tienen los equipos de salud de reconocer la existencia de redes de apoyo y de prácticas de cuidado sin las cuales sería insostenible mantener la movilidad y maternidad de estas mujeres.

Por último, en cuanto a la tercera categoría, la acción de los estereotipos de indianidad y la reactualización de las violencias históricas que los sostienen también permean la visión que los equipos de salud tienen del ejercicio de la crianza, en especial en los primeros meses de vida:

La mamá, boliviana ella, [según] lo que yo observo, a la semana [del parto] a veces deja de darle pecho a su hijo y se va a trabajar al campo. La queja que

tenemos es... se entiende la necesidad [de trabajar], pero nos baja los indicadores, y no es solamente un número, sino que recibimos más o menos plata. Estas mamás dejan al cuidado de otros niños a estos niños, ¡recién nacidos!, mientras ellas van a trabajar. (Entrevista, enfermera, Región Metropolitana, 2024)

Me toca ver embarazadas bolivianas [que] llegan con [un] niño [y dicen] “No, es que lo estoy cuidando a él porque la mamá está en el campo y es mi prima”, o una amiga, y cuidan a otros niños. De que los traen, los traen, pero llegan con el niño y no saben nada de él. La mamá no aparece, está trabajando. (Entrevista, matrona, O’Higgins, 2024)

De esta forma, la existencia de redes de apoyo femeninas que se evidencian en la situación en que una mujer lleva al hijo de otra a su control médico, como parte de una estrategia de cuidado colectiva, queda eclipsada por la acusación de falta de priorización de la crianza. Así, se deja a un lado la consideración del importante rol económico que las mujeres indígenas y/o migrantes cumplen en sus comunidades a través del envío de remesas y el financiamiento de reunificaciones familiares:

La [mujer] boliviana es de las que tiene que salir [...]. Aunque las otras [migrantes] también, pero [las bolivianas] trabajan, trabajan para mandar a su país, o porque tienen otros hijos allá y tienen que alimentar a la familia que tienen allá. Porque vienen con ese objetivo, si allá no hay pega [trabajo], se vienen acá a trabajar y el niño pasa totalmente a segundo plano. (Entrevista, enfermera, Tarapacá, 2024)

38

■ En línea con los estereotipos históricos de indigeneidad, la percepción de la maternidad boliviana por parte del equipo de salud está marcada por formas de violencia simbólica en la que las mujeres son consideradas carentes de distintas características: de adherencia, de habilidades comunicativas y afectivas, etc. Cuando estas deficiencias percibidas se sobreponen, pueden devenir en formas de violencia institucional a través de casos de judicialización por negligencia, abandono o maltrato:

Llegan de la misma nacionalidad [diciendo] que son tías, que son primas, que son amigas. Pero, cuando uno busca más información, no tienen antecedentes. [De] hecho, yo en control sano digo “Ya, dame el teléfono de la mamá para llamar y preguntarle”, porque vienen al control sano con las cuidadoras, pero ellas no saben cuándo le preparan la leche, no saben si lo bañan todos los días [...]. No saben nada, entonces están vulnerando mucho el derecho de ese niño. (Entrevista, enfermera, Región Metropolitana, 2024)

Por eso llega un punto en que les digo “Mamita, si tú no cambias esta rutina, vamos a tener que judicializar el caso, porque acá en Chile, nosotros y los niños tenemos que cumplir con algunos requisitos”. Cuando no asisten a los controles sanos, cuando no asisten a dental, cuando no asisten a asistente social, cuando no asisten a nutri [nutricionista], nosotros también judicializamos. ¿Por qué?, por mala adherencia a control de niño sano, que son controles regulares que tienen que cumplir, porque es un derecho de esos niños. (Entrevista, matrona, O’Higgins, 2024)

Si bien ninguna de las participantes profundizó en casos de judicialización de mujeres migrantes, el aumento de ingresos de NNA bolivianos en los servicios de protección especial de Mejor Niñez (organismo del Estado que protege derechos de NNA que se encuentran bajo su tutela) puede considerarse un indicador de las posibles consecuencias de la reproducción de estereotipos de indianidad en el espacio terapéutico a nivel institucional. Como hemos querido evidenciar, más que formas de discriminación, existe una articulación histórica entre estos estereotipos con un orden social que se funda a partir del posicionamiento de la figura del indígena/extranjero como opuesta al proyecto civilizatorio, que adquiere un nuevo vigor y nuevas formas de ejercer la violencia en el actual escenario migratorio.

