



Pontificia Universidad Católica de Chile
Facultad de Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos
Doctorado en Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos

Movilidades e inmovilidades de la salud en un territorio insular. La experiencia del archipiélago de Quinchao en Chiloé, en el sur Austral de Chile

Diego Andrés Carvajal Hicks

Tesis para optar al grado de Doctor en Arquitectura,
Diseño y Estudios Urbanos

Profesores guía: Oscar Figueroa y Alejandra Lazo

Comisión: Giovanni Vecchio y Francisco Maturana

Profesor invitado: Daniel Muñoz

2025

Agradecimientos

Agradezco a mi familia, compuesta por Olivia, Clemente y María Carolina, por estar siempre presentes y ser una fuerza indispensable en todo el proceso de estudio y escritura del Doctorado. En segundo lugar, a los profesores Oscar y Alejandra, por su tremendo apoyo en esta etapa. Sin su constante orientación, rigurosidad y experiencia académica, esta tesis no tendría los resultados que tiene. Asimismo agradezco a los profesores Giovanni y Francisco por siempre estar atentos a cualquier inquietud y consulta respecto al proceso investigativo. Al profesor Ramiro Segura y su equipo, por recibirme en Buenos Aires y La Plata. También agradecer a los funcionarios de la salud en Quinchao, por haber dado su testimonio respecto al servicio y sus reales inquietudes. A los y las habitantes de las islas estudiadas, que me permitieron entrar a sus casas y viajar con ellos, hablando de temáticas sensibles y a veces difíciles. Por último, por su cariño y amistad, saludo a mis compañeros de generación del Doctorado.

Reconocimientos

Se agradece a la Vicerrectoría de Investigación y Posgrado, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por el financiamiento otorgado para realizar el programa de estudios de doctorado, congresos internacionales y la pasantía internacional, fundamentales para el desarrollo de esta investigación. Asimismo, se agradece por el financiamiento obtenido durante el desarrollo de la tesis, a los proyectos FONDEF-GEMOVI (ID18110284) y FONDECYT Regular (N°1220762), ambos dirigidos por la profesora Alejandra Lazo, de la Universidad de Los Lagos, a quienes extiendo mi sincero agradecimiento por el apoyo brindado, y por la oportunidad de participar analizando estas temáticas.

Resumen

Esta tesis analiza las tensiones entre movilidad e inmovilidad en el acceso a la salud en el archipiélago de Quinchao, Chiloé, desde una perspectiva teórica anclada en el “giro de las movilidades”. Mediante un enfoque cualitativo y transdisciplinar, que combina etnografías móviles, entrevistas en profundidad y cartografías sociales, se examinan las formas en que lo territorial, lo institucional y lo corporal configuran prácticas situadas de (in)movilidad sanitaria. A partir del caso, se propone una lectura crítica y relacional que permite pensar las (in)movilidades como procesos transversales que exceden el ámbito de la salud, abriendo una reflexión más amplia sobre desigualdades, cuidados y justicia territorial en contextos periféricos y archipelágicos

Abstract

This thesis analyzes the tensions between mobility and immobility in access to healthcare in the Quinchao Archipelago, Chiloé, from a theoretical perspective grounded in the “mobility turn.” Through a qualitative and transdisciplinary approach, combining mobile ethnographies, in-depth interviews, and social mapping, it examines how territorial, institutional, and embodied dimensions shape situated practices of health-related (im)mobility. Based on this case, the thesis offers a critical and relational reading that enables understanding (im)mobilities as transversal processes that go beyond the health domain, opening broader reflections on inequality, care, and territorial justice in peripheral and archipelagic contexts.

Índice

1. Introducción: El estudio de las movilidades e inmovilidades	6
2. Problema de investigación	15
2.1. Chiloé y la movilidad como problema	15
2.2. (In)movilidad por salud en Quinchao	21
2.2.1. Territorio	25
2.2.2. Territorios salud y oferta servicios	30
2.2.3. Población y demanda salud	36
2.3. Relevancia	42
2.4. Enfoque teórico propuesto	44
2.5. Pregunta investigación	46
2.6. Hipótesis	46
2.7. Objetivos	48
3. Discusión bibliográfica: Repertorios teóricos para el estudio de (in)movilidades	49
3.1. Giro de la movilidad. Encuadre y énfasis	49
3.1.1. Cotidianidad y habitar	53
3.2. De la movilidad a la (in)movilidad: Entre inmovilidades condicionadas e (in)movilidades relativas	56
3.3.- Organizando una definición operativa de (in)movilidades	58
3.3.1. Ambivalente e intersticial	58
3.3.2. Temporalidad (desfase/expansiva)	59
3.3.3. Tensión/ crisis	60
3.3.4. Injusticia político-espacial	60
3.4. <i>Componentes conceptuales de la (in)movilidad</i>	62
3.4.1. Dimensión territorialidad insular	62
3.4.1.1. Entre (des)territorialización y maritorio	62
3.4.1.2. Islas ultraperiféricas	64
3.4.2. Dimensión institucionalidad salud	65
3.4.2.1. <i>Zonificaciones</i> institucionales	65
3.4.2.2. Infraestructura del <i>mal funcionar</i>	67
3.4.2.3. Intersectorialidad y desfragmentación	70
3.4.3. Dimensión experiencia encarnada	72
3.4.3.1. Del sujeto social, al estudio de los cuerpos	72
3.4.3.2. Afectividad, emociones y sensibilidades	75
3.5. Definición conceptual discusión bibliográfica	79
4. Estado del arte: (In)movilidad por salud e islas	82
4.1. (In)movilidad islas	82
4.2. (In)movilidad salud en islas	84
4.3. Cierre estado del arte	88
4.4. Definición global de (in)movilidad de la salud en islas	89
5. Metodología	92
5.1. Tipo de estudio	92
5.2. Instrumentos utilizados	92
5.3. Muestra y casos de estudio	95
5.4. Categorías de análisis	98
5.5. Terrenos de investigación	99

Sección de resultados

6. Territorios de (in)movilidad por salud en Quinchao:

Entre espacios e infraestructuras de las prácticas

6.1. Filigranas intra-isla	100
6.2. Tramados entre-islas	112
6.3. Atravesando la isla-continente	123
6.4. Reflexiones finales	133

7. (In)movilidades institucionales de la salud: Tensiones y discordancias entre lo establecido, materializado y practicado en la insularidad de Quinchao

7.1. (Des)acuerdos y tensiones de la gestión móvil	144
7.2. (In)movilidades de profesionales/especialistas por el territorio	145
7.3. Movilidades funcionarios en isla	157
7.4. Reflexiones finales apartado	167
	182

8. Corporalidades e (in)movilidades de la salud en un territorio insular

8.1. <i>Movilidades de mujeres en las islas: tensiones, tipologías y estrategias</i>	188
8.1.1.- Moverse embarazada: cuerpos en transformación y discordancia político-territorial	188
8.1.2. Moverse con bebés. Insularidades inestables e interdependientes	189
8.1.3. Moverse con niños/as: Labilidades afectivo-espaciales	195
8.1.4. Cierre modulo entrevistas	201
8.2. <i>Movilidades e inmovilidades del dolor</i>	207
8.2.1. El viaje de Armando: Moverse con (y desde) un tumor	208
8.2.2. El viaje de Luzmenia: cardiologías caminantes	209
8.2.3. Señora “Tato”. (In)movilidades de cercanía y soledad	224
8.2.4. El viaje de Juan: Entre dolor e imaginación	234
8.2.5. Cierre modulo etnográfico	241
8.3. Reflexiones finales	254
	256

9. Discusión de resultados

9.1. Barrido de tensiones	264
9.1.1. Quinchao: ¿Una singularidad archipelágica?	264
9.1.2. La (in)movilidad institucional y su continua normalización	269
9.1.3. ¿Qué cuerpos (no) se mueven en Chiloé?	276
9.1.4. <i>Nexus</i> , entre (in)movilidades y tensiones	284
9.1.5. (In)movilidad por salud en Chiloé (Quinchao)	289
9.2. Modelo teórico-metodológico para estudiar (in)movilidades archipelágicas	295

10. Conclusiones generales

11. Bibliografía

12. Listado mapas, tablas, fotografías y esquemas

1.- Introducción: El estudio de las movilidades e inmovilidades

La movilidad, como herramienta analítica, ha ocupado un lugar central en los estudios territoriales contemporáneos (Sheller & Urry, 2006), a tal punto de transformarse en un “*lugar común*” de los análisis y de las interpretaciones de la sociedad actual. En efecto, las nuevas configuraciones espaciales del mundo y sus enredadas capas, hacen cada vez más evidente e importante que moverse no es sólo una agencia física realizada exclusivamente por personas o sujetos, sino que una situación donde hay una importante influencia de saberes, tecnologías, infraestructuras o políticas

Hoy, las movilidades se presentan como fenómenos cada vez más multifacéticos y relacionales. Al mismo tiempo, se han transformado en un recurso hermenéutico cargado de sentidos, una suerte de “polisemia inquieta” que, lejos de estabilizar su significado, lo multiplica y desplaza de un lugar comprensivo y crítico. Como se evidenció durante la reciente pandemia, el término fue utilizado para nombrar prácticas tan disímiles como pases de control de tránsito, restricciones sanitarias o formas supuestamente seguras de habitar el espacio. Esta maleabilidad conceptual, creemos, no es azarosa: puede operar como una herramienta para clasificar o justificar diversas prácticas bajo un lenguaje tecnificado y eventualmente “despolitizado”

De tal modo, y en este escenario de “aceleración conceptual”, se vuelve necesario adoptar precauciones y sutilezas analíticas al abordar las movilidades

contemporáneas. Ello implica, en una primera instancia, indagar en las potencialidades y alcances críticos de hablar de movilidades *¿otra vez?*. Frente a su uso difuso, el desafío es observar las relaciones, vivencias y mediaciones sutiles que atraviesan distintas esferas sociales y que inciden en la configuración de territorios y geografías. Desde allí, es posible identificar conexiones específicas, tramas institucionales y límites analíticos que permitan un abordaje riguroso

En esta línea, resulta fundamental ofrecer un escenario territorial detallado y riguroso desde el cual se piensa y problematiza la movilidad. Toda indagación investigativa requiere situar el análisis, aportando datos y saberes del territorio donde las movilidades se producen. Aunque, al parecer, una tesis doctoral debe aspirar a ciertos niveles de generalización y transversalidad, ello no excluye la necesidad de retratar y adentrarse en territorialidades concretas. Más bien, se vuelve imprescindible representar contextos específicos que ilustren con claridad la complejidad multidimensional y política de los objetos de estudio.

Desde esta perspectiva, sostenemos que la movilidad no debe ser concebida como un devenir homogéneo, continuo o lineal. Al tratarse de un concepto en disputa, resulta fundamental resistir su uso como categoría neutral o universal. En este sentido, y siguiendo a Ananya Roy (2009), abogamos por abrir la *“geografía de la teoría”*, es decir, por ampliar los marcos desde los cuales se piensa la movilidad, incorporando experiencias, territorios y lenguajes que desbordan los centros tradicionales de

producción de conocimiento. Esta apertura no solo implica expandir las nociones de movimiento en clave afirmativa, sino también prestar atención a sus zonas grises y vacíos: interrupciones, ambigüedades, límites y condiciones emergentes. Lejos de aceptar visiones esquemáticas o naturalizadas, se trata de imaginar horizontes teóricos capaces de dar cuenta de la complejidad y contingencia de las movilidades e inmovilidades actuales

Y si bien, por otra parte, hoy la apelación a la “interdisciplina” o “transdisciplina” parece una retórica institucional, el desafío real es construir metodologías pertinentes a las prácticas que se investigan, y formas de presentación que sean sensibles a los modos en que esas prácticas se experimentan. En el caso de las movilidades e inmovilidades, ello exige explorar no solo sus límites estructurales, sino también sus porosidades y finas vibraciones. Es decir, entradas metodológicas que no solo capturen el desplazamiento, sino también sus fricciones, pausas y contradicciones encarnadas, especialmente en contextos donde moverse no es una elección, sino una carga, un esfuerzo o una imposibilidad de tipo individual, vivida e inter-colectiva

De esta manera, considerando que tanto la academia como la política han centrado históricamente su atención en las ciudades metropolitanas para explicar las transformaciones sociales (Segura, 2021), también los estudios de movilidad han tendido a privilegiar las urbes como espacios “centrales” desde donde observar y definir las sociedades (Montero, 2017). En contraste, proponemos dirigir la mirada hacia territorios aparentemente menos

explorados, que sin embargo plantean desafíos epistemológicos y políticos urgentes, en torno a la relevancia de las movilidades en las condiciones cotidianas de vida (Jirón, 2015). Esto no implica desligarse de los debates transversales, sino, por el contrario, enriquecerlos desde geografías situadas, contribuyendo a una comprensión más amplia de las dinámicas de movilidad e inmovilidad de sectores empobrecidos.

En consonancia con lo planteado por Cresswell (2010), Sheller (2018) y Glick Schiller y Salazar (2013), el estudio de la movilidad no puede limitarse al análisis del movimiento en sí mismo, sino que exige considerar sus zonas grises, restricciones, ritmos y asimetrías. Desde esta perspectiva, lo periférico o “menor” no debe ser comprendido como marginal, sino como un espacio analítico central para interrogar y complejizar las narrativas dominantes en torno al acceso —o la falta de los mismos— a instituciones, recursos, servicios y oportunidades. En un contexto global atravesado por la paradoja entre la promesa de movilidades hiperconectadas y globalizadas y la persistencia de territorios donde la movilidad no constituye una condición garantizada, la inmovilidad se configura como una práctica problemática, cargada de tensiones, marcada por temporalidades específicas y atravesada por desafíos singulares.

En particular, y a partir de lo señalado, este estudio se centra en la experiencia de los territorios archipelágicos del sur austral de Chile, donde se configura un entramado complejo de relaciones entre sujetos, vivencias, institucionalidades y geografías locales. En este contexto, la

movilidad y la inmovilidad se manifiestan como procesos atravesados por desconfiguraciones cotidianas y desafíos que demandan enfoques transdisciplinarios y transectoriales para su comprensión. Estas dinámicas se tejen a través de distintos niveles y nudos críticos de afectación, que abarcan desde lo local hasta lo provincial, en interacción estrecha con lógicas gubernamentales más amplias. Todo ello permite reflexionar, asimismo, sobre las tensiones vinculadas a la justicia socio-territorial en sentido transversal a estas dinámicas.

Esta tesis explora las prácticas de (in)movilidad vinculadas a la salud, entendida como una esfera crítica que tensiona tanto la infraestructura territorial como las experiencias corporales en el archipiélago. En un contexto insular, moverse implica gestionar tiempos, incertidumbres y contingencias. Como plantea Baldacchino (2006), la insularidad no es aislamiento, sino una condición relacional que se negocia a través de conexiones móviles y arreglos tácticos. Así, la movilidad por salud se vuelve una práctica situada que encarna las fricciones propias de habitar un territorio ultra-periférico.

Este trabajo aborda dichas problemáticas a través de una estructura articulada en tres capítulos, desde los cuales se exploran los cruces y entrecruzamientos entre sentidos, prácticas y experiencias. A lo largo de estos apartados se analizan los efectos complejos de una movilidad que, en su ausencia o restricción, adquiere un carácter crítico, especialmente en contextos espacio-temporales marcados por múltiples contradicciones que atraviesan territorialidades, instituciones y experiencias. De este

modo, la tesis propone una lectura transdisciplinar de las movilidades como procesos dinámicos y situados, atravesados por tensiones que (des)configuran la vida cotidiana en territorios insulares.

Como veremos, no se trata únicamente de garantizar la atención en salud, sino de comprender todo lo que implica la movilidad como una práctica vinculada al acceso, configurada por entramados simultáneos de movilidad e inmovilidad. Estas relaciones se manifiestan en diversas temporalidades, experiencias cotidianas, políticas públicas y configuraciones territoriales. En este contexto, adquieren especial relevancia nociones como el “*derecho a la ciudad*” (Lefebvre, 1975) y la “*justicia de la movilidad*” (Sheller, 2018), que permiten reflexionar sobre cómo las dinámicas de desplazamiento —o su imposibilidad— se encuentran estrechamente ligadas al acceso equitativo a servicios, recursos y oportunidades fundamentales para la vida cotidiana.

En contextos como las islas o territorios geográficamente aislados y de alta complejidad, las dinámicas de movilidad e inmovilidad se convierten en excepciones o intervalos dentro de una cotidianidad marcada por la precariedad y la desigualdad en el acceso a recursos y servicios. Este tipo de movilidad, profundamente relacional, no solo condiciona el habitar cotidiano, sino que también su presencia -o ausencia- detona debates y movilizaciones sociales en torno a problemáticas como la desigualdad, la invisibilización y la segregación de comunas o regiones respecto de los “centros”.

Por otro lado, a pesar de que este sigue siendo un tema de debate en la geografía y la antropología del territorio, las interpretaciones y respuestas institucionales han estado fuertemente influenciadas por un enfoque “positivista” que tiende a concebir las islas bajo una óptica exotizada y fetichizada del aislamiento (Núñez, Aliste y Bello, 2014). Este enfoque perpetúa visiones reduccionistas y limitadas sobre los “territorios otros” o, en su defecto, sobre el Sur Austral de Chile, como una región rezagada en términos de modernidad y sus desfases en torno al proceso neoliberal del país

De este modo, y a modo de síntesis de la tesis, el primer capítulo examina los “*Territorios de (in)movilidad*”, analizando cómo los espacios insulares, las infraestructuras de transporte y los tránsitos marítimos configuran tanto las posibilidades como las restricciones del desplazamiento por motivos de salud. La dimensión territorial abordada no se centra en aspectos ambientales, paisajísticos ni en la clásica dicotomía urbano/rural, sino que se estructura en torno a tres ejes fundamentales: la infraestructura material y operativa; la territorialidad entendida como forma de apropiación y experiencia del espacio; y la insularidad como condición que (des)estructura los modos de habitar y desplazarse. Desde esta perspectiva, se profundiza en la fragmentación territorial del archipiélago y en las condiciones precarias que atraviesan los desplazamientos cotidianos asociados al acceso a la atención de la salud.

El segundo capítulo se centra en las “*Movilidades e inmovilidades institucionales*”, analizando las tensiones y sensibilidades que emergen entre las políticas públicas de

salud y la experiencia concreta de quienes gestionan/atienden y dependen cotidianamente de estos servicios. A partir de una mirada de las movilidades, se examinan las estrategias, limitaciones y adaptaciones que enfrentan los funcionarios y funcionarias del sistema de salud en territorios insulares, así como las formas en que las normativas y protocolos nacionales son reinterpretados, flexibilizados o desbordados en contextos locales. Este análisis permite evidenciar cómo la institucionalidad no solo organiza y regula el acceso, sino que también produce formas específicas de inmovilidad, burocratización y espera, que impactan directamente en la vida de las personas. Así, el capítulo muestra cómo las movilidades institucionales no son neutras, sino atravesadas por tensiones estructurales y contingencias territoriales que reconfiguran permanentemente el ejercicio del cuidado (de la población) y la atención.

Finalmente, el tercer capítulo, “*Corporalidades de la movilidad e inmovilidad*”, se centra en las experiencias vividas de los habitantes del archipiélago, con especial atención a los desplazamientos de mujeres, personas mayores y pacientes con enfermedades o dolores crónicos. A través de un enfoque que articula lo corporal, lo afectivo y lo territorial, se examina cómo el movimiento —y su imposibilidad— se inscribe en los cuerpos, revelando desigualdades, estrategias de adaptación y tácticas cotidianas que facilitan o dificultan el acceso a la atención en salud. Esta perspectiva amplía la noción de movilidad más allá del simple traslado físico, incorporando dimensiones como el esfuerzo, la espera, el dolor, el miedo o la dependencia, así como también la agencia, el

acompañamiento y los cuidados. Desde este enfoque, el capítulo propone una lectura microscópica de la movilidad como un proceso situado que entrelaza trayectorias vitales, redes de apoyo y condiciones materiales, evidenciando cómo la movilidad se convierte en un elemento constitutivo de las geografías corporales de la vida y su salud

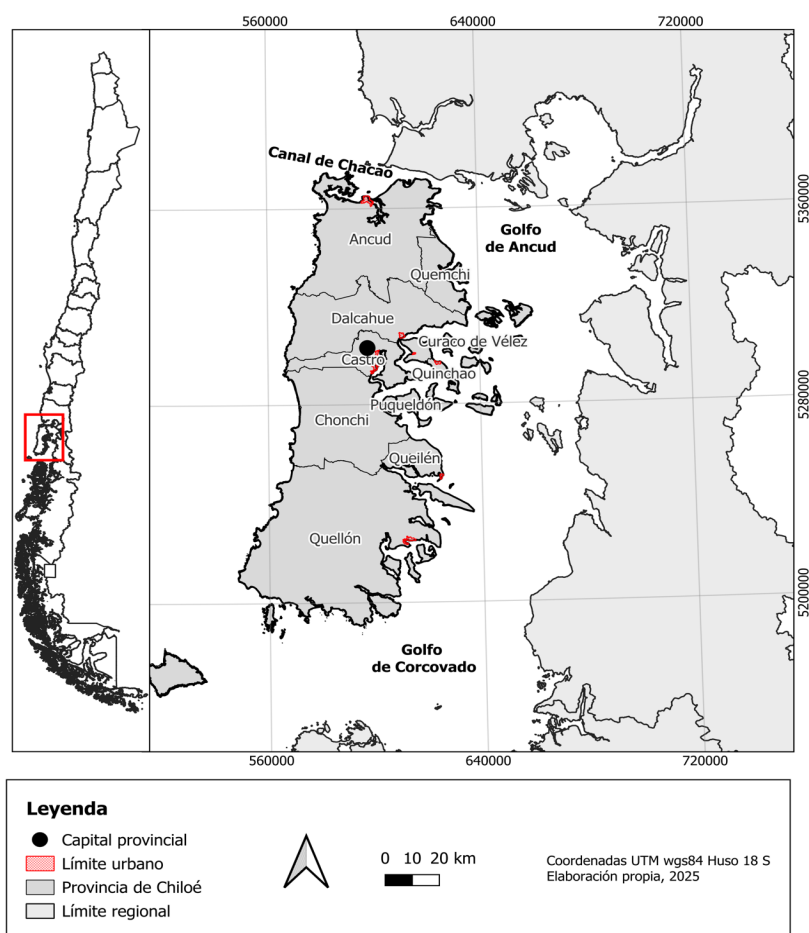
Así, este trabajo busca visibilizar cómo las dinámicas de movilidad e inmovilidad en un contexto insular como el de Quinchao inciden directamente en la calidad de vida de sus habitantes, evidenciando las limitaciones estructurales y las desigualdades persistentes que condicionan el acceso a la salud. Al hacerlo, la tesis no solo ofrece un análisis situado y en profundidad de este caso específico, sino que también aporta a una comprensión más amplia de las tensiones entre movilidad e inmovilidad, salud y territorio

2.- Problema de investigación

2.1.- Chiloé y la movilidad como problema

Los territorios insulares suelen ser concebidos como espacios aislados, atravesables mediante diversas embarcaciones o conectados por puentes, pero también como lugares marcados por fuertes limitaciones, encierro y aislamiento (Ganser y Lavery, 2023). En Chile, el Archipiélago de Chiloé no escapa a estas caracterizaciones transversales (Nimfuhr & Otto, 2021), lo que lo convierte en un caso especialmente relevante para observar cómo se configuran las movilidades e inmovilidades en contextos geográficos fragmentados. Al mismo tiempo, este enfoque o mirada hacia lo insular ofrece claves analíticas que pueden ser extrapoladas a otros territorios, tanto urbanos como rurales, donde también se experimentan formas de desconexión, dependencia infraestructural y desigualdad en el acceso a servicios.

La Isla de Chiloé, perteneciente a la Provincia de Chiloé en la Región de Los Lagos, al sur de Chile, forma parte de un territorio austral caracterizado por una geografía diversa que combina cordillera, valles, fiordos, lagos y un extenso litoral insular y continental. Separada del continente por el canal de Chacao y rodeada por el golfo de Ancud y el golfo Corcovado, Chiloé se configura como un espacio isleño “no metropolitano”, cuya conectividad depende principalmente de un sistema de transbordadores que operan de forma continua en el canal de Chacao, con servicios cada 10 minutos durante el día y cada una hora por la noche.



Mapa1: Chiloé (con límites provinciales, urbanos y regionales). Elaboración propia

La “Isla Grande” de Chiloé, ubicada entre los paralelos 41° y 43° de latitud sur, es la segunda isla más extensa de Chile y alberga a cerca de 155.000 habitantes. Su territorio se organiza en diez comunas —Ancud, Castro, Chonchi, Curaco de Vélez, Dalcahue, Puqueldón, Queilén, Quellón, Quemchi y Quinchao—, muchas de las cuales integran sistemas archipelágicos propios que funcionan a escala comunal. Sus principales centros urbanos son Castro, la capital provincial situada al este, y Ancud, ubicada al norte, mientras que numerosas islas menores se distribuyen a lo largo del golfo de Ancud y alrededores.

Según el Censo 2017, la provincia de Chiloé tiene una población total de 168.185 personas, de las cuales 102.187 (aproximadamente el 60,8%) residen en áreas urbanas y 65.998 (alrededor del 39,2%) en zonas rurales. Cabe destacar que estas cifras no incluyen específicamente a las pequeñas islas, es decir, estas no son conceptualizadas de manera independiente dentro de la clasificación urbana-rural.

Cuenta con un total de 51 islas habitadas, de las cuales 47 tienen una superficie menor a 80 km². Los sistemas archipelágicos más poblados son Quinchao, con 8.563 habitantes, y Lemuy, con 3.921 habitantes (INE, 2017). Estas cifras evidencian la particularidad demográfica y territorial del archipiélago, caracterizada por una distribución poblacional condicionada por las dinámicas de aislamiento geográfico

En este contexto, la conectividad a través de canales y estrechos es fundamental para la vida en Chiloé. Entre los más importantes se encuentran los canales y estrechos de Dalcahue, Yal, Apiao y Lemuy, que funcionan como rutas clave para la movilidad intercomunal. Estos pasos marítimos no solo son esenciales para garantizar el acceso a servicios básicos y satisfacer las necesidades cotidianas, sino también para enfrentar los desafíos asociados al bienestar de la población.

Este escenario está determinado por una estructura de oportunidades y la provisión de servicios, tanto públicos como privados, concentrados principalmente en Castro, Ancud y Puerto Montt. Áreas como la salud, la educación,

el empleo y las economías locales dependen de esta conectividad, destacando su relevancia para la dinámica territorial del archipiélago (Álvarez, 2022; INE, 2017).

La movilidad por necesidad y adaptación (Bergman & Späth, 2019) forma parte constitutiva de la cultura del archipiélago, inscrita históricamente en prácticas como los viajes en canoa para la caza en el siglo XVIII, o las movilidades laborales temporales hacia la Patagonia durante el siglo XX (Urbina, 2003). Estos desplazamientos han configurado un “saber hacer” anclado en el traslape entre tradición y modernidad, así como en los vaivenes de los procesos políticos y de desarrollo del territorio. En este sentido, la movilidad sigue siendo hoy una práctica clave y necesaria, especialmente para acceder a servicios y acciones impostergables que, en muchos casos, solo están disponibles fuera de las islas. Es, por tanto, una movilidad que se activa en ausencia, es decir, cuando los servicios no están donde se habita

Sumado a lo anterior, moverse por el mar en Chiloé es una experiencia compleja y exigente, profundamente condicionada por la geografía fragmentada y las variaciones del clima, lo que convierte esta forma de desplazamiento en una movilidad inestable y, en muchos casos, “turbulenta”. Los transbordadores y lanchas de recorrido no siempre resultan eficientes, ya que sus servicios pueden verse suspendidos o interrumpidos por las condiciones ambientales. Además, la insularidad obliga a realizar múltiples combinaciones de transporte, extendiendo los tiempos y esfuerzos requeridos para concretar cada trayecto.

Se trata, por tanto, de una práctica de movilidad (des)conectiva, entendida como una forma de desplazamiento atravesada por múltiples dimensiones - político-materiales, climáticas, técnicas, humanas y no humanas- que la tensionan, redefinen y problematizan de manera constante. En el caso de Chiloé, esta (in)movilidad pone en evidencia las limitaciones estructurales que condicionan el acceso y la circulación en el territorio, configurándose a la vez como una experiencia vivida y como una forma de impugnación frente al imaginario, muchas veces idealizado o contradictorio, de conectividad y desarrollo territorial isleño.

Esto se expresa y “encarna” en falta de eficiencia en los modos de movilización, junto con la necesidad de gestionar y coordinar estos desplazamientos a través de una red intermodal, convierte los viajes en largos y agotadores, ya que a diferencia de otros territorios, los viajes pueden durar semanas o meses. Además, las infraestructuras disponibles y las intermodalidades entre las islas requieren una constante organización, tanto para moverse dentro de la isla como para acceder a servicios en zonas urbanas cercanas y lejanas (Lazo et al., 2023)

Las movilidades en Chiloé generan preocupación y malestar, ya que surgen como una respuesta a la deficiencia en el acceso y la conectividad en la región. Estas movilidades se dan ante la falta de “*movilización de bienes, servicios, información y personas entre distintos puntos*” (Anabalón, 2018: 71). Las dificultades de conectividad se traducen en las principales demandas de la población, que

destacan servicios esenciales como salud, educación y empleo dentro de la isla. Según la “Primera Encuesta Provincial CESH: Chiloé y sus Prioridades” (2015), la principal preocupación de los chilotes (98%) es la necesidad de contar con un hospital de mayor complejidad y con más especialistas. Además, un 84,24% de los encuestados considera que los hospitales locales están colapsados, y un 89% señala que las interconsultas y derivaciones enfrentan largas esperas.

Con respecto a las islas menores, el 93,88% de los chilotes piensa que hay que aumentar la frecuencia y calidad de los servicios de salud y transporte marítimo en las islas de interior. En educación, ante la constante migración de jóvenes del territorio, el 96,47% sostiene que debe haber un campus universitario (público y de calidad) en la isla, para no salir de esta hacia el continente por años, y de este modo, conservar su condición de “insularidad”. En trabajo, ante el monopolio de la industria del salmón, la gente piensa que se debería diversificar la oferta laboral en la isla (95,06%) (CESH, 2015).

En este contexto, la movilidad e inmovilidad adquiere gran importancia, ya que las experiencias cotidianas de desplazamiento están marcadas por dificultades que generan malestar, especialmente cuando se trata de acceder a servicios de educación, trabajo o atención médica. En Chiloé, moverse o no hacerlo tiene un impacto directo en la calidad de vida de la población, ya que la mayoría de las necesidades esenciales y el bienestar social dependen del desplazamiento y de salir de las islas. Así, la (in)movilidad

se configura como una de las principales “privaciones”¹ de los chilotes en la actualidad, además de constituir una fuente de eventual conflicto territorial, especialmente cuando la tensión entra en crisis

Tras morir dos mujeres el 2013 por problemas de atención y en la gestión de las listas de esperas del Hospital de Quellón, se suscitaron una serie de manifestaciones y protestas a nivel comunal y en el contexto de toda la isla, realizando asambleas y discutiendo sobre la salud como derecho en un territorio como Chiloé, planteando un petitorio al Estado de Chile, pidiendo equipamiento y especialistas médicos, para superar baja resolutiveidad de las atenciones (Subiabre y Mondaca, 2018)²

2.2.- (In)movilidad por salud en Quinchao

Considerando lo anterior, y destacando que desde el enfoque de la movilidad es posible enfatizar los aspectos sociales y espaciales inherentes a las prácticas, se propone analizar el caso de las movilidades e inmovilidades por

¹ En Chiloé, el término “privado” o “privao”, popularizado durante el “mayo chilote” de 2016, simboliza profundamente el malestar y sufrimiento generados por la desigualdad territorial que afecta a este archipiélago. Esta desigualdad, “anclada” en su condición marítima, se manifiesta con especial crudeza en las crisis socioambientales, como los brotes de virus, las mareas rojas, y las actividades de las salmoneras y mineras. Sin embargo, el núcleo de este malestar reside en la privación o limitación de la conectividad y el acceso a recursos esenciales, afectando directamente las condiciones de bienestar de las comunidades insulares.

²<https://www.araucaniacuenta.cl/archipelago-de-quinchao-chiloe-protestas-por-problemas-de-conectividad-y-desarrollo/>

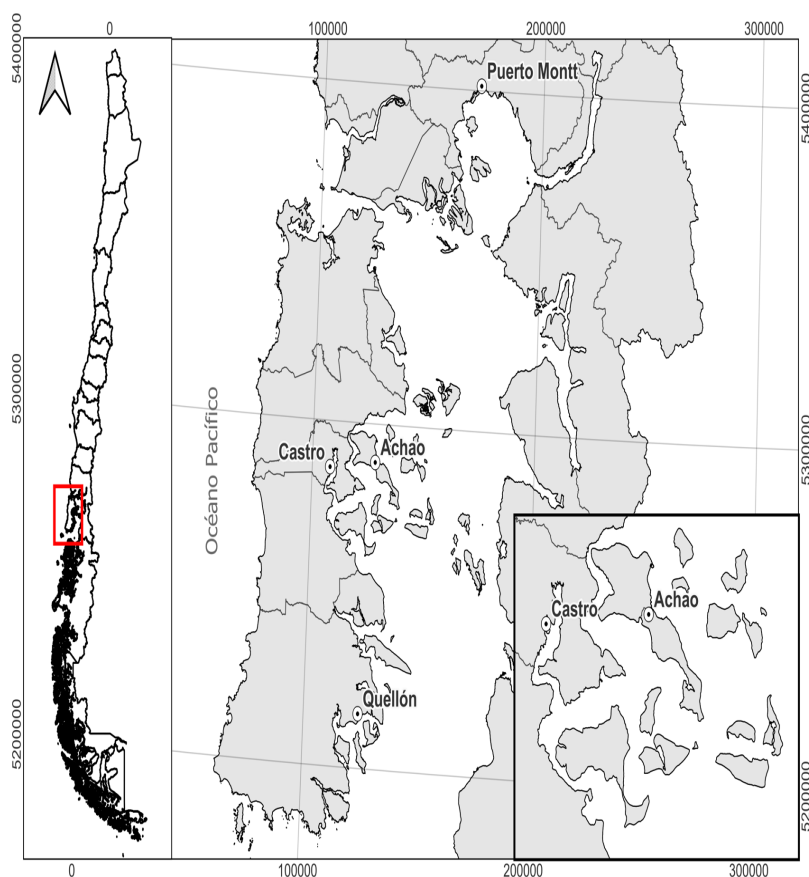
salud en un territorio insular. Este fenómeno se configura como un problema crítico debido a su interrelación con otras esferas fundamentales, como la educación, el trabajo, la ciencia, las obras públicas y el transporte, que son de particular relevancia en el contexto de Chiloé.

No obstante, la movilidad por salud adquiere una preeminencia especial, ya que involucra directamente la vida y el bienestar de diversos grupos poblacionales, convirtiéndola en un tema especialmente complejo y sensible. Desde una perspectiva política y de representación institucional, la movilidad e inmovilidad por salud se instala como un eje central en la comprensión de las dinámicas territoriales y sus desafíos actuales/proyectuales

Esta problemática refleja una contradicción central: mientras las personas demandan servicios de salud y deben desplazarse para acceder a ellos, la institucionalidad de salud, concebida desde prácticas territorializadas, no logra garantizar un movimiento adecuado de la atención ni de los procedimientos esenciales. Este desajuste o desconexión, pone en evidencia las limitaciones de las estructuras institucionales para responder de manera efectiva a las necesidades urgentes, en un contexto marcado por territorios ultraperiféricos y desiguales.

Para profundizar en esta problemática, nos enfocamos en el archipiélago de Quinchao, en Chiloé, y particularmente en sus pequeñas islas, donde la (in)movilidad para acceder a servicios de salud tienen un impacto directo y negativo, especialmente en las experiencias de sus habitantes. Esta relación se caracteriza por ser dinámica pero tensionante,

ya que trasciende la dicotomía de simplemente moverse o permanecer inmóvil, implicando en cambio una constante estrategia de adaptación. Dichas estrategias emergen tanto en los momentos de espera y quietud, como en los desplazamientos dentro y fuera de las islas.



Mapa 2: Chiloé/Quinchao (Chile). Elaboración propia

En general, la (in)movilidad deben entenderse como dimensiones intersticiales, críticas y sensibles, más que como opuestos antagónicos. Ambas se sitúan en un continuo dinámico en el que la ausencia total de movimiento nunca es absoluta, sino que una parte importante de las prácticas. Incluso en contextos de aparente inmovilidad, las dinámicas de atención y acción se gestionan en diferentes momentos, escalas y experiencias;

lo que se constituye como un ensamblaje de contradicción múltiple en torno a la demanda y la atención por salud.

En el ámbito de la salud, estas dinámicas generan tensiones críticas, especialmente frente a la urgencia de acceder a atención médica y las múltiples dificultades que enfrentan las personas debido a sus enfermedades, tratamientos y condiciones particulares. Se trata de una movilidad -y, al mismo tiempo, una inmovilidad- que entra en fricción con las temporalidades de los cuerpos y las trayectorias de vida, así como con las posibilidades a las que las personas deben adaptarse o someterse en relación con las exigencias de la institución sanitaria y la geografía del territorio.

Como se observa, las corporalidades y las emociones ocupan un lugar central en este contexto, pues se encuentran profundamente atravesadas por los tratamientos, el dolor y las incertidumbres que emergen de manera recurrente como problemáticas. Su relevancia dentro de las dinámicas de movilidad e inmovilidad en salud resulta fundamental, ya que tensionan la vitalidad y lo (in)orgánico de las trayectorias. Estas experiencias corporales se vuelven aún más complejas y restrictivas en situaciones de enfermedades crónicas, discapacidades o sensibilidades específicas, donde el dolor y las afecciones pueden intensificarse o, en algunos casos, mitigarse en función de las condiciones de movilidad y de atención disponibles.

Así, para comprender estas tensiones en toda su complejidad, resulta imprescindible considerar las dimensiones territorial, institucional y corporal, que interactúan y se entrelazan en la producción de

desigualdades y potenciales conflictos, especialmente en un territorio insular como Quinchao. Desde esta “perspectiva relacional”, se hacen evidentes las formas en que los cuerpos, los territorios y las instituciones co-construyen las dinámicas de (in)movilidad, configurando tanto las experiencias cotidianas como los procesos de acceso a la salud. Este enfoque no solo permite comprender estas dinámicas en contextos insulares, sino también proyectar estas dimensiones hacia una comprensión más amplia y transversal de la movilidad e inmovilidad.

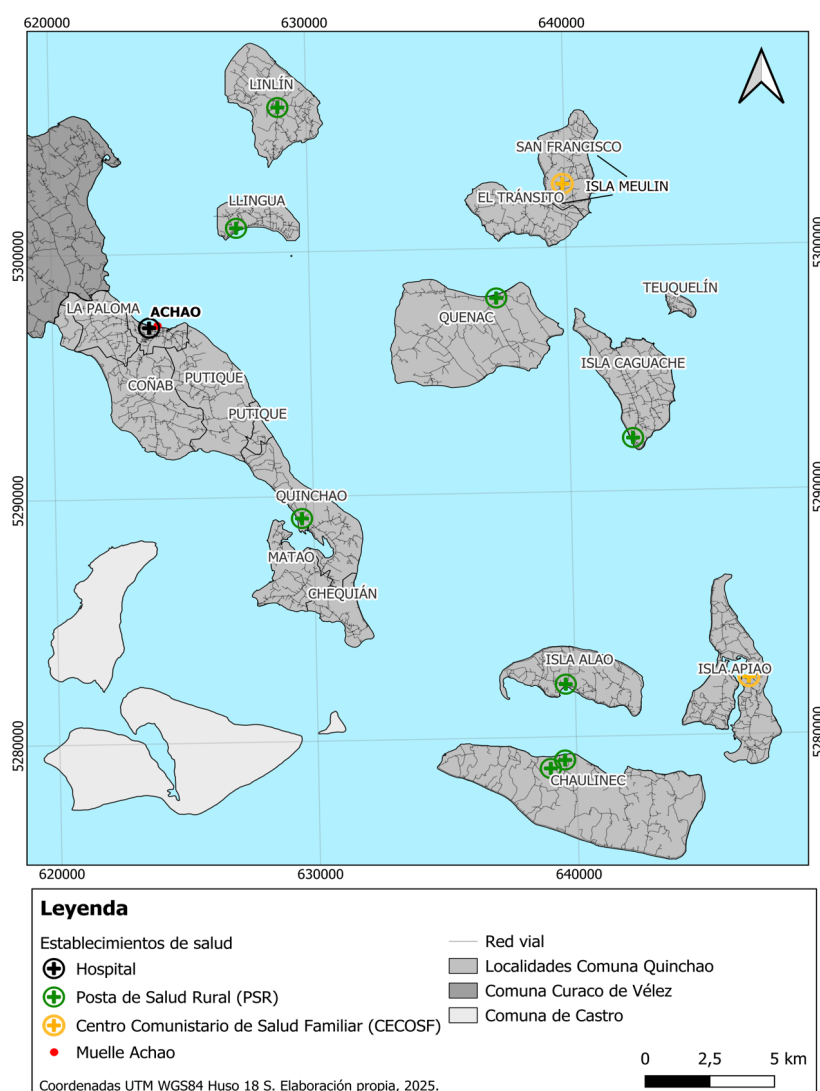
2.2.1.- Territorio

La Isla de Quinchao, ubicada en la Región de Los Lagos, forma parte del Archipiélago de Chiloé y se divide administrativamente en dos comunas: Comuna de Curaco de Vélez³, y la comuna de Quinchao, en donde nos detendremos. El archipiélago de Quinchao limita por el norte con la Región de los Ríos, al sur con la Región de Aisén del General Carlos Ibáñez del Campo y al este con Argentina (PLADECO QUINCHAO, 2020). Las comunas de Curaco de Vélez y Quinchao se ubican en la isla de Quinchao y se conectan con la isla grande de Chiloé a través de un sistema de barcas inter-islas que operan en el Canal de Dalcáhue⁴

³ Situada en la parte occidental de la Isla de Quinchao, esta comuna tiene su capital en la localidad de Curaco de Vélez. A diferencia de la comuna de Quinchao, Curaco de Vélez no incluye otras islas en su jurisdicción. Según el CENSO de 2017, la comuna tenía una población de 3.584 habitantes, todos en áreas rurales.

⁴ Actualmente opera la empresa Manpue y Cía. Ltda., con frecuencias cada 10 minutos en horario de día, además de viajes nocturnos.

Esta comuna abarca la mayor parte de la isla y tiene su capital en la localidad de Achao, donde está el muelle, es decir, donde llegan y “salen” en lancha las personas del archipiélago y las instituciones. La comuna incluye las islas menores, como Alao, Apiao, Chaulinec, Caguach, Lin-Lin, Llingua, Meulín, Quenac y Teuquelín. También existe un sector rural en Matao y villa Quinchao, en donde se puede llegar vía terrestre desde Achao. Quinchao se sitúa al noreste de la comuna de Castro, a 45 Km al este de la ciudad de Castro y a 153 Km al sur de la ciudad de Puerto Montt.



Mapa 3: Comuna de Quinchao e islas menores. Elaboración propia

Las islas menores de Quinchao son pequeñas, con baja densidad residencial y poblacional (INE, 2017)⁵ y se constituyen como un territorio fragmentado y “aislado crítico” (PLADECO, 2019); que veremos toca un conjunto de necesidades y de posibilidades de desarrollo. En efecto, un 79,03% de las localidades⁶ que componen esta comuna se encuentran en situación de aislamiento, siendo la localidad/comuna más aislada dentro de la Region de los Lagos, dentro del mismo contexto de Chiloé y sobre todo del continente, lo que repercute de forma preocupante en las prácticas de movilidad por salud.

Además este territorio, Quinchao, cuenta con un 43,4% de “pobreza multidimensional”⁷ (GORE LOS LAGOS 2021), lo que la hace susceptible de considerarse como territorio “rezagado” en materia social de la salud (SUBDERE 2019). Hay un porcentaje de 59,4% de personas que no cuenta con servicios básicos y un 14,1% de personas que vive en hogares hacinados (PLADECO, QUINCHAO, 2021).

La condicion de fragmentacion en Quinchao, implica que está compuesto de una isla y de subterritorios insulares, que serían las islas menores que mencionamos. Es por esto

⁵ Alao (km²): 8, 86/ Hab. 334/ densidad 37, 7; Apiao (km²) 12, 7, Hab. 621, Densidad 51, 4; Caguach (km²) 9, 85, Hab. 309, Densidad 31, 4; Chaulec (km²) 26, 62, Hab. 497, Densidad 18, 7; Lin Lin (km²) 10, 52, Hab. 379, Densidad 36, 0; Llingua (km²) 4, 34, Hab. 250, densidad 57, 6; Meulín (km²) 13, 39, Hab. 595, densidad 44, 4; Quenac (km²) 21, 36, Hab. 324, densidad 15, 2; Teuquelin (km²) 0, 69, Hab. 32, densidad 46, 4; y Quinchao (km²) 49, 97, Hab. 4734 y densidad 94, 7 (INE, 2017)

⁶http://territoriosdeconvergencia.subdere.gov.cl/files/doc_zonas_rezagadas/Plan%20Zona%20Rezagada%20de%20Territorios%20Insulares.pdf

⁷ Que en Chile es medido articulando antecedentes de Educacion, Salud, Trabajo, Seguridad social y Vivienda: <https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/btca/txtcompleto/midesocial/berner-pobrmultidimensional.pdf>

que la condición de “maritorio” (Alvarez, et.al 2019) hace que el mar sea altamente funcional a las actividades productivas que deben hacer por fuera de sus localidades. Esta condicionante genera desfavorables condiciones de conectividad de la población, principalmente en las localidades más aisladas y rurales, sobre todo cuando se impide el desplazamiento marítimo para la navegación (Becerra, 2007), en situaciones forzosas.

Cada isla del archipiélago de Quinchao cuenta con un sistema de lanchas operado por vecinos de las propias comunidades, lo que genera cercanía y conocimiento entre tripulación y pasajeros. Estos servicios, que combinan transporte de personas y carga menor, operan con frecuencias diarias o semanales según la isla (generalmente seis días a la semana, con ida por la mañana y retorno por la tarde), aunque pueden ser suspendidos por la Capitanía de Puerto de Achao ante condiciones climáticas adversas, como mareas altas o fuertes vientos (MTT, 2023). Actualmente existen 14 servicios de transporte marítimo interinsular subsidiados, complementados con servicios terrestres que en un 83% están diseñados para conectar con otros trayectos, lo que demanda coordinación y flexibilidad ante retrasos por clima o problemas viales.⁸

⁸ El transporte está subvencionado por el “Fondo Espejo”, lo que permite tarifas reducidas: \$1.050 para adultos, \$520 para adultos mayores y personas con discapacidad, y gratuidad para estudiantes y menores de 15 años; la carga paga un recargo de \$10 por kilo sobre los 100 kg. Actualmente, el 95,2% de las localidades cuenta con este beneficio, salvo Llaguach y Quentol (Chaulinec), que están excluidas.

Las infraestructuras de movilidad y transporte como las mismas lanchas, barcazas ferry o sistema de buses, servicios de salud marítimos, serán fundamentales, y un problema al mismo tiempo, ya que será difícil de abordarlas; son espacios que se mueven mucho, son fríos e incómodos para movilidades que se dan muchas veces en clave familiar o de manera colectiva, lo que incluye también traslados de mercaderías y objetos pesados, y situaciones emergentes.

En estos términos, el Canal de Dalcahue es muy importante, con transbordadores pagados para todo tipo de vehículos o peatones ya que une la isla de Quinchao con las ciudades de Dalcahue, Castro y Ancud. A través de este canal diariamente viaja mucha gente para trabajar o para asistir a servicios públicos y a los hospitales con mayor complejidad, en donde se pueden realizar intervenciones quirúrgicas y controles de enfermedades crónicas (FONDEF ID18I10284, 2023). Su relevancia se evidencia también porque la gente puede entrar o salir de la isla de Quinchao⁹ con frecuencias de cada 10 minutos en horario de día, además de viajes nocturnos.

⁹ De ahí que cuando hubieron alzas en la tarifa el 2017 por parte de la Naviera Man Pue, la ciudadanía se molestó ya que lo consideró una medida que limitaba aun más las movilidades cotidianas. Esta naviera dejó de funcionar el año 2022, y en la actualidad existe un trato directo realizado por el Ministerio de Transporte y la Naviera Puelche: <https://elinsular.cl/noticias/chiloe/2022/03/30/man-pue-anuncia-termino-de-operaciones-en-canal-dalcahue/><https://www.theclinic.cl/2020/02/23/protestas-en-chiloe-una-sola-familia-pone-en-peligro-la-conectividad-entre-quincho-y-dalcahue/>

El territorio insular de Quinchao incluye dos grupos de islas con características distintivas. El primer grupo, conformado por Llingua, Lin Lín, Meulín, Teuquelín, Quenac y Cahuach, se encuentra a 45 minutos o una hora en lancha de Achao. Estas islas, además de contar con lanchas de pasajeros y de salud, disponen de embarcaciones privadas para emergencias. Aunque están relativamente próximas a Achao y mantienen una fuerte relación con instituciones como salud, seguridad y turismo, siguen siendo periféricas al desplazarse fuera de Quinchao hacia otros centros urbanos de Chiloé.

El segundo grupo de islas, conformado por Alao, Apiao y Chaulinec, se caracteriza por su mayor lejanía, con viajes en lancha que toman entre 1 hora y 45 minutos a 2 horas, sin incluir las caminatas necesarias para llegar a los muelles, dado el escaso número de vehículos en estas áreas. Estas islas, con menor conectividad, dependen principalmente de lanchas subvencionadas como transporte público y, en casos de emergencia, del cruce a la punta de Chequián para luego continuar por tierra hacia Achao, Dalcahue o Castro.

2.2.2.- Territorios salud y oferta servicios

La territorialidad y oferta de servicios, se va estructurando por media de la infraestructura sanitaria. La comuna de Quinchao cuenta con dos Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y un Hospital en Achao (clasificado como tipo IV, de baja complejidad), que dispone de servicios médicos básicos. Los casos que superan la capacidad del hospital o de las postas rurales son derivados a centros de mayor complejidad en Castro o Puerto Montt

Tipo Establecimiento/Estrategia	Comuna (n°)	Región (n°)	País (n°)
Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)	2	29	282
Hospital	1	20	218
Posta de Salud Rural (PSR)	8	186	1.120
Total general	11	413	4.402

Tabla 1: Establecimiento de salud. Elaboración propia, en base a DEIS/MINSAL (2021)

Tomando esto en consideración, y para organizar y analizar los territorios específicos donde se llevan a cabo estas movilidades, así como los tipos de servicios que se ofrecen en cada uno, se identifican tres territorios de movilidad principales en los cuales se desarrollan estas prácticas.

En primer lugar, las movilidades *intra-isla* cumplen un rol central en el acceso a la salud, representando el 89% de los desplazamientos con este fin (Corporación Salud Quinchao, 2023). Estas movilidades comprenden los traslados programados de los habitantes hacia las postas locales, donde se brinda atención de baja complejidad, principalmente a cargo de Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS). En la mayoría de los casos, los TENS residen en la misma isla donde trabajan y asumen múltiples funciones: atención primaria, labores administrativas, atención de urgencias y servicios en terreno mediante visitas domiciliarias. Para ello, se desplazan a pie o en vehículos asignados por la Corporación de Salud. Estas visitas abarcan la toma de signos vitales, la atención de urgencias y la aplicación de encuestas familiares para monitorear el estado de salud de la comunidad. En caso de fallecimiento de un usuario en su domicilio, el equipo de

salud constata la ausencia de signos vitales y coordina con un médico la emisión del certificado de defunción.

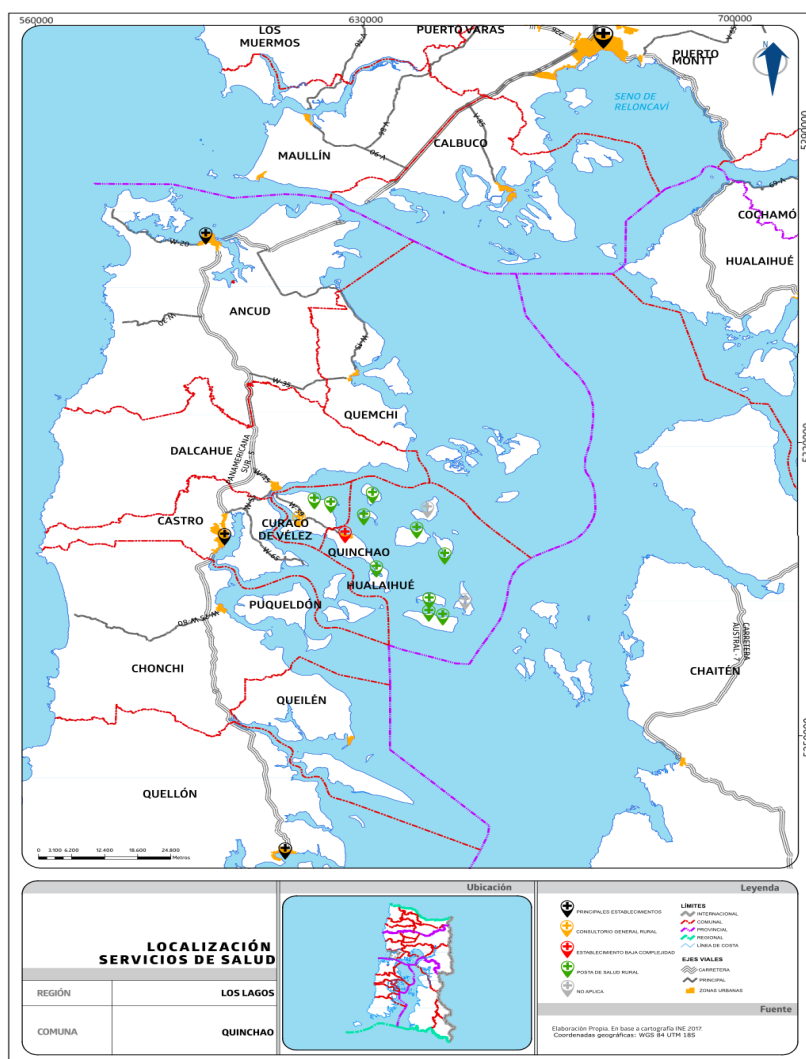
Asimismo, se incluyen las visitas esporádicas de profesionales de las llamadas “rondas médicas”, que se desplazan principalmente desde Achao hacia las distintas localidades del archipiélago. Estos equipos viajan en lanchas —públicas o privadas— para realizar consultas e intervenciones previamente agendadas, ajustadas al tiempo disponible durante su permanencia en cada sector o isla. En esta misma línea, los equipos de atención primaria de salud llevan a cabo operativos de vacunación en todas las islas del archipiélago, incluyendo campañas como la vacunación contra el COVID-19 (SSCH, 2021)¹⁰

En las postas rurales se administran diversas vacunas, como las antitetánicas, neumocócicas, antigripales y antirrábicas, asegurando la cobertura de inmunización de la población local. Además, se realizan exámenes de laboratorio, incluyendo análisis de sangre y orina (Boletín Estadístico 2016-2017, FONASA). Estas postas no solo cumplen un rol asistencial, sino también administrativo: en ellas se registran y analizan estadísticas mensuales, se controla y contabiliza el stock de fármacos y se programan los usuarios que serán atendidos en las rondas de distintos

¹⁰ Por último, y en menor medida, existen atenciones por medio del buque “Cirujano Videla” <https://sschi.redsalud.gob.cl/accidentes-viales-incendios-lesiones-y-rescates-aeromedicos-marcaron-fin-de-semana-del-samu-chiloe/>. Este navío es un instrumento tecnológico del plan de desarrollo integral de Chiloé PLADICH, y fue determinado estatalmente ante la suspensión del puente de Chacao. También existen servicios aeromédicos de emergencias y una “telemedicina” (SSCH, 2021) poco utilizada.

profesionales. Asimismo, desde estas instalaciones se coordina el llamado a pacientes para controles específicos en el marco de dichas rondas. De esta manera, las postas rurales no solo operan como puntos de atención sanitaria, sino que también funcionan como centros estratégicos para la organización y provisión de servicios de salud en las islas, adaptándose a las condiciones y desafíos de estos territorios aislados.

Como se observa en el mapa, cada isla tiene una posta de baja complejidad, para recibir o dar atención:



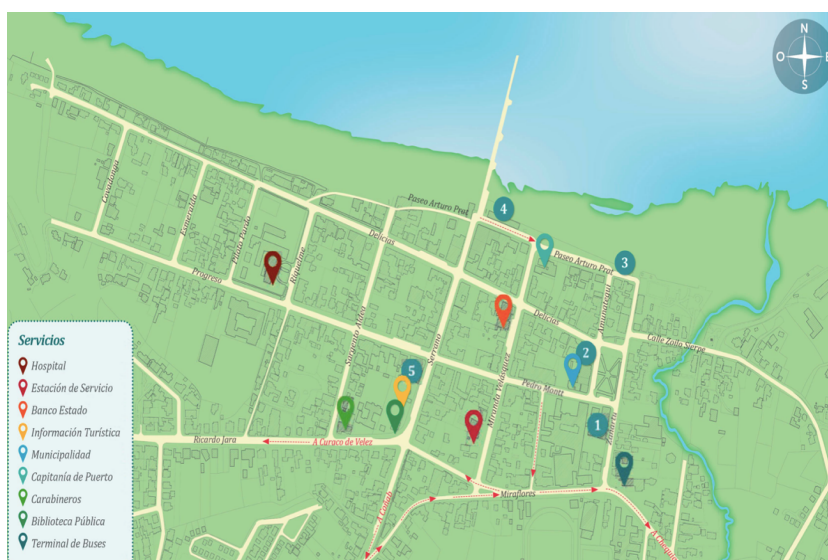
Mapa 4: Localización servicios de salud Quinchao y Chiloé. Elaboración propia

En segundo lugar, se identifican las movilidades *entre-islas*, que pueden ser intracomunales o intercomunales. Estas ocurren cuando los habitantes de Quinchao se trasladan al hospital de Achao, al hospital de Castro o a centros médicos en Dalcahue¹¹, y también como vimos, cuando las rondas médicas van a las islas. Como se observa en el mapa, estos lugares concentran los establecimientos de mediana y alta complejidad que no están disponibles en las islas, donde principalmente se realiza atención básica. Para los residentes de las islas, este tipo de movilidad es una segunda opción, mientras que para quienes viven en Achao suele ser la primera. Según la Corporación de Salud de Quinchao (2023), estas movilidades representan aproximadamente el 10% de los desplazamientos relacionados con la salud.

La tercera posibilidad de movilidad ocurre entre las *islas-continente*, particularmente en los viajes por salud fuera de la provincia, que implican cruzar el canal de Chacao hacia el continente, generalmente con destino a Puerto Montt, la capital regional. Aunque en Quinchao este tipo de desplazamientos representa solo entre el 1% y el 2%, resulta relevante debido a la complejidad logística que conlleva y a que, a nivel de Chiloé, cerca del 16% de los traslados se dirigen al continente (Lazo et al., 2023:14) por tratamientos de mediano y largo plazo.

¹¹ Para acceder a los hospitales de Castro o Puerto Montt, necesariamente tienen que pasar por el Hospital de Achao, que es el centro de derivación, o desde la posta (derivados por un profesional de la ronda). No es posible ir a atenderse directamente desde Quinchao a alguno de esos hospitales, si no has sido derivado desde la comuna.

Tanto en esta movilidad como en la interinsular, el paso por Achao es crucial, ya que concentra servicios clave como cajeros automáticos, supermercados, la municipalidad, el hospital, la gestión de horas médicas y las derivaciones, facilitando así el acceso a redes municipales y económicas que sostienen estos desplazamientos, tal como se observa en el mapa.



Mapa 5: Achao y servicios públicos. Fuente: Municipalidad Quinchao, 2024 (página web.)

Como se observa, en el ámbito de la movilidad por salud en Quinchao, se evidencia una dinámica en la que ciertos servicios requieren desplazamientos, mientras que otros permanecen fijos. La gestión pública de la salud en las islas del archipiélago está a cargo de la Corporación de Salud Municipal, con sede en Achao, la cual cuenta con un equipo directivo, operativo y profesionales de la salud. Para los traslados y derivaciones hacia otras localidades, las coordinaciones deben realizarse con el Servicio de Salud de Chiloé o, en casos que impliquen a Puerto Montt, con la Superintendencia de Salud.

2.2.3.- Población y demanda salud

Las principales atenciones de salud en las islas están relacionadas con enfermedades crónicas, que representan cerca del 30% de las consultas. Entre los diagnósticos más frecuentes se encuentran la diabetes, hipertensión arterial, colesterol alto, obesidad, EPOC y asma, afectando a personas de distintas edades y géneros. Salvo en casos de urgencia, estas enfermedades suelen ser atendidas en las postas rurales distribuidas en las islas (Leighton e Ibacache, 2013).

En términos de “salud pública”, uno de los desafíos más complejos es el aumento de la obesidad en la población, asociado al consumo excesivo de carbohidratos, alimentos derivados de la ganadería, como el cordero, y una disminución en el consumo de productos del mar debido a la baja en la pesca. Este fenómeno, combinado con la discontinuidad de las huertas y el predominio de alimentos transgénicos en la dieta infantil, ha elevado significativamente el riesgo cardiovascular.

La morbilidad varía según las estaciones del año, con un aumento significativo de enfermedades respiratorias durante el invierno¹². En esta temporada, algunas afecciones requieren traslados médicos, mientras que otras son manejadas localmente. Asimismo, las condiciones climáticas adversas durante el invierno pueden complicar las rondas médicas, provocando descompensaciones en

¹² IRA, ERA, amigdalitis bronquitis

pacientes que no reciben sus controles a tiempo. En verano en cambio hay otras complejidades que también requieren urgencias, como las actividades al aire libre, como el andar a caballo que produce caídas y fracturas que atender urgente fuera de la isla.

