



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología



Aborto legal y mujeres migrantes: los estereotipos que tienen las/os profesionales de la Salud Pública que las atienden

Tesis para optar al título de Socióloga

Catalina Osorio Lavín

Profesora guía:

María Emilia Tijoux Merino

Santiago, Chile

2021

La realización de esta investigación se llevó a cabo durante mi participación en la Línea 1 del PROYECTO ANILLOS PIA-ANID SOC 180008: “Migraciones contemporáneas en Chile: Desafíos para la democracia, la ciudadanía global y el acceso a los derechos para la no discriminación” financiado por Anillos de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades de la CONICYT. Perteneciente al Departamento de Sociología, cuya directora es la académica de la Universidad de Chile, doña María Emilia Tijoux Merino, cédula nacional de identidad N°6.064.585-k

Agradecimientos

Quiero agradecer, en primer lugar, a mi familia, por todo el apoyo y la comprensión que me han ofrecido durante este difícil proceso y a lo largo de toda mi vida. A mi padre por su apoyo intelectual y emocional, a mi madre por su paciencia y fe en mí, a mis hermanas Gabriela y Claudia por su contención y permanente ayuda.

Agradezco profundamente a mis amigxs de la Universidad de Chile, sin quienes no hubiera alcanzado ni la primera de las metas de esta larga carrera. Gracias Boris, Gabriela, Yahira, Camila, Ivania, Deniss, Javiera, Verónica, Isabel, Sofía, Beatriz.

Gracias a José Espinosa, quien supo y sabe mantenerme bien, feliz y estable a pesar de la adversidad.

Honorables agradecimientos a la profesora María Emilia Tijoux, quien aportó una significativa direccionalidad no sólo a mi Memoria, sino también a mi vida, abriéndome los ojos a una realidad que no había conocido antes.

También agradezco al equipo del Proyecto ANID, sus innumerables enseñanzas, particularmente a Constanza Ambiado y Víctor Veloso, por su inquebrantable vocación para ofrecernos el mejor de los apoyos.

Dedicatoria

Quiero dedicarle esta Memoria de Título a todas las mujeres que han migrado, que están migrando y que algún día migrarán, para recordarles que no están solas, que en algún rincón del mundo hay otras mujeres luchando por su dignidad.

También dedico esta Memoria a todas las mujeres luchadoras que construyen día a día el mundo soñado donde el patriarcado, la misoginia y la violencia de género no van más.

1. Resumen

Esta Memoria de Título se centra en el campo de las migraciones en Chile, particularmente en la última década, donde la migración se ha caracterizado por ser intrarregional. El estudio se enfocó en la Salud Pública, con el objetivo de explorar cuáles son los estereotipos que tienen las/os profesionales de la Salud Pública sobre las mujeres migrantes que abortan legalmente en los Hospitales San José y San Borja Arriarán de la Región Metropolitana. Lo anterior, considerando que la Ley N°21.030 de Aborto en Tres Causales está vigente desde septiembre de 2017, siendo aún debate en la opinión pública.

Los resultados del estudio arrojaron que las/os profesionales de la salud tienen estereotipos sobre las mujeres migrantes que abortan legalmente según la nacionalidad a la que pertenecen, dando especial énfasis a las mujeres migrantes haitianas, a quienes se estereotipa como portadoras de una “barrera idiomática”, “malas madres”, “salvajes”, “machistas”, “extrañas” y “pobres”. Respecto a otras nacionalidades, se encontraron estereotipos tales como tratar a las mujeres venezolanas como “altamente educadas”, “exageradas” y “exigentes”, a las mujeres colombianas como parecidas a las venezolanas, pero más “tranquilas”, a las peruanas como “sumisas” y “reacias”, a las bolivianas como las peruanas, pero más “tímidas”, y a las dominicanas como “escandalosas”.

Estos resultados permitieron concluir que los estereotipos encontrados, por un lado, tienen que ver con un rechazo racista hacia la población migrante en general, donde el hecho en sí mismo de abortar no constituye un problema para las/os profesionales. El problema es que sean migrantes. Por otro lado, dimos cuenta de que los estereotipos estaban sumamente enfocados en las mujeres haitianas, a quienes, más que a cualquier otra comunidad, se les ensalza la otredad con respecto a la población chilena, habiendo un mayor racismo hacia esta población. Estos estereotipos repercuten en el trato hacia las mujeres migrantes que abortan legalmente, siendo racializadas, discriminadas, minimizadas e inferiorizadas por el mero hecho de ser migrantes, lo que invita a profundizar en estudios que den cuenta de lo que pasa en el escenario de aborto legal en Chile.

Palabras Clave

Mujeres migrantes, estereotipos, Profesionales de la Salud, aborto legal, Salud Pública

Índice

1.	Resumen	1
2.	Introducción.....	4
3.	Marco de Antecedentes	7
3.1	Los patrones migratorios en Chile.....	7
3.2	Percepción sobre las personas inmigrantes.....	8
3.3	Las mujeres migrantes en Chile y sus estereotipos	9
3.4	Salud pública y población migrante	10
3.5	Las mujeres migrantes en la Salud Pública	12
3.6	El Aborto legal en Chile.....	13
3.7	Estudios y observaciones de la implementación de la Ley N°21.030	15
3.8	El aborto legal de mujeres migrantes en Chile y estudios similares	16
4.	Marco teórico.....	18
4.1	Los estereotipos	18
4.2	Dimensiones de los estereotipos.....	21
4.3	Estereotipos relacionados a la población migrante y a las mujeres migrantes.....	22
4.4	Estereotipos relacionados con las mujeres que abortan	25
5.	Problematización.....	26
6.	Pregunta de investigación.....	29
7.	Objetivos de investigación	29
8.	Marco metodológico.....	29
8.1	Estrategia metodológica.....	29
8.2	Técnica de producción de información	30
8.3	Muestra	30
8.4	Técnica de Análisis	32
9.	Resultados	33
9.1	Funcionamiento del protocolo IVE.....	33
9.2	Funcionamiento Equipo IVE Hospital San José	34
9.3	Funcionamiento Equipo IVE Hospital San Borja Arriarán.....	38
9.4	La población migrante en Chile.....	40
9.5	Migración y Salud Pública	44
9.6	Las mujeres IVE.....	47
9.7	Las mujeres migrantes IVE.....	49

9.8	Mujeres migrantes IVE por nacionalidad.....	59
10.	Conclusiones	69
10.1	Sobre el origen de los estereotipos	70
10.2	Los estereotipos sobre las mujeres haitianas	70
10.3	Los estereotipos sobre las mujeres venezolanas y colombianas	73
10.4	Los estereotipos sobre las mujeres peruanas y bolivianas.....	74
10.5	Estereotipos según cada causal	74
10.6	Las repercusiones de los estereotipos en la atención IVE.....	75
10.7	Para las/os profesionales es un problema que las mujeres migrantes acudan a abortar.....	76
10.8	Sobre las diferencias entre los hospitales San José y San Borja Arriarán.....	76
10.9	Reflexiones finales	77
11.	Referencias bibliográficas.....	78
12.	Anexos	90

2. Introducción

Los estudios sobre migración en Latinoamérica y Chile comenzaron a darse en la década de los noventa, pero tomaron fuerza y protagonismo a inicios del actual siglo (Tijoux y Palominos, 2015). Intelectuales como Cano y Soffia (2009), Stefoni (2005) y Martínez (2012) empezaron a problematizar la migración desde perspectivas críticas, tales como la vinculación de la persona migrante como el nuevo sujeto del racismo, en línea de los postulados de Balibar y Wallerstein (1991). Hoy la migración se puede entender sociológicamente según lo definen Tijoux y Palominos (2015), como un proceso en el que se ven vinculados un tipo específico de personas que poseen una situación de precariedad particular; se diferencian de la categoría de turista y, por lo tanto, no tienen una intención transitoria de estadía en el territorio de llegada. Es decir, ser migrante va más allá de cruzar una frontera política con la intención de asentarse.

La presente Memoria se enmarca en el Proyecto Anillos SOC180008 “Migraciones contemporáneas en Chile: Desafíos para la democracia, ciudadanía global y acceso a derechos no discriminatorios” de la Universidad de Chile, dirigido por la Dra. María Emilia Tijoux Merino. El proyecto centra sus estudios en la vinculación entre el racismo y la migración. Afirma en sus bases teóricas que la construcción del sujeto migrante es eminentemente política, erigida por la sociedad a partir de procesos históricos, culturales, interactivos e institucionales, que lo producen de manera inferior al nacional; con menos derechos, algunas veces deshumanizado. La relación entre el migrante y el nacional es tensa, compone la identidad del *yo* con respecto al *otro*, en donde el *yo* siempre estará en una mejor posición. En ese sentido, al Proyecto Anillos le interesa conocer de qué manera los mecanismos institucionales, legales e interactivos en Chile colaboran y producen al sujeto migrante en el acceso a derechos, a partir de tres líneas investigativas, de las cuales, esta investigación forma parte de la Línea 1, que consiste en la búsqueda de prácticas y manifestaciones del racismo en la interacción entre chilenos/as y migrantes.

De los diversos terrenos de la Línea 1, la investigación se enfocó en el Sistema de Salud Pública y en lo que acontece a las mujeres migrantes, un tipo de sujeto muy particular, que en nuestro país no ha tenido un muy buen recibimiento al combinarse el hecho de ser mujeres y migrantes. Nos adentramos en la problemática de la relación e interacción entre

profesionales de la Salud Pública y las mujeres migrantes que acceden a abortar bajo el amparo de la ley N° 21.030 de aborto en tres causales, a saber, por riesgo de vida de la madre, inviabilidad fetal y por violación.

En consecuencia, se buscó conocer, identificar y caracterizar los estereotipos que tienen las y los Profesionales de la Salud Pública que participan de los equipos de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) sobre las mujeres migrantes que accedieron al aborto legal, analizando el discurso inherente y las experiencias que facilitaron estas/os profesionales a través de entrevistas semiestructuradas. Se consideraron, por un lado, las investigaciones de la Corporación Humanas (2020) y la Corporación Miles (2019), que han dado cuenta de que las mujeres (chilenas o no) que han accedido al aborto legal han sufrido barreras, malos tratos y malas prácticas debido al sexismo y estigmatización existentes hacia la práctica abortiva, señalando vacíos legales en la normativa que facilitan estas prácticas. Por otro lado, tomamos en cuenta los estudios de Cabieses (2019), Cortez (2019), Álamos (2017) e incluso evaluaciones del Ministerio de Salud (MINSAL) (2019), que han señalado que en el Sistema de Salud Pública chileno se discrimina y ejerce un racismo institucional a través de obstáculos, malos tratos, entre otros, de parte de las y los funcionarias/os y profesionales de la Salud hacia las personas migrantes que son atendidas, por su estatus migratorio.

Para alcanzar los fines de la investigación, el documento entrega, en primer lugar, un marco de antecedentes en donde se señalan datos del patrón migratorio en Chile y de la percepción de las/os chilenas/os sobre la población migrante, profundizando respecto a las mujeres migrantes. Luego se da cuenta de las Normativas de Salud Pública y los problemas que acarrea en lo que respecta a la población migrante, y particularmente con las mujeres. En seguida se alude a la Ley N°21030 de Aborto Legal en Tres causales, indicando su relevancia mediática durante su proceso de elaboración y los estudios que dan a conocer cómo ésta se ha aplicado desde su promulgación en septiembre de 2017, entre los cuales, se observaron las carencias estadísticas e investigativas en lo que respecta a la población migrante y el aborto legal. Finalmente, se dio paso a estudios sobre el aborto legal de mujeres migrantes en Chile y el mundo, y aquellos que se centran en los estereotipos que tienen profesionales de la salud sobre mujeres que abortan legalmente, como antecedentes que apoyaron la elaboración de esta tesis.

En segundo lugar, el marco teórico da cuenta de las definiciones y corrientes del fenómeno de los estereotipos, sus dimensiones y cómo éstos son sociológicamente relevantes para el estudio de las interacciones y relaciones sociales, profundizando en los estereotipos que existen sobre las mujeres migrantes y sobre las mujeres que abortan, como conceptos utilizados en la investigación.

En tercer lugar, se problematiza acerca de la carencia de estudios y datos respecto al aborto legal en Chile y sobre las mujeres migrantes que acceden a abortar, constatando la necesidad de trabajar este escenario, tomando en cuenta que la prestación de servicio del aborto se da en un ambiente que puede considerarse hostil, al existir prejuicios sobre las mujeres que abortan, lo que podría agudizarse al tratarse de mujeres migrantes. Esto dio paso a la pregunta de investigación y los objetivos.

En cuarto lugar, el marco metodológico ofrece un enfoque cualitativo y el instrumento utilizado, que son las entrevistas semiestructuradas, las cuales permitieron conocer los estereotipos, indicando también la muestra y su justificación, donde se estudiaron a profesionales de los Hospitales San José y San Borja Arriarán de la Región Metropolitana.

En quinto lugar, se entregan los resultados desde el análisis de las entrevistas realizadas donde encontramos los estereotipos que se crean sobre las mujeres migrantes que abortan según su país de procedencia y su status migratorio. Finalmente, se ofrecen las conclusiones de la presente investigación, donde se trabajaron los hallazgos encontrados.

3. Marco de Antecedentes

3.1 Los patrones migratorios en Chile

La migración en Chile no ha tenido comportamientos homogéneos a lo largo de la historia. Stefoni (2005) reconoce tres períodos migratorios. El primero consistió en la llegada de europeos que vendrían a “blanquear la raza” a partir de programas racistas del Estado-Nación, que construyeron una autoimagen del chileno asociada a lo “puro” y a una “raza superior”, libre de inmigrantes e indígenas (Calderón, Hopenhayn, Ottone, 1996; Gaune, 2009), sin embargo, la escasez de registros no permite asegurar la cantidad de personas que ingresaron y sus procedencias (Bucher, 2001). El segundo período se concentró en la dictadura militar, caracterizado por un contexto de restricciones propios del régimen, con fronteras cerradas al libre acceso de extranjeros y políticas que buscaban proteger al país del terrorismo de izquierda (Stefoni, 2005), generando emigración por razones de exilio y persecución política (Tijoux y Palominos, 2015).

El tercer y actual período es donde se enmarca esta tesis, y comienza con el retorno a la democracia (Stefoni, 2005). Presenta una tendencia al aumento de la inmigración al país, con la tasa histórica más grande desde 1950, por encima del promedio de inmigrantes en el mundo (Cabieses, Armas, Norero, Rodríguez, Reyes, 2019), la cual según señalan Rodríguez y Rowe (2018) se debe en buena medida al hecho de que quienes migran, ven a Chile como un país de atractivo económico estable y una fuente de trabajo segura.

El Censo de 2017 indicó una población extranjera residente en el país de 4.35% de la población total, equivalente a 746.465 personas, cifra que aumentó según la estimación del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) a 1.492.522 inmigrantes para el año 2020, con un aumento relativo de 19,4% respecto del 2018 (INE, 2018; 2019; 2020), siendo liderada por ciudadanas/os venezolanas/os que superaron la por mucho tiempo prevalente inmigración peruana, quedando esta en segundo lugar y seguida por la población haitiana, colombiana, boliviana, argentina y ecuatoriana (INE, 2019), caracterizándose por ser intrarregional (CEPAL, 2017; 2018, Cabieses, et al, 2019), y superando el predominio de países fronterizos.

3.2 Percepción sobre las personas inmigrantes

Los estudios de Tijoux (2015) indican que el trato a las personas migrantes en Chile depende mucho de su nacionalidad, disponiendo a ciertas/os inmigrantes latinos, según las particularidades de su país de origen, como aquellas/os indeseados. Son considerados por las/os chilenas/os, como “los nuevos bárbaros” (Tijoux y Díaz, 2014). Se deshumaniza al/la inmigrante, se le niega sus derechos humanos (DD.HH.), ensalzando la autoimagen del/la chileno/a como europeo (Stefoni, 2011). Existe también una visión sensacionalista, prejuiciosa y temeraria de una supuesta sobrepoblación de inmigrantes, con discursos tales como “robo del trabajo”, que traen “delincuencia y narcotráfico al país” o supuestos “aprovechamientos” de los servicios básicos como la salud, vivienda y educación (Martínez, 2012).

Estas percepciones de las/os chilenas/os son observables en estadísticas, como la encuesta del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) (2018), que indica que el 25% de las personas cree que a las/os inmigrantes latinoamericanas/os en Chile no se les respeta los DD.HH, el 17% reconoce que en Chile se discrimina por ser “negro”, el 78,8% cree que se debería controlar la cantidad de extranjeras/os que ingresan a Chile desde *algunos* países, mientras que el 37% cree que se debería prohibir el ingreso al país de inmigrantes sin estudios. Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia (UNICEF) (2012) indica que el 27,6% de las/os encuestadas/os cree que hay nacionalidades inferiores a la chilena. La encuesta CADEM (2019) señala que 47% de las/os migrantes cree que las/os chilenas/os son discriminadores con ellas/os, 54% de las/os migrantes asegura que un/a chileno/a ha intentado aprovecharse de ellas/os, el 24% de ellas/os se siente muy infeliz en Chile y el 27% no está nada satisfecha/o con su calidad de vida.

Los medios de comunicación son centrales en cuanto al establecimiento de estereotipos sobre la población migrante, reduciendo sus identidades y biografías a partir de generalizaciones negativas, que los convierte en indeseadas/os (Póo, 2009, Van Dijk, 2006; Wiewiorka, 2002; Tijoux y Palominos, 2015). Se pudo ver durante el estallido social que la prensa intentó responsabilizar indebidamente a personas extranjeras de algunos atentados en las estaciones de metro (El Desconcierto, 2019). Así mismo, en el contexto actual de la Pandemia Mundial por el virus COVID-19, los discursos públicos del presidente de la

República y el ex Ministro de Salud, asociaron la propagación del virus a la población migrante dando urgencia al proyecto de ley de migraciones como medida para combatirlo (Uchile, 2020), que hoy está ad portas de ser ley; o bien, el canciller, acusando a las personas migrantes de querer aprovecharse de las vacunas disponibles (La Tercera, 2021). Este tipo de noticias crean imaginarios y representaciones generalizadas de las personas migrantes que las posiciona como distintas, inferiores, problemáticas, al punto que pareciera no ser necesaria la interacción con ellas para establecer ideas sobre su identidad (Wieviorka, 2002).

Así, hasta ahora se puede dar cuenta que las personas migrantes que se asientan en Chile se enfrentan a un Estado e institucionalidad que no desea recibirlas, además de ser estereotipadas por las personas chilenas que definen y ensalzan su identidad a través de la diferenciación y menosprecio con ellas/os.

3.3 Las mujeres migrantes en Chile y sus estereotipos

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2017) señala que, al relacionar el origen de una mujer migrante con su sexo y su pobreza, se puede alcanzar una situación de vulneración hasta cuatro veces mayor que la de un hombre inmigrante, por eso es importante comprender su especificidad a la hora de estudiarla.

En Chile, para el año 2016, tres de cada cuatro mujeres migrantes provenían de Sudamérica, la mayoría enviando remesas a su país de origen para los hijos que tuvieron que dejar (OIT, 2017), lo que las estereotipa por ser “malas madres” por supuestamente “abandonar” su hogar (Wagner, 2008). Por otro lado, tienen una tasa de incidencia de pobreza de 11,8 respecto a un 9,9 de hombres migrantes y 8,9 de mujeres chilenas (CASEN, 2017). Se ven enfrentadas a un mercado del trabajo precario no profesional como la labor doméstica, comercio y servicios de atención (OIT, 2017; CASEN, 2017; PRODEMU, 2018) con un alto grado de probabilidad de ser víctimas de abuso, explotación, trabajo forzoso y esclavitud (OIT, 2017). Tal fenómeno se da en parte por los estereotipos que asocian a las mujeres migrantes como cálidas, dedicadas al cuidado, entre otras cosas (Moya y Puertas, 2008), desconociendo completamente sus propias aptitudes y cualidades, por ejemplo, los niveles educativos, donde la CASEN (2017) indica que tienen

un mayor nivel educativo que las mujeres chilenas; el 35,8% de las inmigrantes tienen educación superior completa respecto a un 17,4% de mujeres chilenas.

En una investigación a mujeres migrantes afrodescendientes en Coquimbo, Herrera (2018) dio cuenta de que el 60% expresa haber sufrido discriminación xenófoba, el 100% racial y esta última con alta densidad, así como el 100% ha sufrido discriminación con prácticas sexistas, donde reciben comentarios como “vienen a maraquear”, “a prostituirse” o “todas las negras son putas”. Así mismo AMUCH (2018) señala que muchos de los estereotipos establecidos sobre estas mujeres las asocian al comercio sexual, y que ellas los rechazan.

Los estudios señalados permiten dar cuenta de que el racismo que experimenta una mujer migrante latinoamericana en Chile no puede ser separado de su sexualización, puesto que ambas estructuras se entranan de manera tal de que se potencian entre ellos y justifican las vejaciones a las mujeres (Tijoux y Palominos, 2015) prácticamente en todas las áreas desde las que puede estudiarse, y como será trabajado en la presente investigación.

3.4 Salud pública y población migrante

En Chile, las políticas migratorias se rigen por la ley N°1.094 de Extranjería promulgada en 1975, la cual ha pasado por apenas tres períodos de modificaciones (Thayer, 2019). En el escenario actual, se ejercen políticas restrictivas, lo cual supone selecciones rigurosas de extranjeros que puedan acceder al país, aumentando así el ingreso de migrantes por pasos no habilitados y, por ende, en situación de irregularidad (Thayer, 2019). Tal condición les restringe algunos derechos (Thayer, 2016), entre ellos, el acceso a servicios básicos como la salud (Cabieses, et al, 2019).

El Ministerio de Salud (MINSAL) reconoce los escenarios de discriminación que sufren las/os inmigrantes tanto en situación irregular como regular en el acceso a los Servicios de Salud Pública y por esto ha implementado una serie de Políticas de Salud enfocadas en tal población (MINSAL, 2019). Entre ellas, el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes, el Piloto de Salud de Inmigrantes y la Política de Salud de Inmigrantes Internacionales del MINSAL, con la finalidad de reducir las barreras de acceso a los Servicios de Salud Pública de dicha población, realizando procedimientos tales como la capacitación de funcionarias/os, contratación de facilitadores interculturales, creación de protocolos de atención enfocados en esta población, entre otros (MINSAL, 2018; 2019).

Otra medida ha sido el Decreto N°67 del año 2016, que indica que toda/o inmigrante indocumentada/o tiene derecho a ser atendido en Servicios de Urgencias a través de un número provisorio y sin costo (MINSAL, 2019). Sin embargo, desde abril del año 2019, esto excluye a las personas que tienen visa turística, aun cuando tal visa muchas veces es utilizada para cruzar la frontera con la finalidad de asentarse en el país. Por otro lado, la nueva Ley de Migración y Extranjería supone eventuales cambios en materia de Salud y migración, indicando que, si bien los extranjeros tendrán acceso a la salud en igualdad a los nacionales, cuando alguno solicite atención en un Servicio de Salud, éste deberá exigir al Servicio de Registro Civil e Identificación que se le asigne a dicha persona un RUT, y en caso de emergencias, se le será asignado luego de la atención¹. Esta situación desconoce el Decreto N°67 y constituye un retroceso en materia de Acceso a la Salud de las personas migrantes.

Álamos (2017), Bustos (2017), Cortez y su equipo (2019) y el MINSAL (2018) han demostrado que dentro de los establecimientos de Salud Pública, a pesar de los esfuerzos de la Política Pública, siguen ocurriendo situaciones de discriminación hacia las personas migrantes, desde la ausencia de facilitadores culturales o traducciones de documentos para quienes no hablan español, negación de la posibilidad de inscribir un número provisorio, atenciones de baja calidad, frívolas y sin reconocimiento del contexto social y la sensibilización pertinente sobre la situación del/la usuario/a, malos diagnósticos, malos tratos y carencia de protocolos apropiados.

Como formulan Cabieses, Bernal y McIntyre (2017) el hecho de ser migrante es un factor de riesgo para no tener acceso formal al sistema de salud. Las estadísticas de la CASEN (2017) reafirman lo anterior al indicar que una persona inmigrante tiene 3 veces mayor probabilidad de no tener acceso a la salud que un/a chileno/a, y Cabieses (2019) da cuenta de que el número de egresos hospitalarios de inmigrantes sin previsión de salud tiende al aumento. Para el año 2015, el 15.7% de la población migrante no se encontraba adscrita a ningún Sistema de Salud y un 25% de migrantes no accedió a los Servicios de Salud, en contraste con un 14% de los nacidos en Chile (MINSAL, 2018). Así mismo, la CASEN

¹ Datos obtenidos del Boletín de la Tramitación de la nueva Ley de Migración y Extranjería, último Oficio, con fecha del 15 de diciembre de 2020

(2013) muestra que 22.5% de las/os migrantes no accedían a la atención por no conseguir hora, en comparación de un 3.3% de las/os chilenas/os (MINSAL, 2018).

Se puede dar cuenta, en suma, que la relación entre la población migrante y el Sistema de Salud Pública atraviesa tanto asuntos de acceso a derechos (en este caso a la atención en salud y en igualdad de condiciones), así como problemáticas respecto a los malos tratos y discriminaciones que reciben las/os usuarias/os cuando son atendidas/os por parte de funcionarias/os y profesionales de la Salud.

3.5 Las mujeres migrantes en la Salud Pública

Entre los sectores más vulnerables en el acceso a salud de personas inmigrantes, están los adultos mayores, las mujeres embarazadas y los niños (MINSAL, 2018). Los dos últimos consignados en la Circular A15 N°06 del 09/06/2015 que las/os determina como quienes deben ser atendidas/os en urgencia sin importar su situación de documentación. Gran parte de las políticas que han sido impulsadas son enfocadas en estas personas, permitiendo el acceso preferencial a la Salud Pública, la priorización de traducción y promoción de programas para ellas/os, la relevancia del cuidado de salud de mujeres embarazadas, el acceso a métodos de regulación de la fertilidad, entre otras (Bustos, 2017). Para la Nueva Ley de Migraciones las mujeres embarazadas recibirán un tratamiento especial; una visa especial², lo que no especifica si se mantiene la normativa del MINSAL.

La mayor demanda en la atención en Servicios de Salud Pública de parte de la población inmigrante en Chile está en los ámbitos de maternidad e infancia, donde la mayoría de las razones de hospitalización se dan por embarazo y parto, configurando entre un 42% y 47% de los egresos hospitalarios (Wolff, 2017; Bustos, 2017; Cabieses, 2019) En muchos casos las mujeres ingresan al final del embarazo por barreras de tiempo y acceso que no les permitió hacerse chequeos con antelación (Bustos, 2017, Cabieses, et al, 2019).

Cortez (2019) señala que hay vulnerabilidad de género en el acceso a Salud de las mujeres migrantes pues tienen mayor exposición a la violencia sexual, embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS). Destaca que las mujeres migrantes suelen tener poco

² Datos obtenidos del Boletín de la Tramitación de la nueva Ley de Migración y Extranjería, último Oficio, con fecha del 15 de diciembre de 2020

conocimiento del acceso a atención de salud, sumado a que las/os profesionales no parecen querer comunicarse de manera integral con las pacientes que no hablan español (Cortez, et al, 2019, Cofré, 2019; Álamos, 2017). El Colegio Médico de Chile agrega que las pacientes inmigrantes generalmente no siguen las indicaciones de los funcionarios porque el equipo que las atiende no se expresa bien ni manifiesta intención para darse a entender con ellas (Vida médica, 2019).

