

DEMOCRACIA Y DERECHOS HUMANOS

CORONAVIRUS Y DESIGUALDADES PREEXISTENTES: GÉNERO Y CUIDADOS

Karina Batthyany
Zobeyda Cepeda
Manuel Espinel Vallejo
Septiembre 2020



La pandemia transformada en crisis sanitaria, económica y social ha profundizado las desigualdades preexistentes de nuestras sociedades. Esto invita analizar las consecuencias del virus por fuera del modelo biomédico.



Quien sufre la epidemia y las enfermedades es la sociedad por ello requerimos de abordajes desde una dimensión colectiva y no desde el modelo individualista que produce respuestas que no todos y todas, estamos en la posibilidad de poder asumir. Resulta necesario recuperar la mirada sobre la pandemia desde la salud colectiva y esto implica pensar y repensar los sistemas de cuidado.



Los conversatorios que sirven de base a esta publicación tenían por objetivo fortalecer el debate teniendo en cuenta las dinámicas sociopolíticas desde la sociedad, contrastar la elaboración de respuestas por parte de los países y pensar a qué deben apostar las políticas post pandemia para cerrar las brechas de desigualdades de género.

DEMOCRACIA Y DERECHOS HUMANOS

CORONAVIRUS Y DESIGUALDADES PREEXISTENTES: GÉNERO Y CUIDADOS

Karina Batthyany
Zobeyda Cepeda
Manuel Espinel Vallejo
Septiembre 2020

En cooperación con:



Contenido

Presentación.....	2
La pandemia evidencia la crisis de los cuidados Karina Batthyany.....	2
Inequidades de género: pandemia normalizada Zobeyda Cepeda.....	3
Las Epidemias de la Covid-19 en España o la Crisis de Los Cuidados Manuel Espinel.....	5

PRESENTACIÓN

En el marco de la crisis social, económica y sanitaria en que nos encontramos como consecuencia del Covid19 resulta fundamental, visibilizar las formas diferenciadas en la que situación afecta a mujeres y hombres, sobre todo en Rep. Dominicana donde los datos describen un país con altos niveles de desigualdad y precarización, que afecta sobre todo a mujeres, dominicanas/os de ascendencia haitiana y migrantes, con mayor énfasis en migrantes haitianas/os.

En medio de un contexto excepcional, en el que hay un llamado generalizado al distanciamiento social y a quedarse en casa, sin cuestionar las condiciones diferenciadas en que unas y otros, pueden acogerse o no a esos llamados; las desigualdades de género, clase y étnico-raciales se profundizan mucho más, porque:

1. Los hombres están en las casas. En el país, en los últimos años tenemos una emergencia nacional, no reconocida, con el tema de la violencia de género. Entre el 2005 y el 2015, fueron asesinadas 1295 mujeres por el solo hecho de ser mujeres. El 2019, cerramos con 65 feminicidios que es la tasa más baja en los últimos años.
2. No todos, tienen “casas” con condiciones para acogerles. 46% de los hogares en Rep. Dominicana, no tienen acceso a agua potable en el interior de la vivienda. El 44.9% de los hogares recibe el servicio de agua de 2 a 3 días a la semana, y de los hogares con servicio de agua potable, el 30.7% lo recibe -en promedio- menos de 5 horas, los días que lo reciben.
3. La ausencia de políticas integrales de cuidado por parte del Estado Dominicano, que termina cargando sobre las mujeres todas las responsabilidades por el trabajo de cuidado remunerado o no.

Entendido que resulta fundamental abordar las profundas implicaciones sociales de la crisis generada por el Covid, sobre todo las vinculadas a las tareas de cuidado que son imprescindibles para sostener la vida y que en estos momentos se han triplicado; desde la FES y en asociación con el Grupo de Trabajo Salud Internacional de CLACSO y la plataforma Polétika, organizamos una serie de webinars para abrir la discusión sobre ¿Qué ha pasado con los cuidados antes y durante la emergencia?, ¿Quiénes lo realizan y bajo cuales condiciones?, ¿Cuál debe ser el rol del Estado en la regulación de los mismos? Pero sobre todo cómo la implementación o no de políticas de integrales de cuidado previo a la pandemia ha servido para profundizar o cerrar brechas entre hombres y mujeres, no sólo en el contexto dominicano sino en el resto de la región y en otras latitudes.