Tomando esto en consideración, la población objetivo del estudio está compuesta por las y los habitantes del archipiélago de Quinchao, con especial atención a sus diversas prácticas de movilidad e inmovilidad por motivos de salud. Estas prácticas incluyen tanto el acceso al sistema público de salud como alternativas particulares (fuera del sistema formal) e incluso modalidades informales dentro de las islas. Se trata de una población diversa, en la que son especialmente relevantes variables como la edad, el género y los aspectos culturales (población indígena), que pueden ser incidentes en el tipo de atención o medicación que se tome.

Respecto a la edad de la población de Quinchao, se puede observar lo siguiente¹³:

¹³ La población inscrita en los establecimientos municipales de atención primaria asciende a 5.415 personas, de las cuales la mayoría recibe atención en las postas rurales.

Grupo Edad	Población comunal por grupo de edad (n°)		Porcentaje de la población por grupo etarios Proyección 2023		
	Censo 2017	Proyección 2023	Comuna	Región	País
0 a 14	1.588	1.413	17,2	18,6	18,7
15 a 29	1.456	1.313	16	19,5	20,7
30 a 44	1.769	1.805	22	22,4	23,2
45 a 64	2.057	2.196	26,7	26,1	24,1
65 o mas	1.218	1.485	18,1	13,5	13,3
Total	8.088	8.212	100	100	100

Tabla 2. Población por grupos de edad. Elaboración propia en base a CENSO 2017 (INE)

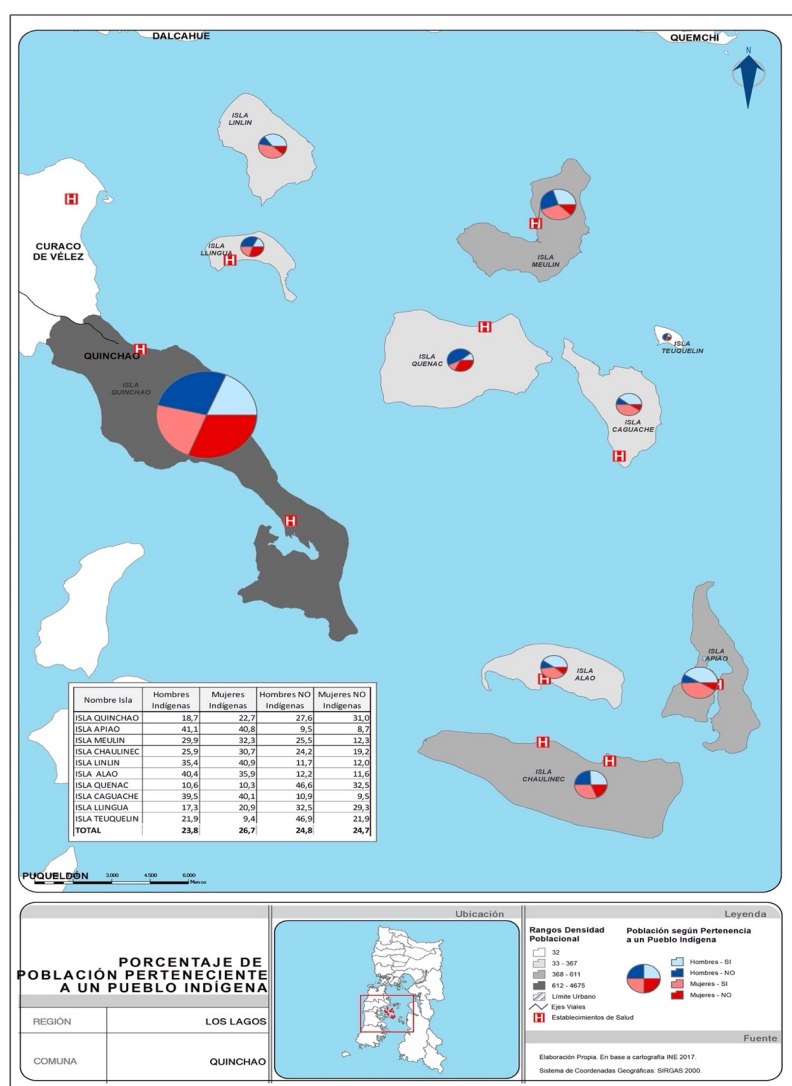
La distribución etaria de la comuna de Quinchao muestra una población predominantemente adulta, con un 43% de la población en el rango de 45 años o más. Este patrón puede tener varias implicaciones para la atención de la salud en el territorio, especialmente si se consideran factores como el envejecimiento de la población, las necesidades de salud específicas por grupos etarios, y las características del acceso a los servicios de salud en áreas rurales-insulares.

Acá la mayor complejidad se produce por las esperas por los tratamientos, ya que se pueden producir descompensaciones, urgencias, derivaciones y traslados que pueden significar complicaciones de realización, ya sea para hacerlo de forma asistida (cuidado por un otro) o por sus propios medios en la lancha de recorrido. Adultos mayores presentan complicaciones o discapacidades de las articulaciones, la artrosis, artritis, epilepsia. (Servicio Salud

Chiloé, 2021). Esto los hace depender completamente del cuidado de sus familiares en sus residencias. Los controles traumatológicos y geriátricos suelen realizarse en las postas rurales mediante las rondas médicas. Para exámenes más específicos, estos grupos pueden acudir al hospital de Achao. En el caso de adultos mayores postrados con dependencia moderada o severa, se asegura la entrega de medicamentos a domicilio y de alimentos complementarios a través de los programas PNAC y PACAM.

Por otro lado cabe destacar que, en los centros de salud de las islas menores y en los hospitales de Achao y Castro, el grupo social predominante está compuesto por mujeres con sus familias. En términos demográficos, la población de mujeres en Quinchao representa el 47%, mientras que la de hombres es del 53%.

Además, la población indígena alcanza un 66% según el CENSO del 2017, lo que es significativo en el sentido que además están ubicados en las islas más alejadas y pobres de la comuna:



Mapa 6: Porcentaje de población indígena y no indígena por género.
Elaboración propia

Dado que las islas menores no cuentan con la infraestructura necesaria para atender partos en las postas locales, la salud reproductiva en estos territorios adquiere una gran relevancia, tanto en términos de prevención como en los controles durante la gestación y el proceso de parto (Servicio de Salud Chiloé, 2021). Este tipo de atención es particularmente delicada, ya que, al no poder llevarse a cabo de manera completa en los territorios insulares, existe el riesgo de complicaciones que podrían derivar en un embarazo interrumpido. En este contexto, es fundamental

considerar si las mujeres son indígenas o no, ya que las creencias y prácticas culturales relacionadas con el parto pueden influir en su decisión de dar “a luz” en su lugar de origen, lo que puede generar tensiones entre los cuidados tradicionales y las recomendaciones médicas modernas.

En la actualidad, las mujeres embarazadas en Quinchao tienen la posibilidad, a través de la Corporación de Salud de Quinchao, de desplazarse a partir de la semana 34 de gestación desde sus islas hacia residencias ubicadas en el pueblo de Achao. Este traslado les permite esperar el momento del parto en un lugar cercano al hospital, garantizando una atención (formal, pública) más segura y cercana. Un aspecto central de estas movilidades de salud reproductiva es que siempre involucran el componente del cuidado, ya que las mujeres se desplazan acompañadas, generalmente con algún familiar o persona de apoyo. Además, estas estrategias de movilidad son recurrentes, debido a las limitaciones de acceso a servicios médicos en las islas, y se convierten en una práctica habitual para mitigar los riesgos asociados a la atención del parto en un contexto insular ¹⁴

Desde una perspectiva de género y edad, la salud familiar tiene un rol central en las islas del Archipiélago de Quinchao. En el ámbito preventivo, las postas rurales son clave para la implementación de medidas como la

¹⁴ <https://www.elmostrador.cl/destacado/2019/06/26/el-derecho-a-nacer-en-aysen/>

aplicación de la ficha CLAP¹⁵ en adolescentes y la promoción de “educación sexual” en los establecimientos. Las mujeres embarazadas reciben atención principalmente en las “rondas médicas” realizadas por la matrona en cada isla. Sin embargo, los exámenes más complejos, como ecografías, así como los partos, se realizan en el hospital de Achao¹⁶ y Castro.

Estas variables permiten identificar las principales dificultades y complejidades que enfrentan las personas al desplazarse (o no) para acceder a atenciones, tratamientos y cuidados, frecuentemente dentro del contexto de sus grupos familiares.

2.3.- Relevancia

La importancia y novedad de esta investigación radica en visibilizar las experiencias y los viajes hacia la salud desde la perspectiva de la movilidad cotidiana. Tradicionalmente, la movilidad por motivos de salud se ha entendido únicamente como un desplazamiento aislado hacia la atención médica. Sin embargo, esta investigación propone concebirla como una construcción que engloba experiencias diferenciadas de viaje. Estas incluyen

¹⁵ La ficha CLAP también conocida como “*historia del adolescente*” es un instrumento que está inserto en el Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del MINSAL, estrategia nacional de salud

¹⁶ En el marco del programa “Chile Crece Contigo”, se promueve activamente la salud familiar con la entrega de leche, medicamentos y otros insumos esenciales, como cunas, a las familias de cada isla. Además, en las postas rurales se realizan controles de salud, vacunación infantil y el control “niño sano” en colaboración con los establecimientos educacionales (Servicio de Salud Chiloé, 2021).

actividades como cotizar servicios, realizar consultas, retirar exámenes, acudir al médico, pero también procesos de espera, interrupciones en los horarios, discontinuación de tratamientos y el progresivo empeoramiento de enfermedades, muchas veces en contextos críticos que se encuentran al límite entre la vida y la muerte.

Un aspecto clave de esta investigación es que las movilidades por motivos de salud suelen ser colectivas, generalmente realizadas en compañía o al cuidado de otro. Este hecho introduce un grado de complejidad adicional, pues implica gestionar preocupaciones, atender sensibilidades y enfrentar descompensaciones, malestares corporales o emociones particulares asociadas a los viajes. Desde esta perspectiva, esta investigación busca analizar cómo estas movilidades son vividas corporalmente, con el fin de identificar las principales complejidades que enfrentan cotidianamente las personas para acceder a la atención médica en un territorio insular.

En segundo lugar, la relevancia de esta investigación radica en visibilizar las dinámicas de movilidad e inmovilidad desde una perspectiva territorial insular, lo que permite comprender las complejidades y experiencias relacionadas con el acceso a la atención médica según la ubicación y particularidades de cada isla. Este enfoque no solo considera cómo las personas enfrentan largas distancias, condiciones climáticas adversas y desafíos marítimos, sino también cómo experimentan situaciones de inmovilidad derivadas de barreras geográficas e institucionales que limitan o retrasan su acceso a los servicios de salud. En este contexto, cobran especial importancia las movilidades institucionales que, si bien buscan mitigar estas

restricciones, también evidencian y, en algunos casos, reproducen tensiones vinculadas a las expectativas y alcances de los propios servicios de salud.

2.4.- Enfoque teórico propuesto

En términos panorámicos, esta investigación pertenece al quehacer de los estudios contemporáneos sobre movilidad e inmovilidad cotidiana (Sheller & Urry, 2006), dado que se intenta entender la sociedad desde el punto de vista del movimiento, poniendo énfasis en aspectos sociales y espaciales de estas prácticas (Creswell, 2010; Bissell y Fuller, 2011). Desde aquí podemos ver como la variante de la dimensión espacial y experiencial de la movilidad, ha sido retratada desde el “*giro de la movilidad*” desde donde se ha interpretado y analizado de forma renovada la configuración de territorios contemporáneos (Urry, 2007; Creswell, 2006), las formas de “hacer lugar” mientras nos movemos (Imilan & Jirón, 2016) las prácticas o relaciones sociales por medio del movimiento, y sus variados espacios-tiempos cotidianos (Latham et al, 2009).

En particular, y en relación con lo anterior, esta investigación se sitúa en el quehacer de los estudios sobre movilidad cotidiana aplicadas a realidades insulares en tanto geografías aisladas (Baldacchino, 2018), donde se entiende que el habitar y la socialización tiene como núcleo central una movilidad expresada en salida emergentes en las islas para conexión a servicios básicos, instituciones locales, comprar insumos, trabajar o atenderse por salud (Lazo, Carvajal, 2018a; Riquelme, Saravia, Azocar, 2019). En estas movilidades insulares, las esperas y las dinámicas entre moverse y no moverse son parte de su identidad

territorial-móvil, ya que estas suelen ser extensas entre un viaje y otro, lo que hace que las próximas salidas siempre se estén configurando (Lazo, Carvajal, Riquelme, 2020; Lazo, Carvajal, Solsona, 2021), dependiendo del mes del año.

Desde este enfoque, se propone pensar cómo se “habita la movilidad” (Lazo & Carvajal, 2018a) a partir de la corporalidad, la intercorporalidad y sus escalas sensibles de análisis (Aguilar & Soto, 2013). Habitar la movilidad implica comprender a las personas desde una perspectiva encarnada, sensorial y emocional (Merleau-Ponty, 1985; Le Breton, 2002; Sennett, 2010), es decir, desde sus corporalidades vividas y las expresiones afectivas que emergen de ellas. Es en estos cuerpos de personas, donde se sienten y construyen, de manera sutil, los lugares y los desplazamientos (Bondi, Smith, & Davidson, 2005), y por cierto, las lógicas de movilidad e inmovilidad

En este sentido, habitar la movilidad o habitar en movimiento trasciende la escala de la vivienda, ya que “*no se desarrolla en un solo lugar, sino a lo largo de los caminos que conectan un lugar con otro*” (Jirón e Iturra, 2011:30). Se trata de esos pequeños pasajes cargados de significados, que pueden ser narrados (Segura & Chaves, 2020) desde una cotidianidad que, en el ámbito de la salud, no ocurre de manera rutinaria día a día. Esta construcción, merece detenerse en su análisis y desarrollo para profundizar en su alcance e implicancias.

2.5.- Pregunta investigación

Pensando en lo anterior, la pregunta central que guía esta investigación y que se intentará analizar es: **¿De qué manera las tensiones determinadas por características territoriales, institucionales y encarnadas generan formas de movilidad e inmovilidad, como en el caso de personas que necesitan tratamientos de salud en contextos insulares?**

2.6.- Hipótesis

Basándose en investigaciones internacionales sobre movilidad y salud en contextos insulares (Ormond, 2015; Ganser & Lavery, 2023), así como en estudios recientes que abordan la experiencia de movilidad en territorios insulares de la región de Los Lagos (Lazo, Carvajal, Solsona, 2020; Lazo & Carvajal, 2018), particularmente en relación con las dinámicas de movilidad e inmovilidad, se construye una hipótesis general y tres específicas que orientan este estudio:

Postulamos que la movilidad e inmovilidad por salud en un territorio archipelágico, es un tipo específico de movilidad que puede explicarse a partir de las tensiones resultantes y entrelazadas entre la dimensión territorial, institucional y de los diferentes cuerpos de personas y grupos de los mismos.

Tomando el archipiélago de Quinchao, postulamos que la movilidad por salud en este territorio se torna problemática

y poco fluida. Existen islas alejadas y próximas con diferentes dificultades para moverse, ya sea dentro de la isla y fuera de esta, pero también desde los periodos de no movilidad y espera por salir o recibir atención.

Respecto a los servicios institucionales, postulamos que deben ser entendidos como unas prácticas de movilidad e inmovilidad que no llegan de forma satisfactoria a los diferentes lugares del archipiélago, lo que se manifiesta como una tensión y discordancia entre la gestión de estos desplazamientos y las experiencias de las personas que intentan atenderse.

Por último, postulamos que las experiencias encarnadas de la movilidad por atención es fundamental, ya que delimitan o posibilitan el moverse o no, siendo determinantes en el enfrentamiento móvil o inmóvil de distintas enfermedades, dolencias, sufrimientos o emociones al desplazarse. Esta movilidad pone en el centro a los cuerpos y sus zonas específicas, y puede observarse en dos niveles, cuando es experienciada y cuando es enunciada.

2.7.- Objetivos

OG: Analizar las tensiones entre movilidad e inmovilidad en el acceso a la salud en territorios insulares, a partir del caso del archipiélago de Quinchao en Chiloé, como ámbito representativo de las articulaciones entre dimensiones territoriales, institucionales y experienciales que configuran las prácticas

OE1. Identificar la dimensión territorial de las prácticas de (in)movilidad por salud, categorizando los diferentes espacios y medios de transporte que a diferentes escalas están involucrados en estas prácticas.

OE2.- Caracterizar las prácticas de (in)movilidad por salud desplegadas por los funcionarios a nivel comunal en Quinchao, a objeto de entender y visibilizar las discordancias y tensiones existentes en el ámbito institucional

OE3. Describir las prácticas y relatos de (in)movilidad de los habitantes, desde el punto de vista de la experiencia corporal y emocional, a objeto de entender cómo se vivencian las tensiones entre la dimensión territorial, institucional y experiencial.

3.-Discusión bibliográfica: Repertorios teóricos para el estudio de (in)movilidades

Descriptor

Este capítulo aborda las movilidades en el campo de la salud, explorando su relación con la inmovilidad y proponiendo una definición operativa del concepto. Se estructura en tres partes: primero, se analiza el giro de la movilidad como paradigma, centrándose en sus prácticas, experiencias y materialidades, así como en las tensiones entre movilidad e inmovilidad en distintos contextos. En esa óptica, se cierra ese espacio con la enunciación de una definición posible para las (in)movilidades. En la segunda parte, se identifican tres dimensiones clave para comprender teóricamente las movilidades de la salud en un territorio archipelágico: el análisis del territorio, las dinámicas institucionales que moldean estas movilidades y una mirada conceptual asociada a los cuerpos.

3.1.- Giro de la movilidad. Encuadre y énfasis

En términos generales, el marco para entender nuestro problema de investigación conceptualmente dice relación con el “*giro de la movilidad*” y su implícita “*investigación crítica en movilidad*” (Sheller & Urry, 2006; Faist, 2013) que nos posiciona y ayuda en tanto enfoque y episteme, para definir y entender teóricamente nuestras movilidades por salud. Pero si acaso los nuevos enfoques de la movilidad son o no un paradigma (Randell, 2018), según la definición de Tomas Khun, que los definía como una ciencia estandarizada o como un sistema de verdades (Khun,1970), lo más importante aquí es rescatar aquellos principios o

nuevas formas de concebir o darse a la escucha de los nudos y sensibilidades contemporáneas de la movilidad.

Desde fines de la década de 1990, el denominado *mobility turn* abrió la posibilidad de observar la movilidad desde una perspectiva social, otorgando un énfasis particular a las interacciones y experiencias de los grupos humanos. Lo que hoy parece una noción ampliamente aceptada, en aquel momento resultaba innovador, pues en la academia aún predominaba una epistemología estructuralista en los estudios urbanos (Segura, 2021), con un sesgo marcadamente determinista en la forma de analizar la realidad. El giro propuesto implicó desplazar la mirada desde una concepción “sedentaria” del territorio y la sociedad hacia una lectura “en movimiento” (Hannam, Sheller y Urry, 2006).

Esto supuso, en ese entonces, la necesidad de explorar nuevas escalas, metodologías y formas de análisis de los desplazamientos, dimensiones que habían sido frecuentemente relegadas o invisibilizadas por los enfoques tradicionales centrados en la movilidad-transporte. Por otra parte, pero en el ámbito de las ciencias sociales, se trataría de pensar, ya no desde las estructuras sociales que la tradición sociológica nos tuvo acostumbrados desde sus clásicos en adelante (Durkheim, Marx y Weber), sino más bien de pensar de otra forma las causas y los efectos de las dinámicas sociales (Sheller, 2014), para ir más allá de sociologías basadas en el determinismo o “teorías del reflejo”.

El “provocativo” manifiesto de John Urry afirma que la sociología ha privilegiado el estudio de lo fijo/fijado, lo

estático, por sobre lo movilidad (Urry, 2000), nos habla de pensar de forma no-lineal la movilidad, sino por medio de sus *“sub campos especializados que habían sido desalojados de la investigación sociológica incluyendo: la movilidad espacial de humanos, no humanos y objetos; la circulación de información, imágenes, y capital, etc”* (Ochoa, 2019:3); es decir pensando una movilidad mas allá de una acción unitaria, sino de una con variadas entradas y producciones de sentido y entidades existenciales.

Este giro teórico se nutre de influencias provenientes de los estudios de ciencia y tecnología (ANT), las teorías *“no representacionales”* y los *“enfoques de la complejidad”* (Zunino, Giucci y Jirón, 2018). Bajo esta perspectiva, ya no se considera únicamente a *“la sociedad”*, sino también a los múltiples elementos *“entrelazados”* (Barad, 2007) y entramados complejos (Sheller, 2014) que inciden o afectan (Massumi, 2002) las acciones y experiencias del viaje.

Más que un simple *“giro”*, Sheller y Urry lo entienden como una colectividad de prácticas ontológicas, epistemológicas y metodológicas (Pérez, 2019) que buscan resaltar un movimiento espacializado, en diálogo con diversas materialidades que moldean la experiencia de la movilidad. Este enfoque, de carácter descentrado, conectivo y *“poshumanista”*, invita a concebir el moverse como una forma de habitar, donde infraestructuras, datos, objetos e información (Urry, 2007, en Zunino, Giucci y Jirón, 2018) participan activamente en la configuración de los desplazamientos

Hay además, en el plano de las infraestructuras, un transporte público y uno privado, con diferencias según

organización (individual, colectivo), en relación a lugares, caminos, rutas, puentes o intermodalidades. Asimismo, existen los “transportes intermediarios” (transporte individual y colectivo); transporte motorizado, no motorizado, el conductor (activo), pasajero (pasivo), etc. (Krueger, 2018: 183), todo lo cual es influyente y afecta o potencia movilidades y servicios que se mueven.

De tal modo, el componente central y medular que tomamos de este giro es pensar en una dimensión territorial a nivel transdisciplinar, para así observar la experiencia de las personas. Acá los lugares son ciertamente dinámicos o “*lugares de movimiento*” según Hetherington; lugares que se mueven, que no están en un solo lugar (1997) y que están compuestos de las vivencias de las personas. Esta concepción ontogenética del espacio reconoce que las formas y las relaciones espaciales del mundo que nos rodea claramente no son estáticas ni fijas, se modifican, actualizan y construyen constantemente de manera que alteran las relaciones socioespaciales. Aquí -por cierto- es influyente el pensamiento de Michel de Certeau (1996) autor que planteaba que la relación de la experiencia con los espacios y las movilidades no son otra cosa que “*recorridos de espacios*” que, sistemáticamente y de forma fugaz, van dando forma o diseño a las ciudades o territorios (De Certeau, 1996:127-128)

Desde estas perspectivas imbricadas, se pone en cuestión las nociones tradicionales de espacio-tiempo, pues la movilidad tiene que ver con pensar precisamente a los espacios como espacios de la movilidad, es decir espacios que la van moldeando, dotándola de sentido, generando dinámicas de cotidianidad y habitabilidad más allá del

territorio más próximo. Como plantea Jirón, inspirada en la fenomenología de Heidegger, se pueden denominar como *“lugarización en movimiento”* (Jirón e Iturra, 2011). Un habitar que mientras se mueve muestra de forma interconectada el espacio privado/vivido y público en los momentos y espacios del viaje.

Desde esta perspectiva se traza el que pensemos en que los lugares y las personas no son entidades diferenciadas, sino todo lo contrario, existiendo una fuerte relación unida por medio de prácticas y performatividades (Gregson y Rose, 2000), que nos mostrarán experiencias y sensibilidades que se comprenden cuando se encarnan y/o habitan.

3.1.1.-Cotidianidad y habitar

Con la idea de que la movilidad podría ser una espacialidad mínima clave para observar las sociedades contemporáneas, otro elemento a considerar y establecer a nivel conceptual, es la vida cotidiana que va aconteciendo en estas prácticas. Como se demuestra en el multidisciplinario *“paradigma de la cotidianidad”* de Humberto Maturana, el sujeto humano es productor de los criterios de validez de su vida cotidiana, de acuerdo a sus interacciones e interrelaciones habituales (Maturana, 1991), donde cobran relevancia las rutinas, la *“circulación del tiempo”* y los espacios donde se *“domicilian”* esas cotidianidades (Maturana, 1991:36). El espacio-tiempo, como plantea el filósofo, es el *“medio primario”* donde se establecen estas rutinas, así como la *“convergencia y apertura”* entre los lugares donde vivimos y nos desplazamos, y que al mismo tiempo vamos reconfigurando

o recomponiendo de normas sociales (Maturana, 1991:37-39).

Lo cotidiano o rutina, iría entonces más allá de un tiempo estructura y quieto, sin embargo como plantea el mismo autor, eso no significa de que la rutina a veces también puede ser “afanosa” (Maturana, 1991:43) o que una normalidad se transforma en una normatividad y cierre de la experiencia. Con todo, lo cotidiano se constituye como aquel momento que no es muy importante, y en donde muchas veces no vale la pena detenerse en las pequeñas sutilezas que constituyen dichas experiencias

Pero el tiempo de la cotidianidad, como plantea este autor, no solamente puede ser un puro tiempo, sino más bien se trata de “tiempos feriales”, es decir de unos tiempos que se experimentan como un verbo y que siempre se proyectan hacia otras posibilidades en el transcurso del día, hacia el día siguiente, o que se van tramitando (Maturana, 1991:60-62) en tiempos extensos como sucede en el caso de la salud.

De otro lado, el término de cotidianidad también es usado desde la microsociología de Erving Goffman, cuando define al espacio de forma intersubjetiva e interactiva con diferentes escalas sociales, enfatizando en las capacidades performativas de las personas para manifestar sus sentidos en relación a un grupo social o formas de habitar (Goffman, 1981). Desde estas definiciones y usos del concepto de cotidianidad, desde el cruce entre antropología y territorio, se nos permite entender de forma “situada” los entrelazamientos y conjuntos de prácticas de los diversos actores en un territorio, y así entender las diferentes formas de habitarlo y practicarlo.

Michel De Certeau define a la cotidianidad como un “hacer” e “invención” constante desde donde se “tejen” o “hacen” los espacios (De Certeau, 1996:103-109). Aquí se habla del “*espacio practicado*” que sería “*el efecto producido por las operaciones que lo orientan, lo circunstancian, lo temporalizan y lo llevan a funcionar como una unidad polivalente de programas conflictuales o de proximidades contractuales*” (De Certeau, 1996: 129). Desde esta conceptualización, se enfatiza la urgencia de cuestionar la lógica vertical que ha dominado la planificación territorial, incorporando con mayor relevancia las cotidianidades que despliegan formas alternativas de concebir el espacio. En otras palabras, estas prácticas y experiencias conceptualizadas, desafían las racionalidades y epistemologías tradicionales sobre el territorio.

Por último, también hay que tener resguardo con la “*revolución de lo cotidiano*” y la ingenuidad de que todo es transformación, ya que no toda la gente deviene invención y creatividad, cuando ni siquiera todos tienen la capacidad (imbricada-corporal o social) de hacerlo. Por tanto lo que interesa es interrogar aquí todo lo que parezca paradigma, como aquel lugar común de creación, novedad y subversión; desreificar dichos consensos, para no solo pensar que cuando se trata de una vida cotidiana se habla inmediatamente de creatividad o de una “*poética de lo cotidiano*”. Porque si bien es cierto de que la vida cotidiana habla de una novedad ante la estructura o la limitación, eso no quiere decir que se trate de una perpetua creación. No se trata de negar lo irreductible de los fenómenos sociales frente a las normas, sino de pensar la especificidad de ese

orden cotidiano respecto a tales estructuras (Gregory, 2009).

3.2.- De la movilidad a la (in)movilidad: Entre inmovilidades condicionadas e (in)movilidades relativas

Pero más allá del optimismo inicial de la movilidad donde “*todo está en movimiento*” (Sheller & Urry, 2006:5), se puede observar que esta misma premisa se ha puesto en entredicho desde los últimos quince años (Gutekunst, et.al, 2016), trabajándose el carácter relacional del concepto de movilidad en relación con la inmovilidad (Glick-Schiller y Salazar, 2013). Poniendo énfasis en la existencia del “*carácter político y regulatorio de la movilidad*” imbricado con las condiciones de inequidad, exclusión o repliegue (Miglierina y Pereyra, 2018:81), desde la movilidad se pueden entender las relaciones de movilidad e inmovilidad donde se manifiestan grupos de sectores sociales, pudiendo moverse unos más que otros, y donde el propio movimiento puede ser un problema, así como un proceso temporal (Massey, 1993).

En este contexto y mirada de la inmovilidad se permite entender la movilidad como una práctica de tipo relacional, que nos sirve para observar las desigualdades socio-espaciales influida por factores sociales y territoriales (estructurales) en cuanto a la salud, y sobre todo en las dinámicas de espera que veremos más adelante. De hecho, la inmovilidad, puede ser pensada como un proceso de negociación con otros en donde hay relaciones e interacciones que se van estableciendo, y donde los grupos

sociales y sujetos se instalan de distinta forma en relación con el movimiento, flujos y conexiones (Creswell, 2010).

Esto nos habla de una perspectiva que no prescinde de la inmovilización del todo, porque igual es parte del problema, sin embargo, como plantea Adey: “*nunca hay inmovilidad absoluta, sino movilidades que confundimos con inmovilidad, lo que podría llamarse inmovilidad relativa*” (Adey, 2006:83). Esto quizás nos haría pensar de otra forma que, del carácter relacional o interdependiente de la movilidad, donde no hay inmovilidad sin movilidad (Khan, 2016). De hecho, difícilmente se considera que la movilidad esté al servicio de la inmovilidad.

De otro lado y siguiendo a Fuller & Bissell (2011) que argumentan de que la inmovilidad es una modalidad del estar quieto, es decir de una eventual *stasis*, que por un lado tiene fijeza, y por otro tiene otro aspecto que tiene prácticas específicas (Fuller & Bissell, 2011), sobre todo cuando se trata de movilidades forzadas con “velocidades diferenciales” (Dalakoglou & Harvey, 2012), que tienen por característica que son dinámicas, discontinuas, procesuales y no solamente geográficas (en el sentido de estar o no estar en un lugar)

Es así como el concepto de (in)movilidad al cual quisiéramos plegarnos, identificar y seguir construyendo, tiene que ver con las limitaciones o desigualdades socioespaciales que hacen que sus movilidades se vean complejizadas (Miglierina & Pereyra, 2018:84). Existe aquí además un grado muchas veces de invisibilidad “*no registrada, la no realizada y la ineficaz*” (Miglierina & Pereyra, 2018:85). Es por esto que no solo se trata de

movimiento sino también desde los momentos de espera, que se dan de manera dinámica, aunque dialécticamente (Hannam, Sheller & John Urry, 2006), entre las movilidades de unos y no movilidades de otros

Se trata de “*relaciones contingentes entre movimientos*” (Adey, 2006: 75), porque más allá de que la movilidad y la inmovilidad tenga este carácter relacional o de simetría, no es “*un absoluto ontológico*” (Adey, 2006: 76) de relaciones de fijeza, sino al contrario de “*inmovilidades relativas*” (Adey, 2006:77), que muchas veces cuenta con velocidades diferenciadas, de movimiento y reposo, de ritmo y consistencia (Doel, 1999:12), es decir, donde hay grado de agencia y de reversión de los límites expuestos.

3.3.- Organizando una definición operativa de (in)movilidades

3.3.1.- Ambivalente e intersticial

Desde este marco, la (in)movilidad puede entenderse como una condición abierta y relativa, configurada por elementos externos, factores sociales y presencias no humanas vinculadas al ámbito de la salud. Como señala Nichola Khan, la relación entre movilidad e inmovilidad es compleja y multifacética: ambas se encuentran profundamente entrelazadas y se moldean mutuamente según los contextos sociales, culturales y políticos (Khan, 2016). Así, la (in)movilidad no solo se define por restricciones e inmovilizaciones, sino que también encierra una potencialidad para la reinvención, la resistencia y el cuestionamiento a la inmovilidad imperativa. Este enfoque será abordado desde el campo de la salud, entendido como un ámbito especialmente sensible, donde los cuerpos que se

desplazan -o permanecen inmóviles- hacen visibles tensiones estructurales y experiencias de transformación

3.3.2.- Temporalidad (desfase/expansiva)

Otra característica central de la (in)movilidad es el papel de la temporalidad, especialmente en los momentos de espera que atraviesan las experiencias de movilidad e inmovilidad. La espera, que es ilustrativa para la salud, no solo marca la duración —cuánto puede soportarse dicha situación (Schwartz, 1975, en Sautu, 2010)—, sino que también puede implicar sufrimiento y dolor, forzando a las personas a experimentar y aceptar, de manera sumisa o resistente, esa condición. Como señalan Lozano y Zunino (2023), *“la espera es un evento principalmente temporal, pero espacializado, que forma parte de la movilidad. En principio, implica alguna forma de inmovilidad, quietud, desaceleración o suspensión, identificable en diferentes tipos de viajes”* (p. 99). La espera, además, siempre proyecta “esperanza” y “expectativa”; de ahí que, si lo esperado no ocurre o se posterga, emerjan frustración o impaciencia (Lozano & Zunino, 2023). En última instancia, la espera expone relaciones de poder específicas, particularmente en torno a las instituciones ante las cuales se produce. En el ámbito de la salud, esta experiencia se manifiesta como “cotidianos extendidos” de espera e (in)movilidad, donde el tiempo y el cuerpo quedan atrapados en dinámicas institucionales que exceden lo meramente funcional.

3.3.3.- Tensión/crisis

Otra característica fundamental de la (in)movilidad es la tensión. George Simmel (1990) la define como una elasticidad *“entre exigencias a la vez opuestas y complementarias (...) cuyos términos se refuerzan en un juego continuo de expansión e intensificación, en el que se van explicitando y componiendo entre sí”* (citado en Remy, 2012: 31). Esta noción permite comprender la (in)movilidad como una dinámica de fuerzas en el territorio y en las experiencias individuales y colectivas -entre cuerpos-, donde las fuerzas no siempre se distribuyen de manera equitativa. En el ámbito de la salud, esta “fuerza de tensión”, o *“microfísica”* (Foucault, 1975), se vuelve especialmente visible: las atenciones son inestables e impredecibles (Urry, 2011), lo que expone crisis y conflictos vitales cuando hay vidas humanas en juego

3.3.4.- Injusticia político-espacial

Por último, otro componente global de la (in)movilidad, se da desde la noción de justicia espacial permite problematizar cómo el acceso desigual a la movilidad reproduce formas de exclusión territorial. Harvey (1973) entiende el derecho a la ciudad como el derecho a acceder y transformar los espacios donde se reproduce la vida social, lo que en territorios insulares implica interrogar quiénes pueden realmente ejercer ese derecho. Soja (2010), por su parte, enfatiza que el espacio es constitutivo de la injusticia social, no solo un reflejo de ella. Desde esta perspectiva, las (in)movilidades no son meras limitaciones técnicas, sino expresiones espaciales de injusticias, en las que se juega el

derecho a moverse y a acceder a servicios esenciales para la vida y el desarrollo territorial



Esquema 1: Definición operativa de (in)movilidades

Tomando lo anterior, la (in)movilidad en salud puede comprenderse como una tensión constitutiva entre el espacio concebido, percibido y vivido (Lefebvre, 2013). El *espacio concebido* corresponde a políticas sanitarias móviles que buscan ordenar el territorio desde una lógica centralizada (Jajamovich y Silvestre, 2021), pero cuya implementación revela desfases estructurales. En el *espacio percibido*, prácticas cotidianas de movilidad e inmovilidad enfrentan esas lógicas con ajustes, interrupciones y fricciones materiales (Cresswell, 2006). El *espacio vivido*, por su parte, se encarna en cuerpos que no logran sincronizar con los tiempos ni trayectos del dispositivo institucional o territorial. Este “*embodiment desfasado*”, podríamos decir, evidencia formas sensibles de malestar, espera o exclusión, donde lo instituido no alcanza a contener la experiencia (Williams, 2008). Así, la geografía de la (in)movilidad en salud se produce en la desarticulación misma entre lo planificado, lo practicado y

lo vivido, abriendo un campo instituyente y frágil que interroga la disposición y emplazamiento que fuerza las movilidades e inmovilidades

Tomando en consideración dichas características y bisagra analítica pensada para el análisis final, a continuación, se profundiza a nivel conceptual en cada una de estas dimensiones analíticas con las cuales estamos, de manera específica, pensando el trabajo investigativo.

3.4.-Componentes conceptuales de la (in)movilidad

3.4.1.- Dimensión territorialidad insular

3.4.1.1.- Entre (des)territorialización y maritorio

A diferencia del uso del término *archipiélago* en contextos metropolitanos, donde suele asociarse a fragmentaciones urbanas hiperconectadas pero aisladas entre sí, proponemos comprender el territorio insular a partir de los conceptos de territorialización y desterritorialización desarrollados por Deleuze y Guattari (1997). Esta perspectiva permite superar la idea de límites fijos y cerrados, entendiendo al archipiélago como un conjunto dinámico de islas cuya configuración se define por la movilidad y transformación de sus límites, así como por sus vínculos cambiantes con el entorno marítimo-terrestre (anfibio/a)

En este sentido, el concepto de “*territorialización/desterritorialización*” resulta útil para reflexionar sobre la tensión entre fijación, quietud eventual y la movilidad intensiva de los límites (Deleuze y Guattari,

1997). Para estos autores, los límites geográficos abiertos de las islas, junto con su inherente condición de separación, revelan que estos territorios se encuentran en constante recomienzo (Deleuze, 1997), siempre desde la interacción entre mar y tierra. Desde ahí, buscamos superar la tendencia a comprender la realidad como la oposición entre dos extremos (Herner, 2009:160) y, en cambio, destacar la complementariedad inherente entre rigidez, flexibilidad y tensión.

La desterritorialización en los territorios isleños puede interpretarse de manera más situada y conectada a través del concepto de *maritorio*, desarrollado por Boris Ivelic en los años 70 en la Escuela de Arquitectura de la Universidad Católica de Valparaíso. Según Ivelic, en el archipiélago de Chiloé, *“el agua y la tierra se entrelazan. No hay un límite estricto entre agua y tierra como ocurre en nuestro Pacífico, sino que el agua se introduce en la tierra y la tierra se adentra en el agua”* (Ivelic, 2017: 16-17). Este sistema de *maritorio*, como argumenta el autor, se caracteriza por la existencia de canales interiores protegidos del Océano Pacífico, aunque estos territorios están igualmente expuestos a los vientos. Sus mares, a veces calmos, pueden volverse intensos y peligrosos debido a temporales que desarticulan las condiciones de navegación y condicionan los ritmos de vida en las islas (Ivelic, 2017).

En el *maritorio*, *“la presencia marítima se confunde con la terrestre de manera intersticial, mostrando que la actividad humana sigue un comportamiento transicional y no disruptivo, lo cual parece prescindir de las fronteras convencionales que se imponen al territorio continental”* (Álvarez et al., 2019: 114). De esta forma, el concepto

de *maritorio* no solo redefine la relación entre tierra y mar, sino que también permite comprender las dinámicas específicas de los territorios insulares desde una lógica fluida, donde los límites no son rígidos, sino que se moldean continuamente en función de las condiciones socio-naturales y políticas.

3.4.1.2.- Islas ultraperiféricas

Tomando en cuenta la noción de *maritorio*, es importante considerar que estos territorios insulares, en un marco general, pueden conceptualizarse desde la idea de *ultraperiferia*. Este concepto se refiere a regiones y territorios rurales, insulares y remotos que enfrentan desafíos únicos en términos de desarrollo económico, social y cultural (Vodden, Baldacchino, Gibson, 2014). En el caso de las islas, esta noción incluye características particulares, como superficies de menos de un kilómetro cuadrado, baja densidad poblacional, ausencia de capitales administrativas y una limitada presencia de infraestructuras o servicios básicos, que genera lo que Hernández (2023: 8) denomina “*limitaciones estructurales*”. Este fenómeno se observa principalmente en archipiélagos con islas de pequeña escala, donde persisten dificultades en el acceso a agua y energía, restricciones en la movilidad tanto aérea como marítima, problemas para el transporte de objetos de gran tamaño, altos niveles de desempleo, baja movilidad laboral y una marcada desigualdad en comparación con espacios continentales.

Además, los territorios insulares ultraperiféricos suelen ser objeto de estereotipos que los presentan como lugares

prístinos, dominados por la naturaleza, lo que tiende a invisibilizar sus problemáticas reales y las complejidades de su vida cotidiana (Hernández, 2023: 9-13).

Sin embargo, la condición de *ultraperiferia* no es una característica pasiva ni inmutable, sino que puede ser tensionada y resignificada a través de las identidades y prácticas situadas de sus habitantes. Estas prácticas, al producir dinámicas propias de organización y relación con el territorio, cuestionan y resisten las limitaciones impuestas por visiones externas (Vodden, Baldacchino y Gibson, 2014). En este sentido, la experiencia de quienes habitan el archipiélago no solo revela la persistencia de desigualdades territoriales, sino que también expone formas de agencia que se confrontan con la “*injusticia espacial*” descrita por Harvey (1973), visibilizando cómo estas comunidades reconfiguran los márgenes que se les atribuyen.

3.4.2.- Dimensión institucionalidad salud

3.4.2.1.- Zonificaciones institucionales

Respecto a la institucionalidad de la salud que tenemos entre manos analizar, en primer lugar, es importante retratar teóricamente cómo las instituciones y los poderes públicos, limitan y organizan los territorios. Aquí surge el concepto de “zonificación” (Melé y Larrue, 2008) que dice relación con cómo se administra e institucionaliza el espacio, permitiendo y reglamentando, regulando, interviniendo o accionando los territorios por las políticas públicas e institucionalidades locales. La zonificación trata de la aplicación de restricciones, de la delimitación de los

territorios que deben protegerse, de cuales están en riesgo o cuales requieren más ayuda que otros.

Se trata de una apropiación del territorio por parte de los poderes públicos, la cual no es neutral ni desinteresada. Esta apropiación establece perímetros de legitimidad que poseen una temporalidad y validez variables, determinadas principalmente por el contexto institucional y sus categorías de acción, más que por las características de las personas, actividades o capacidades propias del territorio (Melé, 2016: 45-47).

Aunque “zonificar” no es sinónimo de gestión pública ni de gobernar, según la literatura que estamos considerando, se relaciona con la forma en que una gestión pública específica se inscribe en un territorio. Zonificar implica espacializar las características sociales de los habitantes y operacionalizar las logísticas necesarias para reglamentar dichas características. Es un proceso que establece “fronteras institucionales”, definidas y acordadas a partir del tecnicismo de la estadística y los gráficos (Melé, 2016: 50-56)

Este ordenamiento territorial trasciende la capacidad de maniobra de los gobiernos locales y, en particular, de los profesionales de “*primera línea*” (Muñoz et al., 2022) que se ven excedidos por la planificación, siendo que deben reinventar sus prácticas. En este sentido, los límites geográficos que impone la zonificación para la acción estatal generan incertidumbre e indeterminación en la implementación de políticas públicas y en las estructuras de gobierno del territorio (Melé, 2016: 69).

En el caso de la salud en Chile, estas lógicas son diseñadas por los gobiernos centrales y ejecutadas principalmente a través de la Red Asistencial del Sistema Público de Salud, con el apoyo complementario de los gobiernos comunales (Fuenzalida, Maturana y Trebilcock, 2021: 377). Esta estructura determina la distribución de recursos y define dónde se instalan o movilizan los servicios, equipamientos y redes asistenciales. Sin embargo, como advierte Fuenzalida (2010: 123), dicha planificación tiende a desarrollarse de manera desconectada de las necesidades reales de la población, expresadas en listas de espera, disponibilidad de dispositivos, camas, hospitales y especialidades médicas.

Esto genera, según la teoría geográfica de la salud en Chile, las inequidades y desigualdades sociales de los territorios y coadyuvan en índices de mortalidad, morbilidad y riesgos de los diversos grupos de personas más empobrecidas (Fuenzalida y Carvajal, 2019:93).

3.4.2.2.- Infraestructura del *mal funcionar*

Otro elemento y concepto clave a considerar es la materialidad y los recursos técnicos necesarios para la implementación de las políticas, especialmente en contextos que requieren movilidad a través de territorios insulares. En este caso, es importante reconocer que ni los funcionarios ni las políticas se desplazan por sí mismos; su movilidad depende en gran medida de las infraestructuras y tecnologías específicas que facilitan su operación. Esto adquiere particular relevancia en el ámbito de la salud, donde dichas infraestructuras y recursos técnicos son

fundamentales para garantizar el acceso y la eficacia de las intervenciones.

Resulta especialmente relevante considerar que, en este contexto, no solo las personas se desplazan, sino también la institucionalidad, los servicios y la atención en salud, lo que obliga a observar y analizar cómo se despliegan los procedimientos, así como las micropolíticas y acciones que se ejecutan en el territorio (Sharma & Gupta, 2006). Este enfoque nos distancia, en parte, de la perspectiva más tradicional de la “geografía de la salud”. Si bien esta disciplina ha examinado las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria en Chile (Fuenzalida, Cobs y Guerrero, 2013: 92), suele centrarse en una descripción dialéctica que prioriza la localización geográfica de las personas y los servicios (Moreno, 2008). En cambio, nuestra propuesta adopta una mirada centrada en la movilidad, donde las infraestructuras y servicios de salud son entendidos como elementos dinámicos y en constante desplazamiento, cuyo movimiento mismo se vuelve fundamental para garantizar el acceso a la atención.

Analizamos las infraestructuras y movilidades de la salud desde su carácter discontinuo, es decir, a partir de las interrupciones y perturbaciones que afectan los flujos vitales de transporte, comunicación y servicios móviles encargados de proveer atención. Estas disrupciones tienen un impacto crítico en la vida cotidiana y en la organización social de las comunidades, especialmente en territorios alejados y empobrecidos. Entre ellas se encuentran fallas técnicas, interrupciones en el suministro de recursos, conflictos territoriales, crisis de salud pública, problemas con el abastecimiento de energía eléctrica (que afectan el

funcionamiento de equipos médicos, la refrigeración de medicamentos y la iluminación de instalaciones de salud), así como condiciones climáticas extremas y otros eventos que, aunque suelen calificarse como “naturales”, revelan profundas vulnerabilidades estructurales (Graham, 2009).

Se trata de unos fallos de infraestructuras, que también responden a precarias comunicaciones y coordinaciones de los diversos actores en la salud, lo que influye en la capacidad de respuesta y resiliencia de las infraestructuras ante estos fallos, lo que influye en la atención médica y en la protección de la salud de la población. Por último, como las infraestructuras están interconectadas en un sistema, si falla una, fallan otras (Graham, 2009:2-18).

Desde esta visión se pone énfasis en que las infraestructuras e institucionalidades pertinentes ya no pueden ser concebidas desde la idea que se trata de simplemente una solución técnica, es decir, como algo estático, funcional, invisible y eficiente, sino bien desde sus fragilidades o fallos que le dan visibilidad, pues desde ahí se entiende que no son neutrales y que afectan vidas (Di Nunzio, 2018). Asimismo, las infraestructuras y las institucionalidades deben entenderse desde sus expectativas, fiabilidad y preocupaciones políticas. En salud estas infraestructuras contienen elementos físicos, organizativos y tecnológicos necesarios para brindar sus servicios.

Esto incluye hospitales, clínicas, centros de atención primaria, equipos médicos, sistemas de información de salud, redes de comunicación, instalaciones adecuadas, equipos médicos modernos, suministros médicos, personal capacitado y sistemas de información eficientes. Además, la

infraestructura de salud también debe incluir aspectos relacionados con la logística, como el transporte de pacientes, la gestión de residuos médicos, el suministro de medicamentos y la coordinación de servicios entre diferentes niveles de atención de funcionarios (Jalas, Rinkinen & Silvast, 2016).

Por último, es importante entender como las infraestructuras van adquiriendo una capacidad afectiva de fallo, es decir que cuando estas no operan como se espera, no dejan de operar por completo, sino que comienzan a funcionar de maneras inesperadas, desencadenando situaciones inusuales que impactan en la forma en que las personas interactúan con su entorno y entre sí. Esto impacta en emociones y experiencias de personas que dependen de los servicios (Orlova, 2021:32).

3.4.2.3.- Intersectorialidad y desfragmentación

Un último aspecto que considerar, es que la gestión cotidiana y sus materialidades reivindican una necesaria “intersectorialidad” de los servicios, así como enfoques más integrales del territorio que superen las visiones fragmentadas de distintos ámbitos (salud, transporte, ciencias, etc.). Estas áreas, que en nuestro objeto de estudio frecuentemente se interceptan de manera crítica, exigen una articulación más coordinada. La “intersectorialidad” se define como un *“gran objetivo o fin social, caracterizado por un conjunto de acciones públicas orientadas a generar un (re)equilibrio territorial (especialmente entre regiones) y una organización del espacio basada en una concepción definida”* (Maturana et al., 2017:182).

Desde el concepto de “intersectorialidad” se observan otras posibilidades de organización del Estado en el marco del acceso a la salud, lo que implica: *“una coordinación intersectorial se expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta”* (Ministerio de Salud Chile, 2014).

La intersectorialidad es una forma de información, cooperación, coordinación e integración de sectores de la sociedad, que no solo pueden ser gubernamentales, pero si deben estar marcados o conectados en problemas sociales complejos en donde opera y determina una multicausalidad, como sucede en el ámbito de la salud o la educación (Cunill-Grau, 2014), o como en nuestro caso de estudio, en el ámbito de la movilidad/transporte, la salud, la planificación, etc.

En ese plano, desde la intersectorialidad en salud, se entiende que la enfermedad, no es un fenómeno lineal o en sí mismo, sino dependiente de múltiples variables y condiciones previas, así como de redes complejas que puedan aunarse en pro de políticas públicas más idóneas. Se inclina en la inter o transdisciplina, a nivel de paradigma y de ruptura. La primera mantiene paradigmas existentes haciendo sinergias entre expertos o saberes. La segunda, en cambio, acusa con ejercer ciertas intersecciones disciplinares, para ver que subyace desde ahí, y desde donde se genera “innovación”. Solo de esta última forma, se plantea que la intersectorialidad tiene sentido (Ruelas,

2012) y aporta a la desfragmentación de las miradas institucionales limitadas y/o restringidas.

3.4.3.- Dimensión experiencia encarnada

3.4.3.1.- Del sujeto social, al estudio de los cuerpos

El tránsito desde el estudio del sujeto social hacia un enfoque centrado en los cuerpos constituye un cambio epistémico significativo en las ciencias sociales. Este giro desafía la visión tradicional que concebía al cuerpo como un mero soporte biológico, para considerarlo un *locus* donde se inscriben las relaciones de poder, desigualdades y resistencias (Butler, 2006).

Si bien ya con Marx (1867) se sitúa al cuerpo como fuerza de trabajo y materia apropiada por el capital -lo que podríamos decir inaugura una reflexión sobre las materialidades corporales producidas por las lógicas de acumulación-, es hacia finales del siglo XX, y con antecedentes en la “biopolítica” (Foucault, 2007), que el cuerpo se posiciona como un eje central para comprender las transformaciones de la producción social posmoderna.

Desde esta perspectiva, el cuerpo no solo es un soporte de la fuerza de trabajo, sino también un espacio donde se inscriben procesos de regulación, afectación y valorización. En este sentido, y desde aquella hermenéutica, las ciencias sociales contemporáneas y críticas, han profundizado en una lectura del cuerpo como espacio relacional y afectivo, que no solo soporta las estructuras sociales, sino que también las tensiona y transforma, configurando modos

situados de habitar y experimentar el mundo social (Scribano y Figari, 2009, citados en Scribano, 2020)

En este nuevo enfoque, el cuerpo se concibe como un espacio de articulación entre las dinámicas estructurales y las experiencias cotidianas. Según Scribano (2007), los cuerpos no solo reflejan las huellas de las estructuras sociales, sino que también las reproducen y transforman a través de sus prácticas. Este análisis incorpora las emociones, los afectos y las sensibilidades como categorías fundamentales para explorar cómo los cuerpos experimentan desigualdades sociales. Estas categorías permiten analizar fenómenos como la movilidad cotidiana, no solo como un desplazamiento físico, sino también como una experiencia encarnada que revela tensiones entre movimiento e inmovilidad, agencia y restricciones estructurales/territoriales.

En este contexto, la noción de *embodiment* -entendida como la inscripción dinámica de procesos sociales, simbólicos y afectivos en y a través del cuerpo— resulta clave para comprender cómo los sujetos experimentan el mundo. Tal como plantea Csordas (1994), el cuerpo no es simplemente un objeto de estudio o un receptor pasivo de la estructura, sino una condición existencial de posibilidad, una base desde la cual se constituye la percepción, la acción y el conocimiento situado. Desde esta perspectiva, los cuerpos son a la vez vehículos de experiencia y superficies donde se inscriben desigualdades y resistencias, lo cual permite leer las movilidades no como trayectos despolitizados, sino como trayectorias corporalizadas, afectadas por relaciones de poder, infraestructura y territorio.

La sociología del cuerpo y las emociones, en esta línea, ofrece herramientas clave para abordar las movilidades cotidianas como procesos profundamente encarnados. Ahmed (2017) señala que las movilidades no son únicamente procesos logísticos, sino también afectivos, ya que los cuerpos interactúan con los espacios, las infraestructuras y las políticas que regulan la movilidad, experimentando sensaciones de seguridad, miedo o incomodidad que construyen relaciones significativas con los territorios (Sabido Ramos, 2020). Este enfoque permite visibilizar cómo las movilidades están condicionadas por las condiciones materiales y simbólicas del entorno, así como por las desigualdades sociales que limitan el acceso al movimiento libre y seguro (Scribano, 2020).

Autores como Norbert Elías y David Le Breton han enfatizado el carácter procesual de los cuerpos y las emociones. Para Elías (1998), las emociones y los gestos, como la sonrisa o el miedo, cumplen funciones reguladoras y adaptativas en las interacciones sociales, permitiendo la configuración de las relaciones humanas (Sabido Ramos, 2020). Por su parte, Le Breton (2002) argumenta que la corporalidad humana está intrínsecamente ligada a las prácticas cotidianas. A través de los sentidos, los sujetos construyen su relación con el espacio y el tiempo, atribuyendo significados específicos a sus experiencias (Scribano, 2020). Este enfoque ayuda a comprender cómo las movilidades cotidianas se cargan de significados afectivos, que van desde la alegría y la conexión hasta la frustración y el dolor, en función de las dinámicas materiales y simbólicas del entorno.

En América Latina, Adrián Scribano ha sido un referente en el estudio de las “tramas del sentir”, conceptualizadas como configuraciones emocionales que emergen en las interacciones cotidianas. Según Scribano (2010), las emociones, sensaciones y percepciones son elementos interdependientes que permiten a los sujetos conocer y habitar el mundo desde una sensibilidad situada. Esto resulta crucial para analizar las movilidades asociadas a la salud, en las que los cuerpos son atravesados por restricciones y desigualdades que no solo limitan el acceso a recursos esenciales, sino que también generan experiencias afectivas específicas.

De tal modo, la sociología del cuerpo y las emociones nos invita a reflexionar sobre las movilidades como fenómenos encarnados y socialmente mediados. Reconocer que los cuerpos experimentan el movimiento no solo en términos físicos, sino también afectivos, permite articular debates sobre justicia socioespacial e (in)movilidades transversales.

3.4.3.2.- Afectividad, emociones y sensibilidades

Tomando en consideración esta mirada sociológica, el cuerpo no puede concebirse como una entidad fija ni una unidad cerrada, sino como un ensamblaje dinámico en el que afectividad, emocionalidad y sensibilidad se entrelazan en múltiples capas. En este sentido, el giro afectivo y sensorial en las ciencias sociales (Ahmed, 2015) ha permitido descentrar la visión del cuerpo como materialidad autónoma, para considerarlo en su dimensión relacional, como un espacio de intensidades y fuerzas que atraviesan los límites entre lo humano y lo no humano.

Desde esta perspectiva, el *embodiment* permite comprender que las emociones y los afectos no solo se expresan en el cuerpo, sino que se producen a través de él. Blackman (2012) propone pensar el cuerpo como un nodo transductivo de afectos, donde la sensibilidad se constituye a través de circuitos materiales, temporales y sociales. Así, el cuerpo encarnado es un medio por el cual los sujetos sienten, responden y negocian sus ubicaciones dentro de estructuras desiguales.

La afectividad no es simplemente un atributo personal o subjetivo, sino una capacidad de ser afectado y afectar dentro de un entramado de relaciones materiales y simbólicas (Massumi, 2002). Esta concepción permite alejarse de las interpretaciones individualistas de la experiencia corporal y abrir paso a una lectura en la que los afectos se constituyen a través de interacciones con infraestructuras, objetos y otros cuerpos, inscribiendo marcas en la experiencia vivida.

La emocionalidad, en contraste, puede entenderse como la codificación social de estos afectos, en tanto se organizan dentro de marcos normativos que regulan lo que se siente, cómo se siente y qué significados adquieren esas emociones en el espacio público y en la estructuración de lo social (Ahmed, 2015). Finalmente, la sensibilidad introduce una dimensión material que vincula al cuerpo con su entorno, abarcando no solo la percepción sensorial directa, sino también la manera en que las experiencias se sedimentan en los tejidos corporales a través del tiempo (Blackman, 2012).

Bajo esta óptica, el cuerpo no es solo un receptor pasivo de estímulos, sino que debe entenderse como un campo de intensidades afectivas en constante transformación. Esta intra-corporalidad no solo regula la relación del cuerpo con el mundo, sino que también está modulada por respuestas fisiológicas, estados de tensión y procesos de memoria sensorial que inscriben las experiencias en los organismos.

Se trata de un proceso continuo de adaptación, resistencia y reconfiguración frente a fuerzas que moldean su existencia (Sabido Ramos, 2020). En este sentido, Ahmed (2015) enfatiza que las emociones no son estados internos ni meramente subjetivos, sino fuerzas que circulan y se cristalizan en cuerpos, objetos e instituciones, estructurando el mundo social de maneras diferenciales y jerárquicas.

A través del concepto de “*economías afectivas*”, Ahmed (2015) muestra cómo las emociones están históricamente situadas y distribuidas de manera desigual. No todos los cuerpos son igualmente reconocidos dentro de estas economías: algunos son percibidos como más legítimos y movilizables dentro de los circuitos de cuidado, mientras que otros quedan inscritos en posiciones de espera, exclusión o precariedad afectiva.

Esta desigualdad se hace particularmente evidente en el análisis de las movilidades e inmovilidades vinculadas al acceso a la salud, donde los afectos no solo median las experiencias individuales, sino que también estructuran la distribución del derecho a moverse y a recibir atención médica. La fatiga, la ansiedad y la desposesión no son meras consecuencias de un traslado dificultoso, sino dimensiones

corpóreo-afectivas que atraviesan las trayectorias vitales de ciertos sujetos, moldeando su relación con la espera, la incertidumbre y el acceso diferenciado a la salud.

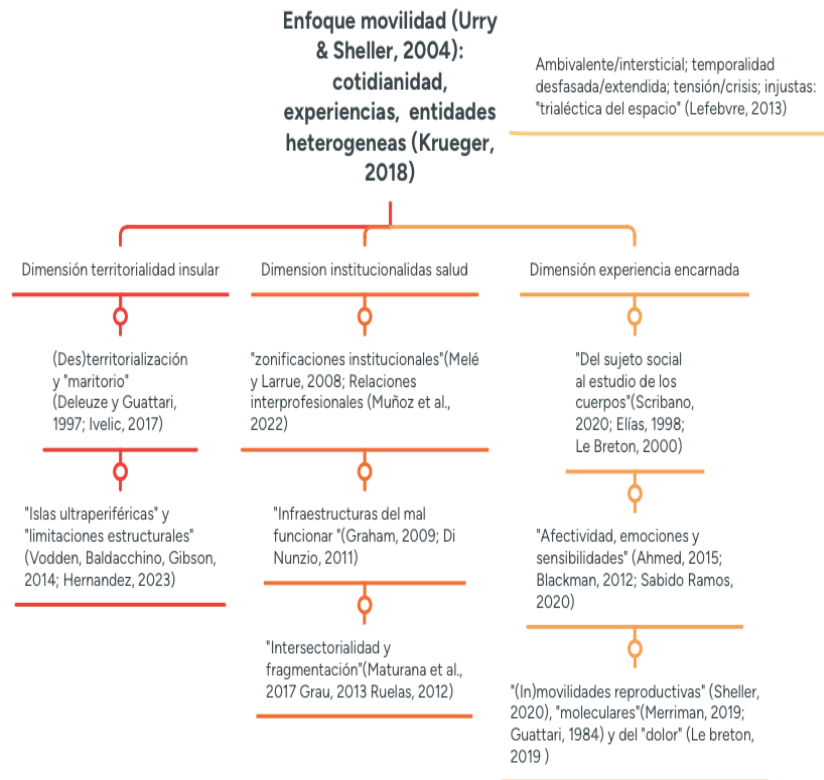
En este marco, la noción de “*afectividad distribuida*” (Latour, 2005) resulta clave para comprender cómo los cuerpos no existen en aislamiento, sino que forman parte de ensamblajes que incluyen infraestructuras, tecnologías y materialidades diversas. Dispositivos como sensores biométricos, prótesis o medios de transporte sanitarios no solo amplían las capacidades del cuerpo, sino que también configuran nuevas formas de sensibilidad y agencia, condicionando quién puede desplazarse y bajo qué circunstancias. De manera similar, agentes no humanos como virus, bacterias o sustancias químicas intervienen en la relación entre cuerpo y territorio, evidenciando la vulnerabilidad y plasticidad de organismos que interactúan con entornos más amplios (Howes y Classen, 2014); como el archipiélago de estudio, que contempla un área inmensa.

