

COLECCION EXPERIENCIAS SITUADAS

TODO ERA COVID:

la **pandemia** desde
las **voces de las**
mujeres de la **zona sur**
de **Cochabamba**

Mónica Rocha Medina (coord.)

CEESP

CENTRO DE ESTUDIOS POPULARES

TODO ERA COVID:

La pandemia desde las voces de las mujeres de la zona sur de Cochabamba

TODO ERA COVID:

La **pandemia** desde
las **voces de las**
mujeres de la **zona sur**
de **Cochabamba**

Mónica Rocha Medina (Coord.)

Equipo de Apoyo

Huáscar Salazar Lohman

Nelly Carrasco

Laura Sauma Ligia

Liz Alejandra Quiñones Segovia

Todo era Covid. La pandemia desde las voces de las mujeres de la zona sur de Cochabamba– Mónica Rocha Medina (Coord.) – Cochabamba: Centro de Estudios Populares CEESP, 2023.

Diseño de portada: Adriana Herbas Cordero.

Cuidado de edición y corrección de estilo: Paola Mercado Mercado.

Diseño y diagramación: Gabriela J. Rus

Primera edición 2023.

Coordinadora:

Mónica Rocha Medina

Equipo de Apoyo:

Huáscar Salazar Lohman

Nelly Carrasco

Laura Sauma Ligia

Liz Alejandra Quiñones Segovia

Edición:

Centro de Estudios Populares

Cochabamba-Bolivia

Contacto: epopulares@ceesp.org.bo

ISBN: 978-9917-9901-1-6

Depósito Legal: 2-1-252-2023



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:

Atribución — Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.

NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales.

CompartirIgual — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

El contenido de la publicación es responsabilidad exclusiva del Centro de Estudios Populares y no refleja necesariamente la postura del Ayuntamiento de Igualada ni de la Asociación APROP, instituciones a las que se agradece por el apoyo financiero para la realización de este documento.

Índice

1. <i>Introducción</i>	7
2. <i>La vida en el centro en tiempos de coronavirus</i>	17
¿Qué significa poner la vida en el centro?.....	18
3. <i>Una pandemia que afectó más a las mujeres de sectores populares</i>	25
Una crisis sanitaria con rostro femenino.....	28
4. <i>¿Cómo se enfrentó la pandemia en Bolivia?</i>	36
5. <i>Una aproximación a la zona sur de Cochabamba</i>	42
6. <i>Efectos de la pandemia en mujeres de la zona sur de Cochabamba</i>	51
La violencia política que debe considerarse.....	53
Efectos económicos de la pandemia desde la perspectiva de mujeres de la zona sur de Cochabamba.....	55
Efectos de la pandemia en la salud desde la perspectiva de mujeres de la zona sur de Cochabamba.....	69
Efectos de la pandemia en el incremento de la violencia de género desde la perspectiva de mujeres de la zona sur de Cochabamba.....	85
7. <i>A modo de conclusión</i>	95
8. <i>Bibliografía</i>	99
9. <i>ANEXO</i>	103

1

Introducción

Con la pandemia el mundo cambió dramáticamente. Las cuarentenas y, en general, todas las medidas restrictivas, transformaron la manera en que las personas construían sus relaciones, también entraron en crisis nuestras propias certezas sobre la realidad que nos rodea y que hasta hace no mucho parecían muy sólidas. Pero a medida que transcurría el año 2020, las imágenes distópicas se convirtieron en lo *cotidiano*, el desabastecimiento de los mercados para enfrentar largas cuarentenas, calles repletas de personas con mascarillas que antes se asociaban con establecimientos médicos, restricción de viajes y muchas otras situaciones que en otros tiempos habrían sido simplemente concebibles solo como parte de una película de ficción unos años antes.

El miedo y la angustia pasaron a estar a la orden del día, lo que además empeoraría como consecuencia de las medidas que fueron asumidas por los gobiernos, medidas que convirtieron al mundo en un aparente gran campo de batalla –enfrentar al virus se convirtió en una *guerra*–, aunque nunca quedó claro quiénes eran los enemigos: en algunas circunstancias era el virus –y tampoco quedó claro cómo enfrentar una guerra contra un ente microscópico–, en otros momentos el enemigo fue la propia población que no era capaz de cumplir las medidas de confinamiento porque no tenía las condiciones materiales para hacerlo. Con todo, la confusión y el miedo se convertirían en sentimientos generalizados.

Por otro lado, algo paradójico fue la manera en que la pandemia afectó a la sociedad de manera completamente desigual. En

aquel entonces, aunque a través de los medios de comunicación se señalaba: “todos estamos en el mismo barco”, la realidad era distinta.

En el caso de Bolivia, la pandemia visibilizó las facetas clasistas, coloniales y machistas de una sociedad que no ha logrado, ni mucho menos, resolver cuestiones relativas al cuidado de la vida, por lo que fueron los sectores populares los que recibieron el embate más duro. Sectores que, en la mayoría de los casos, y por el tipo de trabajo que realizan, no podían “teletrabajar” –el gran mito del confinamiento–, lo que terminaría afectando su situación económica y generando condiciones muy difíciles de subsistencia. O peor aún en el caso de las mujeres que le pusieron el cuerpo a la crisis haciéndose cargo de la subsistencia de sus familias en condiciones muy adversas: desempleadas, asumiendo la sobrecarga de los trabajos de cuidado y en situación de violencia en sus hogares.

Además, todo lo anterior empeoró debido a la crisis política que sacudió al país en los meses de octubre y noviembre de 2019, y a todo el escenario de confrontación y polarización posterior. Ello significó la creación y recreación de un conjunto de estigmas que terminaron politizando la pandemia e instrumentalizando sus consecuencias, lo que lastimosamente tuvo un elevado costo social, humano y económico; para la población de los sectores populares. Cabe agregar que el estado de excepción instaurado a partir de la pandemia (militarización, control de la población, etc.) y desde los andamiajes clasistas y racistas de nuestra sociedad, se recreó la idea de un enemigo, los sectores populares.

El Centro de Estudios Populares (CEESP) trata de entender las consecuencias de la pandemia en sectores populares,

particularmente desde las propias miradas y voces de las actoras directas. Para ello se consideró la zona sur de Cochabamba, concretamente el Distrito 9, una de las zonas periurbanas de la ciudad con una de las tasas de crecimiento más elevadas del departamento, a causa de la migración campo-ciudad o migración de otros departamentos del país; ello a su vez ha derivado en un crecimiento demográfico desordenado, a pesar de esto, la zona sur de Cochabamba es una zona en la que coexisten un conjunto de organizaciones sociales de base, con amplia capacidad organizativa para gestionar un conjunto de problemáticas comunes, entre ellas, por ejemplo, las carencias respecto a servicios básicos.

En medio de la pandemia, la situación de vida específicamente en la zona sur de Cochabamba se deterioró de muchas maneras. Una de ellas relacionada con el factor económico, ya que como los mismos vecinos aseveran, gran parte de esta población “vive al día”; es decir, subsisten realizando trabajos informales, cuyos réditos son ínfimos y en cuanto se dejan de hacer, dejan de generar retribución monetaria. Otra está relacionada con el factor social; las medidas de cuarentena tuvieron grandes consecuencias en salubridad, muchas familias llegaron a tener dificultades para acceder a recursos vitales, entre ellos el agua para consumo humano, y es que gran parte del Distrito 9 no posee una red de distribución, solo puede acceder a este recurso a través de camiones cisterna, los que comercializan agua a precios elevados. Otro factor tuvo que ver con lo político, para muchos habitantes de la zona sur de Cochabamba la pandemia no solo significó una crisis sanitaria, sino también, un momento de miedo frente al discurso represivo impulsado por el gobierno de turno y el estado de excepción instaurado en todo el país. Por otro lado, el elevado nivel de violencia política, que en el Distrito 9 se tradujo en un estigma discriminador, secundado

por la militarización de la ciudad; todo ello tuvo efectos en el día a día de sus habitantes.

Ahora bien, como distintas fuentes han venido señalando desde que se inició la pandemia, el grupo social más afectado está conformado por mujeres, en especial aquellas que hacen parte de estratos populares. Como ejemplo, un documento de la ONU señala que “en América Latina y el Caribe, desde antes de la pandemia, las mujeres dedicaban el triple de tiempo que los hombres al trabajo de cuidados no remunerado, esta situación se ha visto agravada por la creciente demanda de cuidados y la reducción de la oferta de servicios causada por las medidas de confinamiento y distanciamiento social adoptadas para frenar la crisis sanitaria” (ONU Mujeres y CEPAL, 2020). Los efectos sobre las mujeres tuvieron una impronta multidimensional, más allá de la carga laboral productiva y reproductiva, disminuyeron los servicios de salud y el acceso a los mismos, aumentó la dependencia económica, se incrementaron los niveles de violencia al interior de las familias, incremento del estrés que ha conllevado una afectación a su bienestar psicosocial, entre otras problemáticas más. Es decir, la pandemia afianzó un conjunto de relaciones que producen desigualdades y jerarquías en un mundo patriarcal.

Es por lo anterior que el CEESP ha fijado su atención en las *consecuencias de la pandemia desde el punto de vista de las mujeres, tanto en sus vidas como en su entorno, en el Distrito 9 de la zona sur de Cochabamba*, una problemática que, aunque conocida por encima, no se tiene claridad sobre las consecuencias efectivas en la vida cotidiana de las personas. Para ello se ha implementado el proyecto: “Diálogo entre mujeres de sectores populares sobre las problemáticas derivadas de la pandemia (Cochabamba-Bolivia)”, entre los meses de agosto de 2021 y mayo de 2022, con

el apoyo financiero del Ayuntamiento de Igualada (Cataluña, Estado Español), a través del apoyo de la institución APROP.

La intención de la investigación-acción, ha sido profundizar sobre los efectos de la pandemia en la vida de las mujeres de esta zona urbana de Cochabamba, a través del levantamiento de información de primera mano (cualitativa y cuantitativa) con las propias actoras, generando, además, un diálogo nutrido que permita compartir y analizar experiencias.

El eje central que dio vida al proyecto fue la organización y consolidación de este espacio, denominado: *Asamblea Popular de Mujeres*. Una asamblea conformada por mujeres de varias Organizaciones Territoriales de Base (OTB) de la zona sur de Cochabamba que se reunían –y todavía lo hacen– una vez al mes para dialogar, aprender sobre temáticas elegidas por ellas y compartir sus experiencias.

Este espacio asambleario en el que la agenda de trabajo y discusión ha sido definida por las propias mujeres participantes de las asambleas, en coordinación con el equipo del CEESP; fue concebido desde una dinámica flexible. Si bien la institución realizó algunas sugerencias en el transcurso del proyecto, primaron las ideas vertidas por las mismas mujeres. Es así como, finalmente, la agenda de discusión fue resultado de debates y consensos internos de este espacio, que incluyó temáticas relativas a: la violencia contra las mujeres, el estrés psicológico, las problemáticas económicas que atraviesan en el presente, la precariedad laboral o el precario sistema de salud.

La dinámica de los encuentros también fue acordada por las mujeres que participaron en estos espacios y en general puede resumirse en tres tipos de actividades: 1) un diálogo más íntimo *entre mujeres* en el que las participantes compartieron sus

experiencias sobre los temas acordados para cada encuentro, 2) la participación de algún invitado o invitada especialista en el tema tratado para poder recibir más información al respecto, así como plantear las preguntas necesarias y, finalmente, 3) un momento de aprendizaje de algún conocimiento más instrumental, como repostería o capacitación, que permitió a las participantes no solo lograr alguna destreza –por más pequeña que esta fuese–, sino también contar con un espacio de diálogo más informal y de dispersión, algo que es muy valorado luego de años de pandemia. Con todo, la posibilidad del diálogo, de poner en palabras la experiencia, a veces cargada de dolor, indignación o triunfalismo, es una forma de autocuidado, que, al ser compartida, sin juzgamiento sino de forma empática se convierte en cuidado colectivo.

De esta manera, esta *dinámica asamblearia* –que hace parte de una tradición tan instalada en la cultura popular boliviana– ha permitido realzar, conocer y reconocer de mejor manera lo que ellas como mujeres de esta zona periurbana de Cochabamba desde su *vida cotidiana* tuvieron que afrontar en estos años de pandemia.

Cabe agregar, que el ejercicio de Asamblea es un horizonte político feminista que genera un espacio de escucha y participación; así coincide Gago al afirmar que el mismo es un espacio de producción de alianza entre mujeres. Así también, María Galindo plantea la idea del Parlamento de Mujeres, entendiéndolo como un espacio donde no hay necesidad de representación ni búsqueda de acuerdos sino más bien existe una construcción colectiva; un mosaico de visiones diferentes que se integran por su complejidad. Desde un enfoque feminista este ejercicio lleva a preguntas como: qué horizontes comunes tenemos como mujeres, o cómo nos vinculamos entre nosotras,

o –a decir de Raquel Gutiérrez–, qué es lo que queremos que pase; en fin, preguntarnos por los diversos problemas que afectan a las mujeres y a la sociedad en general, así como las múltiples posibilidades que ofrecen las mujeres frente a los problemas que enfrentan.

Este documento fruto del esfuerzo colectivo/colaborativo, involucra la sistematización de resultados, con la finalidad de exponer los efectos que la pandemia tuvo en el grupo de mujeres antes mencionadas. Pero no solo como una descripción de aquellos problemas, sino también entendiendo que los mismos están inscritos en un escenario preexistente complejo que amplificó y empeoró el impacto de la crisis sanitaria.

Con ese fin, se ha trabajado sobre las narraciones planteadas por las mujeres en el espacio asambleario; identificando, según las temáticas de discusión los principales elementos de estas narrativas y, en especial, aquellos elementos que fueron compartidos por las participantes de estos diálogos y que son citados a lo largo del documento. Este criterio cualitativo es la guía para el trabajo de investigación y ha orientado tanto las temáticas que fueron abordadas, como el proceso mismo de interpretación de la realidad estudiada.

Es de este proceso que se derivan los tres ejes que organizan el trabajo: el primero relativo a las consecuencias económicas. Cuando se habla con las mujeres que participaron de los distintos diálogos, las dificultades económicas que sobrellevaron durante las cuarentenas –y las consecuencias que viven hoy en día–, es lo primero que sale a la luz, y no es de extrañarse debido a la ya precaria situación en la que se vive en las zonas periurbanas de Cochabamba. El segundo, relacionado con los problemas del sistema de salud. No solo fueron las dificultades para acceder

a atención sanitaria, sino que tanto las mujeres como sus familias no podían acceder a servicios médicos –para atención en covid-19 u otras enfermedades– porque los centros de salud estaban abarrotados y mostraban su ineficiencia tanto por la infraestructura como por la cantidad de personal dispuesto para la atención; en ese momento la atención sanitaria enfocada en la mujer no fue prioritaria para el Estado boliviano. Además del incremento del estrés sobre la vida de las mujeres, debido a la precarización de sus condiciones materiales de vida, también tuvo efectos en su bienestar psicosocial. Esta fue la dramática y dolorosa constatación de un sistema de salud que sigue un modelo biomédico, tan precario. Un tercer tema que emergió de las discusiones, aunque siempre con mayor reticencia, está relacionado con los dos puntos anteriores y secundado por largos procesos de confinamiento, estos últimos, incrementaron los niveles de violencia en los hogares; el tema relativo a la violencia intrafamiliar y, concretamente, la violencia contra las mujeres es el tercer punto para tratar; las formas en las que viven la violencia y algunas estrategias para hacer frente a esta problemática.

Estos ejes temáticos permiten el desarrollo de este libro. Y es a partir de ellos que la investigación también adquiere un componente cuantitativo secundario, pero no por ello menos importante. En relación con estas tres temáticas, la investigación realizó un muestreo estratificado exploratorio en cuatro OTB de la zona sur de Cochabamba (24 de junio, Pampitas Mejillones, San Nicolás y Encañada). Si bien, por temas presupuestarios, no se pudo realizar este muestreo en toda la zona sur, los resultados de la encuesta permiten reforzar los testimonios planteados por las mujeres que participaron en las Asambleas Populares de Mujeres y posibilitan dimensionar la proporción de los efectos en la población estudiada (la

metodología del levantamiento de esta encuesta se puede consultar en el Anexo).

Como el lector o lectora podrá observar, en este documento se prioriza una mirada que pone *la vida en el centro*. Esto se entiende como una apuesta interpretativa y epistémica para tratar de comprender lo que pasó en términos de esos esfuerzos: ¿se volvieron más pesados y/o se recargaron?, ¿se volvieron más colectivos o en su defecto, se individualizaron?, ¿recibieron algún respiro por lo que entendemos como política pública?, etc. Es decir, prestar atención a las consecuencias que las mujeres de sectores populares de la ciudad de Cochabamba vivieron a causa de la pandemia.

Es así como el punto de partida es una breve conceptualización sobre lo que se entiende por *poner la vida en el centro*. Se intenta plantear un conjunto de pistas intelectivas sobre las cuales se realizará un análisis posterior. En segundo lugar, se problematiza lo que significó la pandemia en el mundo actual, sus impactos para los sectores populares y, en particular, para las mujeres de estos sectores. En tercer lugar, se presenta el análisis concreto de lo que la pandemia significó para las mujeres del Distrito 9 de la zona sur de Cochabamba, separando esta exposición en tres subapartados: 1) efectos económicos, 2) efectos sanitarios y 3) efectos relativos a la violencia. En estos tres subapartados se conjuga información cualitativa y cuantitativa, resultado de este proyecto. El documento presenta un cierre que, más que conclusiones, son algunas reflexiones para abrir una discusión sobre la pandemia, cuidados y sectores populares, finalmente, en anexo se presenta el diseño metodológico del muestreo realizado.

Este trabajo es resultado de múltiples esfuerzos, por eso queremos agradecer, en primer lugar, a las mujeres de las diferentes OTB del Distrito 9 de la zona sur de Cochabamba que han sido parte de los diálogos en los espacios asamblearios, a las dirigencias de las OTB que participaron de este estudio por impulsar la participación de las mujeres, a Paloma Rojas Saunero y July Barrios por compartir su experticia en el tema de salud de las mujeres, a Jorge Miguel Veizaga por el trabajo en el diseño muestral de la parte cuantitativa del estudio y a las trabajadoras de los centros infantiles y otras mujeres de las OTB por su apoyo en la recolección de información cuantitativa. Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo financiero de el Ayuntamiento de Igualada y de la Asociación APROP.

2

La vida en el centro en tiempos de coronavirus

Han pasado casi dos años desde la declaración de pandemia del coronavirus. Luego de este tiempo se acostumbra a escuchar que habitamos una “nueva normalidad”, que no es otra cosa que un eufemismo para decir que nada ha vuelto a ser *normal* –si tal cosa existe– o, más sencillamente, que nada ha vuelto a ser como antes.

Los confinamientos voluntarios y obligatorios modificaron sustancialmente la manera de acercarse al mundo y de relacionarse con él. La posibilidad de contraer la enfermedad significó un riesgo latente y un miedo que limitó de muchas maneras en las interacciones. El mundo se volvió un *lugar* más agreste de lo que generalmente es y la mayoría de las políticas de contención de la emergencia sanitaria no hicieron otra cosa que incrementar esta situación.

Además, y esto es algo sobre lo que se tiene que seguir profundizando, la pandemia, o más bien, sus efectos tuvieron clase social, color de piel, orientación sexual, u otros clivajes que históricamente generan desigualdades y exclusiones en la sociedad. No es lo mismo vivir cuarentenas forzosas en algún país africano inmerso en largas guerras que hacerlo en Noruega, ni tampoco es lo mismo hacerlo en una misma ciudad cuando unos son asalariados que poseen ingresos fijos y permanentes y otros son trabajadores informales cuyos ingresos son variables y en algunos casos inciertos. La pandemia puso tan en evidencia las diferencias al interior de la sociedad mundial, y boliviana en

particular, y no hablar de ello no hace otra cosa que profundizar estas problemáticas.

En este apartado vamos a hacer un esfuerzo por exponer la perspectiva que permite comprender la realidad social poniendo la *vida en el centro*. En otras palabras, cómo se construye una socialidad en las relaciones sociales que tienen como fin cuidar la vida y no utilizar la vida para producir valor de cambio que será apropiado de manera privada. Esta es una diferenciación epistémica (i.e. una manera diferenciada de intelección para comprender lo que sucede en la realidad social) que implica una diferenciación práctica a la hora de abordar las problemáticas que afectan a la sociedad que, como veremos, comienza por quién *se hace cargo* de generar esas transformaciones.

