

**Dossier lecturas complementarias sesión 24 de
noviembre "Cuidados y ecología política"**

Segundo semestre 2023

Antropologías aplicadas: Antropología y Salud

Profesora:

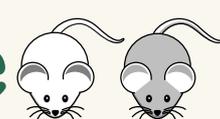
Sol Anigstein

**Ayudantes: Diego Badilla, Yareth Carbonell,
Aylin (Mia) Hernández, Carla Ortiz,
Sol Nadjar y Javiera Vallejos**





Índice



Sesión 24/11: Cuidados y ecología política

- Esteban, M. (2016). Antropología del cuerpo. Itinerarios corporales y relaciones de género. *Perifèria. El cos que som*, 3, pp. 134-147 **3**
- Sadler, M., Vezzani, F., Watkins, L., Navarrete, J. y López, A. (2021). El cuidado en la atención del nacimiento: de la responsabilidad individual a la colectiva. *Revista Chilena de Antropología*, 43, pp. 233-246 **17**
- Anigstein, M., Watkins, L., Vergara, F. y OsorioParraguez, P. (2021). En medio de la crisis sanitaria y la crisis sociopolítica: cuidados comunitarios y afrontamiento de las consecuencias de la pandemia de la covid-19 en Santiago de Chile. *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (45), pp. 53-77..... **31**



Antropología del cuerpo. Itinerarios corporales y relaciones de género

Mari Luz Esteban

En las últimas décadas se han producido en el ámbito de las ciencias sociales innovaciones teóricas y metodológicas que han puesto al cuerpo en el centro del análisis de los procesos sociales y culturales y lo han convertido en objeto pero también en sujeto de investigación. El cuerpo es en esta nueva teoría social *un agente y un lugar de intersección tanto del orden individual y psicológico como social (...) es visto como un ser biológico pero también como una entidad consciente, experiencial, actuante e interpretadora*¹.

Este marco teórico-conceptual está permitiendo lecturas complejas y alternativas de la experiencia múltiple, abierta y cambiante de eso que denominamos *ser mujer, ser hombre, o lo que sea que seamos*²,

¹ Lyon, M.L.; Barbalet, J.M., "Society's body: emotion and the 'somatization' of social theory", in *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, ed. T.J. Csordas (Cambridge: Cambridge University Press, 1994), 55,63.

² Me refiero a que hoy día hay, al menos en las llamadas sociedades occidentales, bastantes personas que no se viven como mujeres u hombres en la forma hegemónica; o bien mujeres que utilizan la "marca de género" a un nivel social, de reivindicación, lo que les permite denunciar desigualdades y discriminaciones sociales y erigirse como sujetos de derechos, pero que en su práctica cotidiana se perciben de maneras menos duales, más ambiguas, neutras o múltiples, y por tanto más complejas y ricas. En el extremo estarían aquellas personas, minoritarias en nuestro entorno, que se definen como "transgénero", al margen de su biología. Por tanto, a algunos niveles resulta bastante paradójico seguir hablando de "hombres" y "mujeres" como dos tipos de personas socialmente distintas.



que requieren de una visión relacional, performativa y dinámica del género. Estas aportaciones se están entrelazando además con reformulaciones en ámbitos como el poder o la sexualidad, que surgen en espacios sociales, políticos y científicos que, por ser próximos, se afectan y retroalimentan entre ellos.

En este artículo quiero presentar este enfoque así como mostrar algunas aplicaciones de un ejercicio antropológico que podríamos denominar corporal, encarnado, somático, al análisis de las relaciones de género y, más en concreto, de las transformaciones en los procesos de igualdad/desigualdad, lo que no pretende ser más que un ejemplo de cómo puede ser abordado el cambio social en general. Comentaré también una propuesta metodológica concreta, la del estudio de los *itinerarios corporales*.

De las diferencias a la construcción de las desigualdades sociales: la revisión de las fronteras de sexo, género y sexualidad

En la década de los años ochenta del siglo XX se produjo un cambio crucial en las aproximaciones teóricas feministas ya que de la mano de nuevos conceptos, como el de género, un sector amplio del feminismo dejó a un lado la descripción de las diferencias entre mujeres y hombres para centrarse en el análisis de la construcción de las desigualdades, lo que posibilitó además una mirada más ponderada a las diferencias. En disciplinas como la antropología este paso estuvo propiciado por el tránsito, iniciado a partir de los años sesenta, desde los análisis estáticos y sincrónicos, a los análisis dinámicos de los procesos socioculturales, en los cuales la acción humana y las estructuras y sistemas mantienen una relación dialéctica³, un proceso estudiado por Sherry Ortner⁴.

Fruto de esta revisión crítica, y desde la asunción de que no solo el género sino también el sexo y la sexualidad son construcciones culturales, se establecen las condiciones para reforzar al máximo el proyecto feminista por antonomasia: la tarea antideterminista y antiesencialista. En este marco, el género, un concepto

siempre polisémico, es definido como un principio de organización social⁵, que provoca que las personas identificadas y socializadas como mujeres ocupen situaciones de menor poder que las designadas como hombres, aunque al mismo tiempo se produzcan jerarquizaciones entre los hombres y entre las mujeres de acuerdo a otros factores (clase social, etnia, edad, preferencia sexual...).

Pero las diferencias y desigualdades no toman la misma forma ni tienen los mismos grados y consecuencias en los distintos contextos históricos, sociales, económicos o culturales. Esta diversidad de situaciones es abordada mediante nuevos conceptos como el de *sistema de género*, al que aludiré más adelante, que parece más adecuado que otros, como *patriarcado* o *sistema sexo-género*, para afrontar dicha variabilidad. Uno de los objetivos será ahora la profundización en los procesos de generización que, en sus distintas dimensiones⁶ -institucional, normativo, simbólico, ideológico, relacional, identitario, corporal...- y a lo largo de toda la vida, convierten a las personas en *mujeres* y *hombres*, a nivel biológico,

³ Teresa del Valle et al., *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género* (Madrid: Narcea, 2002), 21.

⁴ Ortner, "Theory in Anthropology since the Sixties", *Society for Comparative Study of Society and History* 26, no 1 (1984):126-166.

⁵ Virginia Maquieira, "Género, diferencia y desigualdad", in *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*, ed. E. Beltrán, V. Maquieira, S. Álvarez, and C. Sánchez, 127-190. Madrid. Alianza Editorial (Ciencias Sociales), 2001.

⁶ Entre las autoras que han analizado las distintas dimensiones o componentes del género, véanse: Joan Scott, "Gender: a useful category of historical analysis", *American Historical Review*, nº 91 (1986), 1053-1075; y Virginia Maquieira, "Género, diferencia y desigualdad".

subjetivo, comportamental y social, y en consecuencia las jerarquizan.

Este cuestionamiento de las fronteras de género (así como de las relativas a la sexualidad: homosexualidad, heterosexualidad...) nos lleva a trascender la idea de *las mujeres y los hombres* como colectivos absolutamente diferenciables y separables entre sí, para pasar a percibir el género de una forma relacional y dinámica. Lo cual no quiere decir que los cambios sean los mismos para todos los sectores sociales. Podríamos así diferenciar entre espacios sociales donde la dicotomía hombres/mujeres sigue totalmente en vigor y otros en los que ya no lo es tanto, e indagar en los motivos y en las variaciones.

Con esta perspectiva no se defiende, sería absurdo, que no influyan las marcas de género en la socialización o en las vivencias, ni que no importe ser designado socialmente como mujer u hombre. No hay más que mirar las estadísticas en distintos escenarios para saber quiénes son las personas más pobres en el mundo, las personas mayoritariamente agredidas o asesinadas por sus parejas, o quienes están en ciertos puestos de poder, por poner tres ejemplos. Lo que se argumenta es que en materia de género no hay nada definitivo, esencial o inmutable, y que mirar críticamente las definiciones y taxonomías sociales, también las feministas, puede resultar muy fructífero tanto para el conocimiento como para la intervención social.

La teoría social del cuerpo

En las últimas décadas han proliferado en el ámbito de las ciencias sociales las investigaciones sobre el cuerpo en relación a una larga lista de temáticas: género, salud, sexualidad, violencia, alimentación, memoria, vejez... Pero entre las aproximaciones actuales me interesa destacar aquellas que surgen al hilo de una perspectiva crítica de análisis de la realidad social, política y cultural, que tiene sus inicios en la década de los años ochenta del siglo XX, y *que parten del entendimiento fenomenológico del cuerpo como entidad material*, considerando el cuerpo como *un lugar para la implantación de hegemonía, desigualdad y control social, pero también un espacio de conciencia crítica, resistencia y, en un sentido más genérico, experiencias alternativas del mundo*⁷.

Este modelo teórico supone un distanciamiento respecto a otros planteamientos en ciencias sociales y en historia, en los que el cuerpo es tomado como una *superficie neutra*, un *depósito* de ideas o un mero conjunto de representaciones y símbolos, para convertirse ahora en actor, en agente, en nudo de estructura y acción, al tiempo que se intenta recuperar y plasmar la

⁷ Francisco Ferrándiz, *Escenarios del cuerpo: espiritismo y sociedad en Venezuela* (Bilbao, Publicaciones de la Universidad de Deusto, 2004), 23, 24.

materialidad, la carnalidad de la vida⁸. Pero es un enfoque absolutamente deudor del trabajo intelectual de los dos siglos anteriores, donde ocupan un lugar de honor dos autores de la primera mitad del siglo XX: Marcel Mauss⁹, el primero que intenta una teoría socio-antropológica del cuerpo de tipo general, y Maurice Merleau-Ponty que, en su *Fenomenología de la Percepción*¹⁰, defiende que el mundo es percibido a través de una determinada posición de nuestros cuerpos en el tiempo y en el espacio, siendo ésta la condición misma de la existencia. El estudio del cuerpo que se producirá décadas más tarde estará influido también, por supuesto, por Michel Foucault¹¹, cuyos escritos sobre el concepto de biopoder, las políticas corporales en la historia de Occidente y la capacidad de resistencia de los sujetos, nos han obligado a equiparar el cuerpo y la sexualidad con otros ejes generales de

análisis, como la economía¹².

Entre los conceptos que surgen al hilo de esta nueva perspectiva, podríamos destacar el de *embodiment*¹³, de uso general en el medio anglosajón, que es ahora reformulado por autores como Thomas Csordas^{14,15}. Con este concepto se quiere superar la idea de que lo social se inscribe en el cuerpo, para hablar de lo corporal como auténtico campo de la cultura, un *proceso material de interacción social*, y subrayar su dimensión potencial, intencional, intersubjetiva, activa y relacional. Así, *la dimensión interactiva de la agencia adquiere un significado más amplio cuando el actor social es entendido como un agente encarnado*¹⁶. Una perspectiva, además, que busca la ruptura de las principales dualidades del pensamiento occidental: mente/cuerpo, sujeto/objeto, objetivo/subjetivo, objetivo/preobjetivo, pasivo/activo, racional/

8 Algunos libros básicos serían: M. Featherstone, M. Hepworth, and B.S. Turner, *The Body: Social Processes and Cultural Theory* (London: Sage, 1991); Thomas J. Csordas (ed.) *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, edited by T.J. Csordas. Cambridge. Cambridge University Press, 1994); Elizabeth Grosz, *Volatile Bodies. Toward a Corporeal Feminism* (Bloomington: Indiana University Press, 1994); K. Conboy, N. Medina, S. Stanbury (eds.) *Writing on the body. Female Embodiment and Feminist Theory* (New York: Columbia University Press, 1997). Así como los múltiples trabajos publicados en la revista *Body and Society* (Sage).

9 Mauss, "Técnicas y movimientos corporales", in *Sociología y antropología* (Madrid: Editorial Tecnos, 1991 [1936], 335-356).

10 Merleau-Ponty, *Fenomenology of Perception* (London: Routledge and Kegan, 1962 [1945]).

11 Foucault, *The History of Sexuality Vol. 1: The Will to Knowledge* (London: Penguin Books, 1998 [1976]).

12 Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock ofrecen una clasificación de las distintas aproximaciones teóricas y empíricas al cuerpo en su artículo: "The mindful body. A prolegomenon to future work in medical anthropology" (*Medical Anthropology Quarterly* 1987, 1:6-41), donde diferencian entre cuerpo individual, cuerpo social y cuerpo político.

13 Sobre la traducción de este concepto en castellano, véanse: Fernando García Selgas, "El cuerpo como base del sentido de la acción social", *REIS-Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 68 (Octubre-Diciembre 1994):41-83); y Esteban, *Antropología del cuerpo*.

14 Csordas, "Introduction: the body as representation and being-in-the-world", in *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, 1-24.

15 Otro autor influyente es Pierre Bourdieu (1984) que, con sus lecturas sobre el gusto y las relaciones entre cuerpo y clase, ha roto con una tradición sociológica que, salvo honrosas excepciones, había dejado la corporeidad en un lugar externo al actor social.

16 Lyon and Barbalet, "Society's body: emotion and the 'somatization' of social theory", 55, 63.

emocional, lenguaje/experiencia... O lo que es más importante, las pone en discusión¹⁷.

Por otra parte, si bien las revisiones y propuestas mayoritarias en ciencias sociales en torno al cuerpo (y otros temas relacionados, como la sexualidad, las emociones y el amor) han sido y siguen siendo orientaciones deliberadamente constructivistas, este interés por no dejar al margen del análisis la agencia corporal está generando una preocupación por contrarrestar los abusos de dicho constructivismo. En este sentido, Robert Connell¹⁸ llama la atención sobre el peligro de considerar el cuerpo como una máquina que produce desigualdad de forma natural (típico del determinismo biologicismo) pero también señala el riesgo de verlo como un mero vehículo de ideologías sociales (en un constructivismo extremo)¹⁹. Y se ha ido generalizando una actitud de alerta frente a una visión científica excesivamente *robótica* de los humanos, que los convierte en *procesadores mecánicos de información*²⁰; al tiempo que se intentan superar los límites de los análisis sociales dicotómicos que tienden a producir o bien racionalizaciones

estructurales y causales de los fenómenos sociales, por un lado, o racionalizaciones intencionales y simbólicas, actores, códigos y significados, por otro²¹.

Del ser al hacer/estar: la somatización del análisis feminista

Del estudio de las desigualdades entre mujeres y hombres de finales del siglo XX destacaría tres tipos de contribuciones que pueden retroalimentarse entre sí: (1) la teoría de los sistemas de género; (2) el análisis de la práctica, la *agency*, y las relaciones hegemonía/subalternidad; y (3) la corporeización y performativización de la noción de género.

El concepto de *sistema de género*, desarrollado por autores como Robert Connell²² o Janet Saltzman Chafetz²³, nos permite entender las sociedades como sistemas que pueden adoptar configuraciones muy diversas respecto a las relaciones entre mujeres y hombres, pero también las relaciones de parentesco, y en el que las diferencias (incluidas las biológicas) se construyen de maneras concretas y diversas en marcos globales y locales plurales²⁴. Hay un acuerdo en distinguir dentro de dichos sistemas tres subsistemas, autónomos

17 A este respecto destacan las teorizaciones sobre el *cyborg* de Donna Haraway (*"A Manifesto for Cyborgs: Science, Technology, and Socialist Feminism in the 1980s"* (*Socialist Review* 15 (1985) no. 2).

18 Robert Connell, *Gender and power* (Cambridge. Polity Press, 1987).

19 En una línea similar, William Reddy hace una crítica a la visión excesivamente constructivista de la historia cultural de las emociones ("Against Constructionism: The Historical Ethnography of Emotions" (*Current Anthropology* 1997, 38:327-351).

20 Como señalan Catherine Lutz y Georges White en su revisión del trabajo antropológico sobre las emociones ("The anthropology of emotions", *Annual Review of Anthropology*, 15(1986):405-436).

21 Jean Michel Berthelot, "Sociological Discourse and the Body", in *The Body. Social Process and Cultural Theory* (London: Sage Publications, 1991), 39.

22 Connell, *Gender and power*.

23 Chafetz, Janet Saltzman, *Gender Equity. An Integrated Theory of Stability and Change* (Newbury Park: Sage, 1991).

24 El género es para Connell una estructura de relaciones sociales en continua interacción.

pero interrelacionados, constituidos por: las relaciones de poder y prestigio; las relaciones de producción y la división sexual del trabajo; y la organización de la sexualidad y las emociones²⁵. La situación de las mujeres y hombres en cualquiera de estos ámbitos puede variar en el tiempo así como darse diferencias y contradicciones entre ellos, por lo que es preciso una visión integral y comparativa.

En segundo lugar, tenemos los estudios de los sectores subalternos y la teoría feminista de la práctica en los que podemos citar a dos antropólogas, Dolores Juliano²⁶ y Sherry Ortner²⁷, respectivamente. A este nivel son relevantes las revisiones en torno al poder de autores como Antonio Gramsci y Michel Foucault. El poder entendido no como algo que poseen *los de arriba* y se impone de forma unidireccional, sino como relaciones donde éste circula y se administra entre las personas y los colectivos. El eje hegemonía/subalternidad nos permite trascender visiones excesivamente simplistas que convierten a algunos grupos (por ejemplo, las mujeres) en meras víctimas de un sistema. Y somos cada vez más conscientes de la trascendencia de privilegiar el estudio de las acciones sociales e individuales de la gente frente

a las constricciones culturales y las situaciones de desigualdad.

En tercer lugar, la definición sistémica, dinámica y relacional del género se apoya asimismo en una conceptualización alternativa del cuerpo y de las relaciones entre los cuerpos y las culturas. Y esto se ve reforzado con la noción del género performativo, de autoras como Judith Butler²⁸, inspirada en influencias distintas²⁹. El género no lo entenderíamos ya como lo que *somos* –soy mujer, soy hombre...–, identidades fijadas culturalmente y excesivamente estereotipadas (lo masculino como activo, rudo, agresivo..., lo femenino como sensible, cuidador, sensual...), sino como *lo que hacemos*³⁰, acciones sociales e individuales donde la corporalidad es fundamental³¹. Si el género nunca ha sido ajeno al cuerpo sino que lo ha involucrado íntimamente³², ahora lo sería menos que nunca. Es decir, estaríamos en una visión del género, de la identidad y de la desigualdad, como

25 Según la adaptación hecha por del Valle et al., *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*.

26 Juliano, *El juego de las astucias: mujer y construcción de modelos sociales alternativos* (Madrid: Horas y Horas, 1992).

27 Ortner, *Anthropology and Social Theory. Culture Power and the Acting Subject* (Duke: Duke University Press, 2006)

28 Para Butler el género es un conjunto de actos discursivos y corporales que se repiten continuamente pero son al mismo tiempo transformados. Véanse: *Bodies that Matter* (New York: Routledge, 1993), y "Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory", in *Writing on the body. Female Embodiment and Feminist Theory*, ed. K. Conboy, N. Medina, and S. Stanbury, 401-417 (New York: Columbia University Press, 1997).