Este enfoque resulta particularmente relevante en el análisis de las movilidades sanitarias en territorios insulares, donde las barreras geográficas, climáticas y políticas condicionan las formas en que los cuerpos acceden a la salud. Merriman (2012) argumenta que la movilidad no puede entenderse únicamente como un desplazamiento físico, sino como una experiencia afectiva y sensorialmente situada, donde las infraestructuras de transporte, los dispositivos médicos y las regulaciones sanitarias configuran la manera en que los cuerpos experimentan “la enfermedad”, el cuidado y la exclusión.

Desde esta perspectiva, analizar la movilidad por salud desde una mirada relacional implica reconocer que el acceso a los servicios médicos no solo está condicionado por la infraestructura disponible, sino también por los ensamblajes de afectos, emociones y sensibilidades que determinan quién puede moverse con facilidad, quién debe esperar y quién queda excluido de los circuitos de cuidado y bienestar.

3.5.- Definición conceptual discusión bibliográfica

La (in)movilidad de la salud en territorios archipelágicos puede definirse como un proceso relacional, ambivalente e intersticial, en el que se entretajan desigualdades estructurales, regulaciones institucionales y experiencias corporales situadas. Lejos de ser un fenómeno exclusivamente técnico o logístico, esta (in)movilidad expresa una geografía encarnada del cuidado, estructurada por formas de injusticia espacial (Harvey, 1973; Soja, 2010), temporalidades intermedias y expansivas asociadas a la espera (Lozano & Zunino, 2023), y tensiones vitales que adquieren carácter de crisis ante la fragilidad de los dispositivos de atención (Urry, 2011).



Esquema 2: Cuadro síntesis teórica. Elaboración propia

Esta configuración, como vimos arriba, se inscribe en una "*trialectica del espacio*" (Lefebvre, 2013), donde el espacio concebido (políticas sanitarias móviles), el practicado (ajustes territoriales e institucionales) y el vivido (experiencias corporales de espera, dolor o agencia) se desarticulan de forma constante. Desde esta perspectiva, la (in)movilidad se constituye a partir de tres dimensiones clave: la territorial, que considera la insularidad, el maritorio y la condición ultraperiférica (Ivelic, 2017; Deleuze & Guattari, 1997); la movilidad e inmovilidad institucional, atravesada por zonificaciones, fragmentaciones y fallas infraestructurales (Melé, 2016; Graham, 2009); y la encarnada, que revela cómo los cuerpos son atravesados por afectos, sensibilidades y

exclusiones que configuran una experiencia desigual del derecho al cuidado (Ahmed, 2015; Scribano, 2020).

En suma, y hasta ahora, la (in)movilidad sanitaria en contextos insulares no remite simplemente al traslado o a la quietud, sino a un ensamblaje conflictivo y procesual de tiempos, espacios y cuerpos; donde el acceso a la salud se produce en condiciones de contingencia, tensión y potencial disputa.

4.- Estado del arte: (In)movilidad por salud e islas

El objetivo de este “*Estado del arte*” es identificar aportes previos, observar vacíos, limitaciones y proporcionar indagaciones o aproximaciones, en el propio favor de analizar nuestro problema de investigación. Para esto se buscó literatura científica actual, desde bases de datos de Wos, Scopus y ProQuest, del ámbito de las ciencias sociales, del territorio y de revistas interdisciplinarias que tocan temas sobre salud.

Pensando en la relación entre movilidad e inmovilidad por salud en territorios insulares, se buscaron trabajos que incorporaran las dimensiones del trabajo, con las palabras claves **(im) mobility, health, islands, experience/bodies**.

Hemos estructurado este apartado en dos líneas paralelas que van desde la (in)movilidad en islas y respecto a la (in)movilidad por salud en islas.

4.1.- (In)movilidad islas

En términos generales y desde una perspectiva más interpretativa, Noel Salazar (2022) en un texto llamado “The (im)mobility of Merantau as a Sociocultural Practice in Indonesia”, aborda la (in)movilidad como un fenómeno complejo y variable que afecta a diferentes grupos sociales en Indonesia y otras sociedades insulares. Utiliza el término (in)movilidad para criticar la dicotomía entre movilidad e inmovilidad que caracteriza a algunas investigaciones, argumentando que ambas son dos caras de la misma moneda y que deben ser analizadas juntas.

Respecto a la relación entre (in)movilidad en islas, vale la pena mencionar la investigación de Sarah Nimführ y Laura Otto (2021) que abordan la intersección de la pequeñez (*islandess*), la insularidad y la (in)movilidad en el contexto de Malta, un estado insular en el Mediterráneo. Exploran cómo la pequeñez se produce y se utiliza en relación con las políticas de movilidad, particularmente en el contexto de la migración forzada y las políticas de asilo en la Unión Europea. El enfoque de este artículo es principalmente etnográfico.

De otro lado, Bekkah Bernheim (2023) en el extremo suroccidental del fiordo de Moray, aborda como el género influye en las (in)movilidades cotidianas de las jóvenes mujeres en Inverness, Escocia. El estudio busca identificar los factores que limitan y fomentan las movilidades de estas jóvenes, así como explorar la relación entre sus conexiones sociales y sus movilidades. Además, se indaga sobre los lugares donde las jóvenes se encuentran y cómo llegan a ellos, así como sus percepciones de estos espacios y sus accesos a los mismos.

Caroline Zickgraf (2022) en una pequeña isla de la desembocadura del Río Senegal, aborda la relación de (in)movilidades desde una perspectiva relacional y dinámica, en lugar de una perspectiva fija y binaria. El artículo utiliza una lente de “clima de movilidades” para explorar las experiencias de las comunidades pesqueras costeras de Senegal, que enfrentan amenazas ambientales a sus medios de vida y tierras. Se argumenta que el territorio es un espacio de movilidad que abarca el movimiento y la estasis de personas, prácticas materiales e inmateriales, y

que estos espacios están afectados por, y responden a, los cambios ambientales.

Sonja Ayeb-Karlsson (2021) en Bholá Slum en Dhaka, Bangladesh, destaca que la toma de decisiones sobre (in)movilidad son altamente complejas y que las aspiraciones y deseos de movilidad no necesariamente conducen a movimientos, ya que las emociones y el discurso social influyen fuertemente en el proceso de toma de decisiones y su resultado (Ayeb-Karlsson, 2021: 355). Se revela que los niños refieren a la isla como su hogar y que las narrativas nostálgicas del hogar también moldean sus narrativas, lo que refleja la conexión emocional y cultural con su lugar de origen (Ayeb-Karlsson, 2021:349).

En nuestro país y Latinoamérica, desde un enfoque teórico-metodológico de las movilidades, la investigación sobre territorios insulares y la relación de movilidad/inmovilidad es escasa y reciente, pero destaca el trabajo de Lazo y Carvajal (2018A), Lazo, Carvajal, Solsona (2021), Lazo, Carvajal y Riquelme (2020), Solsona (2024), donde se ha puesto en relieve la experiencia de personas (cuerpos) en el archipiélago, observando materialidades, afectividades, tecnologías, desde donde ha surgido un análisis sobre esta relación dinámica entendida como (in)movilidad.

4.2.-(In)movilidad salud en islas

Respecto a estudios sobre movilidades e inmovilidades por motivos de salud en territorios insulares vale la pena rescatar el estudio de Durrans et.al (2019) que en un estudio cualitativo realizado en dos islas del archipiélago de

Bijagós, Guinea Bissau, comprendió la movilidad de la población por razones de salud, dentro, entre y fuera de las islas. Se realizaron etnografías, entrevistas en profundidad, discusiones en grupos focales y entrevistas sobre actividades diarias y ubicación, poniendo énfasis en la salud pública del territorio.

A su vez, Sonja Ayeb-Karlsson y Noralene Uy (2022) en islas de Filipinas, abordan la salud en relación con la inmovilidad al reconocer que las personas que eligen quedarse o que no pueden moverse, al estar inmovilizados por un tema de salud, pueden enfrentar vulnerabilidades similares a las de aquellos que se van. El estudio utiliza una metodología cualitativa basada en 48 discusiones de grupos focales en 12 ubicaciones diferentes en Luzón, Visayas y Mindanao. Utilizaron un enfoque de narrativa colectiva para mapear las tendencias de (in)movilidad en estas ubicaciones y analizar las percepciones de quienes migraron y los que se quedaron (Ayeb-Karlsson & Noralene, 2022).

Las movilidades e inmovilidades insulares en salud, también se han trabajado desde el concepto de equidad, disparidades en el acceso a la atención médica especializada entre las islas centrales y periféricas del archipiélago, como en el estudio de Knoll (2021) en las islas Maldivas. Se argumenta de que la (in)movilidad, ha creado barreras para la prevención y el tratamiento de enfermedades como la talasemia. El enfoque de este trabajo es multidisciplinario, integrando la antropología, la sociología, el análisis político y económico para comprender las complejas dinámicas de movilidad, inmovilidad, representaciones del territorio y

los cuerpos en el contexto de la salud en las Islas Maldivas (Knoll, 2021) en el sur de la India.

Erika Anne Hayfield y Helene Pristed Nielsen (2022) se centran en el concepto de pertenencia *aquapelágica*, que se refiere a la pertenencia en entornos insulares en relación con el mar y la movilidad marítima, en la isla de Suðuroy en las Islas Feroe y la isla de Læsø en Dinamarca. Los autores exploran cómo las emociones, las percepciones corporales y las prácticas de movilidad e inmovilidad están entrelazadas en los procesos de pertenencia en entornos insulares. Utilizan datos cualitativos para demostrar cómo ciertas disposiciones emocionales y prácticas de movilidad emergen en estos procesos, lo que indica que la movilidad está intrincadamente relacionada con la pertenencia en entornos insulares.

La inmovilidad puede tener implicaciones significativas para la salud, especialmente en entornos insulares donde el acceso a servicios de salud y recursos médicos puede estar limitado. La falta de movilidad puede dificultar el acceso a atención médica especializada, tratamientos y servicios de emergencia, lo que a su vez puede afectar la salud y el bienestar de los residentes de las islas. Además, la inmovilidad también puede influir en la salud mental de los habitantes de las islas, ya que la sensación de aislamiento y la falta de oportunidades de movilidad pueden tener un impacto en el bienestar emocional (Hayfield & Pristed, 2022: 192-209).

En la línea de las movilidades e inmovilidades de los servicios, Andrea Pimentel (2023) en la isla de Vieques

Puerto Rico, ha examinado las relaciones de movilidad e inmovilidad insulares analizando los transbordadores y sus limitaciones al limitar el acceso a servicios esenciales, como la atención médica, la educación y otros bienes en la isla (Pimentel, 2023).

En la isla de Chiloé, Diego Valdivieso estudió la relación entre las infraestructuras de servicios básicos (incluido salud) en Quehui. Desde la investigación cualitativa y utilizando etnografías, se comprenden las experiencias y percepciones de los habitantes de la isla. Aquí la movilidad/inmovilidad de la infraestructura son factores claves que influyen en la presencia del estado en la isla y en la vida cotidiana de los habitantes (Valdivieso, 2022: 27-41).

En esta misma línea Annalise Casha, Ramon Casha, Natasha Azzopardi Muscat (2020) se centran en analizar la contribución de especialistas médicos visitantes del extranjero al sistema de salud en la isla de Malta, que instalan una relación de movilidad e inmovilidad en los pacientes, siendo este un tema relevante para la política de salud. Se trabajó con entrevistas semiestructuradas y el análisis del contenido cualitativo, que reveló la importancia de estas (in)movilidades, en periodos de tiempo de arribo de los profesionales y de infraestructuras de salud isleñas.

A nivel local, en territorios insulares del sur Austral de Chile, se encuentra el incipiente trabajo de Diego Solsona, que ha analizado la discapacidad desde una perspectiva cualitativa y estructural, observando como las (in)movilidades en territorios insulares/costeros del sur de

Chile, muestran las barreras de accesibilidad y las dificultades de transporte que enfrentan las personas con discapacidad en entornos insulares, donde la movilidad puede estar más restringida debido a la geografía y la infraestructura limitada (Solsona, 2023:66).

4.3.- Cierre estado del arte

Para cerrar el “estado del arte”, vemos como hay estudios que comportan relaciones y puntos en común entre estos conceptos, de forma parcial y en algunos casos con mayor imbricación, desde los cuales se pueden tomar ciertas consideraciones, para el posterior análisis. El concepto de (in)movilidad tiene mucha trayectoria y se profundizó con las pandemias, y las experiencias de movilidades globalizadas. Esto también, aunque en menor medida que lo que sucede en territorios metropolitanos, ha repercutido en las entradas e investigaciones sobre las realidades insulares en el mundo, y principalmente en los territorios latinoamericanos y locales.



Esquema 3: Estado del Arte. Elaboración propia

Ahora, respecto a investigaciones que aborden la (in)movilidad, la salud, en territorios insulares -poniendo énfasis en las experiencias encarnadas- vemos que las entradas son pocas y casi nulas hablando de los territorios insulares locales. Esto da cuenta de que hay un eventual vacío en investigaciones como la que se esté proponiendo y que sería importante, relevar otras preguntas y elucubraciones

4.4.- Definición global de (in)movilidad de la salud en islas

La (in)movilidad de la salud en territorios insulares puede definirse como un ensamblaje procesual, relacional y situado, donde se entrelazan desigualdades estructurales, regulaciones institucionales y experiencias corporales encarnadas (Ahmed, 2015; Scribano, 2020). No se trata simplemente de la posibilidad de trasladarse, o no, sino de una condición ambivalente e intersticial (Adey, 2006; Khan, 2016), que expresa tensiones geográficas, afectivas y políticas inscritas en cuerpos y territorios concretos (Glick-Schiller & Salazar, 2013; Salazar, 2022; Hayfield & Pristed Nielsen, 2022).

En las islas, esta (in)movilidad adquiere una especificidad territorial dada por la condición maritorial (Ivelic, 2017; Álvarez et al., 2019), donde tierra y mar no se oponen, sino que conforman un espacio fluido, afectado por el clima, las corrientes, las lanchas y los vientos, moldeando los ritmos del acceso a la salud. La noción de ultraperiferia (Vodden, Baldacchino & Gibson, 2014; Hernández, 2023) permite entender cómo estas geografías están marcadas por limitaciones estructurales —baja densidad, ausencia de

servicios, precariedad infraestructural— y una construcción político-simbólica que oscila entre la invisibilización y la exotización, como decíamos en la introducción, y que merece discutirse.

Desde un enfoque “*crítico de la movilidad*” (Sheller & Urry, 2006; Hannam et al., 2006), esta definición se nutre de una *trialectica del espacio* (Lefebvre, 2013), donde el espacio concebido (políticas sanitarias móviles), el espacio percibido (rutinas y restricciones territoriales), y el espacio vivido (dolor, espera y agencia corporal) se encuentran en fricción constante. La movilidad no es meramente un desplazamiento técnico, sino una forma situada de habitar desigual (Jirón & Iturra, 2011; Merriman, 2012), donde las experiencias de espera se vuelven eventos espaciales de alta densidad afectiva (Lozano & Zunino, 2023).

En términos institucionales, las zonificaciones sanitarias imponen fronteras técnicas que muchas veces desconocen las dinámicas insulares (Melé, 2016; Fuenzalida et al., 2021), mientras que las infraestructuras del *malfuncionar* (Graham, 2009; Orlova, 2021) generan cortes, descoordinaciones y fragilidades que afectan de manera crítica la vida cotidiana. Tal como muestra la literatura reciente, estas fallas no son excepcionales, sino estructurales y frecuentes en sistemas insulares, como en Chiloé (Valdivieso, 2022) o Vieques, Puerto Rico (Pimentel, 2023), entre otros.

A nivel experiencial, los cuerpos no son meros receptores de políticas, sino territorios móviles, sensibles y políticos (Butler, 2006; Csordas, 1994), atravesados por

emociones y afectos que organizan trayectorias y desigualdades (Ahmed, 2015; Blackman, 2012). Las emociones inscritas en las movilidades sanitarias — como ansiedad, miedo, fatiga o frustración— visibilizan jerarquías del cuidado y la exclusión (Scribano, 2010; Hayfield & Pristed Nielsen, 2022). Estos afectos se distribuyen de forma desigual, en función de la pertenencia, el género, la discapacidad o el acceso a recursos institucionales (Solsona, 2023; Bernheim, 2023).

Frente a abordajes centrados exclusivamente en accesibilidad o cobertura, esta conceptualización propone una lectura compleja que, si bien no se escapa del acceso en tanto tal, integra infraestructuras, cuerpos y maritorios, reconociendo que en muchos casos la salud se juega no solo en la llegada al servicio, sino en la negociación constante con el territorio, el clima, los dispositivos y las esperas (Knoll, 2021; Durrans et al., 2019; Ayeb-Karlsson & Uy, 2022). En este sentido, la movilidad institucional no siempre garantiza el cuidado, y la inmovilidad no siempre implica inacción, sino que puede ser vivida como forma de agencia, resistencia o resignación situada (Fuller & Bissell, 2011; Zickgraf, 2022).

En suma, la (in)movilidad de la salud en islas no es una condición fija ni neutral, sino una geografía viva de cuidados, tensiones y exclusiones, marcada por asimetrías de poder, afectividad distribuida y relaciones multiescales entre cuerpos, infraestructuras y políticas. Constituye, así, un campo fértil para pensar en clave de justicia espacial, agencia encarnada e intersectorialidad crítica (Soja, 2010; Cunill-Grau, 2014)

5.- Metodología

5.1.- Tipo de estudio

Se trata de una investigación de tipo de estudio *descriptivo y mixto*, ya que se propone especificar las propiedades importantes de un determinado fenómeno, colectivo, comunidad, territorio, etc. La descripción incluye prácticas sociales, opiniones, condiciones bajo las cuales se desarrolla un determinado fenómeno (Salinas y Cárdenas, 2009). El enfoque es *inductivo*, ya que se pone énfasis en la interpretación de significados, experiencias y prácticas de los habitantes. Aquí la interpretación es siempre contextual, ya que el fenómeno territorial puede ser construido de diferentes formas, por comunidades de hablantes y en diversas experiencias de habitar.

5.2.- Instrumentos utilizados

Se trata de identificar la dimensión territorial de las prácticas de movilidad por salud, categorizando los diferentes espacios y medios de transporte que a diferentes escalas están involucrados en estas prácticas. En primer lugar, se ocupa en el territorio la “*observación participante*” (Velazco y Diaz de la Rada, 2006), que se puede definir como una técnica en donde el investigador y en este caso el etnógrafo, “*observa las prácticas o ‘el hacer que los agentes sociales despliegan en los ‘escenarios naturales’ en que acontecen, en las situaciones ordinarias en que no son objeto de atención o de reflexión por parte de estos mismos agentes*”(Jociles, 2018: 126). Esto es realizado en el marco del trabajo de campo, ya sea tomando

notas analíticas, así como sacando y generando registro fotográfico, teniendo en consideración el enfoque de la “*sociología visual*” (Harper, 2012) en donde utilizan imágenes fotográficas y videos, para explorar fenómenos sociales, y de ese modo representar espacios e infraestructuras de las islas. Además, para representar las movilidades en un mapa, se generan capas vectoriales utilizando el Sistema de Información Geográfica (SIG) QGIS. Este proceso incluye la recopilación de información georreferenciada oficial, principalmente obtenida de fuentes como el IDE Chile y la Biblioteca del Congreso Nacional, complementada con el análisis de imágenes satelitales de acceso abierto.

Para caracterizar las prácticas de movilidad por salud desplegadas por los funcionarios e instituciones a nivel comunal en Quinchao, con el objeto de entender y visibilizar las discordancias y tensiones existentes en el ámbito institucional. Se realiza la “*entrevista especializada*” (Beaud, 2018) a funcionarios de la salud de las postas rurales, a profesionales y al encargado de la Corporación de Quinchao. También se realiza una “*cartografía social en salud*” (Barragán, 2016) a funcionarios de la Corporación, para de ese modo entender las dinámicas y tensiones que deben experimentar estos en su trabajo cotidiano. También se viajó con los funcionarios en las rondas médicas, para conocer su experiencia de viaje. Las entrevistas son analizadas con el software Atlas.Ti.(versión 2017), para sintetizar y esquematizar resultados. La cartografía es analizada en función de diferentes problemáticas del territorio, dificultades y contradicciones de las prácticas (Herrera, 2008).

Se trata de caracterizar las diferentes experiencias de movilidad por salud, desde el punto de vista de la experiencia corporal, emocional y sensible. En primer lugar, a los habitantes se les realiza la “*entrevista de vida cotidiana y movilidad*” (Chaves & Segura, 2017) articuladas como “*entrevistas (abiertas) en profundidad*” (Valles, 2003). Para el análisis de las entrevistas se utiliza la herramienta de “*semiótica de las emociones*” (Pierce, 1965 en Montes, 2015) desde donde podemos interpretar las emociones como un “*efecto social de sentido*” (Verón, 1988), y así analizar los interpretantes afectivos y corporales inscritos en las significaciones y enunciaciones de las entrevistados/as (Montes, 2015). Aquí también se ocupa el software Atlas.Ti.(versión 2017), para sintetizar y esquematizar resultados. En segundo lugar, se utiliza la “*etnografía móviles de sombreado*” (Czarniawska, 2007) y/o “*entrevistas acompañadas*”(“go along”)(Kusenbach, 2021) para conocer como la gente se mueve por servicios de la manera más próxima, en el marco de sus isla o tomando la lancha. Acá incluimos fotografías levantadas en los viajes, que sirven para darle más consistencia a lo relatado, es decir, como un argumento paralelo a la escritura.

Para el capítulo de “*discusión de resultados*”, se realiza un análisis con una matriz de doble entrada, realizada en Excel, en donde se articulan los objetivos de investigación, y las similitudes, diferencias y articulaciones entre los principales hallazgos de la investigación.¹⁷

¹⁷ También se ocupó IA para mejorar redacción en algunos párrafos, pero no para la producción de conocimiento

5.3.- Muestra y casos de estudio

Pensando en que el número de personas de la investigación es reducida y difícil de conseguir, el reclutamiento de participantes se hará con la técnica de muestreo no probabilística de “*bola de nieve*”, donde los individuos seleccionados invitan a nuevos participantes entre sus conocidos o contactos cercanos (Sampieri, 2003).

Tomando en consideración la metodología de “bola de nieve”, se parte con un contacto inicial del territorio, y luego el IR (investigador responsable) va solicitando (presencialmente) a los participantes de la investigación que inviten a otras personas con similares características a ser parte del estudio, de tal modo que sean los interesados en participar los que se contacten con el IR. Para el caso de los funcionarios, las entrevistas y mapeo, se fue gestionando por medio de la Corporación de Salud de Quinchao.

Pudimos trabajar en casi todos los sectores de Quinchao, y así observar las particularidades de los territorios y la movilidad por salud. El detalle de los casos trabajados es el siguiente:

Entrevistas Habitantes

ID	Isla	Edad	Sexo	Motivo atención	Etnia	Ocupación
H1	Quenac	25	F	Control hijo	huilliche	Dueña de casa
H2	Meulín	40	F	Control dentista	español	Agricultora
H3	Meulín	20	F	Control embarazo	huilliche	Dueña de casa
H4	Yingua	45	F	Control diabetes	huilliche	Recolectora de algas
H5	Apiao	50	M	Control hipertensión	huilliche	Jubilado
H6	Apiao	55	F	Control psicólogo	huilliche	Dueña de casa
H7	Quenac	78	F	Control médico gral.	huilliche	Dueña de casa jubilada
H8	Chaulinec	56	F	Control médico gral.	huilliche	Agricultora
H9	Alao	60	M	Control podóloga	huilliche	Pescador
H10	Alao	70	F	Control hipertensión	huilliche	Dueña de casa
H11	Lin Lin	54	F	Control médico gral.	huilliche	Dueña de casa
H12	Quenac	58	F	Control podólogo	huilliche	Recolectora de algas
H13	Meulín	76	M	Atención en casa/psicólogo	huilliche	Jubilado
H14	Chaulinec	78	M	Diabetes control	huilliche	Jubilado
H15	Sector San Francisco	48	F	Control kinesiólogo	huilliche	Dueña de casa
H16	Lin Lin	75	M	Atención en casa (postrado)	español	Jubilado
H17	Alao	83	M	Atención en casa (postrado)	huilliche	Jubilado
H18	Apiao	65	F	Control hipertensión	huilliche	Dueña de casa
H19	Chaulinec	34	F	Control hijo	huilliche	Dueña de casa, agricultora

Etnografías Móviles

ID	Isla	Edad	Sexo	Motivo de Consulta	Etnia	Ocupación
H1	Alao	77	M	Compra remedios	huilliche	Jubilado
H2	Chaulinec	43	F	Control cardiólogo	huilliche	Dueña de casa
H3	Lin Lin	83	F	Control cardiólogo	español	Dueña de casa, jubilada
H4	Apiao	71	M	Consulta hora Achao	huilliche	Jubilado
H5	Chaulinec	45	F	Consulta dentista	huilliche	Dueña de casa

Entrevistas funcionarios

<i>ID</i>	Servicio /Isla o Localidad	Cargo	Sexo
<i>F1</i>	Posta local Alao	TENS	F
<i>F2</i>	Posta Villa Quinchao	TENS	F
<i>F3</i>	Posta Sector San Francisco	TENS	F
<i>F4</i>	Posta loca Quenac	TENS	M
<i>F5</i>	Posta local Meulín	TENS	M
<i>F6</i>	Posta local Cahuach	TENS	M
<i>F7</i>	CECOSF Apiao	Agente comunitario	F
<i>F8</i>	Posta local Lin Lin	TENS	M
<i>F9</i>	Posta local Chaulinec	TENS	F
<i>F10</i>	Posta local Yingua	TENS	M
<i>F11</i>	Posta local Alao	Ex paramédico	M
<i>F12</i>	DESAM Achao	Jefe Corporación salud	M

Mapecto funcionarios

<i>ID</i>	Servicio /Isla o Localidad	Cargo	Sexo
<i>F1</i>	DESAM	Matrona	F
<i>F2</i>	DESAM	dentista	F
<i>F3</i>	DESAM	Encargado rondas médicas	M
<i>F4</i>	DESAM	administrativo	M
<i>F5</i>	DESAM	Medico	F
<i>F6</i>	DESAM	psicólogo	M
<i>F7</i>	DESAM	administrativo	M
<i>F8</i>	DESAM	administrativo	F
<i>F9</i>	DESAM	TENS	F
<i>F10</i>	DESAM	TENS	F

Tablas (3): Casos de estudio. Elaboración propia

5.4.- Categorías de análisis

Dimensión	Categorías de Análisis	Indicadores/Elementos de Observación	Instrumentos y Herramientas de análisis	Relación con los objetivos
Territorio	Configuración espacial y territorial de la movilidad	Tipos de espacios utilizados (muelles, terminales, salas de espera).	Observación participante	Comprender cómo el territorio influye en las prácticas de movilidad.
	Infraestructuras y medios de transporte involucrados.	Uso de lanchas, micros, buses, ferry	Registro fotográfico	Caracterizar los espacios y medios utilizados en las prácticas de movilidad.
	Escalas de movilidad (intra-isla, entre-isla, isla-continente).	Trayectorias de desplazamiento.	QGIS para mapas de movilidad.	Identificar tensiones y tipos de desplazamientos por el territorio.
Institución	Gestión y política territorial.	Acciones y decisiones institucionales en el territorio.	Entrevistas especializadas a funcionarios.	Analizar cómo las instituciones regulan y gestionan la movilidad.
	Tensiones y discordancias institucionales.	Dificultades operativas y contradicciones entre políticas públicas y la práctica cotidiana.	Cartografía social	Identificar las tensiones entre los objetivos institucionales y las realidades territoriales.
	Intersectorialidad de servicios e infraestructuras	Coordinación entre sectores (salud, transporte, servicios).	Análisis de entrevistas con Atlas.Ti.	Evaluar cómo la falta o presencia de intersectorialidad impacta las prácticas de movilidad.
Cuerpos	Experiencia discursiva de la (in)movilidad	Relatos sobre emociones y sensaciones asociadas al desplazamiento (en mujeres en gestación, con bebés e infancias, diferentes islas).	Entrevistas de vida cotidiana y movilidad.	Entender las experiencias corporales y emocionales en relación con las prácticas de movilidad.
	Interpretantes afectivos y corporales.	Análisis de emociones como efectos sociales de sentido	Semiótica de las emociones aplicada con Atlas.Ti.	Interpretar cómo las emociones moldean la percepción del territorio y las prácticas de movilidad.
	Prácticas sensibles durante la (in)movilidad	Observación del aspecto sensible y corporal de viajes, en islas y fuera (énfasis adultos mayores, mujeres y hombres, enfermedades crónicas)	Etnografía móvil de sombreado y entrevistas acompañadas (“go along”); registro fotográfico	Profundizar en las formas en que los cuerpos se adaptan al territorio y a las condiciones de movilidad.

Tabla 4: Categorías de análisis. Elaboración propia

5.5.- Terrenos de investigación

El trabajo de campo se desarrolló en tres etapas (2021, 2022 y 2023), con estadías de aproximadamente diez días cada una, realizadas en distintas épocas del año para comprender cómo el clima influye en las dinámicas de movilidad. Los primeros terrenos, efectuados en contexto de pandemia y bajo ciertas medidas de resguardo, se centraron en entrevistas en las postas rurales, espacios donde acuden mayoritariamente mujeres, lo que permitió recoger, de manera inicial, sus experiencias y percepciones en torno a la atención de salud y los desplazamientos.

A partir de esos primeros vínculos, relaciones de confianza y conocimientos situados, se fueron identificando lugares clave para la investigación, como muelles, lanchas, terminales de micros y buses, espacios públicos de Achao, la Corporación de Salud, salas de espera y postas. En los siguientes terrenos, se incorporaron metodologías etnográficas de movilidades para abordar, de manera más específica, las experiencias de personas mayores y pacientes crónicos, quienes se desplazan principalmente dentro de la isla o deben viajar en lancha para acceder a servicios de mayor complejidad. Para las entrevistas y ejercicios de mapeo con funcionarios y profesionales de la Corporación de Salud, se optó por trabajar en Achao debido a su centralidad y cercanía con las distintas islas del archipiélago.

6.- Territorios de (in)movilidad por salud en Quinchao: Entre espacios e infraestructuras de las prácticas

Descriptor

Este apartado tiene por objetivo desarrollar un análisis de la dimensión territorial de las prácticas de movilidad por motivos de salud, tal como fue planteado en la problemática y los objetivos de esta investigación. Para ello, se propone identificar y categorizar los distintos espacios y medios de transporte que intervienen en dichas prácticas, considerando las múltiples escalas en las que estas se configuran. A partir de los marcos teóricos y metodológicos adoptados, este análisis busca problematizar las variaciones y superposiciones territoriales que atraviesan la movilidad e inmovilidad sanitaria en el archipiélago de Quinchao. Se enfatiza que la dimensión territorial abordada aquí no se reduce a una lectura ambiental, paisajística o meramente urbano-rural, sino que se focaliza en tres ejes fundamentales: la infraestructura disponible (y su distribución desigual), las formas de territorialidad que modelan el acceso y uso de los servicios de salud, y la insularidad como una condición que re-define constantemente las experiencias de desplazamiento, espera y atención en salud.

6.1.- Filigranas intra-isla

Tal como se expuso en la formulación del problema, un primer ámbito donde se configuran las dinámicas de movilidad e inmovilidad en salud corresponde al interior de las propias islas. Si bien las prestaciones médicas de mayor complejidad se encuentran fuera del archipiélago, actualmente cerca del 90% de las atenciones continúa

realizándose de manera local, una tendencia que se ha reforzado y consolidado a partir de la pandemia.

Este territorio, entendido desde el conjunto de movilidades que la constituyen, implica desplazamientos y posibilidades de atención realizadas por las personas desde sus viviendas a la posta rural¹⁸, y también por parte de la institución pertinente, y con otros medios, hacia las casas de las personas. Se trata de un conjunto de territorialidades ((in)móviles), podríamos decir, que se dan en el marco de un día, sin muchos bultos o equipajes, a diferencia de las otras territorialidades que pueden ser extendidas en el tiempo. Los bueyes, que durante de los comienzos de estas islas (hace 7000 años atrás) hasta el siglo XX, hoy están casi obsoletos para desplazamientos de personas-objetos (Villalobos, 1984)

Como prácticamente no hay transporte formal en las islas de interior, a excepción de transporte institucional (que suele estar averiado), “la informalidad” es un rasgo implícito de este tipo de territorio-movilidad (caminata, “flete” particular, redes, balsas hechizas), ya que moverse en la isla, porta más posibilidades de desplazamiento que en otro tipo de territorialidades, que suponen traslados más prolongados en el tiempo y con mayor preparación logística.

¹⁸ Posta rural y CESCOF (Meulín, Apiao), que son establecimientos de atención ambulatoria para poblaciones dispersas y/o concentradas de 500 a 2.000 habitantes, dependiente de un establecimiento de baja complejidad (CESFAM)”. Información disponible en: https://sni.gob.cl/storage/docs/RIS_PSR_mar-2020.pdf

En las islas de Quinchao, la gente suele caminar por caminos que aún no están pavimentados, lo que preserva la naturalidad de estos territorios, pero que complejiza desplazamientos, ya que hay caminos que pueden estar con barro por la lluvia, con subidas y bajadas, y en donde los arbustos pueden servir para capear la lluvia o un viento. La vegetación de las islas de Chiloé es diversa y está compuesta por árboles de hoja perenne, coníferas, especies de hoja caduca, bambú, helechos, y plantas trepadoras.

El clima en estas islas es templado oceánico, con alta humedad y precipitaciones frecuentes durante todo el año. Las temperaturas son moderadas, con veranos frescos e inviernos suaves, y predominan cielos nublados, niebla y días con escaso sol directo. Aunque en primavera y verano las lluvias disminuyen, continúan siendo habituales. Esta geografía húmeda y lluviosa, debe ser atravesada por cerros, caminos de tierra, zonas arenosas y musgosas, configura tanto una dificultad para el desplazamiento como una forma particular de habitar el territorio. En algunas islas, como Meulín y Apiao, los habitantes utilizan pequeños esteros interiores para desplazarse en bote, optimizando sus trayectos por tierra.

En este nivel intra-isla, las características geográficas y ambientales resultan fundamentales para comprender cómo se configuran las prácticas de desplazamiento y los vínculos territoriales de sus habitantes. Aquí se manifiesta la particularidad “*aquapelágica*” y sus constantes formas de adaptación, siempre discontinuas (Kelman, 2018), que se entrelazan con las movilidades e inmovilidades asociadas a la salud y sus espacio-tiempos. La movilidad no se

desarrolla en un espacio geográfico estático, sino en interacción con los ecosistemas insulares, lo que refuerza una relación de interdependencia con sus ciclos (tiempos) y las limitaciones que estos pueden imponer (Sheller, 2009). Esta proximidad a la naturaleza -aves, árboles, colores, humedades, aguas- moldea tanto la experiencia del habitar como las formas de desplazarse en el territorio.





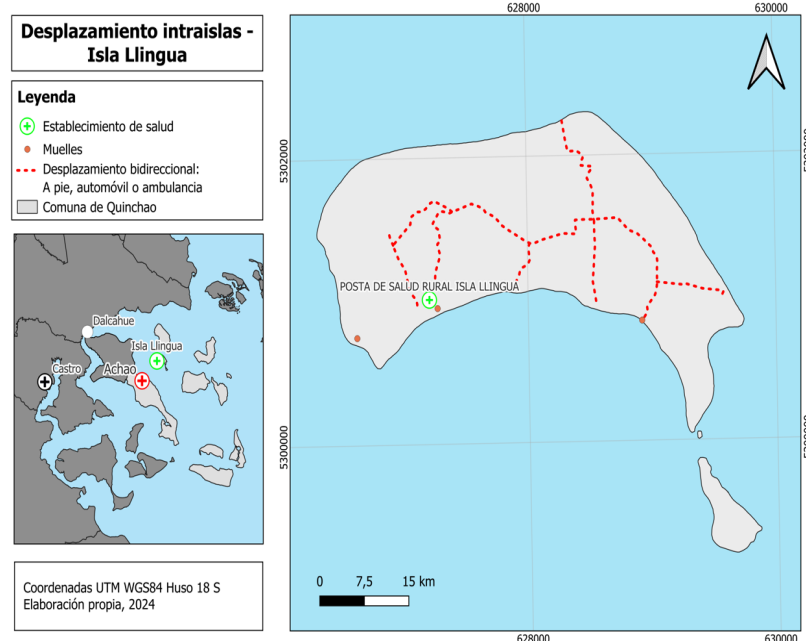
Conjunto de fotografías Intra-isla. Registro personal

En las islas estudiadas, si bien las distancias hacia los centros de salud varían, las dinámicas de territorialidad móvil intra-isla presentan características particulares. En cada isla existe un núcleo donde se concentran los principales servicios —muelle, posta, negocios, junta de vecinos e iglesia—, lo que facilita el acceso para quienes residen en sus cercanías, ya que solo deben caminar unos pocos minutos. Sin embargo, para quienes habitan en sectores más alejados, los desplazamientos son más exigentes: muchas veces deben caminar (o, en menor

medida, usar bicicleta) por más de una hora, a través de caminos no establecidos y sin señalización vial, lo que vuelve el trayecto potencialmente peligroso, especialmente durante la noche y madrugadas.

Estos desplazamientos están marcados por las condiciones del terreno: atravesar cerros empinados, superficies planas o irregulares, y senderos que pueden volverse incómodos o inestables. Por estos caminos circulan los “*diferentes cuerpos*” de la movilidad (Bissell, 2010), que más adelante analizaremos, y que además deben lidiar con sus propios diagnósticos y dolencias. Las personas enfrentan el calor, el frío o las condiciones intermedias mientras caminan, buscando alivio en la sombra de un árbol o evitando grietas de agua y derrumbes que interrumpen el trayecto. Aquí el clima lluvioso acentúa estas dificultades: los caminos de tierra requieren ser intervenidos cada año, mediante retroexcavadoras que llegan en el mismo ferry que transporta vehículos, gestionadas por la municipalidad y la Dirección de Obras Públicas de Quinchao, en Achao.

Parte de las diferentes localidades existentes en cada isla, las podemos observar en el siguiente mapa de la isla de Llingua:



Mapa 7: Desplazamientos intra-isla (Llingua). Elaboración propia

Podemos entender estas dinámicas como pequeñas territorialidades marcadas por fricciones diferenciadas, que aún no se enfrentan al mar, sino al propio desenvolvimiento dentro de la isla. Se trata de un maritorio terrestre, hecho de interacciones y desplazamientos, donde en el ámbito de la salud los movimientos suelen estar organizados por los funcionarios locales a través de las “rondas médicas”, momentos en que la mayoría de los habitantes se moviliza desde sus hogares. Así, la movilidad no debe entenderse únicamente como un flujo continuo y positivo de desplazamientos -como podría sugerir el mapa expuesto-, sino como una sucesión de discontinuidades, pausas y momentos de inmovilidad y espera. Esto da cuenta de que si bien la intra-isla opera en su interior, esta ciertamente forzada desde el exterior institucional, y sus interrupciones “inmanentes” e injustas, que van reorientando el habitar-atención dentro de la isla.

También existen atenciones espontáneas en la posta (o vía telefónica) o a domicilio (postrados, inmovilizados, urgencias, tercera edad), donde los funcionarios van en vehículo o caminando inclusive, lo que configura otro espacio y no menor en estas movilidades: casas, cocinas, habitaciones, patios, áreas próximas, dependiendo de la afección en salud y las relaciones colectivas del habitar.

Tenemos entonces esa territorialidad más mínima que se da en la isla, pero también aquí hay espacios momentáneos de interior/exterior que los vecinos utilizan para llegar a la posta. Por ahí tenemos el “flete” de autos de vecinos que tienen su costo para estas atenciones o para ir al muelle y viajar también, en donde la gente al pagar puede ir dentro de la camioneta, o si se va gratis, en la parte de atrás. Se trata de un espacio contiguo a la caminata, pero más rápido y sin la restricción climática/ecológica/cultural del territorio, en donde hay que ir evaluando paso a paso el seguir, el detener o el apurar. Es decir, se trata de otra configuración del tiempo/territorio del recorrido (Adey, 2010) establecida por componentes fuertemente “situados”, pero conectados por la exterioridad institucional de la ronda y las variantes que la posibilitan.

Por otra parte, el “flete” es una opción no económica para personas de tercera edad de sectores excluidos de las propias islas y que pueden describirse como localidades alejadas de los centros de las islas (muelle, institución, cementerio), desde donde se denota precariedades y baja movilidad y socialización en la isla, más allá de los contextos de los viajes. En ese contexto, y tal como se

observa, aun los autos siguen siendo muy pocos en cada isla, pero esto va en amplio ascenso, ya que después de la pandemia se habilitó un ferry que todas las semanas traslada vehículos, previa coordinación con la junta de vecinos, y con el valor de 10 mil pesos.

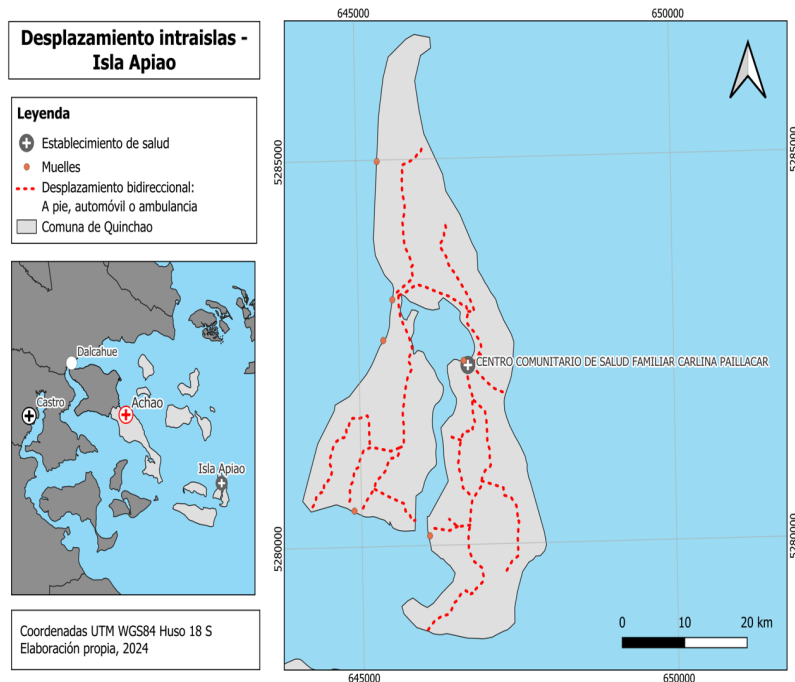
Otro espacio interior que forma parte de este territorio de movilidad es la propia posta, un lugar institucional al que se acude para esperar, recibir medicamentos, atención médica o derivaciones. Este espacio resulta fundamental dentro de la trayectoria territorial de los desplazamientos, ya que no solo organiza la experiencia mediante la espera, sino que también genera formas de sociabilidad entre quienes comparten la misma situación y con la propia institución, que en ocasiones es percibida como una entidad externa o impositiva. Además, dentro de la posta se configura otro “microespacio”: el box de atención. Allí, la interacción social está mediada y dirigida por el profesional, especialista o paramédico, quien domina tanto el espacio como la dinámica de la consulta¹⁹

Se trata de un espacio en red o ensamblaje donde convergen la insularidad, los servicios y las prácticas de configuración de lugares (DeLoughrey, 2007). En este entramado, las comunicaciones telefónicas y por internet también resultan claves para articular emplazamientos y servicios,

¹⁹ En la isla, y también en un interior marítimo/tecnológico están las atenciones poco recurrentes del buque “Cirujano Videla” que entrega atención médica en el área de cirugía, pero como no es recurrente, se transforma en una espacialidad de atención poco fluida en el ámbito de la salud, los tratamientos e “intervenciones”

asegurando la continuidad del movimiento, que en las islas rara vez implica grandes distancias. Esto adquiere especial relevancia en un contexto donde, en varias de las islas de Quinchao, el acceso a internet sigue siendo limitado, inestable y desigual según la ubicación. A esto se suma que, en algunas de estas islas, la electricidad es un servicio relativamente reciente, disponible de forma estable solo desde 2016.

Las comunicaciones serán fundamentales hoy, sobre todo para establecer desplazamientos entre los diferentes espacios y sectores de la isla, como en el caso de Apiao, que al ser una de las islas lejanas y más turísticas, al menos dos de sus muelles son fundamentales y necesitan de interconexión de servicios, comunicaciones y capitales (en sentido amplio), de manera constante:



Mapa 8: Desplazamiento Intra-isla Isla de Apiao. Elaboración propia

De ahí que, desde una perspectiva más analítica, la complejidad de esta territorialidad revela que los trayectos no solo responden a la búsqueda de servicios, sino también a una adaptación continua a las limitaciones y posibilidades del entorno insular. Estos desplazamientos cotidianos configuran un ensamblaje específico, una espacialidad situada, moldeada por la naturaleza y sostenida por la práctica diaria de quienes habitan y transitan el espacio insular; donde la movilidad se convierte en una experiencia de adaptación y resistencia frente a un entorno que impone sus propios ritmos y desafíos afectivos para las personas en el caso de la salud local.

En este contexto, este territorio de la movilidad en salud en las islas de Quinchao se configura como un entramado de interacciones materiales, ambientales y sociales, donde las prácticas de desplazamiento son moldeadas por las características “únicas” del entorno insular. Este territorio no solo representa un espacio geográfico, sino también un ensamblaje socioespacial dinámico, situado entre la inmediatez de lo cotidiano y la contingencia de la naturaleza. Estas territorialidades no se reducen al acto de moverse o no, sino que integran las adaptaciones cotidianas y las formas de habitar que refuerzan los vínculos entre las personas, los ecosistemas y las infraestructuras.

Desde esta perspectiva, el “*territorio de la movilidad*” se redefine como un espacio de fricción y adaptación, donde las prácticas de caminar, esperar, transportarse en vehículos improvisados o recibir atención domiciliaria no solo conectan puntos geográficos, sino que también construyen formas de sociabilidad, pertenencia y

resistencia frente a las discontinuidades de los servicios que llegan y producen estos desafíos. Entre lo terrestre y lo marítimo, lo institucional y lo cotidiano, este territorio revela cómo las movilidades en salud no son solo un proceso funcional, sino una experiencia profundamente situada, afectiva y relacional (Kelman, 2018)

Así, la movilidad se convierte en un acto constante de negociación con el espacio insular, atravesado por múltiples temporalidades y las elucubraciones que implica llevar a cabo las prácticas de salud en estos territorios. Esta proximidad no debe interpretarse como sinónimo de confort, como suele asumirse en contextos urbanos donde los servicios están cercanos (Geurs y Van Wee, 2004), sino desde la lógica territorial isleña, donde las distancias pueden ser largas y los servicios, escasos y esporádicos. El desplazamiento se sostiene en una relación con la institución y se desarrolla en la inmensidad y lentitud de la isla, donde las disparidades económicas y las condiciones individuales y sociales resultan determinantes²⁰

Estas movilidades cotidianas, de eventual corta duración, configuran una dimensión particular de la movilidad en salud insular, caracterizada por una inmediatez

²⁰ Si bien en las islas la “lejanía de los centros” no siempre se asocia de manera directa con pobreza o precariedad —pues existen casas y parcelas vinculadas al comercio y a la venta de terrenos estilo parcelación—, también hay localidades más apartadas donde se observa una mayor pobreza material. En estas zonas, muchas viviendas están construidas con planchas de lata y carecen de acceso a servicios básicos como agua potable, electricidad e, incluso más, conexión a internet.

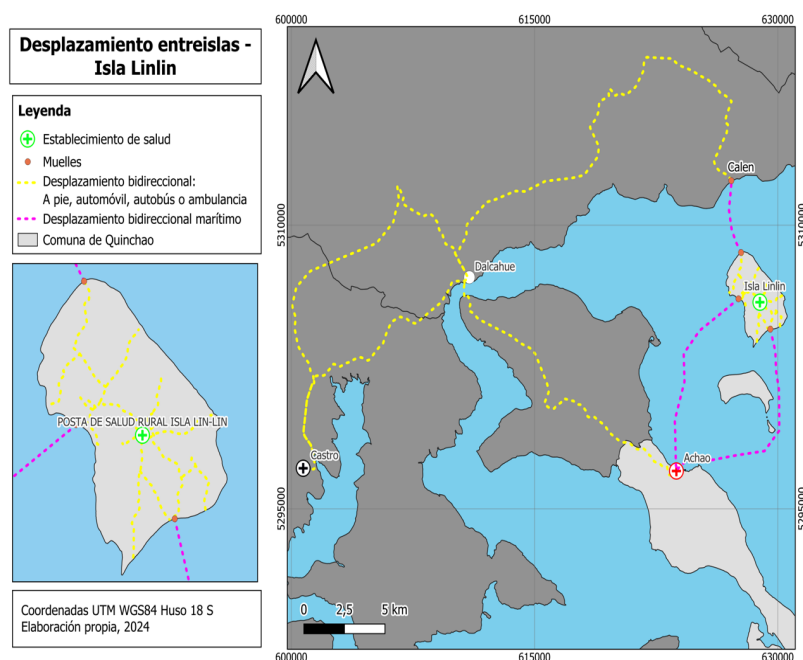
friccionada, de eventual cercanía y por una lógica de vínculos continuos entre cuerpos, espacios e instituciones. En la aparente inmediatez de un lugar pequeño, las temporalidades son heterogéneas en cuanto a fricciones y posibilidades de conexión/atención.

6.2.- Tramados entre-islas

En segundo lugar, se encuentran las (in)movilidades y los territorios que se traman entre-islas. Estas dinámicas se generan cuando las personas se trasladan al hospital de Achao, al hospital de Castro o a centros médicos en Dalcahue para realizarse exámenes, controles, tratamientos, atender urgencias, hospitalizaciones o acceder a servicios fundamentales como la diálisis, que es un servicio indispensable para evitar la descompensación de los pacientes isleños. Estos servicios, ausentes en muchas islas, evidencian la concentración de la atención médica en áreas urbanizadas, un fenómeno vinculado al modelo mercado neoliberal en Chile (Merino, Tejada y Ojeda, 2018).

Para acceder a los hospitales de Castro o Puerto Montt, necesariamente tienen que pasar por el Hospital de Achao, que es el centro de derivación, o desde la posta (derivados por un profesional de la ronda). No es posible ir a atenderse directamente desde Quinchao a alguno de esos hospitales, si no has sido derivado desde la comuna. Para los habitantes de las islas, esta constituye su segunda opción de atención, mientras que, para los residentes de Achao, representa su primera alternativa.

Aquí se da por entendido que, para llegar al muelle, se deben establecer algunas de las posibilidades que hablábamos arriba, y que ya en el muelle se debe esperar un rato a que llegue la lancha, de manera individual o con más gente. Asumiendo de que ahora se saldrá de la geografía y limitación de la isla, las personas no sólo realizan una diligencia en el día, sino dos o lo que se alcance, sobre todo en Achao, donde se aprovecha de realizar cualquier acción que esté negada en las islas (negocio, socialización, mayor conectividad a internet, sacar horas etc.)



Mapa 9: Desplazamiento entre islas, Isla Lin Lin. Elaboración propia

El muelle, alberga a esas personas, materialidades y objetos (Lazo, Carvajal, 2018a) y son espacios clave que facilitan, limitan y estructuran los movimientos de personas, mercancías e ideas en las islas. Estos espacios no son simplemente puntos de partida y llegada, sino intersecciones complejas donde se experimentan y producen diversas dinámicas afectivas, económicas y

sociales (salud). De tal modo, la movilidad de la salud puede ser una economía intermitente que a veces no funciona, y que va tener variantes como se ve en el mapa de Lin Lin, porque dependiendo de si alguien tiene lancha propia, también se puede cruzar hasta Calén y luego avanzar hasta Dalcahue o Castro vía terrestre. Esto es evitarse llegar a Achao y atravesar en ferry, es decir, es mucho más rápido, pero tiene el costo de la bencina y de la tenencia de una lancha acondicionada.

Tomar “la lancha de recorrido” es, para los habitantes isleños de Chiloé, una experiencia cotidiana cargada de significados, que requiere saber cómo abordarla y desplazarse en un entorno marcado por superficies húmedas e inestables. El piso, a menudo mojado y resbaladizo, y el constante movimiento de la embarcación obligan a mantener equilibrio y adaptar la postura corporal y manipulación de objetos múltiples. Una vez a bordo, los pasajeros se distribuyen rápidamente en los espacios disponibles, sobre todo en invierno, cuando el clima adverso invita a buscar refugio. La lancha cuenta con tres áreas principales, siendo la primera una pequeña cabina en la parte delantera, con capacidad para 6 o 7 personas. En este espacio reducido, los pasajeros suelen compartir té y conversar de manera más relajada. Aunque acogedora, esta cabina es limitada y, por lo general, se reserva para grupos pequeños





Conjunto Fotografías entre-isla. Registro personal

En segundo lugar, está el sector interior más amplio, destinado a pasajeros. Aquí, las personas pueden sentarse, o en algunos casos, aprovechar rincones habilitados en el fondo para descansar o dormir. Aunque este espacio es más cálido y protegido del viento, el ruido del motor y el olor persistente a combustible pueden resultar incómodos para algunos pasajeros, lo que hace que sea un espacio y momento de precariedad en el propio viaje. Por otro lado, el exterior ofrece la posibilidad de disfrutar del paisaje y del aire fresco, especialmente para los viajeros más jóvenes o aquellos dispuestos a enfrentar las inclemencias del clima en sus cuerpos.

Los tiempos de traslado en las lanchas varían según la isla de origen y el destino: los viajes a hospitales cercanos, como el de Achao, pueden tomar entre 25 y 126 minutos dependiendo de la distancia, mientras que los trayectos hacia el Hospital de Castro oscilan entre 53 y 190 minutos

(FONDEF ID18I10284, 2024). Estos recorridos no son solo desplazamientos funcionales, sino momentos en los que se articulan dinámicas sociales y territoriales fundamentales.

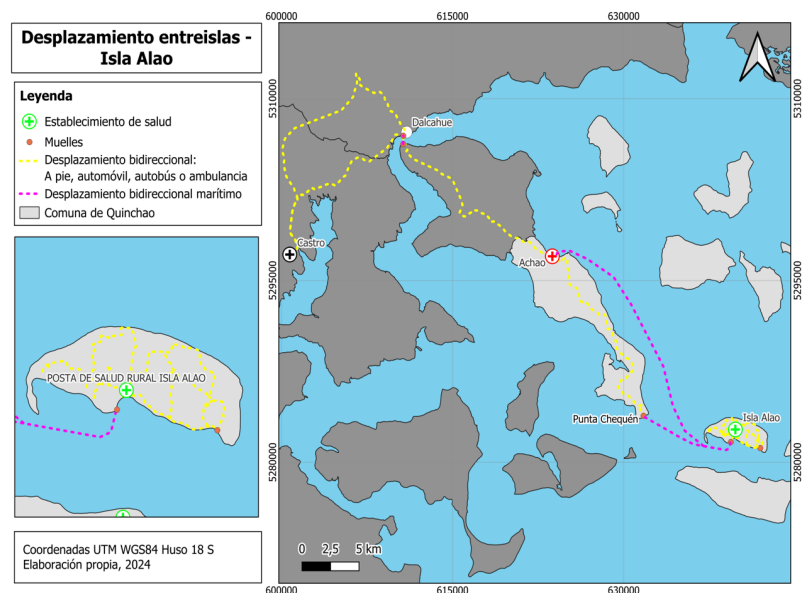
Al llegar a Achao se puede caminar al hospital²¹, que queda a unas 4 cuadras del muelle, y también se puede ir al Departamento de salud Municipal. Hay gente que camina hasta el terminal a tomar micro para cruzar a Dalcahue, o bien en un “flete”, que en Achao tendrá la forma de un taxi urbano o colectivo (trabajo independiente o formal). Ir en micro o en vehículo puede ser relevante en la celeridad que se le quiera dar al viaje, porque hay que llegar hasta el ferry del Canal de Dalcahue²², que puede ser demoroso en días viernes o lunes en la mañana, lo que genera tensión y malestar de personas que viajan por salir: será el punto de mayor fricción-espera, en este tipo de territorio-movilidad

El viaje en micro puede durar alrededor de media hora hasta Dalcahue o entre 45 minutos y una hora hasta Castro, principal destino para quienes necesitan atención en el hospital, un centro de alta complejidad donde es posible hospitalizarse, someterse a cirugías o “dar a luz”. En Dalcahue, las personas pueden descender y desplazarse caminando, mientras que en Castro deben llegar primero al terminal de buses y, desde allí, continuar en colectivo, micro o, en última instancia, a pie. Aunque el hospital de

²¹ El Hospital de la Familia y Comunidad de Quinchao, ubicado en Achao, Región de Los Lagos, es un hospital comunitario de baja complejidad (Ver mapa de las instituciones de Achao, en el problema de investigación)

²² https://satellites.pro/mapa_de_Dalcahue#-42.384416,73.648310,16

Ancud también es una opción, su lejanía hace que sea un destino mucho menos frecuente en comparación con Castro. Según un reciente estudio sobre la movilidad en Chiloé, un 32% de los desplazamientos desde distintas zonas de la isla tienen como destino la ciudad de Castro. Esta alta concentración de viajes se explica por su ubicación estratégica y la diversidad de servicios que ofrece, incluyendo trámites, compras, trabajo, estudios y, especialmente, atención en salud. En este ámbito, muchas personas acuden a Castro para realizar chequeos y tratamientos que no están disponibles en sus respectivas islas (Lazo et al., 2023: 9-15).



Mapa 10. Desplazamiento entre islas. Alao. Elaboración propia

En este contexto, muchas personas consideran prioritario habilitar un puente en ese punto, antes de Chacao, ya que la espera y los posibles retrasos del ferry generan

incomodidad y demoras para quienes viajan²³. Esta situación evidencia cómo la dimensión afectiva acompaña y condiciona los desplazamientos. Ante esta realidad, surgen diversas estrategias de movilidad, como se observa en el mapa, entre ellas el cruce hacia la punta de Chequián desde las islas más alejadas. Esta ruta permite ahorrar tiempo en comparación con el trayecto marítimo en lancha desde el muelle de Achao, ya que en tan solo 20 a 25 minutos se puede llegar a este punto estratégico, que facilita el acceso hacia el sector sur del archipiélago, donde se ubican las islas más distantes (sector azul/institución). Desde allí, es posible recorrerlas en lapsos breves -dedicando alrededor de 20 minutos en cada una- para luego regresar a Achao en el mismo día.

Como se observa, la dependencia del transporte público y la necesidad de llegar a un terminal para acceder al hospital de Castro, evidencian cómo la inmovilidad forzada y condicionada forma parte de la experiencia cotidiana de estas comunidades. Estas restricciones de desplazamiento ponen de manifiesto las desigualdades en el acceso a servicios, configurando la movilidad como una “experiencia de resistencia” y subrayando la inequidad en el acceso a la salud, marcada por las distancias y las injusticias del sistema de transporte en el territorio.

Desde una perspectiva teórico-analítica, las islas y sus dinámicas de movilidad pueden entenderse como territorios relacionales que combinan, de manera

²³ Por ejemplo, a tomar un bus en terminal de Castro, hacia fuera de la isla

simultánea, conexión y desconexión, independencia y dependencia. Baldacchino (2007) sostiene que las islas no deben concebirse únicamente como espacios geográficamente aislados, sino como lugares donde la movilidad es fundamental para sostener vínculos sociales, económicos y afectivos. Estas movi­lidades, con intensidades variables (Bissell, 2010), moldean la experiencia de los trayectos, especialmente en contextos marcados por la incertidumbre y la urgencia. Como plantea Adey (2010), los desplazamientos “*cargan consigo sentidos de urgencia, de espera o de tranquilidad*” (p. 49), lo que evidencia que, en este contexto, la movilidad está profundamente mediada por las expectativas temporales y la búsqueda de bienestar, particularmente en relación con la atención médica en Castro.

Además, Sheller y Urry (2006) argumentan que los “*territorios de la movilidad*” se construyen a partir de infraestructuras, prácticas y narrativas que entrelazan el movimiento con las desigualdades estructurales. En este sentido, las lanchas funcionan como nodos de conexión esenciales para los habitantes de las islas, al tiempo que reflejan las limitaciones materiales y simbólicas que condicionan sus trayectos. El espacio de la lancha, aunque físico, también se convierte en un “espacio relacional” (Massey, 2005), donde las interacciones entre los pasajeros reconfiguran temporalmente las dinámicas insulares. Este lugar de tránsito es al mismo tiempo un lugar de encuentro, intercambio y de negociación de las condiciones impuestas por la geografía y la (in)movilidad de la salud.

Según Cresswell (2010), *“la movilidad siempre está mediada por infraestructuras que pueden facilitar o dificultar los movimientos”* (p. 20), creando barreras físicas y temporales que afectan las oportunidades de acceso a los recursos médicos necesarios, como sucede en Dalcahue y su ferry. Un transbordador lento, que debe trasladar personas enfermas, contiene varias problemáticas: retrasos en la atención médica, eficacia del sistema de atención médica en las islas, inconvenientes para pacientes críticos, incomodidad y estrés; limitaciones en el cuidado en la emergencia, dependencia de condiciones climáticas e impacto en la salud mental de los pacientes marcados por la pobreza (Baldacchino, 2007)

En este territorio móvil, las infraestructuras, las intermodalidades y la coordinación precisa de tiempos se vuelven elementos decisivos para la movilidad e inmovilidad por motivos de salud. Los desplazamientos hacia centros médicos en Achao o Castro implican una combinación obligatoria de medios marítimos y terrestres, cuya interacción es esencial para avanzar por una geografía fragmentada. Además, estas movilidades interurbanas, aunque fundamentales, están marcadas por elevados costos económicos y organizativos que no todos los habitantes pueden asumir, evidenciando y reforzando la exclusión socio-espacial.

La dependencia de infraestructuras móviles -como muelles, lanchas, ferris e incluso el puente imaginado sobre el canal de Chacao- da forma a una territorialidad insular donde cada desplazamiento requiere la sincronización de múltiples medios de transporte. Esta intermodalidad

aumenta la complejidad del viaje, transformándolo en una experiencia marcada por afectos como la espera, la incertidumbre y la tensión (Sheller, 2014). Estos tramados entre islas, además de mediar el movimiento, exponen vacíos estructurales y limitaciones materiales que condicionan las prácticas de movilidad.