A partir de este abordaje epistémico-conceptual, podremos adentrarnos en una mirada *general* de la pandemia y de lo que significó en términos generales para un mundo que, por lo general, no se organiza en torno a la vida, sino a la generación de excedente para el capital; lo que ha tenido profundas implicaciones e impactos muy importantes, en general, para los sectores más precarizados y, en especial, para las mujeres que hacen parte de estos sectores. Con esta explicación será posible –en el siguiente apartado– pasar al caso concreto de la zona sur de Cochabamba, y exponer con mayor detalle los efectos que las mujeres que habitan allí vivieron en estos últimos años.

¿Qué significa poner la vida en el centro?

Parece un *cliché* de nuestros tiempos hablar de “poner la vida en el centro”. Desde muchos puntos pareciera una obviedad y, desde otros, un esnobismo de los últimos tiempos, una mirada posmoderna que deja de lado las contradicciones centrales de la sociedad capitalista, que deja de considerar lo que realmente

existe, como la *real politik*, para caer en el plano de lo *hippie apolítico*. Y no se niega la importancia de entender que, casi desde que el capitalismo es lo que es, siempre han existido posturas romantizadas de las transformaciones sociales, muchas de ellas se presentan como un conjunto de valores y deseos éticamente deseables contrapuestos a lo malo del capital o a quienes hacen el mal, como si de una cuestión deontológica se tratase.

Poner la vida en el centro es una propuesta epistémico-política radical –en el sentido que sus implicaciones tienden a “afectar a la raíz”–. Representa un esfuerzo por aprehender, entender, operar y organizarse frente a una realidad social que se ciñe por la ley del valor, i.e. por la manera capitalista de organizar la vida para poner la *acumulación privada en el centro*, como fin último de la existencia humana y no humana. Poner la vida en el centro implica que la vida, en general, es lo que importa, y el conjunto de esfuerzos colectivos se subordinan a este fin.

Asimilar esto en una sociedad capitalista tiene muchas implicaciones y parte por entender cómo se organiza una sociedad con el fin de hacer viable la reproducción social de la vida –o en términos vivibles como plantea Judith Butler- y cuáles son las formas alternativas existentes –no prefiguradas ni inventadas–. Para ello es importante comprender que este trabajo en ningún momento se asume como neutro frente a la producción del antagonismo social que emerge en una sociedad regida por el valor de cambio, la lectura realizada parte de una apuesta que se sitúa confrontando a las diversas relaciones de dominación y buscando recuperar, crear o amplificar las condiciones políticas, materiales y simbólicas para dar cabida a una política que se preocupa y se ocupa de poner la vida en el centro.

Esto significa comprender que aquella capacidad humana de imprimir una forma a su socialidad –lo que Bolívar Echeverría (1998) denomina como *politicidad*– se gesta en torno a una serie de relaciones que son cultivadas con el fin de garantizar y decidir sobre asuntos relativos a la producción material y simbólica para dar curso a la vida biológica y social de una colectividad. Al conjunto de estas relaciones es a lo que se denomina como *producción de lo común* (Gutiérrez, Navarro, y Linsalata, 2016).

Lo importante es resaltar la diferencia entre la *forma comunitaria* de gestión de la vida, en la que la decisión colectiva que se produce en ella tiene el objetivo de organizar la actividad humana y la distribución del excedente social en torno a la reproducción de la vida. En contraposición: la articulación de la *forma estatal* como ámbito especializado de gestión de la decisión –expropiando y monopolizando la misma–, y la *forma capital*, en la que el hacer humano es subordinado a la lógica de producción del valor de cambio. Esta distinción conlleva una serie de implicaciones epistémicas, teóricas y metodológicas en el momento de comprensión de los fenómenos sociales. Para el interés de este libro, acá se puntualizarán cuatro de ellas.

Primero, *la política no puede ser reducida a una identidad con la esfera de lo estatal*, la capacidad de decidir sobre asuntos públicos no es un atributo exclusivo del Estado. En todo caso la relación estatal implica la expropiación y la búsqueda del monopolio de esa capacidad de decisión. La capacidad de decidir sobre asuntos públicos que se produce en diversas tramas asociativas, en formas de relaciones sociales cotidianas es también política, aunque una política que no puede *separarse* del hacer cotidiano en torno a la reproducción de la vida y, por eso, es una forma de decidir que adquiere una naturaleza distinta a la del Estado,

no está enajenada. En cierto sentido esto también puede comprenderse como lo que Luis Tapia denomina *subsuelo político*, i.e. como “aquel conjunto de prácticas y discursos políticos que no son reconocidos social y estatalmente, pero emergen como forma de asociación, interacción y opinión sobre la dimensión política y de gobierno de las sociedades” (Tapia, 1998), aunque para este caso valdría la pena que el no ser reconocido por el Estado, más que ser un atributo es una consecuencia de una *politicidad* no estatal.

A esta política que emerge desde abajo, desde el día a día de la gente que se preocupa por hacer posible su existencia y que no depende –o no totalmente– del Estado, como conjunto de instituciones que buscan monopolizar estas decisiones, es a lo que llamamos *política de la vida cotidiana*. Una idea que se nutre de la mirada fenomenológica del *mundo de la vida cotidiana*, pero que va más allá de ella.

La idea de un mundo de la vida cotidiana, derivada de toda la escuela fenomenológica que tiene como punto de partida el trabajo de Edmund Husserl a principios del siglo pasado, y aunque después tuvo múltiples ramificaciones, desde el punto de vista sociológico nos interesa conceptualizar dos ideas generales: como el ámbito de la realidad que el sujeto simplemente “presupone en la actitud de sentido común” (Schutz y Luckmann, 2003: 25) y cómo “el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, crean la posibilidad de la reproducción social” (Heller, 2002: 37). Estas ideas permiten asimilar que los actores se desenvuelven en su mundo de una manera pragmática, haciendo evidente el carácter social de las representaciones y su necesidad de existencia para que ese mundo social siga existiendo. Así pues, una *política de la vida cotidiana* implica esa

capacidad de coproducción colectiva de decisión para habilitar la posibilidad de reproducción social, lo que permite que ese mundo social siga existiendo.

Esto nos lleva al **segundo** punto: *la política de la vida cotidiana – que también podemos denominar política de lo común– no puede reducirse a la idea de una “comunidad ancestral” inalterada en el tiempo.* La política de la vida cotidiana es una relación que se produce cotidianamente y en distintos ámbitos de socialidad, la gran mayoría de veces como parcialidad, cohabitando –de manera tensa–, con formas estatales y capitalistas de socialidad. Pensemos en todos los haceres y bienes que usufructuamos y/o disfrutamos en la vida y que el capital no determina ni subordina completamente, y que, además, lo hacemos a partir de acuerdos que realizamos con otras personas en tanto colectividad, sin pedir permiso, y que al hacerlo se actualizan vínculos duraderos con esas personas.

El **tercer** punto: en tanto la política que emerge de la gestión común de la vida, no existe en estado de pureza, sino que, en un mundo en el que la gestión del poder se organiza en torno a los Estados nacionales, *la política comunitaria y la política estatal coexisten tensa y contradictoriamente, permeándose mutuamente,* aunque es la estatal –desde su vocación universal– dominante– la política que trata de subordinar a la comunitaria, apropiándose además, cuando lo logra, de sus formas creativas de tal forma que termina anulándola, mientras que la comunitaria trata de trascender, esquivar, enfrentar, de-formar a lo estatal para conservar, producir o ampliar su propia autónoma y capacidad de decisión colectiva.

Es por este motivo que la política de lo común no necesariamente es anti-estatal –aunque sí puede serlo en ciertos momentos–,

sino que es fundamentalmente *no-estadocéntrica*, i.e. una política que está en permanente relación con la política estatal, pero que tiene como objetivo la reproducción de la vida y las decisiones que colectivamente se producen, a través de su capacidad dialógica, en torno a esa reproducción, si para ello en cierto momento se debe estratégicamente *jugar* bajo los términos que plantea el Estado, lo harán, pero siempre en aras de ampliar o defender el despliegue comunitario de la política. Ejemplo de ello: el lograr, a partir de diversas estrategias –habilitadas o no por el Estado– la concreción de una ley que garantiza la soberanía política de un pueblo indígena, lo cual no debe ser entendido como un simple “reconocimiento” del Estado, sino como un *límite* impuesto por la política comunitaria a la política estatal en la propia cancha de juego de la política estatal.

El **cuarto** punto es el *carácter femenino que adquiere la política de la vida cotidiana*. No se trata de esencializar ni idealizar este tipo de política, sino de entenderla en su dimensión práctica. Lo que pasa es que en un mundo que organiza las relaciones de género patriarcalmente, históricamente la política estadocéntrica y los procesos de acumulación de capital han quedado bajo el control de varones. En cambio, gran parte de las actividades relacionadas con la reproducción de la vida han quedado fijadas como un rol de género femenino relegado a un ámbito privados, en tanto, son presentadas como actividades “improductivas” (Federici, 2010). Es por este motivo que la política de la vida cotidiana tiene un asidero mucho más profundo y central –por lo menos en las sociedades urbanas– en la propia práctica femenina, desde el hecho de que se ocupa de aquellos temas que pueden parecer “poco importantes” y es también desde ahí que se convierte en formas de resistencias frente a la política estadocéntrica y del capital.

Esta política de la vida cotidiana desde su carácter femenino tiene que ver con la capacidad enunciativa de las mujeres que dan su tiempo para estar entre mujeres en diferentes espacios que ellas mismas van construyendo y en los cuales dialogan y se hacen una serie de interrogantes, desde por qué hay la necesidad de reunirse, cuáles son los problemas que las aquejan, a sus familias y su comunidad; cómo resuelven sus problemas económicos y mejoran sus condiciones materiales de vida, qué situaciones de violencia atraviesan las mujeres, etc.

3

Una pandemia que afectó más a las mujeres de sectores populares

La pandemia producida por la enfermedad de la covid-19 ha trastocado sustancialmente las condiciones de vida de gran parte de la población mundial. Ha puesto de manifiesto la fragilidad de las sociedades del presente y el conjunto de desigualdades sobre las cuales estas se erigen. Por un lado, quedó en evidencia la precariedad sanitaria a la cual no pueden acceder las grandes mayorías del planeta, mucha gente murió no por el virus, sino porque no tuvieron atención médica, tanto para tratar la infección por el SARS-CoV2 como para el conjunto de enfermedades que se dejaron de atender por la pandemia.

Pero no solo fue eso. En el momento en que se declaró la pandemia, la mayoría de los países del mundo implementaron rápidamente un conjunto de medidas para la contención de los contagios, la estrategia más utilizada fue el confinamiento de millones y millones de personas. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), para abril de 2020, alrededor de 2,7 mil millones de trabajadores estaban sometidos a medidas de cuarentena, es decir, más del 80% de los trabajadores del mundo dejaron paralizadas sus actividades (OIT, 2020). Cuando esto sucedió, la gran mayoría de los sectores populares se vieron fuertemente afectados, en especial aquellos que viven del día a día y que no pudieron “teletrabajar”, en muchos casos –como se verá en este texto– la pandemia obligó a muchas personas a elegir entre “hambre o virus” y para muchos, incluso, fueron las dos cosas.

Ello trajo consigo serias consecuencias sobre el bienestar de la población mundial y generó mayor precarización de la existente previamente a la pandemia. Un estudio de la OIT estimaba que para 2018 más del 60% de la población mundial se ganaba la vida en el sector informal. En cuanto a las diferencias de género, si bien se indica en el mencionado estudio que el 63% del trabajo informal es realizado por varones y el 58,1% por mujeres, son las mujeres las que se encuentran en situaciones más vulnerables con remuneraciones e ingresos menores a la de los varones (OIT, 2018). Según un reciente informe (Hill, Lakner, Mahler, Narayan, y Yonzan, 2021) se estima que el impacto sobre el nivel de ingresos del 40% de la población más pobre del mundo ha sido más del doble que el impacto del 40% con ingresos más elevados. Ello, en gran medida, se debe a que los salarios mejor pagados están relacionados con trabajos formales –muchos de los cuales mantuvieron su nivel de ingresos pese a las medidas de confinamiento–.

Con todo, la pobreza se incrementó de manera sustancial en el mundo entero, en términos cuantitativos “se calcula que 97 millones de personas más vivirán con menos de 1,90 dólares al día en 2021 debido a la pandemia, y 163 millones más vivirán con menos de 5,50 dólares al día. El número de pobres ha aumentado en todas las regiones” (Hill et al., 2021). De forma cualitativa, muchos de esos hogares en situación de pobreza son hogares monoparentales, que representan el 78% de los hogares donde hay una sola cuidadora o cuidador, que en América Latina enfrentan condiciones de mayor vulnerabilidad, “estos hogares afrontan la crisis de COVID-19 en condiciones de pobreza extrema, con ingresos limitados y precarios, y con una sobrecarga de las mujeres jefas respecto de las demandas del trabajo reproductivo y productivo, en caso de que puedan

mantener su empleo” (Bergallo, Mangini, Magnelli, y Bercovich, 2021).

Sin embargo, no se puede dejar de tener en cuenta que las múltiples consecuencias pandémicas no son circunstanciales y, mucho menos, aleatorias. Es decir, no solo tienen que ver con el virus, sino con el conjunto de desigualdades e injusticias, condiciones estructurales que hacen a la sociedad actual. Como señala Boaventura De Sousa Santos, la situación de los trabajadores precarizados en esta pandemia tiene que ver con el neoliberalismo y con el avance de las relaciones capitalistas y patriarcales durante las últimas décadas:

Después de cuarenta años de ataque a los derechos de los trabajadores en todo el mundo por parte de políticas neoliberales, [los trabajadores precarizados] prevalecen a nivel mundial, aunque las diferencias de un país a otro son muy significativas. ¿Qué implicará la cuarentena para estos trabajadores, que tienden a ser los primeros en ser despedidos cada vez que hay una crisis económica? El sector de servicios, donde abundan, será una de las áreas más afectadas por la cuarentena. El 23 de marzo, India declaró la cuarentena durante tres semanas para 1.300 millones de personas. Teniendo en cuenta que en India entre el 65% y el 70% de los trabajadores pertenecen a la economía informal, se estima que 300 millones de indios no tuvieron ingresos. En América Latina, alrededor del 50% de los trabajadores están empleados en el sector informal. Asimismo, en el caso de Kenia o Mozambique, debido a los programas de ajuste estructural en las décadas de los ochenta y noventa, la mayoría de los trabajadores son informales, es decir, dependen de un salario diario. Incluso aquellos con empleo formal poseen pocos beneficios contractuales. La recomendación que hizo la OMS acerca de trabajar en casa y autoaislarse es impracticable, ya que obliga a los trabajadores a elegir entre ganar el pan de cada día o

quedarse en casa y pasar hambre. Las recomendaciones de la OMS parecen haber sido diseñadas con una clase media en mente, que es una pequeña fracción de la población mundial. ¿Qué significa la cuarentena para los trabajadores que ganan cada día lo que necesitan para vivir ese día? ¿Se arriesgarán a desobedecer a la cuarentena para alimentar a su familia? ¿Cómo resolverán el conflicto entre el deber de alimentar a su familia y el de proteger sus vidas y las de sus familiares? Morir a causa del virus o morir de hambre, esa es la opción (De Sousa, 2020).

La realidad fue contundente y evidencio que las recomendaciones de distanciamiento social y, en especial, las largas cuarentenas no pudieron sostenerse según las recetas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ni de las autoridades sanitarias de cada país. En muchos lugares de América Latina, rápidamente emergieron conflictos sociales rechazando estas medidas ya que atentaban contra las condiciones mínimas de sobrevivencia de buena parte de la población.

Pero, como veremos a continuación, esta crisis representó un impacto desproporcionado sobre las vidas de las mujeres.

Una crisis sanitaria con rostro femenino

La enfermedad de covid-19, en términos de sus *efectos biológicos* –que hasta ahora no quedan claros–, ha tenido un efecto mayor en varones. En todo el mundo la tasa de mortalidad masculina como consecuencia de esta enfermedad ha sido superior a la femenina. En América Latina, el 61% de las muertes por covid-19 han sido hombres, mientras que en el sur de Asia tres de cada cuatro decesos por este virus fueron del género masculino. Similares situaciones –aunque con porcentajes más bajos– se han presentado en todas las otras regiones del planeta (de Paz Nieves, Gaddis, y Muller, 2021).

Sin embargo, los *efectos sociales* –i.e. aquellos que dependen de la manera en que la sociedad se organiza– han tenido, en todos los casos, un efecto mayor sobre las mujeres y, como era de esperar, un efecto todavía mucho más grande sobre las mujeres de sectores populares. Un estimado global realizado por OXFAM (2021) señala que 47 millones de mujeres han sido desplazadas hacia una situación de pobreza extrema desde que se declaró la emergencia sanitaria. Junto a ello, solo en el primer mes de la pandemia 740 millones de mujeres perdieron el 60% de sus ingresos.

Por su parte datos del PNUD (2020) muestra que el 34% de mujeres jefas de hogar en Latinoamérica perdieron su empleo comparado con el 28% de los varones jefes de hogar. Asimismo, el 39% de mujeres jóvenes perdieron su trabajo en comparación con el 34% de los varones jóvenes. En todos los casos, son las mujeres jóvenes y adultas las más afectadas que, con las medidas de confinamiento y con la pérdida o no de sus fuentes de ingreso, vieron incrementadas la carga de trabajo doméstico y de cuidado en sus hogares, cabe agregar que esto también ha repercutido en las niñas y adolescentes (PNUD, 2021).

En este sentido, la primera gran dimensión que tiene que considerarse para comprender los efectos de la pandemia en las mujeres es aquella relacionada con los *cuidados*. Una dimensión tan básica para la comprensión de la actividad productiva y reproductiva de la humanidad, pero que por lo general ha sido desvalorada sistemáticamente, aunque en el caso de la pandemia se ha vuelto fundamental. Cuidar a los enfermos de covid-19, cuidar a las niñas, niños y adolescentes que no pueden salir de sus casas por las cuarentenas, cuidar a personas enfermas de otras enfermedades, gestionar los malestares subjetivos derivados del miedo y el estrés que implica la pandemia; entre

otras actividades más, fueron las de cuidado las principales, las que se incrementaron sistemáticamente desde que se inició la contingencia sanitaria. Esto provoca preguntarnos: ¿qué lugar ocupa en la vida de las mujeres el cuidado de sí mismas?

Si en América Latina, ya antes de la pandemia, las mujeres dedicaban diariamente al trabajo doméstico y de cuidados no remunerados el triple de tiempo del que los varones dedican a esas actividades, lo que se traduce en un tiempo dedicado a estas actividades que oscila entre las 22 y 42 horas semanales, dependiendo del país (CEPAL, 2020). Se puede deducir cómo las actividades de cuidado gestionadas por mujeres se incrementaron hasta niveles muchas veces insostenibles como consecuencia de la pandemia. Es por esto por lo que la crisis sanitaria también se la reconoce como una crisis de los cuidados que afecta principalmente a mujeres.

Esta pandemia está mostrando los límites de una economía patriarcal que ha delegado de manera creciente en los hogares y en el trabajo no remunerado de las mujeres el cuidado de la vida. En esta crisis, cuando las mujeres se enferman, el sistema colapsa, porque ellas también contraen el coronavirus. El límite que encuentra este sistema de acumulación ilimitada es el agotamiento de los cuerpos femeninos en su capacidad para cuidar. Cuando la vida se pone en riesgo, la economía financiera, por más especulativa que sea, no se puede sostener (Quiroga, 2020).

Según estudios realizados en varios países de la región, se pudo constatar que, durante los primeros meses de la pandemia, el tiempo dedicado a los cuidados se incrementó considerablemente en todos los hogares, sin embargo, el incremento del tiempo que las mujeres dedican a la alimentación, limpieza y el juego con niños y niñas se ha incrementado en 8,4 puntos porcentuales

más que lo que se incrementó para los varones, que, como se vio, ya de por sí realizaban labores de cuidado 3 veces menos que las mujeres. “Mientras que las mujeres dedicaron una hora más por día (aumento de 7 a 8 horas diarias), para los hombres ese tiempo se redujo levemente de 3,23 a 3,10 horas” (CEPAL, 2022).