Los artículos que hacen parte de esta publicación son resultado de las ponencias presentadas por Manuel Espinel en el conversatorio “Coronavirus y salud Internacional Sur Sur: El Caso República Dominicana”; mientras que el caso de Zobeida Cepeda y Karina Batthyany, fueron presentadas en el conversatorio “Coronavirus y Desigualdades Preexistentes: Género y Cuidado”.

LA PANDEMIA EVIDENCIA LA CRISIS DE LOS CUIDADOS

Karina Batthyany

La crisis sanitaria ocasionada por la expansión del covid-19 pone en evidencia las consecuencias que tiene sobre la vida común la mercantilización de lo público y el mercado como eje regulador de la vida y de las relaciones humanas. El mercado está globalizado, pero es incapaz de brindar respuestas globales frente a una crisis sin precedente. Al mismo tiempo y frente a los discursos que auguraban el fin de la estructura estatal estos cobran una importancia trascendental en la vida de los pueblos. Lo público y lo común vuelven a aparecer en escena.

La pandemia, ha desajustado los modelos de vida a los que estábamos acostumbrados/as, y ponen en evidencia uno de los eslabones más débiles de nuestra sociedad: los cuidados. Hoy día se vislumbra aquello que parte del feminismo viene considerando como central para repensar un proyecto que tenga a la vida en el centro: todos y todas somos interdependientes. Las personas necesitamos de bienes, servicios y cuidados para sobrevivir. Los cuidados son relacionales e interdependientes, todos hemos precisado o precisamos de cuidados en algún momento de nuestra vida y todos hemos cuidado o cuidaremos a alguien en las etapas de nuestro ciclo vital.

La pandemia ha hecho evidente la importancia de los cuidados para la sostenibilidad de la vida y la poca visibilidad que tiene este sector en las sociedades y en las economías de la región, en las que se sigue considerando una externalidad y no un componente fundamental para el desarrollo.

En América Latina y el Caribe alrededor del 80% del trabajo de cuidados y de las tareas domésticas no remuneradas es realizado por mujeres. En nuestra región las desigualdades sociales están estrechamente vinculadas con la provisión desigual de cuidado familiar y social conformando un verdadero círculo vicioso: quienes tienen más recursos disponen de un mayor acceso a cuidados de calidad, en circunstancias que tienen menos miembros del hogar que cuidar. Aquellos que disponen de menores recursos para acceder a los cuidados mercantiles y que tienen más cargas de cuidado acumulan desventajas por el mayor peso del trabajo doméstico familiar, por las dificultades en el acceso a los servicios públicos y la necesidad de recurrir a cuidadoras en situación de informalidad.

PANDEMIA, EMPLEO Y CUIDADOS: EL IMPACTO SOBRE LAS MUJERES.

El aislamiento como medida preventiva y paliativa para la expansión del virus tiene un claro efecto sobre la vida de las mujeres y sus trabajos cotidianos, acrecentando exponencialmente sus tareas. La supresión de la actividad de centros educativos y de cuidado de menores, el cierre de los centros de día y otros servicios de atención a personas dependientes, están concentrando la carga de cuidados en las familias, especialmente en las mujeres.

La reducción de la actividad económica sumado a las restricciones está teniendo severas consecuencias en el trabajo e

impacta directamente sobre las mujeres. El 53% (CEPAL) del empleo de la región es informal y el 64% del empleo formal de la región corresponde al sector servicios, uno de los más afectados por las medidas de confinamiento. De acuerdo con datos de la OIT de los 130 millones de trabajadores informales que hay en América Latina, el 53% son mujeres. En muchos países de la región los niveles de informalidad son extremadamente elevados. En Bolivia, Guatemala y Perú el 83% de las mujeres tiene empleos informales, sin ningún tipo de cobertura de seguridad social o protección de la legislación laboral. Las políticas de desprotección social, flexibilización laboral, suspensiones masivas de fuentes de trabajo, sobreexplotación, despido sin indemnización, reducción de salario tienen un impacto más profundo sobre las mujeres.