Cortez (2019) indica que no existe un número fidedigno de mujeres que se atiendan en Atención Primaria de Salud (APS), ni de mujeres embarazadas en situación de irregularidad, sólo se conoce su nacionalidad y país de origen. Estas carencias propician especulaciones xenofóbicas y racistas compartidas por los equipos de APS, quienes muestran predisposiciones discriminatorias, como la creencia de que se embarazan intencionalmente para tener residencia en Chile (Cortez, et. al, 2019). La preparación de profesionales al respecto es insuficiente, aun cuando se reconoce que tienen desconocimiento de las normativas respecto a las/os migrantes y de la y prácticas culturales de las pacientes, haciendo que la atención dependa de la “buena voluntad” del/la médico/a (Cortez, et. al, 2019).

Estos estudios dan cuenta de que el campo de la Salud Pública es un espacio que amerita ser estudiado críticamente cuando se trata de la atención a mujeres migrantes, para dilucidar cuáles son los estereotipos que tienen las/os profesionales de la Salud que las/os conducen a ejercer prácticas y tratos distintivos hacia las mujeres migrantes que acceden al servicio.

3.6 El Aborto legal en Chile

Para abordar la situación particular de las mujeres migrantes que abortan legalmente es imprescindible tomar en consideración los antecedentes, datos y estudios del aborto legal en Chile.

Para el año 2016 Chile era uno de los 7 países del mundo donde el aborto era ilegal en su totalidad, exponiéndose un retraso en materia de derechos humanos y reproductivos de la mujer (Dides y Fernández, 2019). Después de declararse ilegal en la constitución de 1989, se impulsaron 29 proyectos de ley para despenalizarlo (Dides y Fernández, 2019) y sólo el 2015 el ejecutivo ingresó el proyecto que hoy, tras años de modificaciones y debates, es ley.

El proyecto de ley fue sometido a discusión en el Tribunal Constitucional, donde el debate fue foco de los medios de comunicación y la opinión pública (Humanas, 2018), y diversas organizaciones civiles simpatizantes y detractoras tuvieron la oportunidad de plantear sus puntos de vista, poniendo en la palestra las diversas miradas de la práctica abortiva, y los mitos, prejuicios, estigmas y estereotipos que giraban en torno a las mujeres que abortan.

Una vez declarada constitucional, finalmente el 23 de septiembre de 2017 fue promulgada la Ley 21.030 de Aborto en tres causales, entendidas como las tres razones por las que se puede abortar: 1) está en riesgo de vida de la mujer embarazada, 2) existe inviabilidad fetal y 3) el embarazo fue producto de una violación. Las especificaciones de la ley se pueden observar en el **Anexo 1**, las indicaciones de las normativas que la regulan en el **Anexo 2** y un flujograma que explica ilustrativamente el procedimiento en el **Anexo 3**.

Estas tres causales, por sus características, protegen la integridad de muchas mujeres y niñas, pero no responden a la demanda real para acceder al aborto de manera segura, pues se estima que la mayoría de los abortos realizados en Chile son clandestinos (Humanas, 2018). La Asociación chilena de Protección de la Familia (APROFA) señala que apenas entre el 3% y el 5% de los abortos que se realizan en Chile al año son por una de las tres causales, siendo 20 mil los abortos que no son abarcados por la ley (Canales, D'Angelo, Dides y Soto, 2019). La organización Con las Amigas y en la Casa declaró acompañar 9 mil abortos clandestinos solo el año 2019 (Red Chilena, 2019). Y las cifras que estiman los abortos anuales en Chile son bastante dispares. La Mesa de Acción por el Aborto estima que son entre 80 mil y 260 mil al año (Ojeda, 2018). Amnistía Internacional (2015) menciona otras tres cifras: Según el MINSAL son 33 mil al año, según el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, son entre 60 mil y 80 mil, y según Albagli (2008), son 160 mil.

Respecto a abortos clandestinos, Dides y Fernández (2019) indican que entre los años 2010 y 2014 hubo 182 mujeres y 89 hombres imputados por delito de aborto, sin embargo, para el año 2016 sólo hombres se encontraban presos por tal delito. La Corporación MILES indica que de 1.200 ingresos por delito de aborto entre los años 2007 y 2017, 166 casos terminaron con una condena (Miles, s.f.). La criminalización de la práctica abortiva es problemática para las mujeres, pues ha permitido la normalización de la violencia obstétrica y que las mujeres que deciden abortar a través del Sistema Público puedan verse expuestas

a vejaciones, discriminaciones de toda índole y maltratos (Humanas, 2018), como será visto a continuación.

3.7 Estudios y observaciones de la implementación de la Ley N°21.030

El MINSAL tiene el deber de transparentar las estadísticas recopiladas de abortos legales realizados en cada Servicio de Salud. Al respecto La Corporación Humanas, que ha realizado evaluaciones de la implementación de la Ley N°21.030 desde sus inicios, para diciembre de 2019 indicó que la información que entrega el MINSAL fue insuficiente, pues sólo caracterizó el número de mujeres que abortó, la causal a la que entraron, si decidieron realizarse la interrupción y si aceptaron el acompañamiento, mientras que los datos que desagregan por nacionalidad y edad están disponibles apenas desde el 2018 (Humanas, 2020). Por su parte, la Corporación Miles ha denunciado el retraso, en más de una ocasión, de la publicación de los datos de parte del MINSAL (El Mostrador, 2019).

Por otro lado, desde el 17 de septiembre de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2019, se registran 1.537 casos de aborto legal (Humanas, 2020). El 45.9% del total corresponde a la causal 2 de inviabilidad fetal, el 38.6% a la causal 1 de riesgo de vida de la madre, y el 15.5% restante, a la causal 3 de violación. En el 84.3% de los casos la mujer optó por interrumpir, el 88% de los casos fueron atendidos en Establecimientos de Salud Pública y en un 81.2% de los casos la mujer aceptó acompañamiento (Humanas, 2020).

La Corporación Miles en su entrevista a Estefanía Andahur de El Desconcierto (2019) da a conocer los análisis que han hecho de la aplicación de la ley en su calidad de acompañantes. Observan que la burocratización del acceso a la prestación y algunos procedimientos van de la mano con la dificultad de implementación de la ley, y esto involucra no sólo a quienes conforman los equipos IVE, causando esperas demasiado largas, pacientes que se enfrentan a malos e inadecuados tratos de parte de funcionarias/os, emitiendo juicios o informando incorrectamente, incluso frustrando la constitución de una causal por negligencias de la institución (El Desconcierto, 2019). Andahur agrega que en la tercera causal se ve obstruido el derecho a decidir de las mujeres, pues se les banaliza la violencia sexual y establecen prejuicios sobre ellas (El Desconcierto, 2019).

Tal como consagra la ley, los profesionales de la salud o instituciones pueden declararse “objeto de conciencia”, atribución que les permite negarse a atender un aborto,

generando más trabas y estigmatización en su acceso (Humanas, 2018). Para el 2019, el porcentaje de médicos obstetras objetores de la Salud Pública es 51%, es decir, más de la mitad (MINSAL, 2020), y 20% de las matronas también lo son (Canales, 2019). El 37.7% de los objetores se encuentra en la Región Metropolitana (Humanas, 2019). Por otro lado, de 66 Hospitales Públicos sólo 3 no tienen ningún objetor y existen 4 en donde el 100% de sus médicos obstetras son objetores, dando una accesibilidad nula al aborto (Humanas, 2018). Las mayores cifras de objeción se concentran en la tercera causal, potenciando la criminalización subsecuente (Humanas, 2018).

No obstante lo anterior, el aborto legal cuenta con alto apoyo ciudadano. Según la encuesta CADEM, el 66% de las personas estuvo de acuerdo con la aprobación de la despenalización del aborto bajo 3 causales (Canales, et al, 2019), mientras que el INDH (2018) indica que la aprobación es de un 74% y que el 42% está de acuerdo con permitir el aborto bajo cualquier circunstancia.

Hasta ahora se puede observar que el aborto legal es un escenario problemático, tanto en el acceso a derechos como en el trato que pueden recibir las mujeres que abortan bajo esta prestación, quienes pueden ser estigmatizadas, prejuiciadas y estereotipadas por la criminalización que implica abortar.

3.8 El aborto legal de mujeres migrantes en Chile y estudios similares

Los estudios ya señalados no dan cuenta de la particularidad de las mujeres migrantes en el acceso al aborto legal, ni tampoco sobre los estereotipos que tienen las/os profesionales de la salud sobre esta población en particular. A partir de las revisiones realizadas no se encontraron otros estudios, al menos en Chile, que tomen estos elementos. Es por esto que, en este último apartado, serán abordados los datos que se recopilaban al respecto y estudios similares en Latinoamérica y el mundo.

Según Cortez, et al (2018) en el mundo se ha detectado un aumento de los abortos de mujeres migrantes dada una desigualdad estructural, falta de acceso a servicios sanitarios y carencia de métodos preventivos, dando cuenta de que se enfrentan a situaciones drásticas producto de falta de atención, irregularidad, visa, frontera, entre otras.

En Chile, según la SEREMI de Salud Metropolitana³, las mujeres migrantes reciben la misma atención que las chilenas a la hora de abortar, y son igualmente penalizadas en caso de denunciarse aborto clandestino. Esto último podría indicar miedo y rechazo de las mujeres migrantes a acercarse a los Servicios de Salud Públicos ante la posibilidad de que, si descubren su situación irregular, sean deportadas, tal como ocurre en Estados Unidos (Fossa, 2019).

No conforme con el dato señalado, según información recopilada por Ley de Transparencia entre julio y agosto de 2020 a los distintos hospitales de la ciudad de Santiago que realizan el procedimiento IVE, de los 389 casos informados que han constituido alguna causal, 150 corresponden a mujeres de nacionalidad extranjera, lo que equivale a un 38,5% de los casos. En los Hospitales San José y San Borja Arriarán, 59% y 58% de los casos respectivamente, son de mujeres migrantes, es decir, más de la mitad de las mujeres que se atienden por IVE son migrantes. Otras cifras relevantes son el Hospital Barros Luco, con un 21% de casos de migrantes, el Hospital Luis Tisné con un 22% y el Hospital Félix Bulnes con un 18%. Estos datos dan cuenta que una parte importante de las mujeres que abortan legalmente en Santiago son migrantes, por lo tanto, cuando se habla de cifras y casos de las mujeres que abortan legalmente, las migrantes también se ven involucradas.

En lo que respecta a Latinoamérica, La Mesa (2019) realizó un estudio de mujeres venezolanas que abortan legalmente en el sistema público colombiano, bajo las mismas causales que en Chile. El estudio dio cuenta que las inmigrantes venezolanas no acceden al proceso de aborto legal por diversas barreras: desconocimiento y de negligencia en la prestación de servicios médicos del país, el hecho de pedirles documentación innecesaria para ser atendidas, negando el acceso a quienes presentan situación irregular, o bien porque no tienen rutas o protocolos de atención para la población inmigrante, lo cual repercute en malos tratos, violencia obstétrica y que se les discrimine por su nacionalidad, dando cuenta que su status migratorio fue relevante en la atención (La Mesa, 2019). Se ve entonces, cómo las ideas que tienen las/os trabajadoras acerca de las mujeres migrantes que abortan y sus respectivas nacionalidades influyen en la atención.

3 Datos obtenidos por Ley de transparencia

Una situación similar ocurre en Madrid, donde se le ha negado o dificultado el acceso al aborto legal a mujeres migrantes indocumentadas, a pesar de constituir causal (Reguero, 2019). Triviño (2012) agrega que a pesar de que en España desde el 2011 el aborto es legal en todas sus formas, las migrantes latinoamericanas abortan con misoprostol y en casa porque se sienten infantilizadas por las/os profesionales y no desean que las atiendan.

Estos datos permiten señalar la importancia de estudiar la tensión entre el aborto legal, las mujeres migrantes y el sistema de salud público, tomando en consideración las dificultades que ha presentado el procedimiento de aborto legal en la atención a mujeres y que podría acentuarse cuando se trata de mujeres migrantes.

4. Marco teórico

En el siguiente apartado se abordan los estereotipos. Primero se presentan las discusiones y corrientes que componen su definición, además de cómo se entienden sociológicamente para esta investigación. En seguida, se señalan las dimensiones que los componen y se revisan las teorías y propuestas que abordan los estereotipos hacia las mujeres migrantes dado su estatus migratorio y su género, para pasar, finalmente, a la comprensión de los estereotipos que refieren a mujeres que abortan, según estudios que lo han abarcado desde distintas miradas.

4.1 Los estereotipos

La palabra estereotipo proviene de la tipografía de la imprenta (Herrero, 2006; Amossy, Herschberg, 2020). El término posee una gran complejidad, pues a menudo se confunde con tipo, prejuicio o arquetipo, con los que comparte semas y raíces (Galán, 2006). En la década de los 20' del siglo XX se dio por primera vez uso en las ciencias sociales con Lippmann (1922), quien entendió los estereotipos como representaciones o imágenes necesarias que mediatizan nuestra relación con el mundo y nuestra visión de la realidad (Santoro, 1977; Andrés, 2002; Herrero, 2006).

Vale señalar que los estereotipos se han estudiado principal y tradicionalmente desde dos perspectivas teóricas, la psicoanalítica y la sociocultural, y en la década de los 60' se unió la perspectiva sociocognitiva (González, 1999). Desde el psicoanálisis, los estereotipos desempeñan una función defensiva, donde se categoriza en términos del grupo propio y el

ajeno y desde un carácter negativo (González, 1999). En esa línea, Morfaux (1980) y Fischer (1996) los comprendieron como clichés, imágenes preconcebidas, simplificadas y reductoras por medio de las cuales se califica a las demás personas o a otros grupos sociales, sujetos a prejuicios y que determinan en mayor o menor grado nuestra forma de pensar (Amossy, Herschberg, 2020). Las percepciones de los grupos quedan sesgadas por fenómenos como el contraste y la asimilación intergrupala, acentuándose, por un lado, las semejanzas del endogrupo, y por el otro, las diferencias y comportamientos socialmente indeseables al exogrupo (González, 1999; Quin y McMahon 1997; Tajfel, Flament, Billing y Bundy, 1971), en función del deseo de las personas de sentirse bien consigo mismas y configurar su identidad social (Tajfel, 1984).

La negatividad de los estereotipos ha sido tema de debate y se comenzó a relativizar con la perspectiva sociocognitiva (González, Rodríguez, 1994; Galán, 2006), al proponerse que son necesarios para simplificar el conocimiento (Amossy, Herschberg, 2020) bajo la idea de que esquematizan y categorizan, es decir, no son más que asociaciones entre unos atributos determinados y unos grupos determinados (González, 1999), abanderado por autores como Stroebe (1989) y Leyens (1996) (Amossy, Herschberg, 2020).

En cuanto al enfoque sociocultural, éste indica que los estereotipos surgen del medio social y se aprenden a través de permanentes procesos de socialización y aculturación (González, 1999). La sociedad es indirectamente la creadora de los estereotipos y los medios de comunicación son su principal difusor y generador (Quin y McMahon, 1997; Galán, 2006).

El enfoque sociocultural comprende que los estereotipos giran en torno a grupos que se consideran “problemáticos”, como las “razas”, sexos y nacionalidades, puesto que amenazan valores y estilos de vida predominantes en la sociedad (Quin y McMahon, 1997). En ese sentido, Miller (1982) señala que los estereotipos no están libres de ideologías (González, 1999). En palabras de Moya y Puertas (2008) los estereotipos son una ideología que justifica la desigualdad entre los grupos; se presentan como imágenes fijas y sin matices, creando expectativas sobre las actitudes y comportamientos de las personas estereotipadas, coartando su libertad y posibilidad de actuación, incluso reduciendo los derechos. Es decir, los estereotipos se convierten en una ideología discriminatoria, que no

sólo minusvalora, sino que también legitima la posibilidad de control sobre los sujetos estereotipados (Laureano y Marco, 2011).

Lo anterior abre la pregunta sobre cuánta “verdad” contienen los estereotipos sobre las personas, que también es un debate que permanece (González, 1999). Esto lo explican Morales y Maya (1996) cuando señalan que los estereotipos son creados por un grupo que los cree verdaderos, aunque no siempre corresponde a la realidad, sin embargo, su uso y repetición consigue que se armen como verdades. Parecen naturales y por ello se utilizan sin pensar (Quin y McMahon, 1997); se resisten al cambio, a diferencia de las representaciones (Mora, 2002). Shoenfeld (1942) y Harding (1968) postulan que los estereotipos son más erróneos que correctos, puesto que no suelen ser adquiridos de una experiencia directa ni de hechos objetivos. Esto repercute en que, aunque no se sabe nada de un individuo, si se reconoce como integrante de un grupo estereotipado, se le aplica el estereotipo que se dispone sobre dicho grupo (González, 1999), es decir, no importa si no todos los miembros del grupo poseen ese atributo, lo importante es pertenecer al grupo (Salgado, 2017).

Teniendo en cuenta los elementos señalados, las distintas corrientes y debates no entregan una definición única de los estereotipos, sin embargo, como punto común es claro que su construcción remite a una relación social, la que se compone de un individuo y un otro al que se considera distinto respecto a sí mismo, o la relación que se tiene entre el endogrupo con el exogrupo, una diferenciación entre un “nosotros” y un “otros” (González, 1999; Stangor, 2009; Amossy, Herschberg, 2020; Tajfel y Turner, 1979), donde los atributos que se construyen sobre los “otros” no los tiene el “nosotros” (Stangor, 2009). Por otro lado, también hay acuerdo en que el uso de los estereotipos evita pensar críticamente, pues son simplificaciones útiles del pensamiento (Quin y McMahon, 1997; Herrero, 2006).

Considerando todos los elementos y discusiones mencionados, en esta investigación se comprenden los estereotipos como visiones, imágenes o percepciones generalizadas, simplificadoras y reductoras, y de veracidad cuestionable, sobre los atributos, características y roles de personas que pertenecen a grupos particulares, siendo estos grupos aquellos que son concebidos como “problemáticos” para los valores predominantes de una sociedad. Por lo tanto, son creados por grupos dominantes y coartan la libertad de los otros,

sus comportamientos y derechos. Están sujetos a ideologías discriminatorias y buscan justificar las desigualdades entre las personas de distintos grupos, ejerciendo control sobre los sujetos estereotipados, pudiendo conllevar un reconocimiento prejuicioso y dañino, que encerraría un trato discriminatorio y un intento de mantener y dar justificación a los sentimientos de superioridad y autoafirmación de un grupo frente a otro (González, 1999; Moya y Puertas, 2008). Aunque los estereotipos pudieran no ser negativos, producen efectos negativos al no tomar en consideración la particularidad de las personas (Cook, Cusack, Dickens, 2010). A su vez, tienden a ser estáticos, y son creados y compartidos por la sociedad, difundidos principalmente por los medios de comunicación, lo cual permite no tener que vincularse con las personas estereotipadas para crearse.

4.2 Dimensiones de los estereotipos

Para comprender las dimensiones que componen el estereotipo, es necesario abordar su relación estrecha con el prejuicio y la discriminación. Los tres términos están unidos al concepto de actitud como un fenómeno compuesto de tres componentes: cognitivo (lo que sé del asunto), afectivo (las emociones que me suscita) y conductual (la conducta que, como consecuencia, desarrollo) (González, 1999).

Entonces, si el prejuicio es el conjunto de conocimientos, creencias y juicios de carácter negativo en relación a un grupo social, el estereotipo sería el componente cognitivo (juicio y creencia) de los prejuicios (González, 1999). En palabras de Katz y Braly (1933) son un conjunto de evaluaciones y creencias, donde el prejuicio es el estereotipo negativo hacia ciertos grupos sociales. Por lo tanto, el prejuicio sería la manifestación de hostilidad del estereotipo (Galán, 2006).

Herrero (2006) indica que las funciones cognitivas del estereotipo son, por un lado, ser esquemas preconstruidos ampliamente compartidos por el mundo social y por el otro, contribuyen a organizar las representaciones colectivas, opiniones intercambiadas y el imaginario social. En cuanto a la estructura cognitiva de los estereotipos, Tajfel (1984) señala que se compone de tres procesos básicos, estos son, la categorización, la comparación social y la atribución de características.

Los rasgos que forman parte de los estereotipos se originan en la interacción social entre los grupos y los roles que ocupan en la sociedad socialmente organizada, es decir, las

responsabilidades y privilegios asociados a esa posición y las reglas de conducta que gobiernan las interacciones entre los individuos que, a pesar de su inexactitud, tienden a verse como características propias de las personas (González, 1999).

Por lo tanto, las dimensiones de los estereotipos se comprenden como un conjunto de juicios y creencias acerca de los atributos, características y roles de las personas que pertenecen a un grupo determinado. Por un lado, los juicios son opiniones valorativas que determinan lo bueno y lo malo, y no pueden considerarse conocimiento pues son un sesgo las reglas del método sociológico de Durkheim (2001). Por otro lado, las creencias son un componente que emerge en la vida social a partir de las relaciones, una realidad que se impone al individuo como miembro de una sociedad, que se supone como conocimiento verdadero y que requiere acción conjunta (Nocera, 2009). Estas dimensiones pasan por un proceso de construcción cognitiva que clasifica, distingue y genera atribuciones sobre tales personas, y cuando estas atribuciones tienen una manifestación hostil se convierten en prejuicios. En otras palabras, los estereotipos son asignaciones arbitrarias que construyen al “otro” a partir de juicios y creencias sobre el grupo al cual pertenece.

4.3 Estereotipos relacionados a la población migrante y a las mujeres migrantes

A continuación, se abordan los elementos teóricos que permiten dar cuenta cómo funcionan en las sociedades los estereotipos que rondan en torno a las mujeres migrantes. Para dar cuenta de ello, es necesario señalar cómo se da este concepto con la migración en general, y cómo se vincula ésta con la noción de “raza” y de racismo.

Si bien, los fenómenos de la migración y del racismo son completamente distintos, los autores Balibar y Wallerstein (1991), Wieviorka (2002) y Tijoux y Palominos (2015) señalan que en la sociedad contemporánea no se pueden entender por separado, porque las personas migrantes se han convertido en los nuevos sujetos del racismo. En un contexto donde los nacionalismos son relevantes para la definición de las identidades culturales, se hace del extranjero un cuasi enemigo, impidiéndole construirse o afirmarse como sujeto (Balibar y Wallerstein, 1991; Todorov, 1991) y se prioriza al sujeto nacional (Todorov, 1991).

En cuanto a la definición de racismo, Wieviorka (2002) lo entiende como “*asociar características morales e intelectuales a personas de un grupo como atributos naturales que permiten adoptar prácticas de inferiorización y exclusión*” (pág. 13). El racismo implica que la historia individual y la cultura quedan neutralizadas, borradas, a favor de la fantasía del cuerpo colectivo, subsumida bajo el nombre de “raza” (Le Breton, 2002). Por esto es importante considerar el origen nacional y las ideas atribuidas a la “raza” cuando se pregunta acerca de una persona migrante, entendiendo que la “raza” es una categoría construida socialmente; es el racismo el que construye y naturaliza la existencia de las “razas” en las/os humanas/os.

En Latinoamérica el racismo se ha aprendido del entorno, la familia, la escuela, los medios de comunicación y la interacción cotidiana, no pareciendo extraño que se sepa poco de la vida de aquellos “otros”, y lo que saben tiende a ser estereotipado, negativo o parcial (Van Dijk, 2007). En el caso de Chile, el racismo ha sido negado, al punto de considerarse ridículo (Van Dijk, 2007).

Ahora, para entrar en la noción de estereotipos, vale señalar que una de las manifestaciones del racismo contemporáneo es la ausencia de contacto directo entre las partes (nacionales e inmigrantes), dando pie a la creación de prejuicios y estereotipos acerca de las personas inmigrantes o de la comunidad completa (Wieviorka, 2002; Wallerstein y Balibar, 1991), y con ayuda de los medios de comunicación que se encargan de ofrecer una identidad estigmatizada y generalizadora sobre ellos (Wieviorka, 2002; Van Dijk, 2006; Póo, 2009).

En el área de los estereotipos, dentro de los más reconocidos se encuentran los estereotipos de género y los estereotipos de “raza” (González, 1999). Estos últimos son potenciados cognitivamente por las ideologías racistas (Van Dijk, 1997). Martínez (2008) indica que la estereotipación de “raza” es similar en el continente, e Ishibashi (2003) agrega que el tema está invisibilizado por falta de activismo, investigación y conciencia en el tema. En Chile, el prejuicio racial y los estereotipos están vinculados también a los apellidos y características asociadas a ser mapuche (Cueto y Espinosa, 2014); las personas que se identifican con grupos indígenas o afrodescendientes reportan una mayor vivencia de discriminación (Quilaqueo, Merino y Saiz, 2007).

Ahora bien, tal como señala Juliano (2000), cuando las investigaciones sobre migración toman por sujeto a las mujeres migrantes, esto obliga a repensar todo el fenómeno, puesto las mujeres migrantes viven situaciones muy diferentes a las de los varones, ya sea por razones sociales, culturales, políticas, entre otras. En ese sentido, la migración nunca es un fenómeno asexuado; responde de manera bastante importante a determinantes de género. Astles (s.f.) en la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) indica que el género y la migración son factores de intersección que se afectan mutuamente, pues la migración puede tener efectos positivos o negativos en las personas migrantes dependiendo de sus características y condiciones individuales. Esto, entendiendo el género como una construcción cultural e histórica que asigna características y roles a las personas según sus sexos, generando relaciones de poder y jerarquía entre lo masculino y lo femenino, donde el primero está por encima del segundo (Scott, 1990; Butler, 2007).

Entonces, combinando las categorías de ser mujer y ser migrante, las mujeres migrantes son estereotipadas dentro de lo que Cook y Cusack (2010) llaman estereotipos de género compuesto, que implican vincular la categoría de género con otras tales como la “raza” y el estatus migratorio para señalar estereotipos particulares, en acuerdo con la teoría de la interseccionalidad, que plantea la intersección de relaciones de poder y desigualdades para comprender la compleja posición de las personas en las sociedades (Arruza, 2017; Crenshaw, 1989; Viveros, 2016). Así mismo, Astles (s.f) señala que cuando se intersectan el género y el estatus migratorio, las personas migrantes sufren mayormente los efectos negativos de los estereotipos.

Así, los estereotipos sobre las mujeres migrantes generalmente están determinados por el género. Entre los más comunes está ser inculta, dependiente, analfabeta y pobre (Cook, Cusack, 2010; Laureano, Marco, 2011; Pérez, 2008), y las mujeres migrantes los rechazan rotundamente (Pérez, 2008). Otros estereotipos son considerarlas dulces y cariñosas, lo cual les da preferencia en trabajos de cuidado, aunque no implique una mayor remuneración (Moya y Puertas, 2008). También se encuentra el estereotipo de crearlas dependientes de la migración masculina (Juliano, 2000), o ser estigmatizadas por no cumplir su rol de madre al “abandonar el hogar” al migrar, estereotipo que es reflejo de discursos sancionadores y morales propios de la visión de género de que una mujer es lo mismo que una madre

(Wagner, 2008). Este estereotipo no se enfoca en pensar en la situación de los hijos, sino más bien, se trata de un problema entre los roles de género esperados de la mujer migrante, enjuiciándola a ella en sí misma (Parreñas, 2002)

Aunque algunos estereotipos parecen positivos, en sí mismo las pone en riesgo, pues se sancionan los comportamientos supuestamente no apropiados de las mujeres cuando no concuerdan con ellos, suprimiendo toda diversidad y complejidad de cada una (Wagner, 2008), considerándolas “desnaturalizadas” o “extrañas” (Pérez, 2008) o incluso dispuestas a recibir prácticas de dominación de empleadores, al suponer que pueden e incluso deben aguantar cualquier cosa con resignación (Pérez, 2008). Astles (s.f.) agrega que estos estereotipos parecen “encarnados”, que se basan en la forma en que hablan, caminan y la apariencia física de las mujeres migrantes, y se utilizan para justificar que estas mujeres son menos valiosas, y al ser estáticos, es difícil para ellas evadirlos o desafiarlos.