Pero no solo fueron los trabajos de cuidado no remunerados, también sucedió algo similar con los trabajos de cuidado que reciben una remuneración económica. Las tres principales actividades de estos tipos de trabajo –salud, educación y trabajo en hogares de terceros–, son sectores que también están representados principalmente por mujeres. En la enseñanza de América Latina, el 69,2% de los trabajadores son mujeres, en el sector salud –que además ha sido uno de los más expuestos al contagio por covid-19– el 72,7% de los trabajadores son mujeres, mientras que, en el trabajo en hogares de terceros, el 90,9% de los trabajadores son de género femenino.

Por la contingencia sanitaria, las trabajadoras en salud se volvieron imprescindibles para sostener los precarios sistemas sanitarios, por lo que, luego del primer año de la pandemia, este sector no disminuyó sus niveles de empleo. Sin embargo, otros sectores, como el de enseñanza y el de las trabajadoras del hogar sí disminuyó de manera significativa. En el primer caso, como consecuencia del cierre de las actividades escolares por las cuarentenas. En muchos casos, distintas instituciones educativas sobrecargaron el trabajo de profesoras y profesores que tuvieron que dar clases de manera virtual, juntando cursos, lo que desplazaba a algunos profesores. Se estima que el 8,4% de las mujeres que trabajaban en el sector educativo en América latina perdieron sus fuentes de empleo. En el segundo caso, de las trabajadoras del hogar la situación fue mucho peor debido

a que estas no pudieron desplazarse a sus fuentes de empleo durante los confinamientos obligatorios. Al ser este sector uno de los más precarizados e informales, la mayoría de las trabajadoras no cuenta con ningún tipo de seguridad laboral ni prestaciones sociales, por lo que quienes las contrataban no tuvieron dificultades para prescindir de sus servicios. La manera en que en muchos hogares gestionaron esta situación fue obligando a las trabajadoras del hogar a que trabajen “cama adentro”, es decir, pasando temporadas largas dentro de las casas de sus empleadores, sin volver a sus hogares propios. Con todo, los datos de la CEPAL señalan que el 19,8% de las mujeres que trabajaban en este sector, perdieron sus fuentes de ingreso durante el primer año de la pandemia.

Otro aspecto a considerar es el golpe que sufrieron las mujeres en los mercados de trabajo. Antes de la pandemia, en América Latina el 51,8% de las mujeres trabajaba en actividades remuneradas, sin embargo, para finales de 2020 esa cifra había caído a 47,7%. Para el mismo periodo la desocupación se incrementó del 9,5% al 12,1% y esta desocupación solo bajaría en 2021 hasta el 11,8%. En el caso de los varones el nivel de desempleo –que siempre es menor que el de las mujeres– se incrementó de 6,8% a 9,1% y para el 2021 bajó a 8,1%. Según un estudio, solo el 35% de las mujeres que perdieron su trabajo en el mundo como consecuencia de la pandemia han recuperado sus fuentes laborales, en comparación con el 64% de los varones en igual situación (Hill et al., 2021).

Algo que es importante tener en cuenta es que, en el caso del mercado laboral femenino, las consecuencias de la pandemia operaron de tres maneras, la primera es aquella que tiene que ver con la decisión de muchas mujeres de dejar sus fuentes de trabajo para hacerse cargo de actividades de cuidado en sus hogares. Esta situación fue posible principalmente en capas

medias de la sociedad, debido a que se necesita contar con ahorros u otras fuentes de ingreso que permitan a esa mujer dejar su trabajo. Otro efecto tiene que ver con que muchas mujeres fueron despedidas de sus fuentes laborales y se vieron obligadas a buscar otros trabajos, por lo general, en situación más precaria. Pero también están las mujeres que se dedicaban principalmente a trabajos reproductivos y que por la pandemia –posiblemente porque alguna otra persona que percibía ingresos en el hogar dejó de hacerlo–, se vio en la necesidad de recurrir al mercado laboral, aunque en este caso, en situación de mucha precariedad. Sin embargo, cuando esto sucede, por lo general aumenta la pobreza de tiempo de las mujeres: “La mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral ha tenido como contrapartida el que las mujeres se han vuelto más pobres en términos de tiempo: mientras incrementan su tiempo de trabajo remunerado, la carga de cuidados en sus hogares no disminuye” (ONU Mujeres y CEPAL, 2020).

En el tema de salud, la situación está también bastante preocupante. Si bien la calidad de la atención sanitaria ha empeorado en todo el mundo como consecuencia de la pandemia, ya que gran parte de los esfuerzos fueron puestos en la atención de la covid-19, descuidando la atención de otras enfermedades y tratamientos, en el caso de la atención específica para mujeres, esta ha desmejorado considerablemente. También se tiene que considerar que muchas mujeres dejaron de recurrir a atención médica especializada por miedo a contraer la enfermedad provocada por el coronavirus, los proveedores de atención médica de todo el mundo señalaron que se redujo la asistencia a la atención del embarazo.

Un análisis realizado en 40 países del mundo señala que desde que empezó la pandemia se han incrementado las muertes

maternas, los mortinatos (en un 28%), los embarazos ectópicos rotos se incrementaron por lo que se sextuplicó la cantidad de mujeres que requirieron alguna cirugía, así como también se incrementó la depresión materna. De la misma manera, también hubo una reducción considerable en los servicios sanitarios relacionados con la reproducción, como las consultas para la planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos, así como también para el control y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, servicios que son utilizados principalmente por mujeres (de Paz Nieves et al., 2021).

En lo relativo a la salud mental, Lenta *et al.* (2022) afirma que “la exposición al riesgo de contagio de Covid-19, la pérdida de compañeros/as y familiares, el aumento de trabajo productivo y reproductivo y la incertidumbre constante frente a un panorama social complejo movilizaron procesos psíquicos de angustia, ansiedad y duelo”. Tomando en cuenta que con la pandemia se atenuó la feminización de la pobreza y se exacerbó la crisis de los trabajos de cuidados, que recaen principalmente sobre las mujeres, es sobre ellas que existe una afectación a su bienestar psicosocial que ha conllevado situaciones de padecimiento y una precarización de la vida en sus diferentes dimensiones. Es necesario mencionar que cuando se habla de salud mental no se habla desde un enfoque biomédico patologizante, sino desde uno que da cuenta de lo complejo del fenómeno.

Por otro lado, existe información contundente sobre el incremento de la violencia de género en tiempos de pandemia. Este fenómeno que ya se ha estudiado en pandemias anteriores que han afectado a la humanidad, es también un hecho en la actual coyuntura de la pandemia provocada por el SARS-CoV2. Información recabada en muchos países indica que la violencia de género se incrementó sustancialmente como consecuencia

de los confinamientos, ya sea aquella que se produce al interior de los hogares por la violencia ejercida por las parejas, pero también la violencia relacionada con la explotación sexual y el abuso.

Estas múltiples situaciones de violencia, además, se han visto empeoradas por la paralización de actividades de un conjunto de instituciones públicas destinadas a garantizar la seguridad de las víctimas de violencia, como sucedió en Bolivia, donde la mayoría de las audiencias civiles y la recepción de expedientes fueron simplemente cerrados durante los meses del confinamiento rígido. Mientras que, en otros países, las sobrevivientes no tuvieron ningún tipo de asistencia legal o protección de la fuerza pública, también sucedió que, en algunos países, se emitieron normas que consideraron cualquier disputa marital como casos que no debían ser tratados como emergencias en tanto la pandemia se mantenga. En fin, un conjunto de medidas que permitieron el empeoramiento de la situación de violencia contra las mujeres (de Paz Nieves et al., 2021) que dan cuenta de que muchas mujeres tuvieron que hacer frente a dos pandemias: por Covid-19 y la de violencia hacia las mujeres.

4

¿Cómo se enfrentó la pandemia en Bolivia?

Cuando los primeros casos de covid-19 se presentaron en Bolivia, a mediados de marzo de 2020, todavía no se tenía claridad del impacto que esta pandemia tendría para el país. Pero pasa que Bolivia no solo cuenta con uno de los sistemas sanitarios más precarios de la región –y que pronto se vería incapaz de sostener la crisis sanitaria–, sino también porque el país vivía en aquel entonces las consecuencias de la profunda crisis política que se produjo después de las fallidas elecciones presidenciales de octubre de 2019. Ambas crisis –política y sanitaria– habrían de confluir, generando un clima de gran incertidumbre e inestabilidad social, lo que desplazó a un segundo plano la gestión responsable de la pandemia y la generación de bienestar para el conjunto de la población.

A medida que los casos de contagio aumentaban en América Latina, el gobierno boliviano hizo poco en materia de información sobre la amenaza viral y en relación con la difusión de los protocolos de seguridad sanitaria. El 5 de marzo de 2020, el entonces ministro de salud, Aníbal Cruz, reconocía que el virus “tocaba las puertas de Bolivia”. Pero más allá de las advertencias, la población boliviana no había sido puesta al corriente de la manera en que se procedería frente a dicha contingencia sanitaria. Esta desinformación se expresó en la reacción de distintos actores sociales frente a la confirmación de los primeros casos de contagio. Pobladores del municipio de San Carlos, en el departamento de Santa Cruz, protestaron contra la presencia de la primera paciente identificada en el

país con coronavirus. Horas después, cuando la misma paciente fue trasladada a la ciudad de Santa Cruz, trabajadores de cinco hospitales se negaron a atenderla. Situaciones similares se suscitaron en otras regiones del país.

La falta de información oportuna también habría de generar pánico, desabastecimiento e incremento de precios. La confirmación de la presencia del virus en el país desataría una ola de compra masiva de alimentos, tapabocas, desinfectantes para las manos y otros insumos que la población consideró imprescindibles a partir de información que circulaba por redes sociales.

Es en este escenario que Bolivia, desde el 15 de marzo, se internó en una cuarentena de más de dos meses que tuvo tres características: 1) la dinámica represiva asumida por el gobierno, 2) la no consideración de las condiciones socioeconómicas de la población y 3) el poco o nulo aprovechamiento del tiempo ganado con el confinamiento para preparar una respuesta sanitaria.

La principal estrategia, que incluía a fuerzas militares en las calles, fue la de controlar a la población e imponer medidas restrictivas para su circulación. La actitud beligerante del gobierno fue una constante: “voy a pedir a la presidenta que se militarice zonas, que se declare estado de sitio por zonas y si es necesario hacer estado de sitio a nivel nacional, lo haremos. No estamos jugando, estamos trabajando por la salud”, señalaba el entonces ministro de gobierno, Arturo Murillo, al inicio de la cuarentena. Esta estrategia se tradujo en recrear en las calles campos de batalla entre la población y las fuerzas del orden, aspecto que, en algunos sectores populares, llevó a la confrontación, debido a la resistencia de algunos sectores trabajadores informales ligados al comercio.

La segunda cuestión tuvo que ver con la poca previsión para sostener una pandemia de más de dos meses en un país en el que casi tres cuartas partes de los trabajadores y trabajadoras pertenecen al sector informal y la mayoría de ellos y ellas viven del día a día. Si bien el gobierno implementó una serie de medidas paliativas, como algunos bonos que fueron distribuidos por única vez a distintos sectores de la sociedad (adultos mayores, madres de niños en edad escolar, mayores de 18 años y menores de 65 que no trabajan en el sector formal), además del pago parcial de los servicios de luz, agua y gas para los hogares del país; las medidas no fueron suficientes para sostener una cuarentena tan larga.

Por este motivo es que el confinamiento se hizo insostenible. Incluso se suscitaron manifestaciones en diversas regiones que exigían el levantamiento de las medidas de cuarentena. Cuando finalmente esto sucedió se hizo evidente la tercera característica de la cuarentena: *fue una medida pasiva que no utilizó el tiempo ganado para preparar una respuesta a la contingencia sanitaria.*

Es así que cuando se estableció la entrada en vigencia de la “cuarentena dinámica” –un levantamiento parcial de las medidas de confinamiento que dependía de cada región, a través de la cual el gobierno intentó derivar responsabilidades a los gobiernos subnacionales y locales– fue como si todo empezara de nuevo: sin pruebas masivas para la detección de contagios, sin plan, ni condiciones para el cuidado de los enfermos, aunque la diferencia era que esta vez la economía se derrumbaba como consecuencia del confinamiento. Todo ello sin olvidar que el gobierno estaba envuelto en escándalos de corrupción; el sobreprecio en la compra de 170 respiradores, que ni siquiera eran funcionales para enfermos de Covid-19, fue el hecho que más indignación produjo a la sociedad boliviana, y como este fueron muchos otros casos más.

Ahora bien, Bolivia no fue una excepción y al igual que en todo el mundo los sectores populares fueron los más golpeados por la pandemia y lo fueron en todo sentido. La más evidente en el corto plazo fue la que tiene que ver con el acceso a la salud para el tratamiento de la covid-19. Los hospitales públicos colapsaron rápidamente y el acceso a centros de salud privados –que en muchos casos también colapsaron– fue una opción prácticamente inaccesible para la mayoría de los bolivianos. Como ejemplo, en los peores picos de la pandemia –como en enero de 2021–, los hospitales privados llegaron a cobrar alrededor de \$US 5.000 (El deber, 14 de enero de 2021) como depósito inicial solo para aceptar la internación de un paciente con la covid-19.

Con lo anterior, también empeoró el acceso a la salud en general, muchas personas se quedaron sin atención o tratamientos para afecciones que no tenían que ver con el virus de la covid-19, ya que muchos establecimientos médicos dejaron de brindar atención que no estuviera relacionada con la pandemia y, nuevamente, pensar en la salud privada era simplemente una ficción. Como señala una persona de un barrio popular cochabambino que entrevistamos en momentos de la tercera ola: “nos quedamos en casa nomás para morir”. Esta situación de desamparo da cuenta de la precarización de la vida y de la condición humana.

Pero los efectos no solo fueron sanitarios, los sectores populares fueron los más damnificados por las consecuencias económicas de la pandemia. Más de dos meses de cuarentena rígida para la mayoría de las personas que viven del día a día, era simplemente una situación insostenible. Pese a que las fuerzas represivas se tomaron las calles, los barrios populares se convirtieron en la fuente de mano de obra que sostuvo las cuarentenas de quienes

sí podían quedarse en casa a tiempo completo. Es decir, los sectores populares se vieron en la necesidad de generar recursos para subsistir, realizando cualquier tipo de trabajo que fuese posible en medio de las cuarentenas. En muchos casos, además, varios de los y las trabajadoras perdieron sus fuentes de empleo, por lo que tuvieron que dedicarse a otras actividades precarizadas para lograr cierto nivel de ingreso. Muchas familias de los barrios periurbanos se vieron en dificultades para comprar alimentos y acceder a servicios, además de que el endeudamiento aumentó considerablemente. A esto se suma una serie de situaciones derivadas de la pandemia aún más adversa para mujeres y niñas, por un lado, el incremento de la carga de los trabajos de cuidado y, por otro lado, el recrudecimiento de la violencia en los hogares ejercida por varones, quienes pasaban más tiempo en sus hogares ya que no podían realizar sus actividades regulares previas a la pandemia.

Con todo, muchos de los efectos económicos comenzaron a dimensionarse tiempo después de haberse iniciado la crisis sanitaria. Un incremento del desempleo, de la pobreza multidimensional, así como de la precarización de las condiciones laborales, se convirtieron en una lamentable realidad. Junto a ello, el incremento de actividades ilegales o subterráneas responde a este difícil panorama económico, lo que con el tiempo también tiene un importante costo social.

En este trabajo vamos a enfocar nuestros esfuerzos en tratar de comprender cuáles fueron los efectos concretos de la pandemia en una zona popular de la ciudad de Cochabamba, la zona sur. En concreto, en las mujeres que hacen parte de algunas Organizaciones Territoriales de Base (OTB) del Distrito 9 de esta región. La intención es poder entender y dimensionar los efectos reales que la pandemia tuvo sobre las vidas de las

mujeres desde sus propias experiencias en un escenario de incertidumbre, miedo, precariedad y violencia; que trastoca su cotidianidad.

Para realizar este abordaje, comencemos previamente por contextualizar esta zona periurbana de la ciudad de Cochabamba.

5

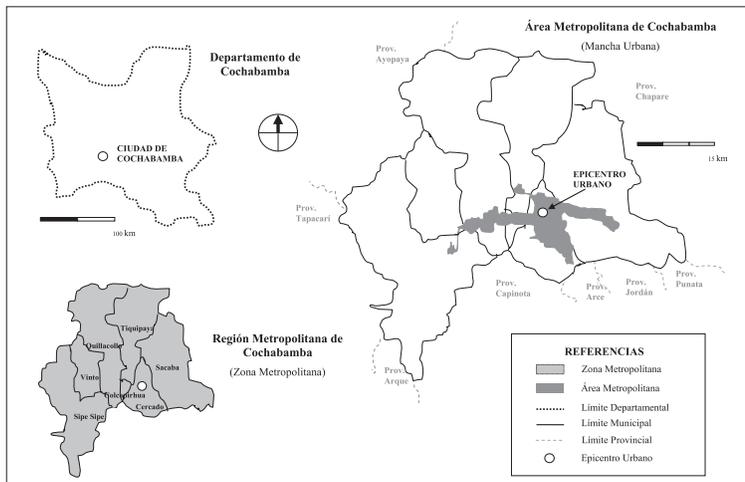
Una aproximación a la zona sur de Cochabamba

La región metropolitana de Cochabamba se encuentra situada en el Valle Central del departamento de Cochabamba. Está compuesta por los municipios de Cochabamba (Cercado), Colcapirhua, Quillacollo, Sacaba, Tiquipaya, Vinto y Sipe Sipe. Actualmente, es la tercera región metropolitana más poblada de Bolivia, después de Santa Cruz de la Sierra y La Paz-El Alto, con una población estimada para 2022 de 1,4 millones de habitantes¹. Esta región metropolitana o mancha urbana, además, cuenta con una extensión territorial cercana a 17.855 hectáreas (Manzano, 2015).

A diferencia del resto de municipios que conforman el área metropolitana (Colcapirhua, Quillacollo, Sacaba, Tiquipaya, Vinto y Sipe Sipe), cuya área urbana es inferior al 10% del total del área de estos municipios, en el caso del municipio de Cochabamba más de la mitad de su territorio hace parte de la mancha urbana, con una extensión aproximada de 9.198 hectáreas, lo que representa más de la mitad del total del área metropolitana (17.855 has.) (Manzano, 2015).

¹ La última información censal es de 2012. Para ese año la población de la región metropolitana de Cochabamba era de 1,1 millones de habitantes (Manzano, 2015).

Mapa 1. Configuración Espacial de la Región metropolitana de Cochabamba



Fuente: (Manzano, 2015).

Ahora bien, este trabajo concentra su atención en una de las áreas periurbanas del municipio de Cochabamba, en concreto, aquella que se conoce como el Distrito 9. El Municipio de Cochabamba está dividido en 15 distritos, siendo los que se encuentran situados al sur de la ciudad, los que se reconocen como barrios o zonas populares (distritos 5, 6, 7, 8, 9, 14 y 15). Cabe aclarar que el Distrito 15 se formó recién en 2017, como una separación territorial del Distrito 9.²

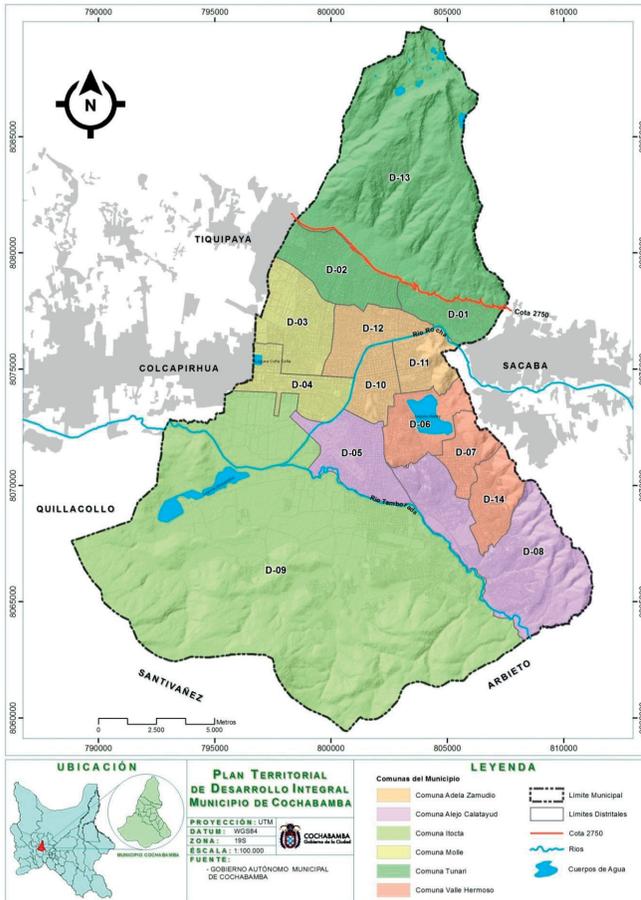
El Distrito 9 cuenta con 14.839 hectáreas, siendo el municipio más grande de Cochabamba.³ Este distrito se caracteriza por

2 Por este motivo y como la gran mayoría de información que se tiene sobre la Zona Sur de Cochabamba es previa al 2015, en lo que sigue de este trabajo y cuando se haga referencia al Distrito 9 se estará haciendo referencia al que existía antes de 2015 (incorporando al actual Distrito 15). En realidad, ello no afecta el propósito de este apartado, que intenta mostrar las condiciones socioeconómicas y políticas de estos distritos, que son muy similares.