Además, por cada 100 hombres que viven en condiciones de pobreza en la región, hay 132 mujeres. Teniendo en cuenta que los trabajadores y las trabajadoras con mayor desprotección, informales y que trabajan en base a jornales, van a recibir el mayor impacto de las repercusiones económicas que genere esta emergencia sanitaria, podemos afirmar que probablemente la pandemia vuelva más pobres y vulnerables a las mujeres.

Además, las trabajadoras formales, cuyo salario es un 17% inferior al de los hombres, que tienen la posibilidad de “teletrabajar” desde sus casas se encuentran frente a la encrucijada de articular sus tareas remuneradas, domésticas y de cuidados, tareas que hacen al sostenimiento de los hogares y que históricamente han permitido el funcionamiento del mundo. Este hecho evidencia que la productividad exigida en los trabajos remunerados funciona sobre la base de desvalorizar este tipo de tareas.

HACIA UNA REVALORIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

El pensamiento feminista ha mostrado que las tareas de atención y cuidado de la vida de las personas son un trabajo imprescindible para la reproducción social y el bienestar cotidiano de las personas. Históricamente el tema se ha abordado desde la presunción de que la incorporación de las mujeres al trabajo productivo redistribuirá la carga del trabajo doméstico y de cuidados por sí sola. Pero lo cierto es que a evidencia nos muestra que eso se ha traducido en una doble jornada laboral para las mujeres.

La emergencia por el Covid-19 vuelve a poner en el centro la cuestión de la organización social del cuidado y es necesario que, junto con apoyar todas aquellas medidas y acciones que pongan la humanidad y no el mercado en el centro para paliar la pandemia, seamos capaces de instalar la necesidad de poner los cuidados al centro, superando el mercado como eje organizador de la vida en común. Este momento resulta una oportunidad para reafirmar la necesidad de políticas públicas para reconocer y redistribuir el trabajo de cuidados y promover un cambio en la actual división sexual del trabajo.

Valorizar el cuidado supone pensar en términos relacionales, reconocer y respetar al otro, reflexionar sobre la interdependencia, la reciprocidad y la complementariedad. Es prioritario reivindicar tareas cotidianas como las del cuidado o las tareas domésticas, ya que permiten el sostenimiento

de la vida y su reproducción y han sido históricamente despreciadas en el marco del capitalismo patriarcal.

La solución no pasa solo por repartir equitativamente el cuidado entre varones y mujeres a nivel individual, sino por reconocer la importancia y el valor de este trabajo no remunerado y de que pueda ser provisto, también, por la sociedad y por un Estado que asuma su responsabilidad e implemente políticas públicas que apunten a cerrar la brecha de desigualdad en el acceso y promoción de los cuidados.

Necesitamos una nueva idea de gestión pública que entienda que la interdependencia de las personas es un hecho de la vida en común. Recuperar la dimensión política de la vida cotidiana parece un camino que hay que transitar.

INEQUIDADES DE GÉNERO: PANDEMIA NORMALIZADA Zobeyda Cepeda

El presente documento hace un breve análisis sobre las afectaciones de género ante la pandemia del Covid 19 en República Dominicana, y sus consecuencias en las vidas de las mujeres.

INEQUIDADES PATRIARCALES SISTÉMICAS

La normalizada insostenibilidad de la vida en dignidad forma parte de las condiciones previas a la pandemia del Covid 19. El sistémico patriarcado, caracterizado por la imposición de poder, excesivo extractivismo y explotador de la naturaleza, pone de manifiesto la prevalencia del capital a las necesidades humanas.