29 Grosz ofrece en su libro *Volatile Bodies. Toward a Corporeal Feminism* una clasificación de las principales perspectivas feministas del cuerpo y diferencia entre planteamientos de la igualdad y de la diferencia, constructivistas y postestructuralistas.

30 Verena Stolcke, "La mujer es puro cuento: la cultura del género" (*Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia* 2003, 19:69-95).

31 Connell, *Gender and power*; y Mari Luz Esteban, *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio* (Barcelona: Bellaterra, 2004).

32 Connell, *Gender and power*.

formas de *hacer*, de *estar* en el mundo, que van repitiéndose continuamente, pero al mismo tiempo modificándose. De ahí a dar toda la centralidad a esta dimensión no hay más que un paso.

Por tanto, ser o sentirse mujer, hombre, transgénero... así como tener relaciones heterosexuales, lesbianas o del tipo que sean, serían actos que van modificándose en el tiempo y que están constituidos por experiencias sensitivas, motoras, emocionales, dentro de unas coordenadas históricas y culturales que las hacen posibles: maneras de sentir, andar, expresarse, moverse, vestirse, adornarse, tocar-se, emocionarse, atraer o ser atraída, gozar, sufrir... en continua interacción con los otros³³. Sin importarnos, al menos de entrada, si estos actos son conscientes o no, sino más bien considerando la reflexividad (distintos grados de reflexividad) como algo implícito a la acción humana. Y se piensa que, de la misma forma que las condiciones materiales de la existencia (género, clase social, etnia, edad...) están reflejadas en los cuerpos, las prácticas, en tanto que prácticas reflexivo-corporales que no son ni internas ni individuales y se producen en la interrelación, conforman el mundo social³⁴.

Etnografía e itinerarios corporales

Como señala Francisco Ferrándiz³⁵, *el giro hacia el cuerpo del análisis social implica una adecuación de nuestros métodos y marcos de análisis para poder descifrar e interpretar en toda su complejidad las distintas modalidades de la actividad humana en las prácticas corporales*. Algunos/as antropólogos/as han desarrollado, sobre todo en la última década, un tipo de etnografía que podríamos denominar *corporal*. Una de las estrategias puesta en práctica dentro de este tipo de etnografía se basa en la definición y descripción de los llamados *itinerarios corporales*, que pueden ser definidos como “procesos vitales individuales pero que nos remiten siempre a un colectivo, que ocurren dentro de estructuras sociales concretas, y en los que damos toda la centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas éstas como prácticas corporales. El cuerpo es considerado, por tanto, un nudo de estructura y acción, el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social, en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales” (Esteban, 2004:54).

En el contexto de la antropología del Estado español, este concepto ha sido utilizado por el mismo Ferrándiz³⁶, para referirse al aprendizaje sensorial de

33 Esteban, *Antropología del cuerpo*.

34 Robert W. Connell, *Men's Bodies*. In *Masculinities*. Oxford/Cambridge: Polity Press, 1995, 45-67.

35 Ferrándiz, *Escenarios del cuerpo*, 22.

36 Ferrándiz, *Escenarios del cuerpo: espiritismo y sociedad en Venezuela*.

los mediums dentro del culto de María Lionza en Venezuela, un fenómeno que es analizado por este autor desde una posición fenomenológica y crítica. También lo ha utilizado Iban Ayesta en su etnografía de la ciudad de Berlín, donde recoge la experiencia de distintas personas situadas en los márgenes sociales o económicos³⁷. Por mi parte, he adaptado y aplicado este concepto en un estudio realizado en el País Vasco donde, inspirándome en los planteamientos feministas anteriormente descritos, he analizado los cambios en las identidades y prácticas de género en los itinerarios de diez mujeres y dos hombres con perfiles y experiencias diferentes (deportivas, profesionales, artísticas...)³⁸.

Este tipo de aproximación teórico-metodológica posibilita además ocuparse de la subjetividad y del individuo de una forma no habitual en ciencias sociales, incluso en antropología, donde salvo excepciones se ha tendido más a estudiar el grupo, la comunidad. Ahora, los casos concretos, singulares, individuales, que remiten, eso sí, a colectivos y espacios sociales, culturales e históricos también concretos, son la base para el análisis de las interrelaciones, comparaciones y conflictos entre unos y otros³⁹.

37 Ayesta (*Berlin, fin de millennium: An Experiment in Corporeal Ethnography*. Tesis doctoral. Department of Anthropology. University College of London, London, 2003).

38 Esteban, *Antropología del cuerpo*.

39 Mari Luz Esteban, "Etnografía, itinerarios corporales y cambio social: Apuntes teóricos y metodológicos", in *La materialidad de la identidad*, ed. E. Imaz, 135-158 (Donostia. Hariadna, 2008).



Los itinerarios corporales pueden abarcar periodos más o menos extensos de la biografía de los sujetos analizados y permiten describir dichas trayectorias como únicas y, al mismo tiempo, abiertas y porosas, en las que se van dando sensaciones, movimientos, gestos, esquemas de percepción y aprendizaje... La indagación sobre lo vivido está presente en cualquier persona, aunque es más específica la de aquellos que, bien por circunstancias personales (profesión, experiencia previa de autoconocimiento y/o terapia...) o políticas (pertenencia a movimientos sociales...), han hecho un aprendizaje en ese sentido. En mi investigación, una determinada ideología, por ejemplo feminista, había llevado a algunas informantes a ser más conscientes de las temáticas que íbamos tratando (alimentación, culto al cuerpo,

sexualidad...). En todo caso, el marco de la entrevista permite a la persona articular un relato sobre su vida y ejercitar ese *hacer-se consciente*.

Un riesgo de entender las biografías como itinerarios puede ser el de inducir a pensarlas como experiencias excesivamente coherentes, racionales, lineales, en progreso... Pero su ventaja principal es la de poder mostrar las vidas, los cuerpos, *en movimiento*, y subrayar las interrelaciones, las tensiones, entre las acciones (entendidas como corporales), las ideologías y los contextos múltiples en los que se desenvuelven las personas; y donde es, precisamente, la *interrogación corporal* la que va guiando las prácticas de mujeres y hombres, permitiéndoles, en circunstancias y coyunturas concretas, alterar dichos itinerarios y resistir y contestar a las estructuras sociales, al margen de la intencionalidad o no de partida, y contribuyendo así también a su propio empoderamiento⁴⁰.

Itinerarios corporales, identidades, relaciones y cambios

Una de las virtudes de una etnografía feminista que privilegie el análisis de las acciones (corporales) de los sujetos es, al hilo de lo apuntado en apartados anteriores, el permitirnos reformular las definiciones sociales y autodefiniciones sobre el género. Veamos, por ejemplo, cómo expresa uno de mis entrevistados lo que es para él *ser hombre*. En contraste

con lo que se esperaría en nuestra cultura, él dice faltarle el *lenguaje hombre*, la *actitud hombre*, el *mear en las paredes*: “*Ni me gusta el fútbol, ni creo que soy una persona que escupe en el suelo, ni tomo chiquitos, ni meo en las esquinas (...)* ¿Qué es ser hombre? (...) *Tus círculos son esos, tú no te haces ciertas preguntas (...)* *Está lloviendo y no son capaces de recoger la ropa...*”⁴¹.

El relato de otra entrevistada, una deportista de halterofilia, nos permite también vislumbrar el amplio abanico de criterios posibles a la hora de autoidentificarse respecto al género, algo mucho más fluido, dinámico y abierto que lo estipulado en los discursos dominantes: “*No he sido una niña que me gustaba jugar a las muñecas ... (...)* *En vez de echarme amigas me eché amigos, yo la única chica, y nos íbamos al monte, a hacer chabolas, a las huertas a robar manzanas, a pegarnos con otra cuadrilla (...)* *Luego ya fue pasar de esa etapa de estar siempre en la calle a empezar a hacer halterofilia... y empecé con el deporte (...)* *En deporte no se nota la diferencia [entre ser hombre o mujer], igual sí lo noto a la hora de arreglarme, pero a la hora de entrenar, pues no, no, porque entreno con hombres y ahí no hay distinciones (...)* *Te pintas la raya del ojo, o te vas a cenar y te vistes un poco diferente (...)* *Cuando me siento mujer es cuando estoy con él [su novio], que él es un hombre y yo una mujer, porque se ve, pero sólo lo noto ahí. Sin embargo, cuando estamos en la calle*

⁴⁰ Esteban, *Antropología del cuerpo*, 63.

⁴¹ Ibidem, 172.

con amigos, ahí ya no siento que “yo soy la mujer y él el hombre”, sino que somos todos iguales⁴².

Por otra parte, la etnografía posibilita el reflejo de las distintas coordenadas en las que viven los sujetos, como se constata en este otro testimonio: *“Un elemento fundamental es que fui socializada en un entorno de clase media y padres dedicados a la enseñanza. Como el resto de maestros de su generación, mis padres habían vivido durante el franquismo un estatus profesional un tanto complejo, con una mezcla de prestigio social, sobre todo en el ámbito rural, y un nivel socioeconómico más bien precario, que fue mejorando bastante con el tiempo. Y con una percepción sobredimensionada de su responsabilidad como educadores y mantenedores del orden social (...) La mía es una familia donde siempre se ha privilegiado lo intelectual sobre lo carnal, y en esta priorización no ha importado nada el sexo de las hijas (no he tenido hermanos). Es por tanto la omisión, el silencio sobre lo sexual, característicos de un momento histórico determinado del Estado español pero también de un entorno de clase concreto, lo que destacaría de mi propio ambiente familiar. Algo que no favorece de entrada una buena vivencia de lo corporal...⁴³.*

El siguiente fragmento de otra informante ilustra también la vivencia de la adscripción individual y familiar

a una clase social determinada; al mismo tiempo, la anécdota citada es muy adecuada para entender cómo las relaciones de poder entre personas de distinto estatus no son siempre verticales o unidireccionales, como se ha comentado anteriormente: *“Iba a un colegio de la Sección Femenina⁴⁴. Era evidente que yo no era de la misma clase social que el resto. Hija de obrero y de modista. Notaba las diferencias en lo externo (yo siempre iba con la ropa que mi madre me cosía), en la forma de hablar, en los temas de conversación. Con unos 11 o 12 años, la profesora de gimnasia nos obligaba a ducharnos con las puertas abiertas. Todas las niñas lo pasaban fatal; yo no, la verdad, pero protestaba por la imposición que suponía. Recuerdo que una vez vieron mi incipiente vello púbico y me dijeron que aquello era una enfermedad. «¿¡Cómo una enfermedad?! Mi madre también tiene pelos». «Pues será una enfermedad de tu familia». Yo debía ser la única niña de mi clase de 46, me acuerdo perfectamente del número, que había visto a su madre desnuda. Creo que de alguna manera intuí que poseía una información privilegiada, que ninguna niña más tenía. Saber cómo era el cuerpo de mi madre me dio ventaja por una vez respecto a ellas. Vestidas no éramos todas iguales, ellas tenían el poder; desnudas tampoco lo éramos y ahora el poder lo tenía yo⁴⁵”.*

⁴² Ibidem, 155-156.

⁴³ Ibidem, 226-227.

⁴⁴ Organización franquista liderada por Pilar Primo de Rivera que se encargaba de la educación de las mujeres a distintos niveles.

⁴⁵ Ibidem, 205.

Se reflejan en todos estos testimonios aspectos concretos de la socialización, vivencias generizadas e ideologías sexuales y de clase que se corresponden con encrucijadas históricas muy determinadas. Todos estos elementos nos permiten profundizar en los circuitos sociales, políticos e ideológicos que articulan los cuerpos con los mecanismos generales de regulación social, y nos van dando cuenta de las posibilidades de cambio que se dan en cada caso.

En la práctica totalidad de los sujetos estudiados, los cambios experimentados estaban en relación a entidades o grupos a los que se pertenecía (asociaciones, colectivos sociales y profesionales...) y en los que puede estar presente la alternatividad y la crítica a la cultura hegemónica. Esta pertenencia permite a las personas replantearse su experiencia y llevar a cabo nuevos aprendizajes, que pueden constituirse en procesos de nueva socialización respecto al género⁴⁶. Por otra parte, las personas que mostraron una reflexividad mayor y más rica (consciente o inconsciente) sobre su propia posición de género eran precisamente aquellas que estaban inmersas en espacios donde se mezclaban valores y prácticas definidas socialmente como femeninas y masculinas. Y todos estos cambios, algunos fundamentales, otros no tanto, se producen en relación pero también al margen de las propias autodefiniciones,

46 Teresa del Valle, "Mujer y nuevas socializaciones: su relación con el poder y el cambio", *Kobie-Serie Antropología Cultural*, no VI (1992/93):5-15.

que suelen estar mucho más polarizadas en el nivel ideal que en el vivencial.

Además de todo lo anterior, una teoría y etnografía corporales puede ayudarnos también a re-pensar la dualidad sujeto/objeto y a re-evaluarnos a nosotros mismos como personas y/o investigadores, algo que considero un excelente componente de la crítica antropológica y feminista⁴⁷.

En definitiva, que un análisis corporal del género, de la acción social e individual, y del cambio, en los términos descritos, nos permite atender y entender a la vez el nivel micro y el macro de la experiencia, y los distintos matices de la subjetividad humana y la práctica cotidiana, sin dejar a un lado los factores históricos, culturales, sociales, políticos y económicos. Nos permite ahondar en las vivencias, en las negociaciones, en los conflictos, en las transformaciones, de formas alternativas, al tiempo que pone el dedo en la llaga de las consecuencias de las desigualdades sociales y de los excesos de una cultura corporal, la occidental, que se ha convertido en uno de los principales medios de control y regulación social.

Bibliografía

Ayesta, Iban. *Berlin, fin de millennium: An Experiment in Corporeal Ethnography*.

47 A este respecto puede consultarse Mari Luz Esteban, "Embodied anthropology: Anthropology from oneself", *AM-Revista della Società Italiana di Antropologia Medica* (Monográfico "Medical Anthropology and Anthropology", no 11-12 (Octubre 2001):173-189).

- Tesis doctoral. Department of Anthropology. University College of London, London, 2003.
- Berthelot, Jean Michel. "Sociological Discourse and the Body". In *The Body. Social Process and Cultural Theory*, edited by M. Featherstone, M. Hepworth, and B.S. Turner, 390-403. London. Sage Publications, 1991.
- Bourdieu, Pierre. *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. London. Routledge, 1984.
- Butler, Judith. *Bodies that Matter*. New York. Routledge, 1993.
- Butler, Judith. "Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory". In *Writing on the body. Female Embodiment and Feminist Theory*, edited by K. Conboy, N. Medina, and S. Stanbury, 401-417. New York. Columbia University Press, 1997.
- Chafetz, Janet Saltzman. *Gender Equity*. Newbury Park. Sage, 1991.
- Conboy, K., N. Medina, and S. Stanbury (eds.) *Writing on the body. Female Embodiment and Feminist Theory*. New York. Columbia University Press, 1997.
- Connell, Robert W. *Gender and power*. Cambridge. Polity Press, 1987.
- Connell, Robert W. "Men's Bodies". *Masculinities*. Oxford/Cambridge. Polity Press, 1995, 45-67.
- Csordas, Thomas J. "Introduction: the body as representation and being-in-the-world". In *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, edited by T.J. Csordas, 1-24. Cambridge. Cambridge University Press, 1994.
- Csordas, Thomas J. (ed.) *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, edited by T.J. Csordas. Cambridge. Cambridge University Press, 1994.
- Del Valle, Teresa. "Mujer y nuevas socializaciones: su relación con el poder y el cambio". In *Kobie-Serie Antropología Cultural*, no VI (1992/93):5-15.
- Del Valle, Teresa, coord., Apaolaza, J.M., Arbe, F., Cucó J., Díez, C., Esteban, M.L., Etxeberria, F., Maquieira, V., *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid. Narcea, 2002.
- Esteban, Mari Luz. "Embodied anthropology: Anthropology from oneself". *AM-Revista della Società Italiana di Antropologia Medica* (Monográfico "Medical Anthropology and Anthropology") 11-12 (Octubre 2001):173-189.
- Esteban, Mari Luz. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona. Edicions Bellaterra, 2004.

- Esteban, Mari Luz. "Etnografía, itinerarios corporales y cambio social: Apuntes teóricos y metodológicos". In *La materialidad de la identidad*, edited by Elixabete Imaz, 135-158. Donostia. Hariadna, 2008.
- Featherstone, M., M. Hepworth, and B.S. Turner. *The Body: Social Processes and Cultural Theory*. London: Sage, 1991.
- Ferrándiz, Francisco. *Escenarios del cuerpo: espiritismo y sociedad en Venezuela*. Bilbao, Publicaciones de la Universidad de Deusto, 2004.
- Foucault, Michel. *The History of Sexuality Vol. 1: The Will to Knowledge*. London. Penguin Books, 1998 [1976].
- García Selgas, Fernando. "El cuerpo como base del sentido de la acción social". In "Monográfico sobre Perspectivas en Sociología del Cuerpo", edited by C. Bañuelos Madera. *REIS-Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 68 (Octubre-Diciembre 1994):41-83.
- Grosz, Elisabeth. *Volatile Bodies. Toward a Corporeal Feminism*. Bloomington. Indiana University Press, 1994.
- Haraway, Donna J. "[A Manifesto for Cyborgs: Science, Technology, and Socialist Feminism in the 1980s](#)" *Socialist Review* 15, no. 2 (1985).
- Juliano, Dolores. *El juego de las astucias: mujer y construcción de modelos sociales alternativos*. Madrid. Horas y Horas, 1992.
- Lutz, Catherine, and Georges M. White. "The anthropology of emotions", *Annual Review of Anthropology*, 15(1986):405-436.
- Lyon, M.L.; Barbalet, J.M. "Society's body: emotion and the 'somatization' of social theory". In *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, edited by Thomas J. Csordas, 48-66. Cambridge. Cambridge University Press, 1994.
- Maquieira, Virginia, "Género, diferencia y desigualdad". In *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*, edited by E. Beltrán, V. Maquieira, S. Álvarez, and C. Sánchez, 127-190. Madrid. Alianza Editorial (Ciencias Sociales), 2001.
- Mauss, Marcel. "Técnicas y movimientos corporales". In *Sociología y antropología*. Madrid. Editorial Tecnos, 1991 [1936], 335-356.
- Merleau-Ponty, Maurice. *Phenomenology of Perception*. London. Routledge and Kegan, 1962 [1945].
- Ortner, Sherry B. "Theory in Anthropology since the Sixties". *Society for Comparative Study of Society and History* 26, no 1 (1984):126-166.
- Ortner, Sherry B. *Anthropology and Social Theory. Culture Power and the Acting Subject*. Duke. Duke University Press, 2006.

Reddy, William M. "Against Constructionism: The Historical Ethnography of Emotions". *Current Anthropology* 38 (1997):327-351.