Violencia histórica y rearticulación de los estereotipos de indianidad en el espacio terapéutico

Los relatos aquí reportados dan cuenta de diversos niveles en los que los estereotipos de indianidad actúan en el abordaje de la maternidad. Así mismo, revelan diversas expresiones de violencia que atraviesan desde las interacciones en el espacio terapéutico hasta el funcionamiento de un sistema estructural (Bourgois *et al.* 2017) que castiga económicamente a equipos de salud que no logran cumplir metas de atención, las cuales se establecen sobre la base del comportamiento de una comunidad en la que las dinámicas laborales, de movilidad y de cuidados que presentan las mujeres indígenas y migrantes no existen.

A continuación, exploraremos tres niveles en los que es posible trazar relaciones históricas entre los estereotipos de indianidad y las representaciones de los equipos de salud recién expuestas. En primer lugar, los comportamientos de las mujeres frente al sistema sanitario chileno reproducen cuestionamientos sobre aspectos íntimos de la personalidad de las mujeres indígenas. Las entrevistas muestran cómo la “receptividad” y la capacidad de comprensión de estas mujeres son puestas en duda de manera sistemática, debido a la aparente reacción silente con que ellas responden a los requerimientos e indicaciones que se dan en el espacio terapéutico. Sin embargo, estas actitudes abundan en los registros etnográficos de la relación entre servicios de salud y servicios de protección maternoinfantil referidos a mujeres chilenas no indígenas de clases populares (Murray y Tizzoni 2022), quienes reportan sentirse bajo examen en estos espacios, donde, además, se observan prácticas interaccionales que sitúan a las mujeres bajo sospecha o como sujetos deficitarios respecto al ideal normativo de la buena madre (Castilla 2017; Raz 2013).

Ahora bien, a diferencia de lo que sucede con las madres de sectores populares, el silencio de las mujeres bolivianas tensiona los servicios de salud porque, a menudo, va acompañado de desobediencia, de falta de adherencia, de ir y venir entre países. En este sentido, estas mujeres quebrantan la figura de la india permitida que participa del proyecto neoliberal aceptando su rol de cuidadora responsable y evadiendo el castigo a través del silencio y la aceptación. Frente a esta desobediencia,

los estereotipos de indianidad, reconfigurados, recobran vigor y refuerzan, a su vez, imaginarios que habitan en la construcción colectiva de la otredad: la ignorancia y la porfía son comportamientos que están en el corazón de lo que se ha construido como límite de la normalidad, son los síntomas del subalterno, del colonizado, del indio (Fanon 1959). Estas características son parte de lo que Paillalef considera, para el caso mapuche, elementos psíquicos del proceso que “transformó a los mapuches en indios” (2003, 330) y que se prolonga en el actual imaginario nacional.

Es en este orden de ideas que, en la sensación de agotamiento o de cansancio que reportan algunas de las entrevistadas, habita el trazado histórico del saber poder de la biomedicina. La mantención de su hegemonía depende de la reproducción de una indianidad permitida, sedentaria, obediente, que asiste a los controles preventivos y que no pone en cuestión los imaginarios normativos de la maternidad. Al contrario, las mujeres bolivianas agotan su relación con el sistema porque son presencias inconstantes, impredecibles, móviles, que mal administran su silencio en la relación con el Estado, por lo que son descubiertas en su indocilidad (Carreño 2018b). Su percepción del embarazo, parto y puerperio como procesos fisiológicos que no requieren de intervención biomédica intensiva (Arriagada *et al.* 2023; Baeza 2013) transgrede las normas de control del sistema estatal, con lo cual las ubica rápidamente en una posición de desacato. De parte de los servicios biomédicos, las dificultades de comunicación y adherencia con estos grupos escasamente se ponen en el plano de una falta de competencias propias para comprender los conceptos de cuidado que subyacen al aparente silencio y la porfía. Lejos de llevar a indagar sobre la organización social del cuidado que se pone en acto en migraciones feminizadas que se integran en ambientes laborales precarios, informales y masculinizados, los efectos de un racismo histórico hacia estas poblaciones hace que sus comportamientos íntimos y modos de cuidar vuelvan a anclarse en aquellas formaciones de indianidad que De la Cadena identifica en el nacimiento del Estado-nación: el momento de creación de una otredad indígena de la cual hay que alejar los fundamentos de la civilización.