La distribución de los beneficios económicos no impacta en el bienestar humano y mucho menos en las mujeres. De las 500 personas más ricas del mundo, 445 son hombres. En cambio, la mayoría de las personas trabajadoras mal remuneradas del mundo son mujeres, que se concentran en los empleos más precarios (Oxfam, 2016;13). Desde inicios del siglo XXI, la mitad más pobre de la población mundial sólo ha recibido el 1% del incremento total de la riqueza global, mientras que el 50% de esa “nueva riqueza” ha ido a parar a los bolsillos del 1% más rico (Oxfam, 2016;2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el disfrute del derecho a la salud está conectado de manera integral con el disfrute a otros derechos humanos como el acceso a agua potable, a la alimentación, a vivienda digna, a la educación, a condiciones de trabajo seguras, o a la libertad de tomar decisiones sobre el cuerpo sin ningún tipo de discriminación (OMS 2017). Los indicadores sociales en estas áreas mencionadas muestran bajos niveles de disfrute en República Dominicana.

Si bien República Dominicana es el segundo país de América Latina y el Caribe con mayor crecimiento económico en las últimas tres décadas (Jovine, Rafael, 2019:8), manteniéndose en primer lugar en los últimos siete años (Hatton, Ceara, citado en Jovine, Rafael, 2019: 8); el crecimiento económico registrado, no ha impactado en disminución sostenida de la pobreza, por el contrario, las desigualdades sociales se

hacen cada vez más evidentes, impactando de manera desigual por razones de género.

A septiembre de 2015 la tasa general de incidencia de la pobreza fue 31.5% (Banco Mundial, 2017: 20) con incidencia en el área urbana (4,9 por ciento) menor que en las áreas rurales (10,6 por ciento) (ONE y MEPyD 2015: 4). El mercado laboral informal constituye una vía de escape al desempleo para las mujeres de sectores menores ingresos, ocupándose principalmente en el empleo doméstico remunerado. De acuerdo Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo del Banco Central, a inicios del 2020 constituían alrededor 260,620 mujeres, de las cuales 253,286 eran informales y 7,334 formales). El 9.1% de los hogares dominicanos cuenta con los servicios de una persona remunerada, del total de empleo doméstico, 206,355 (96.5%) son mujeres y 7,367 (3.4%) hombres.

De acuerdo con la suma señalada, más de 250mil empleadas domésticas fueron despedidas por motivos de las medidas de distanciamiento físico tomadas por el Estado en el contexto de pandemia. La discriminación legal de que son objeto las personas que realizan esas labores, de evidente mayoría femenina, se ha agudizado en el actual contexto quedando excluidas de las medidas de protección social para apaliar la grave situación.

La ausencia de estas mujeres de los hogares donde son empleadas genera vacíos en torno a las tareas de cuidados, en un país con enraizada cultura machista soportada, entre otras variables, por normas sociales que sustentan imaginarios vinculados a la obligatoriedad de las mujeres de asumir el cuidado de la casa y de niños y niñas, naturalizando a su vez el rol de proveedor de los hombres. A pesar de que las muertes por COVID 19 en el país tienen un considerable porcentaje de hombres, son las mujeres quienes asumen el cuidado de las personas enfermas poniendo en riesgo sus vidas, o sobrecargando jornadas y tiempo de trabajo no remunerado. Según el Ministerio de la Mujer y la ONE, los hombres dedican 37.1 horas semanales al trabajo remunerado, mientras que las mujeres 19.5. Ellas invierten más en promedio al trabajo total con 50.6 horas respecto a 46.7 de los hombres. (Ministerio de la Mujer y ONE, 2018, 49).

Los países donde se han registrado mayores incrementos de la desigualdad económica a largo plazo, la reducción de las desigualdades de género ha sido más lenta que la media (Oxfam, 2016; 13). A pesar de que en el país desde hace más de veinte años se iniciaron procesos de políticas públicas transversales al género, la igualdad efectiva entre mujeres y hombres está lejos de ser alcanzada. Como se observa, en el nuestro, las profundas desigualdades sociales persisten junto a inequidades de género.

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES NO ESTÁ CONFINADA

La República Dominicana se encuentra en el quinto lugar de aquellos en la región latinoamericana con mayor tasa de feminicidios (CEPAL, 2020). La violencia contra las mujeres y las niñas constituye una histórica pandemia invisibilizada en “la normalidad”.