Scheper-Hughes, Nancy, and Margaret Lock. "The mindful body. A prolegomenon to future work in medical anthropology". *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1987):6-41.

Scott, Joan W. "Gender: a useful category of historical analysis", *American Historical Review*, nº 91 (1986), 1053-1075.

Stolcke, Verena. "La mujer es puro cuento: la cultura del género", *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 19 (2003):69-95.



El cuidado en la atención del nacimiento: de la responsabilidad individual a la colectiva

Caregiving during childbirth: from individual to collective responsibility

Michelle Sadler

Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez (Santiago, Chile) y Medical Anthropology Research Center, Universidad Rovira i Virgili (Tarragona, España) michelle.sadler@uai.cl

Francisca Vezzani

Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (Santiago, Chile)
francisca.vezzani@ug.uchile.cl

Loreto Watkins

Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (Santiago, Chile)
lorewatkins@gmail.com

Javiera Navarrete

Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (Santiago, Chile)
j.navarretesalgado@gmail.com

Amaranta López

Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (Santiago, Chile)
amaranta.lopez.nieto@gmail.com

Resumen

En el presente artículo proponemos una reflexión en torno al cuidado en la atención del nacimiento, que surge del análisis de testimonios de experiencias de parto que fueron expresados por mujeres en la Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile, aplicada por el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO Chile) en el año 2017. Desde el activismo basado en la evidencia, damos voz a las experiencias vividas por las mujeres como fuente fundamental de conocimiento que pueda dialogar con el saber biomédico y así posibilitar la emergencia de nuevas formas de reflexividad colectiva. Dentro de la gran diversidad de experiencias de parto vividas, identificamos una percepción generalizada de que en el sistema de salud chileno no hay garantía de una atención integral y respetuosa, y de que el acceso a dicha atención es responsabilidad principal de las propias mujeres, en procesos autogestionados de acceso a información y de toma de decisiones individuales. Esta lógica centrada en las elecciones personales se contrapone a una ética del cuidado entendida en términos de responsabilidad colectiva, dependiente de entramados de redes de solidaridad y colaboración.

Palabras clave: antropología médica, activismo basado en la evidencia, parto, ética del cuidado, responsabilidad colectiva.



Abstract

In this article, we propose a reflection about caregiving during childbirth, which arises from the analysis of testimonies of childbirth experiences that were expressed by women in the First Survey on Childbirth in Chile, applied by the Observatory of Obstetric Violence (OVO Chile) in 2017. From evidence-based activism, we give voice to women's lived experiences as a fundamental source of knowledge that can dialogue with biomedical knowledge and thus enable the emergence of new forms of collective reflexivity. Within the great diversity of childbirth experiences, we identify a generalized perception that in the Chilean health system there is no guarantee of receiving comprehensive and respectful care, and that access to such care is the responsibility of women themselves, in self-managed decision-making processes. This logic centered on personal choices is opposed to an ethic of care understood in terms of collective responsibility, dependent on solidarity and collaboration networks.

Key words: medical anthropology, evidence-based activism, childbirth, ethic of care, collective responsibility.

1. ENMARCANDO LA REFLEXIÓN EN TORNO AL CUIDADO EN LA ATENCIÓN DEL NACIMIENTO

A lo largo de las últimas décadas, el problema de la calidad de la atención de salud durante el proceso de gestación, parto y puerperio ha cobrado creciente atención a partir del trabajo de organizaciones sociales y académicas feministas; quienes denuncian los abusos vividos en dicha atención y lo analizan como uno de violencia estructural y de género. En el presente acápite describimos ciertos hitos que llevaron a la visibilización del problema, exponemos brevemente los elementos que nos permiten caracterizar la atención del nacimiento en Chile y las prioridades actuales en la atención, así como la importancia de la inclusión de las experiencias de las mujeres como fuente válida de conocimiento en la atención de salud.

Durante la segunda mitad del siglo XX, desde las ciencias sociales –especialmente la antropología y sociología médica– fue tomando centralidad el análisis crítico de la medicalización de la vida, que problematiza la expansión del dominio de la medicina alópata o biomedicina a todos los ámbitos de la vida humana. A partir de estas disciplinas, la biomedicina se comprende como un sistema cultural que presenta normas, creencias e interacciones que influyen en la conceptualización de la salud, enfermedad, y las formas de atención (Gaines y Hahn, 1984; Hahn 1995; Lindenbaum y Lock 1993; Rhodes 1996). En tanto sistema cultural, se gesta al alero del paradigma científico que emergió a partir del siglo XVIII, caracterizado por una fuerte orientación hacia la ciencia, alta tecnología, beneficio económico, e instituciones gobernadas por un poder patriarcal (Davis-Floyd 2001). Su rasgo estructural dominante es el biologicismo, mediante el cual se subordinan o excluyen las dimensiones psicológicas y socioculturales de los procesos de salud y enfermedad respecto de la dimensión biológica (Menéndez 2003). Además, desde los albores de la medicina moderna, se utilizó la anatomía masculina como norma, frente a la cual la femenina fue descrita como desviada y patológica (Rothman 1989; Sheperd 1993; Davis-Floyd 2001). Al sumar los aportes de la biopolítica, podemos comprender la biomedicina como un dispositivo de control sobre los cuerpos y la existencia humana; control que se hace especialmente marcado en el campo de la sexualidad y la reproducción (Foucault 2006). Para Foucault, los discursos científicos de la medicina y psiquiatría del siglo XIX fueron parte importante de lo que denominó dispositivos de sexualidad, es decir, un conjunto de procedimientos de poder tendientes a crear y controlar el sexo de los individuos. Estos discursos promovieron la idea de la histerización del cuerpo femenino atribuido a una sexualidad



desbordada y peligrosa para el orden social, que justificaba que el cuerpo de las mujeres pudiera ser sometido al control médico; único medio capaz de contenerla (Foucault 2006).

Es así como la biomedicina se configuró como un sistema médico androcéntrico que reproduce las desigualdades de género tanto en la jerarquización de sus practicantes como en su visión patológica de los cuerpos femeninos (Martin 1987; Sadler 2018). En el campo de la atención de la gestación y el nacimiento, estos principios fueron dando lugar a un modelo de atención basado en el uso intensivo y rutinario de intervenciones obstétricas, justificado en la premisa de que el parto es un evento en extremo riesgoso y que debe contar con estricta supervisión médica. En el proceso de atención, las usuarias fueron excluidas de la toma de decisiones por no contar con el conocimiento autorizado para hacerlo, desde una perspectiva reduccionista de sus procesos fisiológicos (Jordan 1993). El modelo de atención así descrito, corresponde a lo que Davis-Floyd (2001) denomina modelo tecnocrático de atención; que se instaló en el “imaginario común, naturalizándose como sinónimo de cuidado y buena atención” (Viola, Bonet y Espinoza 2020: 4).

Estos problemas –excesiva medicalización de la atención del nacimiento y pérdida de centralidad de la mujer en la atención obstétrica– fueron abordados tanto por organizaciones civiles como por organismos de salud desde la década de los 80’. En Latinoamérica se fundaron las organizaciones pioneras de la sociedad civil para denunciar los abusos vividos en la atención del nacimiento, como la ReHuNa (Red para la Humanización del Parto y Nacimiento, Brasil) en 1993, y la RELACAHUPAN (Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto) en el año 2000, las cuales abrieron el camino para la creación de muchas otras organizaciones en los años que siguieron. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recogía en 1985 estas mismas inquietudes en las *Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento, Declaración de Fortaleza* (OMS 1985).

Pero, lamentablemente, dichos llamados no tuvieron mayor impacto en las prácticas obstétricas de las décadas que siguieron. Y pasaron tres décadas antes de que el tema cobrara protagonismo en la agenda de salud pública internacional, luego de que diversos estudios a lo largo del mundo mostraran la frecuencia y gravedad de los abusos que las mujeres vivían durante la atención obstétrica (Bohren et al. 2015; Bowser y Hill 2010), junto con los efectos iatrogénicos de las intervenciones obstétricas de rutina en la salud materna y neonatal (Dahlen et al. 2013; Keag, Norman y Stock 2018). El problema del abuso y falta de respeto en la atención del nacimiento (OMS 2014), que en Latinoamérica se nombró como violencia obstétrica (Quattrocchi y Magnone 2020), fue plasmado en declaraciones y reportes de diversos organismos internacionales (Šimonović 2019; White Ribbon Alliance 2011), como un fenómeno generalizado y sistemático, que constituye una grave violación a los derechos humanos y una forma de violencia de género.

Como respuesta a lo anterior, los organismos de salud –tanto internacionales como nacionales– promueven un modelo *humanista* de atención que incorpore las dimensiones psicológicas y socioculturales de lo humano (enfoque biopsicosocial) y la comprensión de las personas usuarias como agentes activos en los procesos de atención (Davis-Floyd 2001). Estos principios están presentes en el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL 2008) que rige la atención del parto en Chile, documento en el cual se enfatiza que, pese a que el país exhibe logros significativos en la dimensión sanitaria –reducción de la morbimortalidad materna e infantil–, es necesario plantear nuevos desafíos en torno a la calidad en la atención de salud, con el fin de “recuperar los aspectos psicológicos y



sociales de la gestación y el nacimiento, ofreciendo una atención basada en la evidencia científica, personalizada y respetuosa de los derechos, valores, creencias y actitudes de la mujer y, cuando ella lo decida, de su pareja y familia” (MINSAL 2008: 7). Este mismo foco presentan las más recientes recomendaciones de la OMS para la atención del nacimiento, las cuales se centran en una experiencia positiva del parto, definida como aquella que:

“[C]umple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas” (OMS 2018: 2).

De las 56 recomendaciones de cuidados para una experiencia de parto positiva que contiene el documento, la primera y fundamental es la atención respetuosa de la maternidad, la cual busca que todas las mujeres mantengan su dignidad, privacidad y confidencialidad, que se asegure su integridad física y un trato adecuado, que se les permita tomar decisiones informadas y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto (OMS 2018).

En estos documentos, se reconoce que la atención materna respetuosa es un elemento crítico de las estrategias para mejorar la utilización y la calidad de los servicios de salud; tratándose de un enfoque que protege los derechos fundamentales de mujeres, recién nacidos y familias (Shakibzadeh et al. 2018). Se enfatiza así, tanto a nivel nacional como internacional, un cuidado integral que incluya tanto los aspectos clínicos como los psicosociales que están involucrados en el proceso; y se releva la experiencia vivida de las personas usuarias de los sistemas de salud como dimensión central de la atención y el cuidado.

2. LA ATENCIÓN DEL NACIMIENTO EN CHILE

En el país, la atención del proceso de gestación y parto ocurre –en casi la totalidad de los casos– en el contexto de la biomedicina. En el año 2017, un 99,6% de los nacimientos en el país sucedieron en hospitales o clínicas, atendidos por profesionales biomédicos, principalmente matronas(es) y médicos obstetras (INE 2019). Dada esta hegemonía, se vuelve relevante comprender los principios que orientan la atención alópata del parto y cómo se configura dicha atención en nuestro país.

Si bien en Chile se han alcanzado buenos indicadores de mortalidad materna e infantil, el sistema de atención presenta grandes inequidades derivadas de la existencia de dos subsistemas de atención; el público y el privado. A grandes rasgos, las personas afiliadas a Fonasa (Fondo Nacional de Salud) se atienden en el sistema público de salud, y aquellas adscritas a Isapres (Instituciones Previsionales de Salud) se atienden en el privado. Las usuarias de Isapres, o de Fonasa que pueden optar y pagar el bono PAD Parto (mediante el cual reciben atención privada) tienen un rango de opciones de maternidades y equipos de salud entre los cuales optar, y reciben una atención continua –del mismo equipo profesional– desde la gestación hasta el postparto. Además, reciben una atención personalizada, de una matrona y/u obstetra por usuaria. En cambio, quienes pertenecen a Fonasa y no acceden al bono PAD Parto (por encontrarse en el tramo A de los menores ingresos del sistema o por no poder costearlo), se atienden en la red de salud pública asignada por comuna de residencia. Por tanto, no cuentan con atención continua, es decir, el personal de salud que las atiende varía desde el consultorio a la maternidad donde ocurre el



parto y rara vez cuentan con atención personalizada. A su vez, la calidad de atención en el sistema público se ve tensionada por una alta presión asistencial y por una menor calidad en la infraestructura que en el sistema privado.

En ambos subsistemas de atención, se realiza un exceso de intervenciones obstétricas y de prácticas no avaladas por la evidencia, como inducción y/o conducción artificial del parto (mediante el uso de oxitocina sintética), rotura artificial de membranas, monitoreo electrónico fetal continuo, posición litotómica de parto, imposibilidad de movimiento libre y deambulación de la mujer, restricción de alimentos y líquidos, realización de cesáreas, entre otras. A esta dimensión de la atención la llamaremos “técnica”, refiriéndose a los tipos de procedimientos obstétricos realizados y la forma en que se aplican (Bravo, Uribe y Contreras 2008). Si bien estos procedimientos pueden ser necesarios por condiciones de salud o por problemas que surjan durante el trabajo de parto, no debieran realizarse de forma rutinaria y sin condiciones médicas que las ameriten. Como ejemplo, en Chile el 2015 la mitad de los nacimientos ocurrieron por cesárea, con un 28% más en salud privada que pública (INDH 2016), siendo una de las tasas más elevadas del mundo. Esto, considerando que la OMS ha planteado que, a nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna ni neonatal (OMS 2015).

Otro componente de la atención es el que se puede denominar “relacional”, que alude a las formas en que el personal de salud y población usuaria se vinculan y cómo esta última se siente tratada (Bravo, Uribe y Contreras 2008). Si bien a lo largo de las últimas tres décadas ha ido mejorando la percepción de calidad en el componente relacional, se siguen reportando faltas de respeto y de dignidad en la atención (OVO Chile 2018). En esta dimensión del cuidado se identifica una gran distancia entre salud privada y pública. Por ejemplo, la encuesta OVO Chile (2018) muestra que en los partos ocurridos entre 2014 y 2017, un 43% de mujeres en salud pública y un 20% en privada respondió que el personal de salud no atendió sus dudas, que las omitieron, desatendieron o acallaron; un 43% y 17% respectivamente reportó haber vivido críticas o represiones al expresar sus emociones o dolor durante el trabajo de parto; y un 18% y 5% declaró haber vivido algún tipo de abuso físico (como manotazos, zamarreos, empujones). En forma similar, en el estudio de Binfa et al. (2016) realizado en maternidades públicas de siete regiones del país, las mujeres expresaron descontento con el trato recibido, planteando que durante la atención no se sintieron escuchadas, no recibieron información y no fueron consideradas en la toma de decisiones respecto a los procesos e intervenciones ocurridas.

Con el fin de profundizar en las experiencias de mujeres durante su parto en Chile, en este artículo analizamos información de la encuesta OVO Chile (2018) que no había sido sistematizada hasta la fecha. A modo de contextualización, esta encuesta se aplicó durante el año 2017 y correspondió a un estudio descriptivo observacional de corte transversal a nivel poblacional, en el cual se incluyó a mujeres que dieron a luz entre los años 1970 y 2017. El cuestionario fue aplicado vía on-line, y la participación fue voluntaria y anónima. La unidad de muestreo fueron las experiencias de parto o cesárea de mujeres ocurrida en aquel periodo. El número de encuestas respondidas en forma completa fue de 11.357. De las experiencias de parto reportadas en la encuesta, un 39,7% ocurrió en hospitales públicos, un 57,6% en clínicas privadas y un 2,7% en otras dependencias. Con respecto a la edad de las mujeres al momento del parto, un 11,4% ocurrió antes de sus 20 años, un 50,4% entre sus 25 y 29 años, un 36,8% entre sus 30 y 39 años, y un 1,3% a sus 40 años o más. Las mujeres atendidas en el sector privado presentaron niveles educativos más altos que las de salud pública, y fueron madres a mayor edad; la mayoría de las mujeres atendidas en el sector privado fueron madres entre los 30 y 40 años, mientras las del sector público entre



los 20 y 29. Un 6% más de mujeres de salud pública fueron madres en la adolescencia que las del sector privado. Con respecto a la región donde ocurrió el parto, de la muestra total un 61% fue en la Región Metropolitana, y el resto en otras regiones¹.

El cuestionario incluyó 70 preguntas de selección múltiple, además de una última pregunta abierta formulada como: “Finalmente la invitamos a escribir comentarios, sugerencias y a contarnos su experiencia de parto o cesárea”. Esta pregunta constituyó –sin haberlo esperado– una fuente de información riquísima: se recibieron 8.696 respuestas, la mayoría de ellas con detallados relatos de la experiencia vivida y de los aspectos emocionales involucrados. El trabajo de análisis fue realizado por un grupo de 13 voluntarias de OVO Chile, quienes al momento de iniciar el trabajo –en 2018– eran estudiantes y tesisistas de las carreras de antropología y sociología. El equipo trabajó durante dos años en la lectura y análisis de los testimonios, repartiéndose la totalidad del material entre las participantes. Para el proceso de codificación, se seleccionó alrededor de un quinto de todos los testimonios; elegidos por ser aquellos que profundizaban más en los sentires asociados a la vivencia de parto. Mediante el uso de análisis de contenido cualitativo, se llevó a cabo un proceso iterativo de codificación que dio cuenta de las prácticas de cuidado y/o abuso durante la atención del nacimiento.

Este proceso de levantamiento y análisis de las voces de las mujeres forma parte de lo que ha sido denominado como “activismo basado en la evidencia”, a través del cual se confronta el conocimiento “médico” con las experiencias vividas y encarnadas de las usuarias, con el fin de posibilitar la emergencia de nuevas formas de reflexividad colectiva. En este esfuerzo, el conocimiento considerado como experto, y el experiencial, se articulan en lugar de oponerse entre sí, permitiendo el establecimiento de un diálogo y negociación entre las partes, desde donde se pueden proponer caminos para mejorar los lineamientos de salud (Rabeharisoa, Moreira y Akrich 2014). Es así como en el presente artículo buscamos que los relatos de las mujeres en torno a sus propias experiencias sean considerados como conocimiento esencial para problematizar lo que se ha comprendido y normalizado como una “buena” experiencia de parto, y con ello aportar hacia una comprensión integral de lo que implica el cuidado en el proceso del nacimiento.

3. ¿QUÉ CONSTITUYE UNA “BUENA” EXPERIENCIA DE PARTO PARA LAS MUJERES?

Planteamos anteriormente que la OMS (2018) define la experiencia positiva de parto como la que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer; esta definición requiere que nos preguntemos cuáles y cómo son dichas expectativas. Al atender a las experiencias narradas, emerge primero la necesidad de reconocer una gran diversidad de posiciones desde las cuales las mujeres construyen sus expectativas, que se vincula con los lugares que ocupan en la escala social, su capital cultural, información a la que han accedido sobre los procesos reproductivos y el parto, experiencias previas de atención de salud, entre muchos otros elementos.