Un segundo elemento presente en estos relatos refiere a la (im)posibilidad de pensar las maternidades en movimiento y de relacionarlas con las exigencias de un sistema productivo desigual que capitaliza la precariedad de los trabajos temporeros de mujeres migrantes al obligarlas a adaptarse a una vida “en campamentos”, cuyas características de habitabilidad son poco conocidas por los mismos entrevistados. A diferencia de lo que se sostenía antes sobre que la translocalidad aymara estaba liderada por hombres, las mujeres aymaras son protagonistas de un continuo movimiento (Mansilla-Aguilera 2025): organizan viajes para trabajar, celebran fiestas, cuidan a padres e hijos, asisten a citas de salud y un largo repertorio de actividades. Aun si la maternidad puede considerarse un límite a la movilidad, “estar andando” es para ellas una forma de vida (Das 2007) que les permite no solo adaptarse a las transformaciones de un exigente mercado laboral que ha precarizado las labores históricamente desarrolladas por mujeres, sino también mantener redes de relaciones y de cuidados

recíprocos que son clave para la manutención de la vida y de los territorios que ellas también financian a través de sus remesas. Es por ello que la intermitencia —la inconstante presencia de las mujeres en los servicios de salud— debe abordarse desde una reflexión en torno a la translocalidad de la organización de los cuidados y en torno a las transformaciones que las dinámicas de trabajo imponen a las mujeres en general y a las migrantes en particular (Guizardi *et al.* 2025).

Cabe destacar, además, que el hecho de que el trabajo agrícola se haya desplazado hacia el centro-sur del país, lo cual las obliga a extender sus redes de circulación en el espacio, es también parte de los efectos de fenómenos tan complejos como la crisis climática, que ha traído escasez hídrica y falta de oportunidades laborales en los territorios en los que históricamente se desplazaban estas migraciones. Es conocido que estos efectos reproducen inequidades históricas que perjudican a las poblaciones indígenas, pues generan, entre otras consecuencias, desplazamientos forzados para dar continuidad a actividades agrícolas (Carmona, Biskupovic e Ibarra 2022). Lejos de considerar estos factores, en los testimonios aquí presentados *movilidad, trabajo y maternidad* son interpretados desde estereotipos que ponen a las mujeres indígenas en los límites de la norma, mientras que sus presencias (y ausencias) y la continuidad de su andar pueden también interpretarse como parte de una histórica estrategia de adaptación a las dinámicas políticas, económicas y ecológicas en las que se insertan, a menudo desde una posición subalterna.

Por último, de los testimonios emerge el rol que cumplen los servicios biomédicos en la promoción del modelo intensivo de maternidad (Hays 1998) y el impacto que ha tenido el paradigma del apego en la estigmatización de maternidades que acuden a estrategias de cuidado colectivas, en las que la centralidad de la madre biológica como único/principal referente afectivo es cuestionado (Murray 2013). El modelo intensivo de maternidad o *maternidad de apego* (Faircloth 2013) es un concepto que nace de corrientes feministas europeas y norteamericanas que buscan denunciar los efectos contradictorios que los ideales de maternidad y cuidado maternoinfantil occidentales tienen sobre las familias, en especial sobre las mujeres (Verniers, Bonnot y Assilaméhou-Kunz 2022). Dicho modelo se caracteriza por esperar que sean las madres biológicas quienes asuman de manera integral el cuidado y la responsabilidad por el bienestar de los hijos, en la medida en que promueven prácticas como la lactancia exclusiva y prolongada y el apego, que encuentran parte de su sustento científico en la psicología del desarrollo.

Ahora, además de la nutrida discusión respecto a las repercusiones que el modelo intensivo de maternidad tiene sobre mujeres de distintas clases sociales (véanse Castilla 2017; Murray 2015; Schild 2013; Staab 2012) y sobre la imposibilidad de responder a la normatividad de estas prácticas, existen algunos estudios que muestran el impacto que ha tenido este modelo sobre la criminalización de maternidades provenientes de culturas no occidentales, como las que desarrollan las madres bolivianas de origen indígena en Chile (Calquin, Galaz y Magaña 2022; Carreño 2014; Sadler y Carreño 2020). En distintas latitudes, las prácticas de cuidado que

rompen con estos mandatos, al priorizar el rol de las mujeres en el ámbito productivo o la organización colectiva de los cuidados, conducen a que las maternidades sean cuestionadas por los servicios de salud y puestas en los límites de la negligencia; mientras que los espacios íntimos del cuidado y el afecto se vuelven escenarios de control en el que las violencias históricas que impusieron las jerarquías sociales y raciales contemporáneas se perpetúan en su vigor y en sus efectos.