La cotidianidad de las vulneraciones se entrecruza con un complejo sistema de normas sociales y creencias que sustentan la persistencia del fenómeno. Ideas tan enraizadas como: “las mujeres son las encargadas del cuidado del hogar y los hombres de llevar el sustento económico”, “los hombres tienen mayor deseo sexual que las mujeres”, “una mujer decente no anda sola a altas horas de la noche”, “no es violencia revisar las redes sociales de la pareja”, entre otras, forman parte del entramado de permisividad internalizado por mujeres y hombres (Oxfam et al. 2018).

Estos mandatos sociales perfilan emociones y actuaciones desde los constructos de feminidades y masculinidades. Así las restricciones de uso de las vías públicas en el actual contexto de pandemia generan tensiones ante el mandado masculino de su uso, versus el relegamiento del espacio privado a las mujeres. Las sanciones o permisos son medidos de acuerdo con las diferentes expectativas sociales por razones de género. Abundan en las redes videos de hombres desafiando unidades policiales en sectores comunitarios y de burla a mujeres que violan el toque de queda nocturno.

La situación de confinamiento a causa de la pandemia de COVID 19 lleva a mujeres y niñas a convivir con sus agresores físicos, emocionales y sexuales. Los despidos laborales masivos en términos generales colocan en condiciones de vulnerabilidad aquellas con niveles de ingresos propios, lo que las lleva a la dependencia económica de sus parejas, y por consiguiente con pocas alternativas de toma de decisiones independientes.

Las limitaciones de contexto agregan mayores dificultades para denunciar actos de violencia en comparación con tiempos ordinarios. La falta de servicios públicos de transporte, la priorización de servicios en centros de salud, el aislamiento y poco contacto familiar y comunitario ante las medidas de distanciamiento físico, son algunos de los obstáculos que confrontan para acceder a la atención al experimentar violencia.

A estos también se agregan, otros como el funcionamiento a medias de las fiscalías, los tribunales y las casas de acogida. La ruta crítica de denuncia se torna doble y triplemente cuesta arriba para las mujeres que tienen que hacer uso del sistema en estas condiciones limitadas. Recordando que un caso de violencia doméstica puede recorrer de manera paralela varias instancias judiciales: la fiscalía, la demanda de alimentación y/o guarda de personas menores de edad, entre otras. Una travesía que genera alta carga de tensión en “la normalidad” y que recrudece en el actual contexto.

A los feminicidios, entendidos como la muerte a una mujer por el hecho de ser mujer, se suma la alta tasa de mortalidad materna (90/100mil) salud (ADESA, 2019: 34). Muertes prevenibles, pero con alta incidencia ante las deficiencias del sistema de salud. A este tipo de violencia contra la mujer institucionalizada convive con la criminalización del aborto en toda circunstancia, una obsoleta y abusiva norma legal que sanciona a las mujeres, las niñas y al personal de salud, aun cuando del total de procedimientos obstétricos realizados en centros de la red pública con atención al parto en el año 2017 registró: 28% de partos vaginales, 24% de las cesáreas y 26% de abortos atendidos (Ministerio de Salud, 2018).

Las mujeres confrontan múltiples barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. El funcionamiento a medias de las instituciones estatales genera riesgos para las embarazadas, quienes no están recibiendo la atención prenatal requerida. Además, el cierre de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) obstaculiza la compra de métodos anticonceptivos, aumentando así las probabilidades de embarazos no deseados, sobre todo en aquellas más empobrecidas.

Las violencias institucionales contra las mujeres o de género son experimentadas desde las inter-seccionalidades. Las exclusiones estructurales de las mujeres con alguna discapacidad, las campesinas, las trans, las migrantes o descendientes de migrantes quedan al margen de las ayudas estatales ante la falta de reconocimiento como personas humanas con derechos, y determinada a condición de madres, a la posesión de una cédula o la nacionalidad dominicana.

La normalidad implica para las mujeres sobrevivencia a la pobreza, a mantener un empleo, a no ser golpeadas o violadas, a preservar la vida por ser mujer, por estar en una relación de pareja, por recibir deficientes servicios prenatales en centros de salud, o sobrevivir a los riesgos de llevar a término un embarazo no deseado ante la brutal disposición legal del aborto. En tiempos de pandemia, la defensa de la vida abre otro campo de resistencia junto a la de sus hijos e hijas.