Nos encontramos con que muchas de las mujeres ubicadas en posiciones más vulneradas de la sociedad han sido socializadas en una cultura de temor a los abusos que se pueden vivir durante la atención del parto (Sadler y Rivera 2015). Para ellas, la principal expectativa es la de no vivir abusos, es la de tener la “suerte” de ser atendidas en forma digna y respetuosa; poniendo así el énfasis en la dimensión relacional del cuidado. Además, su condición socioeconómica no les permite acceder a otras opciones de atención

¹ Los principales resultados cuantitativos de la encuesta se encuentran en OVO Chile (2018), disponible en www.ovochile.cl.



más que la institución pública que les corresponde por residencia. Así lo relata Ester: “Teniendo que esperar la suerte de ser atendida por personas pro-parto respetado, es decir, a la suerte de la olla” (686)²; y Carmen: “Tuve mucha suerte porque no fui tratada como las demás” (5652).

En el otro extremo encontramos a mujeres ubicadas en posiciones sociales de privilegio, que cuentan con los recursos para desplegar complejas y variadas trayectorias terapéuticas en busca de equipos de atención que se alineen con sus expectativas: “Fue un parto maravilloso, pero ayudó mucho el hecho de yo estar muy empoderada en el tema y buscar un ginecólogo apropiado a mis requerimientos” (Rosa, 6875); “Si bien tuve una buena experiencia de parto, esto fue posible ya que yo me informé y me empoderé, luego elegí un médico que respetara mis decisiones, visité a tres y elegí el que me dio la tranquilidad de que el parto sería mío” (Trinidad, 569). En estos casos, los requerimientos de las mujeres incluyen tanto las dimensiones técnicas como las relacionales del cuidado.

Y, por supuesto, entre estos dos extremos encontramos un sinfín de posiciones diversas, pero que, a pesar de su variedad, tienen ciertos denominadores comunes. Una percepción generalizada de las mujeres que contestaron la encuesta es que no hay garantía de una atención integral y respetuosa en el sistema de salud chileno y que para conseguir dicha atención, se requiere que ellas desplieguen recursos de diversa índole. En este sentido, tanto en salud pública como privada, encontramos diversos testimonios en los cuales las mujeres enfatizan que sus experiencias fueron satisfactorias porque contaban con el conocimiento e información necesaria para defender sus derechos y decisiones, y/o porque contaban con recursos para transitar entre equipos médicos e instituciones en búsqueda de la atención deseada. Así lo expresa Amalia: “Mi experiencia fue satisfactoria porque me dediqué mucho tiempo a informarme correctamente, creo que mi experiencia fue hermosa porque elegimos con conocimiento y supimos cómo enfrentar el proceso” (94).

No obstante lo anterior, el acceso a información no asegura que se respeten los saberes y deseos de la mujer. Como menciona Rocío: “Me sentí permanentemente cuestionada durante la gestación por diversos profesionales de la salud y familia, por mi decisión de tener un parto respetuoso y prepararme para ello. Es increíble lo difícil que el sistema te pone parir siendo protagonista, cuando debiese ser lo lógico y natural” (96). Además de este cuestionamiento, puede suceder que la información y expresión de preferencias en torno al parto genere un efecto contraproducente, como expresa Adriana: “Nos han discriminado en el CESFAM [Centro de Salud Familiar] y hospital por tener la información y por optar por un parto sin mayores intervenciones médicas e intimidad” (589). Karina incluso cuestiona que la información pueda llevar a una atención respetuosa: “Como mujer no tienes elección, solo debes adecuarte a ese (mal) trato, por muchos motivos, por ejemplo: miedo a que el trato empeore, miedo a que tal vez tu hijo tampoco reciba un buen trato luego de reclamar o exigir ciertas cosas, esto y mucho más acalla estas prácticas normalizadas” (8599). De ahí que haya mujeres que, si bien manejan información basada en las recomendaciones actuales para la atención, no se atreven a plantearlas por temor a las consecuencias negativas que ello podría acarrear, como expresa Patricia: “Sólo seguí las indicaciones del equipo sin poner resistencia, por miedo a ser mal tratada” (856).

Podemos entonces plantear que, en muchos casos, una experiencia calificada de “positiva” o satisfactoria se logra por la preparación e información a la que ha accedido la mujer, e incluso por adoptar una actitud

² Los nombres utilizados en este artículo corresponden a seudónimos; el número que les prosigue es el número del testimonio al que corresponde (del total de 8696).



“defensiva e hiper alerta”, como expresa Alejandra, “continuamente exigiendo mis derechos. La normalidad era ignorar completamente los deseos de la madre, por ejemplo, frente al uso de oxitocina, anestesia, el acompañamiento, entre otros. Nadie le preguntaba a una nada” (5197). Más aún, hay mujeres que a pesar de haber buscado instituciones y/o equipos de atención “respetuosos” (esto último posible mediante el uso del bono PAD Parto o estando afiliada a Isapres), se encuentran con que sus derechos son vulnerados en el momento de la atención: “Me vendieron un servicio sobre parto respetado y natural que en la realidad no fue tal, todo lo contrario” (Aline, 6306); “Ellos decían hacer partos respetuosos, mi experiencia fue muy mala, el doctor no respetó mi trabajo de parto y amenazó con hacerme cesárea todo el tiempo, la matrona indujo mi parto, sin mi consentimiento, mientras pujaba el doctor amenazaba con el fórceps, después del parto se burló por haberme defecado... Muy violento todo” (Blanca, 3388).

A partir de relatos como los anteriores, observamos que la necesidad de las usuarias por informarse y defenderse, conlleva un sentido de responsabilidad que se produce en clave de autogestión y que deriva en su culpabilización –por parte de los distintos actores que participan del parto– en caso de que el proceso no sea vivido como se esperaba. En este sentido, algunas mujeres se culpan a sí mismas: “Me siento responsable de nunca haber pedido nada; me entregué al personal médico, de lo cual me arrepiento ya que tenía todo el conocimiento” (Marta, 229); “En mi parto la pasé demasiado mal y [luego] noté lo tonta que fui al dejarme pasar a llevar tanto y no saber mis propios derechos y los de mi bebé” (Carla, 257); “Hasta hoy me culpo por no haberme informado antes de lo que ahora ya sé” (Rebeca, 38); “Fue mi ignorancia lo que me llevó a tener un parto medicalizado y muy intervenido” (Javiera, 1345); “El nacimiento de mi primer hijo fue muy doloroso [...] y creo que sí fue culpa mía por no haber leído más y haberme empoderado de la situación” (Valeria, 4491). Mabel relata que: “Fue mi primera guagua y la verdad es que en parte fue responsabilidad mía porque no se me ocurrió dudar de lo que decían. Lamentablemente si tú no estás informada, empoderada y totalmente clara en lo que quieres y lo que puede pasar en relación con el parto, estás expuesta a que se te pase a llevar” (1220).

Esta auto-responsabilización por la calidad de la experiencia vivida es en muchas ocasiones reforzada por el personal de salud. Así se aprecia en algunos testimonios: “La matrona me retaba, me decía que no lo estaba haciendo bien, que mi hijo se podía morir si no lo hacía bien” (Susana, 4612); “Me decían que si yo no cooperaba, le hacía daño a mi bebé, que yo sería la única culpable si algo malo pasaba” (Cecilia, 5869). Pero ¿es responsabilidad de las mujeres el tener que estar completamente informadas de lo que puede ocurrir en el parto, de cuáles son o no intervenciones recomendadas y/o necesarias? Estos últimos relatos se alejan de una experiencia de cuidado al traspasar la responsabilidad de un “buen” parto a las mujeres, lo cual genera y refuerza las desigualdades que existen desde el inicio de la vida misma. Aquellas con mayores recursos económicos y culturales tienen mayor acceso a información, más posibilidades de desplegar itinerarios terapéuticos diversos y costosos, y a la vez se encuentran en posiciones sociales que les permiten interacciones menos jerárquicas con el personal de salud y, por ende, mayores posibilidades de ser escuchadas y respetadas.

Además, en varios de los testimonios descritos como “buenos” por las participantes, se observa un alto grado de normalización de prácticas abusivas que hacen que las expectativas no sean las de una experiencia integral, en la que hayan sido consideradas como usuarias activas en el proceso de cuidado. Por ello, podríamos cuestionar la definición de que una experiencia que cumpla o supere las expectativas de la mujer sería “positiva” (OMS 2018), para plantear que toda expectativa se construye desde



determinadas posiciones; por lo que se hace necesario comprender la calidad de la atención entregada a partir de un análisis situado de las experiencias vividas.

De lo que no cabe duda es de cuáles son los denominadores comunes de las experiencias satisfactorias de parto, que pueden resumirse en considerar a la mujer –y sus acompañantes significativos– como personas y agentes activos en el proceso de cuidado, cuyas necesidades son protagonistas de un proceso que ocurre en un contexto de trato respetuoso, amable y cariñoso. Sonia describe su experiencia de parto como “intensa pero inmensamente satisfactoria”; estuvo marcada por un constante “ambiente amoroso y de mucha contención, en el cual se respetaron mis movimientos, mis tiempos y emociones” (1284). Tania, quien recuerda “con alegría” la experiencia, relata cómo “en el hospital respetaron mi parto en todo momento” (8461). Elena, muy “contenta” con su experiencia, expresa que “todo fluyó a su propio ritmo”, sin imposiciones de parte del equipo médico (3051). Mariluz vivió “una experiencia maravillosa” en la cual se sintió “en plena libertad” (4082).

Aurora (8370) y Vanessa (1143) describen sus experiencias de parto como buenas, respetadas, maravillosas; en sus testimonios aparecen conceptos como intimidad, ritmo, fluidez y libertad. Melissa, quien describe el parto de su hija como “la mejor experiencia de la vida”, destaca en su relato que tuvo libertad de hacer lo que sus sensaciones corporales le iban indicando, que “todo el equipo fue fantástico en el trato”, todo lo cual le permitió sentirse “súper segura y capaz de parir” (8250). Para Sofía: “[La experiencia de parto] fue muy respetuosa, sintiéndonos protagonistas de este momento tan preciado. Terminé sintiéndome muy empoderada y feliz, porque fui oída y acompañada” (147).

Estos últimos son los elementos que nos abren a la discusión en torno al “cuidado”, entendiéndolo en un sentido más amplio e integral que el mero éxito “biológico” del proceso (Viola, Bonet y Espinoza 2020). En este sentido, la experiencia de cuidado se produce cuando se pone a la mujer y sus necesidades integrales en el centro, aun cuando las expectativas sobre el parto no logren cumplirse. Tal es el caso de Kathia, quien relata que su deseo de un parto normal dentro de su hogar no pudo concretarse, debido a que tuvo que ser trasladada a la clínica por motivos médicos y vivir una cesárea:

“En vista de las circunstancias en que mi hijo no bajaba por el canal y yo llevaba dos días de trabajo de parto, fue que decidimos ir a la clínica. Ahí primero inducimos el parto, pero cuando rompieron membranas y salió meconio, decidimos hacer cesárea, completamente necesaria. Mi bebe nació bien, grande, en un ambiente respetuoso. Nos permitieron tener mantras como música, pude ver cuando sacaron a mi bebé y de inmediato lo pusieron en mi pecho. Hicimos apego por unos minutos, luego el papá fue con él para que lo pesaran, revisaran y vistieran. Y volvió a mis brazos. [...] A pesar de no poder recibir a nuestro bebé por parto normal y en nuestro hogar, estamos felices de poder haber vivido un parto respetado [...]. Con mi matrona, ginecólogo, marido y bebé fuimos un gran equipo” (5951).

La experiencia de cuidado descrita por Kathia nos presenta los beneficios de una dinámica interactiva de participación en el proceso de atención, que se relata desde la primera persona plural, es decir, desde un “nosotros” constituido en conjunto, tanto por la familia como por el equipo de salud. En este sentido, enfatizamos que no es el cumplimiento de una expectativa previa lo que marca la experiencia, sino el haberse sentido respetadas, tratadas con compasión y cariño, en forma “humana”, incluso en casos donde se enfrentan al dolor de una pérdida:



“Fui a un control con la matrona y descubrieron que mi bebé no tenía latidos. Como ya tenía una cesárea previa, me tuvieron que practicar cesárea nuevamente para sacar a mi bebé. Debo decir que el equipo fue muy humano con nuestra situación, me acompañaron desde el principio. La matrona incluso lloró conmigo. En vez de llevarme a una sala de recuperación, nos dejaron estar en pre-parto después de la cesárea con nuestro hijo fallecido y con nuestra familia. La contención durante los días que estuve hospitalizada fue muy necesaria” (Alicia, 6218).

4. HACIA UN CUIDADO BASADO EN LA RESPONSABILIDAD COLECTIVA

En el apartado anterior, las palabras de Alicia refieren a una dimensión fundamental para la experiencia del cuidado en la atención del parto; el acompañamiento compasivo. Como ha señalado Kleinman (2012), los teóricos del cuidado han identificado la presencia del “estar allí” en un sentido existencial, como un aspecto clave del cuidado. Nos referimos a un acompañamiento activo, motivado por el compromiso con los demás, que por lo tanto no reniega del carácter afectivo y moral del cuidado. En sintonía con este autor, Boff (2002) plantea que:

“Lo que se opone al desinterés y a la indiferencia es el cuidado. Cuidar es más que un acto, es una actitud. Por lo tanto, abarca más que un momento de celo y de desvelo. Representa una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilización y de compromiso afectivo con el otro” (29).

A su vez, y tal como señalan Shakibazadeh et al. (2018), el cuidado es mucho más que la reducción de las acciones de falta de respeto y malos tratos durante la atención del parto. No se trata de una mera corrección a nivel de conductas y actitudes individuales, sino de un cambio de modelo que impregna el actuar de todos los agentes involucrados en los procesos de atención. Se trata entonces de abordar el cuidado como una responsabilidad colectiva, como plantea Alba Carosio (2007) al proponer una ética del cuidado. Esta propuesta apunta al desarrollo de vida en comunidad, donde prevalezcan relaciones equilibradas y justas, centrándose en la responsabilidad y el compromiso afectivo con el otro. Es así como el cuidado se comprende desde un enfoque relacional, conformado por un entramado de redes de solidaridad y colaboración (Carosio 2007; 2014). Esta ética del cuidado instala una toma de conciencia sobre la vulnerabilidad intrínseca del ser humano, impulsando un cambio en nuestra forma de pensar las responsabilidades sociales, en términos de interdependencia (Martín Palomo y Muñoz Terrón 2015). Comprender el cuidado en este sentido, desde su dimensión ética y social, supone a la vez tener en cuenta que las prácticas, las palabras y las materialidades, se vinculan de una manera histórica y culturalmente situada (Mol 2008).

El cuidado entraña entonces una responsabilidad social y no una elección individual, a diferencia de cómo ha sido abordado en sistemas de salud neoliberalizados como el chileno. En contextos de atención en salud, Mol (2008) utiliza el concepto de lógica de la elección, tomando el término de lógica para aludir a la racionalidad del despliegue de las prácticas de salud. En esta lógica, se entrega la ilusión de que las personas usuarias se tornan más activas y libres ya que pueden escoger y se asume que analizarían los pros y contras de la información que se les presenta para realizar sus elecciones “autónomas”. Por tanto, una “buena” elección dependerá del equilibrio entre ventajas y desventajas, y será responsabilidad de quienes utilizan los sistemas de salud, en quienes recaería la culpa de una “mala” decisión (Mol 2008, citado en Barros 2015).



Sin embargo, es necesario reconocer las fallas en el supuesto de que las mujeres (y sus redes de apoyo) comprendan sus opciones y siempre sean capaces de tomar decisiones libres acerca de la naturaleza de la atención médica: la gama de opciones que se presenta puede ser limitada y no basada en la evidencia y, más aún, la posibilidad de elección no está siempre disponible, y cuando lo está, no todas las mujeres pueden escoger (Morris 2013; Sadler et al. 2016).

En contraposición a lo anterior, Mol (2008) desarrolla la lógica del cuidado, en la cual se concibe la atención de salud como una interacción y proceso continuo, en la que se comparten responsabilidades entre el equipo de salud, las personas usuarias y sus redes sociales. La atención sería así interactiva; un proceso abierto que va siendo moldeado y remodelado según los acontecimientos y desafíos que se van presentando. En el proceso de gestación, parto y puerperio, esta lógica nos llevaría a evaluar la calidad de la atención por el acompañamiento recibido y el camino recorrido, y no solo por el resultado obstétrico (Barros 2015). De ahí que Mol (2008) señale que la responsabilidad y la culpa que acompañan a las decisiones individuales, desaparecen en la lógica del cuidado, puesto que todo el entramado de personas involucradas es responsable de la experiencia en un sentido colectivo.

Desde ahí retomamos el principio de responsabilidad social de Carosio (2007), entendido como un vínculo intersubjetivo primordial, para hablar de responsabilidad colectiva en el proceso de gestación, parto y puerperio. La responsabilidad se configura así como un acto de compromiso por el otro, donde se debe resguardar el derecho de decisión, respetando y rescatando los saberes encarnados de las mujeres. Viola, Bonet y Espinoza (2020) proponen una corporalidad de la responsabilidad, la cual ponga el foco en que el conocimiento corpóreo-sensorial sea considerado y escuchado por los profesionales de la salud como un saber válido para la toma de decisiones compartidas. En este sentido, y como planteamos anteriormente, es necesario incorporar las voces de las mujeres para posibilitar la emergencia de nuevas formas de reflexividad colectiva (Rabeharisoa, Moreira y Akrich 2014). Ello nos permitiría avanzar hacia una “justicia hermenéutica” (Chadwick 2019) que subvierta la lógica racionalista del control y del dominio tecnocrático, y reconozca a las mujeres como sujetos epistémicos y portadoras de conocimiento tan legítimo como el biomédico.

La invitación es a reflexionar colectivamente sobre las preguntas que hemos articulado. ¿Cómo es el cuidado que nos gustaría recibir y prodigar? ¿Cómo articular un cuidado en el ámbito de la atención del parto, de la salud y, en un sentido mayor, en nuestra convivencia social, desde lo colectivo? Esto, en sintonía con Kleinman (2012, 2013), nos dirige a entender el cuidado como una condición definitoria de lo que significa ser humano, por lo que supone pensar qué lugar queremos otorgarle dentro de nuestras sociedades. En la atención del nacimiento se pone en juego la reproducción de lo humano; de instalarse una ética de responsabilidad colectiva en el cuidado de este proceso, podremos construir comunidades (más) capaces de cuidar(nos).