Los conceptos abordados dan a entender la importancia de estudiar los estereotipos de género y raciales que se construyen sobre las mujeres migrantes que acceden a abortar legalmente en el Sistema de Salud Público chileno, porque no son ajenos a la mirada y construcción de un sujeto alterno, sobre todo cuando se intersectan las dimensiones que definen las posiciones en las que se encuentran en la sociedad. Por otro lado, se puede dar cuenta de cómo los estereotipos están estrechamente vinculados a la construcción de una “raza” y al racismo como mecanismo de diferenciación y justificación de desigualdades entre las personas. Así, las mujeres migrantes al ser estereotipadas viven como consecuencia limitaciones propias de sus características de ser mujer, tener una condición migratoria y el país del cual provienen.

4.4 Estereotipos relacionados con las mujeres que abortan

En este apartado nos acercamos conceptualmente a los estereotipos sobre mujeres que abortan, a partir de Erviti, Castro y Sosa (2006), quienes estudiaron los estereotipos que tienen las/os médicas/os de Hospitales Públicos de México sobre mujeres que llegan tras realizarse un aborto, para luego detectar las prácticas que en consecuencia ejercen. Los autores comprenden el campo de la medicina como aquel donde la agencia de las/os médicas/os se entiende objetiva y legítima, dado su carácter científico, estableciendo relaciones de desigualdad y poder con las/os pacientes, siguiendo a Foucault (1983) y

Freidson (1978) (Erviti, et al, 2006). Las/os médicas/os suelen etiquetar a las/os pacientes en función de atributos individuales, estereotipos e imágenes sociales y de género, con la intención de ordenarlas/os, repercutiendo en una atención diferencial (Roth, 1986; Ellison, 2003; Waitzkin, 1991; citado en Erviti, et al, 2006). Advierten que tales clasificaciones constituyen principios de prácticas tendientes a reafirmar o restaurar un orden social sobre la maternidad y el papel reproductivo de las mujeres, dando cuenta que el habitus médico cumple un rol pedagógico y sancionador de prácticas que desafían un orden determinado de las cosas (Erviti, et al, 2006).

En el estudio se encontraron estereotipos tales como que la mujer es la única responsable del embarazo y que, en consecuencia, es un agente regulable y educable, por lo tanto, los médicos despliegan prácticas sancionadoras y con funcionalidad educativa, reproduciendo un rol de dominación y desigualdad de género que es legitimado por el Estado, concluyendo que la relación entre médicos y pacientes que acuden a abortar está mediada por una violencia simbólica generada de los primeros hacia las segundas (Erviti, et al, 2006).

Por lo tanto, se puede comprender que los estereotipos que se crean sobre mujeres que abortan de parte de profesionales de la salud tienen que ver con la relación asimétrica entre médico-paciente, una función pedagógica y de control, y la particularidad de ver a las mujeres que abortan como responsables de sus prácticas sexuales y de la maternidad, inhibiendo de toda responsabilidad a los hombres que fueron parte del acto sexual que llevó en consecuencia un embarazo no deseado.

5. Problematización

El creciente aumento de las migraciones Latinoamericanas en Chile ha inspirado el campo de estudios al respecto (Tijoux y Palominos, 2015), siendo diversas las áreas desde las cuales enfocarse.

Como señalan Tijoux y Díaz (2014), las/os inmigrantes latinoamericanas/os se han convertido para las/os chilenos en los “nuevos bárbaros”, es decir, son las personas en quienes recaen las nuevas formas del racismo. Los estudios del INDH (2018), UNICEF (2012), Tijoux (2015) y CADEM (2019) han dado cuenta cómo se discrimina a estas

comunidades según el país del cual provienen percibiéndolas como una indeseada “otredad” y Cabieses, et al (2019), Álamos (2017), Bustos (2017) y Cortez, et al (2019) demostraron que esto también ocurre en los Servicios de Salud Pública, donde el estatus migratorio de las personas migrantes influye en los juicios, creencias y consecuentes tratos que se tienen las/os funcionarias/os y profesionales de la salud sobre ellas a lo largo de la atención de Salud. Se visibilizan trabas institucionales, obstaculización de una buena atención e incluso la negación de la misma, características propias del racismo institucional (Wieviorka, 2002), donde las/os representantes de la institución usan a discrecionalidad el poder que ostentan para ofrecer una atención adecuada.

Las mujeres migrantes son hasta cuatro veces más vulnerables que un hombre migrante (OIT, 2017), lo que invita a enfocarse, desde una perspectiva de género, en su vivencia particular en lo que respecta a su atención en los Servicios de Salud. Cortez, et al (2019), Cofré (2019) y Álamos (2017) dan a conocer su situación específica en la atención de Salud Pública, donde reciben malos tratos de parte de las/os funcionarias/os de la Salud. Son también la población migrante que más se atiende en los Servicios de Salud Pública chilenos (Wolff, 2017).

¿Qué pasa específicamente en el caso del acceso a IVE? el 35,8% de las constituciones de causales en el acceso al aborto legal de la Región Metropolitana corresponden a mujeres migrantes⁴, por lo tanto, los estudios de Humanas (2018 y 2020) respecto al acceso al aborto legal de mujeres en Chile, refieren también a las mujeres migrantes que abortan.

La especificidad de ser mujer migrante y abortar legalmente combina el desprestigiado estatus migratorio que poseen con el ejercicio de la práctica abortiva que, hasta hoy, si bien cuenta con el apoyo de la ciudadanía (Canales, et al, 2019), aun forma parte del debate en la opinión pública, con una alta cantidad de profesionales objetores de conciencia (incluso en el sistema público) (Humanas, 2018), lo que repercute en la criminalización de la práctica aun cuando es legal (Humanas, 2018), y malos tratos a lo largo de la atención que, de acuerdo a la literatura revisada, son producto de la estigmatización y prejuicios que se ejercen sobre las mujeres que recurren a la prestación, incluso de parte de quienes no son

4 Datos obtenidos por Ley de Transparencia

objetores (Miles, 2019). Nos preguntamos ¿cómo explicar esta criminalización y malos trato cuando además de tratarse de una mujer que aborta, se trata de una mujer migrante?

La falta de especificidad sobre la situación de las mujeres migrantes en los estudios del aborto legal en Chile, y la poca información que se ofrece en lo que respecta (donde únicamente Humanas (2020) registran datos), vuelve necesario indagar respecto a lo que les acontece en este espacio, tomando en consideración la relación asimétrica y de confidencialidad entre médico-paciente que tal prestación suscita (Erviti, et al, 2006). Indagar sobre este problema es un aporte sociológico en los estudios de las migraciones contemporáneas en Chile, de las mujeres migrantes, salud y migración y derechos reproductivos.

Comprendemos que los estereotipos son un fenómeno sociológicamente relevante ya que, como se ha dado a entender, implican una relación social entre un *yo* y un *otro* al cual se generaliza en función de atributos que no necesariamente posee, más bien, por el sólo hecho de pertenecer a *otro* grupo en el cual el *yo* no se siente representado. Por lo tanto, se observa con distancia y sin ánimos de mayor vinculación (González, 1999; Stangor, 2009; Amossy, Herschberg, 2020). Por otro lado, como señalan Cook y Cusack (2010) los estereotipos que se crean sobre las personas son clasificaciones poco certeras que, en consecuencia, generan prácticas diferenciadas hacia quienes son estereotipadas/os.

Es por esto que estudiar los estereotipos que tienen las/os profesionales de la Salud Pública de la Región Metropolitana sobre mujeres migrantes que abortan legalmente es un primer paso en el abordaje sociológico en función de comprender la situación que viven estas mujeres en el marco de la IVE, permitiendo acercarnos al problema de si el estatus migratorio y los estereotipos que se generan de las diversas nacionalidades de estas mujeres, repercuten en el trato que las/os profesionales tienen sobre ellas.

Surgen al respecto las preguntas ¿cómo clasifican las/os profesionales de la salud que conforman los equipos IVE a las mujeres migrantes que abortan legalmente? ¿qué distinciones hacen sobre ellas? ¿cómo las diferencian de las mujeres chilenas? ¿tienen fundamento veraz las posturas personales o de los equipos en tales diferenciaciones?

6. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los estereotipos que tienen las/os Profesionales de la Salud Pública que conforman el equipo IVE acerca de las mujeres migrantes que abortan legalmente en Santiago de Chile?

7. Objetivos de investigación

OBJETIVO GENERAL: Explorar los estereotipos que tienen las/os Profesionales de la Salud que conforman los equipos IVE acerca de las mujeres migrantes que abortan legalmente en Santiago de Chile

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar y caracterizar los juicios que tienen las/os profesionales de la salud que conforman los equipos IVE respecto a las mujeres migrantes que abortan legalmente
2. Identificar y caracterizar las creencias que tienen las/os profesionales de la salud que conforman los equipos IVE respecto a las mujeres migrantes que abortan legalmente

8. Marco metodológico

8.1 Estrategia metodológica

En la búsqueda de comprender los estereotipos que tienen ciertos sujetos sobre otros, la investigación utilizó una estrategia metodológica de tipo cualitativa, pues ésta permite analizar de forma comprensiva la interpretación de la realidad que experimenta el/la investigado/a, desde su punto de vista (Canales, 2006), tomando en cuenta su propio ordenamiento de las cosas, su forma de definir el mundo, motivaciones, creencias, discursos y significaciones (Taylor y Bodgan, 1994). Como indica Weber, comprender radica en ponerse en el lugar del sujeto y sentir que sin duda alguna se tomaría la misma decisión (Corbeta, 2003).

El estudio tuvo un carácter exploratorio, pues a partir de las revisiones realizadas no se encontraron estudios sociológicos que aborden la especificidad de la temática señalada. Por lo tanto, se buscó ir reconociendo los espacios a explorar para su posterior profundización.

En ese sentido, el estudio estuvo abierto a introducir elementos y categorías que en su diseño no fueron señalados en la medida en que se descubrieran en el transcurso del análisis.

8.2 Técnica de producción de información

Se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada. Por un lado, porque ésta permite tener acceso a los discursos de los sujetos estudiados desde sus propios ojos (Corbeta, 2003) exponiendo un yo social que expresa sus prejuicios, racionalizaciones y se sitúa en el discurso de los estereotipos (Alonso, 1994). Por otro lado, conforme al carácter exploratorio y abierto de la investigación, esta técnica permite tener una pauta de preguntas flexible, sujeta a modificaciones en la medida en que en la interacción se den situaciones que pudieran profundizar los contenidos que son de interés al estudio (Alonso, 1994; Gainza, 2006). Así, la investigadora pudo ir orientando las preguntas de las entrevistas en función de encontrar juicios y creencias que tuviesen las/os profesionales estudiados sobre las mujeres migrantes que abortan legalmente.

Las entrevistas que fueron realizadas significaron un trabajo de dominio corporal y gestual para la entrevistadora, procurando mantener la calma y no interrumpir la continuidad de las entrevistas en la medida en que las/os sujetas/os entrevistados fueron señalando elementos violentos en relación a las mujeres sobre las cuales se estaba preguntando, propiciando así la posibilidad de profundizar tales informaciones.

8.3 Muestra

El estudio se realizó en dos Hospitales Públicos de la Región Metropolitana, estos son el Hospital San José (HSJ) y el Hospital San Borja Arriarán (HSBA). El HSBA se encuentra en la comuna de Santiago, la cual ocupa el primer lugar con mayor población inmigrante, un total de 220.881 personas (INE, 2020), mientras que el HSJ se encuentra en la comuna de Independencia, que se posiciona como la tercera comuna con más población inmigrante residente del país, con un total de 55.816 personas (INE, 2020), En el HSBA el 58% de las causales constituidas por aborto legal corresponden a mujeres migrantes y en el HSJ la cifra

es de 59%⁵. Así se aseguró el contacto entre las/os Profesionales escogidas/os y las mujeres acerca de las que se preguntó.

Al tratarse de un estudio de únicamente dos Hospitales de la RM, la muestra no es probabilística. El estudio es de caso, es decir, cada caso es representativo de sí mismo (Corbeta, 2003). Conforme a lo anterior, la comprensión de las/os sujetos implica la adecuación al contexto y situaciones que posibilitan el acercamiento a sus particularidades (Taylor y Bodgan, 1994). Así, a partir de los discursos se estudiaron los juicios y creencias que tienen los Profesionales de la Salud Pública sobre las mujeres migrantes que abortan legalmente para caracterizar sus estereotipos.

El muestreo es teórico, pues se escogió una variedad de sujetos que resultaron clave para las categorías significativas de la investigación (Corbetta, 2003), en este caso, Profesionales de la Salud Pública que son miembros de los equipos IVE o participan del procedimiento de aborto legal en alguno de los dos hospitales señalados. Según la normativa del MINSAL (2018) que regula la prestación de aborto legal, las personas que conforman los equipos IVE trabajan en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (UARO), pueden ser médicas/os ginecobstetras, matronas/es, anestesistas auxiliares de pabellón, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os y asistentes sociales y no pueden ser objetores de conciencia. Si bien, como se muestra en el **anexo 3**, el procedimiento de aborto legal pasa por una serie de pasos que inicia con la acogida y sospecha de causal, sólo cuando se confirma el diagnóstico de que una mujer entra en una de las tres causales, pasa a constituirse dentro de una causal y se activa el equipo IVE que realiza el procedimiento de aborto, y esto sucede en la UARO.

La muestra inicial proponía entrevistar un total de ocho personas, cuatro personas por cada hospital, designadas por las siguientes atribuciones, no excluyentes:

Tipo de entrevistada/o	Hospital
Médica/o ginecobstetra	HSBA
Matrón/a	HSBA
Trabajador/a Social o Psicóloga/o	HSBA
Anestesista o Auxiliar de Pabellón	HSBA
Médica/o ginecobstetra	HSJ

⁵ Datos obtenidos a través de la solicitud a los hospitales San José y San Borja Arriarán por Ley de Transparencia

Matrón/a	HSJ
Trabajador/a Social o Psicóloga/o	HSJ
Anestesista o Auxiliar de Pabellón	HSJ

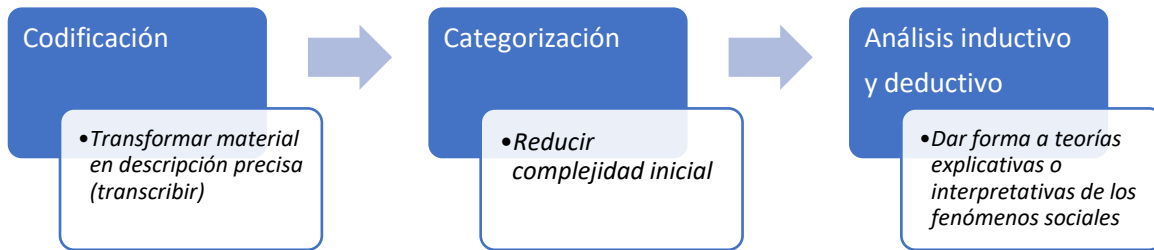
Para llegar a las/os entrevistadas/os se utilizó la estrategia de bola de nieve, ya que trabaja en el mismo lugar y se conocen entre ellas/os. Conforme al progreso de las entrevistas y el acceso que se tuvo a ellas/os en cada hospital, se consideró la posibilidad de entrevistar a otros miembros del personal. Finalmente, la muestra se compuso de la siguiente manera:

Tipo de entrevistada/o	Hospital
Médico ginecobstetra	HSJ
Médica ginecobstetra	HSJ
Psicólogo	HSJ
Psicóloga	HSJ
Trabajadora Social	HSJ
Trabajadora Social	HSJ
Matrona	HSBA
Matrona	HSBA
Matrona	HSBA
Médica ginecobstetra	HSBA

8.4 Técnica de Análisis

La técnica de análisis de la información recopilada correspondió al Análisis de Contenido, que permite identificar el sistema expresivo en que se enmarcan los enunciados (Navarro & Díaz, 1999) donde son fundamentales el texto y el contexto (Andreu, 2001), es decir, donde adquiere significancia el sentido del texto en el contexto de su producción (Valles, 1999; Navarro & Díaz, 1999), lo que resulta idóneo para el estudio de las entrevistas semiestructuradas. Esta técnica consiste en un movimiento constante entre la producción de información, su interpretación y su análisis, pudiendo vislumbrar aquellas interpretaciones que no se anuncian de forma explícita por los hablantes (Andreu, 2002). Así, cuando se habla de estereotipos, los juicios y creencias que las/os profesionales estudiados pueden dar por sentado, serán analizados como tales.

A continuación, se enseña un esquema de los pasos seguidos:



Elaboración propia, fuente: Andreu, 2002

Se realizó un análisis manual, a partir de la clasificación de los códigos encontrados en las entrevistas, los cuales fueron agrupados con recortes en un cuaderno y luego fueron traspasados a una matriz de análisis en Excel. La realización manual se hizo en función de ofrecer un análisis completo y global sin dejar de lado ningún elemento que pudiera obtenerse en las entrevistas, creando un gran esquema en una mesa, de una manera que los programas virtualmente no necesariamente logran rescatar.

9. Resultados

9.1 Funcionamiento del protocolo IVE

a) Falencias del protocolo IVE

Las/os profesionales evalúan de manera positiva el funcionamiento del protocolo y la Ley en general, sin embargo, tienen ciertos alcances, como se observa a continuación.

Por un lado, creen que la ley fue armada muy rápido, para atender demandas políticas, lo cual repercute a que el protocolo no estuviera traducido a la realidad local y, por ende, que tuviera que adaptarse.

Por otro lado, consideran que el procedimiento de aborto está muy desvinculado en sus distintas partes, que las/os profesionales no se enteran de lo que pasa con las pacientes antes o después de atenderlas, y consideran que es necesario reformar este aspecto, que quienes se encargan de atender a las pacientes IVE estén presentes a lo largo de todo su proceso para que así las pacientes no tengan que sobreexponerse a muchas personas.

Otro punto es la tercera causal. Les preocupa la escasa cantidad de pacientes que se atienden por ella, y al respecto opinan que está mal estipulada en la ley.

También señalan que, en ambos hospitales, las pacientes IVE tienen que esperar su procedimiento en pabellones donde hay puérperas y recién nacidos, lo cual interpretan como violencia hacia estas mujeres:

“seis habitaciones, con dos camas cada una, en donde, no sé, seis de ellas están en trabajo de parto y cuatro camas son como para procedimientos en donde puede haber una paciente de parto prematuro, una paciente con un aborto ectópico (énfasis) y la paciente IVE. Entonces, se mezclan. Quieras o no quieras en algún minuto se mezcla con otra paciente que no... y tiene que escuchar guaguas llorando ¿cachay? entonces, ya, okey, desde un punto de vista de infraestructura no puedes hacer nada más, pero, pero a lo mejor eso lo podís compensar con un profesional que sea la matrona que si el parto se viene, sea la matrona que te asista tu parto, que esté en el box contigo, sola, que reciba ¿cachay?”. (Matrona, 9 de diciembre de 2020).

b) Las nuevas generaciones están más formadas

Las/os profesionales coinciden en que las nuevas generaciones de profesionales están más formadas en perspectiva de derechos, principalmente por los movimientos feministas, lo que significa que están menos cargadas de prejuicios hacia las mujeres que abortan, así como el hecho de que se sanciona el racismo de una manera en que no se hacía antes.

“acá yo creo que mientras más jóvenes considero que tienen mayor conocimiento sobre los derechos de las mujeres también y yo creo que es el recambio generacional, eh, que se necesita. Los mayores son más prejuiciosos, son "ah, pero como estos..." tienen muchos más prejuicios. Pero la gente más joven, considero que, que te ayudan más en esos procesos. Como que tienen una mayor cercanía yo creo que por todo lo que estamos viviendo, el tema de hablar del aborto legal libre, y si están luchando por eso y se está viendo y se está normalizando entre comillas en la sociedad”. (Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

9.2 Funcionamiento Equipo IVE Hospital San José

a) Apreciaciones personales

- i. Tenemos un buen equipo

Las/os profesionales del HSJ comparten la opinión de que su equipo IVE funciona bien, que está bien armado, tienen una buena comunicación entre ellos. Esto ocurre, a su juicio, porque tienen una direccionalidad política de derechos y de poner como prioridad a la mujer, lo que les ha permitido tener conciencia en el tema y tener tacto con las mujeres que atienden. Buscan apoyar y respetar la decisión de la mujer, ante todo, ofreciéndoles la mejor atención posible. Tienen la política de disminuir el legrado como método de interrupción, siguiendo los lineamientos de la OMS (totalmente contrarios al HSBA).

“¡Sí! súper bueno, tenemos mucho contacto entre nosotros, em... no tenemos problemas de comunicación y si a alguno le falta algo, el otro lo ayuda, no, sin ningún drama ¿ya? tenemos muy muy buena comunicación y tenemos casi el mismo pensamiento, entonces no tenemos esa discusión”. (Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

ii. Falta capacitación de los profesionales en la materia

El equipo se separa tajantemente de quienes no pertenecen a éste, es decir, los obstáculos y problemas en el acceso a IVE vienen de otros colegas que participan del proceso, o de APS, pero no de quienes forman parte del equipo IVE. Por ejemplo, dan el caso de ginecólogos que para constituir la segunda causal deben estudiar el feto y se tardan mucho en hacer el diagnóstico, o profesionales que se rigen más al protocolo que al tacto con las pacientes. En ese sentido, asumen que pudiera haber juicios negativos y discriminación hacia las pacientes IVE de parte de otras/os profesionales, y es a ellas/os a quienes falta capacitar.

“Entonces, como no está clara, yo creo que falta muchísimo eh, a nivel de capacitación tanto en centros primarios, porque esta ley se hizo como para secundario y terciario, no para, para APS. Quedó como la APS recibir, derivaban nomás, pero tienen un proceso muy importante también de educación a la gente, en el APS, y no pasa ¿ya?”. (Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

De todas formas, reconocen que el hospital ha progresado en la materia, y que ya no ocurren tantos tratos discriminatorios, así como que no se discrimina a las mujeres migrantes. Tienen una visión positiva del hospital en su totalidad.

iii. Carencia de infraestructura

En relación a los elementos ya señalados, las/os profesionales dan cuenta que hay un problema de infraestructura que impide dar plena atención a las pacientes, de manera privada y aislada.

b) Caracterización de población migrante en Hospital San José

Las/os profesionales indican que atienden mucha población migrante ya que el HSJ convoca comunas con mucha población migrante, donde las/os haitianas/os están en primer lugar y proceden peruanas/os y venezolanas/os.

“O sea bueno, acá, el 50% de los partos de este hospital, que es la maternidad más grande de Chile dicen, el 50% son migrantes, y de ese 50% el veinti... el otro, del 50% el 50% son haitianos.”. (Psicólogo, 4 de diciembre de 2020).

c) Funcionamiento técnico de Equipo IVE

i. Piloto

Las/os profesionales declaran que crearon un protocolo piloto para aprender a implementar AMEU e inducir abortos con misotrol antes de que la ley fuera promulgada, por ende, ya tenían un trabajo y experiencia previos y aquello conllevó a que las unidades parte conformaran el equipo IVE posteriormente, realizando las adaptaciones necesarias a la Ley.

“Nosotros un poco definimos las, las reglas, quizás un poco antes de la implementación y el reglamento de la ley, y obviamente después como que nos fuimos, eh, ciñendo a eso (...) Entonces, de alguna otra manera, eh, tenemos como esta garantía de, em, de haber implementado un poco los procesos, tampoco sin, sin saber mucho más allá de, de porque esta ley es nueva entonces, eh, si bien como que no participamos de la discusión después nos fuimos metiendo en temas, eh, relacionados a la salud sexual y reproductiva y a los derechos sexuales y reproductivos”. (Psicóloga, 11 de diciembre de 2020).

ii. El equipo de Salud Mental

Las/os profesionales indican que el Equipo de Salud Mental forma parte del equipo IVE en conjunto con otros equipos. No sólo ven los casos IVE, sino que tienen horas destinadas al programa que se dividen entre todos/as los/as psicólogos/as. Su función en IVE es

acompañar a las pacientes durante todo el procedimiento, desde que se constituye la sospecha de causal hasta que la paciente termine su tratamiento o lo abandone. Generalmente realizan más de las 10 sesiones estipuladas por la ley. También, dada su profesión, son quienes dirigen las entrevistas que deben realizarse a las pacientes en la tercera causal.

“yo trabajo en la unidad de ginecología obstetricia que se llama "Salud Mental Mujer" (...) entonces cuando surgió la ley, las horas que son 22 horas de psicólogos las dividimos dentro del equipo y terminamos todos, que como 4 psicólogos, bueno, somos 5 en realidad, pero hay una chica que está con post natal, em, vemos los casos IVE, como equipo”. (Psicóloga, 11 de diciembre de 2020).

iii. Unidad de Salud Sexual y Reproductiva

Esta unidad se compone por médicas/os ginecobstetras, y el coordinador del programa IVE forma parte de ésta. Aquí, las/os ginecólogas/os se hacen cargo de decidir quiénes constituyen o no causal, recoger el relato, realizar la evaluación, la ecografía, el procedimiento de interrupción y el control posterior. Trabajan codo a codo con las otras unidades.

“nosotros somos sólo médicos, entonces, eh, vinculamos nuestra unidad con la unidad de salud mental y con la unidad con, con trabajo social, que es como la dupla biopsicosocial. O, entonces, hacemos la coordinación entre nosotros y, y eso, y nos toca atender a mujeres que entran dentro de la ley y las mujeres que no entran también.”. (Médico ginecobstetra, 4 de diciembre de 2020).

iv. Asistentes Sociales

Las asistentes sociales acompañan a las pacientes durante todo el proceso, hacen seguimientos, articulan las redes, participan en la entrevista de la tercera causal y hacen las derivaciones pertinentes, en conjunto con las otras unidades.

“articulamos redes y también hacemos el seguimiento y el acompañamiento de estos casos, en el caso de que la mujer lo requiera, y que ella acepte en realidad, y estamos hablando de las tres causales ¿ya? el acompañamiento. Y en el caso de la

tercera, eh, también es durante el proceso de decisión de la mujer ¿ya?''. (Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

v. Acompañamiento

Las/os profesionales indican que el equipo de Salud Mental y las Asistentes Sociales realizan los acompañamientos en las tres causales, procurando que las pacientes no se sientan pasadas a llevar. No se mencionan los acompañamientos alternativos de APROFA y Miles.

''nosotras también ayudamos para que la mujer no se sienta también pasada a llevar. Entonces, realizamos ese acompañamiento previo. Eh, también si es que no quiere realizar la interrupción del embarazo, también se realiza un acompañamiento, tanto en las tres causales. Eh, se le ofrece al mismo tiempo en la tercera causal, las distintas opciones que hay, no sólo la interrupción del embarazo, sino que continuar con el embarazo y que se quede con el bebé o sino darlo en adopción ¿ya? en esos casos también se realiza acompañamiento.'' (Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

9.3 Funcionamiento Equipo IVE Hospital San Borja Arriarán

a) Apreciaciones personales

i. La atención IVE funciona bien

Parte de las profesionales cree que la atención IVE funciona bien, que no es nada de otro mundo, que a las pacientes no se les estigmatiza, que hay una ginecóloga a cargo muy comprometida con la atención, que las pacientes se quejan de obstáculos que están fuera del equipo IVE.