3 Según la Ley Municipal de creación del Distrito 15, el área del mismo es de 2.458

ser rural, de ahí su gran extensión territorial y menor densidad poblacional; se espera que en la medida que la ciudad crezca horizontalmente hacia este distrito, de este se desprendan otros distritos más pequeños.

Mapa 2. División Político-Administrativa del Municipio de Cochabamba



Fuente: (GAMC, 2016)

hectáreas, por lo que en la actualidad el Distrito 9 contaría con 12.831 hectáreas.

A partir de lo anterior se puede deducir que el Distrito 9 es una de las zonas receptoras de migración por excelencia de la ciudad de Cochabamba, lo que ha generado un incremento sustancial de la mancha urbana que se ha ido expandiendo de manera paulatina hacia el sur en el distrito. Según el Plan Territorial de Desarrollo Integral del Municipio de Cochabamba 2016-2020 (PTDI) (GAMC, 2016), este distrito cuenta con una tasa de crecimiento del 8,75%, la más elevada del municipio. Esto ha derivado en un conjunto de problemas que tienen que ver con un proceso tan acelerado de crecimiento demográfico:

Así, en los últimos 15 años, se pueden identificar situaciones hasta contradictorias en relación con la estructuración urbana de la ciudad. Por una parte, estamos viviendo un crecimiento horizontal acelerado, producto de la especulación mercantil del suelo, que sobrepasa toda normativa, con el fraccionamiento y la urbanización de tierras agrícolas o pecuarias, zonas de recarga de acuíferos, áreas de valor ambiental intrínseco o proclives a riesgos ambientales y suelos no aptos para la urbanización. Las posibilidades de generación de ahorros de grupos de ingresos medios y bajos han dado lugar a la existencia de un gran mercado de suelos e inmuebles, en el cual la oferta de terrenos y viviendas en alquiler sobrepasa la demanda real de suelo y habitación urbana.

Los distritos municipales más comprometidos con este proceso son el 9 y el 8, donde el crecimiento de asentamientos no planificados y dispuestos como manchas de aceite en el territorio, define una problemática compleja que tiene que ver con una inadecuada articulación de los grupos humanos con la naturaleza, con dificultades de acceso a servicios básicos y urbanos, además de precariedad de la propiedad. (GAMC, 2016).

Este rápido crecimiento poblacional en gran medida tiene que ver con la migración campo-ciudad y con la migración de otras

ciudades del país hacia la urbe cochabambina. Se estima que entre el 30% y 35% de la población del Distrito 9 ha nacido en otras regiones del país. Tan marcada es esta migración que más del 40% de la gente que habita este distrito tiene una lengua madre distinta al castellano, principalmente quechua y aymara.

Estos elementos permiten comprender cómo la zona sur, en general, y el Distrito 9, en particular, son barrios constituidos por sectores populares, con un sinnúmero de dificultades en el acceso a servicios y problemáticas sociales que tienen que ver con la pobreza y varios factores derivados de ella. Tanto es así que el Plan Territorial de Desarrollo Integral de la Alcaldía de Cochabamba ha denominado a los barrios del Distrito 9, entre otros, como “borde”, siendo los otros sectores de la ciudad el 1) Centro histórico, político, comercial y de servicios y 2) un cinturón predominantemente residencial. A diferencia de estos dos últimos, el “borde [está] compuesto, además del distrito 13, por los distritos 7, 8, 9 y 14, estos últimos de carácter residencial con presencia de inmigrantes que, por sus características laborales y ocupacionales, se desplazan mayormente a las zonas de los mercados, dejando sus viviendas y barrios en calidad de ‘dormitorios’” (GAMC, 2016).

Como se señaló, la precaria situación en las condiciones de vida de la zona sur se expresa, antes que nada, en la baja cobertura de servicios básicos. Debido a que muchos de estos asentamientos han surgido de manera irregular (sin ser áreas destinadas a la urbanización o por ser resultado de procesos de disputa legal o loteamientos), servicios como agua potable, alcantarillado, caminos, salud, educación, seguridad ciudadana, electricidad, etc., son de difícil acceso o, en algunos casos, prácticamente inexistentes.

De ello se deriva la importancia que en esta región tiene la organización barrial, en muchos casos, varios de estos servicios han sido gestionados de manera autónoma por los mismos vecinos que dieron forma a estos barrios, tal y como lo señala un vecino⁴ de la OTB “Los Olivos”:

Primero, cuando nos hemos venido [al barrio], jodido era, hemos sufrido con el barro, la lluvia, hemos sufrido al principio, después, poco a poco, ahora estamos mejor. No había calles, no había luz. Todas las cosas las hacíamos con nuestros propios recursos y con nuestro propio trabajo, nos organizábamos para eso.

Nosotros poníamos los postes de luz, este mes tres postes, el siguiente tres postes, después tres postes y así se ha ido aumentando y se ha ido iluminando la zona. Todas las calles a la fecha ya están iluminadas, ya no hay mucha oscuridad en horas de la noche. De alguna manera ha ido ayudando en la parte de seguridad ciudadana eso.

Ahora bien, el anterior es un elemento que debe tomarse en consideración. Los procesos organizativos en la zona sur son comunes y de mucha actividad, lo que tiene que ver con los grandes problemas y carencia de servicios que existen en estos barrios. Los vecinos de la región se organizan de manera sistemática a través de distintas instancias para lograr sus propósitos y resguardar sus intereses. La figura de la Organización Territorial de Base (OTB) es la más común, si bien la misma es una forma de organización derivada de la Ley de Participación Popular y, por tanto, se presenta como una figura derivada de la estructura estatal, en realidad

4 En la elaboración de los talleres el CEESP se comprometió a mantener el anonimato de las participantes, así como también en el momento en que se elaboraron entrevistas. En este sentido, los testimonios utilizados en este documento han sido despersonalizados y son utilizados de manera genérica.

las OTB son formas organizativas que se sobreponen –no sin contradicciones⁵– a procesos organizativos autónomos existentes en los barrios.

En estos procesos organizativos, los barrios producen espacios de deliberación y deciden de manera colegiada un conjunto de actividades que deben realizarse para gestionar colectivamente los problemas que les atañen, poniendo por delante la reproducción de la vida, el cuidado y el bienestar de la población que hace parte de ese espacio.

El Distrito 9, por su tamaño, es el distrito de la ciudad que tiene un mayor número de OTB. En total se estima que cuenta con 114 Organizaciones Territoriales de Base, lo que representa casi el 18% del total de las OTB del municipio de Cochabamba. Según el Plan Territorial de Desarrollo Integral de este municipio, en gran medida “la participación es cuantitativamente superior y cualitativamente más activa, claramente porque sus demandas son mayores y se relacionan con necesidades fundamentales para el proceso de reproducción de la vida” (GAMC, 2016).

Para dimensionar la importancia que tienen los procesos organizativos en la gestión de distintos ámbitos de la vida cotidiana en la zona sur, vale la pena entender un poco más lo que se ha hecho en términos de la gestión colectiva del agua en estos barrios:

...el problema estructural más grande para los pobladores de la zona sur es la escasez de agua. El agua se ha transformado, en Cochabamba, en el símbolo más evidente de la enorme desigualdad social existente en la ciudad. Solo pocos privilegiados tienen realmente derecho en la capital

5 Para entender más a detalle la manera en que se institucionalizaron como OTB a las juntas vecinales se puede consultar el trabajo de Lucía Linsalata (2015): *Cuando manda la Asamblea*.

del Cercado a tener acceso al líquido vital. La empresa municipal SEMAPA (Servicio Municipal de Agua Potable y Alcantarillado) abastece de agua potable a apenas el 54% de la población. El tendido municipal de red de agua abarca principalmente el centro y el norte de la ciudad, las periferias de la zona sur y del área conurbana quedan, hasta hoy, en su mayoría excluidas del servicio público. Sus habitantes se ven obligados a solucionar el problema del acceso al agua de forma autónoma: sea organizándose en sistemas autogestivos, sea recurriendo a los carros aguateros, que en la mayoría de los casos venden agua de muy dudosa potabilidad a precios elevadísimos. (Linsalata, 2015).

La importancia que estas organizaciones sociales de base en torno al agua llegaron a tener a lo largo de la historia cochabambina es tal que, en el año 2000, se convirtieron en columna vertebral de un momento de gran efervescencia social: la Guerra del Agua. Esta rebelión popular, producto de una gran resistencia popular a un proceso de privatización del agua en la ciudad, permitió expulsar a una empresa transnacional y se convirtió en uno de los emblemas más relevantes en América Latina de las luchas frente al neoliberalismo.

Si bien se espera que en un mediano plazo la situación del agua vaya a cambiar como consecuencia de la puesta en funcionamiento del proyecto Misicuni, hasta la fecha la dimensión organizativa en torno a este líquido elemento sigue marcando gran parte de la agenda política de los barrios de la zona sur de Cochabamba.

Con todo, se puede considerar al Distrito 9 de la ciudad de Cochabamba como una zona de la ciudad de Cochabamba que sintetiza un conjunto de desigualdades históricas del departamento y de todo el país. Un crecimiento desordenado que tiene que ver con las difíciles condiciones que atraviesa

la migración interna en Bolivia, sostenida en condiciones de precariedad muy grande. Sin embargo, ello también marca la dinámica sociopolítica de esta zona popular de la ciudad de Cochabamba, que se expresa en una elevada concentración de formas organizativas de base cuyo principal interés tiene que ver con la autogestión de alguna dimensión relacionada con la reproducción de la vida.

Es en este contexto en el que tiene que entenderse la llegada de la covid-19. El impacto de lo que la pandemia significó y las múltiples medidas restrictivas que se implementaron a nivel nacional, tuvieron implicaciones diferenciadas y aumentadas en un escenario como el del Distrito 9 de Cochabamba. Situación que, como veremos, fue mucho peor cuando se considera la situación de las mujeres.

6

Efectos de la pandemia en mujeres de la zona sur de Cochabamba

Han pasado más de dos años desde que la pandemia comenzó. En la actualidad aparentemente muchas cosas volvieron a la “normalidad” o, como muchos dicen a una “nueva normalidad” en la que cotidianamente se tiene que convivir con el virus, pero ya no con las principales medidas restrictivas –como las cuarentenas– que produjeron escenarios apocalípticos, que en muchos casos fueron inimaginables más allá de la fantasía de las películas o de novelas que hablan del fin del mundo. En buena medida parece que el mundo ya volvió a arrancar y que son otros problemas que han desplazado por completo a los que tienen que ver con el virus: como la Guerra de Ucrania o, en términos generales, la crisis climática producto del calentamiento global.

Pero lo que pasó con la pandemia en los años pasados es relevante en el presente desde muchos ángulos y no solo porque los efectos de largo plazo siguen vigentes con serias consecuencias en todo el mundo –en especial aquellas relacionadas con los efectos económicos–. Pero también hay otra dimensión que es fundamental considerar: su carácter pedagógico. La pandemia expuso muchas situaciones y nos ha permitido aprender de lo sucedido.

Si bien ya se sabe, como se expuso anteriormente, que las mujeres de sectores populares han sido las más afectadas por la crisis sanitaria, el quedarse con una perspectiva general y abstracta de la problemática permite una comprensión y, en

especial, respuestas que también son generales y muchas veces abstractas.

En este sentido, esta investigación del CEESP ha puesto especial interés en exponer, desde el punto de vista de las mujeres, cuáles fueron las principales consecuencias de la pandemia en la zona sur de Cochabamba, en específico, en aquellas que habitan en estas OTB del Distrito 9: San Nicolás, Cerro Lindo, 16 de Julio, Pampitas Mejillones, Los Olivos, Encañada y 21 de Diciembre. La idea es poder contar con una mirada mucho más detallada de la vivencia que se tuvo sobre la pandemia en la experiencia cotidiana de mujeres que habitan estos territorios urbanos populares y así comprender las particularidades de las problemáticas que derivaron de la pandemia y que también se vieron acentuadas por la importante crisis política que vivió el país desde las elecciones generales de 2019 y que, en gran medida, se extiende hasta el presente.

El CEESP realizó una invitación a las respectivas directivas de estas OTB para que participen de un espacio de diálogo para mujeres, en el que se abordarían temáticas relativas a las consecuencias de la pandemia según una agenda temática que sería consensuada con las participantes. En este sentido, por siete meses algunas mujeres de las OTB participaron de manera reiterada en estos espacios de diálogo, que se denominó Asamblea Popular de Mujeres. En cada uno de estos eventos se abordaron distintas problemáticas derivadas de la pandemia, las cuales finalmente quedaron organizadas en tres ejes temáticos:

- Efectos económicos sobre el bienestar de las mujeres.
- Efectos en la salud de las mujeres.
- Efectos en el incremento de la violencia sobre las mujeres.

La información recabada de estos espacios de diálogo es principalmente cualitativa. Son narraciones y testimonios sobre cómo se experimentó la pandemia como mujeres, sobre las subjetividades que giraron en torno a estas problemáticas, sobre sus tramas familiares y comunitarias, y sobre las expectativas y reflexiones de cómo las cosas podrían haber sido distintas y de lo que debería cambiar.

Sin embargo, para acompañar esta información cualitativa, el trabajo de investigación también se vio enriquecido por la realización de una pequeña encuesta en cuatro OTB del Distrito 9 en las OTB Encañada, 21 de Diciembre, San Nicolás y Pampitas Mejillones. Este muestreo probabilístico estratificado, reconoció dos estratos de trabajo, las OTB más antiguas (Encañada y 21 de Diciembre) y las OTB de reciente formación (San Nicolás y Pampitas Mejillones). Y aunque este muestreo puede considerarse exploratorio, sirvió para poder dimensionar algunas problemáticas que habían sido expuestas por las mujeres que participaron en los espacios de diálogo propiciados por el CEESP.

Las siguientes páginas hacen parte de este análisis cuantitativo y cualitativo de la información que se pudo recolectar en el trabajo de campo. Si bien no se tiene la menor duda que faltan muchas dimensiones por trabajar, creemos que lo que se expone a continuación permite entender más claramente la experiencia de mujeres de la zona sur de Cochabamba en el contexto socioeconómico y político de los últimos años.

La violencia política que debe considerarse

Antes de comenzar es importante resaltar un tema que en este trabajo no se considera de manera explícita, pero que el lector o lectora debe tener en consideración y que en algún momento puede surgir como parte de los testimonios recabados. Cuando

la pandemia fue declarada, Bolivia se encontraba sumergida en una profunda crisis política. Las cuestionadas elecciones generales de 2019 conllevaron la caída del entonces presidente, Evo Morales. Esta situación tuvo como consecuencia el surgimiento de un clima de violencia política que se extendió por varios meses y cuyas consecuencias se viven hasta el presente, en el marco de una polarización política sin precedentes en la historia reciente del país.

Esta situación de violencia tuvo efectos importantes sobre la manera en que la pandemia fue enfrentada en aquel entonces, ya que fue instrumentalizada por los polos enfrentados, generando una pésima gestión de la misma, además de extendidos procesos de desinformación que acabaron por empeorar la situación sanitaria.

En la zona sur de Cochabamba, esta crisis política se vivió con mucha violencia. Al ser considerada una zona conformada por barrios contrarios al gobierno interino de Jeanine Añez, la pandemia se vivió en medio de un clima de represión y persecución, tal y como lo explica una vecina de la zona:

Pues, hemos vivido algo bien triste esas veces, no nos dejaban salir siquiera hasta allá, no había farmacias, si había estaban cerradas y si querías comprar alguna cosa, pues no se podía encontrar nada y si te pillaba un policía peor todavía.

Si te agarraba un policía, de hecho, te decía.... Sin reclamo a nada, se lo llevaban tu auto y si no querían que se lo lleven, entonces tenías que darle mil, dos mil bolivianos en sus manos, si no, te quitaban tus cosas. Grave era el miedo y también salían los militares.

Esta experiencia amerita un análisis en sí mismo, y aunque en este documento se la aborda de manera tangencial, no es el propósito de este. Sin embargo, se deben considerar todos estos

elementos que acá se presentan y que se vieron agravados aún más por este clima de violencia, incertidumbre y represión.

Efectos económicos de la pandemia desde la perspectiva de mujeres de la zona sur de Cochabamba

Era muy difícil predecir los efectos económicos que la pandemia tendría sobre la población cuando esta empezó. En los primeros días, el miedo que generó estaba centrado en el virus y era enegecedor. Para nada, en ese momento, se podían entender las desastrosas consecuencias que las medidas para contener el avance del virus tendrían con el pasar de las semanas.

Las medidas de cuarentena en Bolivia –al igual que en gran parte de la región–, tuvieron muchas falencias, una de ellas y quizá la principal, es que no consideró la realidad socioeconómica de la mayor parte de la población. No es lo mismo hacer cuarentena si se tiene un sueldo fijo que si se vive del día. Lograr que tres cuartas partes de la población boliviana que vive en la informalidad se queden en sus casas durante casi tres meses era, simplemente, inconcebible.

Pese a los profundos rasgos represivos del gobierno de Jeanine Añez –aquel que se enfrentó en primera instancia a la llegada del virus–, fue imposible que los sectores populares se quedasen en su casa, era imprescindible lograr ingresos económicos en el marco de la crisis sanitaria. Sin embargo, lo que sí es cierto es que nada funcionó como había estado funcionando hasta ese momento. Muchas personas perdieron sus fuentes de trabajo –ya sea en el sector formal o informal–, esto obligó a que esas personas busquen otras fuentes de ingreso, lo que se vio reflejado en el gran incremento del comercio ambulante durante los meses de la cuarentena. Ello, a su vez, significó un incremento sustancial de la competencia para las personas que ya desde antes trabajan en las calles.

Por otro lado, estas transformaciones en el mercado laboral también impactaron sustancialmente en las estructuras de sostenimiento económico de las familias. Los roles o actividades se transformaron, se incrementó el trabajo al interior y fuera de los hogares, aumentó la tensión entre las personas que componen los hogares, se generaron nuevas estrategias de subsistencias, entre otras variaciones más.

Todas estas transformaciones se añadieron a las desigualdades e injusticias que ya existían en la sociedad boliviana, no solo aquellas que tienen que ver con la clase social, sino también con aquellas relacionadas con el género. Al respecto, un texto de ONU Mujeres (2021) señala lo siguiente:

Reconocer que esta crisis afecta a mujeres y a hombres de manera diferenciada es fundamental, pues los roles de género prevalentes limitan el tiempo disponible de las mujeres para participar en el mercado laboral e influyen en la segregación ocupacional por género, esto es, el tipo de trabajos, actividades económicas y la cantidad de tareas que se hacen dentro del hogar.

Es así como, al tratar de entender qué fue lo que pasó con las mujeres de la zona sur de Cochabamba cuando llegó la pandemia, lo primero que sale a relucir es que, dos años después, el principal impacto que continúa en la memoria de las mujeres sobre la experiencia vivida es la dimensión económica y el sentimiento de que, en realidad, quienes impusieron las medidas de confinamiento no tuvieron en consideración la realidad de sobrevivencia de la población, así lo recuerda una de las mujeres de la zona sur:

Más que todo era la preocupación porque a todos nos han suspendido el trabajo, no había escuela, todo nos han suspendido. La mejor parte era compartir con mi familia, todos los días estábamos en la casa; pero era un tiempo no más

tan solamente, pero después ya venía la otra preocupación en cuanto a la salud, economía, el trabajo, qué vamos a hacer, de qué vamos a comer.