Conclusiones

Considerando la complejidad del análisis de la violencia, sus efectos destructivos y los órdenes sociales que surgen a partir de su imposición, este artículo ha buscado reflexionar sobre la modo como el espacio terapéutico es escenario de fértil reproducción de violencias históricas en las que se rearticulan estereotipos de indianidad sobre grupos específicos, como lo son las migrantes bolivianas en Chile. A partir de los hallazgos expuestos, sostenemos que las tensiones que se entreen en los relatos de equipos de salud que tienen trato directo con población migrante no responden solo a formas de violencia simbólica o interaccional (maltrato, discriminación, etc.), sino que son parte de un imaginario colectivo que encuentra sus raíces en la formación del Estado-nación y que se fortalece a partir del discurso biomédico. Develar la dimensión sincrónica y diacrónica de estas violencias y su perpetuación en el nuevo orden migratorio de los países del Cono Sur es parte de un ejercicio necesario que requiere reconocer las alianzas de poder que se entretujan en el espacio terapéutico, así como identificar estrategias colectivas para revertirlas.

42

■

Referencias

1. Albó, Xavier. 2000. "Aymaras entre Bolivia, Perú y Chile". *Estudios Atacameños* 19: 43-73. <https://doi.org/10.22199/S07181043.2000.0019.00003>
2. Arriagada Solís, Maira Paz, Sascha Miguel Cornejo Puschner, Valentina Vega Ibarra, Elías Esper Castro, Isidora Ruíz Caballero y Sebastián Toledo Acuña. 2023. "Experiencias locales de salud materna con perspectiva intercultural en Putre y Tirúa, Chile". *Desacatos* 71: 130-145. <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/2620>
3. Baeza, Brígida. 2013. "La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina)". *Anuario Americanista Europeo* 11: 179-197. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/3550>
4. Bourgois, Philippe, Seth M. Holmes, Kim Sue y James Quesada. 2017. "Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care". *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 92 (3): 299-307. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001294>
5. Calquin, Claudia, Caterine Galaz e Irene Magaña. 2022. "Intervención y familias migrantes: análisis crítico de la 'vulnerabilidad' desde los/las profesionales". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 20 (2): 1-23. <https://doi.org/10.11600/rlcsnj.20.2.5326>

6. Carmona, Rosario, Consuelo Biskupovic y José Tomás Ibarra. 2022. “Respuestas locales para una crisis global: pueblos indígenas, sociedad civil y transdisciplina para enfrentar el cambio climático”. *Antropologías del Sur* 9 (17): 81-101. <https://doi.org/10.25074/rantros.v9i17.2315>
7. Carreño Calderón, Alejandra. 2018b. “Le silence indigène dans l’espace biomédical: pratiques de (des)obéissance et autonomie”. *Connexions* 109 (1): 71-83. <https://doi.org/10.3917/cnx.109.0071>
8. Carreño Calderón, Alejandra. 2018a. “La ciudad mestiza: paisaje andino y migraciones indígenas en la Región de Arica y Parinacota, Chile”. *Revista de Geografía Espacios* 8 (15): 47-66. <https://doi.org/10.25074/07197209.15.1033>
9. Carreño Calderón, Alejandra. 2014. “Un luogo per la cultura: l’antropologia di fronte alla genitorialità degli altri”. *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica* 16 (38): 313-334. <https://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/350>
10. Castilla, María Victoria. 2017. “Maternidad, cuidados y castigos en barrios marginales y vulnerables de Buenos Aires”. *Runa* 38 (2): 37-51. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/75757>
11. Das, Veena. 2007. *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*. Berkeley: University of California Press.
12. De la Cadena, Marisol. 2007. *Formaciones de indianidad. Articulaciones raciales, mestizaje y nación en América Latina*. Bogotá: Envión.
13. De la Cadena, Marisol. 2004. *Indígenas y mestizos: raza y cultura en el Cusco*. Lima: IEP.
14. Díaz, Alberto, Luis Galdames y Rodrigo Ruz. 2013. “Aymaras y plebiscitarios. Los indígenas andinos, la chilenización y las identidades en la frontera cultural (Putre 1920-1929)”. *Sí Somos Americanos* 13 (2): 81-111. <https://doi.org/10.4067/S0719-09482013000200005>
15. Faircloth, Charlotte. 2013. “‘Intensive Motherhood’ in Comparative Perspective: Feminism, Full-Term Breastfeeding and Attachment Parenting in London and Paris”. En *Parenting in Global Perspective*, editado por Charlotte Faircloth, Diane Hoffman y Linda Layne, 119-135. Londres: Routledge.
16. Fanon, Frantz. 1959. *L’an V de la révolution algérienne*. París: La Decouverte.
17. Foucault, Michel. 2005. *El nacimiento de la clínica*. Madrid: Siglo XXI.
18. Foucault, Michel. 1984. *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
19. Galtung, Johan. 1969. “Violence, Peace, and Peace Research”. *Journal of Peace Research* 6 (3): 167-191. <https://www.jstor.org/stable/422690>
20. Garcés H., Alejandro, Jorge Moraga R. y Marcelo Maureira C. 2016. “Tres movibilidades para una ruta: espacio, comercio y transnacionalidad boliviana en Tarapacá”. *Estudios Atacameños* 53: 205-220. <https://estudiosatacamenos.ucn.cl/index.php/estudios-atacamenos/article/view/1344>
21. González, Sergio. 2002. *Chilenizando a Tunupa. La escuela pública en el Tarapacá andino 1880-1990*. Santiago: Dibam.
22. Guizardi, Menara Lube, Carolina Stefoni, Isabel Araya, Lina Magalhães y Eleonora López. 2025. “Los ‘lugares escondidos’ de la violencia. Experiencias familiares de migrantes bolivianas aymara en la triple frontera andina”. *Dados* 1 (68): e20220135. <https://doi.org/10.1590/dados.2025.68.1.341>