De esta manera, las infraestructuras, a pesar de su aparente fijación y sedentarismo, son inestables y precarias en este contexto, y redefinen tanto la relación de las personas con el territorio como entre sí. En este entramado, el transporte público y privado, las rutas disponibles y las organizaciones individuales o colectivas de los viajes, configuran una experiencia de movilidad diversa y estratificada. No son entidades neutrales, sino que poseen capacidad de agencia en las prácticas humanas (Leigh Star, 1999, en Mac Callum y Zunino, 2023:156) y en las rutas que, pueden ser estratégicas a la hora de sortear limitaciones de infraestructuras y cruces.

Como señala Sheller (2014), en el contexto de las islas del Caribe, *“los puertos y muelles son lugares donde los cuerpos, mercancías y afectos se encuentran en flujos, pero también donde las esperas, las incertidumbres y las restricciones impactan profundamente en la vida insular”* (p. 791). El muelle, como infraestructura central en estos territorios, funciona como una plataforma que mediatiza las dinámicas de entrada y salida de las islas. Se trata de un punto bisagra que conecta y a la vez separa, un espacio intersticial donde se materializa la movilidad. En el ámbito de la salud, el muelle adquiere un valor particular: es el lugar desde donde las personas parten para atenderse fuera

de la isla o, a la inversa, donde los equipos de salud arriban durante las rondas médicas, trayendo consigo conocimientos, instrumentos y políticas. Es, en definitiva, un espacio de transición y transformación, donde se condensan los procesos de circulación y encuentro que caracterizan a la vida insular ²⁴

Desde esta perspectiva, las infraestructuras móviles se inscriben dentro de los “*espacios en movimiento*”, configurando un territorio donde la movilidad no se reduce a un fenómeno técnico, sino que se entiende como una construcción socioespacial relacional que involucra a personas, objetos y prácticas. Cada desplazamiento se convierte, así, en un proceso de negociación constante entre las posibilidades y limitaciones que imponen tanto el territorio insular como las infraestructuras disponibles, en un entramado donde la geografía, las prácticas humanas y los dispositivos de transporte co-determinan las formas de movilidad e inmovilidad.

6.3.- Atravesando la isla-continente

Existe una tercera forma de movilidad y tipo de territorio que se da en la trama *isla-continente*, particularmente en los desplazamientos por motivos de salud fuera de la provincia. Dichos trayectos implican, en última instancia,

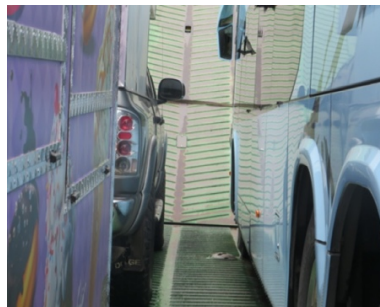
²⁴ El muelle constituye un espacio cuya experiencia varía según cada persona, dependiendo de cómo llega hasta allí y de sus propias características. Para muchos, el tiempo de espera se vive buscando un lugar donde resguardarse, ya sea en algún recoveco o en las casetas techadas que existen en la mayoría de las islas y que cumplen precisamente con ese propósito.

cruzar el canal de Chacao y llegar al continente, principalmente a Puerto Montt, la capital regional y el principal centro urbano de la zona²⁵. Este tipo de movilidad es significativo, ya que en términos generales, el 16% de los desplazamientos desde las islas se dirigen hacia allá (Lazo et al., 2023:14). Sin embargo, en el caso específico de los viajes por motivos de salud desde Quinchao, estos representan apenas el 1% del total de desplazamientos. Esto no significa que estén exentos de las complejidades propias de la movilidad e inmovilidad; por el contrario, requieren ser analizados en profundidad y en articulación con las demás dinámicas y expresiones territoriales que configuran la experiencia de desplazamiento en el archipiélago.

La duración de estos trayectos suele superar las cuatro horas, dependiendo del punto de partida (FONDEF, ID18I10284, 2023). La mayoría de los viajes se realiza para recibir tratamientos oncológicos en los hospitales públicos y privados de Puerto Montt, así como para acceder a especialistas o fundaciones de apoyo. Estos traslados implican costos significativos, ya que los pacientes deben asumir gastos de alojamiento o gestionar redes de contacto en el continente, lo cual influye en la elección del lugar de atención (ya sea en Puerto Montt o, en algunos casos, en Osorno). Esta situación añade una carga económica y emocional, haciendo que las personas planifiquen estos viajes con cautela y, en muchos casos, con una gran preocupación por el presupuesto. En Puerto Montt, las

²⁵https://www.superdesalud.gob.cl/registro/region-de-los-lagos/#accordion_o

pensiones cuestan desde 20 mil pesos por día, solo contando la habitación y no la comida.



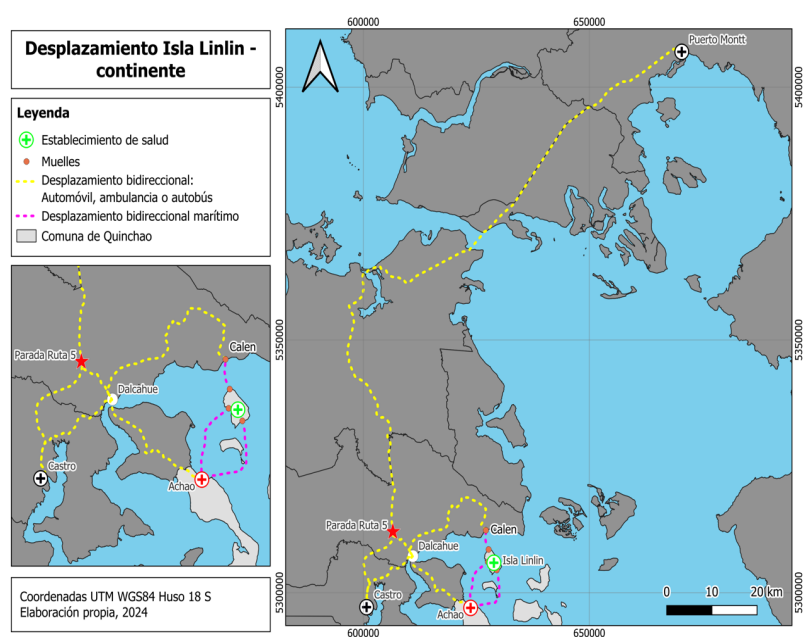


Conjunto fotografías isla-continente. Registro personal

Aunque estos territorios y movilidades *isla-continente* comparten características previamente descritas, en este caso deben considerarse dinámicas, formas de organización y perspectivas estratégicas particulares en torno al tiempo, ya que los desplazamientos pueden extenderse durante días, semanas o incluso meses, según la actividad, tratamiento o situación que los motive. Cuando estas estancias se prolongan —por ejemplo, cinco días o dos semanas—, los costos económicos y emocionales se vuelven significativos, pues mantener una suerte de “doble residencia” resulta oneroso. Esta condición, en muchos casos, instala con fuerza la idea o el deseo de migración como una alternativa más estable frente a la intermitencia de estos desplazamientos.

Se trata de trayectos que imposibilitan el regreso el mismo día. Aunque en casos urgentes las instituciones pueden gestionar traslados rápidos, la mayoría de estos viajes se

realizan por iniciativa personal, motivados por la necesidad de acceder a servicios que no se encuentran disponibles en la isla de Chiloé. Este fenómeno no se limita a la isla de Quinchao, sino que constituye una realidad generalizada en la que los habitantes de diversas islas de Chiloé deben desplazarse, principalmente hacia Puerto Montt, Valdivia o incluso Santiago.



Mapa 11. Desplazamiento isla-continente, Lin Lín. Elaboración propia

Así, el viaje comienza en cada isla, y cada persona lo organiza según sus posibilidades, ya sea de manera individual o colectiva (comunitaria). Generalmente, los pasajeros parten en una lancha de recorrido que los lleva a Castro, donde pueden tomar un bus hacia Puerto Montt. Durante el trayecto, se intercalan distintos medios de transporte y largas esperas, como en los ferris de Dalcahue y Chacao, o en los terminales de buses (o aeropuertos (Chiloé o Puerto Montt) en algunos casos)

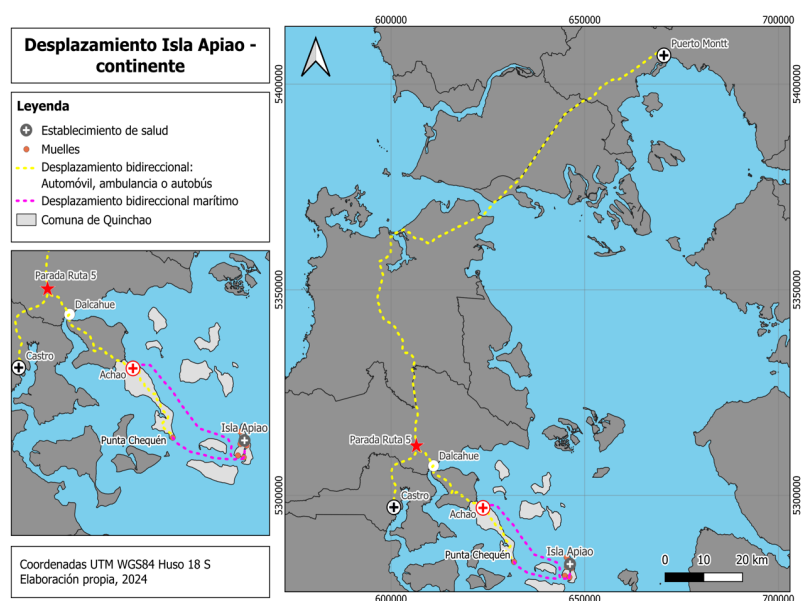
Estas conexiones requieren planificación y paciencia, pues implican tiempos de espera para embarcar y continuar el trayecto. Una vez a bordo del bus interprovincial, el viaje se desarrolla en varias etapas. La primera se dirige hacia Ancud por la Ruta 5 Sur, un tramo de una sola pista que puede volverse lento, especialmente en días de lluvia, debido a sus curvas pronunciadas y descensos. Posteriormente, el recorrido llega al sector de Chacao, donde el bus debe hacer fila para abordar la barcaza. El cruce del canal dura aproximadamente media hora, durante la cual los pasajeros pueden pasear, usar los baños, comprar comida o, incluso, disfrutar del paisaje turístico mientras esperan llegar al continente.

Aquel tramo, territorio e infraestructura es clave como controversial para pensar Chiloé y el desplazamiento hacia los servicios. En el caso de Chiloé, como plantea Alejandra Lazo et. al (2021) la construcción²⁶ del puente se presenta como una solución para mejorar la conectividad, pero

²⁶ “La trayectoria de construcción del Puente Chacao se caracteriza por los siguientes hitos: 1966: El diputado Félix Garay propuso la idea de construir un puente sobre el canal de Chacao, tras visitar el Golden Gate en Estados Unidos; 1972: El proyecto se convirtió en ley, pero la dictadura militar de 1973 priorizó la Carretera Austral; 1990: Se realizaron estudios de alternativas de conexión; 2012: Se retomó el proyecto y se licitó el contrato de diseño y construcción; 2014: Se adjudicó el contrato y el MOP entregó el terreno al Consorcio; 2018: El Consorcio finalizó la subfase de diseño y dio inicio a la de construcción. El Puente Chacao es un proyecto de Estado que conectará la Isla de Chiloé con el territorio continental. Al finalizar, la Ruta 5 permitirá conectar el país de manera permanente y continua desde Arica hasta Quellón. La construcción del Puente Chacao ha enfrentado dificultades técnicas, financieras y judiciales, que han generado controversias”<https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=trayectoria+de+construccion+del+puente+de+chacao&ie=UTF-8&oe=UTF-8>

también puede generar tensiones, sobre cómo se entiende y se vive la movilidad en un contexto de desigualdad en el acceso a servicios básicos. El territorio se convierte en un espacio donde coexisten diferentes visiones y narrativas sobre la movilidad y el desarrollo regional (país). Se trata de un territorio (cotidiano) que se relaciona y construye constantemente en el diálogo entre actores, interesados y divergencias políticas sobre su instalación.

Este diálogo crítico en torno a la auto deficiencia de las islas y la territorialidad de la (in)movilidad, sucede generalmente en territorios con estas características. Baldacchino (2007) sugiere que, si bien los puentes pueden mejorar la movilidad y el acceso a servicios, también representan una amenaza para la identidad cultural y la autosuficiencia de las islas, las cuales históricamente se caracterizan por su relativa independencia y resiliencia en la desconexión geográfica. De tal modo, cuando las islas pequeñas se conectan al continente mediante infraestructuras permanentes, sus dinámicas sociales y económicas cambian, afectando tanto las relaciones internas, como la percepción de territorialidad.



Mapa 12. Desplazamiento isla-continente, Isla Apiao. Elaboración propia

En este territorio de la movilidad, el tiempo de espera para acceder a atención de salud se entrelaza de forma tensa con la planificación del viaje, especialmente para las islas más alejadas y pobres, como Apiao. Organizar y gestionar estos desplazamientos implica enfrentar múltiples fricciones, derivadas de la necesidad de permanecer en una residencia temporal -ya sea privada o en casa de familiares- mientras el paciente recibe tratamiento o permanece hospitalizado.

Esta situación también genera afectaciones específicas, al evidenciar la tensión entre las dinámicas fluidas de la vida isleña y las desigualdades territoriales que surgen de la separación marítima y la limitada conectividad, marcada por la presencia -o ausencia- de infraestructuras como puentes. La distancia física se convierte en una brecha de acceso y de recursos, que no solo condiciona los desplazamientos, sino también el bienestar de quienes deben realizarlos. En este contexto, emergen con fuerza las

controversias y conflictos de los habitantes en torno al “progreso” y un modelo de desarrollo apropiado a la isla de Chiloé.

En el marco del giro de la movilidad, el cruce entre isla y continente para acceder a servicios de salud en Chiloé revela un territorio donde movilidad e inmovilidad coexisten en tensiones dinámicas. Las movilidades necesarias para superar las barreras geográficas se ven limitadas por inmovilidades económicas, temporales y afectivas que atraviesan los pacientes y sus familias. La inmovilidad, entendida no como mera ausencia de movimiento, sino como una condición estructurada por barreras geográficas, financieras y organizativas (Hannam, Sheller y Urry, 2006), se expresa en la planificación de viajes largos y costosos, durante los cuales la permanencia en los territorios de origen queda en suspenso. Así, estos trayectos están atravesados por la incertidumbre y el estrés vinculados a la duración de los tratamientos, las estadías prolongadas y la necesidad de articular redes de apoyo en el continente, especialmente en determinados meses y periodos del año. Un cotidiano “*demasiado extendido*”, que desarticula el sentido y soporte de las acciones de movilidad/salud.

En este sentido, el territorio que surge de estas dinámicas de movilidad e inmovilidad no es estático ni homogéneo, sino una construcción relacional en permanente transformación. Raffestin (1980) lo concibe como un espacio social donde convergen poder, significados y prácticas. En el caso de Chiloé, el cruce hacia el continente configura una movilidad con una fuerte carga simbólica,

que redefine la relación entre las islas y el desarrollo regional. Al mismo tiempo, las inmovilidades vinculadas a la separación marítima y a las desigualdades en el acceso a servicios esenciales ponen de relieve la vulnerabilidad de estas comunidades.

Como vemos, este territorio relacional, caracterizado por la coexistencia de movilidad e inmovilidad, pone en cuestión no solo la equidad en el acceso a la salud, sino también las narrativas de progreso asociadas a infraestructuras de conexión, como los puentes, que transforman las dinámicas sociales y económicas de las islas. De tal modo, la dinámica de moverse o no moverse es compleja y está influenciada por factores como la disponibilidad de servicios, la economía local, las redes sociales y las conexiones con el exterior.

En este contexto, la migración puede entenderse como una estrategia para mejorar la calidad de vida, aunque también conlleva costos emocionales y financieros tanto para quienes migran como para las comunidades que dejan atrás. Permanecer en el territorio insular, por su parte, puede resultar igualmente costoso, ya que limita el acceso a recursos y oportunidades. Así, el territorio insular, sostenido en una constante “resiliencia”, se configura como un espacio donde los habitantes deben evaluar de forma permanente sus opciones y tomar decisiones difíciles, buscando un equilibrio entre la desterritorialización y la permanencia, mientras enfrentan los costos que implica cada elección y las particularidades asociadas a los tratamientos de salud.

El espacio isla-continente representa una negociación constante con infraestructuras y dinámicas que tensionan la experiencia territorial: las barcazas en el canal de Chacao, los terminales de buses en Castro y Puerto Montt, y los alojamientos temporales en el continente son parte de un entramado de relaciones que hacen tangible este espacio, pero los largos trayectos desde las islas hacia Puerto Montt para tratamientos médicos no solo son costosos en términos financieros, sino también emocionalmente desgastantes, pues implican separaciones familiares, estadías prolongadas y la incertidumbre del regreso.

De tal modo, estas experiencias ponen en tensión y dislocan el sentido de pertenencia territorial y la percepción de independencia insular. De ahí que el espacio isla-continente se presenta como un territorio en constante (des)formación, donde las relaciones entre las islas y el continente están mediadas por prácticas cotidianas, infraestructuras emergentes y narrativas de identidad y progreso.

6.4.- Reflexiones finales

Los tres tipos de territorios de movilidad e inmovilidad identificados en Quinchao (intra-isla, entre-islas e isla-continente) se entrelazan a través de una compleja y dinámica de interdependencia, fricción y ensamblajes sociales, materiales y ambientales que se relacionan y retroalimentan mutuamente. Estos territorios configuran tres niveles interdependientes y bidireccionales de movilidad, en los cuales tanto los habitantes como las instituciones transitan por rutas similares, aunque de

manera diferenciada en términos de tiempos, recursos y limitaciones; propios de territorios insulares y los desafíos únicos en desarrollo económico, social y cultural (Vodden, Baldacchino & Gibson, 2014). Comprender estas movilidades también implica, como señala Silveira (2013), *“empirizar el tiempo en su indisolubilidad con el espacio”* (p. 9) para entenderlos como una condición unitaria de existencia, reconociendo que los eventos, las técnicas y las formas materiales, que permiten historizar estas dinámicas y situarlas en procesos concretos de transformación social y territorial.

Además, se destaca la importancia de considerar las diferentes distancias a los servicios de salud en un territorio archipelágico, así como las diversas posibilidades de movilidad que existen dependiendo de la proximidad de la localidad en el mapa, los puntos de embarque y la ubicación de los servicios cerca de los muelles. Esta variabilidad en las distancias y las opciones de transporte puede afectar la capacidad de las personas insulares, para acceder a la atención médica de manera oportuna y efectiva, lo que subraya la complejidad de las dinámicas de inmovilidad en estos contextos (Nimführ y Otto, 2021). Estas ubicaciones y expresiones de territorialidad de los viajes, se diferencia dependiendo del tipo de viaje o desplazamiento por salud. Como veremos con mayor profundidad, cobra relevancia la agencia individual y colectiva de los habitantes, así como la capacidad de los servicios para movilizarse dentro del territorio.

La interacción entre habitantes, territorio e instituciones conforma un sistema interdependiente en el que, casi

invariablemente, estas dimensiones deben conjugarse para que las movilidades en salud se territorialicen y se materialicen en cada isla. Esta triple territorialidad implica que ninguna de las dimensiones opera de manera autónoma, incluso cuando las necesidades de atención pueden resolverse localmente, y que eventualmente podrían ser más extensa a nivel *entre-isla* (entre solo islas menores)

De este modo, el territorio de Quinchao se configura como un espacio móvil y animado por una red de posibilidades, que no solo depende de las características geográficas/insulares, sino también de las articulaciones socio-territoriales en torno a la salud. La confluencia de estos factores da forma a las movilidades de salud y permite comprender la dinámica que sostiene la atención en este archipiélago.

Dimensión / Tipo (in)movilidad	Intra-isla	Entre-islas	Isla-Continente
Localidades involucradas y servicios de salud	Todas las localidades con postas rurales y el CECOSF/Dependencia ronda médica. Movilidad cotidiana en cada isla	Achao como nodo central. Comunidades como Alao, Apiao, Chaulinec, etc., conectadas por lanchas.	Principalmente derivaciones desde Achao o directamente desde islas grandes (Apiao, Alao) hacia Dalcahue, Castro y Puerto Montt.
Geografía / Lugares	Caminos de tierra, cerros, zonas periféricas y centrales de cada isla. Postas locales.	Lanchas interislas, muelles, Hospital de Achao, canal Dalcahue.	Canal de Dalcahue y Chacao, ciudades como Castro y Puerto Montt. Servicios de salud especializados
Infraestructura/ Transporte	Caminatas (personas, TENS), motos, vehículos municipales, fletes informales. Rondas médicas; tecnologías, comunicación particular/servicio	Lanchas regulares o esporádicas (algunas subvencionadas), micros, autos. Infraestructura/comunicación portuaria y naval	Lanchas, ferris, buses interurbanos, transporte urbano. Trayectos intermodales y fragmentados.
Prácticas/ Motivos de atención	Controles, urgencias leves, rondas médicas, consultas espontáneas.	Partos, cirugías, hospitalizaciones breves, urgencias.	Rehabilitaciones, tratamientos prolongados, hospitalizaciones de alta complejidad.
Tiempo (in)movilidad	Por el día o algunas horas. Depende de ronda y accesibilidad del lugar.	Desde un día hasta una semana. A veces implica pernoctar.	Días a semanas o meses. Mayor exigencia física, económica y emocional.
Condiciones / espera -fricciones	Caminos irregulares, clima, espera por ronda. Baja infraestructura.	Fricción alta por clima, espera en muelles, frecuencia irregular.	Alta fricción por conectividad fragmentada, espera, burocracia institucional.

Tabla 5: Síntesis territorios movilidad e inmovilidad salud Quinchao.
Elaboración propia

Por otro lado, y como se muestra en la tabla, aunque esta territorialidad se caracteriza por conexiones y yuxtaposiciones logísticas, el campo de fricciones de la (in)movilidad presenta particularidades que permiten explorar y reinterpretar el territorio desde diversas perspectivas. Esto nos permitió comprender que, si bien suele distinguirse entre islas cercanas y periféricas, incluso la proximidad puede verse relativizada o “virtualizada” en estas dinámicas de movilidad, al estar mediada por factores como la infraestructura disponible, los tiempos de traslado y las contingencias específicas de cada diagnóstico o necesidad de hospitalización.

En este territorio múltiple de la (in)movilidad, los límites no terminan en Achao o Castro, sino que se expanden y reconfiguran continuamente. Son límites sensibles y

dinámicos, sujetos a transformaciones con el paso del tiempo, “horas y tratamientos” y las condiciones cambiantes del entorno. Así, la fragilidad y la mutabilidad de estos territorios reflejan una movilidad que trasciende lo geográfico, marcando profundamente la experiencia cotidiana de sus habitantes y su relación con los servicios de salud

Por otra parte, la movilidad e inmovilidad dentro de las islas o entre islas cercanas es fundamental para sostener redes de apoyo y acceso a recursos que, fuera del sistema archipelágico, se desdibujan frente a las inclemencias propias de la urbanidad (costo, dispersión, tratamientos, etc.). Este tipo de movilidad no solo fortalece las relaciones de solidaridad entre las comunidades isleñas, sino que también enfrenta importantes desafíos derivados de la carencia de infraestructuras de transporte accesible (Connell & King, 1999), lo que dificulta la completa territorialización de la experiencia de la salud.

En este contexto, el acceso a servicios especializados, ubicados mayoritariamente en áreas continentales, introduce una dependencia de sistemas externos que restringe la autosuficiencia de las islas (Pugh, 2016) y va construyendo un escenario territorial de variaciones y superposiciones. Esta dependencia configura un territorio marcado por ambigüedades prácticas y estructurales: por un lado, las islas son espacios de movilidad y conexión; por otro, se ven limitadas por las lógicas centralizadas del acceso a la salud, donde los dispositivos sanitarios no se ubican necesariamente donde las personas los necesitan o privilegian.

En este entramado, se trata de un conjunto de territorialidades ((in)móviles) que se articulan y tensan en función de la escala urbano-continental, a pesar de no ser la mayoría la que ahí se atiende. Es en esta escala territorial donde se concentra el neoliberalismo de la salud, que no es algo exclusivo de Chiloé sino una realidad país, donde los territorios de atención están asociadas a dinámicas provinciales y metropolitanas (Puerto Montt en este caso). De este modo, las comunidades insulares enfrentan un doble desafío: mantener su autonomía territorial en contexto espacial y económico de la salud en el sector (Merino, 2024). Así, se trata de una red relacional y jerárquica, donde hay retroalimentaciones dinámicas, ya que las movilidades o inmovilidades de un nivel influyen y reconfiguran las de los otros. Por ejemplo, la falta de servicios intra-isla, incrementa la presión sobre las movilidades entre-islas, y hacia el continente.

En este escenario, la “pequeñez relacional” (Nimführ & Otto, 2021) y la relacionalidad espacial de Doreen Massey (1993) se revelan como elementos clave para comprender las dinámicas de movilidad e inmovilidad en el archipiélago. Estas dimensiones adquieren distintas intensidades según el tipo de atención requerida y los ensamblajes e interacciones que se despliegan para hacer posible –o, en algunos casos, impedir– la realización de servicios o de experiencias. Infraestructuras como caminos no pavimentados, muelles, lanchas y terminales de buses actúan como nodos críticos que conectan los distintos niveles territoriales. De ahí que las islas pequeñas presentan una serie de complejidades que abarcan aspectos geográficos, económicos, culturales y políticos;

conectividad e inmovilidad, desafíos ambientales, cambios climáticos, suministro de alimentos, energía, transporte, o gestión de recursos naturales (Foley, et.al, 2023) o la misma salud, que podría ser una esquirra de todo lo anterior.

Por ejemplo, los muelles no solo facilitan la movilidad entre islas, sino que también son esenciales para los viajes hacia el continente. Estas dinámicas se articulan en un sistema de movilidades y territorialidades intermodales que combina diversos medios de transporte: caminar, camionetas, lanchas y buses. Una intermodalidad que no siempre se lleva a cabo en tanto “transacción”(la atención), pues es frágil en torno a sus nodos y funcionalidades, cualquier interrupción –como el retraso de un ferry– tiene repercusiones en toda la cadena de movilidad y sus conexiones, que no son sólidas y constantes, más allá de las formalidades institucionales (Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones).

El ferry de Dalcahue se vuelve un punto especialmente conflictivo, pues representa el espacio-tiempo crítico que puede determinar una lentitud casi inoperante para salir de la isla de Quinchao. En este contexto, las infraestructuras y tecnologías presentes operan como “*mooring spaces*”(Hannam et al., 2006), espacios de anclaje esenciales para mediar la movilidad entre las islas. Al mismo tiempo, visibilizan fricciones —como los tiempos de espera, la incertidumbre climática o los costos económicos— que, según Sheller y Urry (2006), contribuyen a reproducir desigualdades e injusticias en el acceso a servicios esenciales, como la atención de salud.

Se trata de territorios opuestos a la “*antifragilidad*” (Taleb, 2012) que se define como sistemas o estructuras o conceptos que no solo resisten el estrés y las perturbaciones, sino que también mejoran o se fortalecen debido a ellas. Quinchao y la movilidad por salud, más allá de su sensibilidad de los límites, se podría interpretar como una territorialidad frágil debido a la dependencia de infraestructuras precarias (muelles, caminos no pavimentados, lanchas, tecnologías, comunicaciones), y la alta vulnerabilidad frente a condiciones climáticas, económicas y sociales de la salud.

Existen también prácticas adaptativas que pueden entenderse como mecanismos que otorgan al sistema una cierta antifragilidad. Frente a limitaciones o crisis -como las interrupciones en los servicios-, las comunidades desarrollan estrategias que no solo les permiten afrontar las dificultades, sino que también fortalecen su capacidad de respuesta local, dotando de sentido al territorio y a sus formas de habitarlo. Como señalan Sheller y Urry (2006), un territorio archipelágico ultraperiférico puede concebirse como un ensamblaje dinámico que combina elementos frágiles —infraestructuras limitadas— con características adaptativas que lo aproximan a lo anti-frágil, tales como la flexibilidad en las prácticas de movilidad y el fortalecimiento de los lazos sociales que emergen cuando las personas deben “salir” de su hogar e isla, que también tiene su incomoda pertenencia.

Otro elemento a considerar es la temporalidad de los transportes y las infraestructuras dada la precariedad y discontinuidad del territorio general de la salud. Siguiendo

a Paola Jirón y Walter Imilan (2021), la temporalidad es fundamental para entender todo el entramado de prácticas y materialidades presentes en este territorio en extenso de la movilidad por salud. Estos autores destacan cómo las infraestructuras temporales surgen como soluciones rápidas y económicas, pero frecuentemente devienen en permanencias precarizadas, como sucede con trasportes y servicios insuficientes, que se mantienen como soluciones “temporales” a pesar de ser fundamentales para la movilidad cotidiana. Por ejemplo, los muelles y las lanchas o puentes, atenciones que conectan territorios fragmentados, pero que al mismo tiempo revelan la falta de planificación a largo plazo y recursos adecuados.

Según el enfoque de Jirón e Imilán, estas infraestructuras son emblemáticas de una planificación reactiva que prioriza respuestas inmediatas sobre proyectos estructurales (Jirón e Imilán, 2021), como sucede en toda la escala de Chiloé y la demanda (derecho) por servicios inter-insulares. Estas dinámicas crean un contexto en el que, a pesar de que el tiempo avanza, las realidades espaciales y de servicio, pueden no coincidir formando un territorio social marcado por la incomodidad o el malestar (personal y territorial).

Se trata de un territorio cuya (des)configuración de ensamblajes e infraestructuras -marcada por la insuficiencia y la precariedad, evidenciada en la interrupción de servicios básicos- impacta no solo a las personas, sino también al conjunto de la sociedad, al profundizar situaciones de pobreza. Esta realidad interpela a las planificaciones estratégicas y obliga a repensar la construcción de los territorios desde un enfoque integral,

que considere la interacción entre distintos sistemas, como el transporte, los servicios públicos y el urbanismo (Figueroa, 2013).

En un sentido amplio, la interacción entre movilidad e inmovilidad en los territorios insulares revela un ensamblaje interdependiente y en constante fricción, donde estos espacios no funcionan como compartimentos aislados, sino como dimensiones conectadas que reflejan asimetrías espacio-temporales y estructurales expresadas en las prácticas. En ese sentido, las experiencias de desplazamiento por motivos de salud deben entenderse como prácticas encarnadas y situadas, mediadas por regímenes de acceso y relaciones de poder que producen geografías discontinuas del derecho a la salud. Así, la (in)movilidad se configura como una condición relacional que articula infraestructuras incompletas, trayectorias frágiles y lógicas institucionales fragmentadas, conformando lo que Sheller (2018) denomina “*regímenes de movilidad*”: constelaciones dinámicas de prácticas, normas y fuerzas en tensión que no solo habilitan o restringen el movimiento, sino que reconfiguran el espacio-tiempo en función de jerarquías sociales.

Como advierten Sheller (2018) y Silva Sánchez (2023), estos regímenes configuran patrones diferenciales de acceso donde la inmovilidad forzada y la movilidad precaria profundizan las desigualdades materiales y simbólicas existentes, especialmente en contextos insulares. Estas dinámicas evidencian que la distribución inequitativa de recursos, servicios y tiempos de espera no solo limita las posibilidades efectivas de atención, sino que se inscribe en

una arena política e institucionalizada. Allí, las disputas por moverse o permanecer revelan luchas más amplias por el reconocimiento, la dignidad y la justicia espacial (Harvey, 1973; Soja, 2010). En este sentido, como enfatiza Silva Sánchez (2023), la (in)movilidad trasciende su dimensión logística para constituirse en una cuestión esencialmente política y definitoria de las territorialidades. En este entrelazamiento se ocultan mecanismos de invisibilización que, a la vez, evidencian la distribución desigual de la libertad, y sitúan la (potencial) acción social en una escala transversal y emergente en torno a las injusticias señaladas.

7.- (In)movilidades institucionales de la salud: Tensiones y discordancias entre lo establecido, materializado y practicado en la insularidad de Quinchao

Descriptor

Para caracterizar las prácticas de movilidad e inmovilidad por razones de salud desarrolladas por los funcionarios a nivel comunal en Quinchao, y con el objetivo de comprender y visibilizar las discordancias y tensiones existentes en el ámbito institucional, se analizan tres niveles de movilidad institucional que resultan característicos de esta dinámica y que, además, constituyen el ejercicio mismo del servicio de salud en este territorio. En primer lugar, se aborda el nivel institucional jerárquico, desde donde se toman decisiones concretas que, frecuentemente, revelan desconexiones operativas con las movilidades expuestas en la práctica. En segundo término, se examinan las dinámicas de movilidad llevadas a cabo por los profesionales de la salud, considerando las dificultades y tensiones que enfrentan en el ejercicio de su labor cotidiana. Finalmente, se exploran las prácticas de los funcionarios paramédicos y TENS que residen en las islas, quienes despliegan un tipo de movilidad diferente, caracterizada por estrategias de gestión “situadas” y adaptadas al contexto local. El texto concluye conectando los principales aspectos de la discusión analítica con el marco teórico, reflexionando sobre cómo estas dinámicas institucionales de movilidad e inmovilidad reflejan las tensiones y desafíos de los servicios de salud en territorios insulares.

7.1.- (Des)acuerdos y tensiones de la gestión móvil

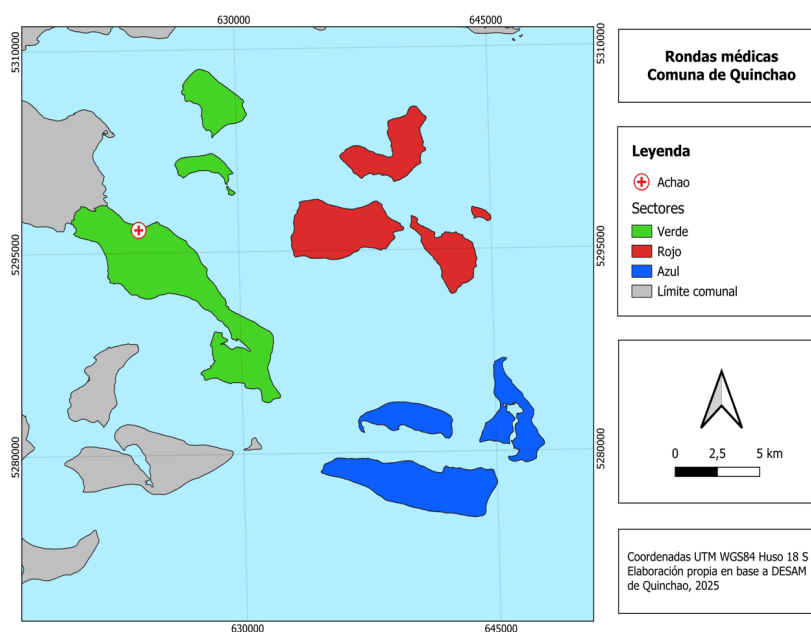
Un primer momento de la movilidad e inmovilidad institucional de la salud en Quinchao, se da en el plano de la gestión y la dirección de la Corporación²⁷ de Salud local, que está ubicada en el pueblo de Achao (centro administrativo de la comuna), donde además se encuentra la Municipalidad. La Principal Unidad administrativa, logística y de atención es el DESAM (Departamento salud Municipal)²⁸

Aquí primeramente habría que recalcar que se está “*en presencia de corporaciones de derecho privado que se rigen, a priori, por las normas del derecho común; por tanto, se entiende que no forman parte de la Administración del Estado*” (Rojas, 2023:80-81). En ese contexto, la relación entre la corporación, Municipio y Estado, se produce en torno a la interacción económica, la regulación y gobernanza, la participación y políticas públicas, y la responsabilidad social corporativa (Sharma y Gupta, 2006). La institucionalidad en Quinchao se desarrolla en estos términos, aunque también en la ambivalencia que, al mismo tiempo, produce su independencia y capacidad de la agencia

27 Definición de Corporación: “*Persona jurídica de derecho privado, sin fines de lucro y en la que tiene participación una o más municipalidades, cuyo fin es la promoción educativa, salud, cultural y deportiva al interior del municipio, como también su desarrollo productivo*”. En: <https://dpej.rae.es/lema/corporación-municipal>

²⁸ <https://corporacionquinchao.cl>.

Un primer elemento analítico, es que desde la “Corpo”²⁹, el territorio de salud y de las atenciones está dividida en la zona verde, roja y azul. El sector Verde conformado por las Islas de Lin-Lin, Llingua y los sectores rurales de Quinchao, son localidades con menor tiempo de desplazamiento, estas se dan por el mar y a nivel terrestre, pero con dificultades para llegar con los servicios. Tiene estaciones médicas y postas, pero no tiene CESCOF. El sector rojo, compuesto por las Islas de Meulín, Quenac, Caguach y Teuquelín, cuenta con postas rurales y CECOSF en las Isla Meulín. El sector azul abarca las Islas de Alao, Apiao, y Chaulinec, que es geográficamente el sector con mayor dificultad de acceso, cuenta con un CECOSF en Apiao, y postas rurales en las otras islas. Todos los sectores tienen TENS y especialistas que viajan en la ronda médica.



Mapa 13: Sectores atención rondas médicas. Fuente: Elaboración propia en base a DESAM de Quinchao

²⁹ Como la llaman las/os funcionarias/os que ahí trabajan y también los/as habitantes

Dicha estructuración, como también señala el mapa, responde a la “zonificación” desde donde se limita y organiza el territorio respecto a la salud, es decir, donde se institucionaliza el espacio con sus servicios. Este tipo de lineamiento se aborda desde este espacio con funcionarios de administración (dirección), en la logística semanal y en la atención (médica) directa. Esta “zonificación” establece en Quinchao, dada sus categorías de acción, qué poblaciones deben recibir atención en relación a otras en el territorio (Melé y Larrue, 2008) y como deben articularse en las islas y las posibilidades de traslado a los lugares.

Se trata de una regla espacial de las movilidades de servicios y funcionarios en el espacio, más allá de que hay exigencias o urgencias, que eventualmente podrían “romper” y flexibilizar este esquema de las zonas. Ahí existe una tensión, que se da en la desconexión de un esquema territorial de acción socio-médico, que aparentemente no podría desarmarse fácilmente para una movilidad/atención de emergencia, por ejemplo.

En ese plano, y tal como relata el Director de la Corporación, sobre la (des)articulación existente con el Servicio de Salud (Chiloé)³⁰: *“El servicio salud facilita, pero se desprende respecto a atenciones y urgencias, que debe ser atendida por SAMU ... hay una articulación a través de la atención primaria, pero ellos la verdad es que descargan bastante en nosotros”*(E1). Lo que habla de una

³⁰ Que tiene relación administrativa respecto de la gente que asiste al hospital de Castro y viceversa respecto a la infraestructura que implica el Hospital de Castro.

desconexión de políticas y niveles que se deben encontrar y no lo hacen, agrietando aún más las relaciones locales en torno al servicio.

De hecho, como plantea el entrevistado, la Corporación “saca” gente con complejidad vital o por tratamiento, desde aquí (Achao) a Castro, Ancud o Puerto Montt, lo que responde al Servicio de Salud. Como plantea Sharma y Gupta (2006) descoordinaciones de este tipo muchas veces responden a las dificultades en torno a programas estatales e comunicaciones en diferentes niveles jerárquicos, lo que genera consecuencias inesperadas y la no realización de los objetivos previstos.

A nivel contextual, esta situación está fuertemente acentuada en las inflexiones que han tenido que ir resolviendo desde el COVID en adelante, ya que desde ese entonces (2020) las atenciones se restringieron por directrices externas (MINSAL), solamente a urgencias o asistencia de virus, no pensando en la realidad de las movilidades marítimas:

“Esta situación hacía que muchos pacientes se quedaran en sus casas para no contagiarse, entonces teníamos que ir nosotros para allá y así pudimos nosotros postular para vehículos para mover dentro de las islas a los pacientes, pero ahí necesitas más atención y el déficit financiero que tenemos es bastante grande y no podemos hacer mantención a los vehículos; nos quedamos sin lanchas-ambulancias, ahora recién estamos recuperando las lanchas, para poder hacer las rondas con nuestros vehículos, porque arrendar es muy caro, sale alrededor de 12 millones mensual arrendar, aún sigue la más grande

(lancha) estando mala, arreglamos una, estamos esperando la otra que mandamos arreglar para poder estar las lanchas 100% operativas, pero ya de eso han pasado tres años” (E1)

En este escenario, la movilidad y transporte institucional de la salud, se ha visto perjudicado, teniendo a nivel terrestre vehículos institucionales con desperfectos y que no han sido recuperados luego de la pandemia. Lo mismo a nivel marítimo con las “lanchas-ambulancias” que no se han arreglado, teniendo que arrendar a particulares lo cual es más caro, tal como se manifiesta, y al mismo tiempo, una posibilidad de una deuda que se incrementa, y que genera tensión temporal en lo económico y en la movilidad institucional. Acá los vehículos son parte de una cadena de infraestructuras institucionales, que interpela constantemente a una “*multisectorialidad*” inexistente, que aquí por ejemplo, podría darse entre salud, transporte e infraestructuras atingentes.

Pero dado que no existe un sistema plenamente integrado, las soluciones deben surgir desde las “particularidades” contextuales, como el estado, el tamaño y la tecnología de las infraestructuras marítimas disponibles. Esto incluye, por ejemplo, el uso de pequeñas lanchas particulares arrendadas, que permiten sortear barreras geográficas y condiciones climáticas adversas, como los vientos que alcanzan velocidades de 35 a 40 km/hr., y que definen el límite de zarpe.

En este escenario, la articulación institucional adecuada debería ser capaz de influir tanto en los ritmos de las

infraestructuras como en la cotidianidad de las personas. Sin embargo, más allá de los deseos o las proyecciones ideales, la realidad de estas (in)movilidades institucionales está marcada por descoordinaciones que operan bajo un estado de “normalidad”, previa a la pandemia, pero que el virus evidenció y profundizó aún más. Este estado asumido implica que el sistema no puede funcionar de otra manera que no sea de forma interrumpida (Jalas, Rinkinen y Silvast, 2016). Se trata de un “zigzag” instituido e instituyente, caracterizado por una simultaneidad crítica entre la norma y la experimentación, pero con unos hiatos que habla de prácticas que ponen en duda formas de gobierno y democracia en el territorio.

Este equilibrio transitorio, definido como “institucionalizado”, está constantemente tensionado por procesos de negociación y conflicto, tal como lo plantea Lourau (1975). En el caso de Quinchao, este equilibrio se ve profundamente afectado por el déficit económico y el endeudamiento con otras corporaciones, lo que repercute directamente en las prácticas móviles de atención; sobre todo si lo vemos de manera diferenciada y en cada nivel específico de las prácticas de trabajadores de la salud. Durante 2023, por ejemplo, se registraron más de 100 días en los que no se pudo realizar la ronda médica a las islas, evidenciando una discontinuidad del servicio de manera prolongada en el tiempo. Esto genera severas consecuencias tanto en la estructura funcional del sistema, como en las vidas humanas que dependen de estos servicios.

El “puerto cerrado” se convierte en un imperativo que establece jerarquías claras entre las partes involucradas. Esta decisión, determinada en última instancia por la Capitanía de Puerto y la Armada, afecta incluso las urgencias que deben gestionarse desde Castro hacia las islas de Quinchao. Este imperativo no solo limita la movilidad en casos críticos, sino que también impacta la atención primaria, llegando a paralizarla en algunos periodos, lo que genera tensión con las bases de trabajadores.

Esta situación es particularmente problemática en el intento de cumplir con los estándares institucionales de atención, donde las metas sanitarias no solo representan indicadores de gestión, sino también recursos económicos destinados a los funcionarios. Como lo señala el Director: *“Las metas sanitarias son recursos que llegan a los funcionarios, y los índices para las metas de atención primaria representan dinero. Si no se cumplen ciertos indicadores en plazos específicos, ya sea mensual o bimensualmente, esos recursos se descuentan”* (E1): Esta lógica institucional, basada en la evaluación periódica de indicadores, intensifica la presión sobre los equipos de salud en un contexto donde las limitaciones estructurales y climáticas ya dificultan el cumplimiento de las mismas metas.

En este escenario, se observa aquí un panorama marcado por desentendimientos, agotamiento y brechas en la gestión de la movilidad de los servicios de salud, especialmente en la relación entre la corporación municipal y el servicio de salud. Estas tensiones afectan directamente la definición de roles y el funcionamiento de la atención

primaria, generando inconsistencias y limitaciones en la prestación del servicio:

“Porque ellos la verdad es que descargan bastante en nosotros. Las atenciones la hacemos nosotros; lo que hacen ellos es pasarnos a través de convenios o a través de Fonasa que es per cápita, en ese sentido ellos facilitan, pero más allá de eso no nos apoyan en la atención directa hacia los pacientes; de hecho la atención de pacientes de emergencia que debiese ser atendida por el SAMU, lo tenemos que hacer nosotros por nuestros medios, entonces eso también es otro déficit que se va generando, y nosotros aquí los pacientes de especialidad, la mayoría de la especialidad es en Castro o Puerto Montt; tenemos que apoyarlos en el traslado, sacarlos tanto de la isla como llevarlos hasta Castro, o Ancud, muchas veces a Puerto Montt, llevamos a los que tienen mayor complejidad en su traslado, ya sea económico, ya sea de salud por la movilidad que pudieran tener o movilidad reducida, nosotros por lo general lo hacemos, los llevamos. Por ejemplo, hay paciente que son de las islas y que requieren diálisis, y eso es en Castro, ellos no se dializan, porque ellos para movilizarse necesitarían una movilización diaria mañana y tarde desde sus islas, que salgan y puedan ingresar, ellos muchas veces no tienen a donde quedarse acá entonces no se dializan, se van a morir muy luego”(E1)

La falta de coordinación entre sectores, sumada a la ausencia de una comprensión de la movilidad como una dimensión político-institucional, genera distancias y tensiones críticas en la gestión cotidiana de los servicios. En el caso de Quinchao, las decisiones, acciones y estrategias adoptadas por gobiernos, autoridades locales,

organizaciones y actores clave para regular y gestionar el transporte y la movilidad, se ven constantemente atravesadas por intereses sectoriales contrapuestos.

Estos desacuerdos están estrechamente ligados a la asignación de financiamientos y recursos, así como a una inercia institucional que dificulta la implementación de transformaciones necesarias para responder a las particularidades del territorio. Tal como lo señala Wickland (2023), esta falta de alineación institucional perpetúa conflictos y limitaciones, impactando no solo el funcionamiento de los servicios, sino también la calidad de vida de las comunidades afectadas.

En estos escenarios de vacilación entre mover o no mover la institucionalidad, se va instalando una suerte de normalidad de la desarticulación/tensión, que al mismo tiempo va generando estrategias de apoyo y logística. Por ejemplo, ante esta situación y ante la falta de personal especializado, se ha trazado como importante poder (re)organizar a nivel semanal las “rondas médicas”³¹, de modo que la reorganización de las mismas sea menos compleja en tiempos acotados y a veces inesperados:

“Estamos planificando ya martes y miércoles de cada semana, para subir el calendario el día jueves para que los TENS puedan tener hacer sus agendas de los funcionarios que van a llegar a las islas la semana siguiente, en un sistema de drive manejamos las rondas y así lo vamos

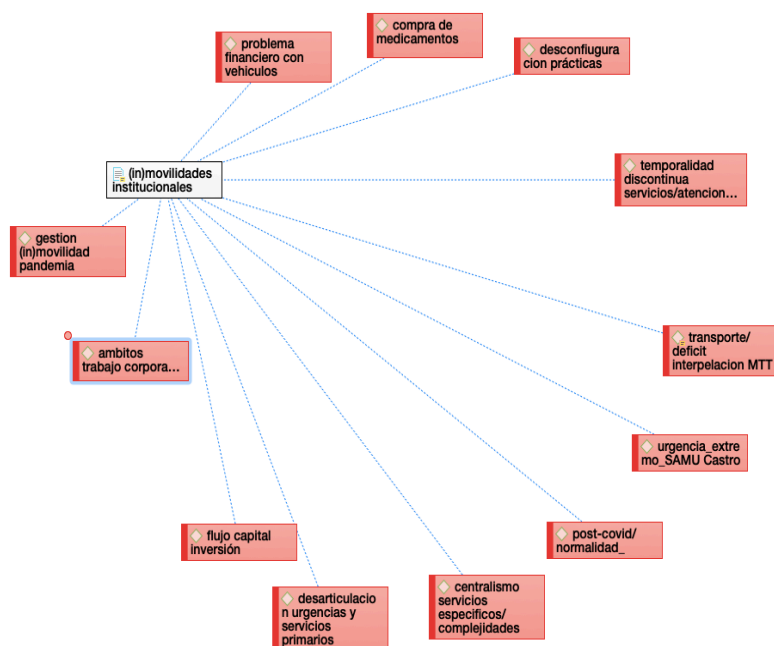
³¹ Que incluyen: médico general, kinesiólogo respiratorio de rehabilitación, psicólogo, matrona, nutricionista, podóloga, educadora de párvulo para los niños que no van al jardín.

viendo y vemos también así como es el funcionamiento de los funcionarios, cada uno en sus puestos, porque tenemos tres equipos en los tres diferentes sectores y ahí tenemos otro problema que es el acceso a la consulta médica, porque en este momento tenemos solo un médico, que es el médico del sector rojo y los otros estamos cubriéndolos con el apoyo del hospital de Achao con un cirujano hasta el mes de enero, porque en febrero no atiende y estamos próximo a contratar un médico, porque no hay disponibilidad para los usuarios. El Buque (“Cirujano Videla”) tiene médico de atención primaria que es un médico profesional del hospital de Achao, el equipo es un equipo de cirujanos del hospital de Achao, no es del servicio, ósea también sacan recursos del hospital para atender a las diferentes comunas, no solo atiende en la comuna de Quinchao que es una semana, otras veces atiende en Quellón, en la comuna de Chaitén y Quemchi, es un convenio que tiene el servicio con la armada” (E1)

Además, como se evidencia en la entrevista, la gestión de recursos para profesionales es un tema crítico para esta Corporación de Salud. La lógica financiera de las corporaciones, marcada por deudas y restricciones presupuestarias, dificulta brindar una atención adecuada y oportuna. La dispersión de recursos afecta áreas clave como medicamentos, especialistas, trabajadores, deudas previsionales, tecnología, calefacción e internet en las postas, agravando el malestar de los funcionarios y generando paros laborales (2023³²). Este contexto de

³²<https://elinsular.cl/noticias/chiloe/2023/09/12/se-mantiene-el-paro-de-la-salud-en-quinchao-y-anuncian-marcha-con-apoyo-de-otras-comunas/> (noticia de septiembre 2023)

fragilidad e incertidumbre laboral de los trabajadores, provoca discordancias entre las metas de atención³³ exigidas y las capacidades reales de la corporación para cumplirlas, lo que torna imposible garantizar un servicio integral desde la gestión actual.



Esquema 4: Redes Atlas Ti. desarticulaciones institucionales. Elaboración propia

La gestión de la movilidad e inmovilidad en contextos restrictivos en Quinchao responde a una forma de gobierno influida por factores geográficos y climáticos adversos. La fragmentación territorial, los vientos, las lluvias persistentes y los fuertes oleajes dificultan el tránsito marítimo, esencial para la conectividad entre islas y el acceso a servicios médicos. Estas condiciones extremas, combinadas con la precariedad de la infraestructura vial y

³³<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/ANEXO-02.pdf>

la escasez de embarcaciones adecuadas, limitan la capacidad institucional de respuesta y generan una dependencia de medios de transporte insuficientes y costosos. La falta de muelles adecuados y caminos inestables agravan la situación, restringiendo el alcance de las rondas médicas y la evacuación de emergencias.

Este escenario, se puede describir como la instauración de nuevas normas y realidades aceptables dentro de las (in)movilidades institucionales, donde la adaptación a restricciones materiales se convierte en parte de la gestión cotidiana. A estos desafíos geográficos y climáticos se suman restricciones presupuestarias y modelos de financiamiento que no consideran la especificidad del territorio insular. La asignación de recursos sigue criterios centralizados que no contemplan las interrupciones derivadas de las condiciones meteorológicas, lo que reduce aún más la capacidad operativa de los servicios de salud. La competencia por fondos municipales y la dependencia de convenios para el arriendo de embarcaciones y vehículos agravan la inestabilidad del sistema, dificultando la provisión continua de atención médica en las comunidades más aisladas.

Esta falta de flexibilidad en la asignación de recursos y la rigidez estructural limita la capacidad de respuesta institucional, reproduciendo lo que Wickland (2023) describe como un marco de financiamiento controvertido que restringe significativamente la acción en territorios de difícil acceso. Esta situación evidencia las fricciones propias de las políticas institucionalizadas, cuyas prácticas y formas relacionales se ven constreñidas en su capacidad de

moverse y adaptarse. Como señalan Guillermo Jajamovich y Gabriel Silvestre (2021), la *policy mobility* implica al mismo tiempo una *policy transfer*; sin embargo, en este caso se trata de una transferencia limitada, de ensamblajes deseables pero inexistentes. En otras palabras, hay una escasa circulación de experiencias y políticas, con circuitos institucionales restringidos (McCann y Ward, 2011), lo que condiciona el despliegue de un campo instituyente y vivido, como el que se analiza en la tesis.

7.2.- (In)movilidades de profesionales/especialistas por el territorio

Un segundo nivel de las movilidades e inmovilidades institucionales se manifiesta en las prácticas de desplazamiento y movilización de recursos, medicamentos y servicios de salud en el territorio, específicamente en la labor de la “ronda médica”. Estas prácticas pueden definirse como “movilidades terapéuticas”, entendidas como desplazamientos múltiples que integran a los profesionales de la salud, así como a los objetos y tecnologías médicas necesarios para la atención (Kaspar, Walton-Roberts, Bochaton, 2019).

Para profundizar en las sutilezas y dinámicas de la movilidad por salud, realizamos un mapeo participativo con profesionales que trabajan en terreno, desplazándose desde Achao hacia las islas. En esta actividad participaron 10 personas, entre funcionarios de la Corporación de Salud y otros profesionales, quienes colaboraron en la representación de las trayectorias que deben recorrer en el territorio. Durante aproximadamente dos horas, y en un

ambiente de relajación y confianza momentánea, se trabajó en la construcción de dos mapas, con rotación de participantes entre ambos momentos.



Fotografías cartografía social de la salud con funcionarios. Registro personal

Una de las primeras relevancias de la conversación fue que la movilidad de estos profesionales no se limita al simple traslado de servicios. Al contrario, esta involucra una serie de estrategias y modulaciones de movimiento, que quedan reflejadas en el mapa y muestran su naturaleza diversa y heterogénea.

Aunque este aspecto del problema puede parecer evidente, es fundamental examinar con detenimiento las conexiones y dimensiones específicas que surgen de estas (in)movilidades. En este contexto, se revela una tensión crucial entre la experiencia laboral de los profesionales y una visión integral del territorio. Más allá de lo que podría considerarse algo “ya sabido”, el verdadero desafío radica

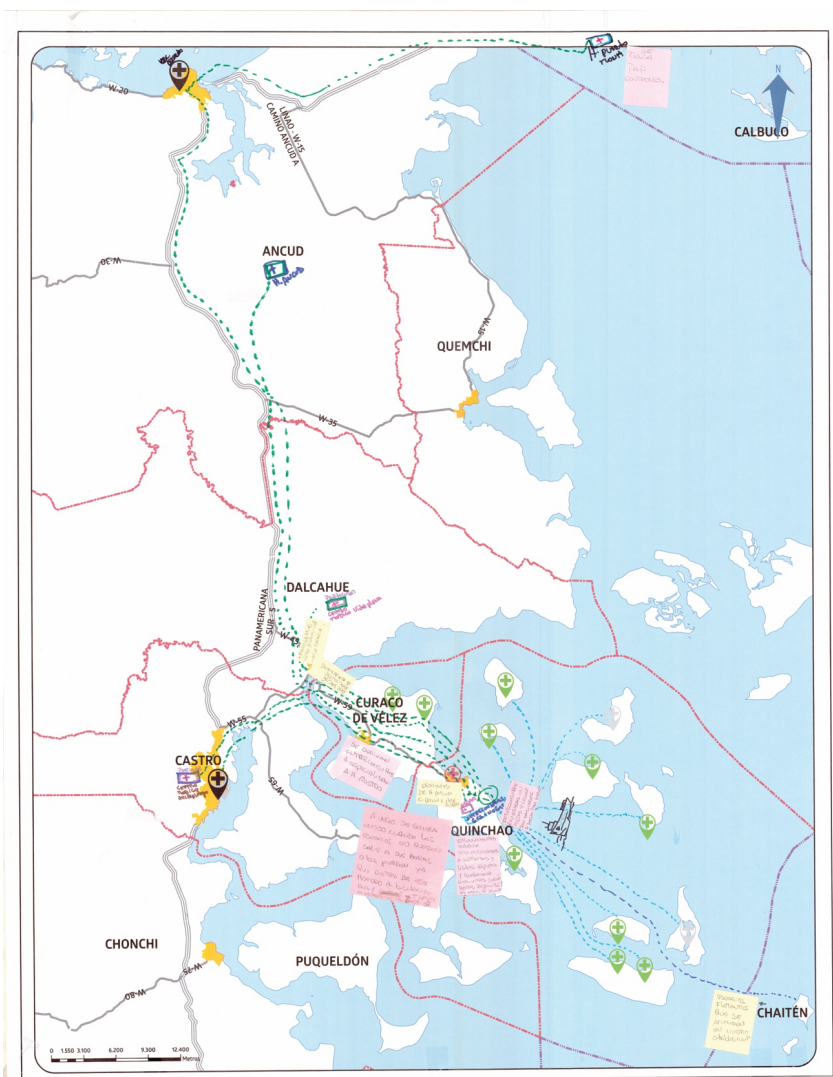
en las barreras que los trabajadores deben sortear para cumplir con las metas institucionales, como se mencionó previamente.

A esto se suma el hecho de que los profesionales rotan con frecuencia, ya que la lejanía del archipiélago de Chiloé a menudo no resulta atractiva desde una perspectiva social y de clase, para los especialistas en salud, quienes provienen de otras ciudades (urbanas) del país, y la medicina en Chile no es popular.

Estos profesionales deben desplazarse hasta Achao, donde se ubica el DESAM, espacio central de gestión, administración y atención cotidiana en salud. La mayoría reside en Achao o en centros urbanos como Castro, lo que les permite llegar rápidamente en automóvil (propio) hasta este nodo político-logístico. Desde allí, se movilizan hacia las distintas islas y sectores para realizar las rondas médicas. Cuando no participan en estos desplazamientos, también deben asumir labores administrativas vinculadas a la planificación y coordinación de las atenciones.

Las movilidades se organizan en función de la contigüidad institucional, es decir, desde Achao hacia las demás instancias de atención en la isla. Esta cercanía institucional busca minimizar las turbulencias en los desplazamientos y tiempos de los profesionales, quienes representan el recurso más costoso para la corporación. Se trata de una institucionalidad situada, centrada en la cercanía a diversas infraestructuras clave, como la municipalidad, carabineros, marina, turismo, supermercados (cajeros automáticos), estaciones de servicio y carreteras.

En Achao, como se observar en la cartografía, tanto en el DESAM como en el hospital, también se atiende a los llamados “usuarios flotantes”: personas que llegan sin coordinación previa, muchas veces por iniciativa propia o por necesidad urgente. Estos usuarios provienen incluso de territorios tan distantes como Chaitén, perteneciente a la Corporación de Salud de la Provincia de Palena, lo que representa una superposición administrativa, ya que, si bien se trata de otra jurisdicción sanitaria, comparten una misma zona marítima histórica —particularmente en torno al vínculo con las Islas Desertores—. Esta situación evidencia una movilidad sanitaria que desborda los marcos institucionales establecidos, y que pone en tensión las capacidades locales de respuesta frente a una demanda no planificada pero recurrente.