Agradecimientos

Agradecemos a todas las mujeres que generosamente compartieron sus experiencias en la Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile; y al equipo del Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile. Este trabajo fue realizado gracias al compromiso de un equipo de voluntarias que se reunió periódicamente entre mediados del año 2018 e inicios del 2020 a analizar los testimonios vertidos en la encuesta. Además de quienes son autoras del presente texto, participaron de este proceso: Pascale Bussenius, Daniela



Cordero, Antonia Guerra, Antonia Roberts, María Consuelo Robledo, María Gracia Salamanca, Javiera Valdebenito, y Valentina Villena. Es gracias al esfuerzo colectivo y la pasión que este grupo humano entregó, que logramos leer y analizar los miles de relatos recibidos, honrando así la confianza depositada por tantas mujeres. Esperamos aportar con este trabajo para que cada día sean más las personas que se comprometan en una ética del cuidado durante la atención del nacimiento.

Bibliografía

- Barros, M. N. (2015). *Reconfigurando um modo de ver o parto*. Tesis de Doctorado, Instituto de Ciencias Humanas y Filosofía, Departamento de Psicología, Universidade Federal Fluminense.
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G. y Foster J. (2016). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*, 35, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018>
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra*. Editorial Trotta.
- Bohren, M.A. et al. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), 1-32. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bowser, D., y Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Report of a Landscape Analysis*. Harvard School of Public Health University Research Co.
- Bravo, P., Uribe, C. y Contreras, A. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(3), 179-184. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262008000300007>
- Carosio, A. (2007). La ética feminista: Más allá de la justicia. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28), 159-184. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/2185
- Carosio, A. (2014). La lógica del cuidado como base del "buen vivir". Entre la economía feminista, la filantropía y la migración: hacia la búsqueda de alternativas. En A. Girón (Coord.), *Del "vivir bien" al "buen vivir"* (pp. 23-36). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chadwick, R. (2019). Practices of Silencing. Birth, marginality and epistemic violence. En C. Pickles y J. Herring (Eds.). *Childbirth, Vulnerability and Law* (pp. 30-48). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429443718>
- Dahlen, H.G., Kennedy, H.P., Anderson, C.M., Bell, A.F., Clark, A., Foureur, Ohm, J.E., Shearman, A.M., Taylor, J.Y., Wright, M.L. y Downe, S. (2013). The EPIIC hypothesis: Intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Medical Hypotheses*, 80(5), 656-662. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2013.01.017>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5-23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Foucault, M. (2006). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Gaines, A. y Hahn, R. (1984). *Physicians of Western Medicine: Anthropological approaches to theory and practice*. Reidel Publishing Company.
- Hahn, R. (1995). *Sickness and Healing*. Yale University.



- Instituto Nacional de Derechos Humanos Chile. (2016). *Situación de los derechos humanos en Chile: Informe Anual 2016*. INDH. <https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/01/Informe-Anual-INDH-2016.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas Chile. (2019). *Anuario de estadísticas vitales 2017*. INE.
- Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures, a crosscultural investigation of childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. Waveland Press.
- Keag, O.E., Norman, J.E. y Stock, S.J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 15(1), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
- Kleinman, A. (2012). Caregiving as moral experience. *The Lancet*, 380(9853), 1550-1551. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61870-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61870-4)
- Kleinman, A. (2013). From illness as culture to caregiving as moral experience. *The New England Journal of Medicine*, 368, 1376-1377. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1300678>
- Lindenbaum, S. y Lock, M. (1993). *Knowledge, power, and practice: the anthropology of medicine and everyday life*. University of California Press.
- Martin, E. (1987). *The Woman in the Body*. Beacon Press.
- Martín Palomo, M.T y Muñoz Terrón, J.M. (2015). *Interdependencias. Una aproximación al mundo familiar el cuidado*. Instituto de Investigaciones Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Ministerio de Salud (2008). *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Departamento Ciclo Vital División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge.
- Morris, T. (2013). *Cut it out: The C-section epidemic in America*. New York University Press.
- Organización Mundial de la Salud (1985). Recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento. *Lancet*, 2, 436-437.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Declaración para la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. OMS. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Resumen de orientación (español). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile (2018). *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile*. OVO Chile.



- Quattrocchi, P. y Magnone, N. (Comps.). (2020). *Violencia Obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Instituto de Salud Colectiva, Colección Cuadernos del ISCo. EDUNLa. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- Rabeharisoa, V., Moreira, T. y Akrich, M. (2014). Evidence-based activism: patients', users' and activists' groups in knowledge society. *Biosocieties*, 9(2), 111-28. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2014.2>
- Rhodes, A.L. (1996). Studying biomedicine as a cultural system. En C.E. Sargent y T.M. Johnson (Eds.), *Medical anthropology, contemporary theory and method* (pp. 165-180). Praeger Publishers.
- Rothman, B.K. (1989). *Recreating Motherhood: Ideology and technology in patriarchal society*. W.W. Norton.
- Sadler, M. (2018). Cuerpos vividos en el nacimiento: Del cuerpo muerto de miedo al cuerpo gozoso. En M. Cordero, P. Moscoso y A. Viu (Eds.) *Rastros y gestos de las emociones* (pp. 199-245). Cuarto Propio.
- Sadler, M. y Rivera, M. (2015). El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. *Revista Contenido, Cultura y Ciencias Sociales*, 6, 61-72. <https://www.revistacontenido.com/el-temor-al-parto-yo-no-me-imagino-el-parto-ideal-yo-me-imagino-el-peor-de-los-partos/>
- Sadler, M. et al. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Shakibazadeh, E. et al. (2018). Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(8), 932-942. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15015>
- Sheperd, L.J. (1993). *Lifting the Veil: The Feminine Face of Science*. Shambala Publications.
- Šimonović, D. (2019). *Informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. (Doc. N° A/74/137). <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en>
- Viola, F. I., Bonet de Viola, A. M. y Espinoza, M. (2020). El racionalismo y la descorporización moderna del parto: por una ecología de nacimiento. *Salud Colectiva*, 16, 1-14. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2548>
- White Ribbon Alliance (2011). *Promoviendo un Cuidado Materno Respetuoso: Los Derechos Universales de las Mujeres en Edad Reproductiva*. WRA.

Recibido el 4 Nov 2020

Aceptado el 15 Jun 2021

En medio de la crisis sanitaria y la crisis sociopolítica: cuidados comunitarios y afrontamiento de las consecuencias de la pandemia de la covid-19 en Santiago de Chile*

María Sol Anigstein**

Universidad de Chile

Loreto Watkins***

Universidad de Chile

Florencia Vergara Escobar****

Universidad de Chile

Paulina Osorio-Parraguez*****

Universidad de Chile

<https://doi.org/10.7440/antipoda45.2021.03>

Cómo citar este artículo: Anigstein, María Sol, Loreto Watkins, Florencia Vergara Escobar y Paulina Osorio-Parraguez. 2021. "En medio de la crisis sanitaria y la crisis sociopolítica: cuidados comunitarios y afrontamiento de las consecuencias de la pandemia de la covid-19 en Santiago de Chile". *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología* 45: 53-77. <https://doi.org/10.7440/antipoda45.2021.03>

Recibido: 16 de febrero de 2021; aceptado: 14 de julio de 2021; modificado: 10 de agosto de 2021.

* Este artículo fue realizado en el marco del proyecto ANID-COVID 0960: "Impacto del COVID-19 en Chile: Una evaluación interdisciplinaria de la respuesta de la pandemia y sus consecuencias" de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

** Doctora en Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Profesora asistente de la Escuela de Salud Pública Salvador Allende Gossens, de la Facultad de Medicina y del Departamento de Antropología, de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Chile. Hace parte de los grupos de investigación: Núcleos de Estudios del Curso de la Vida y Longevidad – Cuvil y Especuladorio en Tecnociencia y Biomateriales. Entre sus últimas publicaciones están: (en coautoría con Marcela Ferrer-Lues, Loreto Watkins, María Consuelo Robledo y Milenka Bosnich) "Being for Others and Material Conditions: The Limits of the 'Healthy Lifestyles' Notion for Chilean Women", *Medical Anthropology* (2021): 1-14, <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1935924>; <https://orcid.org/0000-0002-4023-2389> ✉ msanigste@uchile.cl

*** Antropóloga Social de la Universidad de Chile. Asistente de investigación en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y miembro del grupo de investigación: Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO Chile). Entre sus últimas publicaciones está: (en coautoría con Michelle Sadler, Francisca Vezzani, Javiera Navarrete y Amaranta López) "El cuidado en la atención del nacimiento: de la responsabilidad individual a la colectiva", *Revista Chilena de Antropología* 43 (2021): 233-246, <https://revistas.uchile.cl/index.php/RCA/article/view/64442/67768>; <https://orcid.org/0000-0001-9343-1552> ✉ lorewatkins@gmail.com

**** Magíster en Antropología Sociocultural de la Universidad de Chile. Asistente de investigación en la Escuela de Salud Pública y docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Miembro del grupo de investigación: Especuladorio en Tecnociencia y Biomateriales. Entre sus últimas publicaciones está: "Corpolaridades: Cuerpos producidos en una cuidadosa Antártica", *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad (Relaces)* 35 (2021): 12-24, <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/425/405>; <https://orcid.org/0000-0002-5348-1245> ✉ florencia.vergara@uchile.cl

***** Doctora en Sociología de la Universidad del País Vasco. Profesora Asociada del Departamento de Antropología de la Universidad de Chile. Miembro de los grupos de investigación: Núcleo de Estudios del Curso de la Vida y Longevidad – Cuvil, Red IGER y Red Transdisciplinarias de Envejecimiento. Entre sus últimas publicaciones está: (en coautoría con Pamela Jorquera y Matías Araya Tessini) "Vejez y vida cotidiana en tiempos de pandemia: estrategias, decisiones y cambios", *Horizontes Antropológicos* 27, n.º 59 (2021): 227-243, <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100012>; <https://orcid.org/0000-0002-6438-3712> ✉ posorio@uchile.cl

Resumen: el objetivo de este artículo es caracterizar las acciones comunitarias de cuidado que han sido parte de las estrategias de afrontamiento de la pandemia del SARS-CoV-2 en Independencia, una comuna en Santiago de Chile. Esto porque, aunque desde el inicio de la pandemia la comunidad organizada movilizó recursos y trabajo de manera incesante para sostener la vida, las autoridades insistían en responsabilizar a la población por el avance del virus, señalando una supuesta falta de cuidado. Como parte de un estudio de caso cualitativo, que buscó caracterizar la respuesta comunitaria a la pandemia, se realizaron doce entrevistas semiestructuradas a miembros de distintas organizaciones sociales movilizadas en dicho contexto en Independencia, además de visitas etnográficas. El análisis aborda la caracterización del territorio, las consecuencias sociales que deja la pandemia, las acciones comunitarias realizadas y la valoración que hace la comunidad de las mismas. Los resultados nos permiten sostener que, desde el denominado estallido social chileno ocurrido en octubre de 2019, en Independencia han cambiado las lógicas organizativas y, en ese ambiente de crisis sociopolítica y de deficiente respuesta estatal, la emergencia sanitaria por la covid-19 se afronta por medio de acciones de cuidados comunitarios. Concluimos que las personas responden y enfrentan las consecuencias de la pandemia principalmente de manera colectiva, por medio de acciones que no solo buscan sostener la vida, sino que constituyen, además, una praxis política derivada de la revitalización del tejido comunitario producto del estallido social. La originalidad y aporte de este artículo es que aborda una experiencia que permite reflexionar sobre la importancia de los cuidados para sostener una comunidad y apunta hacia una antropología de los cuidados comunitarios que fomente y divulgue posibilidades de una vida social cuidadosa, al entender que existimos en un mundo que requiere de múltiples reparaciones.

Palabras clave: afrontamiento, Chile, cuidados comunitarios, estallido social, organización social, pandemia de la covid-19.

In the Midst of a Health and Socio-Political Crisis: Community Care and Coping with the Consequences of the COVID-19 Pandemic in Santiago de Chile

Abstract: The purpose of this article is to characterize the community care actions that have been part of the coping strategies adopted during the SARS-CoV-2 pandemic in the Independencia commune in Santiago, Chile. Despite the fact that the organized community mobilized resources and worked tirelessly to sustain life from the very beginning of the pandemic, the authorities have insisted on blaming the population for the spread of the virus, pointing to an alleged neglect of care. As part of a qualitative case study, intended to characterize community response to the pandemic,

twelve semi-structured interviews were held with members of different social organizations in Independencia, along with a number of ethnographic visits. The analysis characterizes the territory, and addresses the social consequences left by the pandemic, the community actions taken in this context, and the community's assessment of these. The results allow us to sustain that organizational logics have changed in Independencia since the so-called Chilean *Estallido Social* or Social Outburst which took place in October 2019, and, in this context of socio-political crisis and deficient state response, the health emergency is being dealt with by means of community care actions. We conclude that people respond to the consequences of the pandemic collectively, through actions intended to sustain life, and to constitute a political praxis derived from the revitalization of the community fabric as a result of the social outbreak. The originality and contribution of this article is that it addresses an experience that encourages reflection on the importance of care in sustaining a community. It points to an anthropology of community care that promotes and disseminates the possibilities of a caring social life, understanding that we exist in a world that requires extensive reparations.

Keywords: Community care, coping, social outbreak, COVID-19 pandemic, social organization, Chile.

Em meio da crise sanitária e da crise sociopolítica: cuidados comunitários e enfrentamento das consequências da pandemia pela covid-19 em Santiago do Chile

Resumo: o objetivo deste artigo é caracterizar as ações comunitárias de cuidado que vêm fazendo parte das estratégias de enfrentamento da pandemia ocasionada pelo Sars-CoV-2 em Independencia, uma comunidade de Santiago do Chile. Isso porque, embora desde o início da pandemia a comunidade organizada tenha mobilizado recursos e trabalho de maneira incessante para sustentar a vida, as autoridades insistiam em responsabilizar a população pelo avanço do vírus, o que indicava uma suposta falta cuidado. Como parte de um estudo de caso qualitativo que procurou caracterizar a resposta comunitária à pandemia, foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas a membros de diferentes organizações sociais mobilizadas nesse contexto de Independencia, além de visitas etnográficas. A análise aborda a caracterização do território, as consequências sociais que a pandemia deixa, as ações comunitárias realizadas nesse contexto e a valorização que a comunidade faz delas. Os resultados nos permitem argumentar que, desde a denominada “explosão social chilena” ocorrida em outubro de 2019, em Independencia, as lógicas organizacionais mudaram e, nesse contexto de crise sociopolítica e deficiente resposta estatal, a emergência sanitária pela covid-19 é enfrentada por meio de ações de cuidados comunitários. Concluimos que as pessoas

respondem às consequências da pandemia e as enfrentam principalmente de maneira coletiva, a partir de ações que não somente buscam a sobrevivência, mas também que constituem uma práxis política derivada da revitalização do tecido comunitário, produto dessa explosão social. A originalidade e a contribuição deste artigo está em que aborda uma experiência que permite refletir sobre a importância dos cuidados para sustentar uma comunidade e aponta a uma antropologia dos cuidados comunitários que fomenta e divulga posibilidades de una vida social cuidadosa, ao entender que existimos num mundo que requer múltiplas reparações.

Palavras-chave: enfrentamento, Chile, cuidados comunitários, explosão social, organização social, pandemia pela covid-19.

56

■ **C**uando desde la investigación social nos preguntamos cómo se enfrentan colectiva e individualmente situaciones de crisis, lo hacemos sin perder de vista el contexto histórico. Para la comprensión de los cuidados comunitarios presentes en el afrontamiento de las consecuencias de la covid-19 en Chile, creemos relevante detenernos brevemente en ciertos momentos de la historia nacional, que nos permiten engarzar la crisis sociosanitaria actual —y el lugar de lo comunitario— a un marco temporal más amplio.

Si bien podríamos establecer varios puntos de partida, hemos decidido comenzar este relato por el golpe de Estado de 1973 y la dictadura cívico-militar que se instala en Chile. Dicho proceso, que está en la memoria encarnada (Del Valle 1999) de miles de chilenos y chilenas, significó la implantación de un modelo económico neoliberal, por medio de un régimen basado en la violencia estatal y la violación a los derechos humanos, frente al cual emergieron diversas acciones colectivas que fueron sentando las bases de prácticas comunitarias de carácter territorial, sobre todo a nivel barrial y vecinal. Las acciones de resistencia no solo eran políticas, sino también de subsistencia, a través de, por ejemplo, la organización de operativos de salud u ollas comunes¹ que repartían alimento en los sectores más desprotegidos y entre familias que habitaban tomas de terreno de las zonas urbanas (Paley 2001). El experimento neoliberal que se llevó a cabo en Chile significó la instalación de un modelo de Estado subsidiario, con políticas públicas focalizadas y procesos de creciente privatización de los sistemas de previsión, salud y educación (Garretón 2016). Tales procesos de corte neoliberal se despliegan y profundizan a lo

1 Las ollas comunes o populares son instancias colectivas en las que se consigue, cocina y reparte alimento para satisfacer la necesidad básica de comer. Ocurren generalmente en poblaciones, villas o vecindades sometidas a escasez o condición de pobreza. En este artículo profundizaremos las funciones de las ollas comunes actualmente.

largo de la dictadura, así como durante los siguientes gobiernos democráticos, los cuales no modifican de manera significativa el modelo (Garretón 2012).

En consecuencia, como propone Orozco (2010), entendemos los efectos del neoliberalismo y la consecuente precarización de la vida como una crisis acumulada y multidimensional. Esta precarización va tomando formas diversas a lo largo del tiempo, haciéndose visible —o más bien imposible de invisibilizar— durante el denominado estallido social del 18 de octubre de 2019, que tuvo antecedentes importantes —marchas estudiantiles de secundaria en 2006, movimiento estudiantil en 2011, tomas feministas en 2018— y fue gatillado en un comienzo por el alza de 30 CLP (0,39 USD) en el boleto del metro de la capital. El estallido inicia cuando estudiantes de educación secundaria comienzan a saltarse los torniquetes para evadir el pago de los pasajes del transporte público en alza. A esta llamada se suman los cacerolazos² y bocinazos en las calles (Heiss 2019), los cuales cobran fuerza rápidamente a lo largo de todo el país. El mismo 18 de octubre de 2019 se decreta estado de emergencia en Chile para restablecer el orden público. No obstante, los días y meses siguientes se generan masivas manifestaciones que demandan superar las desigualdades de años, bajo el modelo económico neoliberal, en el que imperan una amplia clase media con bajos salarios, un alto endeudamiento familiar y un sistema de pensiones deficiente (Clunes 2020). Durante estas movilizaciones, los mismos ciudadanos se reúnen en espacios públicos y comunitarios, conformando asambleas territoriales y cabildos en los que se conversa sobre la crisis política, las medidas sociales más urgentes para reestablecer la justicia social y los contenidos que debería considerar una nueva Constitución Política (Garcés 2020), que es una de las demandas fundamentales que emana de las revueltas. De manera paralela, varias organizaciones de profesionales de la salud se despliegan en distintos puntos del territorio nacional para atender personas heridas, producto de la represión policial durante las protestas (Márquez *et al.* 2020), algo que ya presagia el papel de la comunidad y del Estado durante la pandemia.