La cuarentena total –que con el tiempo se llamaría “cuarentena rígida”– se implementó en Bolivia desde el 22 de marzo de 2020 hasta el 10 de mayo de ese año. Fue una medida que, en teoría, obligaba a las personas a quedarse en casa y solo salir algunos días a la semana, durante algunas horas, para poder adquirir víveres. También quedó suspendido el transporte público y privado. Sin embargo, algunas actividades consideradas esenciales continuaron en funcionamiento, como ser: sector salud, producción de alimentos y comercio; es en estas últimas dos actividades –y en especial en la última– en la que muchas personas de sectores populares se dedicaron para lograr algún tipo de ingreso. Así lo cuenta una señora de la zona sur:

Había también falta de alimento, por eso teníamos que ir a buscar trabajo donde sea, algunas hemos tenido que ir al mercado a vender verduras.

Lo que pasaba también, era la falta de servicios. Si el gobierno nos hubiera puesto agua potable, el alcantarillado, podríamos gastar menos, menos podemos gastar. Ahorita [en tiempos de pandemia] estamos gastando peor. El alcantarillado no hay, cada tres meses los pozos sépticos tenemos que hacer sacar. Ahora el agua, hay que comprar casi diariamente. En eso se va el dinero que ganamos también. No hay.

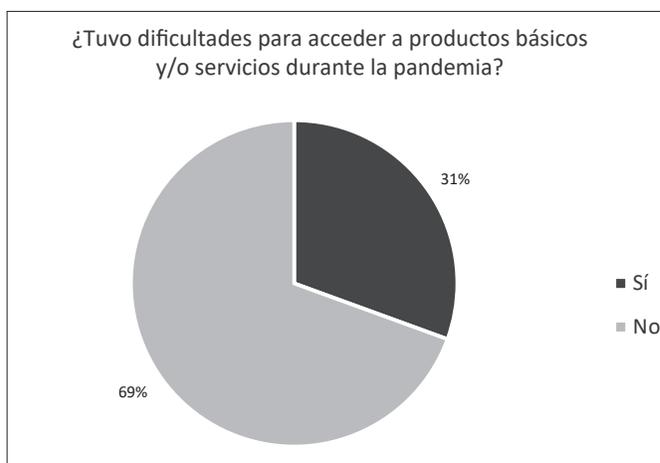
Ese conjunto de condiciones materiales precarias que, como se dijo anteriormente, ya estaban dadas pero las dificultades que implicaban se vieron magnificadas cuando la pandemia llegó. La posibilidad de acceder a servicios básicos, en una zona en la que, de por sí, acceder a ellos ya era difícil, se convirtió para muchas personas en una odisea, ya que ni siquiera se tenía garantizado el acceso a un servicio básico como el agua:

Lamentablemente [en la cuarentena] yo me quedaba en la casa a llorar nomás, porque hay gente que no tenía ni para comprar un turril de agua. La verdad, dios no más sabe cómo esas familias han hecho para subsistir.

Yo cuando agarraba agua de cisterna, el de la cisterna me preguntaba: “¿tienes para pagarme?”, así me decían. Yo le respondía: “¿por qué me preguntas?”, y me respondían: “es que me hacen descargar a sus turriles, a sus tanques y luego me dicen: “después nomás te voy a pagar”. Así me decían.

Se corrobora esta información al observar en los siguientes gráficos que un 31% de la población femenina de las OTB que fue parte del muestreo y sus respectivas familias tuvieron dificultades para acceder a uno o varios servicios o productos básicos como consecuencia de las medidas de confinamiento que se levantaron en los primeros meses de la pandemia.

Gráfico 1. Acceso a productos básicos y/o servicios durante la pandemia



Fuente: elaboración propia 2022.

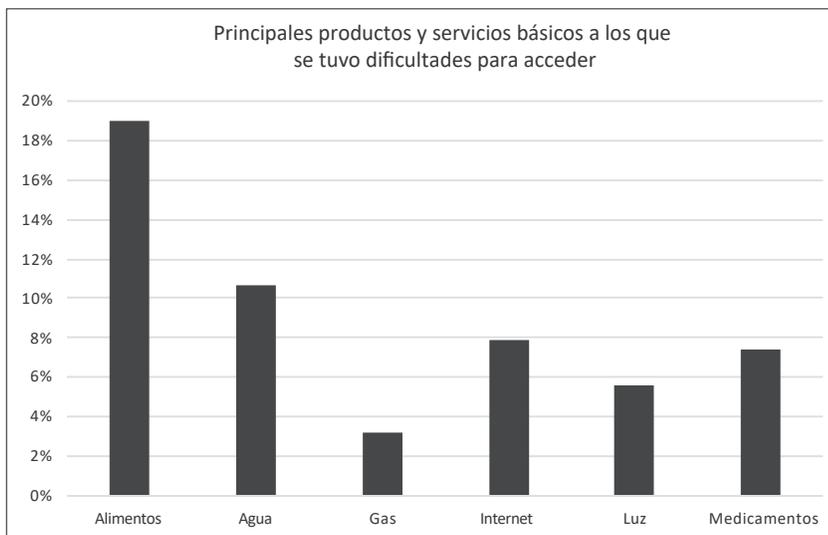
Se puede constatar que los principales productos de difícil acceso fueron los alimentos y el agua, casi un 20% de la población de las OTB en cuestión tuvo dificultades de acceso a uno o varios tipos de alimentos, mientras un 11% se vio en problemas para obtener el agua necesaria para la vida cotidiana. También existieron dificultades para acceder a internet debido a que una parte importante de la población de la zona sur de Cochabamba no tiene instalaciones domiciliarias de wifi, sin embargo, en medio de las cuarentenas, las clases virtuales demandaron no solo este servicio de comunicación, sino también los aparatos – principalmente teléfonos celulares– para conectarse a sus respectivas clases:

Los niños, por lo menos han aprendido durante la pandemia, han podido pasar clases y las desventajas son de que hay niños que no pueden presentar clases por ese medio, porque económicamente no tenían suficiente para pasar clases porque tenían que comprar megas, y no, la mayor parte no tiene wifi para pasar clases, por eso es que no podían aquí en la ciudad.

En la tecnología, en la educación, muchas de las familias podían comprar un celular, pero también muchas familias no podían comprar.

Por otro lado, es considerable que un 7% de la población no pudo acceder a medicamentos a los que anteriormente accedía. Y, pese a que durante los primeros meses de cuarentena el Estado subvencionó los servicios de gas y electricidad, hubo algunas personas que se vieron privadas de los mismos.

Gráfico 2. Productos y servicios de difícil acceso



Fuente: elaboración propia 2022.

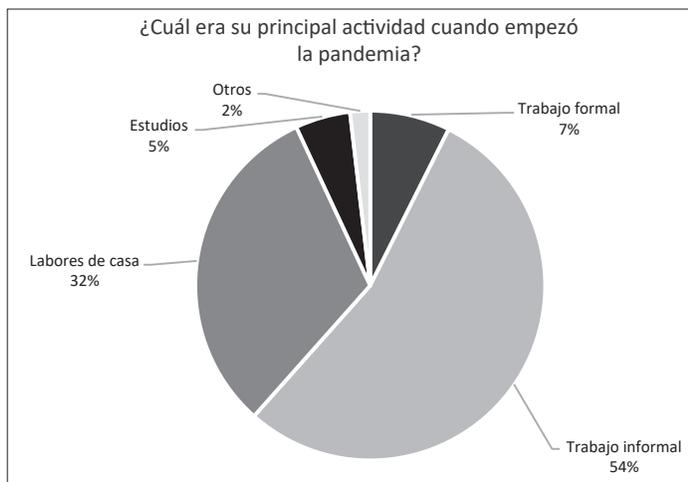
Con todo, es claro que el eslogan de “quédate en casa” no consideró las diversas necesidades de los barrios populares, como los que existen en el Distrito 9 de la ciudad de Cochabamba. Las personas se vieron en la necesidad de generar fuentes de ingreso de maneras diversas con tal de poder adquirir los principales bienes y servicios de sobrevivencia.

Es por esto por lo que se entiende que durante el primer año de la pandemia hubo cambios en las principales actividades –remuneradas y no remuneradas– a las que se dedicaban las mujeres de las OTB de la zona sur de Cochabamba.

Lo primero que se tiene que tomar en cuenta es que más del 54% de las mujeres que pertenecen a las cuatro OTB que fueron incorporadas en este estudio tenían antes de la pandemia como principal actividad algún trabajo informal, es decir, alguna actividad que no cuenta con estabilidad laboral ni

ningún tipo de seguridad social. Por otro lado, el 32% de las mujeres encuestadas realizaba labores de casa como actividad principal, mientras que solo un 7% tenía una fuente de trabajo remunerada en el sector formal de la economía y un 5% se dedicaba a estudiar⁶.

Gráfico 3. Principal actividad al empezar la pandemia



Fuente: elaboración propia 2022.

Pero con la pandemia la situación cambió en varios sentidos:

Sí, yo he escuchado algunos casos, no sé, señoras [...] que contaban que trabajaba solo el marido y no quería que trabaje la esposa y, de repente, con la pandemia lo que nunca habían querido han tenido que hacer, porque la esposa podía salir a vender algo. Entonces ella ha tenido que mantener.

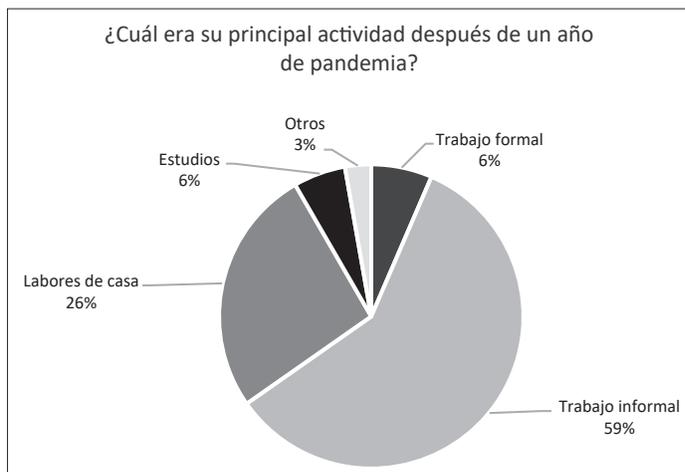
Hemos vivido discriminación, puede ser en el trabajo, porque en un rubro donde trabajaban hombres y mujeres han preferido despedir a las mujeres.

⁶ Al haberse realizado la encuesta a mujeres mayores de 18 años, se entiende que ese 5% de mujeres dedicadas a estudiar, son principalmente universitarias.

En lo que es lo económico... muchas de nosotras perdimos el trabajo, nos quedamos sin trabajo, por ejemplo.

Como se puede apreciar en la siguiente gráfica y que corrobora las palabras de la entrevistada, un año después de la pandemia, un 5% de las mujeres fueron impelidas a buscar algún tipo de trabajo dentro del mercado informal como actividad principal, mientras que un 6% de las mujeres que previamente se dedicaban a labores de casa dejaron esta como actividad primaria para buscar alguna fuente de ingreso. Esto no significa, de ninguna manera que hayan dejado de realizar las labores de casa, sino que estas labores se convirtieron en su actividad secundaria, tal y como lo señala la encuesta realizada.

Gráfico 4. Principal actividad económica después de un año de pandemia



Fuente: elaboración propia 2022.

Esta es una situación que claramente contrasta con lo sucedido –y que ha sido más estudiado– con el fenómeno de que, en estratos con ingresos medios y altos, muchas mujeres se vieron

en la necesidad de dejar sus fuentes laborales para dedicarse a trabajos de cuidado en el hogar de manera exclusiva. En los barrios populares, esta posibilidad es impensable, ya que al vivir del día a día, la cuarentena representó una caída importante en los niveles de ingreso, por lo que se convirtió en una necesidad el que una mayor cantidad de personas de cada hogar salga a realizar trabajos que permitan adquirir ingresos para el sustento de las familias, así lo relatan las mujeres:

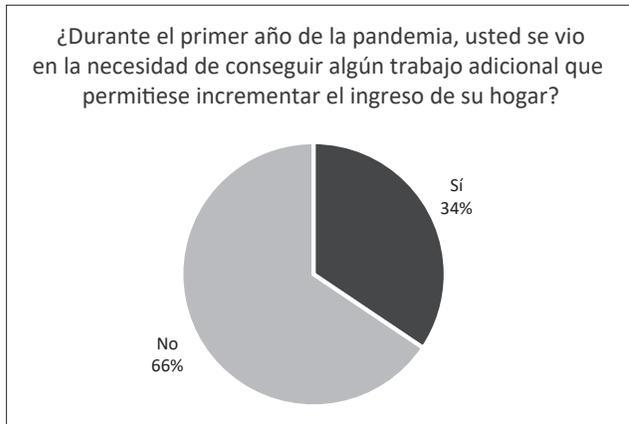
También antes las mujeres en el mercado ganábamos 100 bolivianos y ahora con esta pandemia ganamos 60, 50, eso es otra [situación] que nos afecta a las mujeres.

También hay días que salen a trabajar y hay días que no salen, y eso tampoco tienen ni para comer.

A la semana no les alcanza, eso. Si van dos días a la semana que trabajen, eso no alcanza y eso es lo peor.

En cuanto a la pregunta sobre la necesidad que tuvieron las mujeres entrevistadas de encontrar otras fuentes de empleo en tiempos de pandemia, se constató que un 34% de ellas se vio en la necesidad de encontrar alguna actividad adicional para incrementar el ingreso de su hogar. Es decir, una tercera parte de las mujeres entrevistadas no pudo subsistir económicamente con los niveles de ingreso con los que contaba durante los procesos de confinamiento. Lo llamativo, además, es que los datos de la encuesta señalan que de este 34% de mujeres que se vieron en la necesidad de encontrar otra fuente de empleo, el 97% de ellas se dedicó a actividades económicas informales, lo que demuestra el importante grado de precarización de las condiciones de vida que se vivió en aquel entonces.

Gráfico 5. Necesidad de conseguir trabajo adicional en tiempos de pandemia



Fuente: elaboración propia 2022.

Por otro lado, la crisis económica propiciada por la covid-19 ha sido, en todos los niveles, una crisis que ha generado deuda. La manera de sostener largos procesos de confinamiento solo es posible si se utilizan recursos acumulados. En muchos casos, las capas medias y altas de la sociedad utilizaron sus recursos ahorrados, pero en sectores populares, esta posibilidad es poco factible o imposible. Es por este motivo que muchas familias de la zona sur de Cochabamba se vieron en la necesidad de endeudarse, como una forma de lograr ingresos para sobrevivir y con las consecuencias que ello conllevó para las mujeres como un acumulado de preocupaciones y conflictos en sus relaciones de pareja:

Había mucha escasez de dinero, eso es por la falta de trabajo, muchos nos hemos endeudado y el banco no te perdona las deudas.

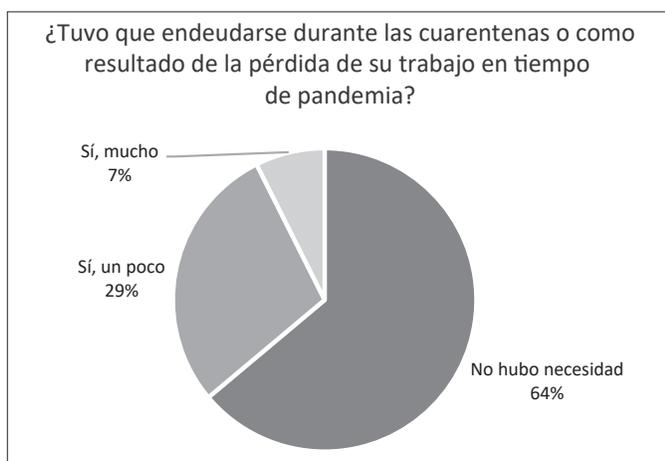
Problema de estrés, todos hemos pasado por eso en la pandemia... por las pequeñas deudas que tenemos.

Todos estos problemas tienen sus efectos: destrozados de los matrimonios, bastante parejas por eso se ha separado, pérdidas familiares, muchos hemos perdido familiares a causa de esto; desempleo, ¿quién no quedó sin trabajo en la pandemia? Todos hemos quedado sin trabajo en la pandemia, todos nos quedamos sin trabajo.

Problemas en pareja, ha sido, ha habido discusión por falta de dinero y no había trabajo, económicamente, no generábamos dinero ni la mujer ni el varón....

Según los datos cuantitativos recogidos por el estudio, un importante porcentaje de mujeres, o sus respectivas familias, se vieron en la necesidad de contraer algún tipo de deuda:

Gráfico 6. Endeudamiento en pandemia



Fuente: elaboración propia 2022.

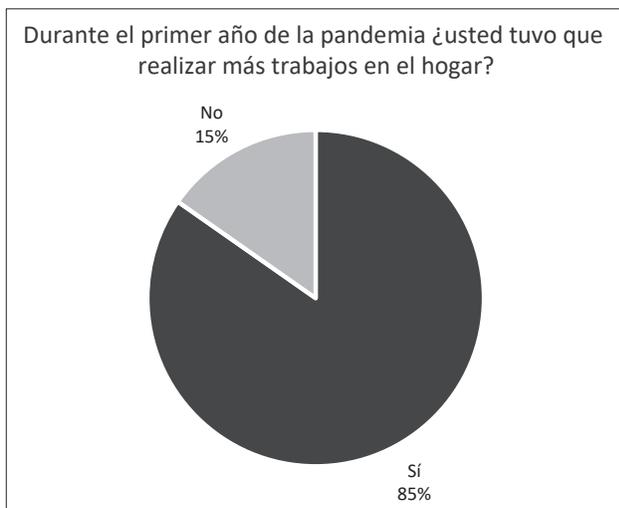
En total, un 36% de las mujeres encuestadas en las cuatro OTB que hacen parte del muestreo realizado señaló que tuvo que endeudarse como resultado de la pandemia, 29% señaló que su nivel de endeudamiento no fue tan significativo, mientras que un 7% señaló que tuvo que endeudarse de manera significativa.

Además, otro elemento a considerar y que es particularmente llamativo es el que señala que, en el caso de mujeres divorciadas o separadas, la tasa de endeudamiento llegó a ser del 75%, (50% endeudamiento poco significativo y 25% endeudamiento significativo).

Todavía queda pendiente la realización de un estudio mucho más profundo sobre los procesos de endeudamiento que se produjeron como consecuencia de la pandemia, pero lo cierto es que se puede esperar que los mismos tengan implicaciones de consideración en el mediano y largo plazo sobre el bienestar de las mujeres de sectores populares y sus familias, toda vez que el mismo puede ser considerado como un dispositivo de violencia, que afecta sobre todo a sectores populares y a aquellos que están en situación de mayor precariedad.

Finalmente, cuando se considera una de las dimensiones específicamente femenina de los impactos producidos por la manera en que se enfrentó a la pandemia, se puede constatar que, aquello que se ha venido reiterando en este documento, ha sido también una realidad en la zona sur de Cochabamba, los trabajos de cuidado se incrementaron de manera significativa para las mujeres como consecuencia de la pandemia:

Gráfico 7. Incremento de los trabajos en el hogar



Fuente: elaboración propia 2022.