Mapa 14: Cartografía social con funcionarios sobre desplazamientos/atención en Quinchao/Chiloé. Realizado Febrero, 2023

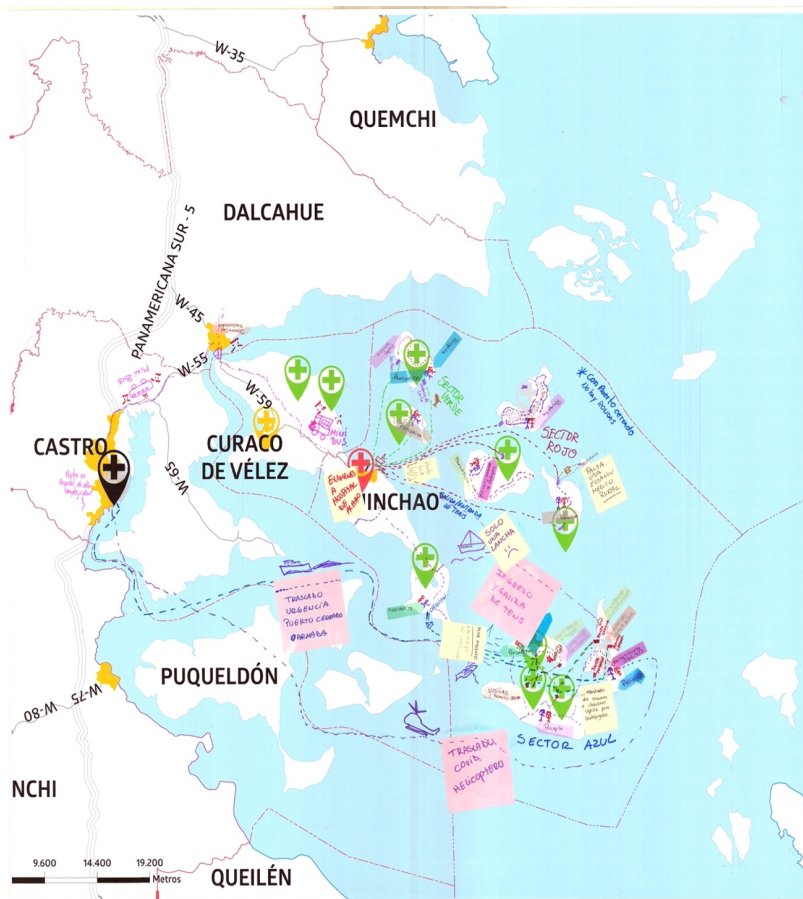
Desde Achao se coordina la movilidad de interconsultas, controles y procedimientos como el PAP hacia centros de atención secundaria en Puerto Montt, según disponibilidad institucional. También se gestionan listas de espera y derivaciones, así como el envío de exámenes clínicos (mamografías, ecotomografías, pruebas de enfermedades crónicas, entre otros) a laboratorios en Castro, Ancud o Dalcahue. Esta red incluye además el traslado regular de muestras biológicas (sangre, orina, tejidos), lo que configura una movilidad clínica que involucra no solo

personas, sino también datos, materiales e “infra-cuerpos” fundamentales para sostener la atención en contextos insulares (Casha et al., 2020; Harvey, 1973; Soja, 2010)

Lo anterior tensiona la viabilidad de incorporar modalidades como la telemedicina o la teleconsulta, que si bien actualmente tienen escasa presencia en este territorio, podrían ofrecer alternativas relevantes en la instalación de plataformas digitales y tecnologías de comunicación. Estas herramientas permitirían realizar exámenes, consultas y seguimientos a distancia, promoviendo la movilidad de información médica y la prestación de servicios sin requerir necesariamente el desplazamiento físico de profesionales a través de rondas médicas. Son preguntas que emergen a lo largo de este análisis y que abren líneas de indagación hacia el cierre del manuscrito, especialmente en torno a cómo pensar soluciones situadas en contextos insulares.

Pensar en los desplazamientos efectivos -y también en aquellos interrumpidos- resulta clave, ya que estos movimientos aportan información valiosa a las historias clínicas y a los registros médicos. La circulación de personas y materiales puede facilitar la interoperabilidad entre instituciones de salud, permitiendo compartir datos relevantes para la toma de decisiones clínicas y fortaleciendo la continuidad de la atención. No obstante, esta multiplicidad de servicios y flujos también produce fricciones, como advierten Kaspar, Walton-Roberts y Bochaton (2019), especialmente en tres áreas críticas: la regulación normativa, la seguridad y privacidad de los datos, y la coordinación entre actores e instituciones. Estos desafíos requieren ser abordados desde un enfoque

transectorial, tal como se discutió en el taller de mapeo, con el objetivo de aumentar la efectividad y sostenibilidad del sistema de atención en contextos insulares.



Mapa 15: Cartografía social con funcionarios sobre desplazamientos/atención en Quinchao/Chiloé.. Realizado Febrero, 2023

Los desplazamientos de los trabajadores de salud y sus prácticas cotidianas implican viajes regulares que, si bien se han reducido progresivamente debido a las restricciones presupuestarias de la Corporación, continúan siendo parte fundamental del funcionamiento del sistema. Las rondas médicas suelen realizarse entre las 10:00 a.m. y las primeras horas de la tarde, comúnmente finalizando entre las 15:00 y 16:00 horas. Sin embargo, no es infrecuente que estos retornos se retrasen, especialmente cuando es necesario trasladar pacientes o atender urgencias desde las

islas hacia Achao. Desde allí, como se ha mencionado, pueden activarse nuevas derivaciones hacia otros centros de mayor complejidad.

Estas rutinas, que demandan una alta disponibilidad física y emocional por parte del personal, impactan directamente en la organización del trabajo: generan tensiones entre las tareas clínicas y administrativas, alteran los horarios de descanso y dificultan la planificación interna de los equipos. La incertidumbre respecto a los tiempos de retorno o la aparición de urgencias imprevistas se traduce en una forma de “trabajo en tránsito”, donde los límites entre jornada laboral y tiempo personal se vuelven difusos. Este contexto favorece el desgaste profesional, particularmente en territorios donde la lógica de la atención se basa en la adaptabilidad constante más que en la previsibilidad institucional.

Un aspecto clave es que, desde Achao, es necesario coordinar y definir las salidas de las rondas médicas, teniendo en cuenta las zonas a cubrir y el visado requerido, que debe ser autorizado inicialmente por la Armada (Capitanía). Esta tarea es gestionada por el encargado de logística, en colaboración con otro profesional encargado de asegurar que las rondas se realicen conforme a lo planificado, o se suspendan y reagenden.

De este modo, se produce un doble tipo de trabajo: uno más jerárquico, vinculado al diálogo y la toma de decisiones, y otro más directo, centrado en el contacto con los profesionales en terreno. Estas acciones son rápidas y eficientes, pues las comunicaciones se realizan de manera

local mediante celulares, teléfonos o en las oficinas del pueblo, y se extienden de inmediato hacia las islas y el DESAM en caso de suspensión de la ronda. Estas suspensiones incluso pueden anticiparse si se pronostican condiciones meteorológicas adversas, como vientos fuertes (puentes), marejadas o brotes virales.

En la práctica, lo primero que sucede es que los profesionales llegan al DESAM, ya sea en vehículo desde Achao, Dalcahue o Castro. Una vez allí, y tras recibir la autorización para salir, el profesional encargado de las rondas coordina con el chofer del furgón la conexión del vehículo con el grupo de profesionales asignados para ese día. Como los grupos no siempre son los mismos, en los días en que no participan en las rondas, los profesionales permanecen trabajando en Achao, tal como decíamos.

Cuando toca viajar, el chofer recoge a los profesionales en el DESAM y los traslada a las zonas terrestres de la municipalidad, como Matao o Villa Quinchao, o bien hasta la punta de Chequián, desde donde se embarcan hacia el sector azul para llegar a las islas de Alao, Apiao y Chaulinec. Cuando se dirigen a islas como Meulín o Lin Lín, el chofer puede acercarlos también al muelle de Achao, transportando cajas y otros objetos, una práctica habitual aunque no siempre rutinaria. En algunas ocasiones, los profesionales prefieren caminar hasta el muelle para optimizar el uso del vehículo, que se destina principalmente al traslado de cargas, las cuales son ayudadas a subir por el funcionario de la lancha (actualmente privada).

Además de las atenciones médicas, estos traslados comprenden exámenes y visados de atención, tanto por parte de los profesionales en terreno como de otros especialistas. La movilidad también implica el transporte de objetos esenciales —como coolers, bolsos y cajas con insumos críticos, incluidos medicamentos y vacunas—, lo que refleja, además, la movilización “concreta” y representativa de políticas públicas en el territorio, pero expresada en materialidades y objetos con cierta expresión política, como puede ser una vacuna.

Después de viajar en lanchas privadas, los profesionales son dejados en la isla correspondiente. En un mismo viaje, se pueden realizar atenciones en al menos tres islas, siempre que las condiciones lo permitan. Estas visitas están coordinadas con los TENS, quienes aseguran que los pacientes lleguen a la posta o se mantengan atentos a posibles visitas domiciliarias, pero también a las interrupciones que son normales.

De tal modo, estos viajes de funcionarios y servicios van más allá de la eficiencia requerida (Orlova, 2021:32) y son reactivos ante interrupciones, como las que se observan en las rondas médicas y las discontinuidades en las atenciones en Quinchao, reflejando las movilidades e inmovilidades institucionales del territorio. Los funcionarios deben adaptarse al suspenso y a la constante reacomodación que implica la atención en territorios insulares, especialmente en áreas más apartadas como las del sector azul

La temporalidad de estos servicios se define por su capacidad para establecer ritmos regulares, responder a

interrupciones, interactuar con ciclos naturales y sociales, y evolucionar con el tiempo, afectando la experiencia de la atención (Jalas, Rinkinen & Silvast, 2016). Estas tensiones influyen en cómo se experimenta y accede a la atención médica, y también evidencian la distancia de los recursos, lo que dificulta la atención especializada. Asimismo, se hace urgente visibilizar la falta de estaciones médicas rurales (sector rojo) y la necesidad de servicios aéreos y telecomunicaciones más fluidas.

A pesar de las suspensiones y discontinuidades, este servicio y práctica (in)móvil sigue siendo esencial para la salud institucional del territorio y debe ser reconocido por las políticas ministeriales, las cuales definen metas de atención sin considerar adecuadamente las particularidades territoriales y experienciales de los servicios insulares.

7.3.- Movilidades funcionarios en isla

El último nivel de estas movilidades ocurre en el contexto de la isla, donde la mayoría de los isleños satisfacen sus necesidades de atención médica cotidiana de baja complejidad, pero también enfrentan situaciones de emergencia que requieren atención en la isla o la coordinación para una “salida” hacia otros centros de atención.

Este trabajo se lleva a cabo en las postas rurales locales, a cargo de los/as funcionarios/as técnico-profesionales de la salud, TENS y “agentes comunitarios” en los CESCOF (Apiao y Meulín), donde el servicio es más completo. Estos

profesionales viven en la isla, en residencias proporcionadas por la corporación, y en algunos casos, conviven con sus familias. Sin embargo, más allá de la estabilidad que les ofrece tener un solo trabajo y vivienda asegurada, existen también críticas sobre las condiciones de este emplazamiento:

“Es horrible porque hay veces que hasta nosotros mismos como funcionarios no tenemos donde quedarnos, no sé en el sector más alejado “el tránsito”. Y a veces no sabemos cómo ir o desplazarnos (.....) tengo mi colega que es una niña que vive acá y tiene que recurrir a sus propios medios a su propio vehículo para irme a buscar. Y muchas veces ha tenido que trasladar pacientes con su propio vehículo porque no tenemos vehículos para transportar el paciente para bajar la rampa” (E7)

Estos funcionarios no solo desempeñan su labor en la Corporación, sino que también son residentes de las islas y, en muchos casos, vecinos de las personas que atienden. Así, asumen una “doble identidad”, viviendo y trabajando en el mismo espacio, lo que les permite experimentar la realidad local de una manera única, pero también más crítica.

A nivel general, también trabajan bajo metas de atención, las cuales suelen disminuir durante el invierno, debido a los recortes aplicados por la Corporación de Salud, que opera según los lineamientos establecidos por el Ministerio. Durante el invierno, toda esta red de servicios se vuelve más esporádica, incluso los medicamentos para los pacientes crónicos afiliados a Fonasa

Su horario de atención es diurno, aunque también se mantiene una disponibilidad telefónica 24/7 para responder a consultas de baja complejidad o urgencias. Esta modalidad, que muchas veces virtualiza la agenda de trabajo, genera un desgaste importante desde la perspectiva de los y las profesionales. Se ven obligados a “hacer de todo” y, con frecuencia, a operar al límite, enfrentando emergencias o resolviendo situaciones propias de otras especialidades en ausencia de rondas médicas o dispositivos adecuados.

Su posición actual contrasta con la del paramédico isleño del siglo XX, cuya labor estaba mucho más arraigada en la comunidad, con un (otro) compromiso que incluía traslados en buey, a caballo o a pie durante largas caminatas. Hoy en día, resulta fundamental reconocer las particularidades y exigencias de este trabajo, que se desarrolla desde un régimen de excepción en relación con otros contextos o momentos, y que incluso puede generar incomodidad o incomprensión en quienes desconocen las dinámicas cotidianas del habitar isleño.

En la posta local, el personal cumple una amplia gama de funciones, tanto asistenciales como administrativas. Entre las labores domiciliarias se incluyen la entrega de medicamentos y alimentación complementaria (PNAC y PACAM) a personas mayores y postradas, la atención de urgencias con posterior derivación al Hospital de Achao, y el acompañamiento a profesionales en visitas para la toma de signos vitales y apoyo en las atenciones.

En la propia posta, se realiza la entrega de medicamentos y alimentos a usuarios o familiares, atención de urgencias y morbilidades, administración de inyecciones intramusculares y subcutáneas, toma de exámenes de laboratorio (sangre y orina), y vacunación (antitetánica, neumocócica, influenza, antirrábica y COVID). A ello se suman tareas administrativas como el registro estadístico mensual, conteo de fármacos, programación y llamado de pacientes para las rondas médicas, y coordinación con los distintos profesionales. En caso de fallecimiento en domicilio, se constata la muerte por cese de signos vitales y se contacta al médico para la emisión del certificado de defunción. También se aplican encuestas familiares como parte del seguimiento territorial.

Además, el personal de la posta actúa como mediador entre las rondas médicas y los controles de especialistas que, en ocasiones, como vimos, no logran llegar a las islas. Su labor principal consiste en monitorear de forma continua la salud de pacientes crónicos y adultos mayores, especialmente cuando los controles no se realizan con regularidad. Asimismo, gestionan las urgencias dentro de la isla y coordinan los traslados cuando la situación lo requiere, operando como un nodo clave en la red de atención en contextos de alta dispersión geográfica.

En casos de descompensación de un paciente crónico, el traslado se organiza desde las islas hacia Achao o Malqui, para luego continuar hasta Dalcahue. Durante el invierno, *“el traslado siempre es evaluativo”*, lo que implica que las decisiones se toman considerando la situación del paciente y la disponibilidad de recursos.

Las labores, tanto de urgencia como de rutina, se desarrollan en un entramado constante entre movilidad e inmovilidad. Los desplazamientos dentro de la isla —para visitas domiciliarias, entrega de insumos o atención de emergencias— se realizan a pie bordeando el mar, en bicicleta, en vehículos institucionales o, en ocasiones, en automóviles de otros isleños. Esta circulación fragmentada y muchas veces improvisada da cuenta de una movilidad condicionada por la geografía, los recursos disponibles y los lazos comunitarios; ya que los propios trabajadores, sabemos, también habitan y forman parte activa de la vida insular:

“Tienes que meterte a la playa, tienes que esperar que el mar está bajo para poder pasar y caminar” (E7) Muchas veces toca esperar hasta 3 horas para que recién tengamos un vehículo, para ir por los adultos mayores..... Muchas ya me ha tocado salir, nunca tocamos una hora de calma y muchas veces en tu hora no alcanzas a volver al tiro. Así que acá es tener carácter super fuerte. Sí, porque si no te va súper mal. Igual que con lo mismo cuando nos arreglamos por la movilización lo mismo. Tienes que tener un carácter para si no.....Si acá la isla, si es complejo todo el tema” (E6)

Estas movilidades condicionadas por su agenda y disponibilidad están profundamente entrelazadas con las rondas médicas y sus eventuales suspensiones. Además, deben acompañar a los profesionales médicos en visitas a domicilios dentro de las islas, lo que refuerza la naturaleza interdependiente de su trabajo con el funcionamiento de los servicios de salud itinerantes (entre-islas). Siempre se

depende aquí, o se está sometido, de otra entidad que se mueva desde afuera (ronda, buque, SAMU Castro, o helicóptero en última instancia):

“Acá tienes que esperar a ver si es que hay un vehículo disponible, si es que quieren moverse porque es diferente vivir cerca del de los muelles, etcétera. Las diferencias que hay aquí dentro de la isla. la gente que vive en el otro sector que ese tránsito ciudad, si le queda lejos, acá cuesta mucho que vengan por la falta de movilización que tienen ahí. Hay gente que tenga vehículos bajos, sino que muchas veces la gente no quiere pagar sus fletes para venir (E2)(....)Nosotros los que intervenimos en cuando la gente va a Castro, por ponerte un ejemplo, es coordinar el hecho de realmente se necesitan en la camioneta para llevarlo de la casa a la rampa y coordinar el movimiento de la lancha (E1)(....) A veces cuando salen con la lancha de la corporación y en la tarde coordinar si es que vienen por ejemplo la lancha, comúnmente la de recorrido normal sale como a las 3 a 3:30 hrs, y a veces cuando van a Castro subes a las 3, vuelven a las cuatro 4:30 entonces nosotros de repente coordinamos la vuelta de la lancha para que la esperes ya y acá en rampa los pesques y los lleves para la casa, la manera que estamos interviniendo en esas horas. Y bueno, se le ayuda. Es que se trata de aliviarla un poco, porque comúnmente sucede que son 5000 el flete se les presta como una especie de servicio como para lidiar con el movimiento todo el día en realidad” (E5)

Como vemos, estos funcionarios técnicos, al desempeñarse en un contexto de inevitable lejanía, se convierten en una suerte de “último eslabón” de la institucionalidad y del “deber ser” que esta representa, es decir, de aquellas

prácticas y servicios que deben implementarse según estándares sociodemográficos predefinidos. Al vivir en la isla, sobre ellos recae además una expectativa de atención más completa y constante, como si su cercanía territorial les permitiera suplir las carencias estructurales del sistema. Esta demanda resulta contradictoria, ya que su labor depende de un servicio fragmentado y de un territorio marcado por la desarticulación y la interrupción, donde los recursos logísticos y biotecnológicos para sostener la atención son limitados y muchas veces precarios.

Sin embargo, esta lejanía también les otorga cierto margen de autonomía en la toma de decisiones cotidianas, lo que podría parecer una ventaja inicial, pero que se transforma en una carga constante ante situaciones límite. Esta “relativa libertad” no se extiende a decisiones clínicas críticas, como la emisión de visados médicos, ya que las normativas y jerarquías del sistema de salud limitan su capacidad para validar diagnósticos, prescribir medicamentos o definir tratamientos. Esto genera tensiones entre su rol operativo en terreno y los marcos institucionales que regulan su actuar.

Estas tensiones se intensificaron durante la pandemia y su llamada “nueva normalidad”, que dejó a la corporación de salud endeudada y con escasos recursos para financiar las rondas médicas o arrendar una lancha privada, ya que la lancha municipal de salud se encuentra averiada y no existe presupuesto para su reparación.

Otra preocupación es que como no hay oferta de mecánicos en las islas, cuando los vehículos se echan a perder, es muy

difícil que se arreglen dentro de la misma isla. De ahí que la caminata es muy común, pero principalmente cuando la casa es cerca y no alejada de sectores de muelles, que por lo general muestran algunas viviendas y servicios (un negocio, la posta). Algunos de estos funcionarios van por los mismos caminos y subidas imperfectas de las islas, para llenar una ficha o algún procedimiento -no tan complejo- a gente de la tercera edad, con enfermedades crónicas en etapas prolongadas de dolor, tratamiento o cercanas a la muerte.

Sin contar con una jerarquía médica clara para tomar decisiones relevantes y en un contexto de invisibilización de un ente regulador, estos funcionarios se ven obligados a enfrentar decisiones complejas y éticamente sensibles, que no siempre pueden resolverse adecuadamente o que, en algunos casos, no responden a la gravedad de la situación reportada.

Como señalan funcionarios de distintas islas (Meulín, Apiao, Lin Lin), ante estas circunstancias, lo primero que hacen es verificar los signos vitales del paciente, establecer comunicación con el médico correspondiente y, de ser necesario, gestionar la movilización en lancha tanto del médico como del paciente. Esta dependencia operativa con Achao, genera constantes tensiones entre la vida de los usuarios y las normativas vigentes, exponiendo al personal de salud a desafíos permanentes en la atención y en la logística propia del contexto insular:

“Poderla trasladar, digamos si tiene algún tipo de signo vital alterado, y el doctor nos autoriza automáticamente

se llama lancha y se saca Al hospital de Achao. Pero de repente, así como te digo, de repente te llaman, vas a ver, y realmente no es una urgencia, pues entonces ahí se le entrega medicamento, igual por el médico y se le deja citado para la próxima ronda que venga con médico(E4) Hay lanchas chicas que pueden navegar con cierta velocidad del viento; Y hay otras que no, Entonces ahí hay que buscar en los medios como para poder sacar a la persona y sea como sea, de repente hay que escalar y tratar que ese paciente llegue al hospital de Achao, que es más fácil de trasladar con los datos oportunos. Tiene que ver cómo sacar al paciente y darle compensación en el momento. La más compleja es la de respiración. acá se ve de todo, o sea acá no es que 1 va a ver una sola cosa, sino que cada 1 vende todo” (E5)

“Atenciones de urgencias como paros cardiorrespiratorios, puñaladas, fracturas expuestas, descompensaciones sin causas aparentes, etc... y la señal es horrible con el mal clima y muchas veces se va, y no hay nada que hacer, solo actuar por lo que uno sabe sin poder llamar al médico, pues me ha tocado igual sacar urgencias subiendo una tremenda cuesta con la paciente al hombro. Eso lo hice con el hermano y fue “heavy” (E3) “Hace poco teníamos al a alguien que estuvo con una fractura de fémur y necesitaba salir de la isla, y no teníamos cómo hacer esa movilización y la posta en sí prestó la lancha y todo para poder gestionar esos viajes” (E5) “De repente se ha pasado que con puerto cerrado viene una lancha de la marina desde Castro hasta acá...Pero también responde a una gestión, y me han dicho claro, pero esa esa gestión es como la última opción y hay temas que el puerto está cerrado y no hay nada más que hacer, o sea, está muy, muy complicado” (E4)

“A mí me tocó sacar una paciente con un accidente cerebrovascular, desde la isla del Frente de Caguash y no se murió, llamé a las dos de la mañana. La urgencia, es grave y me hicieron pasar el suero porque tenía glucosa alta” (E3) “Si las condiciones de verdad no son tan favorables y si no hay nada que hacer, bueno esperarnos a que paciente fallezca, pero tú tienes que estar ahí con el paciente hasta el último momento, digamos si es que ocurre o si no” (E5) “Porque si tienes tu paciente descompensado y no lo puedes estabilizar, corres el riesgo de que tú mismo paciente fallezca, camino a que se atiende(....)Tiene una persona de embarazada de repente y está con contracciones Y tienen las condiciones climáticas que no nos permiten, hay que pedir ayuda a ellos, o pedir una lancha para poder trasladarse con esa persona y con la capacidad adecuada”(E7)

En este contexto de movimientos emergentes dentro de la isla, las decisiones de estos funcionarios se guían principalmente por el nivel de gravedad y la condición del paciente, así como por la manera en que se organiza y ejecuta el traslado. Este proceso puede implicar el uso de recursos institucionales, lanchas privadas o, en casos menos frecuentes, embarcaciones de recorrido regular. Posteriormente, el trayecto continúa por vía terrestre hasta llegar a un hospital, lo que a menudo implica gestionar trámites adicionales y cumplir con protocolos establecidos, añadiendo una capa de complejidad a la atención en situaciones críticas.

“Pero hay momentos en que no va a ocurrir eso. O sea, los protocolos son protocolos y de repente temas marítimos no se pueden realizar y no hay cómo de repente ingresar una lancha, porque, por ejemplo, no se puede salvar una

vida, pero arriesgas más vidas por tratar de salvar una. Entonces igual es como complicado las decisiones (....) Mientras hacían todo el protocolo, pero no se puede, las dos llegan 4:30 a 5 de la mañana. Estamos hablando que en ese lapso el paciente podría haber fallecido en serio. La paciente volvió súper bien, todo bien” (E8)

Como se señala, pueden verse involucrados en situaciones de emergencia donde la salvación de vidas debe llevarse a cabo en el domicilio, en la posta o incluso durante el traslado. Esta modalidad, que a menudo implica un acto de “heroísmo”, es una experiencia extrema a la que idealmente no se debería llegar, ya que las intervenciones realizadas en estas condiciones suelen ser incompletas y carecen de los recursos tecnológicos (médicos) necesarios para garantizar una atención adecuada y oportuna.

Algo similar ocurre, probablemente como consecuencia de las limitaciones mencionadas, cuando se enfrentan a la espera del fallecimiento de una persona. En estos casos, la institución debe asumir un rol visible, gestionando y acompañando este proceso hacia la muerte. Esto añade una dimensión adicional de complejidad y representa una presión extra para los funcionarios, quienes no solo enfrentan las demandas emocionales de la situación, sino también la responsabilidad de administrar el trámite institucional asociado a este momento.

Esto es un efecto de la desarticulación entre las urgencias y los servicios primarios, ampliando la brecha entre estas prácticas y las comunidades a las que buscan atender. Los funcionarios isleños representan la “cara del Estado”, enfrentando la compleja tarea de resolver, con recursos

limitados, los denominados *wicked problems*: desafíos multidimensionales y profundamente complejos que, a su vez, provocan resistencias y omisiones en su manejo. Estas dinámicas contribuyen a que “*los profesionales experimenten una subjetivación profesional marcada por las tensiones*” (Muñoz et al., 2022:92-96), dejando en evidencia el significativo impacto emocional y laboral que dichas condiciones imponen sobre ellos.

En diversas ocasiones, y según el tipo de discurso de estos funcionarios —más crítico o más condescendiente, como se pudo observar—, emerge un cierto rechazo frente a las solicitudes de atención en situaciones que, desde su perspectiva, no constituyen emergencias reales. Este malestar se vincula a la carga extensiva que implica su rol multifuncional. Algo similar ocurre cuando se refieren a las personas que no acuden a retirar sus medicamentos a pesar de ser notificadas, o que no asisten a las rondas médicas programadas: “*No valoran lo que tienen*” (E4), señalan.

Estas expresiones pueden entenderse también como una forma de advertencia velada: que el servicio de salud no es estable ni garantizado, y que esto justificaría una mayor responsabilidad individual en su cuidado. Bajo esta lógica, cualquier malestar o exclusión podría interpretarse como consecuencia directa de la inacción personal: “*si está mal, es porque usted quiere*”. Este tipo de narrativas tensiona la relación entre los usuarios y el personal de salud, desplazando las causas estructurales de la precariedad hacia el comportamiento de las y los habitantes.

Un tema relacionado directamente con lo anterior es la movilidad e inmovilidad de los objetos de la salud, en particular de los fármacos, medicamentos y vacunas, y las gestiones asociadas a su manejo por parte de estos funcionarios.

“Prácticamente nosotros, no estamos autorizados como para llegar y entregar un medicamento; eso se lo hace un médico, donde se examina al paciente, se llama por teléfono y el médico ahí nos indica que el tratamiento a seguir” (E6) “Algunos lo toman de buena manera y otros se enojan muchísimo porque no se llegaba a dejarles algún medicamentos o atenciones de urgencias, o en situaciones donde algunos de ellos piden movilización para ir a su control en posta y en ocasiones no se puede hacer (...) Porque ya la tengo paciente, como vio que está en la ambulancia, ya quieren que les dejen los medicamentos y la leche en la casa, siendo que tenía él tiene camioneta” (E5)

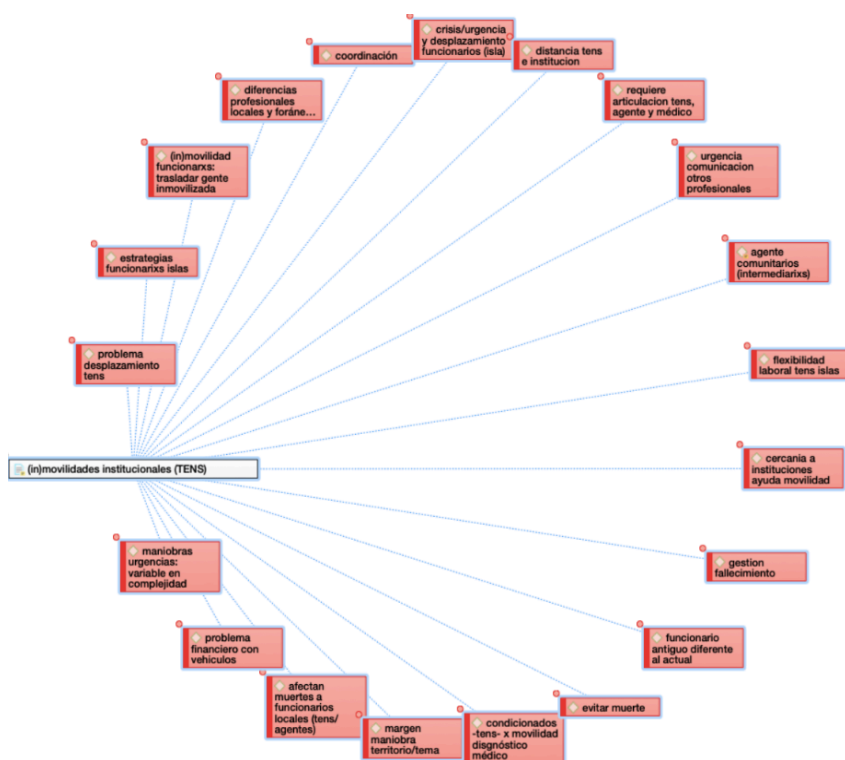
Los medicamentos, aunque carecen de agencia propia, son objetos de movilidad e inmovilidad que dependen de cómo se gestionen, transporten y comuniquen (una política de gobierno). Los funcionarios de las islas se encargan de trasladarlos, y cuando no están disponibles, deben ser buscados o esperados en el territorio.

En el contexto de la vacunación contra el COVID, los funcionarios enfrentan una recepción pasiva y, en algunos casos, resistencia, especialmente en territorios aislados con baja posibilidad de contagio y una percepción de una salud poco eficiente: *Un fenómeno interesante durante la pandemia fue el regreso de muchas personas a las islas*

(E6), donde se sentían más seguros que en las zonas urbanas, asociadas al progreso que no existe en las islas. Esta percepción contribuyó, de forma preliminar, al rechazo hacia la vacuna, lo que generó fricciones entre los funcionarios y los habitantes, quienes manifestaban sus dudas y resistencia hacia ellos.

Lo mismo ocurre con otros servicios esenciales, como el tratamiento de diálisis, fundamental para eliminar el exceso de líquido en personas con insuficiencia renal. Este procedimiento no puede realizarse en las islas, postas rurales ni por personal TENS, lo que obliga a los pacientes a desplazarse —en muchos casos de forma urgente y precaria— hacia centros en Dalcahue o Castro. Esta movilidad forzada no solo genera una sobrecarga para los funcionarios locales, sino que pone en evidencia una profunda injusticia territorial que limita el derecho efectivo a la salud.

En 2023, un informe del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) reveló que cerca del 28% de las personas fallecidas en la provincia de Chiloé se encontraban en listas de espera para atención especializada, lo que pone en evidencia la incapacidad del sistema para responder oportunamente. Esta realidad refleja un déficit democrático en la distribución territorial de los servicios públicos, donde la injusticia espacial genera desigualdades estructurales que afectan tanto la calidad de vida como el ejercicio pleno de derechos fundamentales en zonas periféricas. Tal como señala David Harvey (1973), esta relación entre espacio, poder y democracia resulta clave para comprender estas problemáticas.



Esquema 5: Redes Atlas ti, de (in)movilidad funcionarios islas. Elaboración propia

Para cerrar, hay que plantear que el apartado analiza las dinámicas de movilidad e inmovilidad que atraviesan los servicios de salud en las islas del Archipiélago de Quinchao, destacando las tensiones que enfrentan los técnicos y agentes comunitarios en contextos de lejanía y precariedad institucional. Estos funcionarios, que combinan su rol profesional con una residencia local, gestionan emergencias y atenciones de baja y alta complejidad con recursos limitados, enfrentando condiciones adversas como restricciones climáticas, falta de transporte y resistencias locales a fármacos por ejemplo.

7.4.- Reflexiones finales apartado

Tal como señalan Casha et al. (2020), en contextos insulares o remotos resulta fundamental “movilizar la experticia” —ya sea mediante profesionales especializados o flujos materiales— en lugar de imponer la movilidad forzada de los pacientes. Esto permite articular soluciones adaptativas que enfrentan las limitaciones estructurales del sistema de salud. En este sentido, las infraestructuras de transporte marítimo desempeñan un papel clave, funcionando como un eje tanto conectivo como de tensión entre el Estado y las comunidades, evidenciando la presencia y ausencia de servicios (Valdivieso, 2022). Además, estas infraestructuras configuran espacios donde se despliegan estrategias políticas de reversión y posicionamiento crítico frente a institucionalidades que, en ocasiones, superan o exceden su capacidad de gestión y equipamiento, así como las expectativas de una atención de salud digna para sus habitantes, que es lo que se espera, más allá de las tecnicidades y datos estadísticos

De ahí la importancia de visibilizar las diversas posibilidades y niveles de movilidad e inmovilidad institucionalizadas, que no dependen únicamente de Quinchao, sino que están determinadas por formas políticas e ideológicas de concebir los servicios y recursos desde el Estado. En este sentido, el presente apartado aborda la posibilidad de que las prácticas cambiantes y territorializadas de los funcionarios de salud generen un conocimiento pragmático y útil para comprender la movilidad e inmovilidad en el ámbito de la salud en territorios insulares. Desde la perspectiva de las “*healthy*

mobilities” (Bell & Cook, 2022) estas dinámicas de movimiento pueden transformarse en oportunidades transectoriales para mejorar el bienestar, siempre que se gestionen desde un entendimiento integral y contextualizado del territorio.

Esto permitiría diseñar estrategias orientadas a optimizar la disponibilidad temporal y espacial de los recursos y servicios, distribuyendo la (ambivalente) responsabilidad intra-isla, hacia una mejor coordinación entre islas y entre las distintas entidades de la provincia, incluyendo la gestión isla-continente. Dicho conocimiento, podría contribuir al diseño de protocolos o acciones emergentes que, por ejemplo, desmarquen a los funcionarios de las islas de los riesgos asociados a sus labores en la atención y gestión, permitiéndoles brindar un servicio adecuado a las necesidades específicas de los pacientes y los territorios; un servicios adecuado y esperable en torno a controles periódicos, la no descompensación, una mayor complejidad y urgencias con menos riesgo de muerte en movimiento.

En ese sentido, resulta fundamental reflexionar sobre las desarticulaciones entre niveles y las relaciones interprofesionales en el ámbito laboral. Esto pone de relieve la importancia de abordar los conflictos funcionales y las jerarquías de poder entre profesionales (Muñoz & Madrigal, 2018), las cuales dificultan una colaboración efectiva y deterioran la calidad del servicio. A la vez, es necesario comprender que las movilidades e inmovilidades de los funcionarios son heterogéneas, presentando distintos grados de comodidad y precariedad, variadas

distancias recorridas, y se encuentran mediadas por lógicas de clase y su relación con la institucionalidad.

De tal modo, los paros organizados por los funcionarios de las islas entre 2022 y 2023 han evidenciado problemáticas estructurales, como los contratos de trabajo y las condiciones laborales no resueltas. Esta desconexión se traduce en una movilidad limitada para los profesionales de la salud, quienes, a pesar de sus esfuerzos por adaptarse a las demandas de la comunidad, se ven restringidos por recursos insuficientes y condiciones adversas.

Así, la interacción entre movilidad e inmovilidad en Quinchao no solo pone de manifiesto las desigualdades en el acceso a la salud, sino también la necesidad de un enfoque más integrado, transectorial y transdisciplinario, en todos los niveles de la gestión, que sea sensible a las particularidades del territorio y permita superar las barreras existentes, y mejorar la atención sanitaria en la zona.

Sin embargo, como se desarrolla en este apartado, el periodo posterior a la crisis sanitaria no ha permitido restituir una “normalidad” en las prácticas ni en los territorios de la movilidad por salud. Lo que está en juego, entonces, no es simplemente el retorno a un orden previo, sino la interrogación crítica sobre una “normalidad” que ya era precaria antes de la pandemia, y que con la irrupción del virus no desaparece, sino que se intensifica y reconfigura hacia unos límites críticos e indeseables. Esta intensificación da lugar a una nueva forma de organización -una “nueva normalidad” archipelágica de la movilidad e

inmovilidad en salud- caracterizada por tensiones estructurales, fragilidades persistentes y reacomodos territoriales en disputa, y en donde la institucionalidad queda expuesta, en la errónea interpretación de que se trata de una problemática “intra-institucional”.

Tomando esto en consideración, podríamos decir que en territorios insulares y periféricos, los niveles más altos de movilidad e inmovilidad institucional en salud no solo reflejan la organización logística del sistema, sino que configuran una cartografía política que delimita qué poblaciones acceden a la atención y bajo qué condiciones. La zonificación de servicios, la concentración de recursos en determinados nodos y la distribución desigual de infraestructura médica dan forma a una geografía jerarquizada, donde el espacio se convierte en una tecnología de gobierno. Como advierte Edward Soja (2010), estas jerarquías político-espaciales no son neutras ni despolitizadas: expresan formas estructurales de injusticia, en las que el acceso al cuidado de la población, se encuentra mediado tanto por la localización territorial como por la capacidad institucional de hacer circular/mover —o de contener— a personas, saberes, recursos, tecnologías o políticas (ya sea a nivel de las “políticas públicas”, o de las “relaciones de fuerza” propias de las tensiones)

Desde una perspectiva que incorpora la dimensión del tiempo, estas dinámicas también implican conflicto en los ritmos y cadencias que definen la experiencia de la atención sanitaria. La inmovilidad institucional y la lentitud en la circulación de recursos se traducen en formas de espera prolongada y suspensión del acceso, que afectan

profundamente la vida de quienes requieren atención. La percepción del tiempo, ya sea como un flujo acelerado que se detiene en las barreras administrativas o como una espera interminable, caracteriza la experiencia de quienes enfrentan obstáculos y espera que los servicios lleguen. De ahí que, la imposición de límites temporales y las reglas de acceso refuerzan, además, discursividades de exclusión y desesperanza en trabajadores de “primera línea”

De tal modo, estas dinámicas de (in)movilidad institucional no responden únicamente a decisiones técnicas o presupuestarias, sino que se configuran dentro de regímenes de circulación desigual de políticas públicas, en los que la movilidad no garantiza necesariamente una implementación efectiva ni situada. Como plantean McCann y Ward (2011), las políticas no se trasladan de forma objetiva, sino que se ensamblan en contextos específicos atravesados por fricciones estructurales y territoriales. Así, en el campo de la salud, lo que se observa muchas veces es una movilidad institucional fragmentada, donde las aspiraciones de integración territorial, intersectorialidad y adecuación contextual se reducen a ideales difícilmente institucionalizables (Jajamovich & Silvestre, 2021). Esta (in)movilidad está mediada por marcos normativos rígidos, decisiones centralizadas y mecanismos de financiamiento indiferentes a las especificidades geográficas y sociales de los territorios, en particular aquellos considerados periféricos o insulares, generando unas fricciones persistentes y que también se puede leer a nivel histórico.

Desde una perspectiva relacional, la (in)movilidad —lejos de ser una simple ausencia de movimiento; como sabemos— constituye una modalidad de agencia institucional que revela desigualdades estructurales y jerarquías invisibles en la distribución del poder y del cuidado de la población. Tal como advierte Salazar (2021), la inmovilidad no debe ser vista como el reverso de la movilidad, sino como una expresión complementaria que participa activamente en su definición. En el plano de las movilidades institucionales, sin embargo, a diferencia de las personas, estos reversos o componentes constitutivos de la movilidad pueden expresar nuevas articulaciones, pero también formas riesgosas, generando tensiones operativas, éticas y políticas que desestabilizan tanto la gestión como el acceso equitativo a los servicios

8.- Corporalidades e (in)movilidades de la salud en un territorio insular

Descriptor

Con el propósito de describir las prácticas y relatos de (in)movilidad de los habitantes de Quinchao desde una perspectiva corporal-emocional, este capítulo busca comprender cómo se vivencian las tensiones entre las dimensiones territorial, institucional y experienciales. A partir de entrevistas en profundidad realizadas en las islas y postas rurales, junto con “etnografías móviles” que recogen las experiencias de quienes deben desplazarse dentro y fuera de las islas para acceder a atención en salud, se construye una visión integral del fenómeno de movilidades vividas y encarnadas. Esta aproximación permite visibilizar, a través de una doble articulación, las experiencias de movilidad por salud, poniendo especial atención en las vivencias de mujeres que viajan con niños/as, y de personas mayores o con afecciones crónicas en distintos sectores del archipiélago de Quinchao.

8.1.- Movilidades de mujeres en las islas: tensiones, tipologías y estrategias

En esta primera modulación se exponen tres tipologías de movilidades de mujeres dada la relevancia de cada una de estas escalas y experiencias. Cada una de estas vivencias muestra diferentes características y complicaciones particulares en un territorio insular.

8.1.1.- Moverse embarazada: cuerpos en transformación y discordancia político-territorial

Para una joven de 21 años, de ascendencia huilliche y residente en la isla de Apiao³⁴, así como para otra de 22 años, mestiza y oriunda de Meulín³⁵, la movilidad durante el embarazo es una preocupación constante. No solo por las restricciones y exigencias propias de la gestación, sino también por el desafío diario de desplazarse en un cuerpo en transformación y en condiciones de cuidado. Es un tránsito entre lo familiar y lo desconocido (Hird, 2007: 2), donde “*su cuerpo embarazado, su sudor y sus náuseas*” (Kern, 2020: 33) recorren un territorio insular marcado por la incomodidad y la fricción. A su vez, los trayectos dentro de la propia isla pueden ser igualmente largos y difíciles, condicionados por la geografía accidentada y las inclemencias del clima en el archipiélago.

Acá los tiempos y espacios se van tensionando, por el hecho de que deben salir de su isla a hacer controles a Achao o Castro, y cuesta más moverse a medida que va avanzando el embarazo. Son viajes de larga duración y agotadores, pero son escasos y vitalmente necesarios, dadas las constantes desconfiguraciones en las horas en cada isla, producto de las suspensiones en las atenciones de las rondas médicas ³⁶:

³⁴ Apiao, tiene 621 habitantes, y pertenece al conjunto de islas más alejadas, periféricas y pobres (huilliches), junto a Alao y Chaulinec.

³⁵ Meulín tiene 595 habitantes, y el traslado desde Achao es de 30 minutos, y su población es mestiza y huilliche

³⁶ En este contexto de incertidumbre en la gestión de horas médicas en los territorios insulares, las derivaciones desde las islas se organizan

“Viví en Achao durante cinco meses y me empecé a atender allá, porque acá de repente por el tiempo, no tienen las rondas; entonces todo eso te va atrasando los controles y esas cosas” (E1). “Pero en el tema de los controles a veces se atrasaban, ahora lo mismo con mi bebé, la vacuna era a los seis meses y él tiene siete meses y ahora recién lo vacunaron, en ese sentido está como mal, porque se retrasan las cosas, sí, pero eso más que nada (E2)”

Es por esta razón, que en los territorios isleños en Quinchao, la “estrategia de la anticipación” es clave para garantizar el acceso a la atención en salud. Esta no sólo implica un ajuste temporal y estratégico respecto a las horas médicas, sino que también activa redes sociales y despliega infraestructuras móviles basadas en la confianza y la disponibilidad de transporte.

“Sí por ejemplo tengo un control un miércoles y salgo un martes, dependiendo de la hora del control del miércoles, pero a veces tengo que quedarme allá. Me quedo donde mi suegra, tomo la lancha recorrido (.....) se organiza con un día o semana antes y tienes que juntar tus monedas” (E1).

La planificación anticipada adquiere un papel fundamental, especialmente en el embarazo, donde la tensión entre la espera y el proceso reproductivo se intensifica con el avance de la gestación. No solo es necesario prever el traslado, sino también contar con recursos económicos para la estadía y la alimentación, incluso cuando se depende de redes

hacia Achao o Castro. En situaciones de urgencia, se solicita la lancha, aunque su llegada no siempre es inmediata, lo que retrasa la asistencia.

familiares que han migrado de las islas y se encuentran en zonas urbanas de Chiloé.

Sin embargo, esta anticipación también revela una frustración “normalizada”: la necesidad de abandonar la isla de origen en las últimas etapas del embarazo debido a la falta de infraestructura técnica e institucional para dar “a luz” localmente. En un territorio compuesto por islas, la movilidad forzada se convierte en una condición estructural de la vida cotidiana, afectando profundamente las experiencias de cuidado y reproducción. En este contexto insular, el acceso a la salud no solo está determinado por la necesidad médica, sino también por la capacidad de trasladarse entre islas, enfrentando distancias, tiempos de espera y limitaciones en el transporte.

El viaje y su suspensión -una situación frecuente en estos territorios- generan una reacción emocional negativa. Esto evidencia la tensión entre el tiempo y la experiencia vivida, especialmente en el caso del parto, donde la disponibilidad de atención en determinados momentos y lugares, añade una complejidad adicional:

“Si tengo que salir a la semana 34 me dijeron, ahora en Noviembre, tengo 26 semanas, toda la familia está preparándose para eso. Es primer nieto, el día del parto será en Castro, sí que tendré que quedarme allá, de manera particular. Ya hay una preparación, yo creo que desde que cuando uno sabe que está embarazada empieza a preparar, tienes que salir de la isla, y ver donde quedarte, a veces hay que arrendar no más” (E1) “las semanas que tenía que estar para los controles que se hacen allá y luego a Castro cuando es el momento de parto, me quedaba donde una tía y así era más fácil”. (E2)

Como vemos, esta espera no solo es biológica, sino también territorial-insular: la madre y el feto comparten un tiempo de transición que se intensifica a medida que se acerca el parto, con la preocupación añadida de programar la salida de la isla y encontrar un lugar donde alojarse. En estos territorios fragmentados por el agua, la movilidad forzada para acceder a la salud se entrelaza con la inmovilidad impuesta por la gestación, generando una relación de interdependencia entre el cuerpo materno y las infraestructuras de traslado y residencia. Desde esta perspectiva, el proceso de maternidad en las islas no sólo está mediado por el cuerpo humano, sino también por la tensión constante entre los ritmos de la vida y las restricciones del territorio (Hird, 2007).

Así, se trata de mujeres embarazadas que enfrentan desafíos significativos en términos de movilidad, cuidado y adaptación a los cambios corporales. Esto genera tensión en Quinchao, pues entre permanecer en la isla y desplazarse a los centros de atención médica distribuidos de forma desigual y contradictoria en el territorio, influye de manera crítica en la experiencia de estas mujeres. Esto advierte y promueve un abordaje transectorial-multidisciplinario, que tome consideración en el aspecto “sensible” e “intra-corporal” acorde al proceso de embarazo y un territorio insular que fragmenta las trayectorias.

Luego del parto, en el contexto de estos desplazamientos vitales y transversales fuera de la isla, estas personas deciden o desean abandonar las islas. Este movimiento está motivado por la necesidad de establecerse como una familia, de cualquier tipo, aunque en Chiloé existe una fuerte influencia de modelos familiares tradicionales. En

este proceso, se deben conjugar diversas dimensiones: la salud, la economía y la socialización dentro del territorio.

“Bueno nosotros vamos a postular a una casa, y nos gustaría irnos a Achao, está al alcance y estamos cerca, igual por las facilidades de trabajo, porque acá en la isla es escaso el trabajo, mi pareja trabaja en la pesca, trabaja cerca de Achao, en Llingua, si así estamos todos cerquitas, cuando nos pusimos a convivir vivimos un tiempo en Achao, así que ya tenemos la experiencia más o menos, igual hay varias cosas que no hay en Achao”(E2).

Mientras transcurre este deseo de migración en la comuna, es importante considerar que viajar en la lancha de recorrido resulta costoso, y muchas veces requiere de un ahorro previo para poder hacerlo. Esto ocurre a pesar de la subvención del transporte (2016), que establece tarifas de 500 o 1000 pesos dependiendo de la isla, en contraste con los 5000 pesos que se cobraban anteriormente por el viaje de ida y vuelta. En este contexto, las articulaciones con los paramédicos de las islas juegan un papel fundamental:

“Me pongo de acuerdo con los paramédicos de acá, le sacan una hora a uno le dicen con anticipación, por ejemplo, yo ahora tengo una hora en Dalcahue de una mamografía, tengo que salir la otra semana, un miércoles; eso ya me lo avisó la paramédico” (E2)

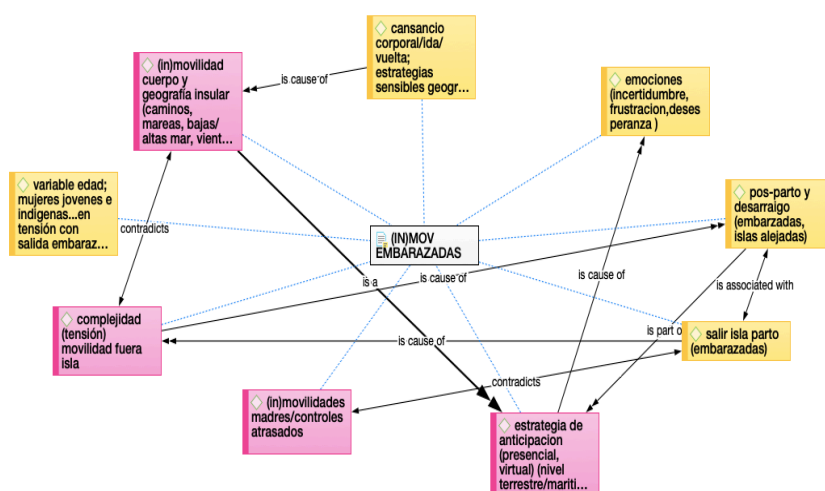
En este contexto insular, se conjugan el ámbito institucional, la incertidumbre de la espera y las emociones que generan inquietud, ya que *“las horas no llegan”* (E2). Esta situación se complica aún más cuando se enfrentan los tiempos de espera vividos por las personas, en contraste con los tiempos impuestos por las estructuras sociales e institucionales, que convierten a la paciente en un sujeto de sometimiento y obediencia. En este proceso, la demora

también construye una esperanza (Auyero, 2009), que debe ser manejada desde diversas posibilidades y contextos corporales propios del “embarazo archipelágico”

Este “*espacio de experiencia*” se sitúa entre la expectativa y el “*todavía-no*” (Koselleck, 1993:334), o un “*espacio practicado*” que se mueve en unidades de conflicto y proximidad corporal (De Certeau, 1996). Se trata de inter-corporalidades y entrelazamientos que también se vehiculizan a través de movilidades sigilosas, cuidadosas, y estrategias relacionadas con la gestión del tiempo, así como con los vacíos y aberturas de la organización institucional. Todo esto se intensifica en las islas, donde la lejanía y la desconexión hacen que la espera y las dinámicas de salud sean aún más complejas y cargadas de significados³⁷.

Una esquematización con parte de las temáticas planteadas, se observa en el siguiente esquema:

³⁷ Una entrevistada recuerda la muerte de una amiga cercana que siempre iba a su casa: “*Ella sufría del estómago...se sentía aburrida, nunca le llegó la hora y murió*” a los 60 años. Este tipo de muertes son muy comunes en estas islas, comentan: Al haber “*piso firme se puede volver el mismo día*”, pero en una isla (...) con “*el clima uno se puede morir*” de “*apendicitis, de un parto*” o de un dolor estomacal. De tanta espera en “*las cesáreas la gente casi muere*”, ya que “*se les pasa su hora*” y el feto “*se come su caca adentro*”.



Esquema 6: Redes Atlas ti, (in)movilidades embarazadas. Elaboración propia

8.1.2.- Moverse con bebés. Insularidades inestables e interdependientes

Madres que se desplazan con sus bebés hay en todos los sectores del archipiélago. En nuestro trabajo, hemos conversado con una madre de Meulín y a otra del sector de Villa Quinchao, una zona terrestre dentro de la isla. Estas mujeres, cuya experiencia está marcada por trayectorias previas de movilidad, comienzan a desplazarse desde los primeros meses de vida de sus hijos en busca de controles médicos, vacunas, insumos, leche o medicamentos. Por ello, deben mantenerse constantemente atentas a las dinámicas de movilidad institucional, sus interrupciones y a las “intervenciones” u “operativos” sanitarios, los cuales generan emociones particulares en estos trayectos de cuidado y salud.

“Obviamente da rabia, porque lo ideal es que uno esté listo para venir ese día al CECOSF, al niño hay que alistarlo”(E3)

Aquí no se trata solo de esperar los servicios, una situación que genera frustración, sino también de la necesidad de moverse y salir de la isla o del sector con bebés en busca de atención médica, insumos y medicamentos. Este proceso implica múltiples complejidades y exige el desarrollo de estrategias para acercarse a los servicios de salud, adaptándose a las condiciones de movilidad y a las limitaciones propias del territorio insular:

“Me queda lejos venir, cuando el tiempo está malo, tengo que arrendar para venir acá, le digo a un primo para que me venga a dejar acá al CECOSF y ahí me tiene que esperar para volver, a veces me avisan muy tarde, por ejemplo hoy día me avisaron en la mañana que tenía vacuna y si hoy hubiese estado el tiempo malo, no hubiese tenido a quien llamar, porque mi primo no estaba acá en la isla, entonces igual hubiese sido difícil en caso que este lloviendo, no hubiese podido venir, mi bebé se puede mojar y después se puede resfriar y ese tipo de cosas ” (E3).

Por otro lado, los caminos de interior por donde transitan en cada isla son dificultosos para alguien que viaja con bebés:

“A veces está mañoso y eso lo hace más difícil para venir también es difícil porque como vivo lejos, hay que cruzar las pampas, las trancas y ese tipo de cosas para venirnos rápido (...) el camino público es largo, y pasan los autos y ahora hay polvo, así que también es un problema para mi bebé con el polvo, así que con eso igual es como difícil, mi hermano que está a mi lado me ayuda, como es más alto y tiene más fuerza me ayuda a veces para cargar las cosas (E3)

Si bien hoy en día existen diversas opciones para realizar estos trayectos, como fletes, autos particulares o micros en algunos sectores, la “motorización” en las islas menores sigue siendo incipiente. Aún hay pocos vehículos, principalmente camionetas, que suelen pertenecer a quienes tienen mayores recursos, como lancheros o personas vinculadas al turismo. Este factor resulta determinante, ya que los trayectos dentro de las islas implican atravesar subidas, cerros, terrenos húmedos y caminos irregulares, lo que exige extremar los cuidados al desplazarse con un bebé.

Cuando el viaje implica salir de la isla hacia Achao o Castro, surgen nuevas características y dificultades, añadiendo más capas de complejidad a la movilidad:

“El tema a veces cuando no hay marea, con el tema de la lancha es difícil, porque hay que pasar la arena, me puedo mojar, o para subirlo a la lancha, porque yo tengo que ir con el bebé, igual ahí es difícil, ahí tengo que solicitar ayuda para subir, a los tripulantes de la lancha (...) me puedo tropezar, o no ver, claro voy con las dos manos ocupadas, una con él bebe y la otra con las cosas, entonces ese tema da inseguridad de cuando hay que pasarlo, cuando están muy lejos las lanchas, Ahora que está más grande, pesa más ocho kilos, sí que ahora es más difícil”.

(E3)

Esto implica desplegar otras fuerzas allí donde el suelo se vuelve inestable, resbaladizo y húmedo, desafiando los límites corporales al momento de abordar la lancha. Para subir, es necesario inclinar el cuerpo hacia adelante y ascender por los peldaños de la embarcación, una maniobra que requiere equilibrio y esfuerzo. Del mismo modo, al desembarcar, las dificultades continúan: no solo deben

sortear la bajada con cuidado, sino también cargar el peso adicional del bebé junto con mochilas, bolsos, ropa y otros enseres esenciales para el trayecto.

En la isla, tanto como al salir y volver, hay que lidiar con cuerpos y emociones de agotamiento, dada las variadas combinaciones que se deben hacer, desde la caminata a la lancha, de la lancha al bus, etc. Al igual que moverse embarazada, moverse con bebés implica estar de forma permanente y dependiente con otra corporalidad, pero en una escala mayor en relación a las fuerzas, pesos y dinámicas corporales de cuidado. Hay que tener mayor precaución sensorial (ver, oír, sentir el suelo), sobre todo cuando se acercan a espacios y desniveles de movilidad marítimos.

Los objetos y materialidades que acompañan estos viajes - mantas, alimentos, bolsos, mochilas, mercaderías, coches, entre otros- son fundamentales para realizar el trayecto, pero también representan una carga adicional (Lazo, Carvajal, 2018^a), especialmente para quienes deben gestionar y sobrellevar el movimiento en solitario. Al regreso, tras haber concretado la atención médica y otras gestiones, el desafío continúa, sumando el agotamiento del viaje y el peso acumulado de lo adquirido o transportado.

“Hay más cansancio, cuando él se viene durmiendo es más peso, a veces hay más calor, la transpiración, igual no puede transpirar él bebe, porque eso le hace daño, tengo que ir en la parte de debajo de la lancha, porque no le puede llegar tanto el viento, porque puede hacer frío, así que igual es como difícil, hay que tener bastante cuidado, que no transpire, que no tenga frío” (E4)

En estas vueltas se pueden sacar conclusiones o no, dependiendo de la operatividad de la movilidad y de los servicios. En términos generales lo que estas madres desean es que las comunicaciones de horas y atenciones se hagan con anticipación, lo que generaría mayor seguridad.

“Tenía vacuna el 11, tenía que venir a preguntar, de repente venía y no era la vacuna y tenía que volver, pero ahora él bebe se portó bien, no lloró tanto, solo lo vieron a él. En la espera, siempre estaba preguntando cuándo iba a ser la vacuna, igual es frustrante no saber, después preocupaba, porque como decían que era supuestamente cada dos meses cada vacuna, ahora supuestamente a los ocho meses tenía otra, pero ahora esa no va , entonces como que se podían juntar las vacunas y se van atrasando los controles también, entonces uno puede tener un problema y no saber, puede estar bajo peso o alguna cosa que este fallando y uno no lo sabe y está con esa preocupación, no saber, y como no te llaman, no te dicen nada y van diciendo: no será la otra semana, la otra semana, y al final no pasa nada” (E4)

En particular, las vacunas constituyen una tensión dentro de la institución y sus jerarquías de atención. Son materialidades altamente esperadas, incluso más que la presencia de los propios profesionales de la salud, ya que pueden ser administradas por los paramédicos. Aunque, como se ha señalado, las vacunas pueden generar controversias o resistencias en los cuerpos (Rocamora, 2020), en esta etapa adquieren una legitimidad indiscutible entre madres y familias, formando parte de un imaginario de cuidado y prevención frente a enfermedades y virus. Más allá de su función sanitaria, los medicamentos no solo representan un medio para sanar, sino que también forman

parte de un entramado de significaciones, relaciones de poder y legitimidad (Millones-Espinosa, 2018).

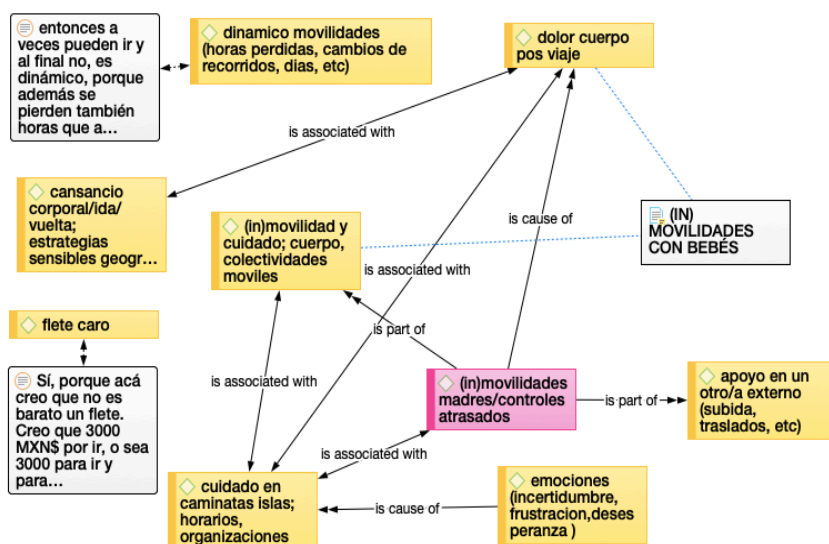
Así, el desplazamiento con bebés en el archipiélago de Quinchao revela una compleja interacción entre factores logísticos, emocionales y de cuidado, que se intensifica en el contexto insular. Esta movilidad añade una capa adicional de estrés y responsabilidad, diferenciándose de la experiencia del embarazo, pero manteniendo exigencias constantes. En este entorno fragmentado por el mar, las madres deben estar siempre alerta, no sólo a las necesidades del bebé, sino también a las condiciones cambiantes del territorio, tanto marítimo como terrestre.

Se trata de una “fuerza emocional” de protección y conexión fisiológica (lactancia, microorganismos, vacunas) (Hird, 2007), que se convierte en una estrategia en sí misma y, al mismo tiempo, en un elemento clave para enfrentar la movilidad dentro de infraestructuras de transporte húmedas, frías e inestables. La insularidad refuerza estos desafíos, haciendo que cada trayecto exija una cuidadosa planificación y adaptación a los ritmos del transporte disponible.

Como plantea Mimi Sheller, la movilidad y la inmovilidad operan de manera compleja, contradictoria y restrictiva en el marco de las políticas reproductivas e institucionales (Sheller, 2020), con efectos directos sobre estas corporalidades. Sin embargo, en el contexto insular, la (in)movilidad también puede ser vista como un medio para facilitar la maternidad, proporcionando un entorno más estable y seguro para el cuidado. A la vez, estos desplazamientos están atravesados por “dinamismos espacio-temporales”, que emergen del enredo entre

objetos, tecnologías y políticas, configurando de manera particular las interdependencias de (in)movilidad en las islas

Parte de las articulaciones las exponemos en el siguiente esquema:



Esquema 7: Redes Atlas ti, de (in)movilidades con bebés. Elaboración propia

8.1.3.-Moverse con niños/as: Labilidades afectivo-espaciales

Los viajes con niños y niñas para recibir atención médica dentro de la isla o en algún sector cercano pueden extenderse más allá del territorio insular, especialmente cuando se requieren tratamientos o exámenes más específicos. En estos casos, los desplazamientos se vuelven más largos, superando los límites de Quinchao y Chiloé, y llegando hasta ciudades como Puerto Montt. En este contexto, y a medida que estas mujeres adquieren un conocimiento práctico sobre las dinámicas de movilidad, una madre de Meulín da testimonio de la importancia de:

“Saber atenderles y cuidarlos, afirmarlos, deben estar atentas a los dolores de cabeza, a descompensaciones, que no se maree, angustie, a sus dolores, que se bajen de la lancha con el remedio tomado. La verdad es que en este momento para mi es muy difícil, muy difícil, por el hecho de que yo tengo una niña con discapacidad (...) Moverse dentro de la isla no es tan complicado, pero cuando uno tiene hora afuera, en el puerto, ahí es más agotador, (...)tengo que andar cuatro días mínimo (E5)

Esto se complejiza, cuando como vemos, existen condiciones de discapacidad, y no sólo un hijo o hija al viajar. Esto acelera e intensifica el cuidado y las estrategias de movilidad:

“Tengo otra pequeña que es chiquitita y tengo que andar con las dos, entonces cuando a veces pido apoyo, me dicen tiene que ser solo un paciente, y yo tengo que andar con mi chiquitita, es difícil, mi hija tiene ya trece años, entonces yo llevo una vida entera en médicos (...) por ejemplo aquí lo que hice fue pedir hora para el viernes, me fui el jueves, tomé la lancha, luego tomé un bus par Castro, luego tomé un bus a Puerto Montt, llegué a las 7 de la tarde al Puerto, viajé todo el día anduve con mis dos niñas, cansadas, llegamos a la casa donde nos íbamos a quedar, que es la casa de una tía. Al otro día nos levantamos temprano, porque yo tenía hora a las 10 en la Teletón del Puerto, estuvimos hasta las 3, 3:30 y a esa hora ya no me iba a devolver para acá, así que me tuve que quedar en Puerto, y me devolví el sábado” (E5).