23. Guizardi, Menara Lube, Herminia González Torralbo y Carolina Stefoni. 2018. “De feminismos y movilidades. Debates críticos sobre migraciones y género en América Latina (1980-2018)”. *Rumbos TS* 18: 37-66. <https://revistafacso.ucecentral.cl/index.php/rumbos/article/view/6>
24. Hale, Charles. 2004. “Rethinking Indigenous Politics in the Era of the ‘Indio Permitido’”. *NACLA Report on the Americas* 38 (2): 16-21. <https://doi.org/10.1080/10714839.2004.11724509>
25. Hays, Sharon. 1998. *The Cultural Contradictions of Motherhood*. Londres: Yale University Press.
26. Hochschild, Arlie. 2000. “Global Care Chains and Emotional Surplus Value”. En *On the Edge: Living with Global Capitalism*, editado por Will Hutton y Anthony Giddens, 131-146. Londres: Jonathan Cape.
27. Hollweg, Mario Gabriel. 2003. “Trastornos afectivos en las culturas bolivianas. Un enfoque etnopsiquiátrico transcultural”. *Investigación en Salud* 5 (1): en línea. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14200106>
28. Leiva Gómez, Sandra, Miguel Ángel Mansilla Agüero y Andrea Comelin Fornes. 2017. “Condiciones laborales de migrantes bolivianas que realizan trabajo de cuidado en Iquique”. *Sí Somos Americanos* 17 (1): 11-37. <https://doi.org/10.4067/S0719-09482017000100011>
29. Leiva-Gómez, Sandra. 2015. “Organización social del cuidado en Bolivia y Chile: Estado y ciudadanía”. *Revista Austral de Ciencias Sociales* 28: 61-81. <https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2015.n28-04>
30. Maldonado, Constanza, Nadia Marambio, Paloma Fuentealba y Valentina Urbina. 2019. “Gabriela Blas: la maternidad en la interculturalidad”. *Revista Nomadías* 27: 209-234. <https://nomadias.uchile.cl/index.php/NO/article/view/54382>
31. Mansilla-Aguilera, Catalina. 2025. “Mujeres que ‘están andando’: translocalización y movilidad aymara en el norte de Chile (Región de Arica y Parinacota)”. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 58: 131-54. <https://doi.org/10.7440/antipoda58.2025.06>
32. Menéndez, Eduardo. 1988. “Antropología médica: orientaciones, tendencias y omisiones”. *Cuadernos de la Casa Chata* 160: 109-142. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
33. Menéndez, Eduardo. 1971. *Racismo, colonialismo y violencia científica*. Buenos Aires: Cedral.
34. Minsal-CeSGI. 2023. *Estudio de acceso y pertinencia cultural en la atención de salud de niñas, niños y adolescentes en contextos de migración en atención primaria*. Santiago de Chile: Centro de Salud Global Intercultural, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM); Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. <https://repositorio.udd.cl/items/76ff71cf-4de7-4733-bbba-e1dd8520138a>
35. Murray, Marjorie. 2015. “Back to Work? Childcare Negotiations and Intensive Mothering in Santiago de Chile”. *Journal of Family Issues* 36 (9): 1171-1191. <https://doi.org/10.1177/0192513X14533543>