''en general nosotros en el servicio tenemos una ginecóloga que es la que está como a cargo (...) y ella es súper rápida, o sea, se, de hecho una vez que me, que nos dijo así como ''si ustedes es viernes y les llega una paciente de estas causales en las que tienes el tiempo contado, tú me llamas, a la hora que sea'' ¿cachay? para poder gestionar y, y armar la red lo antes posible antes de que, antes de que se le acabe el tiempo en el fondo''. (Matrona, 9 de diciembre de 2020).

ii. Falta capacitar a las/os funcionarias/os

Las profesionales dan cuenta que falta capacitar y sensibilizar a las/os funcionarias/os que trabajan directa o indirectamente de la prestación, en cuanto a mejorar el trato a las pacientes que se atienden por IVE, comunicarse mejor y explicarles bien los procedimientos. También falta capacitación sobre cómo funciona el protocolo y las constituciones de las causales. Además, creen que es necesario capacitarse a sí mismas psicológicamente para poder abordar los casos más drásticos, que suelen ser de pacientes migrantes.

“yo creo que tampoco nosotros fuimos preparados lo suficiente como para saber que había todo un equipo detrás psicosocial y jurídico que, eh, acompaña este tipo de mujeres po ¿cachay? insisto, porque nosotros trabajamos en un lugar súper puntual, en donde no se tomó en cuenta que nosotras íbamos a hablar más de la cuenta (risa) ¿cachay?”. (Matrona, 9 de diciembre de 2020).

iii. Falta alguien a cargo de todo el proceso y del acompañamiento

Las profesionales indican que no hay nadie a cargo del proceso completo, por ende, opinan que podría haber una persona que utilice un cargo exclusivo de IVE, lo cual facilitaría mucho un buen acompañamiento, que para las profesionales es la parte más importante del procedimiento IVE; debe ser sensible para impactar positivamente en las pacientes, haciéndolas sentir acompañadas, ni “sucias” ni “ilegales”.

“yo creo que debe ser como una matrona contratada para el programa. Nosotros tampoco tenemos como todos los días un IVE o tres veces a la semana, o sea, tampoco es tanto ¿cachay? (...) luego tú la vas a ver a sala, le pasas una visita como si fuese una matrona particular, yo creo que es posible sólo que hay que incluir a un par de matronas en el programa y pagarle a las matronas por el programa exclusivo”. (Matrona, 9 de diciembre de 2020).

b) Funcionamiento técnico del Hospital San Borja Arriarán

i. Médica referente

La médica referente se encarga de gestionar y asegurarse de que se realicen las IVE, manteniendo contacto con urgencias y las otras unidades.

“soy como el médico a cargo, soy la responsable de que, eh, por ejemplo ciertas cosas se hagan. Eh..., soy la responsable de llenar algunos documentos, eh, en algunos casos. De repente, por ejemplo, eh, cuando hay una duda, o algún tema diagnóstico, muchas veces veo yo a las pacientes. Por ejemplo, sí, en caso de que hubiera un objetor de conciencia, por ejemplo en turno, y llega una paciente a solicitar interrupción por tercera causal, me la derivan a mí.”. (Médico ginecobstetra, 4 de diciembre de 2020).

ii. Matrona en pabellón

Las matronas de pabellón coordinan y asisten los procedimientos IVE, no se enteran de lo que pasa antes ni después con las pacientes. Proceden en todos los casos con legrado, después de inducir misotrol, a no ser que la edad gestacional sea muy avanzada. Este procedimiento no está recomendado por la OMS, lo cual se indica en la normativa de aborto legal.

“(…) las inducen con misotrol y depende hasta que sangre, depende de la edad gestacional. Si es una edad gestacional pequeña, no sé, siete semanas, ponen misotrol, y apenas empieza a sangrar hacen el procedimiento, pueden ser seis horas, ocho, y las pacientes por abortos más grandes, em, como a las 14 semanas se asiste primero el aborto, hay que esperar que salga el embrión o el feto y luego de eso se hace el legrado, entonces son como dos procesos en esa etapa más avanzada como del nacimiento del aborto ¿cierto? como de esta asistencia primera y luego el legrado.”. (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

iii. Matrona de urgencias

En urgencias, las matronas asisten los procedimientos IVE, evitando interactuar con las pacientes, formando parte de un momento muy corto en el procedimiento de aborto legal.

“dentro de mi función en la urgencia es recibir a pacientes que están en su última eh... o sea no sé si su última etapa, pero en la fase, aguda digamos del, del proceso que es cuando ya están con, el, en medio del proceso, digamos. De, de interrupción del embarazo”. (Matrona, 9 de diciembre de 2020).

9.4 La población migrante en Chile

a) Patrones migratorios

Cuando se preguntó a las/os profesionales acerca de qué es lo que conocían de la población que había migrado a Chile en los últimos años en general, la mayoría asoció la pregunta a los patrones migratorios. Unas/os resaltaron sus conocimientos a partir de capacitaciones, y otras/os, se basaron en su experiencia en la atención de sus respectivos hospitales.

Ofrecieron una caracterización similar de los patrones, destacando que en un inicio migraron peruanos/as. Luego, le siguió lo que catalogan como una explosión de la migración haitiana o centroamericana, la cual ha ido disminuyendo. Finalmente, indican la presencia, explosiva también, de personas venezolanas, donde destacan una primera ola de venezolanas/os con alta educación y una segunda ola con una educación menor, pero en general, mayor que otras poblaciones migrantes, pues señalan que peruanas/os y haitianas/os son más pobres. Agregan otras nacionalidades, como colombianas/os, bolivianas/os y dominicanas/os, lo que da cuenta que ellas/os mismos caracterizan que los migrantes provienen de Latinoamérica.

“Eso ha sido como la ola migratoria, o sea primero mujeres de Perú, eh, con, con educación básica y media más o menos, después mujeres haitianas que, en general, yo creo que tenían educación básica, básica completa y a veces no media completa, y después eh, han seguido habiendo también mujeres haitianas y peruanas, pero después venezolanas con un nivel educativo un poquito mayor, eh, pero ahora, de alguna manera han llegado más mujeres eh, venezolanas con un educativo medio, más o menos.”. (Médico ginecobstetra, 4 de diciembre de 2020).

Finalmente, dan cuenta que la población migrante está en todos lados, así como en sus respectivos servicios de salud, por lo tanto, no es un fenómeno invisible.

“Pertenezco a una iglesia, ahí hay muchos migrantes, y bueno en todos lados al final po, donde vayay encontray migrantes.”. (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

b) ¿Por qué vienen?

Las/os profesionales presumen que las/os migrantes que vienen son pobres y que tienen inestabilidad social y política en sus países de origen, dando a entender que Chile se encuentra en una situación mucho mejor, que es una buena oportunidad. Sin embargo, también conciben que vienen con una expectativa mejor de la que encuentran, puesto que

cuando llegan, la pasan mal, porque son víctimas de abuso y explotación, aunque aquella afirmación refiere más que nada a las poblaciones haitiana y peruana.

“Llegan acá sin nada y quedan en calle, quedan en una situación pésima también, o sea, se vienen buscando oportunidades porque Chile lo presentan como un país de oportunidades po, como "ay, vámonos a Chile que Chile está súper bien" pero llegan acá y se dan cuenta que eso todo es mentira. Eh, entonces siento que hubo un mal manejo de... o el control de la migración, y en este momento si ya estábamos mal a nivel de país con esta migración fue peor ¿ya?”. (Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

c) En Chile discriminan y estigmatizan a las/os inmigrantes

Tanto de una manera reflexiva como no, las/os profesionales aseguran que en Chile se discrimina y estigmatiza a las/os inmigrantes, culpándolas/os de los males de la sociedad, asociándolos a la delincuencia, el narcotráfico, la pobreza, con dichos tales como que las migrantes se aprovechan de los servicios públicos o que vienen a parir a Chile para obtener la residencia. En general, afirman estar en desacuerdo con estas generalizaciones, sin embargo, aparece la idea “hay de todo”, afirmando de algún modo que algunas/os migrantes son como se piensan que son. Un profesional aseguró que Chile es racista, así como que el racismo está en todos lados.

“Si, o sea, Chile es particularmente racista (...) Eh, que están usando recursos que no les corresponden, eh... Que, finalmente los, la población migrante se suele cargar de estigmas respecto de “los males”, entre comillas, los males de la sociedad, la delincuencia, eh, la suciedad eh, esta lógica de intentar sacar provecho de situaciones, estoy pensando como los partos en los baños por ejemplo, hay cierta suspicacia en tanto paciente migrante, que eso es un acto deliberado para así lograr mayor beneficio. Entonces, sí, como ese tipo de cosas he escuchado.”. (Psicólogo, 4 de diciembre de 2020).

d) Las políticas migratorias chilenas están al debe con los migrantes

Las/os profesionales dan cuenta que hay un problema con las políticas migratorias chilenas. Lo que más destacan es que estas no pueden asegurar a los migrantes la buena vida que

están buscando, por lo tanto, el país está al debe con ellos. Pero también afirman que el país no está preparado para recibir tantas/os migrantes, que hay que regular la migración. Se propone la necesidad de avanzar hacia una ley de migraciones que dé garantías a las/os migrantes.

“es prioritario avanzar hacia una nueva ley como de migraciones, es, es prioritario también como dar mayores garantías para que, para que esto no sea un, un devenir de repente como tan triste porque no hay mucho que ofrecer.”. (Psicóloga, 11 de diciembre de 2020).

e) Los migrantes son distintos a nosotros

Al hablar sobre la población migrante, las/os profesionales señalan diferencias con respecto a las/os chilenas/os, que son más fiesteros, se alimentan distinto, tienen inestabilidad económica en su país de origen. Conciben una brecha más grande con las personas haitianas, a quienes catalogan como distintos en cuanto a su cultura, costumbres e idioma, más que nada porque opinan que tienen menor educación y son más pobres que las/os chilenas/os.

Sólo una persona aseguró creer que las/os latinoamericanas/os, incluyendo a las/os chilenas/os, son extremadamente parecidos.

f) Lo positivo de la migración

Las/os profesionales creen que las/os migrantes traen cosas buenas, sin embargo, éstas no se destacan mucho. Consideran que son colaboradores y que les han permitido crecer culturalmente.

“Ha sido una experiencia, eh, enriquecedora en el sentido cultural ¿ya? hemos aprendido, quizás, cosas culturales de ellos”. (Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

g) Las diferencias entre los migrantes

No hay consenso en cuanto a definir cómo son los grupos poblacionales de migrantes. En el ejercicio reflexivo, las/os profesionales, por un lado, dicen que las/os migrantes son demasiado heterogéneas/os, al igual que las/os chilenas/os, y que sería forzado pensar

diferencias. Pero, a lo largo de las entrevistas, se observa que la diferenciación por nacionalidad y el nivel sociocultural que tengan son clave para clasificar a las/os migrantes.

9.5 Migración y Salud Pública

a) Hay discriminación hacia la población migrante en la Salud Pública

Las/os profesionales dan cuenta de que en sus hospitales hay distinciones racistas y discriminatorias hacia la población migrante. Sostienen que muchos colegas opinan que hay que darles prioridad a las pacientes chilenas y, en efecto, las migrantes sufren los malos tratos propio de su estatus migratorio. Hay esfuerzos por frenar la discriminación e integrar a las personas migrantes, pero en la práctica no sucede tanto, porque depende mucho de la voluntad de las/os funcionarias/os y las migrantes en general no están muy informadas sobre el sistema de salud chileno. También hay tensión entre las pacientes chilenas y extranjeras, pues las primeras piensan que las últimas vienen a robarse los servicios del Estado.

Algunas/os profesionales creen que la cultura de salud extranjera es inferior a la chilena, y que la atención a mujeres migrantes es chocante e intensa por las diferencias culturales que implica. Fuera de estos comentarios, las/os profesionales adjudican el racismo y la discriminación hacia los “otros” colegas y no ellas/os mismas/os.

b) Los migrantes tienen miedo de atenderse

Perciben que las/os migrantes tienen mucho miedo de atenderse en la Salud Pública, principalmente porque creen que los van a deportar si descubren su situación de irregularidad. Pareciera que no hay miedo a los juicios que pudieran establecerse sobre ellas/os.

“y resulta que estas personas están mal, no van, no se atienden como decía mi colega porque realmente les da miedo porque no están en, no tienen su documentación al día, entonces dicen "pucha, si voy a un hospital" piensan que es como en Estados Unidos que lo van a deportar ¿ya? y que en Chile no pasa eso en realidad, sino que, todo lo contrario, acá se ayuda, se les da su rut provisorio de FONASA para que se puedan atender, tanto a ellos como a sus hijos”. (Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

c) Progresos en los hospitales con respecto a atención de población migrante

Las/os profesionales creen que ha mejorado la atención a la población migrante con el tiempo, puesto que las/os funcionarias/os se están acostumbrando a que constituyan la mayoría de sus pacientes, al punto de que asumen que, si no tuvieran que atenderlos, seguramente muchos de ellas/os ya no estarían contratados, porque las/os chilenas/os poco se atienden en el sistema público. Pareciera, de todas formas, que se trata de una aceptación que ha tenido que trabajarse. Por la forma en que lo enuncian, es como que no hubiera otra opción.

“O sea, lo que hemos conversado nosotros es que nos parece lógico que eso suceda así, si al final las condiciones en que, en que llegan acá y la poca estabilidad que les podemos otorgar no, no les queda más remedio que usar la salud pública. Al final uno se da cuenta que de los pocos chilenos que lo utilizan es porque no tienen los recursos para usar el privado, al final se acepta nomás. No he escuchado tantos comentarios ni tampoco, o sea respecto a eso. Al final lo aceptamos, yo creo que han sido tantos años de esto que ya se sabe po”. (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

d) ¿Qué creen que piensan las/os migrantes del sistema público chileno?

En este punto las posturas difieren. Por un lado, hay quienes creen que los hospitales públicos tienen mala fama en Latinoamérica, y en ese sentido, los migrantes menosprecian el sistema público chileno. Pero, por otro lado, está la sensación de que las pacientes migrantes que han atendido tienen una buena impresión de la salud pública chilena.

“La mayoría de las mujeres, em, a mí me ha tocado que nos dicen que les llama la atención que en general el nivel de la atención pública es buena (...) además los hospitales públicos en el resto de Latinoamérica generalmente tienen mala fama, así. Bueno, en Chile también hay una campaña de desprestigio del sistema público (risa). Probablemente los otros hospitales también. Pero en general tienen una buena, una buena impresión.”. (Médico ginecobstetra, 4 de diciembre de 2020).

e) Haitianas/os

i. Aspectos generales

Algunas/os profesionales creen que las/os haitianas/os no tienen una lógica de salud tan instalada. Sin embargo, como indica una profesional, se refieren a la salud científica, que es altamente normativa.

Ven que sus pacientes haitianas están desvalidas, y que por razones culturales se apocan a sí mismas, se sienten menos, inferiores. Se observan diferencias tajantes sobre las mujeres haitianas respecto de otras poblaciones migrantes en la atención, así como asumen que las/os haitianas/os son más discriminados en el sistema público por el hecho de ser afrocaribeñas/os.

“Y muchas veces son pacientes que dicen no hablar ni nada, pero que uno se da cuenta al conversar con ellas, que muchas veces sí entienden lo que tú les estas diciendo, pero por esta cosa como media cultural, de que tienen que ser menos, eh, muchas veces al lado del hombre, se apocan un poco.”. (Médica ginecobstetra, 10 de diciembre de 2020).

ii. La “barrera idiomática”

I. Constituye un problema comunicacional

Nadie pierde la oportunidad de mencionar la “barrera idiomática” como un problema central en la interacción con pacientes haitianos.

“la situación especial también está con las mujeres haitianas ¿ya? o sea a ellas se les suma también la, la barrera idiomática, que no, que no siempre estamos en condiciones de poder, como de poder resolver y de poder darle una buena atención.”. (Médica ginecobstetra, 9 de diciembre de 2020).

II. Las haitianas tienen la culpa

Pareciera que este problema comunicacional lo *portan* las pacientes haitianas, puesto que culpan a la cultura haitiana y al machismo en Haití como razones que hacen que la comunicación entre funcionarias/os y pacientes sea frustrada, que exista esta “barrera idiomática”. Las haitianas dificultarían el proceso de atención y, es más, evitan atenderse por tal barrera. Este aspecto es profundizado con las pacientes IVE más adelante.

III. Las/os funcionarias/os no se quieren dar a atender

Tal “barrera idiomática” suscita actitudes negativas de parte de las/os funcionarias/os, quienes no se quieren dar a entender ni buscar opciones para mejorar la comunicación, generando desconfianza en la comunicación, al no saberse qué se les puede o no decir y cómo. Es decir, si bien las haitianas *portan* la barrera idiomática, las/os funcionarias/os tampoco ponen de su parte. Hablan de funcionarias/os como si el problema fuese externo a las/os profesionales, lo cual se contradice con discursos posteriores analizados.

“Entonces, claro, aparece esa particularidad al menos con pacientes haitianos, claramente el tema del idioma es algo que hace muy difícil la relación acá de funcionarios con, con ellos digamos. Porque pareciera que tampoco hay muchas ganas de intentar comunicarse, creo yo.” (Psicólogo, 4 de diciembre de 2020).

f) Venezolanas/os

Cuando se caracteriza a venezolanas/os, está siempre presente esta idea de que tienen un nivel educativo alto, sobre todo respecto a otras nacionalidades, razón por la cual se cree que menosprecian el sistema público porque estaban acostumbradas/os al privado en su país. Tal menosprecio, hace que no conozcan bien el sistema público y, en consecuencia, que no estén al día en sus controles, y que tengan miedo de atenderse por ser deportadas/os. También señalan que su nivel educacional las/os vuelve mucho más exigentes en la atención de salud.

“Son las... bueno las chilenas y las pacientes em, venezolana, porque la migrante venezolana tiene otro nivel sociocultural, tú ves que hay pacientes que son médicos, abogadas y que en realidad tienen aquí su guagua en hospital público pero allá en Venezuela acostumbran mucho, son muy altas las tasas de cesarías, entonces aquí las pacientes piden que les hagan una cesarí, ellas piden, en el fondo como que piden y a la vez exigen que le hagan una cesarí, pero los parámetros para nosotros son diferentes.” (Matrona, 17 de diciembre de 2020).

9.6 Las mujeres IVE

a) Para nadie es fácil abortar

Todas/os las/os profesionales consideran que abortar es un proceso difícil, una situación extrema para todas las pacientes. Sin distinguir por nacionalidad, ninguna paciente siente

indiferencia o indolencia, al contrario, están vulnerables y dispuestas a ser ayudadas, generalmente pasan por un estado de shock, duelo o culpa.

“es un proceso súper doloroso, yo, yo creo que, que el aborto en sí, como, como concepto, no es gratis, pa’ ninguna mujer. Me refiero gratis del punto de vista emocional ¿cachai?, independiente de que tu hallas sido violada, y lo único que quieras es no tener esta guagua en el fondo, por la razón que sea, no es gratis, porque conlleva una carga, una carga de todo tipo.”. (Médica ginecobotetra, 9 de diciembre de 2020).

Sin embargo, también dan cuenta de que, a pesar de lo difícil que es pasar por ese proceso, las pacientes se van mejor de lo que llegaron. Se sacaron un peso de encima, pudieron decidir qué hacer. Las/os profesionales creen que poder decidir es una de las partes más significativas del proceso para las pacientes. Sobre todo, ahora que los movimientos feministas están del lado de estas mujeres y visibilizan las agresiones sexuales.

“Y por lo menos me deja más tranquila que suelen irse mejor que como llegaron, eh, eso veo yo”. (Médica ginecobotetra, 9 de diciembre de 2020).

b) Fuera del equipo IVE estigmatizan a las mujeres por abortar

Las/os profesionales dan cuenta de que a pesar de que la ley ya lleva tres años vigente, existen juicios y creencias con respecto a las mujeres que abortan legalmente que las desacreditan y que repercuten en malos tratos hacia ellas. Son tajantes en aclarar que esto ocurre fuera de los equipos IVE, es decir, en los consultorios, el SOME, o en las entradas de los hospitales, donde a las mujeres las cuestionan por las razones que las llevan a abortar legalmente y se imponen barreras innecesarias sobre ellas de pura mala voluntad. Indican que se trata de una falta de tacto de los funcionarios, tomarse a lo personal la atención a estas pacientes, así como la sensación de superioridad sobre ellas en su posición de funcionarias/os de la salud, de tener la verdad y tener que enseñarles a las mujeres lo que es buen o y lo que es malo.

“pero estaba ese estigma así como "ah ya, pero ella es como prostituta" porque trabaja en nightclub "por qué le vamos a ofrecer IVE". Entonces, ahí esos prejuicios, eh, muy grandes, que son totalmente poco adecuados, sobre todo para personal de salud. Tú tienes que atender sin juzgar a nadie. No deberías tú

anteponer tu pensamiento a, a la atención en salud.”. (Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

9.7 Las mujeres migrantes IVE

a) Caracterización

Las/os profesionales aseguran que aproximadamente la mitad de las pacientes IVE son migrantes, y si no todas, la mayoría latinoamericanas. El primer caso que tuvieron en ambos hospitales fueron mujeres migrantes.

b) Violencia institucional hacia las mujeres migrantes IVE

Las/os profesionales dan cuenta de una evidente violencia institucional hacia las mujeres migrantes que acceden a abortar legalmente, desde la primera atención en APS y COSAM, donde son “peloteadas” por supuesta falta de documentos para ser atendidas, lo cual alarga la espera en su atención o incluso frustrar el acceso al aborto.

Por otro lado, dan a entender que en sus hospitales constantemente hay comentarios violentos hacia las mujeres migrantes que abortan, que se piensa, por un lado, que se trata de racismo y xenofobia, mientras que, por otro, se atribuye a la “superioridad moral” que sienten las/os profesionales de la salud con respecto a ellas.

“Y uno como funcionario de la salud, debería entonces, ayudar a esta pobre gente, que no sabe bien lo que quiere, a tomar buenas decisiones. Y en eso, pum, como que la moral se impone y, y empieza a pasar esto de que yo, como en este lugar un poquito más privilegiado, te tengo que decir a ti que hacer, porque tú no sabes.”. (Psicólogo, 4 de diciembre de 2020).

Una profesional del HSBA cuenta que el caso que más le ha afectado emocionalmente fue la primera IVE de su hospital, donde se atendió a una mujer haitiana y sintió que la médica a cargo tenía un problema con la haitiana por ser haitiana, dando a entender de que, si se tratara de otra nacionalidad o una chilena, la experiencia no hubiera sido tal. Así lo relata:

“Ay, el peor caso de la vida, el primer IVE que asistí, tuve la mala suerte de asistirla con una ginecólogo que es muy violenta, que es muy violenta, y hemos tenido muchos problemas con ella pero no cambia su forma, y ella tiene un

problema heavy con...el trato hacia las pacientes, pero especialmente con las pacientes haitianas (...) esta paciente quería tener a su bebé, pero no podía porque no era viable, y me acuerdo que sufrió mucho maltrato de la doctora. Mucho, así como, golpes en las piernas, em, gritos, gritos hacia mí porque ella se sentía como frustrada porque el procedimiento no fue rápido (...) Entonces cuando la pasaron a la revisión, al legrado que le hacen, le pusieron por ese mismo catete un refuerzo, y eso se demora un poquito en hacer efecto. Pero la doctora estaba apurada y lo hizo al tiro, sin que le hiciera esf... perdón, efecto el refuerzo, y la paciente gritaba de dolor y de sufrimiento. Era como, eh... me acuerdo y me dan ganas de llorar. Un llanto desolador, te juro yo salí llorando de ese box. Llorando. Porque ella decía, lo único que decía "mi bebé". Entonces, fue muy, muy mala experiencia, me imagino para ella. Si yo la recuerdo con ese dolor de guata, me imagino a ella, y creo que si... bueno no sé en verdad con esa doctora, pero no sé si hubiese sido tan cruel si no hubiese sido haitiana, la verdad. Porque no entendía, no quería abrir las piernas ¿cachay? como, la doctora sólo decía como "no coopera la paciente" ¿cachay?, yo decía como "cómo va a cooperar si siente dolor, esperemos que le haga efecto". Y ella así hizo la cuestión rápido nomas ¿cachay?, no, fue horrible, horrible.”.
(Matrona, 2 de diciembre de 2020).

El anterior es uno de los pocos testimonios donde se afirma que dentro de los equipos IVE también sucede violencia racista hacia las mujeres migrantes que abortan.

Respecto a la tercera causal, las/os profesionales también dan cuenta de que a las mujeres migrantes se les discrimina más por entrar en ésta, cuestionando la credibilidad de sus relatos, aunque esto no implique un obstáculo para la interrupción, tal como dice una profesional:

“(...) y lo otro es como, como a veces, a veces queda la sensación, que es como una sensación al final que queda como personal, que no influye en nada como en la entrevista, pero a veces yo me quedo con la idea de, como que me suena que esta historia no es real. Como, como, y me da, me da lata que las mujeres se sientan forzadas a tener que inventar historias pa’ poder acceder como, como a la interrupción del embarazo ¿cachay? siento que, como que de verdad no es culpa de

la que llega a, o a lo mejor la inventa o no, a mí me da igual". (Médica ginecobstetra, 9 de diciembre de 2020).

Las/os profesionales dan cuenta que su experiencia con las mujeres migrantes que acceden a IVE ha sido buena en general, pero tienen problemas con las mujeres haitianas, a quienes catalogan de difíciles de darse a entender y atender, lo que será analizado más adelante.

Han oído juicios de parte de otras/os profesionales y funcionarias/os acerca de por qué no abortan en sus países respectivos, apareciendo la sensación de que vienen a Chile precisamente para abortar, lo que se contradice con la creencia ya señalada de que vienen a Chile a tener guaguas para obtener la residencia.

"cuando son migrantes muchas veces eh, la toman menos en cuenta pero por un tema cultural de Chile, como que sienten que los migrantes son inferiores a nosotros. A veces siento eso, como que, bueno que, poco más "que se vaya a su país" "si quiere ir a abortar, que se vaya a su país po"". (Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

Tienen la sensación de que las mujeres migrantes tienen más naturalizado el aborto porque en sus países es legal de hace más tiempo, por lo tanto, pareciera que por el hecho mismo de abortar no tienen tanto miedo de llegar al hospital, sino que son otras razones las que fundan este miedo, como la violencia institucional y la falta de documentación.

"la aceptación social del aborto en Chile está como bastante penada socialmente, entonces, me da la sensación que en otros países como hay menos, eh, sanción social, tienen menos estigma de llegar a consultar y poder hablar más abiertamente de que quieren interrumpir el embarazo.". (Médica ginecobstetra, 9 de diciembre de 2020).

A su vez, perciben que las mujeres migrantes son más responsables que las chilenas en los controles y acompañamientos posteriores al procedimiento, asistiendo hasta el final, por miedo a que sean sancionadas por no hacerlo, sin embargo, también creen que estas mujeres tienen tantos problemas que no tienen tiempo de pensarse a sí mismas y que lo único que quieren es seguir con sus vidas.

“Eh, en nuestra población que atendemos, eh, la sensación es que son, eh, pacientes que están bastante precarizadas, en el, en, en la, en relación como a hacinamiento, em, tengo toda la idea de que las paciente que nos llegan no es su primer problema ni su único problema, el hecho de, como de haber sido violentada sexualmente, sino son violentadas sexualmente porque viven en una situación eh, de precariedad de vivienda, porque trabajan en, en lugares donde hay desprotección laboral, donde trabajan hasta horarios muy tarde (...)”. (Médica ginecobstetra, 9 de diciembre de 2020).

c) Es difícil hacer distinciones de las mujeres migrantes IVE

Las/os profesionales parecían incómodas/os cuando se les preguntaba cómo eran las migrantes IVE y cómo podían diferenciarlas o clasificarlas. Algunas/os recalcaron que el ejercicio era difícil, y justificaban que, aunque las hubiera, el trato era el mismo.