Como vemos, al tratarse de movilidades por salud con niños/as, estas son mucho más costosas y también susceptibles a incomodidades para los niños/as:

“El momento más complejo es cuando a mi hija le dan sus crisis, eso es lo que a mí me da más miedo de repente ella se estresa y le da dolor de cabeza muy fuerte, o sea el riesgo que ella corre de hacer hidrocefalia igual es menor, eso es complicado, depende de su organismo, por ejemplo, si la lancha se mueve mucho, ella se mareo y eso es difícil; que no se vaya a angustiar, el dolor le da en un lapso de 4-5 horas, donde 1 hora es la más fuerte y ya toma sus remedios y empieza a bajar, pero a veces se le hincha la carita, los ojitos y eso me complica (.....) me han tocado experiencias muy difíciles aquí, muy complejas, por ejemplo la rampa de acá es muy pequeña, mi hija tuvo una crisis (...) entonces cuando ella se estresa un poco y ese día en la lancha venía algo mal, entonces para poder tomar en brazos, poder afirmarla, fue terrible (...) con los nervios y que la rampa se pone resbalosa, fue difícil más encima después fue otro tema, porque los tuve que subir a la ambulancia sola, en ese camino raro, lleno de hoyos, mi hija iba intranquila y ella gritaba (...) En invierno, es mucho más difícil porque no tenemos los médicos especialistas acá yo ni siquiera en Castro tengo un neurocirujano, me conseguí “gastro”, pero llevo meses esperando un nefrólogo, llevo meses y no hay respuesta, estoy esperando hora con un psiquiatra” (E5).

Como vemos, las experiencias emocionales y de salud son particularmente difíciles cuando se deben afrontar tratamientos médicos o cuando, en pleno desplazamiento, surgen problemas de salud, especialmente debido a la sensibilidad afectiva hacia lo externo que puede generar condiciones como la hidrocefalia. En este relato, entre movilidad e inmovilidad, las emociones y afecciones corporales se viven como “angustiosas”, ya que, en caso de que algo le ocurra a su hija durante el trayecto, las

posibilidades de respuesta son limitadas. Esta situación genera una preocupación constante por los próximos desplazamientos, dado que viajar con dos niños/as durante cuatro días hasta Puerto Montt es económicamente muy costoso, tal como vimos a nivel isla-continente.

Además, la movilidad insular, en su complejidad, afecta profundamente la relación con sus otros hijos, quienes, como ella misma menciona, han quedado en un segundo plano debido al cuidado más intenso y estratégico que ha tenido que brindar a su hija, desplazándose constantemente al continente en un proceso prolongado en el tiempo. El desplazamiento hacia el continente implica no solo un desafío logístico, sino también emocional, ya que la distancia y las condiciones insulares hacen que el cuidado y la atención se concentren en la hija que requiere atención médica especializada.

Otra historia de Meulín, también da cuenta de las tensiones de movilidad e inmovilidad por salud:

“Llevo esperando hartito, eso me complica mucho, porque yo digo “pucha si para uno como papá tener un hijo con discapacidad ya es difícil, uno tiene que golpear muchas puertas para conseguir cosas (...) Me demore 4 días en ir a Puerto Montt por una hora, gracias a Dios tengo familia, pero igual tengo que ir para allá, me ahorro el alojamiento, pero yo me llevo mis cosas para comer, me llevo alguna cosita, si ando con dos niñas, para mi es una inversión muy alta, por ejemplo ahora yo en plata me gasté más de 200 lucas en cuatro días, en puro transporte, en pasaje me gasté más de 50 lucas, porque son \$7.500 por tres pasajes, ida y vuelta sin considerar la lancha, si

tengo que arrendar un colectivo o auto para que me vayan a dejar a otro lugar (...) la enfermedad que tiene mi hija es compleja, porque ella tiene un futuro incierto porque ella hizo un ampliamiento de medula, ya la han operado dos veces a la columna vertebral, entonces ya tiene dos veces cortada la medula espinal³⁸, entonces para mí es un sueño que ella camine, ella camina, entonces yo no pido más que eso”(E6)

Tomando el relato anterior, podemos afirmar que las movilidades con niños en el archipiélago se ven influenciadas por una variedad de factores sociales, económicos y geográficos, que complican aún más la experiencia del viaje (Murray & Cortés-Morales, 2019). En el caso de discapacidades y descompensaciones durante trayectos largos, las emociones juegan un papel fundamental como mediadoras en las relaciones de movilidad e inmovilidad, impactando directamente las interacciones, intimidades y regulaciones (Canevaro, Abramowski & Castilla, 2023) que se establecen a lo largo del viaje, afectando las diferentes atmósferas, modulaciones, intermodalidades o desembarques.

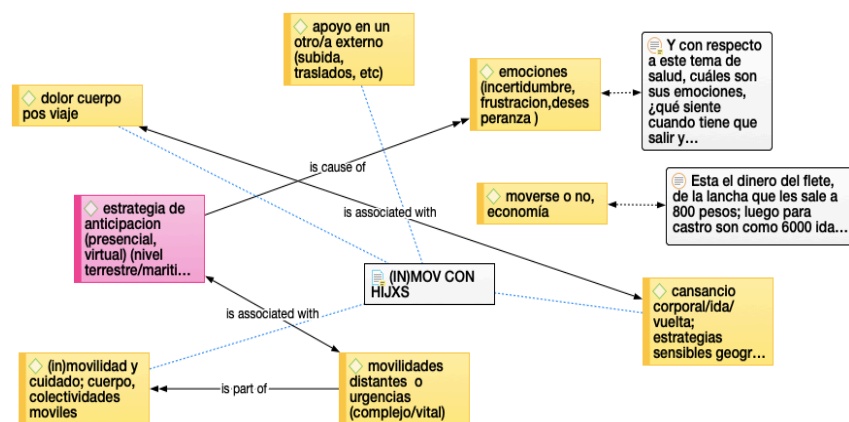
En este contexto insular, la (in)movilidad de niños con discapacidades implica una mayor sensibilidad y atención tanto a sus necesidades emocionales y físicas como a las implicaciones que los desplazamientos extensos y fragmentados pueden tener en su bienestar, el de sus

³⁸ “Una lesión en la medula espinal es un daño en el haz de las células y nervios que transportan los mensajes entrantes y salientes entre el cerebro y el resto del cuerpo. La mayoría de las lesiones de la médula espinal en niños menores de 8 años son consecuencia de accidentes de tráfico, caídas o maltrato infantil. Un niño con una lesión en la medula espinal puede presentar síntomas graves (como parálisis), por lo general, de inmediato” Extraído de www.msdmanuals.com

cuidadoras y el de sus hermanos/as. Estos últimos, aunque “fuera del problema” de salud y los tiempos de los viajes, también se ven profundamente afectados por las experiencias asociativas y emocionales que atraviesan, pues los trayectos y sus vivencias se convierten en un proceso que impacta a toda la familia.

Finalmente, la espera se ve tensionada por una “economía del tiempo” que, a nivel de los cuerpos y de las economías monetarias, se complejiza aún más, ya que es crucial realizar las terapias necesarias o atender la situación relacionada con el tratamiento de la médula. Este proceso, en un contexto insular, requiere una sincronización constante entre la disponibilidad de servicios y la urgencia de los cuidados. Las emociones y el sentido que la persona y la familia le asignan a estos procesos son fundamentales para los procesos de rehabilitación, ya que la movilidad no solo es un acto físico, sino un proceso profundamente emocional y relacional que atraviesa las dinámicas de los cuerpos, las expectativas de futuro y las tensiones que genera vivir en un territorio aislado como Quinchao.

Parte de las problemáticas planteadas en este punto se pueden ver en el siguiente esquema:



Esquema 8: Redes atlas ti, de (in)movilidades con niños. Elaboración propia

8.1.4.- Cierre modulo entrevistas

Para cerrar esta primera articulación, se puede afirmar que estas tres escalas de (in)movilidad revelan de manera desigual las actividades reproductivas en el territorio insular de Quinchao. Sin embargo, estas experiencias también evidencian la instalación de otras fronteras y límites espaciales (Caggiano y Segura, 2014), que no siempre resultan placenteras ni confortables, como sucede en la mayoría de los casos. En este contexto, surgen interdependencias que vinculan los cuidados con ciclos vitales, etnias, la presencia de niños, discapacidad, entre otros (Larracilla, 2021), que son dinámicas constantemente cuestionadas por las entrevistadas. Estas interdependencias son “híbridas”, ya que conectan tanto los despliegues político-institucionales como sus manifestaciones médicas, infraestructuras, partos, remedios y otros elementos de la vida cotidiana en este territorio.

Este proceso de (in)movilidades está marcado por las temporalidades de la salud, el acceso, el control y las narrativas de resistencia, lo que, a su vez, limita las esperanzas de futuro. Este escenario influye en la generación de emociones negativas relacionadas con la seguridad de cada viaje, especialmente cuando se trata de traslados largos y complicados, como los que se realizan desde las islas hacia centros urbanos mayores. Además, impacta en las decisiones parentales sobre tratamientos, restricciones de movilidad y la atención que se recibe, particularmente en mujeres jóvenes (huilliches) sin independencia económica (Bernheim, 2023).

En resumen, se trata de tres escalas comprensivas y experienciales que exponen los principales desafíos y limitaciones de las movilidades en este archipiélago. En cada una de estas escalas se visibiliza, en primer lugar, el cuerpo en sus variadas dimensiones, mostrando cómo se desplazan afectos y relaciones (Merriman, 2019), pero también cómo estos se enfrentan a las particularidades del territorio, las limitaciones de las infraestructuras de transporte y la atención médica.

La tensión entre estas (in)movilidades se entiende como una interacción compleja entre los movimientos de las personas y sus prácticas reproductivas, donde ambos aspectos se influyen mutuamente. Esta interacción genera deseos y realidades marcadas por la ansiedad ante las normas sociales de atención, como se observa también en comunidades indígenas y la experiencia del parto fuera de su territorio.

8.2.- Movilidades e inmovilidades del dolor. Experiencias corporales y (micro)orgánicas

En coherencia con lo anteriormente expuesto, en esta segunda modulación se presentan dos tipologías de movilidad, las cuales se conectan a través de las lógicas microscópicas del dolor vivido, manifestado en dinámicas de movilidad e inmovilidad. Estas experiencias involucran tanto a hombres como a mujeres, generalmente de la tercera edad o con enfermedades crónicas, quienes deben desplazarse dentro de la proximidad de las islas o realizar viajes hacia Achao. Tuvimos la oportunidad de acompañar

a estas personas en sus desplazamientos dentro de la isla o al salir de ella (hacia Chaulinec, Apiao, Lin Lin) con el propósito de recibir atención médica o realizar trámites relacionados con su salud y bienestar

8.2.1.- El viaje de Armando: Moverse con (y desde) un tumor

Armando, de 77 años, debe viajar desde la isla de Chaulinec hasta Achao para realizar algunos trámites y comprar remedios analgésicos que le ayudan con los dolores estomacales cotidianos. En los últimos tiempos, no ha acudido a la posta, pero hoy, jueves 8 de febrero de 2024, nos disponemos a acompañarlo en su viaje. Tras haberle preguntado con antelación, partimos hacia la lancha, que sale puntualmente a las 7:00 am y tiene una duración de 1 hora y 45 minutos.

En Chaulinec (“Chauli”), hay dos sectores clave: Capilla Nueva y Capilla Antigua, desde donde parten las lanchas de recorrido. Estas lanchas operan casi todos los días, aunque con un pequeño desfase en el horario de salida entre ambos sectores

A (de aquí en adelante) vive en Capilla Antigua, acompañado de su esposa, ya que sus hijos están separados pero siguen residiendo en la misma isla; como él mismo dice, “cada uno vive su vida”. La señora se quedó en la casa, que está ubicada a unos 20 minutos caminando en bajada desde su hogar, en este sector.

Generalmente, se levanta a las 5 de la mañana si desea tomarse una taza de café, y como comenta: “*Yo voy caminando*”, ya que “*no alcanza para el flete*”, cuyo costo es de 5000 pesos para esos recorridos matutinos. Para *salir* de la isla, puede coordinar su viaje en la lancha de recorrido -o una arrendada actualmente por la corporación— y, una vez en Achao, continuar su trayecto en vehículos terrestres.

Al regreso, a veces opta por pedir un “flete”, aunque depende de la situación, ya que también puede recibir ayuda de algún vecino o del vehículo de la posta.

Nos encontramos en el muelle y, de forma abrupta, todo el movimiento se orienta hacia la lancha, que ya viene llegando desde el otro sector, tras haber salido a las 6:45. Nos movilizamos rápidamente por el muelle mientras la embarcación se aproxima. Aunque en algunas ocasiones el abordaje puede resultar complejo, especialmente cuando se viaja con bolsos o acompañado de otras personas, en este caso el ingreso es ágil y sin contratiempos, a pesar de tratarse de alguien de la tercera edad.





Conjunto fotografías inicio viaje Armando. Registro personal

Como la lancha zarpa 15 minutos antes desde el otro sector, a unos 3 o 4 kilómetros de distancia, llega prácticamente de pasada, sin necesidad de tirar el ancla, lo que agiliza el abordaje, siempre que no haya pasajeros con bolsos o mercaderías, algo poco común por ser de ida y por el horario.

Luego, debido al frío de la mañana, que persiste incluso en verano, descendemos de inmediato al sector inferior de la embarcación, donde nos acomodamos junto a la estufa encendida.



Fotografías Armando subiendo a la lancha. Registro personal

La salida es ruidosa y apenas podemos escucharnos en ese momento y además porque es muy importante encontrar un buen asiento. Por último, el motor es intenso y se siente el olor a bencina que inunda un poco este espacio, a pesar de ser abierto.

A trabajó durante años en IANSA³⁹, cerca de Osorno, y también realizó numerosos viajes a Argentina en pleno invierno, desplazándose entre Abril y Junio. Esta experiencia lo ha convertido en un profundo conocedor del territorio y de sus dinámicas de adaptación y subsistencia. A pesar del ruido intenso en la lancha, nos acercamos para poder conversar y escucharnos mejor.

Durante la conversación, A menciona la reciente muerte de Sebastián Piñera y reflexiona sobre *“lo que es la vida”*, destacando su fragilidad, especialmente en relación con el clima que desestabilizó el helicóptero. *“Acá en la isla ningún presidente ha venido”*, comenta, agregando con resignación: *“estamos muy desamparados por el gobierno”*. Asocia esta sensación de abandono con la precariedad de los servicios de salud, la falta de atención médica, la escasez de profesionales y la dificultad para acceder a medicamentos, los cuales debe comprar por su cuenta en Achao.

En invierno, explica, las consultas médicas se vuelven aún más complejas, ya que muchas atenciones y servicios se pierden debido a las condiciones climáticas y la logística del transporte. *“Los transbordos son los que demoran más”*, señala, aunque reconoce que hasta ahora no ha tenido que salir en una emergencia.

Sin embargo, en una situación crítica, A tendría que atravesar Dalcahue y depender del transbordador, lo que

³⁹ Fábrica de Azúcar nacional.

representa un obstáculo considerable para quienes requieren desplazarse con urgencia. En ese contexto, nos explica que el trayecto desde Achao hasta Castro toma aproximadamente una hora y media, mientras que llegar a Curaco de Vélez implica algunos minutos adicionales.

“El problema es el cruce”, comenta. “Hay que tener suerte de que el transbordador esté ahí... pero tiene que estar ahí”. Sus palabras reflejan la incertidumbre que marca los desplazamientos en la zona, donde la infraestructura del transporte, como en gran parte de Chiloé, sigue siendo inconexa e intermitente, sin responder de manera efectiva a las necesidades de la población (Valdivieso, 2022)

Viajamos en silencio, sentados uno al lado del otro, nuestros cuerpos comprimidos por el espacio y el frío, compartiendo el calor para generar cierto confort en el trayecto. En otra ocasión, este mismo viaje podría servir para dormir.

Hemos avanzado unos 20 minutos. El sonido del motor y la vibración del mar dominan el ambiente, pero aun así logramos intercambiar algunas palabras, aunque la conversación se ve interrumpida por el ruido constante.

“En Achao hay hospital, pero casi ni existe... Para cualquier complicación mayor, hay que ir a Castro o Puerto Montt”, comenta. Luego, recordando sus propios viajes por salud, añade: “Yo tuve que viajar a Osorno y Valdivia por un tema de cálculos. Como trabajaba en la fábrica de IANSA en Valdivia, terminé hospitalizado ahí. Estuve 25 días internado por eso”.

Los cálculos renales son (dolorosos) depósitos sólidos de minerales y sales ácidas que se forman en la orina concentrada, generando un dolor agudo, especialmente en el abdomen, acompañado de náuseas recurrentes. En Achao, el acceso a tratamientos es limitado. Los centros de diálisis más cercanos se encuentran recién en Dalcahue, y en muchos casos, la hospitalización requiere desplazarse hasta Valdivia.

En su momento, la cercanía laboral facilitó su acceso a la atención en Valdivia, pero hoy cualquier posibilidad de hospitalización se percibe lejana, fragmentada y marcada por la movilidad forzada. Un ejemplo de ello es el Buque *Cirujano Videla*, que opera como un hospital itinerante de la Armada. “*Es como un hospital, digamos... es un hospital donde pedimos hora*”, explica, reflejando la dependencia de una infraestructura médica que, más que estable, navega entre la necesidad y la espera.

A medida que el sonido de la lancha disminuye por momentos, probablemente debido a un cambio de marcha, menciona sus persistentes dolores estomacales, y que: “*para este mes de febrero me dijeron que me iban a dar hora para Puerto Montt*”, comenta, expresando la incertidumbre no sólo por la espera, sino también por los trayectos y las gestiones que implicará el viaje.

En este sentido, y como plantea David Bissell (2010), las sensaciones corporales y las experiencias afectivas pueden alterar la percepción del tiempo y el espacio, influyendo en la manera en que viajamos y nos relacionamos con la

movilidad. En el caso de la salud, esta interacción se intensifica, ya que los tiempos de espera, los desplazamientos y las dolencias configuran una experiencia de viaje donde el cuerpo, la incertidumbre y la infraestructura de acceso a la atención médica se entrelazan de manera compleja.

Además, ha perdido peso considerablemente debido a que solo puede consumir ciertos alimentos. Ya no puede comer carne ni disfrutar de un vino con bebida, algo que solía gustarle. Como él mismo comenta: *“Antes era gordito, pesaba entre 68 y 70 kilos, era redondito, tenía más musculatura. Ahora estoy pesando como 50 y tantos... todas las carnes rojas, longanizas... solo como carnes blancas... eso es para sobrevivir nomás”*.

De manera articulada, expresa una incomodidad profunda que se manifiesta en su cuerpo: *“Ya no puedo trabajar tanto con el tumor... no puedo cortar leña...”*, refiriéndose a su incapacidad para hacer esfuerzos físicos, una limitación que se ve intensificada por el dolor y la preocupación constante del tumor hepático. Este relato refleja no solo el desgaste físico, sino también el peso emocional de vivir con una enfermedad crónica en un contexto de movilidad limitada.

A lo largo del viaje, se va frotando sus manos de manera constante, mientras mantiene su mochila y su gorro entre las piernas. Las otras personas hablan en tono bajo, ya que es temprano y hace frío. Algunos se retiran a un rincón cubierto en la punta de la lancha, donde el calor se concentra más. Ese espacio, además, está “ambientado”

para dormir o estirarse, con cojines y chalecos salvavidas. Como él dice, *“uno se relaja y duerme si quiere”*; es un lugar y tiempo destinado al descanso, donde se optimizan las energías y se recuperan fuerzas, según lo que demande el momento del viaje.

“Está calmado, cuando está fuerte se mueve más”, comenta, aunque para él, el mar sigue siendo lento en este sentido. Luego menciona: *“El puente sería bueno en Dalcahue. Mire dónde hicieron el puente... no se le ve ningún avance... vamos a ver si va a servir”*. Como se puede ver, la construcción del puente de Chacao no está exenta de opiniones divididas entre los habitantes de la zona, ya que, en el caso particular de la gente de Quinchao, sería mucho más beneficioso un puente en el sector de Dalcahue, pues el cruce actual representa una limitación considerable. Esta discusión en la isla refleja que, para agilizar las movilidades, especialmente las vinculadas a la salud, sería más útil contar con puentes locales. Así, mientras el puente de Chacao se presenta como una obra que busca modernizar y mejorar la conectividad entre Chiloé y el continente, persisten las preocupaciones sobre cómo su construcción podría modificar las dinámicas sociales locales y continuar limitando la conectividad en áreas más específicas de la isla (Lazo et al., 2021; Anabalón, 2018).

Al llegar a Achao, se dirige a hacer unos trámites con unos amigos, almorzar y comprar medicamentos antiinflamatorios para el dolor estomacal, los cuales no ha podido conseguir en la isla a través de la institucionalidad. Luego, se desplaza a Castro para completar algunas

gestiones y regresar a las 3 de la tarde, con la intención de tomar la lancha de las 3:15 pm y llegar nuevamente a la isla a las 5 pm.

Al llegar, tendrá que caminar de vuelta a su casa para encargarse de los animales, lo que también implica un esfuerzo físico y emocional significativo. El cuidado de los animales “no humanos” es una tarea que requiere dedicación constante, y, en este contexto, se convierte en un componente fundamental de la identidad isleña. Además, este cuidado exige fuerza, movilidad y un compromiso constante con las dinámicas del territorio.

Respecto a su salud, comenta sobre el tumor: *“Ahora es inoperable. Me van a dar alguna droga, lo siento, pero a veces no continuo porque no podría vivir, el tamaño no me lo dijeron, me lo mostraron en pantalla. Dicen que no me pueden operar porque tengo poco hígado, podría quedarme sin él”*. Esta situación lo mantiene en una visión resignada: *“Sea lo que Dios quiera, estamos de paso... yo no pienso casi nada después de esta vida, puede ser el espíritu, pero no creo en la vida infernal”*. A pesar de la gravedad de su situación, se enfrenta a la incertidumbre con una actitud tranquila. Las “horas no llegan” y, como dice, *“siempre estarán fuera de la isla”*, lo que implica que hay que afrontar los devenires de la vida, incluidos los que podrían ser mortuorios.

Al acercarnos a Achao, me comenta que el tiempo que estará en Castro se hace corto y que solo le alcanzará para hacer una o dos gestiones. Le gusta andar “más holgado” para tomar la lancha de las 3, pero, más allá de la logística

y las estrategias de los espacios y tiempos del archipiélago, reconoce que los viernes son más ajetreados en Castro. Dice: *“Soy malazo para esperar... uno no toma ni un vino, un tintito. El médico me lo prohibió, no puedo mezclarlo con nada...”* Y, hablando de sus hábitos, agrega: *“Lo que tomo es esa bebida Zero, sin azúcar. El Milo me lo estaban prohibiendo por el azúcar, así que lo tomo sin azúcar, puro nomás”*.

Finalmente, nos preparamos para bajar de la lancha. Él bosteza, y como solo lleva una mochila, nos levantamos rápidamente. Caminamos hacia la escalera de la lancha y, al llegar a la orilla, emprendemos la caminata hacia su destino. Nos despedimos lentamente, mientras seguimos por el muelle.





Fotografías Armando llegando a Achao. Registro personal

Como se observa, camina por el muelle de Achao, avanzando a un ritmo más o menos rápido hasta llegar al terminal de buses, donde tomará la micro (vacía) hacia Castro. Durante el trayecto, tendrá que atravesar las áreas que había mencionado previamente.





Fotografías Armando caminando por Achao. Registro personal

Para concluir, podemos señalar que, tal como proponía Andrea Gutiérrez en relación con los “*viajes inútiles*” de la salud (Gutiérrez, 2009) o las discontinuidades creativas de los trayectos, estos desplazamientos son constitutivos de la experiencia (in)móvil de la salud, donde la misma se gestiona y se vive desde una cierta normalidad, la cual se va tornando gradualmente crítica con el tiempo y con el cuerpo.

El tumor, que habita en lo imperceptible en términos visuales, se va transformando de manera sigilosa y preocupante, en un proceso (micro)orgánico que se desenvuelve en un territorio de salud marcado por la precariedad. En este escenario, la movilidad puede ser emergente, gradual, o bien, determinada por una intervención hospitalaria mediada por las instituciones.

A pesar de la gravedad del tumor, en algunos momentos se olvida, experimentándose en silencio, interactuando y no atendándose, inmerso en las actividades cotidianas del

territorio isleño. Sin embargo, en otros momentos, sobre todo en la desazón médica e institucional, esta micro corporalidad, este tumor, también demanda un vínculo y un movimiento, como se evidencia en la experiencia de este habitante insular.

Como señalaba García (2013), “*el cuerpo vive su salud sin representársela*” en su experimentación, pero también existen momentos de desfase donde la necesidad de resguardo y objetivación en el mercado y la vida social se hace imperiosa. Este desplazamiento, marcado por la precariedad en los servicios de salud en la isla y la falta de medicamentos, es un constante en las experiencias de movilidad insular. Sin embargo, el motivo del viaje — aunque crucial en su implicación práctica— queda relegado a un segundo plano frente a la descripción sensible de cómo se experimenta la afección médica y corporal, en interacción con la vivencia del sistema de salud-territorio insular.

En este contexto, las trayectorias de movilidad, aunque rutinarias y aparentemente sin complicaciones desde el cuerpo, se insertan en una incertidumbre creciente, en la que la gestión de movilidades e inmovilidades se convierte en un ejercicio de toma de decisiones, en función de las limitaciones de atención y de la corporalidad misma.

Por ello, como nos recuerda Gabriela Vergara, “*en el cuerpo se hallan unidas, reunidas y fundidas naturaleza y cultura, condición biológica y aprendizajes sociales, aspectos fisiológicos y sociabilidades incorporadas*” (Vergara, 2009: 35). Estas dimensiones se ponen en

cuestión en el caso del territorio insular de Quinchao, donde la movilidad singular se articula entre la gestión del cuerpo, la resistencia institucional y las condiciones de vida en un archipiélago que define tanto las posibilidades como las limitaciones de los movimientos y de la salud.

8.2.2.- El viaje de Luzmenia: cardiologías caminantes

Luzmenia, residente de Chaulinec, tiene controles médicos cada tres meses con el cardiólogo. A veces no puede asistir debido al trabajo o a la suspensión de la ronda médica. Es una paciente crónica que maneja su hipertensión y diabetes, además de recibir atención podológica y psicológica. El 17 de febrero de 2023, la acompañamos desde su casa hasta la posta rural de Chaulinec, ubicada junto al muelle de Capilla Nueva.

A las 10 de la mañana, L (de aquí en adelante), de 43 años, se prepara para asistir a su cita programada para las 11:00 horas, en el marco de la ronda médica de especialistas. Ese día, jueves, la cita había sido reprogramada debido a la suspensión de la ronda el día anterior. Es fundamental para ella controlar su hipertensión, diagnosticada hace algún tiempo.

Se viste con chaqueta y mochila, optando por ropa cómoda que le facilite caminar un trayecto que, aunque parece corto, requiere más tiempo del que se podría suponer a simple vista.

Este recorrido, que involucra una caminata, demanda planificación y un mínimo de una hora de anticipación, pues su ritmo es más lento y cualquier demora puede

complicar la llegada a tiempo para la consulta médica, un recurso que, como sabemos, es escaso, incierto y a menudo impredecible.



Fotografías Luzmenia saliendo de su casa. Registro personal

A las 10:03, salimos de su casa en un hermoso día soleado de febrero, aunque el frío de la sombra y la humedad se sienten al caminar. En esta ocasión, su hijo la acompaña en bicicleta, aprovechando la oportunidad para subir y bajar

los cerros, algo que suelen hacer juntos con frecuencia. Mientras caminamos, me cuenta que las horas de atención comienzan a las 10 y se extienden hasta las 14:30, dependiendo de la organización con la paramédico de la isla y los demás pacientes. Por suerte, hoy vamos a buen ritmo, aunque sabe que la intensidad de la jornada puede cambiar si no estuviera acompañada

Este tipo de interrupciones en la atención insular también afectan sus actividades diarias, obligándola a reorganizar su agenda semanal. Entre los cuidados a su madre y a su hijo, así como sus tareas productivas con los cultivos, cada cambio en la rutina es significativo. Por eso, le resulta fundamental recibir el aviso con anticipación, preferiblemente dos días antes. "*Por ejemplo, la Antonia me avisó el miércoles*", comenta, lo que le permitió organizarse y no fragmentar tanto sus actividades.

Mientras caminamos por un camino de tierra en bajada, la frescura de la mañana se suaviza con el sol, lo que proporciona un respiro cálido entre las sombras. Al principio, caminamos los tres juntos, pero pronto su hijo se adelanta con la bicicleta. En este tramo, la respiración se vuelve más agitada por la leve pendiente, pero rápidamente se calma mientras seguimos avanzando lentamente.

La bajada es suave y, al principio, caminamos despacio, ya que estamos en proceso de conocernos. El camino serpentea levemente, con pequeñas curvaturas apenas perceptibles, que requieren concentración en cada paso. Ella, con sus zapatillas deportivas y ropa cómoda, ajusta cada pisada con precisión, cuidando la alineación de sus caderas y su tronco.

Este camino lo recorre con frecuencia, ya sea para asistir a citas médicas, reuniones, tomar la lancha o ir a Achao a hacer compras. En este momento, estamos atravesando una planicie, por lo que el ritmo de la caminata aumenta.

Aunque la ruta es bastante común para ella, también va hacia el sur en otras ocasiones. El suelo es una mezcla de tierra y vegetación caída, y aunque la planicie está bien desarrollada, siempre hay que estar atenta a las variaciones del terreno, como piedras sueltas, zanjas o huellas de vehículos que dejan la tierra más compacta.

Al ir a consulta, caminar le hace bien, explica, pero cuando trae mercadería desde Achao, no hay más opción que tomar la camioneta (“flete”) desde el muelle hasta su casa.

Son las 10:06 y comenzamos a descender una nueva cuesta. Unos metros más adelante, su hijo nos espera, y, al llegar a él, se sube rápidamente a la bicicleta para bajar, queriendo marcar su presencia en el recorrido, aunque no sea necesario ir juntos en todo momento.





Fotografías Luzmenia por caminos y cerros. Registro personal

Este mismo trayecto lo realiza cuando tiene reuniones, va a la escuela del hijo a dejarlo, toma la lancha en Achao, o cuando realiza compras o cualquier otra actividad cotidiana. Se trata de una ruta tan común que se ha convertido casi en la única opción disponible. Al caminar por el costado del camino, comenta que ya está acostumbrada a este recorrido, y en esos momentos, se conecta con la naturaleza y se siente bien. *"Si me hace bien caminar, porque de repente, cuando vengo de Achao, vengo en camioneta, ya que traigo bolsos después de hacer las compras"*. Para esos casos, opta por tomar un flete en el muelle, pues el trayecto es largo si tiene que cargar con bolsas o acompañar a su hijo o a su suegra, quienes también dependen de ella.

Con el paso del tiempo, el ritmo de nuestra caminata se ha “normalizado”, a diferencia de al principio, cuando la bajada le generaba más agitación. En cuanto a la atención

médica, se trata de un control rutinario de la glicemia, en el que le miden el azúcar en sangre.

Va tranquila, pues sabe que se trata de un procedimiento regular, aunque recuerda que al principio le generaba preocupación. A pesar de sus esfuerzos por controlarse, sus niveles de azúcar siempre salían altos. Sin embargo, le explicaron que si se tensionaba, la glicemia subía. *“Eso me juega mal porque uno se preocupa demasiado y a veces no como nada, paso nervios y ando con la azúcar alta”*.

Hace 12 años que tiene diabetes y se controla, por lo que estas caminatas también son parte de su rutina diaria para mantenerse activa. El camino, aunque conocido, se vuelve más complicado en invierno, cuando las atenciones médicas se dan en condiciones climáticas más adversas. En esos días, se prepara con una parka grande, pero sigue adelante con sus desplazamientos, porque le preocupa su salud.

Recuerda cómo, en un momento particularmente angustiante, recibió una llamada en la que le informaron que sus exámenes habían salido mal: *“Me asusté un montón, no sabía qué hacer, lloraba y lloraba porque pensaba que me iba a morir, que mi niño era chiquitito, y lo iba a dejar solo. Pensaba eso, todos los días que bajaba... Después me pinchaban casi todos los días, algunos días bien, otros mal, y nunca normal, hasta que después de una semana me sentí mejor, pero no siempre uno puede estar bien”*

Este relato no sólo ilustra los desafíos de vivir con una enfermedad crónica, sino también los factores sociales y

territoriales que influyen en su experiencia. La incertidumbre sobre el diagnóstico y tratamiento, las movilidades limitadas y el acceso a cuidados, las relaciones familiares en deterioro y la construcción del significado del diagnóstico son cuestiones que configuran su vivencia. Como señala Greco (2019), “estar bien” no solo se refiere a lo físico, sino también a lo que implica para ella misma y para quienes la rodean, un proceso que es profundamente social, emocional y territorial.





Fotografías Luzmenia por camino al borde del mar. Registro personal

El viaje de Luzmenia nos introduce en una cotidianidad marcada por las tensiones de la inmovilidad y la resistencia, donde la vida cotidiana se ve atravesada por los cuidados hacia un ser querido, las exigencias del entorno familiar y la presión de los diagnósticos médicos. En este contexto, el territorio insular no solo se presenta como un espacio físico de desplazamiento, sino como un lugar de tensiones emocionales y sociales que impactan profundamente en el cuerpo y en las dinámicas de movilidad e inmovilidad.

Luzmenia, al referirse a los cuidados que dedica a su madre, quien es una persona de edad avanzada, expresa la incertidumbre y el agotamiento que estos conllevan. La tensión entre la necesidad de moverse o no moverse se convierte en una constante interrogante, una forma de inseguridad existencial que se refleja en el cuerpo. Como ella misma menciona: *“cuando le toca una se pregunta ‘tengo que ir como lo voy a hacer, tengo que hacer esto... como lo hago a mí por lo menos me ha pasado,”* es decir, la inseguridad de si moverse o no moverse se convierte en una

incertidumbre constante. Este agotamiento no es solo físico, sino emocional, como señala Byung-Chul Han (2012), quien argumenta que el cansancio crónico y el agotamiento emocional son características de una sociedad contemporánea que valora el rendimiento y la productividad por encima de todo, y que en el caso de Chiloé se impone, hasta hoy, desde su cultura patriarcal.

Este desgaste se traduce en una inmovilidad no solo del cuerpo, sino también de la experiencia vital de Luzmenia, que se ve atrapada en su rol de cuidadora, sin espacio para sí misma, como ella expresa: *“Es mucho trabajo y pasan muchas cosas también que una se las guarda, porque la gente de esa edad tiene sus ideas, sus costumbres, y cuesta convivir con una persona así”*. De esta manera, el agotamiento se convierte en una carga que limita sus movimientos tanto en su hogar como en la isla.

El aislamiento que experimenta, al estar predominantemente en la casa y limitando sus salidas a una vez por semana, genera una sensación de atrapamiento. *“Hay semanas que la paso completa ahí. Antes, salía una vez a la semana, trabajaba un día a la semana y tenía mi plata ... a la gente de edad uno no puede decirla nada, no la puede retar, porque se siente mal...”*. Como vemos, la insularidad del territorio no solo es geográfica, sino también social y emocional.

El espacio residencial, como nos cuenta Luzmenia, se vuelve un espacio de agotamiento y de inmovilidad forzada, donde las responsabilidades familiares y la exigencia de cuidado predominan sobre su propio bienestar. La cercanía del mar y la ruta por la que camina, no son simplemente

aspectos paisajísticos, sino que se inscriben en una relación dinámica con el entorno que, en ocasiones, ofrece cierta libertad y, en otras, refuerza su sensación de confinamiento. Sin embargo, la caminata emerge como una práctica de resistencia frente a estos límites. No es solo un medio de transporte, como sugiere Jo Lee Vergunst (2008), sino una práctica de autoafirmación y de negociación con el territorio.

Seguimos caminando y el andar con los pies se va trazando además con el movimiento de las manos como forma de impulso, nos cuenta, lo que demuestra que la caminata no es solo un trayecto, sino una constante reestructuración del cuerpo y la mente, un espacio donde se reorganizan los tiempos y los sentidos. A través del movimiento, el cuerpo de Luzmenia se convierte en un vehículo de resistencia frente a las cargas del cuidado, la inmovilidad impuesta y las expectativas familiares y sociales.

Este proceso de caminar y moverse en el territorio insular se convierte en una forma de apropiación, en términos de Michel de Certeau, una forma de apropiarse del espacio no solo a través de la acción, sino también a través del pensamiento y la emoción. Como señala Soledad Martínez, la caminata va más allá del acto físico o de la agencia corporal para llevarlo a cabo, y tiene que ver con esta mirada del hacer de Michel de Certeau (1996) sobre la caminata en tanto práctica, y como una forma particular de vincularse con el territorio y desde donde se pueden ir generando aprendizajes.

En un contexto donde el territorio está marcado por las limitaciones geográficas y la falta de servicios, caminar

ofrece una posibilidad de expansión y de creación de nuevos significados. A través de la caminata, Luzmenia resiste la inmovilidad de su vida residencial y genera un espacio de reflexión y autodefinición, como señala Tironi: Una forma de apropiación y de expansión que permite cierta especulación-creación (Tironi, 2018) sobre el territorio y sus posibilidades cotidianas, estados de ánimo o cansancios tensionados por lo externo (medicina, institucional, territorio, familia, etc.).

Por tanto, la caminata no es simplemente una actividad física, sino una forma de reconfigurar el cuerpo, las emociones y la relación con el territorio insular. Es un acto de resistencia frente a los diagnósticos médicos, las expectativas familiares y las restricciones sociales. A través del caminar, Luzmenia no solo se moviliza en el espacio, sino que también moviliza su propia vida, generando una narrativa de resistencia y cuidado que se extiende más allá de los límites del cuerpo y el hogar.

8.2.3- Señora “Tato”. (In)movilidades de cercanía y soledad

En la isla de Lin Lín viajamos con la señora Tato, una mujer de 85 años que, a pesar de su edad y de su diagnóstico de arritmia cardíaca, sigue movilizándose de manera autónoma en su territorio. Lin Lín es una isla cercana a Achao y Dalcahue, con la particularidad de que se puede acceder a través de Calen sin necesidad de cruzar en ferry. Sin embargo, a pesar de contar con una mejor conectividad en comparación con otras islas como Chaúlíne o Apiao, que se encuentran en una condición ultraperiférica, no todos sus habitantes tienen acceso a una lancha particular

o los medios para viajar con regularidad en la lancha de recorrido. La posibilidad de desplazarse sigue dependiendo de recursos propios o de redes de apoyo familiar y comunitario.

En el caso de la señora Tato, su cercanía con la posta rural le permite seguir realizando este trayecto a pie, pues como ella misma dice, “es cerquita”. Vive sola y, cada vez que llega la ronda médica, el TENS la llama por teléfono para avisarle que debe asistir a su control. Su historia de movilidad también está marcada por su vínculo con la Patagonia, ya que cuenta con familia en Gallegos (Argentina) y es jubilada en ese país, lo que forma parte de las trayectorias migratorias laborales de chilotes hacia el territorio patagónico (Lazo y Carvajal, 2018b). Además, ha viajado a Puerto Montt y Santiago para atenderse con especialistas, tanto por su diagnóstico cardíaco como por un problema pulmonar.

Cuando necesita trasladarse a Achao o Castro por motivos médicos, suele hacerlo con la ayuda de algún hijo que la lleva en vehículo. Una vez en Achao, su hija, que vive en Castro, la espera en la rampa para continuar el trayecto. No obstante, la mayor parte de sus atenciones médicas ocurren en la isla, en la posta rural a 500 metros de su casa. Aunque generalmente camina sola hasta allí, en ocasiones cuenta con la compañía de otra persona.

Su movilidad, entonces, es un equilibrio entre la autonomía y la necesidad de apoyo, en un territorio donde las posibilidades de desplazamiento dependen tanto de la

infraestructura como de las redes familiares y comunitarias.





Fotografías Señora Tato en su casa antes de salir. Registro personal

La señora Tato se resiste a usar el bastón porque le resulta incómodo, lo que la obliga a buscar su propio equilibrio de manera autónoma en sus desplazamientos. Sin embargo, reconoce que caminar hasta la posta le resulta agotador en su contexto. Lo que más le incomoda no es la caminata en sí, sino el cansancio que esta le provoca, especialmente desde que comenzó a experimentar dificultades para moverse debido a la artrosis: “me tulli”, dice, recordando cómo esa condición le dificultaba aún más el caminar. En aquel tiempo, cuando sus dificultades eran mayores, solían trasladarla en bueyes hasta la rampa.

El bastón es tanto una ayuda como un desafío. Aunque le proporciona estabilidad, su uso no está exento de dificultades. Con el desgaste de la goma, ha sufrido varias caídas, lo que refuerza su resistencia a utilizarlo. Así, este objeto se convierte en una herramienta ambivalente: le ofrece apoyo, pero al mismo tiempo le genera incomodidad y desconfianza.

El “burrito”⁴⁰ podría ser una alternativa, pero su adopción resulta aún más complicada, ya que tampoco le agrada el bastón, lo que evidencia su preferencia por moverse sin asistencia, a pesar de las dificultades.

Hoy, su hija le aplica una inyección para el dolor en las piernas. Sobre su diagnóstico cardíaco, menciona que han pasado solo dos años: *“Ahí sentía el corazón en mi pecho, me pegaba en la espalda... y era por la circulación... Saqué hora con el cardiólogo, me tomaron la arritmia cardíaca y a puro remedio nomás”*.

Entre medicamentos, tensiones cardíacas y una constante sensación de fatiga, incluso pequeños trayectos como este pueden volverse desafiantes. Debido a la arritmia, debe caminar despacio para evitar el agotamiento, haciendo pausas cuando es necesario para recuperar el aliento y no sobrecargar su cuerpo ni su corazón.

⁴⁰ Se trata de una plataforma de fierro con dos patas traseras recubiertas de goma y dos ruedas pequeñas en la parte delantera. En la parte superior, cuenta con una superficie de goma diseñada para apoyar y afirmar ambos brazos, o incluso los codos, como mencionó una entrevistada. Este material proporciona un agarre firme, facilitando su uso. Las medidas estándar del dispositivo son: Ancho: 62 cm; Largo: 49 cm; Altura ajustable: de 78 a 96 cm; Diámetro de las ruedas delanteras: 12,7 cm; Capacidad de peso: hasta 100 kg. La relación del cuerpo con este artefacto depende en gran medida del tipo y la gravedad de la lesión o afección, ya sea en las rodillas o en la espalda. Según la condición del usuario, la estructura se ajustará a una postura más erguida o inclinada, lo que influirá en la distribución del peso y la fuerza aplicada en el desplazamiento.

Más que una experiencia de lentitud continua, su caminar se compone de pequeños tramos del territorio que debe ir asimilando con cada latido, decidiendo en cada momento si detenerse o continuar. La caminata, en su ritmo y esfuerzo, no solo avanza por el paisaje, sino que también se inscribe en su respiración, marcando el pulso de su movilidad. Al regreso, esta sensación se intensifica aún más, pues el descanso será largo y se entrelazará con la soledad que la acompaña en su hogar, especialmente durante la noche.



Fotografía señora “Tato” caminando a la posta. Registro personal

Si bien el dolor es un afecto inseparable de la vida (Lapouyade, 2024) y está presente en múltiples enfermedades y tratamientos, en el contexto insular y en personas mayores, se observan diversas estrategias de adaptación. En las islas, donde las distancias varían entre trayectos largos y cortos, la movilidad se moldea según las posibilidades corporales y las condiciones del territorio, sin que ello implique necesariamente una limitación, sino más bien una forma de negociación cotidiana y micropolítica con el entorno.

Estas diversas formas de movilidad e inmovilidad configuran modos de soportabilidad del dolor y las tensiones (Cervio, 2012), como ocurre con algunas personas mayores que, ya sea por decisión o por falta de recursos, permanecen postradas o inmovilizadas en sus hogares isleños. En estos casos, el dolor y el sufrimiento se entrelazan con la espacialidad doméstica, que también como diría Le Breton (2018), adquiere una dimensión territorial, amplificándose en contextos de desigualdad espacial.

No obstante, las tensiones que enfrentan los cuerpos envejecidos en las islas son diversas y complejas. La percepción de un cuerpo que ya no responde como antes puede generar una sensación de desconexión, conocida como *disembodiment*, lo que trae consigo sentimientos de inutilidad y ansiedad. Además, el aislamiento territorial y la reducción de redes sociales pueden provocar una sensación de pérdida de identidad y afectar la vida social y emocional de las personas mayores (Sossa, 2024), como en este caso.

Aun así, la vejez no debe entenderse como una anormalidad, sino como una etapa vital que abre nuevas posibilidades de experimentación y resistencia. En este sentido, y como han demostrado diversas experiencias en las islas, el dominio del propio cuerpo y la capacidad de maniobra pueden contribuir a prevenir la soledad que parece inherente a esta etapa de la vida (Rydeskog et al., 2005).

Marcela Venebra (2021) plantea que si la vejez se aborda más allá de la enfermedad, es posible comprender la fragilidad inmanente que la caracteriza, especialmente en relación con el futuro. En este escenario, la expectativa de novedades disminuye, lo que redefine la experiencia del tiempo y la movilidad. En las islas, esta transformación se traduce en un mayor apego a la proximidad de los servicios y una movilidad hacia lugares más lejanos solo cuando existe un vínculo familiar o un resguardo, como sucede con quienes viajan a Argentina para recibir atención médica.

Así, aunque el envejecimiento en el contexto insular conlleva desgaste y una síntesis relacional de la vida, los cuerpos envejecidos no son simplemente cuerpos inmovilizados. Sus movimientos pueden ser escurridizos y estratégicos demostrando que la permanencia en el territorio no siempre significa encierro o inmovilidad, sino también una forma de agencia, cotidiana con las condiciones de vida en las islas.

8.2.4.- El viaje de Juan: Entre dolor e imaginación

Don Juan sale el viernes 23 de Febrero (2024) desde la isla de Apiao con destino a Achao, donde debe realizar algunos trámites en la Municipalidad de Quinchao. Aunque su viaje no tiene un propósito médico inmediato, ya comienza a pensar en cómo organizar futuras visitas a la institución de salud.

J (de aquí en adelante) tiene 71 años y parte desde su casa rumbo al muelle, donde nos reuniremos para tomar la lancha de las 12:00, con regreso a las 15:30. Nos

encontramos justo cuando el amanecer empieza a disiparse.

Aún quedan algunos minutos antes de embarcar, así que nos adentramos en el “apostadero” ⁴¹, un espacio de resguardo donde los isleños esperan la lancha, protegiéndose del viento, la lluvia o el frío. Este refugio, además de ser un punto de espera, es también un lugar de paso para los pocos caminantes que recorren la isla cuando no hay desembarques a la vista.



⁴¹ Podría llamarse así, ya que funciona como un refugio ante la lluvia o el viento. Es comparable a la sombra de un árbol en un sendero, donde los caminantes se detienen a resguardarse y esperar a que pase la tormenta antes de continuar su camino.



Fotografías Juan llegando al muelle en Alao. Registro personal

Me o “nos” ⁴²cuenta que se atiende en la posta, aunque rara vez asiste, ya que ha aprendido a manejar su salud, desarrollando una resistencia frente a sus propios dolores y

⁴² Las conversaciones y formas de expresarse de los isleños, en numerosas ocasiones, reflejan una profunda sensación de comunidad. Más allá de la figura del extranjero que podría generar distanciamiento en los intercambios con investigadores o turistas, aquí siempre se trata de pensar en términos colectivos, como un “¿cómo están?” que trasciende la idea de individualidad de otro tipo de territorios.

limitaciones. Tiene una complicación en la rodilla que le causa dolor y, por otro lado, atrofia en los dedos. Sin embargo, explica que su vida siempre ha estado ligada al trabajo en la pesca, lo que le ha otorgado tanto fortaleza como rigidez: *“siempre fue así... pero la rodilla está jodida... lleva 20 años con eso... no sé cómo lo voy a hacer con el hospital... igual cargo, pero las bajadas me joden”*.

J vive con el dolor como una constante en sus desplazamientos por el territorio, pero como él mismo dice, hay momentos en que el dolor es más tolerable que otros. Un ejemplo concreto es cuando tiene que subir o cargar algo, donde la tensión y el malestar se vuelven más evidentes.





Fotografías Juan esperando en el “apostadero”. Registro personal

J se asoma a la ventana y observa la llegada de la lancha al pequeño muelle. Poco a poco se acerca gente y vehículos, que transportan mercaderías, materiales, y otros objetos, aumentando el bullicio y las interacciones sociales en el lugar. El momento de embarque y desembarque, cargado de actividad, refleja la dinámica de la vida isleña, como señalan Lazo y Carvajal (2018a), siendo un ejemplo de red social activa en medio de las islas, que pese a su desolación,

no se limita a la despoblación, sino que mantiene una vitalidad en su cotidianidad.

J camina, pero también utiliza otros medios de transporte, como el bote o el arrendamiento de camionetas para flete. Como él mismo menciona: *“antes lo hacíamos con bueyes... ahora la gente compra vehículos para hacer flete, pero son pocos y es un gasto”*. Aunque resuelve la mayoría de sus necesidades de salud en la isla, su relación con la atención médica es distante. No tanto de forma crítica, sino desde una postura vinculada a una identidad masculina en las islas, donde prevalece la resistencia y la “dureza” corporal.

Sin embargo, en ocasiones ha tenido que ir a Achao, y en situaciones más complejas, a Castro. *“Nos vienen a buscar acá. Los adultos mayores tienen mucha ayuda aquí... porque me cuesta caminar desde hace 21 años... me duele cuesta abajo por las pampas”, dice J. “Cuesta arriba es menos, pero sin mucha carga”*.

Como plantea Sossa (2024), la resistencia corporal al dolor en el envejecimiento se construye a través de múltiples dimensiones. A medida que las personas envejecen, sus cuerpos experimentan cambios que incluyen dolor y malestar, lo que requiere adaptaciones en sus actividades cotidianas y una aceptación de nuevas limitaciones físicas. En este sentido, la resistencia corporal al dolor en los mayores es un proceso multifacético que involucra adaptación, experiencia, apoyo social, actitud positiva y prácticas de autocuidado.

Son las 11:48, y J comenta que, frente al dolor en la lancha, si hay viento, lo único que puede hacer es afirmarse. "*Pero hoy está calmado*", aclara. El tiempo que tiene este viernes es limitado. "*En Achao el tiempo es corto, tengo que ir a la municipalidad... a la corporación de salud no he ido todavía, pero tengo que ir... aún no he pedido hora... pero viene un barco de la ronda*", explica. A pesar de la necesidad, añade que "*hace 5 años que no me atienden ni he ido a la posta, ni retiro alimentos*". Esto lo sitúa en una etapa de resistencia al dolor de rodilla, donde, aunque no busca atención médica frecuentemente, recurre a ciertos apoyos, como la corporación, en caso de necesidad.

"Y hasta aquí estamos me he sentido bien, casi con la cuota lista. No hay que pensar mucho porque se sabe hay que entregar el cuero esas son las creencias de por acá y ahí vamos nosotros(...)con los accidentes en el mar, uno en estado de ebriedad muere...yo a remo me meto al mar....con bota de goma nomas...voy temprano depende de lo que tenga que hacer...pesca en red. Los otros van con la red y yo voy al remo...saliendo a las 2 o 3 de la mañana"
(J)

En ese momento, J avisa: "*Allá viene la lancha, la blanca*", y añade que se va de inmediato, "*pero primero que apegue*". Caminamos lentamente por el muelle, de forma pausada. Aunque, en el discurso, su cuerpo se describe como fuerte, estas breves caminatas se hacen con cautela. A pesar de que el clima está más seco en ese momento, lo que facilita el caminar, en invierno las condiciones son distintas. En esa temporada, las superficies pueden estar resbaladizas, y en las islas lo llaman "*ir a comprar terreno*", una expresión que hace referencia al peligro de caer o

deslizarse, que para personas mayores puede ser un serio problema.





Fotografías llegada de la lancha. Registro personal

Tras bajar sigilosamente por la empinada escalera de la lancha, nos acomodamos en el primer asiento disponible, buscando más amplitud para estirar las piernas. En particular, J se siente inseguro sobre su pierna derecha, sin saber si sería mejor “*arreglarla*” o si empeoraría al hacerlo. La posibilidad de buscar una intervención médica en el hospital y ser derivado a otro lugar es una preocupación que a veces se desvanece, ya que ha aprendido a convivir con el malestar y el dolor. Esta situación implica, como sabemos, una “movilidad especulativa”, donde J debe pensar cuidadosamente cómo moverse: de manera escalonada, conectada o desfasada hacia algún dispositivo de apoyo.

Desde la perspectiva de Le Breton (2018), el dolor se convierte en una experiencia de tensión física y emocional que reorganiza las relaciones del individuo con su entorno, su cuerpo y sus expectativas. Esta experiencia puede entenderse como lo que él denomina una *antropología del cuerpo vulnerado*. En el caso de J, sus movilidades –como el acto de bajar por la escalera de la lancha o de elegir un

asiento estratégico para aliviar su sufrimiento– no son solo respuestas prácticas, sino que también configuran lo que Cresswell (2006) llama las *políticas de la movilidad*, decisiones cargadas de significado que reflejan desigualdades y restricciones tanto físicas como sociales.

Además, el concepto de “movilidades especulativas”, entendido como la proyección de futuros inciertos relacionados con la intervención médica, se alinea con lo que Bissell (2009) describe como movilidades afectivas, profundamente marcadas por la incertidumbre y el miedo. En este sentido, el cuerpo de J se convierte en un espacio de interacción entre el territorio, dolor y emociones que construyen una experiencia de movilidad íntimamente conectada con su identidad y contexto isleño.





Fotografías Juan al inicio del viaje. Registro personal

El dolor del cuerpo de J está intrínsecamente relacionado con su conexión con el mar y los fríos que debió soportar, particularmente en sus extremidades. Pescar a vela en Chaitén, Achao o Castro siempre fue parte de su identidad huilliche, y él lo resalta con orgullo, afirmando que *“ninguno murió de hambre... lo hicieron de viejos. Estaban firmes en sus enfermedades y andaban con ojotas en su tiempo, pero ahora con botas... eso era nuestra vida”*. Sin embargo, el contexto de la isla y la insularidad también ha dejado su huella. J señala que *“murieron los que la hacían”*, refiriéndose a aquellos que trabajaban en el mar, y destaca cómo la evolución de las tecnologías y las costumbres ha cambiado. En su caso, menciona que le bloquearon el dedo y le pusieron un botón para sujetarlo fuera del tendón, una intervención médica que, aunque necesaria, resalta el contraste entre la vida tradicional y los procesos de envejecimiento y desgaste corporal.

La relación entre cuerpos, envejecimiento y la (eventual) reparación médica pone de manifiesto cómo, en la

insularidad, los procesos de envejecimiento, desgaste físico y medicalización están profundamente vinculados a las historias de movilidad y trabajo de estas comunidades. Como sugiere Lupton (2012), el cuerpo no solo es un espacio de sufrimiento, sino también un lugar donde se entrelazan las narrativas de vida, las prácticas laborales y los ajustes a los cambios que imponen tanto el tiempo como el contexto social y geográfico.





Fotografías en zonas del cuerpo donde siente dolor. Registro personal

De este modo, el viaje de J se inserta en el contexto de las movilidades archipelágicas, donde los desplazamientos se ven profundamente influenciados por la geografía fragmentada y las interdependencias entre islas (Sheller, 2018), configurando ensamblajes complejos de cuerpos, infraestructuras y afectos. La experiencia de J al descender cuidadosamente por la escalera de la lancha o al buscar un espacio para aliviar su dolor ilustra las tensiones entre las capacidades físicas del cuerpo y las demandas de las infraestructuras del archipiélago, que, frecuentemente, no consideran la vulnerabilidad corporal.

Los ritmos no lineales de los espacios marítimos, como apuntan Steinberg y Peters (2015), desestabilizan la posibilidad de una intervención médica eficiente. Estas movilidades no responden únicamente a una lógica funcional, sino que también están atravesadas por una dimensión existencial y especulativa, donde el cuerpo, afectado por el dolor, se convierte en un espacio de constante negociación frente a las demandas de un

territorio que, simultáneamente, posibilita y limita su capacidad de moverse.

Al llegar a Achao, nos despedimos frente al mercado, ya que J debía hacer una parada en un negocio antes de dirigirse a la Municipalidad a realizar su trámite personal. En ese momento, la preocupación por la atención médica se disuelve temporalmente, quedando solo en el ámbito de lo imaginario, las emociones y las formas de encarnar los dolores y las esperas.

8.2.5.- Cierre modulo etnográfico

Más allá del “modelo biomédico rehabilitador” (Barton y Oliver, 1997, en Solsona, 2023) o del enfoque “asistencialista” que inevitablemente se ancla en una normalidad médico-estructural, así como también en los enfoques de capacidades de las personas mayores (*capabilities approach*) (Castillo & Vecchio, 2024), las movilidades e inmovilidades de los cuerpos envejecidos y con afecciones crónicas en Quinchao implican una interacción y entrelazamiento complejo entre capas y niveles micro-orgánicos y sensibles de la salud.

En el caso de Armando, el tumor hepático y su dolor crónico alteran sus trayectos, donde la precariedad de la infraestructura de salud insular amplifica las dificultades de acceso a atención. Estos desplazamientos, por tanto, se tornan afectivos, ya que las sensaciones de malestar modifican la percepción del tiempo y el espacio (Bissell, 2010), al mismo tiempo que, en algunos casos, las revierten o sobrepasan.

Luzmenia, que vive con diabetes e hipertensión, adapta su cuerpo a la caminata diaria hacia la posta, un trayecto que, aunque rutinario, se convierte en una práctica terapéutica, modulando su relación con el territorio. En su caso, caminar no es solo un acto físico, sino una respuesta molecular que facilita la gestión de su salud y bienestar (Vergunst, 2008).

Tato, por su parte, enfrenta la arritmia cardíaca, lo que le impone ritmos lentos y pausas durante sus desplazamientos. Aunque sus trayectos son cortos, están profundamente marcados por el cansancio y el dolor cardiovascular, lo que convierte cada movimiento en una constante negociación entre su cuerpo afectado y las demandas del entorno. Este tipo de “movilidad especulativa” refleja la adaptación a las limitaciones del cuerpo y las incertidumbres del futuro (Bissell, 2018).

De forma similar, la historia de Juan se inserta en este entramado de movilidades y afectos ligados al cuerpo envejecido y la insularidad. A pesar de su dolor crónico en la rodilla y los dedos, él ha aprendido a convivir con las limitaciones de su cuerpo a lo largo de los años, usando su fortaleza y rigidez adquiridas a través del trabajo en la pesca, una actividad que fue parte integral de su identidad. Sus trayectos, aunque no exentos de dificultades, también son espacios donde negocia el dolor y la movilidad, adaptándose a las exigencias del territorio. Su caminar lento y pausado, consciente de las potenciales caídas en el muelle, refleja una estrategia de resistencia corporal, que combina la sabiduría adquirida a lo largo de su vida y la

necesidad de adaptar su cuerpo a las condiciones del entorno isleño.

En conjunto, estos ejemplos evidencian cómo las afecciones micro orgánicas (Merriman, 2019) no solo alteran las capacidades físicas, sino también cómo las movilidades se configuran como espacios de adaptación frente a las exigencias del cuerpo y el territorio. El dolor y la fragilidad no solo definen las trayectorias de movilidad de estas personas, sino que también conforman una forma de resistencia, adaptándose a las particularidades de su vida en las islas, donde las limitaciones físicas se entrelazan con la interacción constante con un entorno desafiante.

8.3.- Reflexiones finales

Las experiencias de movilidad e inmovilidad por salud en el archipiélago de Quinchao evidencian que los desplazamientos no pueden ser comprendidos como trayectorias lineales ni funcionales, sino como prácticas vitales, corporales y emocionales profundamente situadas. A lo largo de este capítulo, se ha intentado mostrar cómo estas (in)movilidades se entrelazan con las condiciones materiales del territorio, los ritmos institucionales de atención, los ciclos vitales y las sensibilidades corporales, configurando tramas de afectividad, “desgaste de tensión” y resistencia ante elasticidades críticas

Una primera dimensión para relevar es la diversidad de perfiles corporales y vitales que habitan estas trayectorias: mujeres embarazadas, madres con bebés, cuidadoras de niños con discapacidad, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas. Cada uno de estos perfiles

corporales articula una relación específica con el tiempo, el espacio y las instituciones. Como sugiere Bissell (2009), hablamos de “diferentes cuerpos de movilidad”, que exigen energías, fuerzas y estrategias distintas en función de sus condiciones físicas, afectivas y sociales. Así, se vuelve evidente que no existe una sola forma de moverse o quedar inmóvil, sino que estas prácticas están atravesadas por diferencias de género, edad, clase, etnia, diagnóstico y rol familiar.