NORMALIZAR LA IGUALDAD DE GÉNERO: EMERGENCIA NACIONAL

El impacto diferenciado de la pandemia, ante las inequidades de género preexistentes, recrudece las condiciones de exclusión social de las mujeres. Las consecuencias generadas por la crisis económica, continuará agudizándose en sus cuerpos y en sus vidas.

El enfoque transversal de género y/o focalizado en poblaciones específicas de acuerdo con las vulnerabilidades debe reforzarse en la respuesta de intervención a la crisis humanitaria generada por la pandemia, identificando y reconociendo las necesidades prácticas y estratégicas de género. La crisis también representa oportunidades de transformaciones que contribuyan a la igualdad de género a través del empoderamiento femenino en los ámbitos económico, social y político, y a la construcción de masculinidades no hegemónicas que cuestionen privilegios masculinos.

Estas iniciativas deben localizar estrategias que contribuyan al desmonte de imaginarios de género y/o violencia contra las mujeres. En torno a la prevención de la violencia, la intervención comunitaria juega un importante papel. La difusión de información sobre servicios esenciales de atención en violencia, públicos y privados también es vital. Tomando en cuenta que contar con teléfonos móviles y data de internet es un factor indispensable de comunicación.

La organización Development Connection ofrece las siguientes recomendaciones para el abordaje de la violencia contra las mujeres:

- Revisión de protocolos de atención: (procedimientos, aspectos administrativos y éticos)

- Asegurar las capacidades de recursos humanos (por ejemplo, atención de primera línea para sobrevivientes o mujeres en riesgo)
- Identificar redes locales de referencia, revisión de rutas de atención y de directorios de servicios disponibles
- Adecuación de servicios en línea (calidad, oportunidad, seguridad, confidencialidad).
- Servicios para mujeres y niñas con limitado o nulo acceso a tecnología (teléfono, internet), con barreras de movilidad, otras barreras. (Mujeres con discapacidades, mujeres trans, migrantes (barreras lingüísticas).

La prevención de embarazos no deseados también constituye un gran reto dentro del sistema de respuesta a la pandemia. La responsabilidad de la conducta sexual masculina juega un rol importante en este aspecto junto a las medidas de acceso a anticonceptivos. La apertura de servicios esenciales para las mujeres y adolescentes embarazadas debe ser considerado.

Aprender de las deficiencias y buenas prácticas de la “normalidad” conlleva incorporar adaptaciones a las tareas de respuestas que promuevan la igualdad de género, reconociendo a la vez que las medidas de recuperación deben estar orientadas hacia el logro de la igualdad de género y mayor disfrute de derechos de las mujeres en su diversidad.

LAS EPIDEMIAS DE LA COVID-19 EN ESPAÑA O LA CRISIS DE LOS CUIDADOS

Manuel Espinel

El objetivo de este artículo es mostrar cómo las contradicciones entre el capital y los cuidados (reproducción social) has estado marcando la dinámica social, política y económica de España en relación con la Covid-19. La yuxtaposición de la crisis económica del 2008 con las epidemias de la Covid-19 en España, ha puesto en evidencia la profunda crisis de los cuidados y de la reproducción social, particularmente en el cuidado de personas mayores de 65 años que experimenta la sociedad española. La privatización de los sistemas de protección social de las personas mayores, los bajos costes salariales y laborales en estos sistemas privados para maximizar beneficios, la conversión, por “hospitalismo social”, de los hospitales en centro de cuidados, la reducción del personal sanitario y de los recursos asistenciales, y la debilidad de los programas de atención primaria y salud pública a nivel local y regional dan buena cuenta del comportamiento de la epidemia en España. Los recortes en salud y políticas sociales, las políticas activas de austeridad, la precarización y terciarización del mercado de trabajo español y su dependencia de los servicios (hostelería y turismo) dan el contexto no solo a las múltiples epidemias en el territorio español sino a su propia evolución. Se concluye que