Algunas/os indicaban que su rol en el procedimiento era tan efímero que no podían armarse juicios sobre las pacientes que atendían, o que incluso las atendían cuando estaban dormidas por la anestesia, sin poder interactuar. Otras/os profesionales señalaban que su rol era precisamente conocer las particularidades de los casos, por lo que tenían de las más diversas pacientes, difíciles de clasificar, además de que los casos IVE eran muy pocos.

“Me cuesta pensarlo, al menos a mí un poco así, por que al menos lo que yo hago proceso psicoterapéutico, trabajo psicoanalíticamente, lo que hago como en el hospital y fuera del hospital, y por lo tanto mi trabajo tiende justamente a buscar la particularidad de cualquier caso, eh, y en esa particularidad uno llega a cierta como, generalidad. Eh, entonces, me, de primera no tengo, no tengo una idea como clara que es lo particular de lo migrante, porque yo considero que hay algo como de, de eso que se pone en juego en cualquier caso, como estandarizar “lo chileno” me parece algo (suspira), muy forzado”. (Psicólogo, 4 de diciembre de 2020).

d) Es tener ahí el folclore mismo de Latinoamérica

Por el contrario, a pesar de lo señalado en el punto anterior, las/os profesionales pudieron de todas formas hacer distinciones específicas sobre las mujeres migrantes que abortan legalmente. Lo que es un poco contradictorio.

Por un lado, indicaban que las clasificaciones, cuando se hacían, eran generalmente negativas, y que ocurrían en todos los escalafones de la atención, repercutiendo (al contrario de lo que señalaron en el punto anterior) en el trato que ofrecerán las/os profesionales a la paciente que atienden, o más bien, con qué tacto se abordarán los casos. Es decir, según cómo presumen que son las diferentes pacientes, se disponen de distintas maneras en la atención.

“(...) como, te lo digo, llega una paciente, la cachay al tiro si es venezolana o no y decís "ah ya, sí, es miss venezuela" y te queday con eso. Y también adaptas tu, tu actuar, por ejemplo si una paciente peruana llega gritando como llega gritando una venezolana, lo primero que hacís es examinarla porque seguramente está pariendo ¿cachay? por ejemplo, ese nivel de diferencia hay. Como que las pacientes venezolanas llegan gritando y... porque rompieron la bolsita ¿cachay? la membrana. Entonces siento que nos adaptamos a qué nacionalidad tiene la paciente como de qué forma actuar rápido o no ¿cachay? como cuánto te urgís, al final”. (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

Las principales distinciones que hacen refieren a las nacionalidades, sin embargo, también aparece la percepción de que a veces es más importante el nivel sociocultural que tienen.

Las diferencias las consignan principalmente según aspectos culturales, de acento y color de piel, y con las haitianas, particularmente idiomáticas. Estas diferencias han sido para las/os profesionales, por un lado, una experiencia de enriquecimiento y aprendizaje cultural que ha ido en progreso y mejorando, y por otro, de manera radicalmente distinta, un desafío con el cual lidiar, sintiendo que no están preparadas/os para recibir este tipo de pacientes, en el sentido de que las diferencias son tantas que se hace muy difícil trabajar con ellas. Nadie dice directamente que les molestan las migrantes, pero los comentarios lo dejan entrever.

“para mí es un desafío el tener que lidiar con sus diferentes como arraigos culturales, que son para mí chocantes porque yo no estoy preparada para ello ¿cachay? que eso pasó en algún minuto, pero hoy en día creo que nos comunicamos bastante bien y que... al menos en mi experiencia, al menos en mi servicio, es bien, em... es, o sea, estoy acostumbrada a trabajar con mujeres de distinto color, con

distinto, eh, no sé, cómo se llama, eh, acento ¿cachay? (risas) que para mí eso sería lo diferente, no, no hay una diferencia de positivo, negativo relacionado con su nacionalidad. O sea, no sé, hay muchas mujeres chilenas que son desgraciadísimas, con las que trabajo ¿cachay? (risas) ¿y tiene que ver la nacionalidad? No”. (Matrona, 9 de diciembre de 2020).

A las mujeres migrantes también las distinguen por la forma de expresarse. Las/os profesionales creen que la cultura del país del cual provienen influye mucho en su forma de relacionarse en el acceso al aborto legal, lo que será analizado más adelante.

“Entonces bueno, así como uno lidia con distintas personalidades, en un proceso así lidias con distintas expresiones de dolor en que claramente están relacionadas con tu... con tu cómo se llama, con tu background como, como cultural en el fondo, y, y evidentemente es tener ahí el folclore mismo de Latinoamérica, o sea, y todas esas mujeres sienten y lo hacen distinto ¿cachay?”. (Matrona, 9 de diciembre de 2020).

e) Las/os latinoamericanas/os somos parecidos

A pesar de las diferencias señaladas, de todas formas, hay una tendencia a señalar que las/os latinoamericanas/os se parecen, incluyendo a las chilenas, y excluyendo a las haitianas. Las otras nacionalidades, son “más como las chilenas”. Así lo señala un profesional:

“Creo que hay una tendencia generalizada pensar de que nosotros somos como una cosa diferente en latinoamérica, y creo que no lo somos, creo que somos igual de latinos ¿cachay? entonces, no he visto gran diferencia. Ehm, con las mujeres haitianas generalmente nos pasa que efectivamente yo creo que hay una gran diferencia porque está esta barrera idiomática que dificulta mucho la comunicación entonces, generalmente uno ve mujeres más retraídas, que no preguntan, em, ahí yo creo que hay una diferencia grande que no sé hasta dónde es la personalidad que tienen, versus, el, el que no se puedan comunicar ¿cachay? pero eso”. (Médico ginecobstetra, 4 de diciembre de 2020).

Los parecidos refieren principalmente a la práctica abortiva en la salud pública latinoamericana y respecto a que todas las pacientes IVE son similares en un aspecto; todas sufren el aborto, es decir, todas son mujeres.

g) Venir y decidir abortar

Sobre las actitudes y disposiciones que tienen las mujeres migrantes que acuden a abortar, las/os profesionales perciben que tienen mucho miedo a que las señalen con el dedo, a que las juzguen porque van a “matar a sus guaguas”, lo cual se contradice con las observaciones que señalaron respecto a que en sus países tienen menos sancionado el aborto.

“Siento que vienen con el que "te van a mirar raro", vienen con... tanto en la primera, segunda, tercera, porque tu dices, en la segunda "ya, va a morir mi hijo sí o sí, pero ¿cómo lo voy a interrumpir yo antes? estoy matando a una guagua" entonces, sobre todo en segunda o primera son más grandecitos ¿ya? tú lo puedes interrumpir en cualquier momento, entonces tú dices "ya ¿voy a matar a mi guagua?".”. (Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

Crean, por otro lado, que las migrantes no se sienten facultadas para exigir sus derechos, aun cuando, aseguran, ellas/os intentan entregarles el mejor servicio.

También señalan que la religiosidad es un asunto que compete al conjunto de mujeres migrantes de manera ambivalente en la decisión de abortar. Sin embargo, un profesional está en desacuerdo con esta afirmación:

“Em, creo que en algún momento pensé por ejemplo que podía haber alguna, a ver, más aprehensiones desde el punto de vista religioso, por ejemplo, pero acá también tenemos casi un 20% de población evangélica, entonces, eh, también nos ha pasado de, de mujeres evangélicas que han interrumpido y mujeres evangélicas que no han interrumpido, y han sido chilenas o han sido, han sido no chilenas”. (Médico ginecobstetra, 4 de diciembre de 2020).

Antes de constituida la causal, pasa mucho que no conocen la ley, entonces están más desinformadas de sus implicancias. En ese sentido, es difícil para las mujeres saber cuándo se le está faltando el derecho u obstaculizando el acceso, lo cual reafirma el miedo a acercarse al sistema de salud para ser atendidas.

h) Migrantes IVE según causal

Algunas/os profesionales indican que la nacionalidad no influye en la constitución de causales, pero, a lo largo de las conversaciones, se van observando patrones que ellas/os mismas/os señalan.

i. Causales uno y dos; riesgo de vida de la madre e inviabilidad fetal

Dicen que está documentado que las mujeres afrocaribeñas, y particularmente las haitianas, tienen mayor propensión a sufrir hipertensión, diabetes, patologías, miomas, por ende, son más propensas a encontrarse en la causal uno que otras mujeres. Hay una asociación directa de la negritud con las mujeres haitianas.

“Pasa que eh, la población migrante haitiana principalmente eh, tienden a presentar, la población afrocaribeña, tiende a presentar mayor prevalencia en hipertensión y con eso preeclampsia, diabetes.” (Psicólogo, 4 de diciembre de 2020).

ii. Causal tres; producto de una violación

I. Caracterización

La causal tres en relación a las mujeres migrantes genera muchas discrepancias. Hay profesionales que dicen que las migrantes no tienden a aparecer en ella, quizá por desconocimiento o por sus creencias religiosas, donde es la/el profesional quien debe descubrir, por signos físicos, que la mujer fue violada para constituirle la causal. Aunque, por otro lado, hay una profesional que señala que hay más mujeres migrantes en la tercera causal de las que debería.

“se ve mucho el maltrato físico en las pacientes haitianas, que llegan con quemaduras de cigarro, golpeadas, mucha violencia intrafamiliar, que son violadas por sus propias parejas, pero ninguna de ellas ha ido, nunca me ha tocado que digan "sabís qué, voy a abortar porque mi pareja me violó" ¿cachay? yo siento que hay una... hay una.... como un miedo a pegarse a esa causal ¿cachay? o como que al final no sé, serán sus creencias, no lo sé, o el desconocimiento, cómo comprueban ellas que fueron violadas por la pareja o siquiera si lo han denunciado o no ¿cachay? porque muchas veces uno saca sus propias conjeturas, porque ni

siquiera te lo confirman, pero pucha, tú veís pacientes que te llegan desgarradas, con desgarros ¿cachay? y obviamente eso es porque no hay una buena lubricación, ¿cachay? porque o no querían, no sé, y a veces te das cuenta de esas cosas aunque no te las digan.” (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

Una profesional en particular indica que le cuesta mucho examinar a las mujeres en la tercera causal, puesto que éstas no colaboran, sobre todo las migrantes.

“entonces muchas veces a este grupo de pacientes, ponte tú, cuesta mucho examinarlas. O sea, que una paciente que va por una tercera causal, a veces se ponga en posición ginecológica, eh, cuesta, de echo les cuesta sentarse en la camilla, acomodarse en la camilla, muchas veces nosotras eh, por ejemplo yo pido el acompañamiento de la Psicóloga y la Asistente Social, al momento de examinarlas porque muchas veces necesitan que haya alguien conteniéndolas al lado, es como una conversación previa, es como con hartito, hartito trabajo a veces, eh, que nosotros lo entendemos”. (Médica ginecologista, 10 de diciembre de 2020).

Además, las/os profesionales indican que las mujeres migrantes son más temerosas en el acceso a la tercera causal. Tienen miedo a no tener las suficientes pruebas para constituirla.

II. Las mujeres migrantes están en una situación sumamente precarizada

Los casos de la causal tres dejaron a entrever una situación muy elemental para todas/os las/os profesionales: las mujeres migrantes están en una situación sumamente precarizada.

Algunas/os lo mencionan desde el horror, hablando de casos dramáticos que fueron muy fuertes para ellos, y que daban a entrever lo difícil que es la vida de las mujeres migrantes, donde el aborto es un problema más que al menos ellos pueden ayudarles a solucionar.

“todo resulta como muy, muy frustrante, y como te digo de verdad que yo creo que es peor con las pacientes que son migrantes porque tienen (énfasis) más problemas, esa es la sensación con la que yo me quedo, como, y que tú decís como, eh "si no hubiesen tenido que migrar, si no estuvieran en esta pobreza, no les hubiese pasado" ¿cachay?. Y como yo te digo, de verdad tú les solucionay el tema de a lo

menos ya no tiene otro hijo, entonces, por lo menos podría, puede tener como más opciones de movilizarse”. (Médica ginecobstetra, 9 de diciembre de 2020).

Pero hay otros profesionales que trabajan el asunto desde una suerte de indiferencia. Tratan los casos como “clásicos casos de trata”:

“Eh... A ver, me acuerdo como te digo del primer caso, que fue lo primero que hicimos, eh, que fue un caso que en el fondo es el clásico caso como del engaño a alguien, y que mediante engaño abusaron de una mujer en el fondo, eh y (...)” (Médica ginecobstetra, 10 de diciembre de 2020).

La precarización a la que apuntan tiene que ver principalmente con la inestabilidad económica, los bajos ingresos, la falta de redes y contactos a quienes acudir, la dependencia económica hacia las parejas que las violentan, el cuidado de los hijos, trabajos sumamente explotadores e irregulares, ser víctimas de trata. Estas situaciones hacen que se enfrenten a agresiones sexuales en la casa, en la calle, en horarios peligrosos, y que no puedan distraerse con el dolor que suscita lo vivido y que tengan que seguir con sus vidas. No tener redes influye en que no puedan, por ejemplo, acceder a abortos clandestinos como las chilenas, y tener que ir a abortar por la causal tres. Además, su propio contexto hace que no estén al día con los controles.

“por ejemplo nos han tocado mujeres con estos relatos de "es que yo salía de mi trabajo a las 12 de la noche y me iba caminando porque no tenía plata pa tomarme el, el bus" entonces como que tú decís como "esto no le pasa a mi vecina, esto no le pasa a mi amiga" esto le pasa a esta señora porque por su precarización de situación migrante, de empleos como súper ilegales, de, de falta de recursos, entonces, eh me parece que nustr... que como de la población migrante que nosotros atendemos, eh, como que tienen dobles vulnerabilidades, como, de temas económicos y también sociales, o sea, falta de redes, eh, como pacientes que, que han contado, eh, como su, su primer contacto ha sido, no sé po, gente en el metro, una señora como la primera vez que a alguien que le contó fue a alguien en el metro ¿me entendís? como falta de redes, de, de pod... a quién acudir.”. (Médica ginecobstetra, 9 de diciembre de 2020).

La mayoría de las/os profesionales culpa al Estado chileno que no les ofrece las garantías mínimas que cualquier persona tiene derecho a tener. Así lo señala una profesional:

“Conlleva a que hay que... muchas veces no hay trabajo para ellas. No pueden educarse, no pueden inscribirse en los municipios, o sea yo creo que en ese sentido Chile está súper al debe con los migrantes. Si ya con su propio país, más con los migrantes. Eso es como un poco la cosa... ”. (Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

Las/os profesionales del HSJ señalan que la migración es para ellas/os un factor de riesgo más, por lo que tienen formado a su personal al respecto. Los profesionales del HSBA se muestran más ignorantes en la materia.

9.8 Mujeres migrantes IVE por nacionalidad

a) Mujeres haitianas IVE

i. La “barrera idiomática”

I. Las haitianas *portan* una “barrera idiomática”

Las/os profesionales le dan suma importancia a la “barrera idiomática” que existe entre las mujeres haitianas y las/os profesionales como un factor que dificulta su atención, como ya se vio anteriormente en el punto de población migrante y Salud Pública. Pareciera que las haitianas son quienes tienen la culpa de tal “barrera idiomática”, porque ellas la *portan*, la traen de su país, más que denominarlo como un problema comunicacional, que es lo que realmente es, donde la lengua no tiene nada que ver. Agregan que las haitianas se han ido chilinizando en la medida en que se acostumbran a hablar en español:

“Pero hay pacientes, por ejemplo, me pasa con las que hablan español, que yo logro sentir más su dolor porque lo saben expresar, y yo siento que la paciente haitiana tiene mucho miedo, porque desconoce todo, porque está más sola, entonces pone una barrera ante eso.”. (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

“Y las haitianas que, generalmente, bueno ahora con el tiempo han aprendido mejor el, el idioma,” (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

II. Las consecuencias de la barrera idiomática

La “barrera idiomática” que *portan* las haitianas tiene diversas consecuencias. Causa frustración en las/os profesionales. Les gustaría poder comunicarse mejor con ellas, para explicarles bien lo que está pasando, para entregar bien las instrucciones, darse a entender bien, pero no pueden sentir tanta empatía porque, como dicen, no se saben expresar:

“existe esta brecha idiomática, que al final igual ellas no siempre logran expresarse o uno con, no puede em, como formar esta relación paciente-matrona como de, no sé cómo explicártelo, pero a veces pasa que con una paciente enganchas tanto que, uno tiene una cuota de empatía para todas las pacientes, al menos así lo veo yo”. (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

Entonces pasa que tienen que saltarse criterios de tacto. Por un lado, les echan la culpa a las/os facilitadores interculturales de no lograr tener el mismo cuidado y, por otro lado, algunas/os profesionales indican que son ellas/os mismas/os los que no se dan a entender, gritan innecesariamente, se van al extremo:

“Pucha, onda, la, no sé, sienten que la paciente haitiana por ejemplo, como no habla bien español, eh, le tienen que gritar para que entienda. Entonces como “¡Ya! ¡Siéntese! ¡Levé! ¡Esto! ¡Chita!” Entonces, porque le hablan con palabras de, en creole, pero fuerte ¿cachay? es como rápido y brusco, entonces uno tiene que estar ahí siempre más lento, más despacio ¿cachay? como, siento que se desesperan un poco porque no les entiende y como quieren hacer el procedimiento rápido, se van al extremo.”. (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

La falta de comunicación lleva a las/os profesionales a realizar interpretaciones totalmente arbitrarias de las mujeres haitianas que atienden. Creer, por ejemplo, que ellas sienten que se van a morir con cualquier cosa que les pasa, o derivarlas al psicólogo porque no entienden sus comportamientos, sus cantos, sus propias maneras de llevar el duelo y el dolor. Las haitianas se vuelven un “cacho”, en sus propias palabras, y finalmente las/os profesionales no se esfuerzan por ofrecer la mejor atención:

“(…) porque justamente no hay interés en comunicarse y, desde lo equipos, darse un tiempo pa’ entender que es lo que pasa (…). Y claro, aparecen muchas veces como, qué sé yo, esta “no que la paciente dijo que quería matar a la guagua” o que

no quería la guagua, o cualquier cosa, y uno va y ve, no, la paciente agitada, y claro pareciera que es súper difícil poder decir, como bueno, probablemente, en trabajo de parto, sin conocer el idioma, sin conocer el sistema, y sin sentirse acogida respecto del funcionario, probablemente pueda tener cierta presencia de angustia, ansiedad, miedo incluso, eh, o sea ahí es como, “bueno, ah no, algo le pasa, derivación al psicólogo”.” (Psicólogo, 4 de diciembre de 2020).

Esta barrera “idiomática”, para las/os profesionales, presenta una imagen de la haitiana como extraña, distinta, con comportamientos raros que serán analizados a continuación.

ii. Las haitianas generan conflicto en la atención – Son extrañas

No se trata sólo de la “barrera idiomática”, sino que son una serie de elementos los que llevan a las/os profesionales a señalar que las haitianas configuran un conflicto en la atención en IVE. Cuesta atenderlas, cuesta explicarles, son cándidas, es excepcional cuando son colaboradoras, generan conflicto con el personal en la atención por sus expresiones raras, que asustan no sólo a ellas/os, sino que también a otras pacientes, chilenas y de otros países. Estas nociones han repercutido en actos violentos, pero éstos se han ido minorando con el tiempo, la costumbre y la asimilación. Son extrañas:

“ellas tenían como entre comillas muchos sonidos guturales o cantos y eso la gente no lo entendía y lo encontraba muy extraño y hasta como que lo patologizaba un poco, o sea, muchas veces, me acuerdo de una vez, ya hace un par de años, eh, me hicieron una interconsulta a mí como psicóloga pero en general el equipo de como psiquiatría enlace por una mujer que había cantado durante su trabajo de parto, lo que pensaban que le había dado como una psicosis puerperal, de... cuando hablé con ella, que afortunadamente igual para mí, hablaba español, me decía que le dolía mucho y ella cantó Suavemente de Elvis Crespo y eso parece que al ginecólogo que la atendió le pareció muy extraño porque las mujeres chilenas entre comillas no hacen eso y finalmente era una respuesta súper, eh, acorde al momento que estaba viviendo, o sea, no había nada de patológico ahí. Entonces yo creo que esas diferencias en cuanto a lo cultural han chocado bastante y han terminado como en actos violentos que creo yo”. (Psicóloga, 11 de diciembre de 2020).

iii. Las haitianas son salvajes

Las/os profesionales describen las conductas de las mujeres haitianas de manera tal que las conciben como personas salvajes, más acercadas a lo “natural”; no confían en la medicina científica, como los anticonceptivos; en la atención prefieren sufrir el dolor y, por ende, se niegan a utilizar anestesia. Los cantos guturales parecieran responder a sus instintos salvajes. Son “cochinas”, no usan ropa interior, se expresan distinto:

“Eh, como... haitianas sin ropa interior (énfasis), eh, tiradas en el suelo, creyendo que se van a morir, tú no entendiendo en verdad qué es lo que les pasa y luego entiendes que, que... ellas realmente creen que se van a morir en cada cosa que sienten, como que tienen mucho miedo a, me imagino yo que tiene que ser porque realmente en su país se mueren po’ ¿cachay? entonces ellas cualquier dolor fuerte no lo comprenden como algo natural o no lo... no lo... o sea, eh, su comportamiento es súper salvaje, desde un punto de vista de cómo vivir el dolor.” (Matrona, 9 de diciembre de 2020).

Sobre los cantos y gritos guturales hay quienes declaran que es su forma de expresarse y hay que aceptarlo, mientras que otras/os profesionales lo ven como algo fuera de lugar, algo que afecta también a otras pacientes que comparten sala con las haitianas.

“Eh, hubo mucho tiempo que a las pacientes haitianas no se les podía poner anestesia, por mucho que fuese GES y es una obligación y un derecho, eh, no había forma de contenerlas, de explicarles lo que estaba pasando. Había que hacer ingresar al marido para que el marido pudiera explicarle y eso era un tema súper complejo, em, porque los procedimientos usualmente no se hacen delante de un familiar, los espacios que nosotros tenemos son súper reducidos, las pacientes de los lados, se quejaban, se asustaban “¿qué estaba pasando con la otra?” que al lado no sé po.” (Matrona, 9 de diciembre de 2020).

El estereotipo es evidente, pues generalizan a toda la comunidad por casos aislados, refiriendo constantemente a que son conductas que no poseen las chilenas. Unas/os miran con asco tales conductas, otras/os con desprecio, otros con total extrañeza, algunas/os ya se acostumbraron y lo normalizaron, y pocas/os lo entienden como conductas normales que están indebidamente estigmatizadas.

iv. Las haitianas no saben ser madres

Como se ha revisado en la literatura, es muy frecuente el estereotipo que cataloga de “malas madres” a las mujeres migrantes. En esta oportunidad, las/os profesionales tienen la percepción de que las mujeres haitianas son malas madres, basándose principalmente en la noción de apego. Creen que las mujeres haitianas no tienen apego directo ni inmediato con sus bebés, supuestamente porque en Haití son tan pobres que están acostumbradas a que se mueran, por lo tanto, para evitarse el dolor del duelo, no se apegan de inmediato. Las/os profesionales consideran que la estadía en Chile y el saber que sus guaguas ahora van a vivir ha permitido que las mujeres haitianas aprendan a ser madres, se han “chilenizando”, expresando una evaluación positiva e ideal de la forma de concebir la maternidad chilena.

“Eh, en el grupo de pacientes haitianas eh, a mi me da la impresión de que, bueno, no sé si lo conoces así, pero eh, en Haití la tasa de mortalidad neonatal, o la tasa de mortalidad infantil, es muy alta, de hecho alguna vez nosotros tuvimos una, una charla del cónsul haitiano, y hemos tenido otras charlas de personas que han hecho voluntariado en Haití, en que se, sabemos que en Haití muchas veces las familias ni siquiera inscriben a sus hijos hasta el segundo año, tercer año de vida, porque la mortalidad infantil hasta el segundo, tercer año es muy alta. Entonces, de hecho el apego que hay, o el concepto de apego que nosotros tenemos, es bastante diferente en ese grupo de población, entonces, creo que, que las pacientes del grupo, las haitianas sobre todo, es como que asumen esto, y como que dicen “ya”, es como que algo que tenía que pasar, en el fondo en algún grado”. (Médica ginecobstetra, 10 de diciembre de 2020).

Una profesional concibe que este estereotipo, del no saber ser madres, se basa en una norma acerca de la maternidad que es bastante violenta, donde se sancionan otras formas de pensar el parto y vivir el dolor. Indica que hay que respetar las distintas formas de maternidad:

“en un comienzo por ejemplo cuando empezó a llegar más fuerte la migración de mujeres haitianas, ellas tenían otra concepción acerca del parto. Entonces muchas, em, no se ajustaban entre comillas a la norma que era que, que igual podría uno entrar y criticar que, que es una norma bastante violenta en el hecho de no poder moverte durante el ejercicio de parto, no poder estar acompañada 100% entonces

ellas tenían como entre comillas muchos sonidos guturales o cantos y eso la gente no lo entendía y lo encontraba muy extraño”. (Psicóloga, 11 de diciembre de 2020).

v. Las haitianas son pobres

Para algunas/os profesionales, las haitianas vienen de un país de extrema pobreza, y se traen la pobreza consigo; una haitiana “normal” es la que trabaja en la calle vendiendo ropa. Una haitiana “anormal” es la que tiene estudios:

“Eh mm... eh, fue, una paciente que tenía ciertos estudios, no era una haitiana común y corriente, en el fondo, de las haitianas que uno ve vendiendo no sé, en la calle, en el fondo. Eh mm... y, eh mm... fue una paciente que fue bastante colaboradora”. (Médica ginecobstetra, 10 de diciembre de 2020).

vi. Las haitianas viven en una sociedad machista

Las/os profesionales hacen una asociación muy concreta respecto a que las mujeres haitianas provienen de una sociedad profundamente machistas, y que acá en Chile, no se han librado de tal, por ende, tienen el machismo interiorizado. Esto se reflejaría en que sus maridos se comunican por ellas, por lo que no se preocupan de aprender el idioma, o porque tienen que pedirles permiso para utilizar anticonceptivos, entre otras cosas. Asociaciones que diferencian de manera radical de las otras culturas. En algunas ocasiones catalogan también como machista la cultura peruana, pero no al nivel de la haitiana.

“Bueno, yo soy ginecóloga, atiendo principalmente, obviamente mujeres; eh, la cultura de la comunidad haitiana, es una cultura muy machista, entonces es una cultura donde las mujeres piden mucho permiso, están muy supervisadas por decirlo de alguna manera, por el marido.” (Médica ginecobstetra, 10 de diciembre de 2020).

“Las peruanas, las pacientes peruanas son muy... eh... también son muy calladitas muy sumisas, ellas acatan lo que se les indica, muy similares a la paciente haitiana.” (Matrona, 17 de diciembre de 2020).

Se puede dar cuenta que los estereotipos sobre las mujeres haitianas son abundantes y dan una imagen de mucha diferenciación con respecto a las personas chilenas u otras

latinoamericanas. Las dejan en una posición inferior y problemática, de distancia y extrañeza, que dificulta la atención en IVE.

b) Mujeres venezolanas IVE

i. Las venezolanas son más educadas

Las venezolanas son la segunda población que es más estereotipada, o al menos, la segunda sobre la cual se hacen más referencias a la hora de preguntar sobre las mujeres migrantes.

La característica que más destaca sobre ellas es que son altamente educadas, en un sentido de tener altos niveles de estudios, lo que facilita la comunicación con ellas en la atención médica; entienden lo que se les dice, les importa estar bien informadas, saben lo que quieren y lo que no. Asocian que su alto nivel cultural es la razón que las hace ser menos machistas y entender más de salud, a diferencia de mujeres de otras nacionalidades.