Cinco meses después del 18 de octubre de 2019 —y siendo el fortalecimiento de la salud pública una de las principales demandas de las movilizaciones (Morales 2020)— se presenta el primer caso de la covid-19 en Chile y, al igual que para referirse al propio pueblo movilizadado contra las desigualdades socioeconómicas, el presidente utiliza el término “enemigo poderoso” para aludir al virus del SARS-CoV-2 (Morales 2020).

Durante la pandemia surgieron además otras aseveraciones que dan cuenta de la situación sociopolítica en Chile. Por un lado, el ministro de Salud “reconoce que ‘no tenía conciencia’ de la magnitud de la pobreza y hacinamiento” en el país (“Mañalich reconoce” 2020). El alcalde de Santiago, al generarse grandes aglomeraciones por la reapertura de un centro comercial de venta de importaciones al por mayor, indicó “aquí la estupidez humana ha sido superior” (“Alessandri tras” 2020), mientras que quienes se encontraban en el centro comercial señalaban que debían

2 El cacerolazo es una forma de protesta utilizada en Chile, en donde las personas manifiestan su descontento mediante el ruido que se genera al golpear cacerolas, ollas u otros utensilios domésticos.

comprar mercancías, cuya venta les permitía subsistir. Por otro lado, el subsecretario de Redes Asistenciales, durante una emisión en vivo sobre el balance de la pandemia, dice que una médica murió de covid-19 porque “bajó la guardia”, cuestionándola y responsabilizándola por su propia muerte (“Empatía cero” 2020). Estas frases, emitidas por las más altas autoridades del país en torno a la pandemia, no solo evidencian distanciamiento y desconocimiento de las condiciones de la población, sino que además responsabilizan y culpan a los individuos por contagiarse e incluso por morir.

Dicha responsabilización individual obedece a su vez a las políticas sociales y reformas neoliberales implementadas en las últimas décadas en el país, pues tal como señalan Arteaga y Pérez (2011), nos encontramos frente a un contexto de desprotección y procesos de individualización en la gestión de riesgo. Existe entonces un marco vulnerable en Chile, donde el Estado ha ido perdiendo su rol protector de manera creciente, sobre la base de una subjetividad neoliberal, reforzada por discursos gubernamentales y de diferentes actores, que apuntan al esfuerzo y a las capacidades individuales como principal forma de resolución de los problemas cotidianos (Arteaga y Pérez 2011). Frente a esto, y muchas veces al margen del Estado, afloran formas comunitarias de cuidado en los distintos territorios, para afrontar el escenario de precariedad, sufrimiento y, actualmente, los embates de la pandemia de la covid-19 (Márquez *et al.* 2020).

58

■ Para las personas que comparten el territorio, los cuidados comunitarios, entendidos como las acciones y prácticas para sostener aquello que nos permite existir en el mundo, organizados de maneras colectivas y con un sentido político (Vega y Gutiérrez 2014; Vega, Martínez y Paredes 2018), comienzan a ser centrales en la cotidianeidad de esta crisis. Por un lado, porque los cuidados son un marco para entender la acción en la crisis, al abarcar todas las prácticas heterogéneas que constituyen el mantenimiento y la reparación de algo. Como dirá Sanchís, “con variantes diversas, el término cuidado alude a los elementos físicos o simbólicos que permiten a las personas sobrevivir en sociedad. Estos elementos involucran dimensiones materiales (como alimentos o medicinas), emocionales y de gestión cuando se trata de planificar su obtención” (2020, 10). Y por otro, porque estos cuidados no están en el aire, sino que tienen asidero en entramados específicos. Retomando a Vega, Martínez y Paredes, nos preguntamos “¿Qué pasa cuando lo que llamamos cuidados se da en entornos más colectivos? ¿Qué ocurre cuando el cuidado es un común y se hace en común?” (2018, 13).

Como veremos en el presente artículo, dichos cuidados se despliegan en y mediante un hacer común “que, en su devenir, genera sentido, simbolismo, valores, pensamiento, afectos, deliberación, reglas, institucionalidad compartida y, consecuentemente, alguna forma de comunidad que lo resguarda del lucro individual y se sitúa por fuera del régimen privado de propiedad” (Vega 2019, 1). Como indica Fournier (2020), la pandemia de la covid-19 reveló al menos tres cosas: que somos interdependientes; que el trabajo de cuidado es, sin dudas, el más importante para

la reproducción de la vida humana, y que la solidaridad y cooperación son modalidades relacionales eficaces para la preservación de la vida. Es así como las acciones colectivas que afloran visibilizan la centralidad de los cuidados comunitarios, como propuesta contraria a las acciones gubernamentales actuales, en tanto implican prácticas, materialidades y afectos dirigidos hacia una subsistencia conjunta y organizada por el bien común. El cuidado, como aquella red que sostiene la vida, lo pensamos aquí desde sus lógicas comunitarias (Vega, Martínez y Paredes 2018), esenciales para transitar la pandemia en un país como Chile.

El término afrontamiento lo incluimos para tematizar las acciones desplegadas durante la pandemia, cuyo eje descansa en la capacidad agencial individual y colectiva frente a situaciones susceptibles de daño estructural (Arteaga y Pérez 2011, Rojas-Páez y Sandoval-Díaz 2020). Dicha capacidad agencial estaría propiciada por una dimensión mediadora, que sería una red de significados construida sobre la base de la experiencia simbólica, relacional, material y situada (Arteaga y Pérez 2011). En este sentido, la trama comunitaria de cuidado y el sostenimiento de la vida posibilitan una configuración de capacidades para el afrontamiento de situaciones de crisis.

El cuidado es siempre situado y esta no es la excepción. Mostrando un ejemplo concreto de cómo las comunidades se cuidan mutuamente, nos enfocaremos en el caso de Independencia, una comuna de Santiago de Chile, para caracterizar las acciones comunitarias de cuidados como formas de afrontamiento territorial de las consecuencias de la pandemia, algo que contradice el mensaje emitido por las autoridades. Nos referiremos a la mirada de vecinos y vecinas sobre el territorio, a las consecuencias sociales que deja la pandemia según su percepción, al relato de las diferentes acciones comunitarias realizadas por las personas en este contexto y a la valoración que se otorga a dichas acciones.

Situando la metodología

El presente artículo aborda parte de los resultados de un estudio de caso cualitativo, en el que se trabajó con vecinas y vecinos pertenecientes a organizaciones comunitarias, miembros de los equipos de salud y autoridades locales de San Joaquín e Independencia, dos comunas de la ciudad de Santiago de Chile. Dicho estudio es, a su vez, parte del proyecto “Impacto del COVID-19 en Chile. Una evaluación transdisciplinaria de la respuesta a la pandemia y sus consecuencias” (Comunicaciones Escuela de Salud Pública 2020).

Ubicada en la zona norte de Santiago de Chile, Independencia es una comuna que posee 100 281 habitantes (Censo 2017). Heredera de lo que se conoce desde el período colonial como barrio La Chimba —que significa “la otra banda” en lengua quechua—, este sector de la capital constituye desde entonces un territorio donde se ha ubicado todo aquello que no se quiere en el centro de la ciudad: cementerios, hospitales, mercados, recoletas, población indígena, vagabundos e inmigrantes empobrecidos (Márquez 2012). Actualmente, y con la instalación masiva del

comercio de importación desde la década de los ochenta, el territorio se densifica y combina las funciones residencial y comercial. El comercio y los servicios constituyen el sector económico más importante de Independencia, donde destacan la industria textil y de insumos para la confección, la comercialización de flores, los talleres, las bodegas y las empresas del sector metalmecánico (Gobierno Regional Metropolitano de Santiago 2016; Márquez 2012; Plan de Desarrollo Comunal de Independencia 2020).

Independencia es además la tercera comuna con más envejecimiento demográfico de la capital. En cuanto a la pobreza comunal, un 0,3 % de la población se encuentra en condición de indigencia y un 7,8 % son pobres no indigentes; es decir, un 8,1 % de la población de Independencia se encontraría en condición de pobreza (Plan de Desarrollo Comunal de Independencia 2020). Además, existe población, especialmente migrante, que vive en situaciones de habitabilidad bastante precarias y en alto grado de hacinamiento. Este punto es relevante, en tanto es la tercera comuna en el país con más concentración de población migrante (Instituto Nacional de Estadísticas y Departamento de Extranjería y Migración 2020), proveniente principalmente de Perú (49 %), Colombia (18 %), Venezuela (15 %) y Haití (7 %) (Instituto Nacional de Estadísticas 2017, citado en Inzulza *et al.* 2019). En este sentido, la comuna se presenta como un escenario urbano en proceso de transformación, “con calles que muestran no solo un aumento de la población migrante en términos cuantitativos, sino además la utilización de los espacios públicos con actividades de ocio y comercio informal, entre las más importantes” (Inzulza *et al.* 2019, 65).

A finales de marzo de 2020, Independencia fue una de las primeras siete comunas de Santiago en cuarentena total, al concentrar la mayor cantidad de casos confirmados de covid-19 por kilómetro en la capital de Chile (Ministerio de Salud 2020a). Esta primera medida de cuarentena fue revocada el 2 de abril del mismo año, no obstante, a finales de ese mes, Independencia se convierte en la primera comuna que vuelve a cuarentena tras triplicar los casos. Fue en ese contexto que se evidenció una rápida organización comunitaria destinada a afrontar las consecuencias que estaba acarreado la pandemia. Aquí jugaron un rol central las organizaciones sociales y territoriales con las cuales trabajamos en esta investigación.

Para este artículo se tomaron los resultados de doce entrevistas realizadas, bajo consentimiento informado, a personas entre los 27 y 59 años de edad, pertenecientes a organizaciones sociales movilizadas en la comuna de Independencia durante la pandemia, entre los meses de septiembre de 2020 y enero de 2021. A través de las entrevistas se abordaron la caracterización territorial de la comuna; las acciones y prácticas para el afrontamiento de la pandemia, y la articulación, legitimidad y percepción de justicia, entre otras temáticas que emergieron de los relatos. Los encuentros tuvieron una duración aproximada de una hora y, debido a la contingencia, se realizaron de manera virtual por medio de la plataforma Zoom. El contacto con las y los informantes se realizó principalmente a partir de la técnica

de bola de nieve. Las investigadoras y autoras de este texto, vinculadas a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile —también ubicada en la comuna de Independencia—, establecieron comunicación con académicas de esta institución, quienes venían trabajando con organizaciones sociales de la comuna y entregaron un paneo general de la organización comunitaria del sector, además de los primeros contactos. Luego fueron las mismas personas participantes quienes comentaron sobre otras organizaciones movilizadas para ser contactadas. Participaron dos personas de juntas de vecinos, tres de ollas comunes, tres de asambleas territoriales, una de una coordinadora de mujeres, una de una organización ciclista, una de una agrupación textil y una de una organización del área de la salud, para un total de diez mujeres y dos hombres.

El guion de preguntas fue enviado a las personas participantes de manera previa al encuentro, a fin de que pudieran incluir o restar preguntas. Del total de personas entrevistadas, diez se desempeñan como profesionales y dos son dueñas de casa participantes de ollas comunes. La mayoría de las y los miembros entrevistados de asambleas territoriales tienen menos de treinta años, mientras en las otras organizaciones suelen tener más de cuarenta años. Pese a la alta concentración migrante de la comuna, todas las personas eran chilenas y tres de ellas señalaron pertenencia o identidad indígena mapuche.

Se realizaron además dos visitas a terreno, la primera para hacer un paneo general de la organización social de Independencia, y la segunda para observar y hacer parte de una olla común. Durante ambas visitas las investigadoras participaron en las actividades realizadas por las organizaciones, lo que permitió contar con registros de diarios de campo y la posterior escritura de relatos etnográficos. Se realizó un análisis de contenido para ordenar la información y se crearon categorías dependiendo de las actividades realizadas y los apartados de cada capítulo. Esto con el objetivo de generar un primer acercamiento al cuidado comunitario en la comuna de Independencia.

Independencia estallada y pandémica

Cuando hablamos de cuidados comunitarios es importante recalcar que nos estamos refiriendo a cuidados situados que se dan en un contexto sociohistórico y territorial particular y concreto. Al respecto, es importante señalar que las personas entrevistadas definen a Independencia como una comuna demográficamente envejecida, económicamente pobre, pero con gran riqueza social e histórica. Es un territorio con una identidad arraigada a esa historia y a esas formas organizacionales que, en el presente, conviven con otras formas culturales estrechamente relacionadas con los procesos migratorios que han tenido lugar en los últimos años: “En un principio fueron la comunidad peruana, [...] después colombianos, venezolanos, haitianos. Y así se fue mezclando el barrio [...]. Pero llegan a vivir, no

hay integración” (Juan, 34 años, integrante de una asamblea territorial, entrevista con las autoras, noviembre de 2020).

La integración al territorio se entiende de una forma mucho más compleja que simplemente el hecho de habitarlo. Esta distinción adquiere relevancia si observamos en detalle el afrontamiento de la crisis sociosanitaria, por parte de la comunidad, donde desde la perspectiva de las vecinas y vecinos la población migrante se beneficia, pero no se integra; más bien produce y reproduce sus propias estrategias de afrontamiento y cuidado. Esto último es coherente con la lógica identitaria de sus acciones, pero también responde a las lógicas a las que somete el Chile neoliberal. Así, en pocos años, el paisaje del territorio también ha cambiado principalmente como producto de la creciente expansión inmobiliaria:

La ciudad cambia en el sentido de que se sobreurbaniza, [...] entonces de pronto yo veo una imagen de ciudad que ya no es la misma, sino que está invadida de edificaciones gigantescas, se caen los espacios públicos que eran espacios de juegos, de encuentro familiar, de encuentro comunitario, todo eso empieza a desaparecer, entonces la imagen de ciudad es muy distinta. (Sandra, 48 años, integrante de una organización de salud, entrevista con las autoras, diciembre de 2020)

62 ■ Si bien, esta historicidad marca un contínuum en las dinámicas sociales y de cuidados en la comuna, el estallido social —junto a las reuniones públicas y comunitarias que suscita, para poder debatir sobre los aspectos sociales más urgentes que el país debe resolver— marca para sus habitantes un hito importante:

A raíz del estallido, efectivamente las organizaciones sociales nuevas, emergentes —y me imagino que también habrá antiguas, como algunas juntas de vecinos, clubes deportivos— renacieron. Entonces hoy día tienes una comunidad bastante organizada o mucho mejor organizada que antes del estallido. O sea, la revuelta efectivamente favoreció. (Patricia, 40 años, miembro de una organización ciclista, entrevista con las autoras, diciembre de 2020)

El pasado y el presente se cruzan en la acción organizacional para afrontar las consecuencias de la pandemia en el territorio. Como afirma una de las entrevistadas: “[...] esta comuna ha sido superrica en asambleas, en organización, en popularidad también, [...] es así, en el barrio. Se vive, se siente así en el barrio” (Patricia, 40 años, miembro de una organización ciclista, entrevista con las autoras, diciembre de 2020).

Mientras en Independencia se comienza a renovar y reactivar el tejido social, inicia la crisis sanitaria. En este sentido, para hablar sobre las acciones de cuidado y afrontamiento comunitario, debemos primero caracterizar algunas de las consecuencias que tuvo la covid-19 en la comuna. Precisamente, durante las entrevistas nos mencionan que las principales consecuencias fueron (figura 1):

Figura 1. Consecuencias de la pandemia en la comuna de Independencia, Santiago de Chile

Muertes de familiares, cercanos y conocidos.	Cesantía, cambio de rubro o emprendimientos, disminución de sueldos, aumento de vendedores ambulantes.
Hambre y falta de recursos para la vida cotidiana.	Aumento de violencia intrafamiliar, tensiones y roces en el confinamiento.
Aumento de la carga laboral, agotamiento por trabajo virtual y mayor carga de cuidados.	Encierro en hogares hacinados.
Deserción escolar por falta de Internet (migrantes principalmente).	Agotamiento, estrés, miedo, estado de alerta, confusión e incertidumbre, soledad, malestar emocional y salud mental empeorada.
Cambios de casa o retorno a casas de familiares por dificultades económicas.	Falta de acceso a subsidios y ayudas estatales.
Colapsos en los sistemas de salud, instituciones gubernamentales, bancos, etc.	Vergüenza ante la falta de recursos y al solicitar ayuda.
Pérdida de autonomía, movilidad y abandono de personas mayores.	Oportunismo político en la ayuda social.
Congelamiento de fondos a las juntas de vecinos.	Imposibilidad de la protesta social por miedo al contagio.

Fuente: elaborado por las autoras, Santiago de Chile, enero de 2021.

Ante estas consecuencias, las distintas organizaciones sociales e instituciones despliegan acciones que en este artículo entendemos como de cuidado, para enfrentar la pandemia, las cuales abordamos a continuación.

El Estado no era suficiente: afrontamiento comunitario de la pandemia

El 2 de marzo de 2020 se notifica el primer caso positivo de SARS-CoV-2 en el país (Ministerio de Salud 2021). Desde entonces, el Gobierno de Chile ha desplegado distintas acciones y políticas para enfrentar la pandemia. Al igual que en la mayoría de los países, las principales medidas preventivas promovidas giraron en torno al distanciamiento físico, al uso de cubrebocas, al lavado frecuente de manos, al confinamiento y a las cuarentenas (Ministerio de Salud 2020b). Las políticas públicas ejecutadas se desagregaron fundamentalmente en medidas como el cierre de teatros, cines, restaurantes, centros comerciales, centros nocturnos

y centros deportivos; las cuarentenas parciales o con fraccionamiento geográfico; el decreto de estado de catástrofe; el toque de queda; el control de fronteras; los cordones sanitarios; el uso obligatorio de mascarillas en el transporte público; la prohibición de eventos; la prohibición de salida de los adultos mayores; la suspensión de clases para preescolares y escolares, y las multas o cárcel para quienes no cumplieran con el confinamiento (Gobierno de Chile 2020; Ramírez-Pereira, Pérez y Machuca-Contreras 2020).

Entre algunas medidas económicas encontramos planes para proteger las actividades de las empresas del país y los ingresos de las personas más vulnerables, como seguros a trabajadores independientes que experimentaron caídas en sus salarios; ingresos familiares de emergencia; creación de bonos covid-19, y la ley de protección del empleo que permite a las empresas suspender temporalmente a los trabajadores, y sus remuneraciones, y que estos hagan uso del seguro de cesantía (Gobierno de Chile 2020).

Durante marzo de 2020, en reiteradas ocasiones, el Gobierno planteó que Chile se encontraba mucho mejor preparado que Italia para enfrentar la pandemia (Cerdeña 2020). No obstante, tres meses después superó la cifra de contagios de dicho país. Entonces, apuntó a la compra de ventiladores mecánicos, al aumento de camas de unidades de cuidados críticos, a la capacitación del personal, y adelantó la vacunación contra la influenza “primando una mirada hospitalocéntrica” (Ramírez-Pereira, Pérez y Machuca-Contreras 2020, 7).