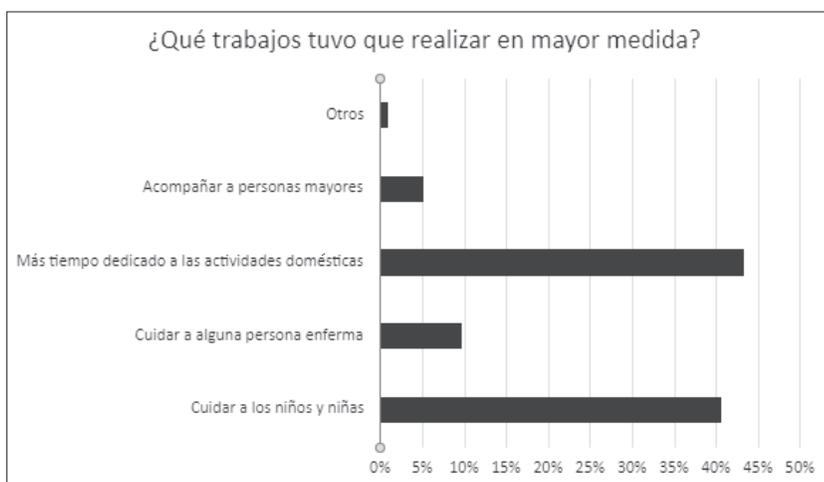
Como se puede observar, el 85% de las mujeres entrevistadas vio incrementar de alguna manera la carga de los trabajos de cuidado al interior de sus hogares, tal y como lo señala una vecina de la zona sur:

El aumento de trabajo para las mujeres en el hogar ha sido un trabajo doble: primero cocinar, lavar, y luego controlar si está entrando a clases, si está haciendo su trabajo, ha sido doble el trabajo.

Ahora bien, también es importante notar –como se puede apreciar en el siguiente gráfico–, que las dos principales actividades que sufrieron un incremento considerable en el hogar fueron las actividades domésticas (limpieza, cocina, etc.) y la del cuidado de los niños; es decir, dos actividades que tienen que ver más con los procesos de confinamiento y, no tanto con las consecuencias del contagio del virus en sí mismo. Han sido las mujeres las que principalmente han cargado con este peso,

ya que las tareas al interior de los hogares se incrementaron significativamente debido a que muchas personas ya no salían del hogar o pasaban mucho más tiempo en el mismo. De la misma manera, debido a que los niños pasaban clases virtuales, eran las mujeres de los hogares las que generalmente acompañaron estos difíciles procesos formativos desde la distancia.

Gráfico 8. Principales actividades del hogar que se incrementaron por la pandemia



Fuente: elaboración propia 2022.

Además, es importante señalar que parte de las redes comunitarias que se activaron para sostener el cuidado de la vida estaba constituida por las mismas vecinas:

Mi verdurita que tenía, en mi huerto, así [muestra manos de abundancia]. A los vecinos, estito he hecho producir, no quieres, pero igual seguía dando, estito. El otro me decía, estito yo también tengo y compartíamos.

Me decían, me he enfermado. Yo no me he enfermado. Cargado de la verdura, venía uno y le decía, llévate.

Con todo, la reproducción social de la vida, a pesar de los embates que la pandemia tuvo sobre la vida de las mujeres, ha sido posible gracias a las tramas comunitarias y a los trabajos del cuidado realizado principalmente por mujeres. Esta situación es clara para las mujeres que reconocen que para mejorar su situación es necesario mejorar las condiciones en las que viven en sus territorios, desde los servicios básicos, con los que cuentan de manera parcial, hasta sus condiciones laborales.

Efectos de la pandemia en la salud desde la perspectiva de mujeres de la zona sur de Cochabamba

Cuando los primeros casos de la covid-19 se presentaron en Bolivia, algo que se hizo inmediatamente evidente fue la precariedad del sistema sanitario boliviano y lo poco preparado para enfrentar una emergencia sanitaria de este tipo. El lugar secundario que ha ocupado la salud pública en el país no es una novedad, en todo caso es una situación persistente y consustancial a la propia dinámica económica del país: la salud, a lo largo de la historia, nunca ha sido una prioridad para el Estado boliviano.

Si solo se considera la situación sanitaria en el marco del presente siglo, se puede observar que para el año 2006, solo el 66% de los partos fueron atendidos por personal de salud, lo que demostraba las diferencias en el acceso a este tipo de servicios sanitarios. En cuanto al acceso al Sistema de Seguridad Social –seguro de salud para trabajadores del sector formal–, para el año 2002 un poco más de la cuarta parte de la población (27,23%) tenía acceso a este beneficio; mientras que para 2008, un poco menos de la mitad de la población (42%) contaba con este beneficio.

Al modelo neoliberal de salud, le siguió el actual. Este tiene su antesala en las primeras medidas del gobierno del Movimiento

Al Socialismo (MAS), cuya política en salud entró en vigencia en 2008, a través del Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI). Este se caracteriza por un discurso de avanzada con enfoque integral y de promoción de la participación comunitaria, que, sin embargo, como lo señala un boletín de CEDLA, paradójicamente, trata de reproducir dos experiencias: “coloniales y neoliberales”. Prueba de ello es que buena parte de los servicios ofrecidos por este modelo de salud debían pagarse, lo que hacía que los sectores de menores ingresos tuvieran dificultad para acceder a estos.

El año 2019, el gobierno del MAS puso en funcionamiento el denominado Sistema Único de Salud (SUS). Si bien este está destinado a satisfacer el acceso básico a la salud para las personas sin seguro de salud, la medida fue criticada por el contexto electoral en que fue implementada, ya que no contaba con una fuente de financiamiento viable y la sobrecarga recaía sobre el personal sanitario. El sector médico expresó su rotundo rechazo a esta medida por no existir las condiciones infraestructurales, presupuestarias, de equipamiento y recursos de humanos para su implementación. La experiencia del SUS no fue la mejor para la población, generó una serie de confusiones y la zonificación de usuarios y centros de salud tuvo consecuencias, incluso negativas, así lo relatan dos mujeres de la zona:

Yo me atendía ahí [en el Centro de salud España] y mi cuñada más. [Ella] se ha embarazado y esos del SUS me han dicho que no correspondemos al centro de salud España. Cuando hemos querido hacernos inscribir en el SUS nos ha dicho, “no pertenecen aquí”. Nos han votado al norte. Ir al otro lado es más complicado, es como para perderse, escondido es. Ella ha perdido todos los beneficios de su hijo que tenía, sus bonos, sus vacunas. No tiene vacunas porque no querían vacunarle ahí.

Estaba en el hospital Sennfeld, ahí ha nacido [mi hijo]. En el cerrito. Ahí me estaba revisando, todo estaba. Me decía, ya está mal de cadera tu hijo, ahí me han hecho comprar ese arnés; después, no te pertenece aquí, diciéndome, me han mandado al hospital Flores, ahí me han traído. Ahí no me han revisado bien. Ahí se ha quedado. Ahora ya no se puede, el tratamiento ya no hay, me han dicho en ese hospital.

En este escenario llegó la pandemia, primando el desorden, la desinformación y la incapacidad del sistema sanitario de absorber la gran demanda de personas enfermas con la covid-19 y que requerían atención médica. Poco a poco los centros sanitarios públicos quedaron rebasados y comenzaron a rechazar a enfermos por la covid-19, lo que significó dramáticas situaciones en las que las personas que requerían atención médica morían en las calles, mientras otras deambulaban por los hospitales que rechazaban su internación. De manera paralela a esta situación, los centros de atención médica dejaron de brindar servicios médicos en otras áreas que no se relacionaban con la covid-19, lo que habría de significar que muchas personas se quedarán sin tratamientos médicos, y atención en general, incluido en esto la atención en salud sexual, reproductiva y no reproductiva, que antes de la pandemia ya tenía sus limitaciones. Este el análisis que hace una de las mujeres de lo que ha significado la pandemia en sus múltiples dimensiones:

Los problemas a causa de la pandemia ha sido la violencia contra la mujer, tanto psicológica, económicamente y en lo económico está la alimentación, por falta de trabajo, dinero, no se genera empleo. Ahora, en la salud, los que no cuentan con un seguro, en la pandemia no había cosas médicas, todo era covid.

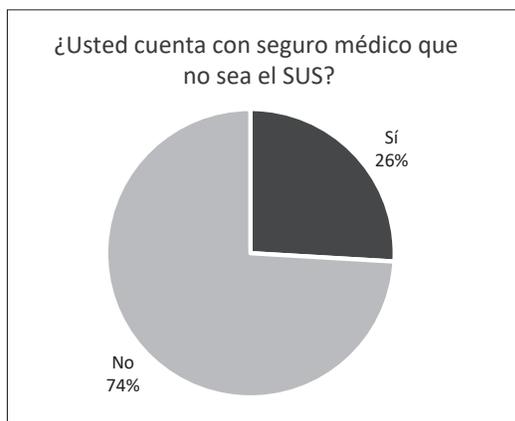
Entonces, cuando se considera a la zona sur de Cochabamba, la situación sanitaria es particularmente preocupante si se la

compara con otras regiones de la urbe valluna. Por ejemplo, si bien el Distrito 9 es el más extenso territorialmente y el más poblado, hasta el 2015 era uno de los pocos distritos que no contaba con ningún centro de salud de segundo nivel, menos de tercer nivel (GAMC, 2016). Recién en 2018, se inauguró el Hospital del sur, un establecimiento médico de segundo nivel que hasta la fecha cuenta con dificultades presupuestales y, por tanto, operativas.

Con todo y dadas las condiciones económicas de la población de la zona sur de la ciudad, es de suponer un conjunto de dificultades que se hicieron presentes cuando la pandemia hizo aguas en marzo de 2020. Lo primero que se debe tener en consideración es la bajísima cobertura que existe en términos de un seguro de salud en Bolivia, puesto que solo el 17,7% de la población en Bolivia cuenta con un seguro de salud (Opinión, 11 de julio de 2021). Por lo general, un seguro de salud viene de la mano de una actividad laboral en el ámbito formal, situación que para nada es la que prepondera en este distrito.

Según el estudio realizado, se pudo evidenciar que más de tres cuartas partes de las mujeres encuestadas no cuentan con un seguro de salud:

Gráfico 9. Cobertura de seguridad sanitaria



Fuente: elaboración propia 2022.

Para esta pregunta se ha dejado de lado al Sistema Único de Salud (SUS), que para la población es considerado como un seguro de salud y es proporcionado de manera gratuita por el Estado boliviano pero que, como se explicó anteriormente, tiene una cobertura limitada y que no ha cubierto los casos de enfermedad por la covid-19, tampoco cubre casos de enfermedades graves o gastos mayores, tal y como lo comentan las vecinas de la zona sur:

Y es muy triste, pero [...] es muy deficiente nuestra salud en nuestro país porque, le cuento otra experiencia. Perdí muchos parientes en la primera pandemia. Mi suegro falleció pese a que él tenía, por ejemplo, un Seguro Social, el Seguro Social no cubrió nada, tuvimos que endeudarnos para poder cubrir el sepelio, las funerarias también se aprovecharon, lastimosamente por ese lado creo que a muchos les ha tocado vivir esta situación de verse endeudados pese a que uno no está con trabajo, no tiene la fuente de ingreso y sobre eso [tenemos] un enfermo en casa.

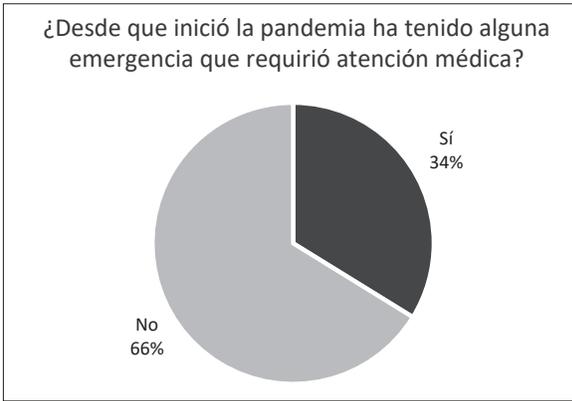
Además, que en general existe una desconfianza por los servicios muy limitados que existen en torno a la atención sanitaria del SUS:

He llegado al SUS y no me han dado atención adecuada, me dan medicamento que no me hace nada, solo hacen seguimiento.

Entonces, queda claro que la población de la zona sur de Cochabamba se enfrentó a la pandemia en una situación de vulnerabilidad extrema, con una capacidad de acceso muy limitada a la salud pública gratuita y con una pequeña población que sí tenía acceso a un seguro de salud que, valga la aclaración, también fue insuficiente durante la pandemia.

El problema es que desde que se iniciaron los contagios de la covid-19, la mayor parte de los centros de salud dejó de brindar asistencia médica a no ser en casos de emergencia, tanto como consecuencia del nuevo coronavirus como por otras afecciones o accidentes, dejando de lado la atención normal y preventiva. En este entendido, una tercera parte de la población que fue encuestada tuvo que recurrir, de manera directa o indirecta (acompañando a familiares), a los centros de salud para recibir algún tipo de atención médica por emergencia desde que se inició la pandemia.

Gráfico 10. Necesidad de acceso a atención médica de emergencia



Fuente: elaboración propia 2022.

En estos casos de emergencia, un 18% de quienes necesitaron algún tipo de tratamiento no lograron acceder a atención médica durante el primer año que duró la contingencia sanitaria, por lo que se vieron en la necesidad de recurrir a otras formas de atención médica, ya sea tradicional o simplemente quedarse en casa.

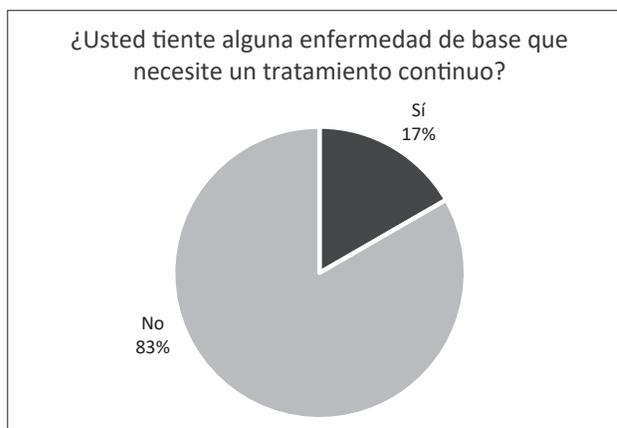
Algo que se debe tener en consideración es que, en muchos casos relativos a la covid-19, cuando la enfermedad empeoró algunas familias decidieron simplemente no buscar atención sanitaria especializada prefiriendo quedarse en casa y tratar a los familiares enfermos, ya sea a través de la medicina tradicional o recurriendo a farmacias cercanas y automedicándose. Es por esto, por lo que, la cifra anterior del 18%, podría ser mucho más elevada si es que estas personas que requerían tratamiento médico lo hubiesen buscado efectivamente. Así lo comenta una vecina de la OTB Los Olivos:

Esa gente no está acudiendo en la mayoría de los casos a los establecimientos de salud si se enferma. Se aísla en su casa y

va tomando su medicina tradicional. [...] Y hay personas que se han descuidado, lamentablemente están muriendo [...], eso que significa que esa persona, pues que no ha ido a un establecimiento de salud, no porque no quiere, sencillamente porque no tiene ese recurso económico necesario para acudir al establecimiento de salud y ha tratado de curarse solamente en su domicilio.

Pero quizá algo que es aún más representativo de la situación real de la salud en los barrios marginales, es aquello que tiene que ver no solo con el acceso a salud por situaciones de emergencia, sino lo que pasó con aquellas personas que reciben tratamientos de largo plazo por problemas relacionados con enfermedades de base.

Gráfico 11. Mujeres con enfermedades de base



Fuente: elaboración propia 2022.

El 17% de las mujeres encuestadas manifestó tener alguna enfermedad de base (diabetes, enfermedades cardíacas, insuficiencia renal, etc.). Sin embargo, algo llamativo es que, de ese porcentaje, el 43% de ellas no pudo acceder a su tratamiento para enfrentar su enfermedad de base –o tuvo problemas para

hacerlo— desde que comenzó la pandemia. Este es uno de los temas que más preocupación ha generado entre la población que requiere el acceso permanente a cuidados sanitarios. En muchos casos, los centros de salud dejaron de brindar atención continua a sus pacientes o limitaron su acceso para atender los casos de emergencia. Los datos de morbilidad relacionados con la covid-19 suelen omitir las afectaciones que existen en este sentido.

Gráfico 12. Mujeres con enfermedades de base que han tenido dificultad para acceder a tratamiento médico



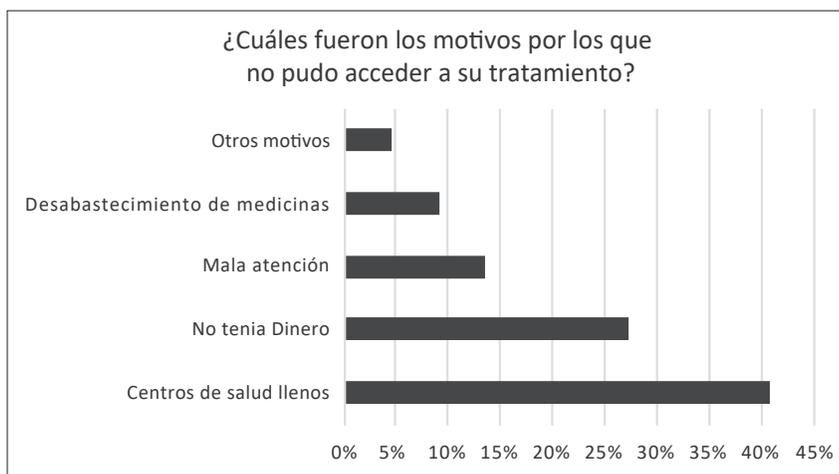
Fuente: elaboración propia 2022.

Los principales motivos por los que este 43% de las encuestadas con enfermedades de base no pudieron acceder a la atención sanitaria para tratar su afección tiene que ver, en primer lugar, con que los centros de salud desbordados por la crisis del covid-19, por lo que era imposible lograr una atención de otras afecciones; el segundo motivo está relacionado con las carencias económicas para acceder al tratamiento requerido. Gran parte de estos tratamientos se gestionan en hospitales privados, por lo que muchas de las personas deben destinar

recursos que no pudieron generar por las cuarentenas. De la misma manera, muchos hospitales privados incrementaron significativamente sus tarifas debido a la especulación que se generó como consecuencia de la pandemia. Así lo vivió una vecina de la zona sur:

Yo no tengo seguro y solo voy por emergencia [al sistema privado de salud], pero los medicamentos eran muy caros y también han fallecido muchos por covid.

Gráfico 13. Motivos por los que no accedió a tratamiento médico



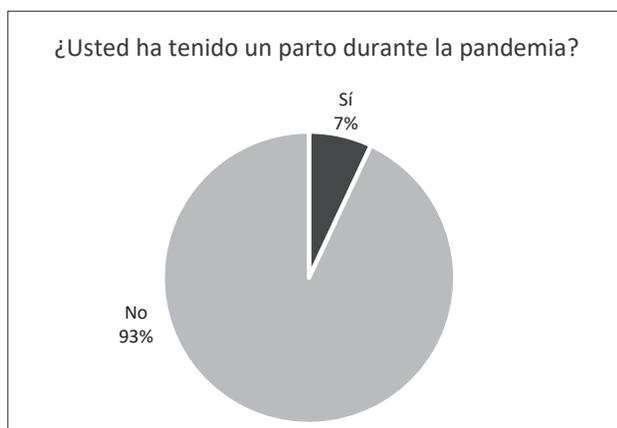
Fuente: elaboración propia 2022.

En cierta medida, si bien existe bastante información sobre los efectos específicos que la pandemia tuvo sobre distintas dimensiones de la vida económica de las mujeres, en especial aquella que tiene que ver con la dependencia a la que se vieron empujadas, es poco lo que se conoce sobre cómo la crisis sanitaria afectó de manera concreta al acceso a la salud para mujeres. Por ejemplo, cómo el sistema de salud respondió y dio continuidad –o no– a toda la atención en salud sexual reproductiva y no

reproductiva que se brinda de manera cotidiana, y la cual ya tenía sus propias barreras para las mujeres.

Entre la población encuestada de las cuatro OTB, se pudo constatar que un 7% de las mujeres tuvo un parto durante el primer año y medio de la pandemia. Sin embargo, lo llamativo es que la mitad de las mujeres que tuvo un parto en este periodo se vio afectada ya que debido al colapso del sistema sanitario no pudo acceder a sus controles prenatales de manera regular, aspecto relevante para la prevención y detección oportuna de afecciones en salud y el favorecimiento de la salud de la mujer embarazada y el feto.

Gráfico 14. Partos durante la pandemia



Fuente: elaboración propia 2022.

Gráfico 15. Controles prenatales



Fuente: elaboración propia 2022.