“(…) los venezolanos son súper educados, llegan la mayoría con educación terciaria ¿cachay? em... mucho más informados, exigiendo mucho más respecto de que tú le expliques qué es lo que está sucediendo. Al, al contrario como de las otras poblaciones en las que, la verdad es que se quedan con, con la nada que les dijiste y después andan preguntando”. (Matrona, 9 de diciembre de 2020).

Pero, al mismo tiempo, su alto nivel educativo es criticado. Son preguntonas, son exigentes, lo que molesta a las/os profesionales, menosprecian la salud pública porque estaban acostumbradas a la salud privada en Venezuela y no la utilizan por gusto, sino porque no tienen otra opción.

“ellos como que menosprecian un poco el servicio público, por esta misma condición en que ellos en algún momento eran personas de mejor pasar económico, y que de repente es como “pucha, me voy a ir a meter a un hospital”, como, ¿cachai? Entonces de repente prefieren, incluso servicios privados, servicios privados de regular baja calidad, que incluso pueden ser peores que un hospital público”. (Médica ginecobstetra, 10 de diciembre de 2020).

Que sean altamente educadas también permite, para las/os profesionales, tener una mejor conexión en la atención, más acercada a las chilenas, “más como nosotras”, a diferencia de

otras nacionalidades, donde las mujeres, o son retraídas y no hablan nada, o no comparten el idioma, y por ende no se *saben* comunicar:

“con una paciente haitiana es distinto con, no es com... no era posible conversarlo, pero con una paciente venezolana sí ¿cachay?”. (Matrona, 9 de diciembre de 2020).

“como te dije las venezolanas (...) verbalizan todo, todo, todo. Son muy curiosas, muy curiosas, preguntan mucho, son las más preguntonas, tanto como las chilenas. Em, les gusta saber mucho el proceso, algunas también... o son las que más piden cesáreas o procedimientos como más inmediatos, invasivos”. (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

ii. Las venezolanas son exageradas

Hay un estereotipo muy marcado de que las venezolanas son exageradas, teatreras, alaracas. Esto se basa en un juicio negativo en donde se percibe el sentir de las mujeres venezolanas, su sufrimiento, como inferior, minimizado, lo que repercute en un mal trato.

“Yo siento que hay un estigma súper grande a nivel del servicio al menos. Pucha, por ejemplo, a las venezolanas, siempre se rumorea que son exageradas. Son como de teleserie ¿cachay? así como las reclamonas (...) a la paciente, no sé, venezolana es como "ya, ya, sí, tranquila, no pasa nada" ¿Cachay? minimizando el sufrimiento y cosas así.”. (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

iii. Las venezolanas son religiosas

Existe la creencia de que las venezolanas son más religiosas que las chilenas y que otras latinoamericanas, lo cual repercute en una compleja situación cuando entran en una causal, al relacionar la religión con el aborto. De todas formas, este estereotipo no es tan enfatizado por las/os profesionales como los anteriores.

“Venezolanas y colombianas son distintos, son como más, eh, no tie... eh, no tienen eh, te pueden contar las cosas más rápidas, pero también tienen un tema católico ¿ya? como un tema religioso, como "es que si yo me lo hago, quizás Dios no sé..." ¿ya? tienen como un tema más entre moral, no sé, religioso que, que les cuesta

tomar la decisión ¿ya? porque son muy creyentes. Son muy creyentes.”.
(Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

c) Colombianas “son como las venezolanas, pero más tranquilas”

De las mujeres colombianas poco se dice, y cuando se hace, es sobre todo en relación a las mujeres venezolanas, asemejándolas. Son como las venezolanas en cuanto a un nivel sociocultural más alto que otras migrantes, en que las discriminan menos, que se pueden comunicar fácilmente con ellas en la atención, que son creyentes, que conocen los métodos anticonceptivos, que tienen mayor personalidad, pero son más tranquilas que las venezolanas.

“igual van en disminución las colombianas, son más neutras, son parecidas a las venezolanas, pero... pero con menos, cómo se llama esto (...) son como más tranquilas, pero tienen un poco como el temperamento de las venezolanas”
(Matrona, 2 de diciembre de 2020).

d) Peruanas “son reacias y sometidas”

Sobre las mujeres peruanas, la apreciación es la misma para todas/os las/os profesionales. Creen que son más reacias que otras mujeres, o derechamente más sumisas. Están sometidas, no reclaman, no dicen nada, sólo afirman en la atención, no preguntan, son apartadas, no como las chilenas. Creen que no pueden ponerse anestesia.

“me pasa que son como medias reacias. Les cuesta mucho dejar que uno se acerque. Así como en la contención, como dices tú. Porque no se habla lo que sienten. Son de pocas palabras, generalmente. Sólo afirman y nada más po. Entonces es también como un choque cultural porque una como chilena a veces, al menos me pasa a mí que soy súper cálida y de piel y de contener, entonces, pasa mucho en estos choques culturales que sobre todo ellas son súper como apartadas, igual que las bolivianas, también pasa lo mismo con ellas, con la mayoría, no todas son así”. (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

“Eh, por ejemplo las, eh, la cultura peruana, eh, la mujer es como más callada, más reservada, eh, le cuesta mucho mas expresarse a diferencia por ejemplo de una colombiana (...) y quizá la peruana te contesta sólo lo que te vas preguntando como

muy a secas entonces tienes que ir abordando de otras formas los casos.”.
(Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

e) Bolivianas “son como las peruanas pero más sometidas”

Así como a las mujeres colombianas las relacionan a las mujeres venezolanas, a las mujeres bolivianas las relacionan a las mujeres peruanas. Conciben que tienen las mismas características que las mujeres peruanas, pero con mayor énfasis, es decir, son más sometidas, más tímidas, sobre todo si provienen de lugares más rurales.

“Bolivianas, son también calladas, más, más tranquilas, como más, eh... sobre todo si son de partes más rurales de bolivia, que es como más lejanas, pero son como, les cuesta más expresarse. Son muy tímidas”. (Trabajadora social, 4 de diciembre de 2020).

f) Dominicanas

Sobre las dominicanas sólo se hace una referencia. Que a pesar provenir de la misma isla que las mujeres haitianas, son súper “cuáticas”, tienen la personalidad “súper fuerte”.

“Las dominicanas, ellas son súper cuáticas, son heavy porque son, son como reclamonas, son súper... tienen una personalidad súper fuerte y ellas sí manejan el español ¿cachay?”. (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

g) Chilenas

A las chilenas que abortan legalmente las definen, distinguiéndolas del resto de las latinoamericanas, como mujeres empoderadas, que saben cuáles son sus derechos y los exigen. En ese sentido, el personal se cuida mucho más en la atención hacia ellas.

“La chilena es la que reclama, su derecho, que conoce más, está más empoderada, entonces exige más de la atención que... y yo creo que a raíz de eso también el personal se cuida un poquito más, como en la atención a la chilena.”. (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

Al ser chilenas, compartir cultura y tener una buena comunicación, las/os profesionales también indican que se pueden “conectar” más con ellas en la atención.

“Y al final, me ha pasado que claro que los IVE más lindos, y nunca pensé decir esto, pero los IVE más lindos que he tenido son con la paciente que se muestra vulnerable, y se deja em, eh, contener. Entonces, me ha pasado muchas veces. Y casualmente... siempre creo, la mayoría han sido chilenas”. (Matrona, 2 de diciembre de 2020).

Hay un profesional que concibe que las chilenas son extremadamente parecidas al resto de latinoamericanas, sin embargo, no es una visión compartida por el resto de profesionales.

h) Países no latinoamericanos

Sobre la atención de mujeres de países no latinoamericanos, las/os profesionales indican que son muy pocos los casos, y de ellos les han tocado, que recuerden, filipinas. Un caso en particular manifiesta una muy buena comunicación en inglés con la paciente, que constituyó para el profesional una muy buena experiencia.

“Mm... hay uno, una paciente de filipina, recuerdo por varias cosas. Fue uno de los primeros casos que entraban en la IVE. Ella era segunda causal, ella decidió continuar eh, con ella tuve un proceso en inglés digamos, que también fue muy llamativo, y que estuvimos conversando varios meses (...) y estuvo vivo un tiempo, tiempo largo igual, o sea largo pal caso, al menos estuvo más de 1 mes, no me acuerdo como se llamaba su guagua, pero, pero bueno. Ese fue un caso que personalmente fue un caso bien bueno, para mi digamos, porque a pesar de tener la posibilidad de interrumpir ella decidió continuar”. (Psicólogo, 4 de diciembre de 2020).

Por otro lado, suponen que las pakistaníes son muy religiosas y machistas, y en la atención tienen que ser sumamente cuidadosas en respeto a su cultura. Estar acompañadas, usar sus métodos, y que las atiendan sólo mujeres.

10. Conclusiones

La presente Memoria de Título se propuso estudiar los estereotipos que tienen las/os profesionales de la Salud Pública que conforman los equipos IVE o participan del procedimiento sobre las mujeres migrantes que abortan legalmente. Entrevistamos a diez profesionales que trabajan en los Hospitales San José o San Borja Arriarán. La búsqueda

consistió en tener un primer acercamiento sobre la compleja relación que emerge como resultado de ser mujer, ser migrante, y tener la necesidad de abortar en el Sistema Público chileno.

El análisis de los resultados obtenidos a través de las entrevistas realizadas, dio luces de muchas conclusiones y reflexiones que señalaremos en una serie de apartados.

10.1 Sobre el origen de los estereotipos

En primer lugar, y respondiendo a nuestra pregunta de investigación, pudimos dar cuenta de que los estereotipos que las/os profesionales de la Salud Pública tienen sobre las mujeres migrantes que atienden para el procedimiento de aborto legal aluden a las nacionalidades de las pacientes (país de origen) y al hecho de ser mujeres migrantes (y no chilenas). En ese sentido, los estereotipos que tienen sobre las mujeres migrantes que abortan coinciden con el imaginario que existe sobre las mujeres migrantes en general. Es decir, tal como señalan las/os profesionales, las partes que constituyen el procedimiento de aborto legal, a saber, la constitución de una causal, la decisión de interrumpir o seguir con el embarazo, el procedimiento abortivo como tal y el posterior acompañamiento, no influyen sustancialmente en la generación de estereotipos sobre las mujeres migrantes.

Pudimos descubrir estereotipos expresados por las/os profesionales a partir de los encuentros que tuvieron con las mujeres migrantes en la atención, que ignoraban o minimizaban la diversidad, complejidad, sentimientos, experiencias y trayectorias de vida migratoria de cada una de ellas, a partir de casos demasiado particulares que tenían con ellas. Tal como Bachelard (2000) explica, las personas tienden a sujetarse de sus experiencias primarias descartando las observaciones siguientes que les pudieran decir algo distinto de lo que ven, aferrándose a las pocas experiencias que pudieran reafirmar la generalización que se hizo. Estas observaciones básicas no son conocimiento; son incluso un obstáculo para el conocimiento. Así, en los siguientes apartados damos cuenta de los estereotipos que iban surgiendo a partir de tales observaciones.

10.2 Los estereotipos sobre las mujeres haitianas

Una de nuestras conclusiones más relevantes fue que las/os profesionales señalaban a las mujeres migrantes haitianas, por sobre todo el resto de comunidades migrantes, para

estereotiparlas y diferenciarlas de las mujeres chilenas. Y estas diferencias fueron siempre negativas. Al punto que podemos señalar que eran racistas. Racistas porque las/os profesionales constantemente se remitían a minimizar e inferiorizar a las mujeres haitianas, diciendo que portaban una supuesta “barrera idiomática”, que eran extrañas, que generaban conflicto en la atención, que eran salvajes, que no sabían ser madres, que eran pobres, que se apocaban ellas mismas y que eran muy sumisas y sometidas.

Tales estereotipos los comparaban constantemente con una imagen ideal de las mujeres chilenas, puesto que señalaban positivamente que las haitianas se estaban “chilenizando”. Chilenizarse significaba alcanzar el “ideal” de tales características, como si las chilenas lo representaran.

Ahora, en lo que atañe a la supuesta “barrera idiomática”, hay una serie de elementos a considerar. Culpar a las mujeres haitianas de portar tal barrera desentendía el hecho de que se trataba de un problema comunicacional o un desinterés de las/os mismas/os profesionales de darse a entender con ellas; las/os mismos señalaban que se entendían muy bien con migrantes que hablaban en inglés, y no así con las haitianas. Damos cuenta que el problema no es el idioma, sino más bien una jerarquía en Chile respecto a qué idioma es más importante o vale la pena aprender. Vale decir que, aunque la población haitiana sea la segunda población migrante con mayor presencia en Chile (INE, 2020), su idioma sigue sin ser prioridad; por eso contratan facilitadores interculturales que intentan suplir la carencia, en vez de formar a las/os profesionales. Este estereotipo repercute negativamente en la atención, porque muchas veces las/os profesionales son más violentas/os con las pacientes, tienen menos tacto, no alcanzan a empatizar lo suficiente, las tratan como si fueran “tontas”, porque aun hablándoles con algunos términos en creole, les gritan y menoscaban. Las tratan diferente por el sólo hecho de ser mujeres haitianas, de pertenecer a otro país, y hablar un idioma que a las/os profesionales no les interesa aprender, el creole. Y el creole es menospreciado como lengua porque las haitianas son menospreciadas.

Lo anterior, nos permite remitir al estereotipo de que las pacientes haitianas son un “problema” en la atención IVE. Fundaban tal afirmación a partir de los estereotipos que tenían sobre ellas: son extrañas, salvajes, provenientes de una “cultura” muy “diferente” a la chilena, que no conocen normas de higiene, desconfían del sistema de salud, se expresan

de manera “inapropiada”. Nos damos cuenta que en este aspecto el verdadero problema lo tenían las/os profesionales. Es decir, a ellas/os les molestaba, incomodaba, atenderlas. En el fondo, rechazaban que estas mujeres se atendieran con ellas/os a pesar de sus discursos de aceptación y normalización de la población migrante. En realidad, las estaban culpando por atenderse.

Respecto al estereotipo que afirmaba que las mujeres haitianas no saben ser madres, o derechamente, que eran malas madres, las/os profesionales lo fundaban en base al concepto de “apego” que tenían hacia sus hijos y a supuestos estudios que demostraban que en Haití había una alta tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, el programa Chile Crece Contigo (s.f), que pertenece al Ministerio de Desarrollo Social indica expresamente que el apego no es un momento en la relación madre-hijo, sino que es un proceso que se construye en los primeros años, y que se genera del hijo/a hacia la madre y no al revés. Esto nos demuestra que las/os profesionales de la salud tenían una noción errada sobre el apego y lo utilizaban para enjuiciar, catalogar y desprestigiar a las mujeres haitianas como malas madres. Siendo que para hablar de “malas madres” no es necesario mirar fuera de Chile, cuando son muchas veces las empleadas domésticas puertas adentro, en su mayoría migrantes, quienes cumplen el rol de crianza de madres chilenas adineradas que poco ven y crían a sus hijas/os (Llanos, 2012). Entonces, nos damos cuenta que el estereotipo de ser “malas madres” no tiene que ver con una vinculación con las/os hijas/os, sino que con el racismo que hay hacia las mujeres haitianas, y la constante función que cumplen los estereotipos de destacar las cosas negativas que se creen sobre los *otros* y que se ocultan o minimizan en el *nosotros*.

Así, concluimos que los estereotipos asociados a las mujeres migrantes haitianas que practican aborto legal se vinculan a generalizaciones que tienen sobre las mujeres haitianas, denostando en juicios negativos y creencias infundadas, que las racializa fuertemente. Son para ellas/os las mujeres haitianas, por encima de cualquier otra comunidad migrante, la “barrera” de la buena atención, el problema, las que se apocan a sí mismas. Y aunque quisieran mejorar la comunicación con ellas, atenderlas mejor, entenderlas mejor, pareciera que los mensajes se quedan en el discurso y no hubiera una intencionalidad real al respecto. Con las otras comunidades migrantes las distinciones no llegan a ser tan constantes, aunque

sí igual de violentas. Es decir, a ninguna comunidad se le da el énfasis en cuanto “otredad” que se refiere con las mujeres migrantes haitianas.

10.3 Los estereotipos sobre las mujeres venezolanas y colombianas

Las mujeres venezolanas fueron la segunda población más estereotipada, y en un principio, parecía que tales atributos no eran negativos. Señalaban que tenían un alto nivel educativo, resaltando que eran *más como nosotras* como una excepción dentro de las comunidades migrantes, nuevamente entregando una imagen de las personas chilenas como ideal, y facilitando, según las/os profesionales, una buena comunicación y entendimiento en su atención.

Sin embargo, al tratarse de personas migrantes las/os profesionales nunca parecieran estar conformes. El estereotipo contenía una inminente evaluación negativa. Ser altamente educadas inmediatamente traía problemas en la atención IVE: son demasiado exigentes. No podían estar disconformes con el sistema y el servicio porque las catalogan como “reclamonas”, “menospreciaban” el sistema de salud cuando debían estar “agradecidas” de ser atendidas. Se establecía una barrera que ellas como migrantes, por ser migrantes, no podían atravesar.

Por otro lado, las/os profesionales señalaban que las mujeres venezolanas que atendían eran “alaracas” y “exageradas”. Denominar como exagerado el sentir físico y emocional de una persona es un juicio violento e inapropiado para profesionales de la salud, cuando su rol es ofrecer un servicio de salud y cuidados apropiados para que las personas no sufran tales dolencias. Pareciera existir una conexión entre estas atribuciones y ser “reclamonas” o inconformes con la atención pública; muy inteligentes serán, pero, no pueden evitar sacar de adentro *esa cosa venezolana que las hace distintas a las chilenas y, por lo tanto, inferiores*.

Cuando las mujeres migrantes son juzgadas porque participan, porque no participan, porque hacen algo o no lo hacen, podemos reconocer las sutiles manifestaciones del racismo institucional operando; la negación de posibilidades de actuar, vivir, sentir, a través de barreras burocráticas, apreciaciones personales negativas de las/os representantes de la institución (Wieviorka, 2002), que coartan la libertad de las migrantes.

Finalmente, en lo que respecta a los estereotipos de las mujeres colombianas, éstos fueron referidos únicamente en comparación o asimilación de las mujeres venezolanas, como si las colombianas en sí mismas no tuvieran identidad. Esto pudiera pasar porque la población colombiana ya está más *normalizada* en la sociedad chilena, al menos en la Región Metropolitana, pasando más desapercibida respecto a otras comunidades migrantes, lo que repercute en que no hay un mayor ejercicio de clasificación sobre ellas.

10.4 Los estereotipos sobre las mujeres peruanas y bolivianas

Con las mujeres peruanas y bolivianas sucedía el mismo fenómeno; las asimilaban. Es importante dar cuenta que cuando mencionaban estereotipos sobre estas dos nacionalidades, no les tomaban mayor importancia ni parecían generar un conflicto en la atención. Sin embargo, los estudios de Stefoni (2005) y Correa y Márquez (2015) muestran que, hace al menos una década, a las mujeres peruanas se les consideraba como “extrañas”, representaban la “otredad”, eran una comunidad altamente estigmatizada.

Nuestro análisis nos permitió reconocer que, en este caso, la “otredad” que alguna vez hubo hacia las mujeres peruanas se trasladó a las mujeres haitianas, en coincidencia con lo que O’Ryan (2019) denomina como “haitianización de la migración”. Este hecho también se repite con las mujeres dominicanas y otras nacionalidades sobre las cuales no hubo suficiente información para analizar sus correspondientes estereotipos.

10.5 Estereotipos según cada causal

Si bien pudimos constatar que las partes del procedimiento de aborto no llegaban a configurar estereotipos sobre las mujeres migrantes (decidir abortar, tomar acompañamiento, etc.), las constituciones de causales si generaban juicios y creencias sobre ellas de parte de las/os profesionales.

Las/os profesionales señalaron que las mujeres haitianas abortaban más por la primera causal por su condición de afrocaribeñas, asegurando que aquello estaba documentado. Sin embargo, consideramos importante la revisión acerca de los fundamentos científicos que se utilizaron para hacer tales afirmaciones; si tales documentos se fundamentaban en nociones de “raza” y “racismo genético” o, por el contrario, se basaban en “factores sociales de salud” que pudieran relacionarse con las personas de piel negra, como la alimentación o la

incidencia en tasas de pobreza, hacinamiento, entre otras. La respuesta a esta cuestión no fue abarcada en esta investigación, no obstante, abre un camino a investigaciones futuras.

Por otro lado, cuando se indagó en la tercera causal, las/os profesionales afirmaron ser testigos de la alta precarización que vivían las mujeres migrantes producto de la constante violencia a la que estaban expuestas en Chile. Los relatos que les confesaban para abortar eran crudos y conmovedores. Sin embargo, a pesar de ser conscientes de aquello, las/os profesionales no se preocupaban lo suficiente por ellas para no enjuiciarlas y estereotiparlas. Al contrario, pudimos notar cómo establecían “verdades” infundadas sobre ellas, juzgándolas a priori. Tampoco se esforzaban para hacerlas sentir bien atendidas cuando admitían que no se sentían tan cómodas/os al atenderlas o las derivaban a un/a psicólogo/a cuando no las entendían.

10.6 Las repercusiones de los estereotipos en la atención IVE

Otra de nuestras grandes conclusiones es que todos los estereotipos creados sobre las mujeres migrantes que abortan legalmente repercutían en el trato que se les ofrecía a lo largo de la atención IVE, de una manera diferenciada, negativa y racista. Cuando las/os profesionales interactuaban con ellas aparecía el maltrato, la discriminación, un rechazo a causa de su origen, su cultura, su modo de hablar. Esto era enfatizado con las pacientes haitianas, quienes se convertían un “cacho” para ellas/os porque no las comprendían.

Así damos cuenta de las negligencias discriminadoras y racistas que había en la atención. A las pacientes IVE se les minimizó, se les trató de exageradas, se les maltrató, no esperaron que hiciera efecto la anestesia, no les explicaron los procedimientos en totalidad porque las creían “tontas”, les gritaron. En suma, se les inferiorizó por el hecho de ser migrantes, por todos los estereotipos que tenían sobre ellas. Y siempre estaba la constante de decir que eran “otras/os” profesionales quienes ejercían estas prácticas, y no ellas/os mismas/os. Las/os profesionales se disputaban las acusaciones de discriminaciones y estereotipos, es decir, habían oído a “otras/os” decir cosas o presenciado malos tratos. Nunca lo reconocieron como conductas propias. Por un lado, esto es esperable, porque a nadie le gustaría admitir que es racista, sin embargo, es interesante cómo divergían los discursos respecto a que, por un lado, los hospitales ofrecían una excelente atención, y de pronto, los hospitales tenían mucho que aprender porque estigmatizan mucho. Sólo una profesional

admitió que en su equipo había una persona racista. Fuera de ello, las responsabilidades terminaron recayendo incluso en las pacientes migrantes; éstas debían aprender el idioma para facilitar la atención, debían *ser más como nosotros*, y así los problemas disminuirían.

10.7 Para las/os profesionales es un problema que las mujeres migrantes acudan a abortar

En vista de todo lo que hemos señalado, otra de nuestras conclusiones es que, entre la tensión de ser mujer, ser migrante y acudir a abortar en el Sistema Público chileno, el “problema” que prima entre las/os profesionales es el estatus migratorio, no ser chilena, no ser *como* las chilenas, es decir, que las mujeres migrantes que abortan legalmente sean migrantes. Esto lo esclarecen los estereotipos que tienen sobre ellas, que se enfocan en sus nacionalidades y estatus migratorios, siempre de una manera negativa. A las/os profesionales no les gusta que vayan a abortar, no les gusta atenderlas, porque tienen que enfrentarse a “diferencias culturales” sobre las cuales “no están preparadas/os”. Damos cuenta entonces que no tiene nada que ver el procedimiento de aborto como tal, sino que se castiga a las mujeres migrantes por ser migrantes; los estereotipos vienen desde antes y son reforzados en su atención.

Vemos que las/os profesionales siempre encontraban un recurso para acusar a las mujeres migrantes de no cumplir el estándar que exige la sociedad chilena, de no *chilenizarse*, de no *ser más como nosotras*, tal como ellas/os señalan. Son estereotipadas, enjuiciadas y evaluadas por lo que hacen y por lo que no hacen. Es un cuestionamiento permanente de todo lo que son.

10.8 Sobre las diferencias entre los hospitales San José y San Borja Arriarán

Es sustancial señalar que existió una diferencia importante entre las/os profesionales de los HSJ y HSBA. En el HSJ había un trabajo en materia de derechos de las mujeres que abortan mucho más avanzado. Sus equipos están cuidadosamente conformados y formados, y manifestaron un permanente compromiso con mejorar la atención a las pacientes migrantes IVE para hacerlas sentir seguras, no en cambio, criminalizadas o estigmatizadas, reconociendo la migración como un factor de riesgo. Además, seguían la recomendación de la OMS de no practicar legrado (SSP, 2018), lo cual manifestaban con orgullo. La situación era muy distinta en el HSBA, donde el equipo IVE era desorganizado, los maltratos hacia la

población migrante se señalaban con recurrencia, y la práctica de legrado se realizaba en todos los procedimientos sin existir cuestionamiento alguno sobre tal, dando cuenta de que no tenían un horizonte de trabajo en función de mejorar la atención a las mujeres.

10.9 Reflexiones finales

Podemos cerrar esta Memoria dando cuenta de que estudiar las/os estereotipos que tienen las/os profesionales de la salud sobre las mujeres migrantes que abortan, contribuye como un primer paso al conocimiento del espacio y acontecer que se da durante el procedimiento de aborto legal hacia esta población. También encontramos que, en lo que respecta a la atención de mujeres migrantes que abortan, el aborto en sí mismo no constituye un problema, sino que lo es el ser mujeres migrantes quienes abortan, por su status migratorio, y los estereotipos que tienen sobre ellas.

Descubrimos que los estereotipos que se crean sobre estas mujeres repercuten en tratos racistas durante la atención, y que los compromisos con mejorar en materia de derechos están más alejados en el HSBA que en el HSJ. Sin embargo, valoramos positivamente los esfuerzos de las/os profesionales por mejorar la atención y dar fin a las prácticas racistas y discriminatorias.

Finalmente, creemos prioritario seguir profundizando en el campo de las migraciones en Chile, un campo escasamente explorado y con una infinidad de áreas desde la cual se puede trabajar. Es necesario contribuir con una sociología crítica que se preocupe del acontecer de las comunidades migrantes, donde hay discursos y prácticas racistas que construyen realidades sobre estas personas y particularmente sobre determinadas nacionalidades migrantes. Por lo demás, en lo que respecta a mujeres migrantes y aborto legal es fundamental avanzar hacia nuevas investigaciones que permitan conocer la experiencia que estas mujeres han tenido en el proceso de atención, desde la perspectiva de ellas mismas, y así contrastar la experiencia de las/os profesionales chilenas/os con las pacientes migrantes racializadas. Quedan pendientes preguntas: ¿Cómo viven las mujeres migrantes que abortan legalmente la experiencia de aborto en el sistema público? ¿Cuáles son las claves para asegurar una atención plena a las mujeres migrantes que abortan legalmente?

11. Referencias bibliográficas

Álamos, M (2017). *Interacciones entre médicos y mujeres acompañantes de pacientes hijos e hijas de inmigrantes en el hospital Exequiel González cortés*. Universidad de Chile, Santiago.

Alonso, L. (1994). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. Delgado, y J. Gutiérrez, *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, pp. 225-240. Madrid: Síntesis.

Andreu, J. (2001). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*.