Estas diferencias se expresan, de forma contundente, en la dimensión temporal. El tiempo es aquí un elemento transversal, pero no uniforme. Las temporalidades del embarazo, por ejemplo, colisionan con los tiempos institucionales de atención, generando desajustes que tensionan la espera, la planificación y el cuerpo en transformación (Hird, 2007; Kern, 2020; Sheller, 2020). Las cuidadoras de niños/as con enfermedades crónicas enfrentan movilidades que se extienden por años, y donde la espera institucional no sólo se experimenta como dilación, sino como forma de desgaste experiencial (Koselleck, 1993; Auyero, 2009; Bourdieu, 2000). Estas asimetrías temporales no son neutras: inciden directamente en el sufrimiento, la ansiedad, la frustración o la resignación que las personas expresan ante la posibilidad -o no- de acceder a atención médica.

A ello se suma una tercera dimensión clave: la interdependencia como una forma de movilidad encarnada y sensorial. Lejos de la imagen de sujetos autónomos que se desplazan por medios neutros, aquí los movimientos se configuran como ensamblajes afectivos y materiales entre cuerpos humanos y no humanos (Sheller,

2020; Merriman, 2019; Hird, 2007). Las madres que caminan entre cerros, barro o lluvia cargando a sus bebés con mochilas, frazadas, leche y vacunas; los adultos mayores que deben afirmarse para no caer en la lancha; o las cuidadoras que organizan viajes de cuatro días para acceder a especialistas en el continente, encarnan relaciones complejas entre fragilidad, esfuerzo y cuidado. Estas prácticas muestran cómo las corporalidades se ensamblan con climas, objetos, infraestructuras, afectos, técnicas y redes para sostener la vida (Larracilla, 2021; Lazo & Carvajal, 2018a).

En este contexto, el concepto de “soportabilidad” (Scribano & Figari, 2009) adquiere un valor analítico particular, pues permite comprender cómo los cuerpos insulares —en su tensión entre moverse o no moverse— articulan su acción en función de capacidades físicas, emociones, recursos disponibles, y formas situadas de cuidado. Esta soportabilidad se entrelaza con la vulnerabilidad climática, los regímenes de espera, los ciclos vitales, y las afecciones crónicas o discapacidades que marcan los cuerpos. La insularidad, por tanto, no es solo una condición geográfica, sino una experiencia sensorial y emocional encarnada.

Desde el punto de vista metodológico, este capítulo adopta una perspectiva que podríamos denominar etnografía del dolor. Tal como propone García (2013), el cuerpo vive su salud sin representársela, y es en esa vivencia donde emergen formas de conocimiento sensibles y relacionales que escapan a las lógicas biomédicas o estadísticas. En este sentido, los relatos de Armando, Luzmenia, Juan o la señora Tato muestran que el dolor no es únicamente físico, sino que es vivido de manera compleja: se silencia, se

adapta, se resignifica, se comparte o se oculta, dependiendo del contexto, del entorno y del momento vital. Siguiendo a Bissell (2010) y Le Breton (2018), podemos afirmar que el dolor es una experiencia afectiva que modifica la percepción del tiempo, del espacio y del propio cuerpo.

Particular relevancia adquiere aquí la perspectiva de género y del ciclo vital. En el caso de las mujeres, la etnografía permite acceder a tramas íntimas y corporales que difícilmente podrían emerger mediante metodologías convencionales. Las entrevistas y los trayectos compartidos permiten registrar gestos, silencios, miradas, formas de organización emocional y corporal que configuran otros saberes del cuidado. Como señalan Canevaro, Abramowski & Castilla (2023), estas dimensiones afectan las formas de movilidad e inmovilidad, produciendo modulaciones afectivas que cruzan a toda la familia, incluidos aquellos que no viajan, pero experimentan sus efectos.

La caminata, como ha mostrado Vergunst (2008) y se confirma en el caso de Luzmenia, se convierte no sólo en un medio de transporte, sino en una práctica de autoafirmación, de reconfiguración del cuerpo, de resistencia emocional y de vinculación sensible con el territorio (Martínez, 2018; De Certeau, 1996; Tironi, 2018). Así también, las experiencias de mujeres mayores o de vejez, como las de la señora Tato, desafían la idea de la inmovilidad como pasividad, mostrando formas de agencia contenida, de desplazamientos estratégicos y de prácticas de cuidado autónomo, aunque estén cruzadas por la soledad y la fatiga (Rydeskog et al., 2005; Sossa, 2024; Venebra, 2021).

Finalmente, estas movilidades insulares son formas creativas de habitar la salud y de desafiar el abandono institucional y la injusticia espacial. Como señala De Certeau (1996), se trata de tácticas cotidianas que subvierten las lógicas planificadas: planificar con anticipación, coordinar con paramédicos, movilizar redes de parentesco, ahorrar para el pasaje o improvisar ante la cancelación de una ronda médica. La insularidad, lejos de ser una limitación total, activacapacidades de agencia, anticipación y cuidado que configuran un repertorio cotidiano de emancipación (Hayfield & Nielsen, 2022).

En síntesis, las (in)movilidades por salud en Quinchao no pueden pensarse únicamente como flujos o barreras, sino como procesos vividos, corporales y afectivos, que reflejan cómo se entrelazan —en cada cuerpo— las desigualdades territoriales, las expectativas institucionales, las infraestructuras y los deseos de cuidado. Frente a la errancia de los servicios, la precariedad de la atención y la incertidumbre de los trayectos, los cuerpos no sólo esperan, sino que resisten, negocian y reinventan sus formas de moverse. En este sentido, las trayectorias aquí narradas no sólo son experiencias particulares, sino también señales de una cartografía más amplia de la salud en contextos insulares, marcada por la fragilidad y la imaginación de un cuidado “por venir”

Desde una mirada más amplia, las (in)movilidades por salud deben entenderse como expresiones encarnadas de los conflictos sociales que atraviesan territorios latinoamericanos y empobrecidos. En este marco, el cuerpo no es simplemente un medio para el desplazamiento, sino un locus del conflicto: un espacio donde se inscriben,

condensan y disputan las relaciones de desigualdad, exclusión y control que estructuran la vida social (Scribano, 2007; Figari & Scribano, 2009).

Esta dimensión conflictiva no reside únicamente en la imposibilidad de moverse, sino en las formas concretas en que los cuerpos encarnan tensiones entre estructuras impuestas y ritmos vitales, entre exigencias institucionales y sensibilidades propias. En ese embodiment discontinuo, fragmentado y muchas veces sometido, se hace visible el conflicto: en los desfases entre los tiempos del cuerpo y los tiempos de la atención; en las fricciones entre la necesidad de cuidado y la disponibilidad de recursos; en las estrategias que deben desplegarse para sostener la vida en condiciones de precariedad. Las trayectorias corporales de cuidado y espera —especialmente en contextos insulares y periféricos— se configuran como escenas donde colisionan las lógicas de eficiencia, racionalización y burocracia del sistema con los ritmos sensibles, materiales y afectivos de la vida cotidiana.

De tal modo, y como han mostrado diversos estudios sobre acción corporal en América Latina, esta conflictividad no se manifiesta necesariamente en grandes actos de confrontación, sino en gestos mínimos: en el paso cansado de una mujer mayor, en el cuerpo curvado de una madre que sostiene a su bebé por horas, en la respiración entrecortada de quien espera atención médica en condiciones climáticas adversas (Lisdero, 2009; Boito & D'Amico, 2009). Estas acciones —eventualmente discretas— son profundamente políticas, pues expresan formas de resistencia frente a una geografía desigual del acceso y el cuidado. Así entendida, la movilidad no es

neutra ni espontánea, sino una práctica situada y corporalmente conflictiva, que revela la distribución desigual de las oportunidades para moverse, vivir y sanar. Frente a este orden que precariza y jerarquiza los cuerpos, emergen también formas cotidianas de insubordinación: desplazamientos que no sólo buscan llegar a un destino, sino sostener la vida propia y la de otros/as, abrir espacios de sensibilidad, cuidado y politicidad en medio de la exclusión territorial (Scribano, 2007; Figari, 2009).

Para cerrar un cuadro que entrelaza los perfiles y que permite profundizar en la interpretación transversal de estas (in)movilidades:

Perfil corporal	Temporalidad (in)movilidad	Carga física-emocional	“Soportabilidad”	Redes de apoyo	Estrategias/resistencias	Complejidades específicas
Mujeres embarazadas	Corta y urgente, con citas periódicas y riesgos asociados	Alta: ansiedad, temor, exigencia física	Moderada-alta: depende de etapa del embarazo y condiciones del trayecto	Alta: acompañamiento, transporte, contención emocional	Anticipación, planificación, solicitud de ayuda	Riesgo obstétrico, urgencia frente a emergencias
Madres con bebés/lactantes	Recurrente e inmediata	Muy alta: cargar peso, tensión emocional	Baja-moderada: limitada por cuidado simultáneo del bebé y entorno	Muy alta: transporte, salud, apoyo familiar	Coordinación, improvisación, cuidado en movimiento	Fragilidad infantil, carga múltiple, estrés parental
Cuidadoras de niños con discapacidad/enf. crónica	Prolongada, estructural	Extrema: desgaste acumulado, ansiedad continua	Variable: se sostienen con estrategias y resistencias afectivas	Alta: institucional, familiar, comunitaria	Persistencia, burocracia emocional, acumulación de experiencia	Sobrecarga del cuidado, invisibilización, desgaste psicosocial
Adultos mayores con enfermedades crónicas	Recurrente, extendida en el tiempo	Alta: fatiga, dolor, inseguridad al moverse	Baja: movilidad reducida, dependencia de otros o del entorno	Media: vecinos, redes comunitarias, apoyo institucional	Agencia silenciosa, cuidado autónomo condicionado	Riesgo de caída, exclusión digital, deterioro físico y emocional
Personas con discapacidad o movilidad reducida	Discontinua, dependiente de atención o controles específicos	Alta o muy alta: obstáculos constantes en infraestructura	Muy baja: obstáculos múltiples e invisibilización institucional	Muy alta: cuidador/a, transporte, adaptación espacial	Resistencia cotidiana, adaptaciones permanentes	Falta de accesibilidad, dependencia estructural

Tabla 6: Comparación de perfiles corporales y trayectorias de (in)movilidad por salud. Elaboración propia

9. Discusión de resultados

Descriptor

Los resultados de esta investigación sobre la (in)movilidad por motivos de salud en el territorio insular de Quinchao ponen en evidencia complejas interacciones entre las dimensiones territorial, institucional y corporal. Estas dinámicas muestran tanto similitudes como diferencias y articulaciones en las prácticas y experiencias de (in)movilidad, lo que no solo permite repensar nuestro caso de estudio, sino también abrir una discusión más amplia sobre distintos tipos de territorios y sobre la necesidad de abordar las dinámicas de movilidad e inmovilidad desde una perspectiva plural. En este apartado de cierre, se propone un recorrido por los principales hallazgos, promoviendo su discusión y análisis con un énfasis particular en las tensiones identificadas y en una mirada integradora sobre las movilidades e inmovilidades en contextos insulares. Asimismo, se presenta una propuesta de modelo para el estudio de las (in)movilidades archipelágicas, orientado a comprender estas dinámicas en su complejidad y especificidad.

9.1.-Barrido de tensiones

9.1.1.- Quinchao: ¿Una singularidad archipelágica?

En el contexto de la territorialidad insular de Quinchao, es fundamental reconocer que el archipiélago no se reduce a una delimitación aquietada, sino que está marcado por un entramado de relaciones complejas que involucran geografía, comunidad e infraestructuras disponibles (político-sociales, materiales y ambientales). Así, el territorio insular de Quinchao, particularmente en relación con las movilidades de la salud, debe entenderse como un

“ensamblaje inestable”, en constante transformación y condicionado por las dinámicas de movilidad, las tensiones sociales y las políticas institucionales, es decir, en sus (des)territorializaciones y formaciones problemáticas.

Este ensamblaje territorial, se define por las múltiples conexiones que se establecen dentro y fuera de la isla, y por los flujos de personas y recursos que reconfiguran continuamente los contornos de este espacio en su conjunto. El “afuera” o lo que se refiere al salir/entrar de la isla, constituye un conflicto central que determina el territorio de la salud y sus movilidades, y que en Quinchao (Chiloé) configura un espacio caracterizado por niveles cruzados de tensión, como lo plantean Nimfuhr y Otto (2021). Cada uno de estos niveles refleja desafíos derivados de una interdependencia bidireccional que, paradójicamente, separa a quienes requieren atención médica de quienes la proveen.

Esta desconexión forma parte del ensamblaje inestable “propio de un archipiélago”, impidiendo que ambos actores se conecten plenamente en el ámbito de la salud, lo que genera un territorio fragmentado en el que las necesidades y respuestas no se sincronizan adecuadamente. No obstante, esta no-territorialidad o no-atención, también forma parte de la definición misma de este territorio. De tal modo, la conexión entre Quinchao y las áreas urbanizadas de Chiloé no están sólo determinadas únicamente por las infraestructuras inexistentes, sino también por aquellas que faltan, se especulan, se esperan o se niegan

Así, su configuración y (des)territorialización responden a una dinámica en constante reconfiguración crítica (Deleuze, 1989), influida tanto por los centros urbanos (neoliberales) de atención en la provincia, como por los desfases institucionales, las lógicas locales-municipales y las condiciones geográficas y climáticas propias del archipiélago. Esta geografía -caracterizada por un relieve accidentado y un vínculo permanente con el mar- produce fricciones que modelan las experiencias de (in)movilidad, especialmente en relación con la proximidad y la temporalidad insular.

En este contexto, predomina una movilidad pedestre, mezclada con el uso de “fletes” y, anteriormente, de bueyes, lo que evidencia que los ensamblajes entre humanos y no humanos han sido históricamente fundamentales en este territorio rural e isleño. Estos ensamblajes conforman un “saber hacer” artesanal y experimental sobre las movilidades en *maritorios*, que se expresa tanto en prácticas culturales-ancestrales como en formas socio-laborales-territoriales. Desde épocas neocoloniales hasta el presente, estas dinámicas han incluido formas de movilidad forzada, como la salida de niñas, niños y adolescentes a internados educativos en pueblos y ciudades centrales de Chiloé, o el traslado de trabajadores hacia centros de cultivo de salmón.

Dado lo anterior, este territorio insular se configura específicamente a través de tres niveles de (in)movilidad – intra-isla, inter-insular e isla-continente – que reflejan la complejidad del acceso a la salud y las desigualdades inherentes al contexto insular, pero también las

transformaciones e interdependencias entre movilidad e inmovilidad. A pesar de las diferencias en la escala y las dinámicas de cada nivel, todos comparten tensiones estructurales que se manifiestan en el acceso limitado a servicios médicos, la precariedad de la infraestructura sanitaria y la dependencia de un sistema institucional que “no siempre” responde de manera eficaz a las necesidades locales. Para cada nivel, estas tensiones se expresan a través de la reconfiguración de los límites, así como de los servicios y “movilidades estandarizadas” en el territorio comunal y provincial.

Como vemos, el territorio de (in)movilidad por salud, se configura como un espacio de controversia, marcado por la fragmentación territorial y la precariedad en el acceso a la salud. La deficiencia de infraestructura y las respuestas institucionales insuficientes refuerzan la exclusión y la desigualdad, invisibilizando las posibilidades de movilidad (Shewly et al., 2020) de los tres niveles expuestos. Los grupos más empobrecidos enfrentan barreras logísticas y económicas al trasladarse hacia centros como Achao, Castro o Puerto Montt, lo que reproduce dinámicas de desarraigo y fragmentación, dentro o fuera de la isla (la “murra”⁴³).

⁴³ La experiencia de repliegue espacial de las y los isleños frente a situaciones de exclusión y malestar en Chiloé adopta diversas formas. La llamada “murra” —una práctica de aislamiento socio-espacial y emocional— puede derivar, especialmente en las islas con mayores niveles de pobreza, en problemáticas asociadas al consumo problemático de alcohol y en un aumento de episodios de violencia intrafamiliar (VIF).

De este modo, Quinchao se presenta como una territorialidad en crisis, donde la tensión constante entre movilidad e inmovilidad amplifica la incertidumbre y vulnerabilidad de sus habitantes, exponiéndolos de forma precipitada y sin otra alternativa, a una situación de alta “fragilidad territorial” (Taleb, 2012), y a una “antifragilidad adaptativa” agotada o en resistencia, dada las configuraciones existentes.

Esta múltiple y heterogénea territorialidad insular, con sus complejas dinámicas de (in)movilidad en el acceso a la salud, configura un espacio definido por la constante negociación entre movilidad e inmovilidad y por la interacción de múltiples factores geográficos, sociales e institucionales. Sin embargo, a pesar de su especificidad, también comparte características con otras realidades periféricas urbanas y periurbanas. Un ejemplo de ello es el estudio de Andrea Gutiérrez sobre Buenos Aires y las movilidades por motivos de salud (2009), que evidencia cómo las poblaciones de barrios periféricos enfrentan largas distancias, tiempos de espera prolongados y un acceso desigual a los servicios médicos. De manera similar, en Ciudad de México, la investigación de Gómez y Olvera (2016) muestra cómo los habitantes de zonas marginadas deben recorrer extensas distancias y sortear múltiples barreras -económicas, temporales y de infraestructura- para acceder a atención especializada en hospitales de referencia.

En estos contextos, las tensiones entre acceso a servicios, infraestructura deficiente y exclusión social generan patrones similares de desigualdad urbano-territorial,

donde la movilidad se convierte en un desafío constante y las respuestas institucionales resultan insuficientes. Por lo tanto, la territorialidad estudiada, aunque única en su configuración, funcionamiento y devenir, refleja las luchas comunes de territorios periféricos que enfrentan condiciones de marginalidad y precariedad, tanto en áreas rurales como urbanas. De esta manera, este análisis nos permite pensar en un territorio múltiple, de relaciones y desfases, pero también de un territorio de transición entre formas de desarrollo urbano-neoliberal e isleño, lo que plantea urgentes desafíos para la planificación territorial de la provincia y del país. Esto nos invita a reflexionar sobre cómo los territorios ultra-periféricos reconfiguran sus propias realidades, intentando adaptarse a las dinámicas más amplias de desarrollo en donde se observan, realidades y dinámicas regionales

9.1.2.- La (in)movilidad institucional y su continua normalización

Los hallazgos evidencian una falta de comunicación y una marcada discordancia entre los actores responsables de la gestión de la salud en territorios insulares. Existe una desconexión entre la planificación centralizada —dirigida por el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud Chiloé— y las necesidades concretas del territorio, gestionadas por la Corporación de Salud y la experiencia de (in)movilidad diferenciada de sus trabajadores.

Esta brecha genera tensiones entre lo instituido (lo normado) y lo instituyente (las prácticas). Desde la perspectiva de René Lourau, esta tensión puede abordarse a través del concepto de “análisis institucional en acto”

(Lourau, 1975), donde las prácticas de los funcionarios, en sus distintos niveles, no solo resisten la norma, sino que la transforman de manera parcial y cotidiana mediante sus reacciones y experimentaciones. Así, las regulaciones centralizadas no solo son reinterpretadas en el territorio como una respuesta a la falta de recursos, sino también como formas instituyentes que reconfiguran las dinámicas y movilidades de atención en la salud insular de nuestro caso de estudio.

Esta tensión se manifiesta en la burocratización de los procesos de derivación y en la ausencia de estrategias adaptadas (Massey, 1993) a la realidad insular, lo que evidencia una diferenciación político-operativa entre el ámbito público y el privado. Por un lado, las directrices estatales y las políticas públicas intentan regular el acceso a la atención, mientras que, por otro, las lógicas de gestión privada operan con criterios distintos, generando fricciones en la prestación de servicios de salud en la provincia.

A nivel territorial, esta dinámica se traduce en una tensión constante en los emplazamientos y movilidades requeridos por la institucionalidad en todos sus niveles. En este contexto, se configura una suerte de “independencia crítica” y una reactividad al fallo, donde la falta de coordinación institucional da paso a respuestas improvisadas y soluciones alternativas. Esto permite observar, desde una perspectiva antropológica, cómo las infraestructuras y las políticas institucionales no solo operan dentro de sus marcos normativos, sino que también se reinventan en la práctica a través de procesos de adaptación y de habitar heterogéneo.

Las infraestructuras, al funcionar de manera discontinua o fallida, no solo evidencian la ausencia de respuestas estatales, sino que también generan una intensa relación afectiva con la comunidad que debe enfrentarlas. Como señala Orlova (2021), *“las infraestructuras que funcionan mal no solo facilitan el compromiso, sino que también producen afecto”* (p. 29). Es decir, su malfuncionamiento genera un campo de tensiones y respuestas colectivas que refuerzan sentidos y formas de diferenciación comunitario-institucional. En Quinchao, este campo de tensiones no es estático, sino que se renueva constantemente en función de la efectividad de las atenciones médicas y en los flujos económicos de desarrollo (restauración posta, porcentajes de rondas, visibilización fuera de la posta, relación de la comunidad con los profesionales, etc.)

No obstante estas disociaciones, la entidad local opera en zonas de atención que, como hemos señalado, podrían ser variables o, al menos, susceptibles de ser redefinidas en situaciones emergentes. Después de todo, si los niveles de movilidad e inmovilidad en el acceso a la salud en este archipiélago están atravesados por la experimentación, ¿no sería posible que su configuración pudiera ajustarse según las necesidades? Además, si la interrupción es una constante y la adaptación una práctica recurrente, ¿no resultaría más efectivo contar con un marco de atención flexible, capaz de reconfigurarse en función de las inclemencias climáticas, las temporadas de intensificación de ciertas enfermedades o las particularidades geográficas y multidimensionales de cada isla?

Por su parte, la (in)movilidad terapéutica de los profesionales de la salud en el archipiélago de Quinchao refleja una lógica operativa-burocrática que, al estar desconectada de las realidades territoriales, genera distancias con la comunidad. Gatrell (2013) plantea que la movilidad puede ser terapéutica cuando favorece la conexión y el bienestar, pero en este caso, la planificación centralizada y la falta de arraigo impiden que los desplazamientos de los profesionales contribuyan a la construcción de paisajes terapéuticos y tecnológicos (saber médico, en el marco de alguna técnica o material de apoyo). En lugar de integrar a los actores sanitarios con los TENS y habitantes, esta movilidad fragmentada y desconectada refuerza una dinámica de contingencia y reactividad institucional.

Respecto al funcionario que vive en las islas y su doble posibilidad anclada a la isla y a la institución, se revela que en aquella situación aparentemente pintoresca hay una precariedad implícita que se transforma en una crítica de las (in)movilidades institucionales. Ser la *cara del Estado* no es cualquier cosa y se convierte en la “primera línea” de las demandas y problemáticas sensibles de la salud, de los cuerpos y políticas. Como sabemos, la mayoría de las atenciones se desarrollan en esa escala territorial, donde la experiencia se sitúa al límite de sus posibilidades y de la vida de las personas, lo que es altamente sensible y éticamente delicado, especialmente en contextos de precariedad y crisis institucional (representación)

En este sentido, Fassin (2004) señala que las relaciones de poder y legitimidad en los territorios condicionan el acceso

y la estructura de la atención en salud, lo que expone a estos funcionarios a sobrecargas de trabajo y dilemas éticos constantes. “Estar al límite”, aquí, se trata del defecto de lo institucional y la dependencia externa, lo que no los hace inoperantes, sino que los obliga a resolver problemas multidimensionales con lo mínimo. Esto genera, según observamos, tensiones y resistencia dentro de la movilidad de los servicios, es decir, desde sus relaciones interprofesiones y jerarquías en el área.

De tal modo, la “autonomía relativa” de los funcionarios en las islas se vuelve agotadora, ya que implica un proceso constante de redefinición, especialmente cuando se enfrentan a decisiones sobre fármacos controvertidos, como las vacunas infantiles o en contextos de crisis sanitarias. Según Fassin (2004), la salud no solo responde a lógicas médicas, sino que es una construcción social y política que involucra a diversos actores con intereses contrapuestos. Esto genera tensiones interprofesionales y un malestar generalizado, que se evidencia en paros prolongados, tanto como una forma de reivindicación de elementos contractuales, como también del saber práctico de la institucionalidad (in)móvil.

Por otra parte, en Quinchao, la vacunación se convirtió en una forma de movilidad institucional deslegitimada. A pesar de los esfuerzos de las autoridades sanitarias, la llegada de los equipos de vacunación a las islas fue percibida por muchos como una intervención externa - patógena y mediática- que no respondía plenamente a las particularidades ni a los temores locales. Esta tensión evidencia el conflicto entre la institucionalidad móvil y las

comunidades locales, donde la intervención, en un contexto de movilidad forzada, fue interpretada más como una imposición que como una solución. Aquí el concepto de *pandemic (im)mobilities* (Adey et al., 2021) permite comprender cómo la pandemia no solo transformó las movilidades e inmovilidades corporales, sino que también reconfiguró las políticas de salud, generando un escenario en el que la movilidad institucional fue recibida con desconfianza, especialmente en territorios con acceso limitado a recursos e información.

En este contexto, la vacunación no solo se convirtió en un campo de batalla por la salud, sino también en un espacio de disputa por la legitimidad de las intervenciones sanitarias. Las políticas de vacunación, impuestas desde una globalidad distante, generaron una sensación de deslegitimación, ya que los actores institucionales, percibidos como ajenos a las realidades locales, no lograron conectar con las sensibilidades comunitarias. La movilidad e inmovilidad de los profesionales de la salud no solo representaron un desafío operativo, sino también un cuestionamiento sobre el poder, el control en la gestión pos-pandémica y la circulación de medicamentos en contextos de desatención. Además, evidenciaron el estrés derivado de la lógica productivista de las “prestaciones” y el cumplimiento de “metas”, donde la eficiencia se impone sobre las necesidades y ritmos de las comunidades.

Esto, sin duda, orienta la discusión hacia un enfoque intersectorial y transdisciplinar, capaz de analizar y articular las dinámicas del transporte, los servicios de salud, las interconexiones institucionales en el territorio—

como la marina, la municipalidad y las empresas de ferry— y el mantenimiento de infraestructura, entre otros aspectos. Sin embargo, como plantean Medina e Icabeche en *Itinerarios de atención y desatención en salud en el Archipiélago de Chiloé*, la falta de articulación entre los servicios y la ausencia de enfoques contextualizados revelan una tensión constante entre la movilidad institucional programada y las experiencias situadas de desplazamiento y espera de los habitantes. Aquí no sólo se trata de itinerarios de atención que estructuran los accesos a la salud, sino que también producen fracturas, y desatenciones que reconfiguran la relación entre territorio, políticas públicas y cuerpos que se sostienen en la mediación e intersticio de las (in)movilidades.

De este modo, se torna indispensable reflexionar sobre cómo rehacer y recomponer los tejidos dislocados que configuran la experiencia de salud en Quinchao, con el propósito de restablecer sentidos compartidos y abrir nuevos horizontes de futuro. En este contexto, la movilidad e inmovilidad institucional en salud no puede concebirse únicamente como un dispositivo de acceso, sino también como un campo de disputas, discontinuidades y procesos de normalización. Como advierte Foucault (2002), los dispositivos institucionales no solo administran recursos y atenciones, sino que también instauran formas de control y regulación sobre los cuerpos, definiendo normas acerca de cómo se debe vivir, enfermar y sanar. Estas dinámicas, lejos de ser neutrales, atraviesan las fricciones entre territorio, institucionalidad y corporalidad, intensificando la urgencia de repensar el futuro y el desarrollo del territorio.

En este sentido, y en consonancia con la discusión local, *“visibilizar estas formas no-existentes de saber, actuar y sufrir en relación con los procesos de salud y enfermedad se vuelve una necesidad imperiosa, para quienes creemos que la salud no se reduce a la resolución de patologías, sino que se asocia al mantenimiento de las formas del buen vivir”*⁴⁴ (Medina & Icabache, 2020, p. 152), así como a la emergencia de procesos que permitan “desnormalizar” la realidad vigente de territorios inmersos en estas institucionalidades.

9.1.3.- ¿Qué cuerpos (no) se mueven en Chiloé?

La experiencia de (in)movilidad archipelágica está atravesada por tensiones temporales y vivenciales que emergen en situaciones de acompañamiento (“secundeo”), dolor y resistencias corporales:

“El *secundeo* es una fuerza que se construye y se conquista. Se da, se recibe, se necesita, se comparte. Es otra forma de respirar, de evitar la asfixia que nos rodea, de ponerle palabras nuevas a las cosas (...) En el secundeo se expresa la rareza de unas apuestas y sus desvíos impredecibles; en lugar de la ideología, irrumpe el deseo y su campo estratégico. Es el reverso de la militancia, de la inmovilidad, de la obediencia. Secundear no es un favor, no es darle una mano a alguien, ni voluntad de transformación: es una tarea vital, un gesto anímico, real, posible. Es un momento de libertad, una manija única, compartir algo. Es hacernos cargo de una especie de

⁴⁴ *Küme Mogen* en Chiloé

necesidad vital en medio de todo esto que es horrible, mezquino y cruel. Se secunde porque no se puede hacer otra cosa, porque es lo que hay, porque algo arranca, se activa, camina, se enlaza, crece. Porque es una fuerza imparale capaz de cambiarnos de una vez y para siempre” (Valeriano, 2025)

Estas resistencias, como hemos señalado, se expresan en prácticas individuales y colectivas. Las mujeres y adultos mayores desarrollan estrategias para gestionar su movilidad, mientras que las comunidades se organizan ante la precariedad del sistema sanitario. Las mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas enfrentan formas específicas de moverse o permanecer inmóviles, configurando experiencias que van más allá del simple desplazamiento geográfico y un “gesto anímico” irrenunciable. Así, estas experiencias corporales de movilidad están atravesadas por intensidades que exceden la dicotomía entre desplazamiento e inmovilidad, incorporando procesos de desgaste, anticipación, sufrimiento y (des)esperanza que estructuran la relación del cuerpo con “la enfermedad”, y con el territorio (¿Un cuerpo en común? ¿Una comunidad? ¿Una co-pertenencia en deuda?).

Con todo, el agotamiento físico y emocional de la movilidad sometida y forzada convive con la inmovilidad impuesta por la espera de tratamientos. Siguiendo aquí a Le Breton *“un individuo no tiene una relación constante con el dolor. Las circunstancias lo hacen variar: se distrae enfocándose en una actividad absorbente, o lo olvida al ser súbitamente reclamado por una tarea imprevista o por preocupaciones que reclaman toda su atención”* (Le Breton, 2018:152); lo

que al mismo tiempo iría delineando unas emociones e función de la frustración que, en algunos casos, deja la restricción de autonomía y de acceso (Ahmed, 2022) a los dispositivos locales, comunales, provinciales y regionales.

Pero estos cuerpos, sabemos, son sujetos sociales que también desafían las jerarquías de género que históricamente han estructurado el espacio chilote. Como señala Lazo (2023), el patriarcado chilote ha confinado a las mujeres a la inmovilidad, la proximidad y el “lugar”, mientras que la movilidad, lo exterior y el “espacio” han sido tradicionalmente atribuidos a los hombres. No obstante, las experiencias actuales muestran cómo las mujeres, principales usuarias movilizadoras de familias, han irrumpido en los circuitos de movilidad por servicios de salud, desafiando estas limitaciones y redefiniendo su relación con el territorio.

Este desplazamiento no es solo un tránsito funcional hacia el acceso sanitario, sino también un ejercicio de agencia que reconfigura las relaciones de cuidado y resistencia en el archipiélago. Así, lo que Bartlett (2002) describe como “inteligencias corporales” se manifiesta en una gestión somática que no sólo permite la supervivencia, sino que también articula nuevas formas de habitar y significar el movimiento en contextos de exclusión y olvido.

De ahí que, más allá de las distancias, la movilidad en archipelágica implica soportar, esperar y transformar la experiencia del desplazamiento. Los cuerpos de mujeres y adultos mayores devienen territorios de lucha en su relación con la salud. La espera por atención se configura

como una movilidad sigilosa y desgastante que desarticula los tiempos insulares y corporales, generando desterritorialización cultural y vivencial. En territorios indígenas y despoblados, esto refuerza formas de violencia estructural que perpetúan la invisibilización del bienestar y los derechos básicos, que desde la perspectiva de la asamblea social de Quinchao⁴⁵, ha sido arrebatada por el “capitalismo neoliberal” en la provincia.

Las mujeres mapuches enfrentan barreras adicionales en el acceso a la salud reproductiva, donde las desigualdades geográficas, institucionales y socioculturales restringen su autonomía. Carreño et al. (2024) destacan que la exclusión de sus conocimientos tradicionales en el sistema biomédico, no solo limita su derecho a una atención culturalmente pertinente, sino que también profundiza las inequidades estructurales que afectan su bienestar y sus corporalidades

En este contexto, la vergüenza relacional (Sabido Ramos, 2020^a) emerge como un mecanismo clave de segregación y exclusión. No se trata solo de un sentimiento individual, sino de una tecnología de control que moldea la manera en que ciertos cuerpos—particularmente los indígenas y racializados—son percibidos y posicionados dentro del sistema de salud. Sabido Ramos (2020^a) subraya que la vergüenza opera a través de la autoevaluación constante del propio cuerpo en relación con las normas biomédicas y las expectativas institucionales. Esta dinámica no solo refuerza

⁴⁵ <https://www.instagram.com/asamblea.quinchao/?hl=es>

la marginalización de las mujeres mapuches, sino que además las coloca en una posición de desventaja frente a los discursos médicos hegemónicos, limitando su acceso efectivo a la atención y naturalizando su exclusión del sistema de salud formal.

En ese escenario, y desde la perspectiva de Sheller (2020), las movilidades reproductivas no solo implican el desplazamiento físico, sino que producen ensamblajes de vulnerabilidad donde la dependencia de infraestructuras biomédicas acentúa desigualdades en el acceso a la salud. Para las mujeres mapuches, estas desigualdades se ven agravadas por un sistema sanitario que no incorpora un enfoque intercultural efectivo (Carreño et al., 2024).

Asimismo, las (in)movilidades con bebés complejizan aún más la gestión del cuidado en movimiento. El traslado implica una organización minuciosa de objetos y tiempos—mamaderas, agua caliente, pañales—que agudiza la tensión emocional de la espera médica. Hird (2008) describe esta dinámica como una “fuerza emocional” que estructura los viajes pedestres o en lancha, evidenciando la fragilidad de los ensamblajes de cuidado, pero también estas resistencias sensoriales, de las fuerzas y de las mínimas estrategias para el clima o la temperatura.

En el caso de los niños mayores, los tratamientos especializados disponibles fuera de la isla imponen traslados prolongados que generan ansiedad e incertidumbre. Esta situación se conecta con la idea de poblaciones “atrapadas” (Ayeb-Karlsson, 2021), caracterizadas por una doble exclusión: movilidad

restringida y bienestar condicionado por desplazamientos forzosos, pero con una real incidencia en bienestar a futuro (especialistas, terapias, medicación costosa)

Desde una perspectiva relacional, la movilidad en Quinchao no solo implica recorrer distancias geográficas, sino que transforma la experiencia corporal y afectiva. Estos ensambles desafían las normativas institucionales de acceso a la salud y coexisten con formas de movilidad establecidas e informales, vinculadas a la atención, la asimilación del mal-estar y el dolor. En este contexto, la espera en los servicios médicos no es un tiempo pasivo, sino un espacio de incertidumbre, resignación y, al mismo tiempo, de imaginación y creación de otras formas de movilidad y de estar en el territorio

Así, desde una mirada crítica, surge la pregunta sobre cuáles son los “*cuerpos que importan*” (Butler, 1993) en Chiloé o en cualquier otro de sus características, es decir, cuáles son aquellos cuerpos que quedan fuera de las normas de inteligibilidad social y territorial, considerados prescindibles o invisibles en el acceso a la salud. Esta pregunta resuena con la reflexión de Susan Sontag en *Ante el dolor de los demás* (2003), donde señala cómo ciertas experiencias de sufrimiento son ignoradas o naturalizadas, mientras otras se vuelven objeto de atención y reconocimiento.

En el caso de Quinchao, la movilidad e inmovilidad por razones de salud de la comunidad huilliche es un ejemplo de esta exclusión: aunque su presencia es innegable, su experiencia es sistemáticamente desplazada de los marcos

oficiales de atención y visibilidad. Al igual que en el análisis de Sontag sobre las imágenes del sufrimiento, aquí la desigualdad se manifiesta no solo en la carencia de recursos o infraestructura, sino en la indiferencia estructural que minimiza o silencia el malestar de ciertos cuerpos, reforzando las jerarquías de quiénes merecen ser vistos, atendidos y comprendidos.

*A continuación un cuadro que estructura los resultados, en sus **diferencias, similitudes y articulaciones:**

Dimensión de análisis	Diferencias	Similitudes	Tensiones articuladas
Territorialidad insular e (in)movilidad por salud	<ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad y precariedad varían entre intra-isla, entre islas e isla-continente. - Temporalidad y fricciones diferenciadas - Diferentes infraestructuras y medios de transporte - territorio e infraestructura desigual, más frágil y adaptativo en islas más pobres - Costos y tiempos de traslado diferenciados según distancia y gravedad del caso. - Isla continente tensionan migración 	<ul style="list-style-type: none"> - Territorio movilidad condicionada por infraestructura deficiente en todos los niveles - Ensamblajes interdependientes bidireccionales - Adaptación para suplir carencias estatales y fragilidad territorial - forzada desde el exterior (intra-isla/ entre-isla): Atracción complejidad médica y centralización servicios 	<ul style="list-style-type: none"> - Tensiones entre movilidad forzada y recursos limitados. - Dependencia de redes comunitarias ante la ausencia del Estado. - Desigualdad territorial que afecta acceso y continuidad de tratamientos - territorio de espera - Espacios relaciones y derivaciones en tensión - Territorio emergente o programado - Desplazamiento, negociación, eventual conflicto - Narrativas en conflicto de desigualdad territorial isleña - Territorio invisibilizado
Institucionalidad y gestión de la (in)movilidad salud	<ul style="list-style-type: none"> - Desconexión entre normativas y realidad territorial insular. - Funcionarios con movilidad errática, sujeta a decisiones centralizadas (independencia crítica paramédicos en islas) - Tensiones entre salud pública y privada, con mayor exclusión en zonas periféricas. - Reactivos en la interrupción de forma diferenciada (niveles de visibilización institucional) 	<ul style="list-style-type: none"> - movilidad e inmovilidad de no sólo de atenciones, sino que de instrumentos, políticas, infraestructuras, Falta de coordinación y comunicación interinstitucional. - Centralización de decisiones en el continente. - Zonificación limitantes (todos los niveles) 	<ul style="list-style-type: none"> - interrupción como norma y experimentación servicio - Precarización de servicios de salud en islas. - Dependencia de estructuras externas y discontinuidad en la atención (se mueve o no el diagnóstico/atención) - Fragmentación y desigualdad en la cobertura y acceso a tratamientos. - Dependencia económica y regulativa - Doble identidad del TENS, como efecto de tensiones de todos los niveles institucionales - Reivindicación política del saber práctico (in)movilidad
Cuerpo, experiencia y afectividad en la (in)movilidad por salud	<ul style="list-style-type: none"> - Diferencias según edad, género y condición médica (embarazadas, niños, adultos mayores). - Movilidades más forzadas en situaciones críticas (límite médico, objetiva) - Variabilidad en los tiempos de espera y respuesta médica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vulnerabilidad física y emocional asociada a la incertidumbre del traslado. - Estrategias (sensibles, emocionales y sociales) de afrontamiento/resistencia para mitigar impacto de inmovilidad. - Movilidades e inmovilidades diferentes escalas de atención 	<ul style="list-style-type: none"> - El cuerpo como espacio de disputa entre movilidad e inmovilidad salud - Frustración, ansiedad y resistencia frente a las barreras institucionales y territoriales. - Intersección entre desigualdades de género, etnia, edad y acceso a salud. - Invisibilización e (in)movilidad

Tabla 7: Matriz doble entrada Discusión de Resultados

En síntesis se trata de un territorio insular, definido como una configuración de ensamblajes inestable de movilidades e inmovilidades en el acceso a la salud, marcado por tensiones entre infraestructuras deficientes, planificación centralizada y experiencias situadas. La fragmentación territorial y la precariedad en los servicios generan desigualdades y estrategias de resistencia por parte de la comunidad, particularmente entre mujeres, adultos mayores y enfermos crónicos. La movilidad institucional, lejos de ser una solución efectiva, se percibe muchas veces como una intervención deslegitimada y desfasada, especialmente después de la pandemia. En este escenario, los cuerpos se mueven o permanecen inmóviles según múltiples factores geográficos, sociales y políticos, revelando la interdependencia crítica entre territorio, políticas de salud y experiencias sensibles y emocionales, y que hay que tomar en consideración en el debate político-académico-territorial.

9.1.4.- Nexus, entre (in)movilidades y tensiones

“No todxs podemos hacer algo con el dolor ni convertirlo en una fuerza. A veces la experiencia singular es tan intensa y desgarradora que no nos permite hacer otra cosa que esperar la próxima lluvia”

Fran Castignani

Como vemos, las (in)movilidades generan tensiones que, al entrelazarse, pueden intensificarse y volverse más delicadas, especialmente cuando afectan experiencias humanas que dependen de un servicio o de una emergencia. Estas articulaciones, que se configuran a través de ensamblajes transversales, intersticios y temporalidades

múltiples, constituyen experiencias de alta complejidad, donde se juega la vida y el sufrimiento de los cuerpos que no pueden moverse de manera oportuna: urgencias, partos, descompensaciones e incluso traslados de pacientes fallecidos.

Como hemos señalado, la intensidad de estas tensiones en las (in)movilidades no solo responde a ensamblajes concretos, sino también a no-relaciones, donde los desplazamientos institucionales o personales pueden verse forzados o condicionados. Se trata de dinámicas de fuerzas e interacciones con límites emergentes e indeterminados (Barad, 2023), difíciles de prever en un contexto como el estudiado y que sin duda se expanden a una realidad social. De hecho, las formas y posiciones de estas tensiones no son fijas, sino que se reconfiguran y combinan de distintas maneras, dependiendo de la geografía de la isla, las personas involucradas, cuerpos orgánicos e inorgánicos, micropolíticas de los dolores, los ciclos vitales, los tiempos y la reactividad de la movilidad institucional.

La materialidad de la (in)movilidad y sus tensiones resulta central en estas configuraciones, pues no solo implica interacciones humanas, sino también ensamblajes que articulan cultura, naturaleza, infraestructura y saberes científicos (Barad, 2007). Este “*entrelazamiento de tensiones*” dialoga con nociones como la “*mall*a” de Ingold (2015) o la “*red*” de Latour (2008), diferenciándose de ellas por su énfasis en las corporalidades vinculadas a la salud y en su interacción con materialidades heterogéneas, distribuidas de manera desigual en el territorio.

En este sentido, estos entrelazamientos también se conectan con lo que Toomey (2022) define como el “nexus de la (in)movilidad”, un espacio de interconexión donde sujetos móviles e infraestructuras se (des)encuentran, pero en condiciones profundamente desiguales. Toomey argumenta que este nexo es un punto de fricción donde se cruzan movilidades hipermóviles, forzadas (sometidas) y compelidas, exponiendo cómo ciertas poblaciones pueden moverse con facilidad mientras otras dependen de estructuras precarias o restricciones impuestas.

Esta perspectiva permite analizar cómo el acceso a la salud se ve mediado por una movilidad desigual: mientras algunos sujetos—autoridades, profesionales de la salud o actores institucionales—poseen, eventualmente, los medios y las redes para desplazarse sin mayores barreras, otros, como los habitantes de sectores rurales o comunidades indígenas, experimentan una movilidad forzada y precarizada, determinada por la escasez de infraestructura, la dependencia de servicios de transporte limitados y la incertidumbre que marca cada desplazamiento. Esta desigualdad no solo es material, sino también política y social, ya que configura relaciones de poder donde la capacidad de moverse o quedar inmóvil, refleja y reproduce estructuras de exclusión y resistencia (Toomey, 2021: 561-578), y muy sutiles dada su complejidad ética.

De este modo, las tensiones que configuran la movilidad archipelágica no solo dependen de la disponibilidad de servicios, sino también de la interacción compleja entre organismos e instituciones reales, ideales o incluso imaginadas. Estas dinámicas evidencian cómo las fuerzas

relacionales que regulan la (in)movilidad no son neutrales, sino que reproducen desigualdades, estableciendo jerarquías, dominios y continuidades históricas que persisten a pesar de las limitaciones institucionales para garantizar el acceso a la salud.

Aún más preocupante es que estas tensiones pueden intensificarse y volverse más asimétricas cuando una de las fuerzas en juego ejerce su influencia de manera desproporcionada. Cuando las fuerzas y elasticidades de la tensión se quiebran o entran en conflicto en torno a las vidas, las movilidades trascienden las barreras y deben comprenderse a partir de sus efectos y repertorios de violencia y poder. Lejos de resolverse, estas dinámicas se reconfiguran de forma constante, impactando de manera diferenciada a quienes dependen de estos circuitos para acceder a derechos fundamentales como la salud.

Desde esta perspectiva, las relaciones de (in)movilidad insular evidencian una complejidad dinámica, en la que la maleabilidad constante de las tensiones genera problemáticas y conflictos inevitables en un territorio marcado por la pobreza. Este escenario puede ser comprendido a la luz de los planteamientos de Urry en *Complexities and Futures?*(2011), donde el espacio y el tiempo del presente se conciben como inestables, mutables e impredecibles. Como señala Urry (2011), en estos contextos “*no existen estados simples, estables e inmutables, ni estados con un movimiento establecido equilibradamente (...) se caracterizan por una extraña combinación entre lo impredecible y las reglas o normas vinculantes (rule-bound) que gobiernan la vida de las*

personas” (Urry, 2011:194). La complejidad, en este sentido, radica en la impredecibilidad, las interrupciones y las transformaciones en los estados de movilidad, configurando uno de los aspectos más sensibles de la movilidad por salud en territorios archipelágicos.

Entre la experiencia vivida y la expectativa incierta, las (in)movilidades en el territorio insular están atravesadas por una temporalidad que Koselleck (1993) denomina el *“todavía-no”*, donde conviven la esperanza y el temor, el deseo y la voluntad, la inquietud y el análisis racional. Si bien estos elementos no son conceptos simétricos que determinen de manera absoluta la temporalidad de las acciones, configuran “espacios de experiencia” donde las expectativas no siempre se cumplen y el futuro aparece como algo limitado, en conflicto en torno a una esperanza y una vida posible.

Por último, es fundamental reconocer que las dinámicas de movilidad no solo responden a condiciones materiales e institucionales, sino que también están atravesadas por lo que Williams (2008) denomina “estructuras del sentir”: aquellas presiones que emergen en la intersección entre lo vivido y lo articulado. Estas estructuras no son estáticas, sino que pueden ser resistidas, transformadas o incluso bloqueadas, generando fricciones, incomodidades y conflictos que, como se ha señalado, en este contexto de “embodiment discontinuado” requieren ser analizadas y visibilizadas.

Desde esta perspectiva, la movilidad e inmovilidad no pueden reducirse al mero acto de desplazarse, como se ha

señalado en diversas ocasiones; deben entenderse como una configuración afectiva y relacional en permanente tensión. Las experiencias de quienes se mueven —o de quienes se ven forzados a permanecer inmóviles— evidencian las desigualdades y contradicciones estructurales que condicionan el acceso a la salud y a otros derechos fundamentales. Así, la movilidad adquiere un carácter simultáneamente jurídico-político y emocional, constituyéndose en un espacio de resistencia y de posibilidad emancipadora frente a estructuras que, desde sus propias limitaciones, buscan fijar y restringir los cuerpos en estos territorios. El cuerpo y sus emociones, de este modo, no se entenderían como una mera determinación de las ideas y significaciones, sino como la propia elaboración de cómo se encarnan y despliegan los conflictos.

9.1.5. (In)movilidad por salud en Chiloé (Quinchao)

En consonancia con los resultados obtenidos y con el objetivo de trazar y significar los aportes de esta tesis, es fundamental definir lo que hemos comprendido como una (in)movilidad por salud en islas, tomando como referencia el caso del Archipiélago de Quinchao.

Como hemos dicho, hablar de (in)movilidad por salud en un territorio insular, remite a un proceso complejo y multifacético, marcado por tiempos variables en los que las atenciones médicas pueden concretarse o no. No se trata simplemente de los “viajes inútiles” descritos por Gutiérrez (2009), en los cuales las personas deben trasladarse a las ciudades para conseguir una hora médica, una dinámica

muchas veces invisibilizada en los estudios de transporte y movilidad.

De ahí que, otra particularidad de la territorialidad insular de Quinchao es que, dado que no siempre se puede mover uno dentro o fuera de la isla, las movilidades no son exclusivamente para la atención o su gestión, sino que se articulan con trámites personales, administrativos o para socializar. La atención en salud se cruza con la necesidad de realizar diligencias en bancos, municipalidades u otras instituciones, así como con la oportunidad de encontrarse con familiares y amigos. Esto refuerza la idea de que la (in)movilidad por salud está intrínsecamente ligada a las experiencias cotidianas y a la vida social de las personas.

En el contexto isleño, estas gestiones pueden trasladarse a llamadas telefónicas, a interacciones comunitarias o al uso de tecnologías específicas que configuran un saber insular, mediante el cual las personas se informan sobre la programación o suspensión de rondas médicas y sobre la posibilidad de desplazarse fuera de la isla para recibir atención. Esta discontinuidad de los tiempos, puede ser de años y se puede acabar en el camino, como sucedió en pandemia.

En Quinchao, la movilidad por salud no depende exclusivamente de dispositivos institucionales, sino también de redes comunitarias, tecnologías y de un “saber móvil”, donde los contactos clave—el lanchero, el vecino, el paramédico, el familiar o el contacto en Achao, Castro o Puerto Montt—se convierten en eslabones fundamentales para acceder a la atención. Este proceso implica una

constante negociación entre la movilidad y la espera, donde la posibilidad de una cita médica deja de ser una garantía para convertirse en un “horizonte de expectativa” y, en algunos casos, en una forma de agencia sobre el propio deterioro de la salud.

En Quinchao, la particularidad de su territorialidad insular en tres niveles genera un ensamblaje inestable e inconexo de las movilidades y sus restricciones. La (in)movilidad por salud no se reduce a la dicotomía atención/desatención, sino que también se expresa en la experiencia de quienes soportan dolencias y malestares en el espacio doméstico, enfrentando largos períodos de incertidumbre. En este sentido, la (in)movilidad no es solo un resultado de las condiciones geográficas o institucionales, sino también un proceso que media la relación entre los habitantes y el acceso a la atención médica.

Esta situación se tensiona con las formas tradicionales y ancestrales de conocimiento corporal, que en muchos casos conviven con el dolor fuera de las lógicas biomédicas. Como plantean Bell y Cook (2022), las experiencias corporales de la salud en movimiento no siempre responden a la idea de curación, sino que también implican una gestión cotidiana de la enfermedad dentro de los ritmos de vida locales.

Desde esta perspectiva, las (in)movilidades de la salud en Quinchao no pueden concebirse como opuestas entre sí, sino como dimensiones interdependientes de una misma realidad (Adey, 2006). No se trata de la ausencia de movimiento frente a su presencia, sino de un entramado de relaciones en constante cambio, donde la inmovilidad no

implica necesariamente pasividad o abandono, sino que puede ser una condición de espera, expectativa o reconfiguración de posibilidades. Esto desafía la idea de que el movimiento físico es siempre beneficioso para el cuerpo, ya que, en Quinchao, la *stasis* no es solo una tensión, sino también un factor estructurante de las movilidades e inmovilidades próximas y distantes.

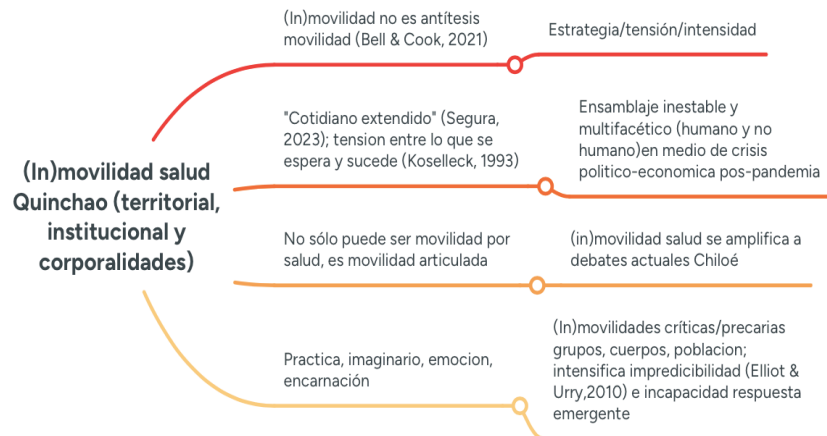
En este contexto, las posibilidades de acceso a la salud están profundamente condicionadas por las infraestructuras marítimas, los dispositivos técnicos y el despliegue de profesionales de la salud a través de las islas y la comuna. La geografía del archipiélago y su ensamblaje territorial tensionan la relación entre movilidades abiertas y cerradas, destacando la importancia de lo que no alcanza a moverse: tratamientos postergados, atenciones y esperas prolongadas.

La fragmentación sectorial de la atención se agrava en el archipiélago por la dificultad de establecer una transectorialidad efectiva entre las instituciones responsables de la salud, el transporte y la administración local. Esta situación es particularmente evidente en el contexto pospandemia, donde la desarticulación de atenciones y tratamientos no solo incrementó la carga hospitalaria, sino que también intensificó las desigualdades económico-sociales.

Siguiendo a Dalakoglou y Harvey (2012), las infraestructuras de movilidad no solo facilitan el acceso a servicios, sino que también pueden generar procesos de desconexión y exclusión, afectando de manera desigual a

quienes dependen de ellas. En Quinchao, esta tensión se traduce en un deterioro progresivo de las condiciones de movilidad por salud, donde las barreras geográficas y la fragmentación institucional han intensificado la vulnerabilidad de los habitantes. Esto evidencia que la movilidad por salud no es solo un acto de desplazamiento, sino un entramado de relaciones donde se articulan recursos, decisiones políticas y desigualdades estructurales.

Por último, es crucial reconocer que las experiencias corporales y emocionales están en el centro de estas dinámicas. No se trata solo de entender a los habitantes como “usuarios del sistema de salud”, sino de comprender cómo sus cuerpos—entendidos como ensamblajes relacionales y multiescalares—se ven afectados por la (in)movilidad. En este archipiélago, el acceso a la atención se configura a partir de una tensa interacción entre lo estructural y lo vivido, donde los tratamientos, los dolores y la incertidumbre son parte de una cotidianidad marcada por la fragilidad y la resistencia. Esto es particularmente evidente en el caso de enfermedades crónicas, discapacidades y sensibilidades específicas (Bell & Cook, 2022), que se intensifican en comunidades indígenas pobres e insulares, donde las barreras estructurales agravan las desigualdades en el derecho a la salud



Esquema 9: Síntesis (in)movilidad salud Quinchao

Así, el estudio de la (in)movilidad por salud en Quinchao permite visibilizar cómo las condiciones materiales y relacionales del archipiélago configuran formas específicas de exclusión y resistencia. Como advierte Adey (2006), la movilidad no debe entenderse como un fenómeno absoluto o “total”, sino siempre en relación con las condiciones sociales y materiales que la posibilitan o restringen. En este sentido, el caso de Quinchao se vuelve paradigmático para comprender las movilidades insulares y sus implicancias en la salud, especialmente si se considera, como plantea Harvey (1973), que estas dinámicas son también expresiones de (in)justicia espacial: reflejan cómo la distribución desigual de infraestructuras, servicios y oportunidades produce territorios donde el acceso a derechos fundamentales —como la salud— se ve sistemáticamente tensionado, obligando a los cuerpos a negociar su movilidad entre carencias estructurales y redes locales de soporte/supervivencia.

9.2.- Modelo teórico-metodológico para estudiar (in)movilidades archipelágicas

A lo largo de esta tesis, hemos buscado superar las miradas fragmentadas sobre el territorio, proponiendo un enfoque que favorezca el diálogo entre esferas o dimensiones que, si bien coexisten, no se articulan de manera coherente o de manera deseada. Es precisamente en esa desconexión donde emergen vacíos complejos (Urry, 2011) que configuran y describen las (in)movilidades en salud de territorios archipelágicos ultraperiféricos.

De ahí que el análisis de estas realidades, requiere una aproximación teórica capaz de comprenderlas como configuraciones socioespaciales complejas, donde se entrelazan dimensiones territoriales, institucionales y corporales. En esta línea, la “trialectica espacial” de Lefebvre (2013) constituye un marco analítico fundamental, al concebir el espacio como un producto social en permanente tensión y disputa. Esta tríada -compuesta por las prácticas espaciales, las representaciones del espacio y los espacios de representación- articula tres registros: el espacio percibido, vinculado a la experiencia material y cotidiana que relaciona flujos, usos del tiempo y reproducción social; el espacio concebido, propio de planificadores, técnicos y científicos, donde el espacio se ordena a través de signos, códigos y lógicas abstractas; y el espacio vivido, donde convergen la experiencia corporal, afectiva, simbólica y política de los sujetos, expresando tanto resistencias como posibilidades de resignificación del entorno. Lejos de operar como un modelo meramente abstracto, esta tríada -que sitúa al cuerpo como mediación central en la relación

con lo espacial y múltiples politicidades- permite captar las pugnas y mediaciones entre estas dimensiones, destacando la potencia del espacio vivido y de los espacios de representación frente a la tendencia del capitalismo (neoliberal), a privilegiar el espacio concebido como espacio abstracto e instrumental (Lefebvre, 2013).

La articulación de estas dimensiones no es paralela ni aditiva, sino transversal y, como diría Bajtín (1999), potencialmente dialógica. Esta dialógica no implica una síntesis armoniosa, sino un entramado polifónico en el que múltiples voces, temporalidades, materialidades y regímenes de poder interactúan, se enfrentan y se transforman mutuamente. En el contexto de las (in)movilidades archipelágicas, esta condición dialógica revela que los desplazamientos y detenciones no pueden ser entendidos como meras secuencias físicas o decisiones individuales, sino como procesos en donde se disputan y resisten significados, recursos y derechos básicos. Así, las movilidades e inmovilidades se configuran como geografías inestables y conflictivas, constantemente reescritas por la fricción entre marcos institucionales, condicionantes territoriales y corporalidades afectadas.

Esta perspectiva exige, como plantea Francisco Ther, atender a los “hipertextos” territoriales donde se inscriben las relaciones de fuerza (Ther, 2012: 504), que en este caso, revelan las (in)movilidades insulares. En este marco, los espacios abstractos producidos por la institucionalidad tienden a distanciarse de la complejidad de la vida social (Lefebvre, 2013: 15), generando una separación implícita entre dimensiones que, aunque coexisten, permanecen en

constante fricción. No obstante, es precisamente a través de estas fricciones que, como advierte Lefebvre, se hacen visibles los “*códigos de ordenación*” (2013: 16), entendidos como los principios que regulan y eventualmente reconfiguran el espacio social.

Estos códigos no son simples reglas o normas neutras, sino mecanismos fundamentales -una suerte de *arché* (ἀρχή)- donde operan fuerzas organizadoras y canalizadoras de las tensiones y conflictos emergentes. A través de ellos, el espacio se estructura y se contiene, orientando las dinámicas sociales hacia formas de “estabilidad relativa”. En este sentido, los mencionados “códigos de ordenación” actúan como dispositivos sutiles de regulación y traducción de las fuerzas disgregadoras, permitiendo “hacer algo” con la conflictividad sin transformar su naturaleza o potencialidad disruptiva.

En este escenario, las (in)movilidades no deben entenderse como flujos estáticos ni como “cajas negras” cerradas, sino como experiencias móviles, cambiantes y atravesadas por tensiones de distinta intensidad. Y que si se abordan desde la transversalidad de lo territorial, lo institucional y lo corporal, estas experiencias revelan tensiones que, lejos de perpetuar un mero “*diálogo de sordos*” (Angenot, 2010), pueden en cambio, ser resignificadas a través de una mirada dialógica y dialéctica del espacio. Esta perspectiva, inspirada en Lefebvre, permite ir más allá del desencuentro entre dimensiones aparentemente inconexas, mostrando cómo, en su interacción, se co-constituyen y producen nuevas configuraciones de movilidad e inmovilidad archipelágicas. De este modo, el espacio deja de ser un mero

contenedor para convertirse en un campo vivo de articulación, desde donde es posible proyectar otros modos de territorialidad y movilidad.

Estas interrelaciones se sintetizan en el siguiente cuadro, que muestra cómo estas dimensiones se ensamblan, se tensionan y se transforman de manera recíproca en la experiencia cotidiana de habitar y desplazarse en contextos insulares, especialmente cuando dichos desplazamientos responden a demandas altamente exigentes, como el caso de la salud:

Dimensión	Espacio concebido (forma / representación institucional)	Espacio percibido (norma / infraestructura y operación)	Espacio vivido (valor / experiencia encarnada)
Territorialidades	Archipiélago fragmentado, zonificación administrativa, mapas técnicos, política de conectividad y desarrollo pendiente	Infraestructuras precarias, intermodalidad forzada, condiciones climáticas, redes marítimas y terrestres	Experiencia insular del habitar: espera, incertidumbre, trayectos irregulares y relaciones comunitarias invisibilizadas
Institucionalidades	Protocolos normativos centralizados, planificaciones sectoriales, gestión vertical-segregada de servicios	Prestación fragmentada, rondas médicas, escasez de especialistas, soluciones tácticas	Adaptaciones locales, resistencia creativa de funcionarios, cuidados cotidianos más allá del protocolo, relaciones asimétricas de movilidad
Corporalidades	Cuerpos categorizados como usuarios/pacientes en políticas públicas (edad, género, diagnóstico)	Vulnerabilidad orgánica, esfuerzo físico, trayectos médicos	Cuerpos dolientes, maternos, acompañadas; afectividad, miedo, emancipación espacial, saberes encarnados

Tabla 8: Articulación dimensiones de (in)movilidades por salud insulares

A partir de esta síntesis, puede identificarse una suerte de bisagra analítica que conecta -paradójicamente a través de sus desconexiones- las (in)movilidades que atraviesan el territorio, las institucionalidades y los espacios-tiempos de las personas. Esta bisagra se hace evidente en los

resultados: el territorio impone barreras físicas, la institucionalidad opera de forma fragmentada y los cuerpos experimentan, en clave afectiva, emocional y material, las consecuencias de estas tensiones. Más que un punto fijo de unión, esta bisagra funciona como un dispositivo relacional, que permite leer las fricciones, adaptaciones y ensamblajes entre cuerpos, infraestructuras y políticas, a saber, elementos que constituyen el entramado mismo de las (in)movilidades archipelágicas. De este modo, no solo se visibilizan las desconexiones, sino también cómo, en la práctica cotidiana, estas dimensiones se co-producen y reconfiguran mutuamente.