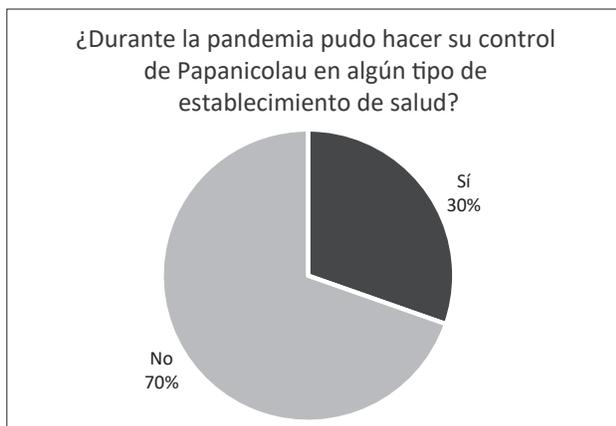
Nuevamente se puede observar que la mayor parte de las mujeres embarazadas que no acudió o no pudo acudir a un centro de salud para realizar sus controles prenatales lo hizo porque estos centros estaban colapsados. Aunque también, las encuestadas, como se muestra en el gráfico 12, marcaron como opciones importantes para tomar estas decisiones la mala atención que se brindó durante la pandemia, los centros de salud llenos y el miedo a contagiarse de la covid-19. Ante esta situación, algunas mujeres tuvieron que recurrir a los centros privados de salud:

Durante la pandemia los centros de salud los han cerrado. Ha habido mamás que han tenidos sus partos durante la pandemia y se han ido a otros lados.

Pero a diferencia de los procesos de embarazo, que cuando están en curso no pueden simplemente “evadirse”, en el caso de la prevención de enfermedades como el cáncer de cuello uterino, la situación fue mucho más dramática, cabe agregar que, según datos del Ministerio de Salud de Bolivia, el cáncer

de cuello uterino es una de las principales causas de muerte en mujeres en el país, que se refleja en la muerte de 4 a 5 mujeres al día. Asimismo, el 70% de las mujeres encuestadas señaló que no se realizó sus controles de papanicolaou durante la emergencia sanitaria.

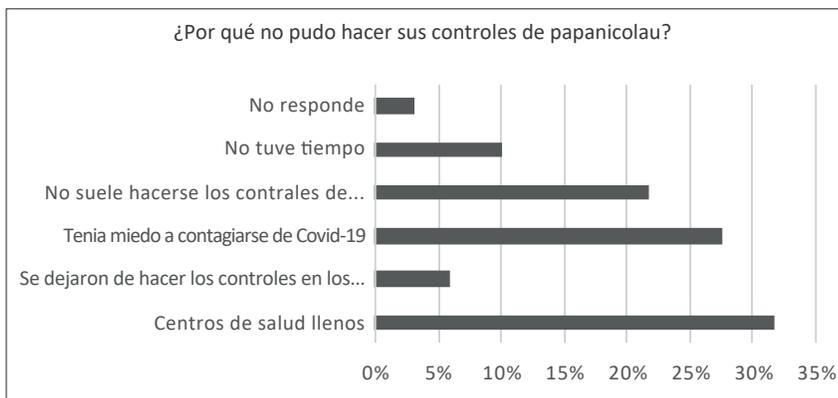
Gráfico 16. Control de papanicolaou



Fuente: elaboración propia 2022.

Es necesario resaltar que un 22% de ellas no suele realizarse exámenes de papanicolaou o no los realiza de manera regular, y otro porcentaje no pudo realizarse su examen porque los centros de salud colapsaron o porque tenían miedo de contagiarse de la covid-19.

Gráfico 17. Motivos por los que no se realizó el papanicolaou



Fuente: elaboración propia 2022.

Aquí es importante enfatizar los grandes problemas de desconfianza que existen respecto al sistema de salud. En general, en los talleres realizados se pudo constatar que una gran mayoría de las mujeres tienen experiencias cargadas de desconfianza respecto al sistema sanitario, expresada en sus miedos y relacionado con malos tratos y/o falta de seriedad en los tratamientos:

He llegado al SUS y no me han dado atención adecuada, me dan medicamente que no me hace nada, solo hacen seguimiento.

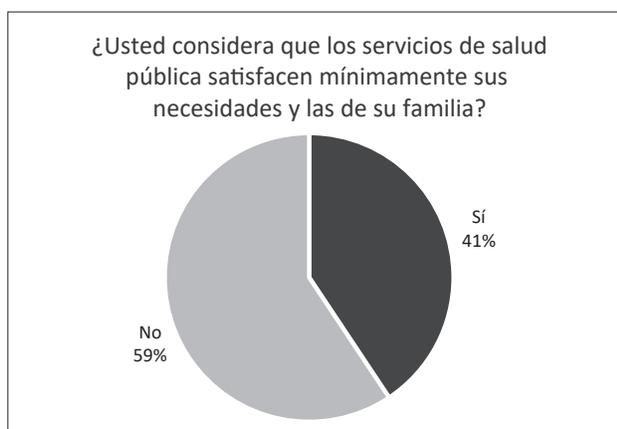
A veces en los hospitales que tratan mal ¿no?

Igual que mis compañeras me gustaría aprender mucho, porque igual que mis compañeras yo nunca me he hecho un papanicolaou, por miedo, por vergüenza. Mayormente es por miedo que estén tocando. Claro, ya tenemos hijos también, hay otros que dicen, ya tienes hijos también cómo vas a tener vergüenza, así. Me gustaría saber especialmente de la salud. Nuestra salud es importante, pero a veces nosotras no lo tomamos muy en cuenta porque nosotras estamos más pendientes de nuestros hijos, de nuestra pareja. Más estamos

al cuidado de los demás, de la familia. A veces tenemos algún dolor o alguna cosa que tal vez tengamos, nos aguantamos.

Con todo, luego de más de un año de pandemia, lo que se puede constatar es que, desde una perspectiva general sobre la salud y los cuidados, la gran mayoría de las mujeres de las OTB donde se realizó el estudio (59%) consideran que los servicios de salud pública no satisfacen mínimamente sus necesidades o las de sus familias. Esta percepción, sin embargo, debe ser considerada como resultado de los desastrosos resultados que tuvo la atención sanitaria durante la pandemia, pero también como un acumulado de problemas relativos a la salud que se arrastran desde mucho antes que la pandemia.

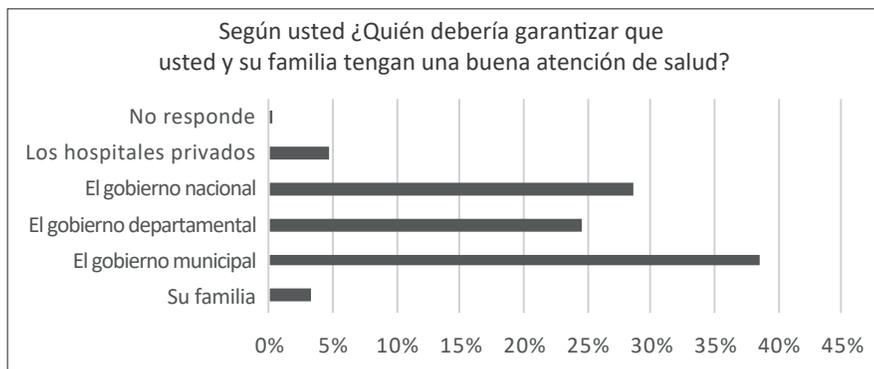
Gráfico 18. Satisfacción con la atención pública de salud



Fuente: elaboración propia 2022.

Asimismo, es importante anotar que la gran mayoría de las entrevistadas consideró que la responsabilidad de brindar una buena atención de salud le corresponde a algún nivel del Estado –local, regional o departamental–, mientras que solo una pequeña minoría considera que la salud es un problema que debe ser llevado a un ámbito familiar o privado.

Gráfico 19. Quién garantiza una buena atención sanitaria



Fuente: elaboración propia 2022.

También, es importante señalar que la salud no solo se refiere a lo fisiológico, sino también a sus componentes psicológicos y sociales que hacen al bienestar de las personas. En este sentido, la pandemia ha conllevado afectaciones subjetivas y sociales, expresadas en un aumento de las preocupaciones, mayor sufrimiento o mayor estrés psicosocial en las mujeres y su entorno. Así lo expresa una de las mujeres: *“más ha sido la preocupación, nos ha ido afectando”*, y otra de ellas narra cómo y por qué fue esta preocupación y las emociones presentes esos primeros días de pandemia:

La primera [ola de] pandemia, la primera semana no tenía plata ni comida, nada, solo tenía... Yo dije, más que todo las mujeres nos preocupamos de la comida en la casa y lo que me preocupaba era lo que tenía que pagar en el banco. No sabía que la pandemia iba a llegar. Mi esposo tenía trabajo de chapería mecánica en mi casa. Aunque no teníamos plata, llegaba alguna movilidad, “vamos a tener”, pero cuando ha llegado, qué hecho, no sabía qué hacer, tengo dos nietitos, cuando no hay plata, yo dije: “señor, tu sabrás cuándo nos darás, pero yo dependo de esto”. Mi esposo me dice, de qué estás triste, [le respondo]

- “sabes, no tengo plata, he ido a pagar al banco”,
 - Pero lo que nos deben nos traerán.
 - Cómo crees que nos van a pagar lo que nos deben, ellos también deben estar igual que nosotros.
- Él no se ponía triste.
- [Yo] decía: no, mañana tengo que comprar pan 5 Bs. Seguíamos tristes.

Las diversas afectaciones tanto materiales como subjetivas, implicaron un malestar subjetivo que ha sido enfrentado con estrategias de cuidado familiar y colectivo. Frente a la incertidumbre generada por la pandemia y las dudas en salud en general, el espacio asambleario en el que se realizó esta investigación permitió la circulación de la palabra y con ello que surjan las interrogantes, así como las respuestas pero además, que el mismo sirva como un espacio de cuidado colectivo, no por nada las mujeres coincidían en estos, aspectos importantes que hacen al bienestar y, por tanto, a la salud:

Hemos aprendido a hablar de la pandemia, me ha gustado estar en estos talleres, porque aquí vinimos entre mujeres, no sabíamos cómo estaba viviendo la otra y también saber cómo ayudarnos [...].

Efectos de la pandemia en el incremento de la violencia de género desde la perspectiva de mujeres de la zona sur de Cochabamba

Una tercera dimensión de trabajo en este documento es la violencia de género y cómo la misma se incrementó significativamente durante la pandemia y las medidas de confinamiento. Vale la pena considerar que, sin embargo, esta ha sido la dimensión menos estudiada a causa de la dificultad de poder entablar diálogos más profundos al respecto debido al mismo carácter de la violencia doméstica y a sus implicaciones

en la vida diaria de las mujeres. Sin embargo, a continuación, se puede ver cómo, desde la percepción de las mujeres de las OTB en las que se realizó el trabajo de investigación, se ha experimentado mayor incidencia de casos de violencia como consecuencia de la pandemia⁷.

Antes de continuar es importante resaltar que el problema de la violencia de género no puede ser entendido únicamente en el marco de la pandemia, sino que hace parte de un problema estructural de la sociedad, tanto así que puede considerarse a la violencia como una pandemia que ya estaba en curso antes de la llegada de la covid-19:

Diversos estudios y datos globales develaron que antes de la pandemia por COVID-19, existía otra pandemia ignorada, invisibilizada y en la sombra: la violencia contra las mujeres. Datos del informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominado Estimaciones Mundiales y Regionales de la Violencia Contra la Mujer: Prevalencia y Efectos de la Violencia Conyugal y de la Violencia Sexual no Conyugal en la Salud dan cuenta de que, a nivel global, el 35% de las mujeres fue víctima de violencia física y/o sexual por parte de su pareja, o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja; la violencia que más casos reporta (30%) es la violencia en las relaciones de pareja. Otro dato relevante es que el 7% de las mujeres a nivel mundial fue agredida sexualmente por una persona distinta de su pareja. Según las Naciones Unidas, al menos una de cada tres mujeres sufrió en algún momento de su vida violencia física o sexual; la violencia contra las mujeres provoca más muertes que la malaria, la tuberculosis y todos los tipos de cáncer juntos.

7 A diferencia de los anteriores apartados, relativos a economía y salud, para el de violencia ha sido más difícil recabar información debido a lo delicado de la temática y a lo comprometedor que pueden ser las situaciones en las que se revelan datos al respecto. Sin embargo, con la información recabada se puede delinear, en términos generales, cómo afectó la pandemia al incremento de la violencia de género al interior de los hogares.

De acuerdo con el Estudio Mundial sobre el Homicidio de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2019) en 2017, un total de 87.000 mujeres fueron asesinadas intencionalmente, el 58% de ellas fue asesinada por sus parejas íntimas u otros miembros de la familia, lo que significa que en el mundo aproximadamente cada día 137 mujeres son asesinadas por personas conocidas y cercanas a ellas. [...]

De acuerdo con la información del Ministerio Público [de Bolivia], de 2013 a 2020, 785 mujeres fueron asesinadas en el país. Llama la atención que, durante 2020, el delito de violencia familiar o doméstica reporta el 43,22% de todos los delitos perpetrados en el país, constituyéndose en el delito más frecuente, con 30 puntos porcentuales por encima de delitos patrimoniales como el robo y otros relacionados a la integridad personal, como las lesiones graves y leves. (Calsina y Cauthin, 2021).

Estos datos, se reflejan en los relatos de las mujeres de la zona sud de Cochabamba y que hacen a sus experiencias en sus vidas cotidianas:

Sobre economía, antes sobre celos [peleaban]. Y la mujer no trabajaba. Sobre eso. Y después no le traía plata, el marido, salía con otra mujer. Llegando, les pegaba a sus hijos, a su mujer. Y después, así quería dominar. Por ese motivo la mujer ya se estaba colgando al árbol, del cuello, arriba. Ahí nuestra vecina ha visto. De ahí ha ido a su casa. Y esa señora se llama Hilda.

Y esa Hilda ha dicho: qué ha pasado, diciendo, ha entrado.

De ahí [la mujer respondió]: me voy a morir, no me trae la plata el marido... que no me da plata, con qué voy a criar a mis hijos. Prefiero morir. Para no ver a nadie, ya no ver a este, con rabia decía. Por ese motivo estaba queriendo ahorcarse con la sogá. Así, se han quedado

De ahí hemos hecho dejar, de ahí un poco se ha calmado. Y no trabajaba pues la mujer en ese tiempo.

Ya estaba colgando de su cuello. En su cuello ya estaba la sogá, ya estaba por estirarse. En ahí se ha hecho eso. Después me llamó [Hilda]: sigue están peleando, qué vamos a hacer, parece está queriendo matar a la mujer. Me ha llamado a mí también. De ahí hemos entrado, ¿qué pasa? con estas wawas [niños o niñas] qué vas a hacer... Esa señora por hartó ha pasado.

Otra de ellas relata:

Hay muchos hombres en el hogar donde las obligan a tener hijos, pero ellos no ven la situación que pasa una mujer, no se dan cuenta del riesgo. Yo vi eso en una amiga del barrio a los 15 años. Mi esposo se va a dar cuenta si me pongo anticonceptivo, me decía, y para eso ya tenía siete hijos.

Las violencias se sostienen en unos andamiajes sociales y culturales de tipo patriarcal, capitalista y colonial. Ahora bien, es sobre la base de esta violencia que la pandemia se hizo presente y en especial las medidas de confinamiento. El hecho de quedarse en casa para evitar los contagios de la covid-19, representó una transformación radical de la forma de convivencia de las familias, esto aunado al clima de incertidumbre, miedo y estrés que primó en los primeros meses de la pandemia; todo ello incrementó el clima de violencia al interior de los hogares: “El #QuédateEnCasa ignoró por completo que la casa patriarcal es el lugar más letal para las mujeres. Los gobiernos centraron sus esfuerzos en proteger a la población de la covid-19, pero no consideraron la flagrante violencia en espacios privados como el hogar” (Calsina y Cauthin, 2021).

En la zona sur de Cochabamba la situación no ha sido muy distinta, entre los largos periodos de cuarentena, la violencia política que se vivía en el país, la crisis económica que afectó

principalmente los bolsillos de los sectores más empobrecidos y el desconcierto por las características de la crisis sanitaria y las dificultades para acceder a cuidados médicos, las condiciones de la violencia al interior de los hogares se acentuaron significativamente. Según la encuesta realizada, el 57% de las mujeres de las OTB que participaron del estudio, considera que desde que se inició la pandemia la violencia contra las mujeres aumentó, el 23% considera que se mantuvo igual y solo el 9% que disminuyó.

Respecto a la violencia política, en los días que inició la pandemia la población de sectores populares no solo tenía que lidiar con la amenaza viral sino también con la violencia política instaladas en las calles y desplegada por el gobierno de Jeanine Añez (2020) y a la vez con el clima de polarización:

Es la primera vez que estoy participando. En esto de la economía es la verdad, nosotras estamos abajo. Hoy en día ya no es como antes la venta, es la verdad. A veces marido y mujer ya salen a trabajar, abandonamos a nuestros niños, en la calle estamos. Si no trabajamos no hay, no hay dónde comer. A ratos yo me pongo a recordar. Hablando de economía yo pienso dejar de pelear los de la derecha.... ver eso desgasta, porque igual aquí es una discriminación del Estado.

El estado de excepción supuso la militarización y el control de los territorios por parte de fuerzas del orden, los sectores populares, asentados en el comercio informal fueron los que más se resistieron a las medidas de restricción (cuarentenas rígidas y dinámicas) ya que dichas medidas eran un atentado a su subsistencia, puesto que generan ingresos del día a día que les permite sostenerse y sostener a sus familias. Así, la población de estos sectores se convirtió en el enemigo para otro sector de la población:

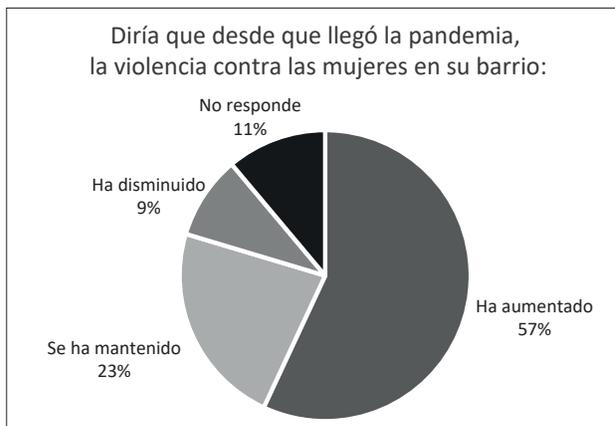
No por algo es que decimos que no vamos a entrar a la cuarentena, no es porque no nos guste estar en nuestras casas, es por la necesidad de llevar la comida todos los días a la casa.

Entonces, cuando yo voy digamos a una reunión de los colegios de arquitectos nos reunimos ¿no? Ellos dicen: las zonas son siempre terroristas, la zona sur... siempre nos dicen que somos gente floja, que siempre estamos atropellando a las personas porque no queremos acatar la cuarentena y queremos que todo el mundo se enferme. No es así, sino nuestras necesidades que tenemos.

Porque nosotros realmente si trabajamos al día y comemos de eso, nunca hemos tenido un sueldo fijo entonces es por eso que nos llevan a esa situación desde rebelarse y decir no vamos a acatar la cuarentena.

Respecto a la percepción sobre el incremento de la violencia contra las mujeres en sus barrios, es llamativo que el 11% de las encuestadas no quiso responder a esta pregunta, lo que en gran medida sugiere que tiene que ver con lo delicado de la problemática.

Gráfico 20. Percepción sobre incremento de la violencia en el barrio



Siguiendo este mismo argumento, se pudo constatar que casi un 40% de las mujeres encuestadas considera que durante la pandemia surgieron más conflictos al interior de sus hogares. Pero yendo más al fondo, lo que se pudo evidenciar es que ellas consideran que este incremento de los conflictos al interior de los hogares tiene que ver principalmente con la carencia, la precarización de las condiciones de vida (falta de trabajo, falta de ingresos, falta de alimentos) y, en segunda instancia al cansancio que implicaron las largas cuarentenas.