36. Murray, Marjorie. 2013. “‘Staying with the Baby’: Intensive Mothering and Social Mobility in Santiago de Chile”. En *Parenting in Global Perspective*, editado por Charlotte Faircloth, Diane Hoffman y Linda Layne, 151-166. Londres: Routledge.
37. Murray, Marjorie y Constanza Tizzoni. 2022. “Raising Children in Hostile Worlds in Santiago de Chile: Optimism and ‘Hyper-Agentive’ Mothers”. *The Sociological Review* 70 (1): 92-107. <https://doi.org/10.1177/003802612111056169>
38. Paillalef, Julio. 2003. *Los mapuche y el proceso que los convirtió en indios: psicología de la discriminación*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Tecnológica Metropolitana.
39. Raz, Mical. 2013. “What’s Wrong with the Poor?” *Psychiatry, Race, and the War on Poverty*. Chapel Hill: University of North Carolina Press. <https://uncpress.org/book/9781469627304/whats-wrong-with-the-poor/>
40. Richards, Patricia. 2007. “Bravas, Permitidas, Obsoletas: Mapuche Women in the Chilean Print Media”. *Gender & Society* 21 (4): 553-578. <https://doi.org/10.1177/0891243207304971>
41. Sadler, Michelle y Alejandra Carreño. 2020. “Distressed Caregivers or Criminals? Stories of Precarity and Perceived Maternal Neglect in Chile”. En *Writing Mothers. Narrative Acts of Care, Redemption and Transformation*, editado por Betty Ann Martin y Michelann Parr, 110-127. Ontario: Demeter Press.
42. Schild, Veronica. 2013. “Care and Punishment in Latin America: The Gender Neoliberalization of Chilean State”. En *Neoliberalism Interrupted: Social Change and Contested Governance in Contemporary Latin America*, editado por Mark Goodale y Nancy Postero, 195-225. Stanford: Stanford University Press.
43. Sermig (Servicio Nacional de Migraciones). 2024. Minuta población migrante de Bolivia en Chile. <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Pais/Bolivia.pdf>
44. SJM (Servicio Jesuita Migrante). 2024. *Anuario 2023 de estadísticas de movilidad humana*. Santiago de Chile: SJM. <https://sjmchile.org/wp-content/uploads/2024/06/Anuario-2023.pdf>
45. Staab, Silke. 2012. “Maternalism, Male-Breadwinner Bias, and Market Reform: Historical Legacies and Current Reforms in Chilean Social Policy”. *Social Politics* 19 (3): 299-332. <https://doi.org/10.1093/sp/jxs010>
46. Tapia Ladino, Marcela y Romina Ramos Rodríguez. 2013. “Mujeres migrantes fronterizas en Tarapacá a principios del siglo XXI: el cruce de las fronteras y las redes de apoyo”. *Polis (Santiago)* 12 (35): 229-257. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682013000200011>
47. Taussig, Michael. 1995. “La reificación y la conciencia del paciente”. En *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia*, por Michael Taussig, 110-143. Barcelona: Gedisa.
48. Verniers, Catherine, Virginie Bonnot e Yvette Assilaméhou-Kunz. 2022. “Intensive Mothering and the Perpetuation of Gender Inequality: Evidence from a Mixed Methods Research”. *Acta Psychologica* 227: 103614. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103614>
49. Zepeda Vega, Carolina Viviana y Cristina González Campos. 2019. “Discriminación y exclusión hacia migrantes en el sistema de salud chileno. Una revisión sistematizada”. *Salud & Sociedad* 10 (2): 188-204. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7207183>



Alejandra Carreño Calderón

a.carreno@udd.cl

Doctora en Antropología (Università degli Studi di Siena, Italia), máster en Etnopsiquiatría y Salud Intercultural (Università di Genova) y antropóloga social (Universidad de Chile). Investigadora asociada en el Centro de Salud Global Intercultural, así como en la Facultad de Medicina Clínica Alemana y en la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-0605-2632>

Marjorie Murray

mmurray@uc.cl

PhD en Antropología (University College London, Reino Unido), máster en Medios y Comunicaciones (Goldsmiths College, Reino Unido) y licenciada en Sociología (Pontificia Universidad Católica de Chile). Profesora titular de la Escuela de Antropología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://orcid.org/0000-0002-8391-4830>