Así, esta bisagra se configura en las tensiones y desajustes entre lo que se diseña (lo institucional), lo que se habita (lo territorial) y lo que se experimenta (lo corporal). Es el punto donde la política se (des)encuentra con cuerpos y territorios concretos: allí, la normatividad y la fragmentación institucional se enfrentan -o, en ocasiones, se acoplan- a los ritmos marítimos, sus mareas, vientos y contingencias, a los turnos y reivindicaciones de los funcionarios, y a los dolores, cuidados y emociones de quienes habitan y transitan el archipiélago. Esta bisagra se hace visible en diversas zonas de fricción/contradicción, entre las que destacan:

- El desfase entre la planificación institucional y la geografía insular, donde las políticas públicas diseñadas desde el centro y el capital, ignoran los ritmos, fragmentaciones y vulnerabilidades de los archipiélagos

- La diferencia entre el cuerpo esperado por la política (sano, autónomo, racional) y el cuerpo real que se mueve (“enfermo”, acompañado, cansado, afectado o dislocado, indígena-pobre, fallecido)
- Las infraestructuras que no logran ensamblarse con las trayectorias vitales: las lanchas que no operan con mal clima, los horarios que no se ajustan al tiempo del cuidado, las postas que no reciben a tiempo los medicamentos
- La gestión del tiempo como tensión: el tiempo del trámite (institucional), el tiempo del clima (territorial), y el tiempo del cuerpo (dolor, espera, urgencia) no coinciden.

De tal modo, esta articulación analítica es en sí misma una crítica al paradigma urbano-continental y su perspectiva político-epistemológica, dado que los modelos dominantes de movilidad se han fortalecido sobre geografías continentales, urbanas y conectadas. Sin embargo, la experiencia insular desestabiliza esas premisas al evidenciar que moverse no es sinónimo de libertad, sino de carga; no de autonomía, sino de interdependencia. En este sentido, se revela que la movilidad no es neutra ni universal, sino encarnada, conflictiva y situada: es la relación multifacética de la constante (in)movilidad que examinamos en la tesis.

Desde una perspectiva inspirada en la epistemología crítica de Feyerabend (1986), esto implica cuestionar los marcos hegemónicos de conocimiento que privilegian un modelo único y cerrado para entender la movilidad. Feyerabend advierte que todo paradigma epistemológico es

históricamente contingente y debe abrirse a la pluralidad de experiencias y saberes, rechazando la idea de una ciencia universal y monolítica. Así, esta bisagra invita a reconocer la diversidad y complejidad de las formas de (in)movilidad insulares, reafirmando que sólo a través de una epistemología pluralista, que incorpore perspectivas heterogéneas, es posible capturar las múltiples dimensiones políticas, sociales y corporales que configuran la movilidad en contextos insulares.

Esta bisagra no obstante a estas desconexiones, tiene un ensamblaje táctico, en donde se puede pensar más allá de la tensión, relaciones de fuerza, agotamiento y conflicto. También es el lugar donde emergen soluciones locales, saberes antiguos y tácticas de sostenimiento. Es decir, es también un lugar de “*creación práctica*”, que por ejemplo se observa cuando los funcionarios ajustan las rondas médicas a pesar de los protocolos; cuando las mujeres negocian su traslado con estrategias colectivas y en disquisición con las determinaciones patriarcales; cuando las familias que se organizan para acompañar el viaje de un enfermo; o cuando las redes de vecinos se anticipan al mal tiempo y coordinan el uso de la lancha o la espera. De ahí que esta bisagra no es solo el síntoma de una desconexión normada-vivida, sino también el espacio donde se ensambla lo posible, lo cotidiano, lo afectivo y lo inventivo. Esto sugiere una configuración práctico-operativa:

Función	Praxis
Desnaturalizar las políticas públicas	Mostrar cómo las normas se deforman y resisten en el territorio
Revelar las tensiones multiescales	Identificar cómo el clima local desafía las decisiones centralizadas
Visibilizar las prácticas de sostén invisibilizadas	Cuidar, acompañar, negociar, esperar: prácticas no reconocidas por el sistema
Conectar dimensiones que usualmente se analizan por separado	Unir la cartografía técnica con la experiencia, el territorio con la norma, el cuerpo con la institución

Tabla 9: Conjugación Bisagra Analítica

En tal sentido, la bisagra no representa una solución definitiva, sino un umbral: un espacio donde los cuerpos de las personas y las comunidades buscan negociar con el Estado, pero no solo con sus agentes territorializados. Es también el lugar donde esa misma política se encarna y puede fracasar, ya sea cuando los cuidados resisten las tensiones entre lo instituido y lo instituyente, o cuando el “saber hacer” ancestral se cruza con una institucionalidad moderna en crisis. Este umbral no debe entenderse como un límite, sino como un punto catalizador de procesos, de acceso y comunicación: un espacio estratégico de transformación y reconstrucción, pero también un momento de agotamiento y de inflexión irreversible (Berardi, 2020), lo que explica su importancia fundamental y rasgo característico de las (in)movilidades

Con todo, esta síntesis analítica aporta al estudio de las movilidades isleño-archipelágicas y a la construcción de un modelo teórico-metodológico ampliado en torno a la (in)movilidad archipelágica y la salud en tanto referencia evidente y crítica. De ahí que este enfoque se propone como una forma situada, sensible y tridimensional para analizar

los desplazamientos por motivos de salud en territorios insulares. A diferencia de enfoques lineales o meramente logísticos, el modelo parte de la comprensión de que las (in)movilidades no son solo flujos físicos o administrativos, sino ensamblajes complejos que articulan cuerpos, territorios e instituciones, atravesados por temporalidades, afectos, saberes y desconexiones.

Este modelo se sustenta, sabemos, en la perspectiva de movilidades utilizada y en torno a la dialéctica espacial de Lefebvre, y los componentes centrales del modelo, podrían ser los siguientes:

Dimensión	Tipo de espacio	Preguntas analíticas clave a modelar	Ejemplos empíricos
Territorial	Espacio concebido / Forma	¿Cómo está representado el territorio? ¿Qué mapas, escalas y clasificaciones lo estructuran?	Mapas técnicos, zonificaciones, planes PLADECO, CENSO, cartografías locales o académicas
	Espacio percibido / Norma	¿Qué infraestructuras existen? ¿Qué medios y condiciones permiten o impiden moverse?	Red marítima, intermodalidad, clima, rutas de lancha (publico-privado)
	Espacio vivido / Valor	¿Cómo es habitar la movilidad en contextos insulares?	Trayectos irregulares, relaciones vecinales, saber local
Institucional	Espacio concebido / Forma	¿Qué protocolos y normativas organizan el acceso y justicia en la salud?	GES, derivaciones, reglamentos MINSAL
	Espacio percibido / Norma	¿Cómo se gestiona la atención y los traslados? ¿Dónde aparecen las desconexiones?	Rondas médicas, agendas, flujos administrativos
	Espacio vivido / Valor	¿Qué estrategias desarrollan los funcionarios para sostener el cuidado?	Flexibilización, redes informales, cuidados locales
Corporalidades	Espacio concebido / Forma	¿Qué cuerpos de personas son visibles o invisibles en las políticas de salud?	Cuerpos clasificados por edad, género, etnia, diagnóstico
	Espacio percibido / Norma	¿Cómo afecta físicamente el viaje?	Dolor, fatiga, desgaste físico en el traslado
	Espacio vivido / Valor	¿Cómo se siente moverse? ¿Qué emociones y redes se activan?	Miedo, acompañamiento, saber práctico del viaje

Tabla 10: Componentes modelo (in)movilidades archipelágicas

Los elementos transversales del modelo, y a su triple dimensionalidad, podrían ser el tiempo y la socialización. Por una parte el tiempo es y fue esencial, en la visibilización de como las (in)movilidades se viven en distintas temporalidades —del cuerpo, del clima, del mar, de la burocracia— que muchas veces entran en tensión y conflicto. Por otra parte, la sociabilidad, también es fundamental y central, ya que las (in)movilidades son, en general, aunque pueden ser invisibilizadas en territorios despoblados, de tipo colectivo. Se desplaza el cuerpo, pero también el cuidado, el miedo o el saber práctico: La movilidad se vuelve socialización encarnada y político-comunitaria de personas que comportan cierta disquisición individual y territorial. De ahí que el tiempo es esencial para observar y revertir este ritmo conflictivo que tiene a la sociabilidad o “secundeo” en tanto soporte estratégico.

El aporte metodológico de este modelo o estructura de mirada radica en rescatar la perspectiva etnográfica en movimiento, que permite observar de manera cruzada y contingente las prácticas tanto de las personas como de las instituciones. El “seguimiento” de trayectos facilita la identificación de hilvanaciones y silencios, así como de ensamblajes territoriales y afectivos.

Por otra parte, la cartografía social resulta fundamental en el mapeo participativo de rutas, interrupciones y sentidos, al tiempo que revela estrategias y genera un espacio común para grupos de trabajadores cuya actividad se centra en el “hacer”, donde las formas de representación son más complejas. Las entrevistas en profundidad, tanto a funcionarios como a habitantes, aunque metodologías

tradicionales, se constituyen en relatos centrados en emociones, dolores, memorias y cuerpos; así como en reivindicaciones y problemáticas que requieren intervención. En suma, se trata de una metodología que contribuye a una geografía crítica y situada de la salud insular.

En resumen:

Elemento	Contenido central
Dimensiones analíticas	Territorialidades, institucionalidades y corporalidades como ejes interrelacionados.
Estructura	Basada en la dialéctica de Lefebvre: espacio concebido (formas y normativas), espacio percibido (prácticas e infraestructuras), espacio vivido (experiencia y afectos).
Bisagra analítica	Punto de fricción y ensamblaje donde confluyen las desconexiones entre políticas, territorios y cuerpos, y donde emergen tácticas locales y redes de soportabilidad
Elementos transversales	Temporalidades (clima, burocracia, cuerpo) y sociabilidades (redes comunitarias, afectivas y de cuidado).
Metodologías clave	Etnografías móviles, cartografía social participativa y entrevistas en profundidad.
Aportes analíticos y operativos	Desnaturalizar políticas públicas, visibilizar prácticas de cuidado no reconocidas, conectar escalas (territorial, institucional y corporal) y construir una geografía crítica de la salud insular.

Tabla 11: Resumen Modelo teórico-metodológico para el estudio de las (in)movilidades archipelágicas

En síntesis, este modelo no busca establecer una mirada única, sino proponer un marco de lectura y análisis relacional que permita comprender las (in)movilidades insulares como fenómenos complejos, encarnados y conflictivos, y a la vez susceptibles de ser abordados o, al menos, de ser situados en un debate político-transdisciplinario.

10.- Conclusiones generales

Esta investigación confirma los objetivos e hipótesis planteados, evidenciando que la movilidad e inmovilidad por salud en un archipiélago no puede entenderse como un trayecto lineal ni como una conexión instrumental hacia servicios médicos. Más que desplazamientos objetivables, se trata de un entramado de prácticas de (des)conexión que configuran un tejido relacional donde cuerpos, normativas, infraestructuras, geografías y tecnologías se ensamblan de forma inestable y errática, en un contexto de insularidad crítica (Baldacchino, 2006; Urry, 2011). Estas trayectorias, en línea con Sheller y Urry (2006), constituyen procesos relacionales “en acto”, en los que se entrelazan factores humanos y no humanos que co-producen experiencias de exclusión, espera, agencia y resistencia encarnada.

De tal modo, el estudio muestra que estas dinámicas se ven atravesadas por una desconexión estructural entre las prácticas de movilidad y los dispositivos institucionales de salud, producto de la brecha entre protocolos centralizados -diseñados para entornos urbanos y con supuestos de fluidez- y las realidades insulares, condicionadas por contingencias climáticas, burocracias de navegación, altos costos y precariedad infraestructural (Wickland, 2023; Jajamovich & Silvestre, 2021). Este desajuste genera un “paisaje sanitario” caracterizado por esperas prolongadas, interrupciones en tratamientos y accesos desiguales, donde las infraestructuras -embarcaciones, puertos, dispositivos técnicos- operan, siguiendo a Graham y Marvin (2001), como ensamblajes sociotécnicos que producen territorios de acceso diferenciado. En contextos periféricos, dichos ensamblajes tienden a reforzar desigualdades e injusticias

(Adey, 2006; Harvey, 1973), evidenciadas en la profunda desconexión entre las prácticas vividas, los servicios disponibles, y más que su logística, en la forma en cómo se regulan las movilidades.

En esta óptica, las movilidades e inmovilidades se revelan como fenómenos profundamente corporales y afectivos. Tal como señala Ahmed (2015), los afectos circulan e inscriben jerarquías en cuerpos, objetos e instituciones, estructurando desigualdades en la experiencia encarnada del movimiento. La inestabilidad de una lancha en mar agitado puede agravar dolencias; la humedad persistente intensifica enfermedades respiratorias; y la precariedad de los trayectos exacerba el dolor de personas con discapacidades motoras. Las mujeres cuidadoras, que cargan medicamentos, empujan sillas de ruedas en muelles inestables o negocian con funcionarios para priorizar a sus familiares, emergen como nodos centrales de estas prácticas, sosteniendo un “cuidado distribuido” que, siguiendo a Haraway (2008) y Latour (2005), integra tecnologías, objetos y redes comunitarias como parte del ensamblaje del cuidado insular.

Estas experiencias encarnadas y ensambladas pueden pensarse, siguiendo una analítica de las formas de vida, como un entramado de tres escalas interdependientes (Costa, 2021). La primera, una escala nano-infra-corporal, remite al espacio-tiempo preindividual en el que la vida se fragmenta en flujos: fluidos, órganos, tejidos y muestras biológicas (sangre, orina) que son capturados, gestionados y movilizados por las tramas técnicas y geográficas del archipiélago. La segunda, de carácter “micropolítico”, corresponde al plano donde las relaciones de movilidad e inmovilidad alteran la continuidad y habitabilidad del

cuerpo, desestabilizando su unidad y abriendo fisuras por donde se filtran las fuerzas normativas y afectivas que lo atraviesan. Finalmente, una tercera escala, la del cuerpo “en común”, emerge cuando las injusticias y declives asociados a las (in)movilidades archipelágicas producen una sensibilidad compartida: una ecología relacional en la que los cuerpos dejan de ser entidades cerradas para devenir superficies de exposición, conflicto y resistencia, donde se juega, simultáneamente, el territorio y lo político asociado a la salud

Más allá del caso de Quinchao, esta investigación amplía el conocimiento sobre las dinámicas de (in)movilidad en territorios periféricos y fragmentados, tradicionalmente invisibilizados por los estudios urbanos y de transporte (Segura, 2021; Jirón, 2015). Al articular las dimensiones territoriales, institucionales y corporales (Lefebvre, 2013), la tesis propone la (in)movilidad como un prisma analítico para comprender desigualdades socioespaciales más amplias, pero también para cuestionar la tendencia a explicar estas problemáticas únicamente desde perspectivas económico-estructurales, incorporando, de forma complementaria y también más profunda, la experiencia vivida, los cuerpos y sus sensibilidades como ejes centrales de análisis. Este enfoque resulta extrapolable a otros contextos rurales, isleños o desérticos, donde la fragmentación territorial, la dependencia de infraestructuras precarias y las políticas públicas desarticuladas reproducen exclusiones y violencias sobre modos de vida frágiles e invisibilizados, naturalizando formas cotidianas en torno al sufrimiento

Esta perspectiva se vincula y/o vehiculiza, con lo que Ther (2020) denomina “epistemologías territoriales”, al proponer un giro que trasciende las visiones historicistas centradas en el aislamiento y la pobreza, para reconocer las prácticas locales y los ensamblajes antropológicos como ejes en el diseño de políticas públicas y soluciones multidimensionales. En esa línea, Ana María Cetto (2025) enfatiza que el conocimiento científico, al ser una construcción social y colectiva, adquiere mayor valor en la medida en que circula y se socializa, lo que exige protegerlo de los procesos de mercantilización que lo subordinan a lógicas editoriales y financieras. En este sentido, la “ciencia abierta” y las formas comunitarias de gestión del saber se plantean como estrategias para contrarrestar la hiperproductividad capitalista, fortaleciendo la autonomía académica y su dimensión político-social. Bajo este enfoque, el conocimiento se reivindica como un bien público: no solo como un derecho de acceso, sino como un recurso colectivo que potencia la diversidad epistémica y la co-producción de saberes situados

En suma, la tesis invita a repensar el derecho a la salud desde una ecología política amplia, en la que humanos, no humanos, políticas y prácticas situadas co-constituyen paisajes de acceso y exclusión, pero también de posibilidad y reconfiguración. Garantizar la salud en archipiélagos no implica únicamente fortalecer la infraestructura médica, sino reestructurar los ensamblajes de (des)conexión que sostienen la movilidad sanitaria, reconociendo tensiones, afectos y saberes locales que hacen posible -o no- el cuidado en territorios históricamente marginados.

11.- Bibliografía

Adey, P. (2010). *Mobility*. Routledge.

Adey, P., Hannam, K., Sheller, M., & Tyfield, D. (2021). Pandemic (im)mobilities. *Mobilities*, 16(1), 1-19. <https://doi.org/10.1080/17450101.2021.1872871>

Adey, P. (2006). If Mobility is Everything Then it is Nothing: Towards a Relational Politics of (Im)mobilities. *Mobilities*, 1(1), 75-94, [https://doi.org/10-1080/17450100500489080](https://doi.org/10.1080/17450100500489080)

Aguilar, M & Soto, P. (2013). *Cuerpos, espacios y emociones: aproximaciones desde las ciencias sociales*. UAM-Iztapalapa

Ahmed, S. (2017). *La política cultural de las emociones*. UNAM Editorial.

Álvarez, R. (2022). Transformaciones en el acceso y uso de los recursos naturales en el archipiélago de Chiloé, NUEVO MUNDO MUNDOS NUEVO <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.90464>

Álvarez, R., Ther-Ríos, F., Skewes, J., Hidalgo, C., Carabias, D., García, C. (2019). Reflexiones sobre el concepto de maritorio y su relevancia para los estudios de Chiloé contemporáneo. *Revista Austral De Ciencias Sociales*, (36), 115–126. <https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2019.n36-06>

Anabalón, P. (2018). Movilidades costeras, desigualdad y exclusión territorial: Practicas de movilidad en Chiloé. *LIDER*, 20(33), 67-94.

Angenot, M. (2010). *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Ayeb-Karlsson, S. (2021). 'When we were children we had dreams, then we came to Dhaka to survive': Urban stories connecting loss of wellbeing, displacement and (im)mobility. *Climate and Development*, 13(4), 348-359. <https://doi.org/10.1080/17565529.2020.1777078>

Ayeb-Karlsson, S., & Uy, N. (2022). Island stories: Mapping the (im)mobility trends of slow onset environmental processes in three island groups of the Philippines. *Palgrave Communications*, 9(1), 1-18. <https://doi.org/10.1057/s41599-022-01064-x>

Auyero, J. (2009). *Pacientes del Estado*. Eudeba.

Bajtín, M. (1999), *Estética de la creación verbal*, trad. de Tatiana Bubnova, México, Siglo XXI

Baldacchino, G. (2006). *Islands, Island Studies, Island Studies Journal*. *Island Studies Journal*, 1(1), 3-18.

Baldacchino, G. (2007). Islands as bridges: The internationalization strategy of small island states. In *Globalization and development: A handbook of new perspectives*. Oxford University Press.

Baldacchino, G. (2018). Mainstreaming the study of small states and territories. *Small States and Territories* 1(1), 3–16.

Barad, K. (2007). *Meeting the universe halfway: Quantum physics and the entanglement of matter and meaning*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822388128>

Barragán, D. F. (2016). Cartografía social pedagógica: Entre teoría y metodología. *Revista Colombiana de Educación*, (70), 247-285. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcde/n70/n70a12.pdf>

Bartlett, A. (2002). Breastfeeding as headwork: corporeal feminism and meanings of breastfeeding. *Women's Studies International Forum*, 25 (3). 373–382.

Beaud, S. (2018). El uso de la entrevista en las ciencias sociales. En defensa de la “entrevista etnográfica”. *Revista Colombiana de Antropología*, 54(1), 175-218. <https://doi.org/10.22380/2539472x.388>

Bell, SL. and Cook, S. (2022) Healthy Mobilities. *Transfers: Interdisciplinary Journal of Mobilities Studies*, 11(2): 98-108.

Berardi, F. (2020). *El umbral*. Tinta Limón

Bernheim, B. (2023). The influence of gender on young women's everyday (im)mobilities in Inverness, Scotland. *Children's Geographies*, 21(3), 346-359. <https://doi.org/10.1080/14733285.2023.2279988>

Bergman, M. M., & Späth, A. (2019). *Mobility and transport: Exploring the role of everyday mobility in adaptation and resilience*. *Environmental Planning A*, 51(4), 835-856.

Bissell D and Fuller G (eds). (2011) *Stillness in a Mobile World*. Abingdon, Routledge, p.1–17.

Bissell, D. (2009). Conceptualising differently- mobile passengers: geographies of everyday encumbrance in the railway station, *Social and cultural geography*, 10(2) 173-195. [https:// doi.org/10.1080/14649360802652137](https://doi.org/10.1080/14649360802652137)

Bissell, D. (2010). “Passenger mobilities: Affective atmospheres and the sociality of public transport.” *Environment and Planning D: Society and Space*, 28(2), 270-289.

Blackman, L. (2012). *Immaterial bodies: Affect, embodiment, mediation*. Sage.

Bondi, L., Smith, M. & Davidson, J. (2005) (Eds), *Emotional Geographies* (Aldershot: Ashgate).

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Editorial Siglo XXI.

Boito, M. E., & D’Amico, M. (2009). Estudio preliminar: De los estudios de acción colectiva a la sociología del cuerpo. Un itinerario a través de las transformaciones de la estructuración social en el capitalismo de Latinoamérica. En C. Figari & A. Scribano (Comps.), *Cuerpos*,

subjetividades y conflictos: Hacia una sociología. Buenos Aires: CICCUS.

Butler, J. (2006). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia.* Paidós.

Butler, J. (1993). *Bodies That Matter.* Routledge.

Caggiano, S., & Segura, R. (2014). Migración, fronteras y desplazamientos en la ciudad. Dinámicas de la alteridad urbana en Buenos Aires. *Revista De Estudios Sociales*, 1(48), 29-42. <https://doi.org/10.7440/res48.2014.03>

Canevaro, S. Abramowski, A, & Castilla, M. (2023) *Las emociones y la intimidad de lo social: abordajes desde las ciencias sociales.* Teseo.

Carreño-Calderón, A., Obach, A., & Correa-Matus, E. (2024). *Hasta que me embaracé no conocí matrona: Salud sexual y reproductiva de jóvenes mujeres mapuche, Chile.* *Saúde Soc. São Paulo*, v.33, n.3, <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902024230520es>

Cashaa, A., Cashab, R., & Azzopardi Muscata, N. (2020). Moving health professionals as an alternative to moving patients: The contribution of overseas visiting medical specialists to the health system in Malta. *Health Policy*, 124(5), 519–524. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.004>

Castillo Rojas, P., & Vecchio, G. (2024). Camino al Club: accesibilidad urbana y participación en actividades sociales

de personas mayores en Santiago de Chile. URBE. Arquitectura, Ciudad y Territorio, (19), 83-99. doi:10.29393/UR19-5CCCV20005

Cetto, A. M. (2025). *Abriendo la ciencia hacia un futuro compartido*. CLACSO.

Chaves, M. y Segura, R. (2017). Entrevista de vida cotidiana y movilidad. En A.

Gutiérrez (Coord.) *Manual sobre metodologías de estudio aplicables a la planificación y gestión del transporte y la movilidad. Recomendaciones sobre el uso de herramientas cuali-cuantitativas de base territorial* (pp. 41-45). Buenos Aires: EUDEBA.

Cunill-Grau, Nuria. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y política pública*, 23(1), 5-46. Recuperado en 02 de marzo de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001&lng=es&tlng=es.

Cervio, A. L. (Comp.). (2012). *Las tramas del sentir: Ensayos desde una sociología de los cuerpos y las emociones* (1a ed.). Estudios Sociológicos Editora.

Concha, P; Muñoz, D; Mora, G. (2023). *Corporalidad y movilidad. Mapeos de lo común y territorios en fricción*. RIL.

Connell, J., & King, R. (1999). *Small worlds, global lives: Islands and migration*. Pinter.

Costa, F. (2021). *Tecnoceno. Algoritmos, biohackers y nuevas formas de vida*. Taurus.

Cresswell, T. (2006). *On the Move: Mobility in the Modern Western World*. Routledge.

Cresswell, T. (2010). *Mobilities*. Routledge.

Csordas, T. J. (1994). *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge University Press.

Czarniawska, B. (2007). *Shadowing: And other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Copenhagen Business School Press. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-92506-6>

Dalakoglou D. & Harvey, P. (2012). Roads and Anthropology: Ethnographic Perspectives on Space, Time and (Im)Mobility, *Mobilities*, 7:4, 459-465, doi:10.1080/17450101.2012.718426

De Certeau, M. (1996). *La invención de lo cotidiano* (Tomo 1). Universidad Iberoamericana.

DeLoughrey, E. M. (2007). *Routes and Roots: Navigating Caribbean and Pacific Island Literatures*. University of Hawai'i Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt6wqt3r>

Doel, M. A. (1999) *Poststructuralist Geographies: the Diabolical Art of Spatial Science* (Edinburgh: Edinburgh University Press).

Hetherington, K. (1997) In place of geometry: the materiality of place, in: K. Hetherington & R. Munro (Eds), *Ideas of Difference* (Oxford: Blackwell).

Herrera, J. (2008). *Cartografía social*. Centro Superior de Ciencias Políticas y Sociales, Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad de la Laguna. Recuperado de <https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/01/cartografia-social.pdf>

Herner, M. T. (2009). Territorio, desterritorialización y reterritorialización: Un abordaje teórico desde la perspectiva de Deleuze y Guattari. *Huellas*, 13, 158-171.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1997). *Mil Mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Pre-Textos.

Di Nunzio, M. (2018). Anthropology of infrastructure. *Governing Infrastructure Interfaces - Research Note 01 (June 2018)*.

Durrans, S., Last, A., Hamadou, B., Goncalves, A., Mabey, D., Greenland, K. (2019). A qualitative study of population mobility and health implications in the Bijagós Islands, Guinea Bissau. *Social Science & Medicine* 230, 204–213 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.019>

Elías, N. (1998). *El proceso de la civilización*. Fondo de Cultura Económica.

Faist, T. (2013). The Mobility Turn. A new Paradigm for the Social Sciences? *Ethnic and Racial Studies*, 36(11), 1637-1646. <https://doi.org/10.1080/01419870.2013.812229>

Fassin, D. (2004). *Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida: Hacia una antropología de la salud*. Revista Colombiana de Antropología, 40, 283-318.

Feyerabend, Paul K., (1986). *Tratado contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Ed. Tecnos

Figuerola, O. (2013). Gestión de la infraestructura y de los servicios urbanos: ¿Demanda solvente o solvencia territorial? *EURE*, 39(117), 237-241.

Foley, A., Brinklow, L., Corbett, J., Kelman, I., Klöck, C., Moncada, S., Mycoo, M., Nunn, P., Pugh, J., Robinson, S., Tandrayen-Ragoobur, V., & Walshe, R. (2023). Understanding “islandness”. *Annals of the American Association of Geographers*, 113(8), 1800–1817. <https://doi.org/10.1080/24694452.2023.2193249>

Foucault, M. (1975). *Microfísica del poder* (Trad. Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría). Madrid: La Piqueta.

Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979)* (H. Pons, Trad.).

Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 2004).

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (6.^a ed.). Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1975)

Fuenzalida, M., Maturana, F, Trebilcock, M. (2021). Análisis de patrones territoriales de la estructura poblacional por edad a nivel subnacional en Chile. *Interciencia*, 46(9), 377-382.

Fuenzalida, M. (2010). Análisis de desigualdades territoriales en la oferta de equipamientos públicos: El caso de los hospitales en la red asistencial del sistema público de salud en Chile. *Geografía y Sistemas de Información Geográfica (GEOSIG)*, 2(2), 111-125. Recuperado de <http://www.gesig-proeg.com.ar>

Fuenzalida, M., & Carvajal, E. (2019). Desigualdades en la atención hospitalaria por diabetes mellitus en el Servicio de Salud Metropolitano Central, Chile. *Revista Universitaria de Geografía*, 28(1), 91-112.

Fuenzalida, M, Cobs, V, Guerrero, R. (2013) El territorio como unidad de análisis en estudios sobre las determinantes sociales de la salud *Argos* 30(59): 87-106

Ganser, A y Laveri, Ch. (2023). *Maritime Mobilities in Anglophone Literature and Culture*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-91275-8>

García, E. A. (2013). Silencio de los órganos. Los desencuentros de la salud y la normalidad según G. Canguilhem y M. Foucault. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*, 19(1), 27-45.

Gatrell, A. C. (2013). Therapeutic mobilities: Walking and 'steps' to wellbeing and health. *Health & Place*, 22, 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.04.002>

Geurs, K. T., & van Wee, B. (2004). Accessibility evaluation of land-use and transport strategies: Review and research directions. *Journal of Transport Geography*, 12(2), 127-140. <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2003.10.002>

Glick-Schiller, N. y Salazar, N. B. (2013). Regimes of Mobility across the Globe. *Journal of Ethnic and Migration Studies. Special issue: Regimes of Mobility: imaginaries and relationalities of power*, 28 (3), 183- 200. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2013.723253>

Goffman, E. (1981). *Microsociología: La perspectiva de la interacción cotidiana*. Ediciones Siglo XXI.

Gómez, R., & Olvera, L. (2016). *Movilidad y acceso a servicios de salud en Ciudad de México: Desafíos para la equidad territorial*. *Estudios Socioterritoriales*, 18(2), 89-112.

Graham, S., y Marvin, S. (2001). Urbanismo fragmentado: infraestructuras en red, movilidad tecnológica y condición

urbana (1.^a ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203452202>

Graham, S. (2016). *Disrupted cities: When infrastructure fails*. Cap 1. When infrastructure fails. Routledge

Gregory, J. (2009). Elementos para una “crítica de la revolución ordinaria”. En *Actuel Marx*, 8, “La pesantez de la vida cotidiana” (pp. 31-52). LOM editores.

Gregson, N. & Rose, G. (2000) Taking Butler elsewhere: performativities, spatialities and subjectivities, *Environment and Planning D: Society and Space*, 18(4), pp. 433–452.

Gutiérrez, A. (2009). *Movilidades urbanas y acceso a la salud en Buenos Aires: Desigualdades territoriales y circuitos de atención*. *Revista de Estudios Urbanos*, 12(3), 45-67.

Gutekunst, M., Hackl, A., Leoncini, S., Schwarz, J., & Götz, I. (Eds.). (2016). *Bounded mobilities: Ethnographic perspectives on social hierarchies and global inequalities*. Bielefeld.

Hayfield, E. A., & Pristed Nielsen, H. (2022). Belonging in an Aquapelago: Island Mobilities and Emotions. *Island Studies Journal*, 17(2), 192–213. <https://doi.org/10.24043/isj.399>

Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder.

Hannam, K., Sheller, M., & Urry, J. (2006). Editorial: Mobilities, immobilities and moorings. *Mobilities*, 1(1), 1–22. <https://doi.org/10.1080/17450100500489189>

Harper, D (2012). *Visual Sociology*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203872673>

Haraway, D. J. (2008). *When species meet*. University of Minnesota Press.

Harvey, D. (1973). *Social Justice and the City*. London: Edward Arnold.

Hird, M. (2007), The Corporeal Generosity of Maternity. *Body & Society*, 13(1), 1–20. DOI: 10.1177/1357034X07074760

Howes, D., & Classen, C. (2014). *The Varieties of Sensory Experience: A Sourcebook in the Anthropology of the Senses*. University of Toronto Press

Ingold, T. (2015). *The Life of Lines*. Routledge

Ivelic, B. (2017). *El agua y la tierra: El entrelazamiento de los territorios en el archipiélago de Chiloé*. Revista de Arquitectura, 14(2), 16-17.

Jalas, M., Rinkinen, J., & Silvast, A. (2016). The rhythms of infrastructure. *Anthropology Today*, 32(4), 16–19. <https://doi.org/10.1111/1467-8322.12256>

Jajamovich, G., & Silvestre, G. (2021). Movilidad de políticas urbanas. En G. Jirón & D. Imilán (Eds.), *Términos*

clave para los estudios de movilidad en América Latina.
TeseoPress.

Jirón, P., & Iturra, L. (2011). Momentos móviles. Los lugares móviles y la nueva construcción del espacio público. *Revista Arquitectura del Sur*, n°39, 44-57.

Jirón, P. (2015). La movilidad como oportunidad para el desarrollo urbano y territorial. En A. Cornejo & M. Pérez (Eds.), *La ciudad que queremos* (pp. 47-61). Biblioteca del Congreso

Nacional. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/133112>

Jirón, P., & Imilán, W. (2021). Infraestructuras temporales o las precarias formas de construir ciudad en América Latina. En D. S. Zunino Singh, M. Piglia, & V. Gruschetsky (Eds.), *Pensar las infraestructuras en Latinoamérica* (pp. 245-260). TESEO

Jirón, P. & Imilán, W. (2016). Observing together in movement: Possibilities, challenges or dilemmas of a collective ethnography. *Alteridades* [online]. 2016, vol. 26, n. 52, pp. 51-64. ISSN 2448-850X.

Jociles, M. I. (2018). La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales. *Revista Colombiana De Antropología*, 54(1), 121–150. <https://doi.org/10.22380/2539472X.386>

Kaspar H, Walton-Roberts, M, Bochaton, A. (2019) Therapeutic mobilities. *Mobilities*, 14 (1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/17450101.2019.1565305>

Kelman, I. (2018). *Islandness: Resilience and Vulnerability in Island Studies*. London: Routledge.

Kern, L. (2020). *Ciudad Feminista. La lucha por el espacio en un mundo diseñado por hombres*. Ediciones Godot.

Khan, N. (2016). Immobility. En N. Salazar & K. Jayaram (Eds.), *Keywords of mobility: Critical anthropological engagements* (pp. 1-24). Berghahn.

Koselleck, R. (1993). *Futuro pasado. Para una semántica de los tiempos históricos* (pp. 333-357). Paidós.

Knoll, E.-M. (2021). The 'other' within: Striving for health equity in the Maldives. *Island Studies Journal*, 16(2), 18-38. <https://doi.org/10.24043/isj.177>

Kuhn, T.S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago. University of Chicago Press.

Kusenbach, M. (2021). The Go-Along Method. In A. Schwanhäußer (Ed.), *Sensing the City: A Companion to Urban Anthropology* (pp. 154-158). Berlin, Boston: Birkhäuser. <https://doi.org/10.1515/9783035607352-015>

Krueger, R. (2018). Transporte. En D. Zunino Singh, G. Giucci, & P. Jirón (Eds.), *Términos clave para los estudios de movilidad en América Latina* (pp. 183-200). Editorial

Lapouyade, D (2024) *El cuerpo que no aguanta más*. Luciole ediciones

Larracilla, D. (2021). *Movilidad(es) del cuidado: Una aproximación desde el género, la interseccionalidad y la interdependencia en San Pedro de la Paz, Chile*. [Tesis presentada para obtener el grado académico de Magister en Desarrollo Urbano PUC].

Latham, A., McCormack, D., McNamara, K., & McNeill, D. (2009). *Key Concepts in Urban Geography*. SAGE Publications.

Latour, B. (2005). *Reassembling the social: An introduction to actor-network theory*. Oxford University Press.

Lazo, A., Martínez, M., Maturana, F., Solsona, D., & Ther, F. (2023). Movilidad urbana e interurbana en la Isla Grande de Chiloé. *Revista EURE*, 50(150). Disponible en <https://www.eure.cl/index.php/eure/article/view/EUR.E.50.150.07/3672>

Lazo, A. & Carvajal, D. (2018a). Habitando la movilidad: El viaje en lancha, los objetos y la experiencia de la movilidad en el archipiélago de Quinchao, Chiloé. *Revista Austral de Ciencias Sociales*. (33), 89–102. <https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2017.n33-06>

Lazo, A. y Carvajal, D. (2018b). La movilidad y el habitar chilote. Cambios, rupturas y continuidades en las prácticas de movilidad cotidiana de los habitantes del archipiélago de Chiloé, en el sur Austral de Chile, *Chungará*, 50(1), 145-154. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562018005000203>

Lazo, A. Carvajal, D. Solsona, D. (2021). Repensando las movilidades en el Archipiélago de Chiloé, *CUHSO*, 31 (1), 417-444. <https://doi.org/10.7770/cuhso-v31n1-art1970>

Lazo A., Carvajal, D., & Riquelme, H. (2020). Etnografiando (in)movilidades: La tecnología móvil como dimensión del habitar isleño. *Etnográfica*, 22(2), 269-288. <https://doi.org/10.4000/etnografica.7887>

Le Breton, D. (2018). *Antropología del dolor*. Paidós.

Lefebvre, H. (1975). *El derecho a la ciudad*. 3.a ed. Barcelona: Península. [1967].

Lefebvre, H. (2013). *La producción del espacio*. Capitán Swing.

Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Nueva Visión.

Leighton, A,& Ibacache, J. (2013). Salud colectiva: Una minga de saberes y haceres en la provincia de Chiloé, Chile. Disponible en http://www.centroetnosalud.com/trabajos/Salud%20Colectiva_.pdf

Lisdero, P. (2009). Cuerpos recuperados / cuerpos en custodia: Una lectura sintomal de la acción colectiva de la Cooperativa Junín de Salud Limitada. En C. Figari & A. Scribano (Comps.), *Cuerpos, subjetividades y conflictos: Hacia una sociología del cuerpo* (pp. 101–118). Buenos Aires: CICCUS.

Lourau, R. (1975). *L'analyse institutionnelle*. Paris. Minuit.

Lupton, D. (2012). *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*. SAGE Publications

McCallum, S. S., & Zunino, D. (2023). Infraestructuras de movilidad. En D. S. Zunino Singh, P. Jirón, & G. Giucci (Eds.), *Nuevos términos clave para los estudios de movilidad en América Latina* (1a ed., pp. 153–167). Teseo.

McCann, E., & Ward, K. (Eds.). (2011). *Mobile urbanism: Cities and policymaking in the global age*. University of Minnesota Press.

Massey, D. (1993). Power Geometry and a Progressive Sense of Place. En: John Bird, Barry Curtis, Tim Putnam, George Robertson, Lisa Tickner (eds.), *Mapping the Future: Local Cultures, Global Change* (págs. 59-69). Routledge.

Martínez, S. (2018). Más que poner un pie delante del otro. En *Caminando: Prácticas, corporalidades y afectos en la ciudad* (pp. 35-58). Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Marx, K. (2008). *El capital: Crítica de la economía política* (Vol. 1). Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1867)

Massumi, B. (2002). *Parables for the virtual: Movement, affect, sensation*. Duke University Press.

Maturana, H. (1991). *El sentido de lo humano*. Editorial Dolmen.

Maturana, F., Fuenzalida, M., Arenas, F., & Henríquez, C. (2017). La planificación territorial en Chile y el proceso de descentralización. En C. Vial & J. Hernández (Eds.), *¿Para qué descentralizar? Centralismo y políticas públicas en Chile: Análisis y evaluación por sectores* (pp. 181-208). ICHEM.

Merino, C., Tejeda C., & Ojeda, C. (2018). Gestación e implementación de las políticas neoliberales en salud: Una aproximación a la despotenciación de la vida. *Fronteira: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, 7(2), 108–123. <https://doi.org/10.21664/2238-8869.2018v7i2.p108-123>.

Merriman, P. (2019). Molar and molecular mobilities: The politics of perceptible and imperceptible movements. *Environment and Planning D: Society and Space*, 37 (1), 65-82, <https://doi.org/10.1177/0263775818776976>

Medina, S., & Ibácahe, J. (2020). Itinerarios de atención y desatención en salud en el archipiélago de Chiloé: Un ensayo a partir de siete escenas. En C. Merino (Ed.), *Salud colectiva desde el sur* (pp. 151-176).

Melé, P., & Larrue, C. (Eds.). (2008). *Territoires d'action*. L'Harmattan.

Melé, P. (2016). Incertidumbres y regulaciones urbanas: El papel de la calificación jurídica del espacio. En A. Azuela

(Coord.), *La ciudad y sus reglas: Sobre la huella del derecho en el orden urbano* (pp. 43-77). Editorial UAM.

Merleau-Ponty, M. (1985) *Fenomenología de la percepción*. Planeta Agostini, Barcelona.

Merriman, P. (2012). *Mobility, space and culture*. Routledge.

Miglierina, D. y Pereyra Iraola, V. (2018). Inmovilidad. En D. Zunino Singh, G. Giucci y P. Jirón (eds.), *Términos clave para los estudios de movilidad en America Latina*. Biblos.

Millones-Espinosa, M. (2018). Vidas medicalizadas: Desde la mirada médica a una vida analgésica. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* - RELACES, 27, 10-20. <https://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/485>

Montero, S. (2017). "Contested Mobilities: The Politics of Mobility and the Right to the City in Bogotá". *Journal of Transport Geography*, 67, 87-95

Montes, M, (20-21 Agosto de 2015). *Hacia una semiótica de la emociones como efectos de sentido* [Conferencia]. VI Jornadas "Peirce en Argentina", Córdoba.

Moreno, A. 2008. Los servicios colectivos y el desarrollo territorial: una reconsideración conceptual y metodológica. En: Moreno, A. y Buzai, G. (Eds.), *Análisis y planificación*

de servicios colectivos con sistemas de información geográfica. Grafiprintin. Madrid. pp. 5- 23.

Muñoz A., G., Duboy L., M., Villalobos D., C., & Reininger, T. (2022). Oponerse sin perder el puesto: Tensiones y resistencias profesionales en la implementación de programas. *Rumbos TS*, 17(28), 89-106.

Muñoz, G., & Madrigal, J. (2018). Trabajo interprofesional en Chile: neoliberalismo y la producción de subjetividades profesionales críticas. *Intervención*, 8(2), 4-22

Murray, L & Cortés-Morales, S. (2019). *Children's Mobilities Interdependent, Imagined, Relational*. Palgrave, Macmillan

Nimführ, S., & Otto, L. (2021). (Un)Making Smallness: Islands, Spatial Ascription Processes and (im)mobility. *Island Studies Journal*, 16(2), 39–58. <https://doi.org/10.24043/isj.173>

Núñez, A., Aliste, E., & Bello, Á. (2014). El discurso del desarrollo en Patagonia-Aysén: la conservación y la protección de la naturaleza como dispositivos de una renovada colonización. Chile, siglos XX-XXI. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 18, artículo 493(46). <https://revistes.ub.edu/index.php/ScriptaNova/article/view/15035>

Ochoa, L. (2019). Reseña de *Sociología después del giro de movilidad*, de Mimi Sheller. *Revista de Sociología*, 34(2), 215-218

Ormond, M. (2015) En route: Transport and Embodiment in International Medical Travel Journeys Between Indonesia and Malaysia, *Mobilities*, 10:2, 285-303, DOI: 10.1080/17450101.2013.857812

Orlova, V. (2021). Malfunctioning affective infrastructures: How the “broken” road becomes a site of belonging in postindustrial Eastern Siberia. *Sibirica*, 20(1), 28–57. <https://doi.org/10.3167/sib.2021.200103>

Pérez, V. (2019). Reseña de *Términos clave para los estudios de movilidad en América Latina*, de Dhan Zunino Singh, Guillermo Giucci y Paola Jirón (Eds.). *Quid16*, (12), 344-349.

Pimentel, A. (2023) Opposing powers at the helm and the immobilities of passenger-ferry governance in Vieques, Puerto Rico. *The Geographical Journal*, 189, 674–685. Available from: <https://doi.org/10.1111/geoj.12515>

Pugh, J. (2016). *Resilience, complexity and post-liberalism*. Routledge.

Raffestin, C. (1980). *Pour une géographie du pouvoir*. Librairie Droz

Randell, R. (2018). No paradigm to mobilize: the new mobilities paradigm is not a paradigm. *Applied Mobilities*, 5(2), 206–223. <https://doi.org/10.1080/23800127.2018.1493063>

Rydeskog, A., Frändin, K., & Hansson Scherman, M. (2005). Elderly people's experiences of resistance training. *Advances in Physiotherapy*, 7, 162–169.

Riquelme, H., Saravia, F., & Azócar, J. (2019). Movilidad cotidiana e interurbana en contextos de exclusión socioespacial al sur de Chile: Aportes para pensar los territorios no metropolitanos en América Latina. *Cultura-Hombre-Sociedad*, 29(2), 80-108. <https://doi.org/10.7770/0719-2789.2019.cuhso.04.a05>

Rocamora, V. (2020). Los conflictos y las resistencias como parte de la historia de las vacunas: Las experiencias del Reino Unido, Brasil y Chile sobre la ley de vacunación obligatoria. En J. Fröhlich Zapata, C. García, & O. Romaní (Eds.), *Medicamentos, cultura y sociedad* (pp. 279-296). Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.

Rojas J. (2023). La administrativización de las corporaciones municipales: Revisión a partir del Dictamen 160.316 del 2021 de la Contraloría General de la República. *Revista de Derecho Público*(98), 79-94. <https://doi.org/10.5354/0719-5249.2023.71323>

Roy, A. (2009) “The 21st Century Metropolis: New Geographies of Theory”, *Regional Studies*, 43(6): 819-830

Ruelas Barajas, E. (2012). La importancia de la intersectorialidad en los determinantes de la salud. En M. Urbina Fuentes & M. Á. González Block (Eds.), *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas* (pp. [incluir rango de páginas si está

disponible]). Instituto Nacional de Salud Pública. ISBN 978-607-511-081-3.

Sabido, O. (2020). Sentidos, emociones y artefactos: abordajes relacionales. Introducción. En O. Sabido (Coord.), *Sentidos, emociones y artefactos: enfoques relacionales* (*Digithum*, N.º 25, pp. 1-10). Universitat Oberta de Catalunya y Universidad de Antioquia. <https://doi.org/10.7238/d.voi25.3236>

Salazar, N. (2022). The (Im)Mobility of Merantau as a Sociocultural Practice in Indonesia. In *Moving Places* (pp. 21-42).

Salinas, P., & Cárdenas, M. (2009). *Métodos de investigación social* (2nd ed.). Ediciones Universidad Católica del Norte

Sánchez, S. V. (2023). Hacia una justicia de movilidad: la interseccionalidad de los regímenes de (in)movilidad globales. *Relaciones Internacionales*, (54), 133–140.

Scribano, A., & Figari, C. (2009). *Cuerpos, subjetividades y conflictos: Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*. CLACSO

Scribano, A. (2007). La sociedad hecha callo: conflictividad, dolor social y regulación de las sensaciones. En A. Scribano (Comp.), *Mapeando interiores. Cuerpo, conflicto y sensaciones* (pp. [incluir rango de páginas si está disponible]). Universitas.

Scribano, A. (2010). *Sociología de los cuerpos/emociones: Teoría y metodología desde América Latina*. CLACSO.

Scribano, A. (2020). La vida como Tangram. Hacia multiplicidades de ecologías emocionales. *RELACES*, 33(12), 4-7.

Scribano, A. (2011). *Cuerpos y Emociones: Precariedad, Bordes y Abyecciones*, *RELACES*, 3(5), 4-5.

Scribano, A. (2007). *Cuerpos y emociones: Una aproximación a su estudio desde América Latina*. CICCUS.

Scribano, A. (2012). Sociología de los cuerpos/emociones. *RELACES*, 10 (4), 93-113.

Segura, R. & Chaves, M. (2020). Relatos de espacio: narraciones, movilidades y formas de habitar la metrópoli. *Revista Transporte y Territorio*, 23 (27), 7-29. doi: 10.34096/rtt.i23.9654

Segura, R. (2021). *Las ciudades y las teorías: Estudios sociales urbanos*. UNSAM Edita

Sennet, R. (2010). *Carne y piedra*. Alianza Editorial.

Sharma, A., & Gupta, A. (Eds.). (2006). Introduction: Rethinking theories of the state in an age of globalization. In *The Anthropology of the State: A Reader* (pp. 1-38). John Wiley & Sons. ProQuest Ebook Central.

Sheller, M. (2020). The reproduction of reproduction: theorizing reproductive (im)mobilities. *Mobilities*, 15(2),

188–195.

<https://doi.org/10.1080/17450101.2020.1730608>

Sheller, M. & Urry, J. (2006) “The New Mobilities Paradigm.” *Environment and Planning*, 38(2):207–26.

Sheller, M. (2018). *Mobility Justice: The Politics of Movement in an Age of Extremes*. Verso.

Sheller, M. (2014a). Sociology after the Mobilities Turn. In: *The Routledge Handbook of Mobilities* ed. Peter Adey, David Bissell, Kevin Hannam, Peter Merriman and Mimi Sheller (Abingdon: Routledge, 23 dic 2013), p.p. 45-54.

Sheller, M. (2014b). Mobility and the ethics of the port: Reconsidering the waterfront as a site of exchange. *Mobilities*, 9(6), 791-806.

Sheller, M. (2009). The new Caribbean complexity: Mobility systems, tourism and spatial rescaling. *Singapore Journal of Tropical Geography*, 30, 189-203.

Shewly, H. J., Nencel, L., Bal, E., & Sinha-Kerkhoff, K. (2020). Invisible mobilities: Stigma, immobilities, and female sex workers’ mundane socio-legal negotiations of Dhaka’s urban space. *Mobilities*, 15(4), 500-513. <https://doi.org/10.1080/17450101.2020.1739867>

Silveira, M. L. (2013). Tiempo y espacio en geografía: dilemas y reflexiones. *Revista de Geografía Norte Grande*, (54), 9-29. <https://doi.org/10.4067/S0718-34022013000300002>

Soja, E. W. (2010). *Seeking spatial justice*. University of Minnesota Press.

Solsona, D. (2024). (Co)-movilidades de personas con discapacidad en la ruralidad del Sur de Chile. Visibilizando redes e interdependencias desde un enfoque etnográfico. *Revista de Antropología Social* 33 (1), 31-46. <https://dx.doi.org/10.5209/raso.95178>

Solsona, D. (2023). Biografías móviles de personas con discapacidad en territorios rurales del sur de Chile; hacia una tipología de sus movilidades. *Revista Transporte Y Territorio*, (28), 56-74. <https://doi.org/10.34096/rtt.i28.13047>

Sontag, S. (2003). *Regarding the Pain of Others*. Farrar, Straus and Giroux.

Sossa, A. (2024). “Espero todavía me queden muchos años más de vida útil”: Ejercicio físico, cuerpo y emociones de quien envejece. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*, 44, 9-19. <https://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/issue/view/631>

Steinberg, P., & Peters, K. (2015). “Wet Ontologies, Fluid Spaces: Giving Depth to Volume through Oceanic Thinking.” *Environment and Planning D: Society and Space*, 33(2), 247–264.

Taleb, N. N. (2012). *Antifragile: Things That Gain from Disorder*. Random House.

Ther, F. (2020). Others ruralities / understanding Chiloé: Proposals for a recomposition based on a new model of territorial epistemology. *Journal of Rural Studies*, 78, 372-377. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2020.06.032>

Ther, F. (2012). Antropología del territorio. *Polis*. Revista de la Universidad Bolivariana, 11(32), 493–510.

Tironi, M. y Mora, G. (2018). *Caminando. Prácticas, corporalidades y afectos en la ciudad*. Alberto Hurtado Ediciones

Toomey, N. (2022) The nexus of (im)mobilities: hyper, compelled, and forced mobile subjects, *Mobilities*, 17:2, 269-284, DOI: 10.1080/17450101.2021.2000840

Urbina, R. (2003). *La vida en Chiloé en los tiempos del fogón: 1900-1940*. Memoria Chilena. Disponible en www.memoriachilena.gob.cl

Urry, J. (2011). ¿Complejidades y futuros? / Complexities and futures? *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 95, 11–20.

Urry, J. (2007). *Mobilities*. Malden, Mass, Polity Press.

Urry, J. 2000. “Mobile Sociology.” *British Journal of Sociology* 51(1):185–203. doi:10.1111/j.1468-4446.2000.00185.x.

Valdivieso, D. (2022). Dreams of an anchored state: Mobility infrastructure and state presence in Quehui

Island, Chile. In J. Alderman & G. Goodwin (Eds.), *The social and political life of Latin American infrastructures* (pp. 27-50).

Valles, M. (2003). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. Editorial Síntesis.

Venebra, M. (2021). Fragilidad del futuro: fenomenología de la vejez. *Areté*, 33(2), 415-435. <https://doi.org/10.18800/arete.202102.010>

Vergara, G. (2009). Conflicto y emociones. Un retrato de la vergüenza en Simmel, Elías y Giddens como excusa para interpretar prácticas en contextos de expulsión. En C. Figari (Comp.), *Cuerpos, subjetividades y conflictos: Hacia una sociología* (pp. 35-49). Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad – CICCUS

Vergunst, J. L. (2008). *Taking a step back: walking and mobility in contemporary anthropology*. Routledge.

Velasco, A., & Díaz de la Rada, J. (2006). *La lógica de la investigación etnográfica*. Editorial Trotta.

Verón E, (1988). *La sémiosis sociale, fragments d'une théorie de la discursivité*. Presse Universitaires de Vincennes

Vodden, K., Baldacchino, G., & Gibson, R. (2014). Place-based development in rural, island and remote regions. En *Development in place: A view from the periphery* (pp. 9-21). Actas de la conferencia *Culture, Place and Identity*

at the Heart of Regional Development, St. John's, Newfoundland and Labrador, Canadá.

Wickland, T. (2023). Modernity, landscape conquest, and the mobility politics of stilt-walking in Landes region, France. *EPE: Nature and Space*, 6(1), 280–310. <https://doi.org/10.1177/25148486221087104>

Williams, R. (2000). *Marxismo y literatura*. Barcelona. Ediciones Península.

Williams, R. (2008). *Estructuras de sentimiento y otras piezas clave*. Prometeo Libros.

Zickgraf, C. (2022). Relational (im)mobilities: A case study of Senegalese coastal fishing populations. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 48(14), 3450–3467. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2022.2066263>

Zunino, D, Giucci, G, Jirón, P. (eds.), (2018). *Términos clave para los estudios de movilidad en América Latina*. Editorial Biblos.

Sitios web utilizados

https://chiloereduc.mma.gob.cl/wp-content/uploads/2021/10/Caracterizacion-comunal_Quinchao.pdf
<https://www.superdesalud.gob.cl/tax-biblioteca-digital/estadisticas-3724/boletines-estadisticos-3756/>
<http://www.censo2017.cl>
<https://datosabiertos.fonasa.cl/boletines-estadisticos/>

https://www.municipalidadquinchao.cl/transparenciamq/documentos/pladeco/parte_1_introduccion.pdf
<https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/reporpdf.html?anno=2020&idcom=10210>
<https://www.municipalidadquinchao.cl/cquinchao/secplan/>
<https://corporacionquinchao.cl/salud/>
<https://www.registros19862.cl/fichas/ver/rut/71164300/clase/5>
<https://chiloe.omeka.net/items/show/105>
<https://www.sccoquimbo.cl/gob-cl/documentos/files/aps/11-09-2019/ANEXO-01.pdf>
<https://lobosuelto.com/segundear-diego-valeriano/>

12.- Listado mapas, tablas, fotografías y esquemas

- ❖ Mapa1: Chiloé (con límites provinciales, urbanos y regionales). Elaboración propia (p.16)
- ❖ Mapa 2: Chiloé/Quinchao (Chile). Elaboración propia (p.23)
- ❖ Mapa 3: Comuna de Quinchao e islas menores. Elaboración propia (p.26)
- ❖ Tabla 1: Establecimiento de salud. Elaboración propia, en base a DEIS, MINSAL (2021) (p.31)
- ❖ Mapa 4: Localización servicios de salud Quinchao y Chiloé. Elaboración propia (p. 33)
- ❖ Mapa 5: Achao y servicios públicos. Fuente: Municipalidad Quinchao, 2024 (página web.) (p. 35)
- ❖ Tabla 2. Población por grupos de edad. Elaboración propia en base a CENSO 2017(INE) (p. 38)
- ❖ Mapa 6: Porcentaje de población indígena y no indígena por género. Elaboración propia (p.40)
- ❖ Esquema 1: Definición operativa de (in)movilidades (p.61)
- ❖ Esquema 2: Cuadro síntesis teórica. Elaboración propia (p.80)
- ❖ Esquema 3: Estado del Arte. Elaboración propia (p. 88)

- ❖ Tablas (3): Casos de estudio. Elaboración propia (p. 96)
- ❖ Tabla 4: Categorías de análisis. Elaboración propia (p. 98)
- ❖ Conjunto de fotografías Intra-isla. Registro personal (p. 104)
- ❖ Mapa 7: Desplazamientos intra-isla (Llingua). Elaboración propia (p. 106)
- ❖ Mapa 8: Desplazamiento Intra-isla Isla de Apiao. Elaboración propia (p. 109)
- ❖ Mapa 9: Desplazamiento entre islas, Isla Lin Lin. Elaboración propia (p. 113)
- ❖ Conjunto Fotografías entre-isla. Registro personal (p. 116)
- ❖ Mapa 10. Desplazamiento entre islas. Alao. Elaboración propia (p. 118)
- ❖ Conjunto fotografías isla-continente. Registro personal (p. 126)
- ❖ Mapa 11. Desplazamiento isla-continente, Lin Lín. Elaboración propia (p.127)
- ❖ Mapa 12. Desplazamiento isla-continente, Isla Apiao. Elaboración propia (p. 130)
- ❖ Tabla 5: Síntesis territorios movilidad e inmovilidad salud Quinchao. Elaboración propia (p. 136)
- ❖ Mapa 13: Sectores atención rondas médicas. Fuente: Elaboración propia en base a DESAM de Quinchao (p. 146)
- ❖ Esquema 4: Redes Atlas Ti. Desarticulaciones institucionales. Elaboración propia (p. 155)
- ❖ Fotografías cartografía social de la salud con funcionarios. Registro personal (p.158)
- ❖ Mapa 14: Cartografía social con funcionarios sobre desplazamientos/atención en Quinchao/Chiloé. Realizado Febrero, 2023 (p. 161)
- ❖ Mapa 15: Cartografía social con funcionarios sobre desplazamientos/atención en Quinchao/Chiloé. Realizado Febrero, 2023 (p. 163)
- ❖ Esquema 5: Redes Atlas ti, de (in)movilidad funcionarios islas. Elaboración propia (p. 181)
- ❖ Esquema 6: Redes Atlas ti, (in)movilidades embarazadas. Elaboración propia (p. 195)
- ❖ Esquema 7: Redes Atlas ti, de (in)movilidades con bebés. Elaboración propia (p. 201)
- ❖ Esquema 8: Redes atlas ti, de (in)movilidades con niños. Elaboración propia (p. 206)
- ❖ Conjunto fotografías inicio viaje Armando. Registro personal (p. 212)

- ❖ Fotografías Armando subiendo a la lancha. Registro personal (p. 213)
- ❖ Fotografías Armando llegando a Achao. Registro personal (p. 221)
- ❖ Fotografías Armando caminando por Achao. Registro personal (p. 222)
- ❖ Fotografías Luzmenia saliendo de su casa. Registro personal (p. 225)
- ❖ Fotografías Luzmenia por caminos y cerros. Registro personal (p. 228)
- ❖ Fotografías Luzmenia por camino al borde del mar. Registro personal (p. 231)
- ❖ Fotografías Señora Tato en su casa antes de salir. Registro personal (p. 237)
- ❖ Fotografía señora Tato caminando a la posta. Registro personal (p. 239)
- ❖ Fotografías Juan llegando al muelle en Alao. Registro personal (p. 243)
- ❖ Fotografías Juan esperando en el “apostadero”. Registro personal (p.245)
- ❖ Fotografías llegada de la lancha. Registro personal (p. 249)
- ❖ Fotografías Juan al inicio del viaje. Registro personal (p. 251)
- ❖ Fotografías en zonas del cuerpo donde siente dolor. Registro personal (p. 253)
- ❖ Tabla 6: Comparación de perfiles corporales y trayectorias de (in)movilidad por salud. Elaboración propia (p. 263)
- ❖ Tabla 7: Matriz doble entrada Discusión de Resultados (p. 283)
- ❖ Esquema 9: Síntesis (in)movilidad salud Quinchao (p. 294)
- ❖ Tabla 8: Articulación dimensiones de (in)movilidades por salud insulares (p. 298)
- ❖ Tabla 9: Conjugación Bisagra Analítica (p. 302)
- ❖ Tabla 10: Componentes modelo (in)movilidades archipelágicas (p. 303)
- ❖ Tabla 11: Resumen Modelo teórico-metodológico para el estudio de las (in)movilidades archipelágicas (p.305)

* Consultar anexos en:

https://drive.google.com/drive/u/o/folders/1WhekMrWpw1hDO-HtEV_fWcQRzEutlg9j