Andrés, S. (2002). *Estereotipos de género en la publicidad de la II República española: crónica y Blanco y Negro*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Complutense de Madrid, España.

Amnistía Internacional (2015). *Datos y cifras. "Chile no protege a las mujeres. La criminalización del aborto viola los derechos humanos"*.

Arruzza, C. (2017). *Reflexiones degeneradas: Patriarcado y capitalismo*. Edición Grupo de Estudios Feministas, Santiago de Chile.

Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) (2018). *Inmigrantes con permanencia definitiva en las comunas de Chile ¿Qué nos dicen los datos 2017?*.

Astles, J. s.f. ¿Cómo perjudican los estereotipos a las mujeres migrantes?. En Organización internacional para la migración (OIM). [En línea] <https://rosanjose.iom.int/SITE/es/blog/como-perjudican-los-estereotipos-las-mujeres-migrantes> [Consulta 14 de junio de 2020].

Astles, J. s.f. ¿Qué hace que las personas migrantes sean vulnerables a la violencia basada en género? En Organización internacional para la migración (OIM). [En línea] <https://rosanjose.iom.int/site/es/blog/que-hace-que-las-personas-migrantes-sean-vulnerables-la-violencia-basada-en-genero> [Consulta 14 de junio de 2020].

Bachelard, G. (1948). *La formación del Espíritu científico*. Buenos Aires. Siglo Veintiuno editores.

- Balibar, E. y Wallerstein, I (1991). *Raza, nación y clase*. Madrid: IEPALA ediciones.
- Bucher, H (2001). *Emigrantes e inmigrantes en Chile, 1810-1915. Nuevos aportes y notas revisionistas*. Valparaíso, Universidad Playa Ancha Editorial.
- Bustos, P. (2017). *Relación entre estatus migratorio y resultados de embarazo y parto. Análisis en embarazadas que se controlaron en establecimientos de la Red Municipal de atención primaria de salud en la comuna en el año 2012*. Santiago, Universidad de Chile.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa, el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona, España: Paidós.
- Butler, J. (2018). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires, Paidós.
- Cabieses, B., Bernales, M., McIntyre, A. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B., Armas, R., Wolff, M., Norero, C., Rodríguez, J., Reyes, H. (2019). *Salud y proceso migratorio actual en Chile*. Academia Chilena de Medicina.
- Cabieses, B. (2019). *La salud de personas migrantes internacionales ¿qué desafíos enfrenta Chile en este tema?* El Mostrador, octubre de 2019.
- CADEM (2019). *Inmigrantes en Chile: estilos de vida*.
- Calderón, F., Hopenhayn, M., y Ottone, E. (1996). *Esa esquiva modernidad. Desarrollo, ciudadanía y cultura en América Latina y el Caribe*. (UNESCO) Caracas, Venezuela: Editorial Nueva Sociedad.
- Canales, J. D'Angelo, A. Dises, C. Soto, E (2019). *Aborto en Chile*. Corporación Miles.
- Canales, M. (2006). Presentación. En M. Canales, "Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios". pp. 11-30. Santiago: LOM.

Cano, V., y Soffia, M. (2009). *Los estudios sobre migración internacional en Chile: Apuntes y comentarios para una agenda de investigación actualizada*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Papeles de Población N°61. Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (2001). *Encarceladas. Leyes contra el aborto en Chile. Un análisis desde los Derechos Humanos*. Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos.

Chile. Ministerio del Interior. Decreto Ley 1094. Establece normas sobre extranjeros en Chile. 14 de julio de 1975. [Recuperado de <http://bcn.cl/2fxa8>].

Chile. Ministerio de Salud. 2015. Decreto 67. Modifica Decreto N° 110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes. 29 de mayo de 2015. [Recuperado de <http://bcn.cl/2mvjy>]

Chile. Ministerio de Salud. 2015. Circular A 15 N°06 sobre Atención de salud a población no regulada. 9 de junio de 2015. [recuperado de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/6_ATENCION-DE-SALUD-A-POBLACION-INMIGRANTE-NO-REGULADA-APS.pdf]

Chile. Ministerio de Salud. 2017. Ley 21.030. Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. 14 de septiembre de 2018. [Recuperado de <http://bcn.cl/2fd6u>]

Chile. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. 2008. Ley 20285. Sobre acceso a la información pública. 11 de agosto de 2008. [Recuperado de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=276363>]

Chile Crece Contigo, (s.f). Período 0 a 2 años: Apego. [En línea]. <http://www.crececontigo.gob.cl/tema/apego/> [consulta: 15 de diciembre, 2020].

Cofré, P. (2019). *Derribando Fake news sobre los migrantes y la salud*. Vida médica, Colegio Médico de Chile, Volumen 71(3), diciembre 2019.

Cook, R. J., Cusack, S., Dickens, B.M., (2010) “Unethical Female Stereotyping in Reproductive Health”. 109 International Journal of Gynecology and Obstetrics 2010 255-258.

Cook RJ, Cusack S. (2010). *Gender stereotyping: transnational legal perspectives*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

Cortez, A. Guerra, M. Stuardo, V (2019). *Salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes*. Corporación Miles.

Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de la investigación social*. Madrid: McGrawHill, 448 pp.

Crenshaw, K. (1991). “*Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color.*” Stanford Law Review, 43:1242-99. Women of Color at the Center: Selections from the Third National Conference on Women of Color and the Law

De Toro, X. (2011). *Métele con candela pa’ que todas las gatas se muevan. Identidades de género, cuerpo y sexualidad en el reggaetón*. Punto Género, 1(1), 81-100.

Dides y Fernández (2019). *Primer informe, Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile*. Estado de la situación 2016. Corporación Miles.

Durkheim, E. (2001). *Las reglas del método sociológico*. Ediciones Coyoacán, México.

Elqueda, P. (2008). *Escolares chilenos aceptan más a los peruanos si adoptan nuestra cultura por sobre la propia* *El Mercurio*, septiembre 11 de 2008. Consultado agosto 8, 2010 [http://diario.elmercurio.cl/detalle/index.asp?id={3208828b-6573-4d91-8143383584987ba4}.]

El Desconcierto (2019). *La Tercera se retracta de información falsa sobre “venezolanos y cubanos” involucrado en quema de estaciones de metro*. Por: El Desconcierto.

El Desconcierto (2019). *Coordinadora de Salud de Corporación MILES: Hay regiones en donde hay solo una médica realizando abortos y le han hecho la vida imposible*. Febrero de 2019.

El Mostrador (2019). *Corporación Miles emplaza nuevamente al Ministerio de Salud por no mantener actualizadas las cifras sobre aborto legal en tres causales*. Diciembre de 2019.

Erviti, Castro y Sossa (2006). *Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México*. Estudios Sociológicos XXIV: 72, 2006.

Espinosa, A., y Cueto, R. (2014). *Estereotipos Raciales, Racismo y Discriminación en América Latina*. En: E. Zubieta, J.F. Valencia & Delfino, G. (Coords). *Psicología social y política. Procesos teóricos y estudios aplicados* (pp. 431-442). Buenos Aires: EUDEBA.

Fanon, F. (2009). *Piel negra, máscaras blancas*. Madrid, España: Ediciones Akal.

Fernández, O. (2020). *Cinco ejes de la nueva Ley de Migración*. [En línea]. La tercera. 3 de diciembre, 2020. <https://www.latercera.com/nacional/noticia/cinco-ejes-de-la-nueva-ley-de-migracion/4NP2SWUSVFHU3BCD6Q6U6FLZEE>. [consulta: 3 de octubre, 2020].

Fossa, L. (2019). *Migrantes cancelan abortos y exámenes obstétricos por miedo a deportaciones*. Estados Unidos: Interferencia.

Gainza, A. (2006). *La entrevista en profundidad individual*. En Canales, M. (comp.). *Metodología de investigación social. Introducción a los oficios*. Editorial LOM, Santiago, pp 219-263.

Galán, E. (2006). *Personajes, estereotipos y representaciones sociales. Una propuesta de estudio y análisis de la ficción televisiva*. ECO-PÓS – v9, n 1, janeiro- julho 2006, pp 58-81.

González, B. (1999). *Los estereotipos como factor de socialización en el género*. Comunicar, núm. 12, marzo, 1999. Grupo Comunicar. Huelva, España.

González, R., Rodríguez, A., (1994). *El contenido de los estereotipos y su relación con las teorías implícitas*. Psicothema, 1994, Vol. 6, n°3, pp 375-386. Universidad de la Laguna.

González, S. (2004). *Pax castrense en la frontera norte. Una reflexión en torno a la postguerra del salitre: el conflicto por Tacna-Arica y Tarapacá*. Revista Universum N°19, Vol. 1: 28-57, 2004.

- Guizardi, M.L, y Garcés, A. (2014). *Estudios de caso de la migración peruana en Chile: un análisis crítico de las distorsiones de representación y representatividad en los recortes espaciales*. [en línea]. Revista de geografía Norte Grande. Septiembre, 2014. (58). https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34022014000200012. [Consultado 15 de octubre, 2020].
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres, la reivindicación de la naturaleza*. Cátedra.
- Herrera, Y. (2018). *Reconstrucción narrativa de identidades agentivas de mujeres migrantes afrodescendientes en Coquimbo, Chile*. Oxímora, Revista Internacional de Ética y Política, núm. 13. Jul-Dic 2018. Pp. 173-188.
- Herrero, J. (2006). La teoría del estereotipo aplicada a un campo de la fraseología: las locuciones expresivas francesas y españolas. Universidad de Castilla-La Mancha.
- Humanas (2018). *Realidad del aborto en Chile. Revisión de información estadística, agosto de 2018*.
- Hoffman C., y Hurst, N. (1990). *Gender Stereotypes: Perception or rationalization?* Journal of Experimental Social Psychology, 58, 197-208.
- Hopp, C. (2019). *Maternidad y delito: Una agenda para el feminismo*. April 2019.
- INDH (2018). *Resultados de la IV Encuesta Nacional de Derechos Humanos 2018*.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2018). *Síntesis de resultados CENSO 2017*. Instituto nacional de estadísticas.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2019). *Estimación de personas extranjeras residentes en Chile, 31 de diciembre de 2018*. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas, Departamento de Extranjería y Migración.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2020). *Estimación de personas extranjeras residentes en Chile, al 31 de diciembre de 2019*. Instituto Nacional de Estadística, Departamento de Extranjería y Migración, Santiago, marzo de 2020.

Instituto Nacional de Estadísticas (2020). *Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2019. Distribución regional y comunal. Síntesis de resultados*. Santiago, octubre de 2020.

Ishibashi, Jun (2003). Hacia una apertura del debate sobre el racismo en Venezuela: exclusión e inclusión estereotipada de personas ‘negras’ en los medios de comunicación.

Juliano, D (2000). *Mujeres estructuralmente viajeras: estereotipos y estrategias*. Papers, 60, 2000. Entrevista con Dolores Juliano.

Katz, D. y Braly, K. (1933). Racial Stereotypes in One Hundred College Students, in Journal Abnormal and Social Psychology, pp. 28.

Llácer, A.; Morarales, C.; Castillo, S.; Mazarrasa, L. Martínez, M.L. (2006). *El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid*. [en línea]. Index de Enfermería. 2006. Vol. 14(55) http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300003 [Consultado 15 de octubre, 2020].

Llanos, F. (2012). *Nanas en Chile: las parientas pobres de las familias ricas*. [en línea]. AmecoPress. Información para la igualdad. 27 de enero, 2012. <https://amecopress.net/Nanas-en-Chile-las-parientas-pobres-de-las-familias-ricas> [consulta: 3 de octubre, 2020].

Laureano, A. y Marco, M. (2011). Mujer inmigrante y brasileña: estereotipos y prejuicios. Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía.

La Mesa Por la Vida y la Salud de las Mujeres (2019). *Migrantes venezolanas en Colombia: Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo*. Bogotá, Colombia: La Mesa Por la Vida y la Salud de las Mujeres.

Lake, S.; Rudge, T.; West, S. (2015). Making meaning of nursing practices in acute care. [online]. Journal of Organizational Ethnography. Vol. 4(1). pp 64-79. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JOE-12-2014-0040/full/html> [Consultado 15 de octubre, 2020].

- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Martínez, Jorge (2012). *Los derechos humanos en las normativas y políticas hacia las personas migrantes: Exigir lo que se ha comprometido*. CELADE, división de población de la CEPAL.
- Martinez, Rutilo, & Iyer, Vish. (2008). Latin America's Racial Caste System: Salient Marketing Implications. *International Business & Economics Research Journal*
- McCall, L. (2005). "The complecity of intersectionality." *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(3): 1772-1800.
- Miller, A. (1982): «Historical and Contemporary Perspectives on Stereotyping», en Miller, E. (Ed.): *In Eye of the Beholder*. Mora, M. (2002). *La teoría de las representaciones de Serge Moscovici*. Athenea Digital, 2.
- Ministerio de Salud (2018). *Política de Salud de Migrantes Internacionales*. Ministerio de Salud, FONASA, Superintendencia de Salud.
- Ministerio de Salud (2020). *Salud del Inmigrante*. Información para migrantes, la salud la hacemos todos. 15 de enero de 2020, <https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>.
- MINSAL (2018). *Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la ley 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo por tres causales*.
- Monreal, M. (2019). *Estereotipos, roles de género y cadena de cuidado. Transformaciones en el proceso migratorio de las mujeres*. *Collectivus, Revista de Ciencias Sociales*, 6(1), 83-97.
- Moya y Puerta. (2008). Estereotipos, Inmigración y Trabajo. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 6-15.
- Navarro, P., y Díaz, C. (1999). Análisis de contenido. En J. Delgado y J. Gutiérrez, *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis Editorial, pp. 177-224.

Nocera, P. (2009). *El concepto de creencia de la sociología durkheimiana*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

Ojeda, J. (2018). *En Chile se realizan entre 80 mil y 260 mil abortos clandestinos al año*. Radio JGM.

Olavarría, J. (1998). De la identidad a la política: Masculinidades y políticas públicas. Auge y ocaso de la familia nuclear patriarcal en el siglo XX. En J. Olavarría & Parrini (Ed.), *Masculinidades populares: Varones adultos jóvenes de Santiago* (pp. 11-28. Santiago de Chile: LOM.

O’Ryan, K. (2019). Dejando de lado los prejuicios. [en línea]. Migración en Chile. Una plataforma del Servicio Jesuita a Migrantes. 16 de septiembre, 2019. <https://www.migracionenchile.cl/dejando-de-lado-los-prejuicios/> [Consultado: 1 de diciembre 2020].

Organización Internacional del Trabajo (2017). Migración laboral en Chile. *Mujeres migrantes en Chile: oportunidades y riesgos de cruzar fronteras para trabajar*. Nota #4.

Ortega Marín, Alexander. “Prejuicio, estereotipo y raza en la obra de Marvel Moreno”. *Les Ateliers du SAL* 13 (2018) : 93-107.

Ortí, A. (1994). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: La entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En García M, Ibáñez J, y Alvira F, *el análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza, pp. 189-221.

Parreñas Salazar, Rhacel (2002) “The Care Crisis in the Philippines: Children and Transnational Families in the New Global Economy”. In Ehrenreich B. y Russell A. (Eds.); *Global Women: Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy*. London: Granta Books

Pedone, C., y Gil, S. (2008). Maternidades transnacionales: entre América Latina y el Estado español. El impacto de las políticas migratorias en las estrategias de reagrupación familiar. En C. Solé, S. Parella y L. Cavalcanti (*Coords.*), *Nuevos retos transnacionales en el estudio de las migraciones* (pp. 151-176).

Pérez, M. 2008. Mujeres Inmigrantes: Realidades, estereotipos y perspectivas educativas. *Revista Española de Educación Comparada* 14: 137-175.

Póo, X (2009). *Imaginarios sobre inmigración peruana en la prensa escrita chilena: una mirada a la instalación de la agenda de la diferencia*. *Revista F@ro – Monográfico*, año 5, N°9, Universidad de Playa Ancha.

Póo, X (2019). Cuando todo se vuelve frontera. *Migrantes*. *Anales de la Universidad de Chile*, Séptima serie, N°16, pp. 215-227.

PRODEMU (2018). *Mujeres inmigrantes, las más vulnerables*. Gobierno de Chile.

Quin, R., y McMahon, B. (1997). *Historias y estereotipos*, Madrid: Ediciones de la Torre.

Red Chilena Contra la Violencia Hacia las Mujeres (2019). *Con las amigas y en la casa: “nos interesa sacar el tabú que existe sobre el aborto”*.

Reguero (2019). *Varios centros de salud obstaculizaron el derecho al aborto de mujeres migrantes antes y después del decreto 2018*. Madrid: El Salto Diario.

Rodríguez, J. y Rowe, F (2018). *Efectos cambiantes de la migración sobre el crecimiento, la estructura demográfica y la segregación residencial en ciudades grandes. El caso de Santiago de Chile, 1977-2017*. CEPAL, Serie: Población y desarrollo.

Salgado, H. (2017). *La inmigración en Chile: Un campo de batalla*. [En línea]. Instituto de Políticas Públicas de Salud. Viernes 29 de septiembre de 2017. [<http://www.ipsuss.cl/ipsuss/columnas-de-opinion/horacio-salgado/la-inmigracion-en-chile-un-campo-de-batalla/2017-09-29/105424.html>]

Santoro, E. (1977). Consideraciones generales sobre la investigación de estereotipos, *Revista de Comunicación*, 12, Caracas.

Scott, J. (1990). *Género e historia*. México, FCE, Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Simmel, George (2012). *El extranjero*. Sociología del extranjero. Ediciones Sequitur, Madrid.

Stefoni, C. (2005). Migración en Chile. *Colección Ideas n°59*.

Stefoni, C. (2005). Inmigrantes Transnacionales. La formación de comunidades y la transformación en ciudadanos. En: Berg, U.;Paerregaard, K. (editores). El quinto suyo. Transnacionalidad y formación diaspórica en la migración peruana. Lima, Perú. Instituto de Estudios Peruanos, pp. 261-289.

Stefoni, C. (2011). *Panorama de la migración en América del Sur*. Serie: Población y Desarrollo, CEPAL.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Ediciones PAIDOS, España.

Tajfel, H., Flament, C., Billing, M., y Bundy, R., (1971). Social categorization and intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology*, I, 149-177.

Tajfel, H., Turner, J., (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In Austin W.G and Worchel S. (Eds): *The social psychology of intergroup relations*. California, Brooks Cole.

Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*, Barcelona: Editorial Herder.

Thayer, E (2019). La política migratoria en Chile en la disputa por los Derechos Humanos. *Migrantes*. Anales de la Universidad de Chile, Séptima serie, N°16, pp. 15-26.

Tijoux, M. E. (2008). *El cuerpo del otro: diferencia y estigmatización*. Foro Bicentenario Migración, Integración e Identidad, Miradas de idas y vueltas: Sudamérica-Europa, 8 de julio, 2008, Santiago: Editorial LOM.

Tijoux, M. E. y Díaz (2014). *El otro inmigrante “negro” y el nosotros chileno. Un lazo cotidiano lleno de significaciones*. Boletín Oteaiken (17), Mayo, pp. 1-15.

Tijoux M. E. y Palominos, S. (2015). *Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización de los fenómenos migratorios en Chile*. Polis, revista latinoamericana, Volumen 14 N°42, p. 247-275.

Tijoux, M. (2015). *"Inmigrantes "negros" en Chile: Prácticas cotidianas de racialización/sexualización"*. [en línea]. Informe final etapa 2015. Proyecto Fondecyt 1130203. Santiago, Chile.
<http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/205093/1130203.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.

Todorov, T. (1991). *Nosotros y los otros. Reflexión sobre la diversidad humana*. Siglo Veintiuno Editores.

Triviño, R. (2012). *Mujeres migrantes y misoprostol: aborto privado, escándalo público*. Unidad Asociada de Éticas Aplicadas, Instituto de Filosofía del CCHS-CSIC, Universidad de Salamanca, DILEMATA, año 4, N°10 p. 31-44.

Tubert, S (1996). Introducción. En Silvia Tubert (ed.). *Figuras de la madre* (pp. 7-37). Madrid: Universidad de Valencia, Instituto de la Mujer.

Universidad de Chile (2020). *No más racismo en Chile*. Declaración sobre el proyecto de ley de migraciones. Jueves 30 de abril de 2020.

UNICEF (2012). *Niñas y niños en un mundo urbano*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Febrero de 2012.

Van Dijk, T. (1997). *Discurso y racismo. Persona y Sociedad*. Instituto Latinoamericano de Doctrina y Estudios Sociales ILADES. Universidad Alberto Hurtado.

Van Dijk, T. (2006). *Discurso de las élites y racismo institucional. Medios de comunicación e inmigración*. Convivir sin Racismo, Programa CAM Encuentro.

Van Dijk, T. (2007). *Racismo y discurso en América Latina*. Editorial GEDISA

Valles, M. (1999) *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis.

Viveros, M. (2016). *La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Debate Feminista 52 (2016) 1-17.

Wagner, H. (2008). Maternidad transnacional: discursos, estereotipos y prácticas. En G. Herrera y J. Ramírez (Ed.), *América Latina Migrante: Estado, familia, identidades*. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

Wieviorka (2002). *El racismo: una introducción*. La Paz, Bolivia: Plural editores.

Wolf, Marcelo (2017). *Epidemiología nacional de las enfermedades infecciosas e impacto de la inmigración: 2017*. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

12. Anexos

Anexo I: Resumen Ley N°21.030.

La Ley n°21.030 conocida como ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) entró en vigencia el 23 de septiembre del año 2017. Regula tres causales, las cuales son:

Causal 1: Cuando las condiciones del embarazo ponen en riesgo la vida de la madre. Este riesgo no necesariamente debe ser inminente, sino que también potencial (SSP, 2018).

Causal 2: Cuando el feto padece una condición congénita adquirida o genética, que implica que no es posible su vida extrauterina. Esta causal, gracias a la tecnología médica, puede ser identificada con mucha anterioridad, y existen aproximadamente 500 casos al año (MINSAL, 2018)

Causal 3: Cuando el embarazo fue producto de una violación. Esta causal tiene una edad gestacional limitada, donde su realización no puede superar las 12 semanas de embarazo para mayores de 18 y 14 semanas para menores de 18, comprendiendo un límite que no se da en las otras causales.

Para la realización del procedimiento que compete alguna de las tres causales, la mujer debe expresar su decisión de manera previa, expresa y escrita en caso de desear la interrupción. Hay casos donde la mujer se encuentra inhabilitada para consentir. Si se encuentra en riesgo vital y se hace impostergable su intervención, la interrupción debe realizarse velando por derecho a la vida. Si la mujer tiene una discapacidad se deben ofrecer las alternativas correspondientes para indicar su consentimiento. Si la mujer tiene

discapacidad cognitiva o es menor de 14 años, debe incluirse la firma de su representante legal. De no haberlo, la firma puede ser solicitada a un juez dentro de las siguientes 48 horas.

Si el equipo médico diera cuenta que, en la causal 3, el representante legal pudiese ser el agresor de la adolescente, entonces se puede solicitar la firma de un familiar, el que la menor indique.

En la tercera causal, el director del hospital debe informar al Ministerio Público su ocurrencia, en caso de que no hubiera denuncia. Si la mujer es menor de 18, se deberá informar al SENAME. Cualquiera sea el caso, la víctima asistirá a tribunales sólo si es su voluntad.

La prestación médica debe ser informada en su totalidad a la mujer, de manera clara y objetiva, verbal y escrita, y no puede ejercer influencia sobre la decisión de la mujer. También se deben ofrecer las alternativas disponibles a la interrupción y los acompañamientos acreditados y sin fines de lucro de los que dispone, a los que puede acceder siempre y cuando ella lo desee, y que incluye acciones de acogida biopsicosocial a lo largo de todo el proceso. En caso de continuarse con el embarazo se activarán las redes de apoyo, y en el caso de la tercera causal se entregará información para que pueda realizarse una denuncia.

Si en el proceso la mujer ha sido discriminada arbitrariamente, podrá hacer efectiva la acción de no discriminación arbitraria contemplada en la ley n°20.609 que establece medidas contra la discriminación.

Para realizarse el procedimiento, en la primera causal debe existir un diagnóstico médico, en la segunda causal deben ser dos diagnósticos médicos igualmente especializados, y en la tercera causal, el equipo de salud deberá constatar la concurrencia de los hechos y la edad gestacional. Cumplido esto, se deberá garantizar a la mujer un trato digno y respetuoso.

En todos los casos se respetará el principio de confidencialidad en la relación entre médico y paciente, adoptándose las medidas necesarias para resguardar su aplicación efectiva.

La abstención del médico cirujano y del personal que tenga funciones al interior del pabellón debe realizarse de manera previa y escrita, manifestado al director del

establecimiento. Una institución privada también puede declararse objetora. Si el profesional que lleva el caso es objetor, debe informar de inmediato al director del establecimiento para que la paciente sea derivada. De darse el caso, si en un establecimiento todos los médicos son objetores, la paciente deberá ser derivada de inmediato a un establecimiento donde haya un profesional no objetante. Si la paciente está en inminente riesgo de muerte y requiere atención inmediata, el médico no podrá excusarse de realizar la interrupción.

Queda prohibida la publicidad acerca de centros y establecimientos que realicen el procedimiento, sin embargo, si la información es solicitada, esta debe ser entregada.

Anexo II: Procedimiento de Aborto por ley IVE en Salud Pública.

Existen dos normas técnicas que guían el procedimiento de aborto por alguna de las tres causales consignadas en la Ley IVE paso a paso, la primera corresponde a la *Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la ley 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo por tres causales*, por el Ministerio de Salud (MINSAL) y contempla un marco normativo para el acompañamiento psicosocial de las pacientes que se encasillan dentro de una de estas causales.

La segunda norma es la de *Acompañamiento y atención integral a las mujeres que se encuentran en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030*, por la Subsecretaría de Salud Pública (SSP), que consiste en una normativa desde una perspectiva integrativa y biopsicosocial que involucra el quehacer de todas las personas que trabajan en la prestación de salud (profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos) en la particularidad de cada caso (SSP, 2018). Ambas normativas contemplan todos los requerimientos específicos y quehaceres a lo largo de cada procedimiento, así como el hecho de que los principios, al ser integrativos, involucran que el trato a las pacientes debe ser sensible, neutral, respetuoso y digno y sin estigmatización. Así mismo, las normativas están centradas en la persona, es decir, en la mujer, por lo tanto, se deben respetar sus particularidades y adaptarse a éstas. En palabras de la normativa:

“El Modelo de atención a las mujeres en el marco de la Interrupción voluntaria del embarazo por tres causales debe asegurar el acceso, oportunidad, calidad y seguridad de la atención, resguardando la continuidad del proceso y relevando el acompañamiento psicológico y social, evitando la revictimización, en un ambiente de respeto y confidencialidad” (SSP, 2018, pág. 20)

Por otro lado, la normativa de acompañamiento tiene por objetivo:

“Asegurar el bienestar biopsicosocial de la adolescente o mujer que vive un embarazo en que concurra alguna de las tres causales, en un ambiente de acogida, con entrega de información completa y clara sobre su situación de salud, de la patología fetal (en caso de aplicarse), los procedimientos médicos y las medidas de apoyo que están a su disposición” (MINSAL, 2018, pág. 29)

Indica, además, la especial importancia de la construcción de Planes de Acompañamiento que se acoplen de manera pertinente a la realidad de cada persona, incorporando elementos culturales, de cosmovisión y del propio sistema de significados, de manera de proveer experiencias significativas de acompañamiento a cada mujer, desafiando a los equipos a propiciar el encuentro con cada persona, trascendiendo posibles barreras de comunicación e idioma (MINSAL, 2018).