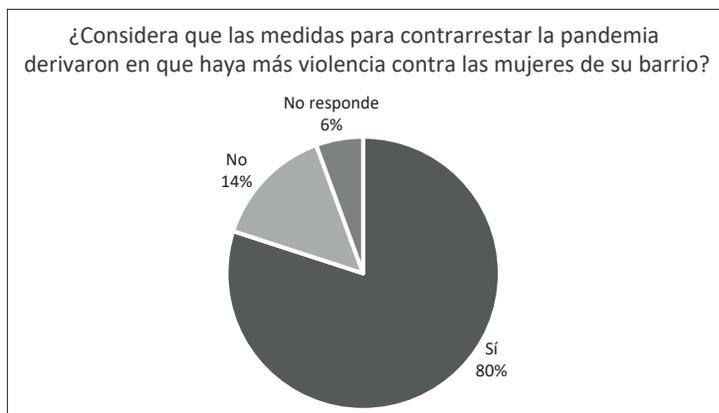
Gráfico 21. Percepción sobre las causas del conflicto



Fuente: elaboración propia 2022.

De una manera un poco más general y no solo centradas en la violencia al interior de los hogares, ya que en este plano las entrevistadas se sienten más cómodas para responder cuestiones relacionadas con la violencia, lo que se pudo constatar es que el 80% de las encuestadas consideró que las medidas adoptadas por el gobierno para contrarrestar la pandemia derivaron en más violencia en su barrio.

Gráfico 22. *Percepción sobre las medidas para contrarrestar la pandemia y relación con la violencia contra las mujeres*



Fuente: elaboración propia 2022.

Otro aspecto relevante es que también existen formas de desnaturalizar la violencia, así como romper el pacto patriarcal, entre ellas al nombrar las formas de violencia que experimentan o experimentaron en sus vidas o en sus círculos cercanos, es decir, develar la violencia y quitarla del ámbito privado del hogar y presentarla como un hecho público, de otra forma, politizar el hogar:

Antes era así. Mi abuelita también me contaba. Cuando los hombres iban a beber y decían, qué vamos a hacer: les pegaremos a las mujeres. Iban y les pegaban cada uno porque antes nadie decía anda. En cambio, ahora, si podemos defendernos, si podemos decir.

- Hasta nuestra familia decía: una vergüenza te vas a separar, qué te va a decir la gente, tantas wawas [niños o niñas] que has sacado. Acaso es bonito... Las comadres, los compadres que tengo, qué diciendo yo voy a decir....

Eso, entonces yo como sonsa, aguantando tanto. No había también esas cosas...

- Pero tocan la herida.

- Por eso yo no quiero regresar. He pasado hambre, he pasado frío, he sufrido con mis hijos.... Nunca es igual. Nunca hay que decir el hombre... Para igual son, igual son, son infieles, maltratadores. Pero no hay que dejarse. Yo no me dejé. Me grita, me voy. Yo le grito.

El hombre que maneja dinero...

- Tampoco importa el qué dirán. Al final no vivimos de la gente, vivimos alrededor. En las mejores familias he visto el divorcio, gente separándose.

- [la violencia] Hay que parar antes de llegar a eso. Hay que pararle al hombre también. Hay que decirle, esto no se puede hacer.

Mientras sacamos un pie adelante, se sufre, después ya no.

Por último, ante este clima de violencia, anterior a la pandemia de la covid-19, surgen estrategias desde las mujeres, como la sororidad, mediante las cuales las mujeres entretejen sentidos disidentes frente a la violencia y también generan redes de apoyo que permiten cuidarse mutuamente:

Hemos ido a hablar con ella [que era maltratada por su esposo]. Hemos dicho: déjale. Si quiere, que se vaya el hombre también.

Te vamos a apoyar. Tus hijos, también hijos, mujercitas, puras mujercitas, vamos a apoyarte.

Estábamos queriendo llevar al lado de Pocona, hay internados. Ahí todos los niños queríamos colocar ahí. Con eso vas a estar trabajando más tranquila, sin las wawas [niños o niñas]. Así hemos dicho, con eso se ha tranquilizado. Así no más se ha tranquilizado. Ahora hemos comprado, hemos ayudado a comprar máquina, ahora ya está tranquila.

Otra agrega:

Tenemos que escucharnos, apoyarnos todas entre mujeres. La familia siempre es la red de apoyo, pero si no está ahí la familia se van donde sus amigas por eso hay que conocer a las amigas. No tenemos que callarnos, hay que siempre buscar apoyo para desahogarnos. Tiene que haber unión entre las mujeres.

7

A modo de conclusión

La pandemia ha puesto en evidencia las facetas más clasistas, racistas y machistas de la sociedad boliviana que, como era de esperar, terminan afectando de manera desproporcionada a los sectores populares y, al interior de ellos, han sido las mujeres las que han sobrellevado la mayor parte de las consecuencias. Es por este motivo que en este documento hemos tratado de comprender cómo se vivió esta emergencia sanitaria desde la experiencia particular de ellas.

A partir de los diálogos sobre la vivencia concreta de las mujeres de la zona sur de Cochabamba respecto a la pandemia, podemos apuntar algunas conclusiones:

- La pandemia representa un fenómeno social que ha tenido un impacto muy grande sobre la vida de las personas, sin embargo, esta crisis sanitaria ha sido experimentada de distinta manera al interior de las sociedades. La pandemia, al final de cuentas, no ha hecho otra cosa que acentuar diferencias y desigualdades estructurales e históricas, afectando desproporcionadamente a los sectores populares.
- La experiencia de las mujeres de sectores populares frente a lo que representó la pandemia y sus consecuencias es una experiencia particular, que no puede quedar enterrada en una perspectiva macro y general de la crisis sanitaria y de sus consecuencias. Existen situaciones específicas, como la precarización de las condiciones de vida, el incremento de las actividades de cuidado, entre otras,

que deben ser entendidas a partir de estas experiencias concretas.

- Las políticas públicas estatales fueron insuficientes para satisfacer las diversas necesidades que tuvieron las mujeres y sus familias en la zona sur de Cochabamba. Los bonos entregados al inicio de la pandemia en los periodos de cuarentena no cubrieron las diversas necesidades de las familias (alimentación, agua, internet y medicamentos). Por su parte, los servicios de protección tampoco respondieron de la manera adecuada ante situaciones de violencia, dejando en una indefensión a muchas mujeres. En cuanto al sistema de salud, su condición precaria antes de la pandemia no hizo más que profundizarse al dejar de proveer servicios generales (más allá del covid) o brindarlos de forma limitada.
- Los esfuerzos para hacer frente a la pandemia fueron más pesados para las mujeres. Sobre ellas recayó gran parte del incremento de los trabajos del cuidado y del trabajo remunerado necesario para sobrevivir dadas las circunstancias. Muchas mujeres se vieron obligadas a realizar trabajos precarios, como el de comercio ambulante, entre otros de este tipo. También, ello implicó un empobrecimiento del tiempo.
- La pandemia ha significado un mayor endeudamiento para las mujeres y sus familias, siendo peor para las mujeres que están a cargo de los hogares.
- La implementación del Seguro Universal de Salud (SUS) implicó una mayor desinformación y desorganización sobre el sistema de salud desde el punto de vista de las mujeres. Esto generó que en el contexto de pandemia

muchas de ellas se vean limitadas en el acceso a los servicios de salud, acrecentando la desconfianza hacia los servicios sanitarios.

- Una parte importante de la población con enfermedades de base no pudo acceder a servicios de atención en salud, ya sea porque los centros de salud pública estaban desbordados o porque no podían acceder a ellos debido a los costos económicos. En cuanto a las personas con enfermedad de covid-19, muchos de quienes tenían síntomas optaron por la medicina natural o la automedicación.
- En cuanto a las mujeres en estado de gestación, estas se vieron impedidas en hacer sus controles prenatales de forma regular. Asimismo, muchas mujeres no pudieron realizar sus controles de papanicolaou, que es importante para prevenir el cáncer de cuello uterino y que es una de las principales causas de muerte en las mujeres en Bolivia.
- La violencia hacia las mujeres se incrementó durante la pandemia. En los periodos de cuarentena las tensiones familiares aumentaron debido a distintas circunstancias, como las carencias materiales, la precarización de sus condiciones de vida y el cansancio por las largas cuarentenas. Asimismo, en los periodos de cuarentenas muchas mujeres se han visto confinadas con sus agresores, lo que las colocó en una situación de mayor vulnerabilidad.
- Una combinación de esfuerzos individuales y colectivos ayudaron a sobrellevar la pandemia. Las mujeres que cargaron con su propio malestar subjetivo y el de los integrantes de su familia desplegaron estrategias de

cuidado familiar y colectivo a través de las redes de cuidado vecinal, el intercambio de información sobre medicina natural o de víveres, o su participación en el espacio asambleario, donde pusieron en circulación la palabra, significando y resignificando sus experiencias en torno a sus diversas problemáticas y sus estrategias para enfrentarlas.

- Es importante hacer énfasis en el clima de confrontación en el que la pandemia hizo aguas en Bolivia. Desde la experiencia de las mujeres, la violencia provocada por la crisis poselectoral de 2019, durante el gobierno de Jeanine Añez, generó más desconcierto, confusión y miedo frente a la llegada del virus de covid-19. Esta situación de confrontación, además, se vio acentuada por la estigmatización que se generó sobre los sectores populares de la zona sur de Cochabamba, que en ese momento eran considerados contrarios al gobierno de turno.

Bibliografía

- Bergallo, Paola, Mangini, Marcelo, Magnelli, Mariela, y Bercovich, Sabina. (2021). Los impactos del COVID-19 en la autonomía económica de las mujeres en América Latina y el Caribe. *PNUD LAC*, (25).
- Calsina, Claudia, y Cauthin, Helga. (2021). *Violencia contra las mujeres en tiempos de covid-19. Estudio en nueve municipios de Bolivia*. La Paz: Alianza por la solidaridad.
- CEPAL. (2020). La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe. CEPAL. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45335/5/S2000261_es.pdf
- CEPAL. (2022). *Panorama Social de América Latina 2021*. Santiago de Chile: CEPAL.
- de Paz Nieves, Carmen, Gaddis, Isis, y Muller, Miriam. (2021). Gender and COVID-19. What have we learnt, one year later? *Poverty and Equity Global Practice (WBG)*, 49.
- De Sousa, Boaventura. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires: CLACSO.
- Echeverría, Bolívar. (1998). *Valor de uso y utopía*. México: Siglo XXI.
- Federici, Silvia. (2010). *Calibán y la Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de sueños.
- GAMC. (2016). *Plan Territorial de Desarrollo Integral. Municipio de Cochabamba 2016 - 2020*. Cochabamba: Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba.
- Gutiérrez, Raquel, Navarro, Mina, y Linsalata, Lucía. (2016). Repensar lo político, pensar lo común. Claves para la

- discusión. En Daniel Inclán, Lucía Linsalata, & Márgara Millán (Eds.), *Modernidades alternativas*. Ciudad de México: UNAM/Ediciones Lirio.
- Heller, Agnes. (2002). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.
- Hill, Ruth, Lakner, Christoph, Mahler, Daniel, Narayan, Ambar, y Yonzan, Nishat. (2021). Poverty, median incomes, and inequality in 2021: a diverging recovery. Banco Mundial. Recuperado de: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/936001635880885713/pdf/Poverty-Median-Incomes-and-Inequality-in-2021-A-Diverging-Recovery.pdf>
- Linsalata, Lucía. (2015). *Cuando manda la asamblea. Lo comunitario-popular en Bolivia: una mirada desde los sistemas comunitarios de agua en Cochabamba*. Cochabamba: SOCEE/Autodeterminación.
- Manzano, Nelson. (2015). *El complejo territorial de la Región Metropolitana de Cochabamba*. Cochabamba: IESE-UMSS.
- OIT. (2020). Observatorio de la OIT: El COVID-19 y el mundo del trabajo. Segunda edición. Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_740981.pdf
- ONU Mujeres. (2021). *Análisis del Impacto Covid-19 sobre las mujeres trabajadoras en Bolivia*. La Paz: ONU Mujeres.
- ONU Mujeres, y CEPAL. (2020). *Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de Covid-19*. Washington: ONU Mujeres/CEPAL.

- OXFAM. (2021). 5 ways women and girls have been the hardest hit by Covid-19. *www.oxfam.org*. Recuperado de: <https://www.oxfam.org/en/5-ways-women-and-girls-have-been-hardest-hit-covid-19>
- Quiroga, Natalia. (2020). Coronavirus y economía: cuando el cuidado entra en crisis. *Observatorio social del coronavirus*. Recuperado de: <https://www.clacso.org/coronavirus-y-economia-cuando-el-cuidado-esta-en-crisis/>
- Schutz, Alfred, y Luckmann, Thomas. (2003). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tapia, Luis. (1998). Subsuelo político. En Luis Tapia (Ed.), *Política Salvaje* (pp. 85-114). La Paz: CLACSO/Muela del Diablo/Comuna.

ANEXO

Diseño muestral

Elaborado por:
Jorge Miguel Veizaga R.

1. Introducción

Este documento presenta los detalles relacionados con el diseño muestral propuesto para efectos de obtener información primaria en el marco del estudio denominado: Problemáticas emergentes de la pandemia y sus efectos en la vida de mujeres de sectores populares.

Es importante mencionar que, por un lado, el referido estudio ha previsto generar y analizar información en un nivel exploratorio atendiendo a los objetivos que se han propuesto. En ese sentido, el diseño muestral parte de dicha premisa para desarrollar todo lo referente tanto a la muestra en sí como al estudio en general. Por otro lado, el estudio ha concentrado la indagación empírica en un área geográfica muy específica y se remite a un cierto número de Organizaciones Territoriales de Base (OTB) del Distrito Municipal No 9 del municipio de Cochabamba, lo cual se constituye en un referente básico para el diseño muestral.

2. Unidades de análisis y observación

Las unidades de análisis son las mujeres en edades activas que residen en sectores populares. Sin embargo y atendiendo a los propósitos del estudio, la unidad de observación corresponde al hogar en el que reside una unidad de análisis, es decir, se ha de buscar y entrevistar una única mujer (en edad activa: 15-64) por cada hogar, aunque en él existan más unidades de análisis.

3. Esquema muestral

El tipo de muestreo propuesto es bietápico, consistiendo una primera etapa de identificación de estratos y una segunda de Muestreo Irrestricto Aleatorio (MIA) con un esquema de selección sistemático.

3.1. Primera etapa: muestreo estratificado

Se definen los estratos a partir de las características socio-demográficas de las OTB's incluyendo aspectos relativos al proceso y las características urbanísticas de cada una de ellas. Así, se definen dos estratos, un primer estrato estaría conformado por las OTB's "San Isidro – 24 de junio" y "Encañada" y el segundo estrato estaría constituido por las OTB's "Villa San Nicolás" y "Pampitas Mejillones".

En el caso del primer estrato, se puede ver en la correspondiente descripción territorial, las OTB's presentan continuidad espacial y se caracteriza por un mayor grado de consolidación urbana así como por una mayor antigüedad de sus residentes cuyo origen es predominantemente minero-migrante. El segundo estrato en cambio, no presente continuidad espacial entre las OTB's que la conforman, tiene un menor grado de consolidación urbana y sus residentes estarían más bien vinculados a sindicatos agrarios tradicionales de la zona.

Cuadro No 1: Estratos muestrales y OTB's que conforman el universo del estudio.

Estrato	OTB's
1.- Migrante - minero	9. Sindicato Agrario Encañada 41. San Isidro – 24 de junio
2.-Tradicional - agrario	69. Villa San Nicolás 73. Pampitas Mejillones

Fuente: Elaboración propia

3.2. Segunda etapa: muestreo irrestricto aleatorio

Una vez definidos los estratos, la segunda etapa consiste en un tipo de muestreo aleatorio irrestricto. Para ello, se han delimitado de manera aproximada las OTB's correspondientes y aunque no exista continuidad espacial entre ellas, las manzanas que las constituyen representan la base o universo de referencia a partir de las cuales se ha obtenido la información censal básica (población y número de hogares) y cuyo resumen se refleja en el cuadro adjunto (Cuadro No 2).

Cuadro No 2: Población aproximada según OTB y Estrato (2012)

Estrato	OTB	Población	Hogares
1	9. Sind agr. encañada	540	170
	41. San Isidro 24 de junio	1458	380
	Sub-total	1998	550
2	69. Villa San Nicolás	587	201
	73. Pampitas mejillones	644	157
	Sub-total	1231	358
	TOTAL	3229	908

Fuente: Elaboración propia con información censal (CNPV-2012)

Empero, teniendo en cuenta que la información censal data de hace bastante tiempo ya, se ha visto la necesidad de intentar actualizar dicha información. Para ello, se ha tomado en cuenta la tasa de crecimiento poblacional estimada para la totalidad del Distrito 9 y que se reporta en el Plan Territorial de Desarrollo Integral del Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba (2016: 234) y alcanza al 8.75% anual. Así, el cuadro adjunto muestra las estimaciones correspondientes.

Cuadro No 3: Población estimada según OTB y Estrato (2022)

Estrato	OTB	Población	Hogares
1	9. Sind agr. encañada	1187	374
	41. San Isidro 24 de junio	3205	835
	Sub-total	4391	1209
2	69. Villa San Nicolás	1290	442
	73. Pampitas mejillones	1415	345
	Sub-total	2706	787
	TOTAL	7097	1996

Fuente: Elaboración propia con información censal (CNPV-2012) e información del PTDI (GAMC, 2016)

En los Anexos se describen las pautas sugeridas para la identificación y/o selección de los hogares y/o las entrevistadas.

4. Tamaño de la muestra, Error muestral y factores de expansión

En vista del carácter exploratorio del estudio se ha decidido asumir un margen bastante amplio de error muestral (7.5%) y se ha calculado el tamaño muestral considerando un intervalo de confianza del 90%. El cuadro adjunto presenta los respectivos tamaños muestrales para cada estrato así como los correspondientes factores de expansión de la muestra.

Cuadro No 4: Tamaño muestral por estrato, error muestral y factores de expansión

Estrato	Tamaño de la muestra (Hogares)	Error Muestral	Factor de expansión
1	109	7,5%	11,1
2	106		7,4
Total	215		

Fuente: Elaboración propia

Tal como se puede observar, se espera entrevistar a 215 mujeres en el mismo número de hogares en ambos estratos en su conjunto siendo mínima la diferencia de tamaño muestral entre estratos. La información a obtener, en función del margen de error estimado, será representativa del universo al nivel de estratos.

5. Consideraciones finales

Es importante considerar que existen claras limitaciones y deficiencias en lo que concierne a la disponibilidad de información secundaria actualizada y confiable no solamente de tipo estadístico sino también de tipo cartográfico. No obstante, y partiendo justamente de la información disponible, este documento presenta los detalles referidos en general al diseño muestral del estudio mismo que permitirá aplicar los cuestionarios previstos y así generar información relevante en el marco de los propios objetivos planteados por el estudio ya referido.

La presente edición se terminó
de imprimir el mes de febrero de 2023
en Talleres Gráficos KIPUS
c. Hamiraya 122 • Telf./Fax: (591-4) 4582716/4237448

TODO ERA COVID: **la pandemia** desde las **voces de las mujeres** de la **zona sur** de Cochabamba

La experiencia de la pandemia de la covid-19 ha sido un evento universal que, con sus matices, ha afectado a cada uno de los seres humanos de este planeta. Una crisis sanitaria de gran envergadura, que en sus inicios estuvo marcada por un estado de pánico y la instauración del miedo, en la que además todxs hemos sido bombardeadxs por información, datos y relatos. En la actualidad pareciera que no existe nada nuevo que contar al respecto, más en este momento en que el mundo ha vuelto a una nueva normalidad y cuando nos estamos acostumbrando a vivir con el virus.

Pero lo que la pandemia nos ha demostrado es que cuando el virus comenzó a expandirse lo hizo de manera heterogénea, realzando las desigualdades y profundizando las exclusiones sociales. La pandemia fue distinta según territorios, clases sociales, color de piel, género, edad, etc. Y esto es algo que sí vale la pena entender, porque las desigualdades persisten más allá de la pandemia.

En esta investigación se presenta un caso en concreto: la Zona Sur de Cochabamba, donde se ubican los barrios populares de mayor crecimiento en la ciudad. Lo más interesante de esta investigación es que se intenta asimilar cómo se vivió la pandemia, la imbricación en la cotidianidad y el espacio que se habita, todo ello desde la experiencia de las mujeres de esta zona.

La narración de esta experiencia es organizada a partir de tres dimensiones sobre las que la pandemia tuvo un fuerte impacto: economía, salud y violencia. Es desde ahí que se intenta indagar sobre un conjunto de problemas estructurales que, más allá de la crisis sanitaria, siguen presentes y se profundizan como problemáticas en el día a día de los barrios populares de la ciudad de Cochabamba.