También el presidente anunció la entrega de cajas de alimentos no perecederos y elementos de limpieza; a lo que siguieron grandes confusiones respecto a la cifra real de beneficiarios, fallas en la logística de distribución, acusaciones de aprovechamiento político y protestas sociales en barrios vulnerables debido a las altas expectativas creadas (Atria *et al.* 2020).

Debemos tener en cuenta que las atribuciones del Estado de Chile son principalmente subsidiarias. Nos encontramos frente a un Gobierno favorecedor de la economía de mercado y, en esta línea, resulta coherente que el eje transversal de las medidas sea de tipo económico, privilegiando a los empresarios sobre otros actores, quienes se encuentran obligados a salir del confinamiento para generar recursos debido a la precarización del empleo (Ramírez-Pereira, Pérez y Machuca-Contreras 2020).

Pero las acciones previamente mencionadas no fueron las únicas que se realizaron para enfrentar la pandemia. Han primado las respuestas colectivas y el afrontamiento comunitario, cuyo principal propósito parece ser el de los cuidados; hemos resumido estas en la figura 2.

Figura 2. Acciones de cuidado comunitario para el afrontamiento de la pandemia

Catastros territoriales.	Acopio de ropa.
Acopio de alimentos.	Colecta monetaria para trabajadores de la salud.
Producción, repartición y complemento de cajas de alimento.	Difusión de acciones comunitarias mediante plataformas virtuales y periódicos comunales.
Ollas comunes.	WhatsApp territorial.
Recolección de medicamentos para personas mayores.	Talleres virtuales (sobre el uso de mascarilla, la salud mental/social y las actividades infantiles).
Compra de insumos en almacenes de barrio.	Donaciones de almaceneros (fiar y poner en la cuenta de otro vecino o vecina).
Confección de mascarillas.	Almuerzo para los equipos de salud de hospitales de la zona.

Fuente: elaborado por las autoras, Santiago de Chile, enero de 2021.

Estas acciones tienen diferentes propósitos y abarcan variadas dimensiones de las consecuencias de la pandemia. Por ejemplo, los catastros³ se utilizaron para reconocer las problemáticas más importantes que aquejaban a vecinos y vecinas: “A fines de abril se empezaron a hacer las encuestas, para ver cómo estaban las familias, cuántas personas y cómo estaba la parte económica. Todo eso lo hizo la asamblea [territorial]. Más de ochenta fichas” (Yadira, 59 años, participante de una olla común, entrevista con las autoras, noviembre de 2020).

Gracias a estos catastros y a las instancias comunitarias se pudieron reconocer las faltas monetarias, instrumentales, emocionales y alimentarias que muchos estaban viviendo. En respuesta a esto, surgieron acopios de ropa, recolección de dinero para instituciones de salud y un constante acompañamiento, mediante plataformas y talleres, que fueron señalados como esenciales para mantener la salud mental de las personas de Independencia. La recolección de medicamentos también fue central para el sostenimiento de personas mayores que tenían la prohibición de salir y de exponerse a hospitales o centros de salud:

Los chiquillos se conectaron con la gente que podía tener alguna necesidad de que le llevaran los remedios [...]. Llevarle a los adultos mayores el remedio a su

3 Los catastros territoriales son herramientas llevadas a cabo por organizaciones, las cuales registran las condiciones de las personas del territorio. Si bien hay variados formatos, tienden a recolectar información sobre el estado de los hogares, las condiciones socioeconómicas, sanitarias y etarias, y las problemáticas prioritarias de las personas del barrio estudiado.

casa e irlos a buscar [...] para que el adulto mayor no saliera. (Mariana, 57 años, integrante de una asamblea territorial, entrevista con las autoras, enero de 2021)

Prácticas como fiar, poner en la cuenta del vecino y comprar en comercios de barrio, para incentivar el comercio local, aparecen en el mapa. Estas prácticas devienen de haber construido una confianza y (re)conocimiento de las condiciones del otro:

El mismo amigo del almacén me decía: “¿sabe qué? Me dio no sé qué, pero la señora no le alcanzó para comprar tres panes, y ella lleva siempre cinco panes, pero desde la semana pasada está comprando tres y hoy día llevó dos, porque no le alcanzaron las monedas”. Entonces desde ahí empezamos a activarnos. (Antonia, 38 años, participante de una olla común, entrevista con las autoras, noviembre de 2020)

Este tipo de acciones, que implican el reconocimiento y la interdependencia, instalan una permanente de relación y apoyo entre vecinas y vecinos, que cobra fuerza y requiere asumir trabajo conjunto entre personas, dispositivos, materialidades, afectos, etc. El tejido social se nos devela también en una de las principales acciones comunitarias (re)surgidas en pandemia: la olla común. Esta práctica para el afrontamiento de la situación, que fue utilizada en casi todas las comunas de la Región Metropolitana de Santiago, no es nueva.

66

■ Como expone Hardy (2020), las ollas comunes son realizadas desde los años treinta, luego en los sesenta y principalmente durante la dictadura de los setenta. Son, por un lado, un mecanismo para saciar el hambre y, por otro, un símbolo de protesta social, al vivir en un país donde las vulneraciones económicas hacen que la organización comunitaria sea muchas veces el único medio de subsistencia.

Al introducirnos en esta dinámica, en noviembre de 2020 visitamos una olla común en Independencia, perteneciente a una junta vecinal compuesta por miembros de asambleas, otras juntas de vecinos y conocidos de los participantes:

Por la reja de la esquina apareció la voluntaria de la olla común con la que habíamos estado conversando. “Hola, pasen, pasen”, nos dice. Ingresamos y pudimos ver la casa de la junta vecinal. Una especie de cocina y una sala en donde 6 personas organizaban la olla común: unos ponían la comida en unas cajitas de *plumavit*⁴, otras seguían cocinando, otras lavaban y otras distribuían los alimentos que sobraban. Era la última olla común que realizaban porque ya no podían seguir y no había tantas personas en necesidad como sí hubo en meses anteriores. Hasta 150 almuerzos diarios alcanzaron a realizar. Ya estaban repartiendo solo para unos 15 casos, en especial personas mayores, muchas de ellas con grandes dificultades para moverse, bajas pensiones e imposibilidad para trabajar en el contexto y a su edad. (Diario de campo de Loreto, Santiago de Chile, 12 de noviembre de 2020)

4 Producto de la familia de los plásticos —poliestireno expandido— que se utiliza para embalajes y aislar productos alimenticios.

Ese día, el equipo que atendía la olla tenía el trabajo de cocinar, empaquetar y llevar algunas porciones para vecinos y vecinas mayores, quienes no podían ir a buscar comida. Asimismo, debía atender el lugar al que las personas del sector —previamente anotadas y en su mayoría inmigrantes— irían a buscar las porciones para sus familias. Por otra parte, como serían las últimas apariciones de la olla común, tenía la misión de repartir los productos que iban sobrando, entre los vecinos y vecinas que más lo necesitaban:

Por un lado, las bolsas de mercadería con legumbres, fideos, salsa, atún, jurel, arroz, harina, té y café se armaban. Por otro lado, los almuerzos. La comida sería pescado con verduras y arroz. Mientras algunas nos quedamos a ayudar, otras acompañaron la repartición de alimentos. [...] caminamos con las voluntarias hasta un bonito *block* del barrio. “En Independencia, en esta zona, se disfraza la pobreza”, nos dicen, “[...] pareciera que está todo bien, pero viven viejos que heredaron sus casas y no se pueden sostener con sus pensiones.” [...] De esta manera, la ayuda que esta olla común les da parece ser urgente, por la precariedad que ya vivían, como han comentado en las entrevistas. A las voluntarias de la olla común les apenas pensar en qué harán las señoras cuando esta ayuda acabe. “[...] Esta ayuda ni siquiera debiese existir, no debiese pasar esto, comenta una de las voluntarias. [...]”. Llegamos a la plaza y dejamos los canastos con bolsas de comida y mercadería. Allí se llamó por teléfono a las señoras que irían a buscar los alimentos. (Diario de campo Florencia, Santiago de Chile, 12 de noviembre de 2020)

El trabajo de campo permitió notar que varias de las ollas comunes tienden a estar vinculadas a juntas de vecinos, es decir, a organizaciones más bien formales, con redes ya creadas y establecidas a lo largo del tiempo⁵. Estas figuras legales parecen facilitar la infraestructura, así como la relación con la administración y las autoridades comunales y otras organizaciones, aunque a veces tal articulación produce tensión y rechazo por parte de otros colectivos. Las asambleas en Independencia, originadas desde el reciente estallido social y por ende, espacios menos formales, se organizan para realizar actividades comunitarias de apoyo a las personas del territorio, por lo que su participación en las ollas comunes es central. De esta manera, si bien las juntas vecinales —u organizaciones deportivas y particulares— son las que tienen la infraestructura y recursos disponibles, las organizaciones asamblearias integran en buena medida a los voluntarios y voluntarias que articulan la olla común.

En la olla común visitada, las voluntarias y voluntarios realizaban el trabajo de manera no remunerada, movidos por la empatía con la situación que estaban viviendo sus vecinas y vecinos. Estas labores fueron y son muy valoradas para el sostenimiento de la vida comunal. El trabajo no remunerado de la mayoría de las personas se contrapone con la modalidad desarrollada por una organización ciclista

5 La Biblioteca del Congreso Nacional, en su herramienta en línea *Ley Fácil*, describe las funciones, potencialidades y formas organizativas de las juntas de vecinos. Entre otras cosas, menciona que su función principal es promover la integración, participación y desarrollo de los vecinos de una localidad. <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/juntas-de-vecinos>

de la misma comuna, la cual apoyó actividades como la repartición de comida y alimentos, pero, al vincularse con autoridades y funcionarios comunales, acordó un pago para las personas que repartían diariamente las raciones de la olla común:

Lo que nosotros hicimos con la muni[cipalidad], —porque no nos gusta que sea gratis todo con la muni—, fue decirle que tenía que haber un aporte, pensando en una economía colaborativa. Así como hay gente que está cesante, esto va a ser un servicio [...] y hay que retribuirles en algo. Y se logró un acuerdo de 200 CLP por almuerzo, y los chicos se hacían veinte-treinta lucas [20 000 – 30 000 CLP], pensando como en el desgaste material. O sea, los chicos ocupan sus bicicletas, se andan arriesgando también, entonces se coordinó con tres cocinas comunitarias [...] y eso fue apoyado por la muni hasta octubre. (Patricia, 40 años, miembro de una organización ciclista, entrevista con las autoras, diciembre de 2020)

Ya sea entre la misma comunidad o a través de una articulación con el Gobierno local —remunerada o no—, el trabajo autogestionado y comunitario de asambleas, juntas de vecinos y organizaciones territoriales pasa a tener gran peso en el afrontamiento de la pandemia, ante un Gobierno ausente, insuficiente e incluso, en algunos casos, obstaculizador: “Las autoridades no nos ayudaron ni con los permisos de Carabineros. Salíamos sin un permiso a cocinar a la olla común. Salíamos sin ningún implemento de seguridad más que las mascarillas que nos hacíamos nosotros mismos” (Begoña, 41 años, dirigente de una junta de vecinos, entrevista con las autoras, octubre de 2020).

68

■

Solo el pueblo ayuda al pueblo: valorización de las redes comunitarias

Tal como expusimos anteriormente, previo al estallido social “las organizaciones sociales eran muy poquitas. Sobre todo, en Independencia no existían muchas organizaciones sociales vigentes” (Ramona, 49 años, integrante de una organización de mujeres, entrevista con las autoras, noviembre de 2020). Para Independencia, entonces, se vuelve difícil imaginar el contexto pandémico sin las revueltas: “Yo creo fuertemente que esto no es peor porque hubo una revuelta [...]. Nos llegó una pandemia cuando recién estábamos despertando [...] y nos preparó absolutamente. O sea, sin duda nos preparó para la pandemia” (Patricia, 40 años, miembro de una organización ciclista, entrevista con las autoras, diciembre de 2020).

Mucho se dijo durante este periodo: que primero nos había tocado vivir las repercusiones del estallido social —como el decreto de estado de excepción constitucional, que tuvo como consecuencia una brutal represión de la protesta social, incendios, saqueos, destrucción de estaciones de metro y cierres de comercios, entre otros— (Heiss 2019) y que, ahora, la pandemia; como si se tratara de tragedias similares con las mismas consecuencias para muchas familias. No obstante, quienes habitan Independencia agradecen cada día que —como dice la frase

emblemática— “Chile haya despertado”, pues, gracias al nivel de articulación que generó el estallido social, pudieron afrontar de mejor manera la pandemia:

No me quiero imaginar si no hubiese estado el estallido social y hubiese sido solo la pandemia. No sé qué hubiese pasado. No sé si hubiese sido tanta la red de los vecinos. No sé si se hubiesen levantado tantas ollas comunes. No sé si la gente hubiese sido tan solidaria como lo fue en ese periodo. Yo creo que el estallido social levantó la solidaridad que tenemos en términos de articularnos, de tomar de nuevo el tejido social, de conocer a los vecinos, de hablarnos, de conversar, de preocuparnos. (Ramona, 49 años, integrante de una organización de mujeres, entrevista con las autoras, noviembre de 2020)

De la misma manera que el estallido social visibiliza las desigualdades y abusos propios del modelo neoliberal implantado en Chile, la pandemia resalta la desprotección estatal. De este modo, “la autogestión era la única vía posible para salir de la pandemia o afrontar alguno de los problemas que dejó” (Sandra, 48 años, integrante de una organización de salud, entrevista con las autoras, diciembre de 2020). Así emerge en las entrevistas: “Las medidas del Estado eran nulas. Había un montón de necesidad entre las personas, y sentir que no va nadie más a venir a ayudarnos, como que hay que ayudarnos entre nosotros, entre las personas” (Jacinta, 24 años, integrante de una organización textil, entrevista con las autoras, enero 2021). “Yo creo que si nos hubiésemos quedado solamente con las directrices del Estado, del Gobierno que nos tocó vivir en este momento, hubiese muerto mucha más gente [...]. Creo que las organizaciones sociales completas cumplieron un rol importantísimo”. (Ramona, 49 años, integrante de una organización de mujeres, entrevista con las autoras, noviembre 2020).

En este sentido, los cuidados comunitarios se develan en una trama de acciones, relaciones y significados que ha movilizado procesos de construcción de lo común (Vega 2019), con una creciente toma de conciencia sobre las condiciones estructurales precarias y la politización de vecinas y vecinos.

En primer lugar, las organizaciones sostienen que la acción generada para afrontar las consecuencias de la pandemia: “No nos corresponde. Estamos cumpliendo un rol que no nos fue asignado, pero lo estamos haciendo porque hay un vacío” (Jaime, 59 años, dirigente de una junta de vecinos, entrevista con las autoras, enero de 2021). Al mismo tiempo, se reconoce que muchos de los problemas vivenciados no son producto de la pandemia en sí, sino de la misma situación por la cual Chile estalló el 18 de octubre de 2019:

No fue una olla como de ‘ah, salió una olla en otro lado, hagamos lo mismo’ No. De verdad hay gente, y gente que lamentablemente sigue necesitando, y quizás no solo por pandemia; que es gente que siempre ha necesitado. Entonces eso igual da rabia, da impotencia, porque no debería ser así. (Nancy, 27 años, participante de una olla común, entrevista con las autoras, octubre de 2020)

Esto indica que, si bien la pandemia de la covid-19 exacerba una situación de vulnerabilidad y la hace mucho más evidente, este escenario estuvo presente antes del inicio de la pandemia en Independencia.

Al comienzo de este artículo expusimos algunas frases pronunciadas por autoridades del Gobierno nacional durante la pandemia, las cuales evidencian un gran desconocimiento de lo que estaba sucediendo en los territorios. Y es que, en reiteradas ocasiones, escuchamos a esas mismas autoridades planteando que Chile tenía tal número de contagios debido a que la gente era incapaz de cuidarse, a que eran irresponsables, inconscientes y egoístas. Dicha visión está lejos de la evaluación realizada por las personas entrevistadas, quienes ven en las acciones comunitarias desplegadas el eje central para afrontar la pandemia, estableciendo que:

Ahí uno se da cuenta que al final este lema tan mencionado últimamente de “solamente el pueblo ayuda al pueblo” es realmente cierto. Y completamente cierto. Porque la olla no seguiría parada hasta estos momentos si no fuera por la gente misma. Las asambleas que juntan dinero para comprar cosas. Los vecinos, que a veces llegaban con paquetes de tallarines, con dos salsas. (Nancy, 27 años, participante de una olla común, entrevista con las autoras, octubre de 2020)

Si bien contar con esas redes de apoyo, entre los mismos vecinos y vecinas, durante la pandemia, constituye uno de los aspectos más valorados por las personas participantes, cuando dicha solidaridad es entendida únicamente en clave de supervivencia resulta agrisadable, tal como establece una entrevistada: “lo mejor de la pandemia fue la solidaridad de la gente. Lo más triste es depender de la solidaridad” (Begoña, 41 años, dirigente de una junta de vecinos, entrevista con las autoras, octubre 2020).