Así mismo, quienes ejercen el acompañamiento tienen que evitar que otros profesionales: bloqueen y/o banalicen la reacción emocional de la madre, omitan de información o transmitan información poco coherente, no resuelvan preguntas, deleguen el caso innecesariamente a otros profesionales, y proponer a la mujer encontrar consuelo a través de un próximo embarazo (MINSAL, 2018).

1. Acogida

Según las Normativas MINSAL (2018) y SSP (2018) la acogida de los casos puede darse en cuatro instancias, estas son, Salud responde, Atención Primaria de Salud (APS), el Nivel Secundario de Atención, y el Nivel Terciario de Atención, que serían los centros

hospitalarios donde se realizan el procedimiento abortivo como tal. En caso de la tercera causal, el caso puede llegar directamente desde Fiscalía.

En cualquiera de los casos, es deber de la persona que atiende entregar toda la información que se tiene acerca de las prestaciones de ley, verbal y escrita, considerando la causal que podría tener la paciente, además de las alternativas que dispone la paciente en caso de dar continuidad al embarazo.

El acompañamiento en la acogida, según el MINSAL (2018), debe involucrar la contención de la mujer en su totalidad, acompañamiento en cada momento, seguimiento, respuesta a sus dudas, y trato digno y respetuoso. La acogida debe estar centrada en las necesidades y requerimientos de las mujeres, de acuerdo con su etapa de vida, conocimientos, intereses, cultura y valores.

En algunos casos es la paciente la que acude al servicio para abortar, mientras que en otros, ocurre la “sospecha” de que la mujer entre en una de las tres causales y debe ser informada al respecto.

Generalmente en Salud Responde es la mujer la que acude, por lo tanto, debe ser atendida con toda la información e indicaciones de donde debe ir a continuación, no debe ser juzgada ni estigmatizada, debe ser tratada con respeto y dignidad (MINSAL, 2018).

En APS, es posible que en una atención ambulatoria sea detectado a partir de antecedentes (causal 1), una ecografía (causal 2) o a partir de lo que observe la dupla biopsicosocial (causal 3), entre otras formas, y en todos los casos, la mujer debe ser informada de las prestaciones de servicio, tratada con respeto y dignidad, y no puede ser juzgada o estigmatizada (SSP, 2018).

En el Nivel Secundario es donde un equipo completo de profesionales de diversas especialidades pueden confirmar los diagnósticos, por lo que, generalmente, la mujer deberá ser derivada allí para ser atendida (SSP, 2018).

Si la mujer es acogida en el Nivel Terciario, seguramente se encuentre en la Unidad de Riesgo Obstétrico (URO) (causal 1), y/o hospitalizada, y también debe ser informado asegurando el perfil integrativo de la normativa ya mencionado (SSP, 2018).

2. Sospecha de causal

Si existe sospecha de que la mujer pueda encontrarse en una de las causales, es importante que el rol de los profesionales y el acompañamiento psicosocial siempre sea respetuoso y contenedor. Es posible que algunas mujeres tengan grandes expectativas de su embarazo, por lo que hay que ser capaces de transmitirles las sospechas y peligros de manera tal que no se sientan solas ni culpables. También puede ocurrir que las mujeres no deseen tal embarazo, por lo que hay que ser comprensivos con su comportamiento y no juzgarlas ni estigmatizarlas (MINSAL, 2018). Asimismo, la dupla psicosocial debe apoyar y orientar al equipo médico en el manejo de cada caso, según las características psicológicas y sociales exploradas en cada mujer y su entorno (MINSAL, 2018)

2.1. Sospecha de Causal 1

En el caso de que se sospeche que el feto ponga en riesgo la vida de la mujer, existen dos situaciones. La primera, es que la mujer esté hospitalizada y en riesgo de muerte. Si se da esa situación, la intervención debe ser inmediata y no importa si el profesional es objetor de conciencia (SSP, 2018).

La segunda situación ocurre cuando la mujer presenta antecedentes o síntomas que la lleven a encontrarse en la primera causal y debe ser informada de que será evaluada para ver si se vuelve una opción proceder por Ley IVE (SSP, 2018).

El acompañamiento de estas mujeres debe darse de manera tal que se sienta segura, que no se sienta culpable (MINSAL, 2018), y que se sienta apoyada por el equipo médico, así como conteniendo su dolor y temor (SSP, 2018).

2.2. Sospecha de Causal 2

En la segunda causal, es muy probable que la mujer estuviese deseando tener el bebé. Por ello, es importante calmar las expectativas ante la sospecha. Acompañar asegurando que ella no tiene la culpa y explicarle que se harán evaluaciones al feto para confirmar si tiene alguna patología congénita adquirida o genética que sea incompatible con la vida extrauterina. La información debe ser dada de manera sensible y comprensiva, abierta a responder dudas, e involucrando a la familia si la mujer lo permite para que puedan contenerla (MINSAL, 2018).

Por lo demás, la SSP (2018) indica que es fundamental que todo el equipo de salud tenga conocimiento acerca de los temas médicos del caso y que pueda transmitir mensajes coherentes con el diagnóstico biomédico.

2.3. Sospecha de Causal 3

En la tercera causal, si es la mujer la que acude al centro de salud, debe ser atendida respetuosamente, invitada a hablar abiertamente y explicarle que su caso, de encausarse en la primera causal, y de no tener denuncia previa, deberá ser informado al Ministerio Público, para que inicie oficio de búsqueda de responsable/s (lo cual no pasa más allá porque en la medida en que ella no denuncie la búsqueda no podrá ser iniciada).

La mujer debe ser escuchada y jamás juzgada ni estigmatizada, así como tampoco debe ser cuestionada su credibilidad. Los equipos de salud deben considerar que el estigma de la violación y el aborto favorece que la mujer violada no se atreva a plantear a otros su situación o solicitar la interrupción, por lo que hay que ayudarla a expresar su voluntad (MINSAL, 2018).

La pesquisa del caso se realizará mediante una ecografía, y debe preguntarse a la mujer si desea verla. En caso de no quererlo, se debe girar la pantalla y silenciar el monitor (MINSAL, 2018).

En caso de que se sospeche de parte del equipo que la mujer ha sido agredida, será comunicada de la alternativa que existe e invitada abiertamente a hablar, para que pueda contar el hecho y su situación sea evaluada. Por el posible trauma que haya generado la agresión, es necesario que el equipo de salud se convierta en un factor protector, validando el dolor y daño sufrido, transformándolo en una experiencia reparadora (MINSAL, 2018). En ese sentido, los equipos deben hacerse cargo de una realidad de larga data y que se funda en complejos determinantes culturales que deben ser visibilizados y reflexionados de modo permanente. (MINSAL, 2018)

3. Confirmación de diagnóstico

La confirmación del diagnóstico es distinta según cada causal, tanto por la diferencia que tiene una causal de otra, así como por los requerimientos que la ley expresa para su confirmación.

3.1. Confirmación de diagnóstico de Causal 1

Para confirmar que la mujer se encasilla dentro de la primera causal se necesita únicamente un diagnóstico médico que lo asegure. En consecuencia, la mujer será informada de la confirmación de la situación y se le entregará información sobre la prestación de servicio, así como las alternativas que tiene al embarazo y los acompañamientos acreditados y sin fines de lucro a los que puede acceder y la libertad que tiene de recibirlos (SSP; MINSAL, 2018).

La dupla psicosocial debe acompañarla conteniéndola, haciéndole sentir segura, que no se sienta culpable, respetar sus preguntas y decisión (MINSAL, 2018).

3.2 Confirmación de diagnóstico de Causal 2

Para confirmar que la mujer se encasilla dentro de la segunda causal se necesitan dos diagnósticos médicos especializados que sean compatibles entre sí y confirmen la inviabilidad fetal (SSP, 2018). En ese caso, la mujer deberá ser informada con rigurosidad y sensibilidad del asunto, se le debe ofrecer la prestación del servicio y las alternativas que tiene al embarazo, así como comunicarse los acompañamientos acreditados y sin fines de lucro a los que puede acceder y la libertad que tiene de recibirlos.

La labor de la dupla biopsicosocial es crucial para acompañar el duelo, la no aceptación, la negación, la ira o cualquier emoción que puede presentar la mujer. Debe ser acompañada en cada momento y respetada en sus decisiones. También, informar a la familia si ella lo permite para que puedan contenerla (MINSAL, 2018).

Teniendo los diagnósticos, queda en manos de la mujer decidir si llevar a cabo o no la interrupción del embarazo.

3.3. Confirmación de diagnóstico de Causal 3

Para confirmar que la mujer encasilla dentro de la tercera causal se necesita que la mujer entregue un relato al equipo médico que debe ser evaluado en cuanto a si éste constituye en una acción que pudiera dejarla embarazada, y que este relato sea compatible con la edad gestacional de la mujer que, siendo mayor de 18 años, no puede superar las 12 semanas de embarazo, y si es menor, las 14. El relato debe ser firmado por la mujer (SSP, 2018).

La labor del equipo médico en la confirmación se agota allí. Queda en manos del Ministerio Público comprobar su veracidad y buscar a los culpables, por lo tanto, el equipo no debe juzgarla, cuestionar su credibilidad, estigmatizarla, y debe tratarla siempre con dignidad y respeto (SSP, 2018).

El acompañamiento psicosocial para la mujer debe incluir buscar redes de apoyo cercanas para ella, en función de intentar frenar la agresión en caso de que el agresor se encuentre en círculos cercanos (MINSAL, 2018).

La adolescente menor de 18 años y mayor de 14 años puede realizarse el procedimiento antes de ser avisado a su representante legal, sin embargo, éste deberá ser avisado de todas formas.

4. Decisión de la mujer

La decisión de la mujer es central. Una vez confirmados los diagnósticos, depende absolutamente de ella si proceder a la interrupción del embarazo o seguir con éste. El equipo médico tendrá que canalizar sus dudas, ser claro en la prestación de servicio y los acompañamientos a los que puede acceder si lo desea, acompañarla plenamente en su decisión sin juzgarla, estigmatizarla, respetándola y tratándola con dignidad, logrando también la focalización hacia la opción, acoplarse a la variable y dar cabida a la retractación, de manera de evitar la tensión o miedo de la mujer (SSP; MINSAL, 2018).

Únicamente, si la mujer se encuentra en riesgo de muerte, se procederá a la intervención sin su debido consentimiento.

4.1 Información

Como se ha mencionado en varias oportunidades, es importante tener en cuenta que a la mujer se le debe entregar información objetiva, fidedigna y sin ejercer influencia sobre ella acerca de la prestación de servicio. Se debe describir el y los métodos que van a utilizarse, indicar las condiciones en que se realiza (uso o no de anestesia), los posibles riesgos y efectos secundarios en caso de interrupción, así como las alternativas para continuar el embarazo según sea el caso. Se debe ofrecer los acompañamientos que estén acreditados y sin fines de lucro para que ella opte si desea recurrir a uno, y se deben resolver todas y cada una de las dudas que tenga respetándola integrativamente (SSP, 2018).

La información debe ser verbal y escrita, la mujer recibirá un documento que debe firmar, donde expresa haber recibido dicha información (SSP, 2018).

Es importante considerar medios informativos distintos para quienes presenten demencia o discapacidad cognitiva, intelectual, etc (MINSAL, 2018).

4.2. Consentimiento

Como lo indica la ley, para proceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, la mujer debe expresar su consentimiento de manera escrita, firmando un Consentimiento Informado que indica la prestación y toda la información de ésta. Éste es validado sólo en la medida que la mujer esté bien informada, no sufra de coacción y lo haga voluntariamente. Si está en riesgo vital, incapacitada para consentir, se realiza el procedimiento en pos del derecho de la vida (MINSAL, 2018).

4.3. Casos especiales

Si la mujer tiene demencia o es menor de 14 años, el consentimiento debe ser firmado por su representante legal. Si no hay representante legal, un familiar que la menor indique puede firmar, y si el representante legal pudiera ser su agresor (causal 3) la firma puede realizarla un juez hasta las próximas 48 horas. También, como ya fue mencionado, si la mujer no se encuentra habilitada para consentir, pues su vida está en inminente riesgo, el procedimiento deberá ser realizado sin su consentimiento. Por otro lado, si la mujer no sabe escribir, se le debe permitir acreditar su consentimiento por medio de su huella digital (MINSAL, 2018)

5. Procedimiento

Existen varios procedimientos para realizar abortos, y en Chile, y por recomendación de la OMS, se espera que sean dos los utilizados, siendo otros excepcionales.

Los procedimientos más utilizados son el aborto mediante medicación con el uso de mifepristona y misoprostol, y el procedimiento de aspiración manual o eléctrica. Ambos dependerán, para ser realizados, de la edad gestacional del feto y de la decisión de la mujer sobre cual desea que sea realizado. En casos excepcionales, la decisión de la mujer no puede ser considerada, y uno de esos casos es la intervención por cesárea (SSP, 2018).

También se realiza el procedimiento de legrado, pero no es recomendado y debiera eliminarse progresivamente (SSP, 2018).

Ambos procedimientos son realizados en una sala de atención, respetando la confidencialidad, y no se puede permitir que la mujer permanezca de pie. A la mujer se le debe citar en ayunos y proporcionar un asiento idealmente cómodo y acceso rápido a baño privado (SSP, 2018).

La normativa SSP (2018) indica que en caso de que aborte mediante fármacos, luego de ingerir la primera dosis de mifeprestona puede ir a su casa y volver a los siguientes dos días (si es pertinente) para comenzar el procedimiento de ingerencia de misoprostol, siempre acompañada y asistida por un profesional. El producto no puede ser ingerido sola ni en su domicilio, tiene que ser en el establecimiento. Se recomienda estar acompañada y deberá ser monitoreada para ver si tiene mucho sangrado. Los médicos deben indicar todas las alternativas para ingerir el fármaco y la mujer debe elegir la de su preferencia.

En el caso de proceder mediante la aspiración manual o eléctrica, se aplicará dilatador cervical, y según sea el caso anestecia local. No se recomienda el uso de anestecia general pues se necesita el apoyo activo de la mujer para realizar de mejor manera el procedimiento. La mujer deberá ingresar al pabellón ambulatorio acompañada por un/a matrn/a que deberá estar en forma permanente a su lado, cuya función principal será contener emocionalmente a la mujer, y explicar todo el procedimiento que se le está realizando, si ella así lo desea (SSP, 2018).

En la intervencin quirúrgica el médico debe estar acompañado de al menos dos personas, la matrona y el auxiliar de pabellón, y eventualmente un profesional de anestecia (SSP, 2018).

El dolor varía de mujer y mujer y puede ser subestimado por el médico. Para ello, hay que dar un tratamiento comprensivo, por ejemplo, con técnicas de relajacin no farmacológicas. También la presencia de alguien que apoye a la paciente en el procedimiento puede ser útil. El uso de ibuprofeno es el más recomendado como fármaco, y el paracetamol no es útil (SSP, 2018).

Cabe destacar la obligatoriedad de entregar a todas las mujeres fármacos para disminuir el dolor (SSP, 2018).

6. Programa de Acompañamiento

El equipo médico, la dupla psicosocial, es decir, el equipo multidisciplinar, deben estar acompañando el proceso por el que pasa la mujer, de manera cognitiva y emocional, acogiéndola y respetando sus decisiones, dándole oportunidad de recurrir a la trabajadora social y a diez sesiones con la psicóloga si ella lo requiere. El acompañamiento también debe ir dirigido en orientación a la mujer en la elaboración de estrategias para enfrentar su situación, y también puede contar con visitas domiciliarias de ser requerido (SSP, 2018).

Pero además, siempre y cuando la mujer lo desee y exprese, puede recurrir a un acompañamiento acreditado por alguna fundación y/o organización sin fines de lucro. Actualmente, la Corporación Miles y APROFA son las organizaciones civiles acreditadas para realizar acompañamientos a mujeres que deciden abortar, la primera de forma gratuita y la segunda pagada, mientras que Chile Unido es la fundación sin fines de lucro destinada a acompañar los casos de mujeres que deciden continuar con su embarazo, de manera gratuita (MINSAL, 2018).

7. Seguimiento

El seguimiento es el paso a seguir una vez realizado el procedimiento de aborto en la mujer. Es distinto según cada caso, y particularmente distinto según cada causal. A su vez, a la mujer se le debe dar indicaciones de en qué momento y bajo qué síntomas debe acudir al Servicio de Salud (MINSAL, 2018).

Por lo demás, se deberá programar un control a los 7 o 10 días de la intervención en todos los casos para constatar que la expulsión fuera completa y que no hubiera efectos secundarios, y de haberlos, tratarlos (SSP, 2018).

7.1. Seguimiento Causal 1

La centralidad en el seguimiento por la primera causal son los cuidados de la mujer que estuvo en riesgo vital, seguramente estará unos días hospitalizada hasta que sea dada de

alta. Debe acompañarse el duelo y el sentimiento de culpa de la mujer desde el equipo interdisciplinario (MINSAL, 2018).

7.2. Seguimiento Causal 2

Se realizan los cuidados y contención de la mujer pertinentes hasta que esta sea dada de alta y pueda retirarse a su casa (MINSAL, 2018).

7.3. Seguimiento Causal 3

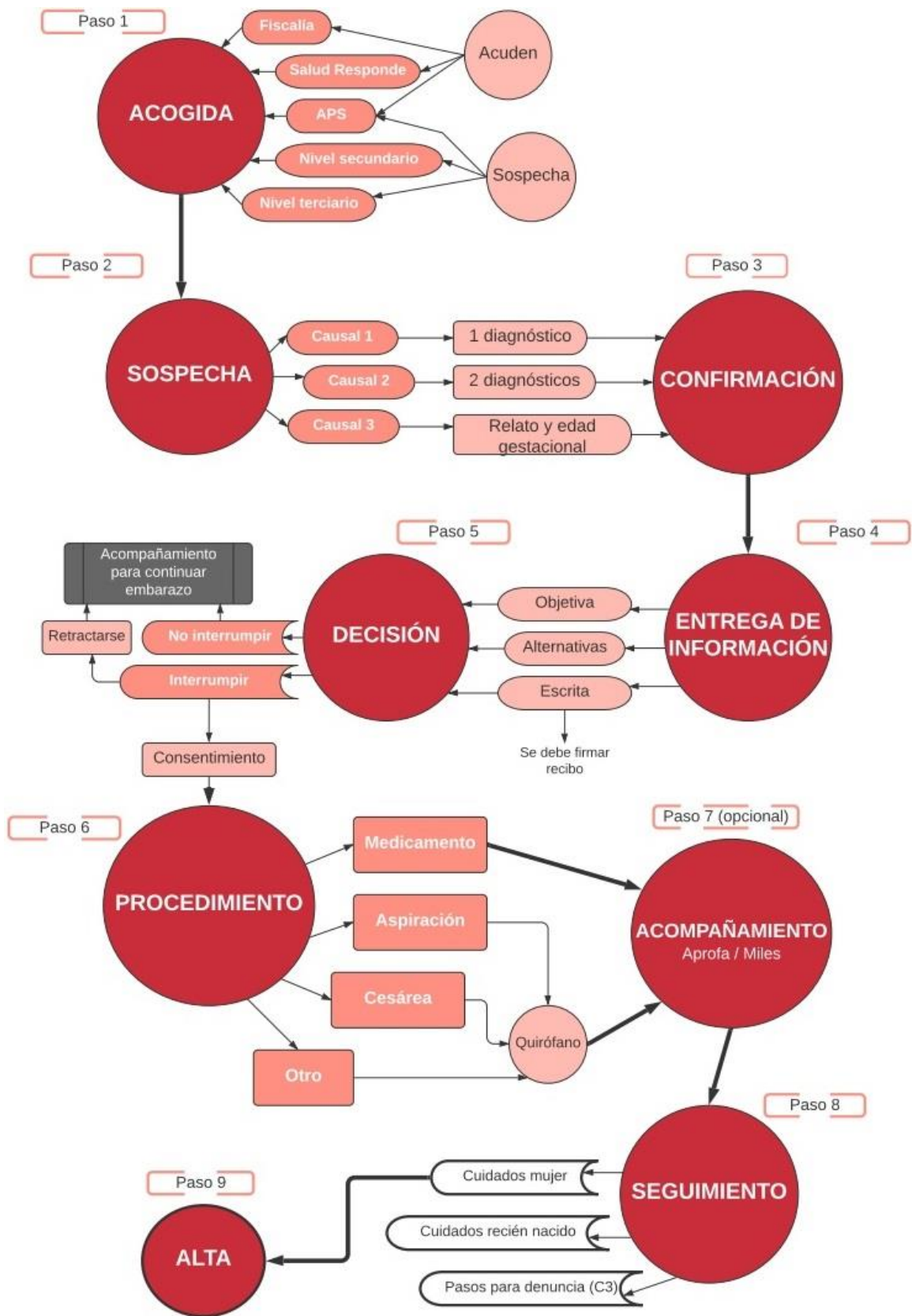
En caso de que la mujer no haya realizado una denuncia de su violación, el director del establecimiento deberá transmitir al Ministerio Público que se realizó el procedimiento con el nombre y rut de la víctima, para que éste pueda proceder a realizar de oficio una investigación para con el/los responsable/s del delito.

Además de ello, se deberán realizar los cuidados y contención pertinentes de la mujer hasta que sea dada de alta, junto con reforzar sus redes de contacto y reconocer su situación social para apoyarla de manera pertinente (MINSAL, 2018).

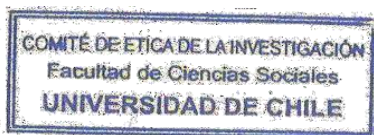
8. Cuidados paliativos recién nacido

En el caso de que algún procedimiento de aborto implique que el recién nacido nazca vivo, deberán realizarse los cuidados paliativos estimados para extender su vida lo más posible, tanto si el niño nace sano como si nace con alguna de las condiciones congénitas de la segunda causal. La mujer debe ser informada y se deben seguir los deseos de ésta; si quiere ver al bebé, tener contacto con él, y si sobrevive más de una hora, podrá estar en la habitación con la madre. Si sobrevive más de un día, se podrán hacer las gestiones para que tenga sus últimos días de vida en el domicilio de la madre con ella (SSP, 2018).

Anexo III: Flujograma procedimiento Aborto Legal.



Anexo IV: Consentimiento informado.



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entrevista a funcionario(as)

"Migraciones contemporáneas en Chile: Desafíos para la democracia, la ciudadanía global y el acceso a los derechos para la no discriminación"

I. INFORMACIÓN

Estimado señor, estimada señora, estimada señorita: Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación "Migraciones contemporáneas en Chile: Desafíos para la democracia, la ciudadanía global y el acceso a los derechos para la no discriminación". Sus objetivos son: 1) Identificar, describir y analizar la forma en que en el Chile contemporáneo se construye la condición de sujeto migrante desde mecanismos institucionales, jurídicos e interaccionales en relación al acceso de derechos; y 2) Elaborar mecanismos de transferencia del conocimiento a la sociedad y al Estado, conformado por metodologías, protocolos y sistemas de aprendizaje, con el fin de incidir en la modificación de los dispositivos normativos e institucionales, y de las prácticas sociales que condicionan la producción del sujeto migrante en Chile.

Los principales objetivos específicos de esta investigación son: 1. Describir los condicionantes sociales, jurídicos e institucionales que la sociedad chilena produce para la integración de los sujetos migrantes. 2. Describir y comprender la posición en la estructura social y el estatus legal de los sujetos migrantes en el Chile contemporáneo. 3. Describir las prácticas sociales que los chilenos y las instituciones producen con sujetos migrantes e identificar los significados de los sujetos migrantes en su inserción a la sociedad chilena. 4. Generar herramientas de investigación, formación, comunicación y difusión para el trabajo con personas migrantes y el enfrentamiento de los mecanismos identificados como productores de discriminación racista en el Chile contemporáneo, considerando aspectos institucionales, jurídicos e interaccionales.

La investigadora responsable de este estudio es la Prof. María Emilia Tijoux de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. La investigación es patrocinada por el Programa de Investigación Asociativa (PIA) Anillos de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT).

Para este equipo de investigación su participación es de extrema importancia pues sus puntos de vista sobre lo que este proyecto propone es fundamental en lo que implica mejorar la situación de los migrantes.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en responder una entrevista, realizada por un entrevistador(a). La entrevista durará entre 30 y 45 minutos, y abarcará varias preguntas sobre la atención a usuarios(as) migrantes en servicios públicos y el acceso a derechos.

La entrevista será realizada en el lugar, día y hora que usted estime conveniente.

Para facilitar el análisis, esta entrevista será grabada. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento, solicitar borrar lo que no desea que se grabe y retomarla cuando lo desee.

Riesgos: Su participación no supone riesgos para usted. Sin embargo, si en algún momento se siente incómodo por abordar algún tema específico, puede no responder o terminar la entrevista.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá conocer cuáles son los principales desafíos para el acceso y ejercicio de los derechos de las personas migrantes. Esta información puede ser utilizada para diseñar intervenciones que mejoren los mecanismos de acceso a derechos de las personas migrantes en Chile.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Los archivos de respaldo (grabación y transcripción de la entrevista) serán identificados mediante un código. Sólo la Investigadora Responsable tendrá acceso al listado de códigos. El material será guardado por la Investigadora Responsable por un tiempo indefinido y será utilizado sólo con fines de investigación.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, por favor indique un correo electrónico al cual podemos enviarle la síntesis de resultados, al final del estudio.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable de este estudio:

María Emilia Tijoux
Merino Teléfonos:
229787782

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: emiliatijoux@uchile.cl

También puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Prof. Dra. Marcela Ferrer-Lues

Presidenta Comité de Ética de la
Investigación Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile
Teléfonos: (56-2) 2978
9726

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045,
Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio: Migraciones contemporáneas en Chile: Desafíos para la democracia, la ciudadanía global y el acceso a los derechos para la no discriminación”

Declaro que he leído y comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para el envío de resultados: _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

Av. Ignacio Carrera Pinto 1045 - Ñuñoa - Santiago - Chile

Fono: 29787781 - email: vramos@facso.cl - www.facso.uchile.cl

Anexo V: Pauta de entrevistas.

1. Preguntas de caracterización

¿Cuántos años lleva trabajando como personal de la salud en su hospital

¿Desde cuándo hace parte del programa IVE?

¿Qué función cumple en el equipo?

¿Cuál es su punto de vista respecto al protocolo?

2. Preguntas sobre las personas migrantes

¿Qué conoce usted de las personas que han migrado a Chile en los últimos años?

¿Sabe usted por qué vienen a Chile?

¿Se ha relacionado usted con personas migrantes fuera del trabajo?

¿Qué opina usted de ellas?

¿Cómo ha sido su experiencia con el uso de servicios públicos de salud de parte de personas migrantes? ¿Qué opina usted sobre lo anterior?

¿Qué ha escuchado de otras personas al respecto? ¿y de sus colegas? ¿Cuál es su apreciación de estas opiniones?

3. Preguntas sobre mujeres migrantes y aborto

¿Ha atendido a mujeres migrantes en el programa IVE?

¿Me puede contar cómo ha sido su experiencia con ellas?

¿Podría usted decirme qué diferencias por nacionalidad percibe en su atención?

¿Cuáles son los casos de atención a mujeres migrantes que a usted más le ha marcado y/o recuerde?

¿Cuál es su opinión respecto a cómo se comportan las pacientes migrantes cuando vienen a abortar?

¿Por qué cree usted que son así?

¿Sus actitudes difieren o son distintas de las personas chilenas?

¿Qué diferencias cree usted que se dan en cuanto a la decisión de abortar?

¿Identifica usted patrones por causal? ¿bajo qué causal abortan más las mujeres migrantes?

¿Qué opina usted de las mujeres migrantes que ha atendido?

Y sus colegas ¿qué han dicho sobre estas mujeres?

¿Le gustaría agregar algo más?