En segundo lugar, las acciones solidarias que hemos señalado como cuidados comunitarios pueden viabilizar procesos de politización, como en el caso de las ollas comunes, en torno a las cuales nos subrayan que “no es solo el concepto de entregar comida” (Jaime, 59 años, dirigente de una junta de vecinos, entrevista con las autoras, enero de 2021). Esto parece suceder también con otras acciones:

Yo diría que todas [las organizaciones] se fortalecieron; creo que hubo un aprendizaje y hubo una puesta en práctica de un mecanismo de trabajo, un mecanismo de afrontamiento, o sea, hubo distribución de tareas, hubo equipo de trabajo [...]. Ahora, fue un fortalecimiento duro, o sea, a costa de mucho sufrimiento, de muchas angustias, ansiedades, de muchas tensiones para las organizaciones; pero se creó un mecanismo de afrontamiento. (Sandra, 48 años, integrante de una organización de salud, entrevista con las autoras, diciembre de 2020)

En ese sentido, lo que entendemos como cuidados comunitarios parece poseer un trasfondo más allá de la acción, pues como señala una de las personas entrevistadas:

Mi idea no es que la gente solamente pueda comer todos los días, mi idea es que la gente entienda, y este mismo discurso empiece a politizar más la cosa [...]. Hay que cambiar la división del trabajo, que la autoridad piensa y toma medidas

y el pueblo abajo recibe las medidas. (Jaime, 59 años, dirigente de una junta de vecinos, entrevista con las autoras, enero de 2021)

En tercer lugar —y para problematizar la visión de las autoridades según la cual la gente no se cuida—, debemos insistir en que los cuidados son siempre situados y, por ende, la forma que toman no puede desarraigarse del contexto sociopolítico donde estos se ejercen. Como vimos, en Independencia la respuesta a la pandemia precisa de una comunidad y de un hacer común que apunte a un horizonte compartido por el grupo:

Yo creo que hay un tema de identidad. Hay una cuestión muy fuerte de fortalecer la pertenencia a un espacio comunitario [...]. Siempre está alguien que integra la asamblea, que tiene una mirada sobre la historia, que está haciendo levantamiento de información; se recuerdan las muertes políticas, es muy fuerte eso ¿no? El recuerdo y la memoria es permanente, entonces creo que hay una idea de que el tejido social se construye desde ese lugar. Y creo también que hay una mirada sobre lo local. Tal vez no es transformar la sociedad chilena en su conjunto, que es una aspiración de largo alcance [...], yo creo que está muy fuerte el tema de la transformación territorial, de que ese espacio ciudad-territorio sea coherente con un sentido comunitario [...]. Y lo otro que es superinteresante es moverse por valores o principios. O sea, no es la lucha en sí misma, sino que es la idea de defender cuestiones que tienen que ver con la solidaridad, con el acompañar a los vecinos, con valores así superprofundos y trascendentales [...]. El fin no es la lucha solamente, es sobre todo el cuidado puesto en cómo convivimos, en cómo construimos otro tipo de relaciones. (Sandra, 48 años, integrante de una organización de salud, entrevista con las autoras, diciembre de 2020)

Al momento de abordar la valorización de los cuidados comunitarios durante la pandemia, se menciona recurrentemente lo importante que fue generar nuevas relaciones con personas que quizá nunca se hubiesen conocido, de no ser por la particular circunstancia que estaban viviendo. Además, como ya se ha podido notar, la pandemia ha logrado reforzar lazos entre vecinos y vecinas que permiten afrontar de mejor forma los problemas que se vivencian:

Las diez personas que trabajamos ahí aparecimos de repente. Como que en junio nos conocimos todos ¿y sabes qué? Hay una cosa maravillosa que nace entre medio, que es la amistad. Porque finalmente tú sin conocer a una persona estás en la misma parada. Y si no hubiera sido por la pandemia, no la hubieras conocido no más. (Begoña, 41 años dirigente de una junta de vecinos, entrevista con las autoras, octubre de 2020)

Es decir, no se trata solo de conocer a los vecinos y vecinas mediante las distintas acciones realizadas, sino de forjar fuertes lazos comunitarios. Ahora, ¿por qué enfatizamos tanto en ese *conocerse* y forjar lazos? No es solo por las implicaciones de un Estado ausente, pues si pensamos en un Chile utópico, en donde el Estado se haga cargo de proteger permanentemente y de la mejor forma posible a

las personas en situaciones de crisis, el nivel de conocimiento del territorio de las organizaciones comunitarias y de quienes viven en él no podría ser jamás alcanzado. Así, los cuidados comunitarios para el afrontamiento de situaciones de crisis se vuelven relevantes desde quienes los viven, más allá de lo que podrían otorgarles las instituciones públicas:

Yo creo que lo que queda no se tiene que terminar más. Yo creo que este trabajo de la comunidad, el escucharnos, el que las autoridades también nos escuchen, a que tenemos opinión, en que nosotros somos los que sabemos lo que pasa en el territorio y que no somos un número, somos personas que valemos, nos conocemos, nos tenemos que hacer cariño, nos tenemos que preocupar, tenemos que ser solidarios entre nosotros, [...] a pesar de todo lo malo, todas estas vidas que quedaron en el camino, yo creo que lo positivo es eso y va a ser muy difícil volverlo a cortar. Yo creo que vino para quedarse. (Ramona, 49 años, integrante de una organización de mujeres, entrevista con las autoras, noviembre de 2020).

En esta línea retomamos lo planteado por Rojas-Páez y Sandoval-Díaz (2020), en tanto el desarrollo de las capacidades de afrontamiento requiere un equilibrio en las relaciones de poder entre comunidades afectadas y organismos reponedores. Con esto, las propias comunidades son las precursoras de sus propios procesos de reparación, los cuales deben ser acompañados por voluntad política, apoyo institucional

72 ■ y espacios de participación efectiva. En la búsqueda de aportar a este camino, nos valimos de las reflexiones de las personas entrevistadas, quienes mencionan siempre que, dentro de toda la dureza de lo que les ha tocado vivir, la organización comunitaria ha demostrado su protagonismo en la situación de crisis de una Independencia estallada y pandémica. En este continuo intento por revertir las consecuencias del modelo neoliberal, si de algo están seguras es de que “Chile no volverá a ser el mismo que era antes del 18 de octubre, ni antes de la primera cuarentena” (Antonia, 48 años, participante de una olla común, entrevista con las autoras, noviembre de 2020).

Reflexiones finales

Las acciones comunitarias que hemos podido revisar, así como sus valoraciones, dan cuenta del tejido social que se logró generar en la comuna de Independencia. Este tejido se consolidó gracias a un contexto político nacional que devino en el fortalecimiento de lo común y de la organización territorial.

A nivel comunal, el estallido social tuvo gran peso; así como las mismas personas independentinas aportaron densidad al estallido al renovar la forma de relacionarse, al forjar lazos en el territorio que implican el reconocimiento de vulnerabilidades y fortalezas propias y ajenas, y al entregar energía y métodos para afrontar la vida de manera más comunitaria, a diferencia de eso a lo que el Chile neoliberal les había acostumbrado.

Lejos de sustentarse en las decisiones del Gobierno de turno, la comuna de Independencia da muestras de una organización comunitaria que abarca distintas

aristas del cuidado y de sostenibilidad de la vida. Así como indica Falú, “los cuidados son parte central del entramado social, ese en el cual se expresan las mayores desigualdades” (2020, 5). Es en tales condiciones de precariedad, pero también de organización, que la pandemia viene a ser afrontada.

Desde esta lógica, acciones que en primera instancia podrían asociarse a la caridad o solidaridad se nutren de un trasfondo político más complejo, si consideramos la reivindicación actual de los cuidados que se han politizado en estos territorios. Labores que en otras épocas fueron subvaloradas o invisibles hoy son consideradas relevantes dentro de la vida social. El trabajo de comprar, cocinar, alimentar, abrigar, y tratar física y emocionalmente está siendo aquí transparentado como un pilar irremplazable y, en algunos casos, se comprende como un trabajo que debería remunerarse.

De esta manera, las perspectivas relevadas por feministas contemporáneas (Falú 2020; Fournier 2020; Orozco 2010; Vega 2019), sobre la centralidad del cuidado para la sostenibilidad de la vida, las vemos cristalizadas en prácticas concretas y valoraciones positivas que no solo refieren al cuidado común como método de subsistencia, sino también como labor crecientemente visibilizada y valorada. Así es como, en la práctica, los cuidados comunitarios parecen ser parte de esta nueva manera de vivir la comuna, distinta de las formas anteriores, adaptable a diferentes actores y con intenciones de promover el cuidado entre vecinas y vecinos, en favor de un mejor —o posible— vivir, que acomoda antiguas y nuevas lógicas, territorios, materialidades y personalidades.

Además, estudios que no tienen como eje central el cuidado, desde una perspectiva feminista, relevan también el papel de la comunidad y la cohesión social en Latinoamérica como un importante factor de protección frente a las consecuencias de la pandemia (Alvarado 2021; Béhague y Ortega 2021; Martín y Venturiello 2021).

Finalmente, estudiar los cuidados comunitarios como estrategia de afrontamiento de las consecuencias de la pandemia es una decisión política. Reconociendo que existen múltiples relaciones de poder, elegir estudiar y abordar las resistencias es dar paso a la posibilidad de pensarlas en los propios espacios, en nuestras comunidades y territorios. Una antropología de los cuidados comunitarios, y de la posibilidad de renovar los tejidos y la trama de lo común, nos invita a pensar comunitariamente y a producir investigación que fomente y divulgue las posibilidades de una vida social cuidadora, sabiendo que todos y todas habitamos mundos que requieren reparaciones.

Referencias

1. “Alessandri tras clausura a mall chino por aglomeraciones: ‘la estupidez humana ha sido superior’”. 2020. *CNN Chile*, 17 de agosto. https://www.cnnchile.com/pais/alessandri-aglomeraciones-mall-chino-estupidez-humana_20200817/

2. Alvarado, Roxana. 2021. "Para los latinoamericanos el mayor factor de protección ante los estragos de la pandemia es la cohesión social". *Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Chile*, 13 de julio. <http://www.fau.uchile.cl/noticias/177981/para-los-latinoamericanos-el-mayor-factor-de-proteccion->
3. Arteaga, Catalina y Sonia Pérez. 2011. "Experiencias de vulnerabilidad: de las estrategias a las tácticas subjetivas". *Universum* 26 (2): 67-81. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762011000200004>
4. Atria, Jorge, Nicolás Grau, Vicente Inostroza Sánchez, Alfredo Joignant, Aldo Madariaga y Claudia Sanhueza. 2020. "La política económica frente al Covid-19 en Chile y el mundo: una invitación a ampliar las fronteras de lo posible". *Ciper Académico*, 24 de mayo. <https://www.ciperchile.cl/2020/05/24/la-politica-economica-frente-al-covid-19-en-chile-y-el-mundo-una-invitecion-a-ampliar-las-fronteras-de-lo-posible/>
5. Béhague, Dominique y Francisco Ortega. 2021. "Mutual Aid, Pandemic Politics, and Global Social Medicine in Brazil". *The Lancet*, 28 de mayo. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01002-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01002-3)
6. Biblioteca del Congreso Nacional. 2019. "Ley Fácil: Junta de Vecinos". <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/juntas-de-vecinos>
7. Censo. 2017. "Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050. Total País". <https://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/sintesis-estimaciones-y-proyecciones-de-la-poblacion-chile-1992-2050.pdf>
8. Cerda, Luis. 2020. "Presidente Piñera: 'Chile está mucho mejor preparado que Italia para enfrentar esta situación'". *La Tercera*, 18 de marzo. <https://www.latercera.com/politica/noticia/pinera-y-estado-de-catastrofe-podemos-confiscar-bienes-que-son-esenciales-para-las-personas-y-ponerlos-a-disposicion-de-la-gente/HUQGNFGE3NFPRII3LDS5IAHHWM/>
9. Clunes Clunes, Rubén. 2020. "Pandemia Covid-19 en Chile". *Question/Cuestión, Informe Especial Incidentes III* 1: 1-7. <https://doi.org/10.24215/16696581e323>
10. Comunicaciones Escuela de Salud Pública. 2020. "Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile se adjudica proyecto ANID en el marco del Coronavirus." *Escuela de Salud Pública Universidad de Chile*, 2 de julio. <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/164836/esp-se-adjudica-proyecto-de-investigacion-anid-en-el-marco-coronavirus>
11. Del Valle, Teresa. 1999. "Procesos de la memoria: cronotopos de género". *Áreas. Revista Internacional de Ciencias Sociales* 19: 211-225. <https://revistas.um.es/areas/article/view/144861/129791>
12. "Empatía cero: subsecretario de Redes Asistenciales dice que doctora murió de Covid porque 'bajó la guardia'". 2020. *El Mostrador*, 21 de noviembre. <https://www.elmostrador.cl/noticias/multimedia/2020/11/21/empatia-cero-subsecretario-de-redes-asistenciales-dice-que-doctora-murio-de-covid-porque-bajo-la-guardia/>
13. Falú, Ana. 2020. Prólogo a "El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá", compilado por Norma Sanchís, 5-7. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación

- Lola Mora; Red de Género y Comercio. <http://asociacionlolamora.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/El-cuidado-comunitario-Publicacio%CC%81n-virtual.pdf>
14. Fournier, Marisa. 2020. "Cuando lo que importa es la vida común: Intersecciones entre Economía Social, cuidados comunitarios y feminismo". En *El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá*, compilado por Norma Sanchís, 22-42. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Lola Mora; Red de Género y Comercio. <http://asociacionlolamora.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/El-cuidado-comunitario-Publicacio%CC%81n-virtual.pdf>
 15. Garcés, Mario. 2020. *Estallido social y una nueva constitución para Chile*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
 16. Garretón, Manuel Antonio. 2016. "Los desafíos del Estado contemporáneo". En *Pensar Chile desde las ciencias sociales y las humanidades. Territorio, ausencia, crisis y emergencias*, editado por Loreto Rebolledo, 19-30. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
 17. Garretón, Manuel Antonio. 2012. *Neoliberalismo corregido y progresismo limitado: los gobiernos de la concertación en Chile 1990-2010*. Santiago de Chile: Clacso.
 18. Gobierno de Chile. 2020. "Plan de acción implementado por el Gobierno de Chile para hacer frente a emergencia por coronavirus". *Chile Reports*, 13 de mayo. <https://chilereports.cl/noticias/2020/05/13/plan-de-accion-implementado-por-el-gobierno-de-chile-para-hacer-frente-a-emergencia-por-coronavirus>
 19. Gobierno Regional Metropolitano de Santiago. 2016. *Caracterización territorial para el despliegue territorial de la estrategia regional de innovación de la Región Metropolitana*. Santiago de Chile: Transformación Regional Inteligente e Innovación Institucional. <https://www.gobiernosantiago.cl/wp-content/uploads/2016/01/Caracterizacion-Comunal-de-Innovacio%CC%81n.pdf>
 20. Hardy, Clarisa. 2020. *Hambre + dignidad = ollas comunes*. Santiago de Chile: LOM ediciones.
 21. Heiss, Claudia. 2019. "El estado de emergencia que no logró controlar el estallido en Chile". *Agenda Pública*, 5 de noviembre. <https://agendapublica.es/el-estado-de-emergencia-que-no-logro-controlar-el-estallido-en-chile/>
 22. Instituto Nacional de Estadísticas y Departamento de Extranjería y Migración. 2020. *Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2019. Informe Técnico: Desagregación Regional y Comunal*. <https://www.extranjeria.gob.cl/media/2020/06/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2019-regiones-y-comunas-metodolog%C3%ADa.pdf>
 23. Inzulza, Jorge, Laura Gallardo, Eduardo Castillo y Alexandra Cambiaso. 2019. "La imagen urbana revisitada desde los imaginarios de migrantes latinoamericanos. El caso de la calle Maruri en Santiago, Chile". *Revista 180* 44: 64-79. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/revista180/n44/0718-669X-revista180-44-64.pdf>
 24. "Mañalich reconoce que 'no tenía conciencia' de la magnitud de la pobreza y hacinamiento en Chile". 2020. *T13*, 28 de mayo. <https://www.t13.cl/noticia/nacional/manalich-pobreza-hacinamiento-covid-19-28-05-2020>
 25. Márquez, Francisca. 2012. "Habitar la ciudad bárbara: La Chimba del siglo XXI". *Revista 180* 29: 6-9. <http://www.revista180.udp.cl/index.php/revista180/article/view/94>

26. Márquez, Francisca, Marcelo Colimil, Daniela Jara, Víctor Landeros y Catalina Lycan Martínez. 2020. "Paisaje de la protesta en Plaza Dignidad de Santiago, Chile". *Revista Chilena de Antropología* 42: 112-145. <https://revistadeantropologia.uchile.cl/index.php/RCA/article/view/60487/63924>
27. Martín Palomo, María Teresa y María Pía Venturiello. 2021. "Repensar los cuidados desde lo comunitario y las poblaciones vulnerables: Buenos Aires y Madrid durante la pandemia de SARS-CoV-2". *Apuntes. Revista de Ciencias Sociales* 48 (89): 127-161. <https://doi.org/https://doi.org/10.21678/apuntes.89.1471>
28. Ministerio de Salud. 2021. "Plan de acción coronavirus covid-19. Reporte diario Covid-19". <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/casos-confirmados-en-chile-covid-19/>
29. Ministerio de Salud, Chile. 2020a. "Ministerio de Salud decreta cuarentena total para la ciudad de Santiago y seis comunas aledañas". *Minsal*, 13 de mayo. <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-decreta-cuarentena-total-para-la-ciudad-de-santiago-y-seis-comunas-aledanas/>
30. Ministerio de Salud de Chile 2020b. "Indicaciones para personas en aislamiento domiciliario por covid-19. Santiago de Chile". *Minsal*, 13 de marzo. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/2020.03.13_INDICACIONES-EN-CUARENTENA.pdf
31. Morales Sáez, Nicolás. 2020. "Crisis sanitaria y 'guerra' contra el coronavirus". En *Reset. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de covid-19*, editado por Stella Evangelidou y Angel Martínez-Hernández, 179-181. Tarragona: Publicacions URV – Universitat Rovira i Virgili.
32. Orozco, Amaia. 2010. "Diagnóstico de la crisis y respuestas desde la economía feminista". *Revista de Economía Crítica* 9: 131-144. http://www.revistaeconomiacritica.org/sites/default/files/revistas/n9/7_Amaia_Orozco.pdf
33. Paley, Julia. 2001. *Marketing Democracy: Power and Social Movements in Post-Dictatorship Chile*. California: University of California Press.
34. Plan de Desarrollo Comunal de Independencia. 2020. *Diagnóstico Global Pladeco 2015-2020. Comuna de Independencia*. Independencia: Integrando Ltda. https://www.independencia.cl/wp-content/uploads/2015/08/diagnostico_global.pdf
35. Ramírez-Pereira, Mirliana, Ricardo Pérez Abarca y Felipe Machuca-Contreras. 2020. "Políticas públicas de promoción de salud en contexto de la covid-19 en Chile. Una aproximación desde el análisis". *Global Health Promotion* 28 (1): 127-136. <https://doi.org/10.1177/1757975920978311>
36. Rojas-Páez, Luisa y José Sebastián Sandoval-Díaz. 2020. "Habitando 'no lugares': subjetividad y capacidades familiares ante un desastre siconatural en Chile". *Íconos. Revista de Ciencias Sociales* 66 (24): 59-80. <https://doi.org/10.17141/iconos.66.2020.3883>
37. Sanchís, Norma, comp. 2020. *El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Lola Mora; Red de Género y Comercio. <http://asociacionlolamora.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/El-cuidado-comunitario-Publicacio%CC%81n-virtual.pdf>

38. Vega Solís, Cristina. 2019. "Reproducción social y cuidados en la reinención de lo común. Aportes conceptuales y analíticos desde los feminismos". *Revista de Estudios Sociales* 70: 49-63. <https://doi.org/10.7440/res70.2019.05>
39. Vega Solís, Cristina y Encarnación Gutiérrez Rodríguez. 2014. "Nuevas aproximaciones a la organización social del cuidado. Debates latinoamericanos". *Íconos. Revista de Ciencias Sociales* 18(3): 9-26. <https://www.flacsoandes.edu.ec/agora/62826-nuevas-aproximaciones-la-organizacion-social-del-cuidado-debates-latinoamericanos>
40. Vega Solís, Cristina, Raquel Martínez Bujan y Myriam Paredes, eds. 2018. *Cuidado, comunidad y común. Extracciones, apropiaciones y sostenimiento de la vida*. Madrid: Traficante de Sueños.