INTRODUCCIÓN

España se ha convertido en uno de los epicentros de la pandemia de la Covid-19 en el norte global, debido a la alta incidencia de casos y al exceso de mortalidad producido, que rondaba el 75% en mayores de 69 años. Al igual de los que ocurrió con la crisis económica del 2008, el impacto econó-

mico que generará la crisis de la Covid-19 en España afectará a América Latina y el Caribe al menos en 2 aspectos. Por una parte, en relación con las remesas principalmente hacia Colombia, Ecuador, República Dominicana y Bolivia, que se verán fuertemente reducidas; por otra parte, en la forma como se ha organizado las complejas cadenas transnacionales de cuidados, a partir fundamentalmente del trabajo invisible y, en la gran mayoría de los casos, mal remunerado de muchas mujeres migrantes latinoamericanas. Estos dos aspectos, el primero relacionado con la producción, el segundo relacionado con la reproducción, ponen de manifiesto, a su vez, las dos grandes contradicciones que están marcando y marcarán la dinámica social, política y económica de España en relación con esta pandemia: la contradicción entre el capital y el trabajo (producción) y entre capital y los cuidados (reproducción social).

La forma como se han expresado estas dos contradicciones en el contexto de la pandemia da buena cuenta su “comportamiento epidemiológico” en el caso de España, particularmente en Madrid y Cataluña, dónde se han registrado, hasta el momento alrededor del 50% de todos los casos, de las hospitalizaciones y de los fallecimientos. Es decir, España ha experimentado varias epidemias, por lo menos en función del este comportamiento epidemiológico de cada una de las Comunidades Autónomas. La contradicción entre capital y trabajo marcó profundamente la crisis económica de 2008, generando alrededor de 6 millones de parados en 2012 (26% de tasa de paro), produciendo un rescate bancario por parte de Estado de cerca de más de 42.000 millones de Euros (que hasta el día de hoy no se han recuperado), políticas de austeridad y recortes en salud, educación y servicios sociales y una marcada precarización del mercado de trabajo, ya lastrado por su estructura empresarial basada en los servicios y el microempresariado. En Madrid y Cataluña, los recortes en sanidad han afectado fundamentalmente la atención primaria y la salud pública.

En la medida en que el 93% de tejido productivo español está constituida por pequeñas empresas con menos de 10 empleados asalariados (muchos de ellos trabajadores pobres), el gobierno de las epidemias, a través de la tecnología de la cuarentena o confinamiento, generará una crisis económica igual o superior a la del 2008. Además de una crisis económica, como mínimo de igual intensidad que la del 2008, las epidemias de la Covid-19 está poniendo en evidencia fragilidad de los sistemas de protección social, particularmente de los cuidados, que vienen arrastrando históricamente España. Como señalamos anteriormente, la crisis económica del 2008 había agudizado y profundizado esta crisis. La crisis anterior reflejaba claramente la contradicción entre el capital trabajo, generada por un modelo de desarrollo basada en el ladrillo (“boom inmobiliario”) y unos costes salariales y laborales bajos. De allí que las familias, es decir hijas, madres y abuelas, tuvieron que asumir con más intensidad, en términos de cuidado, las políticas de austeridad y los recortes sociales. De hecho, las pensiones de jubilación de las personas mayores tuvieron un papel redistributivo de las rentas, disminuyendo en alguna medida las desigualdades generadas por la crisis.

Aunque las cifras suministradas permanentemente son provisionales y deben ser situadas e interpretadas en estos

contextos, si es posible utilizarlas para hacernos una representación o una imagen, así sea parcial, del sentido que ha ido adquiriendo las epidemias en España. En relación con los cuidados, algunos informes parecen indicar que la pandemia ha impactado de manera muy significativa en las residencias de personas mayores (home cares, nursing care) en algunos países del sur de Europa, sobre todo España e Italia. Estas residencias han convertido en espacios donde las personas mayores tienen mayores probabilidades de contagio (20 veces más) y de fallecer por la enfermedad. Solo en España la cifra de personas mayores de edad que ha fallecido en residencias a causa de la Covid-19 alcanza los 20.000 fallecidos, representando algo más del 50% de todas las muertes. En este mismo sentido, los hogares, particularmente en los países del sur de Europa como España e Italia, también se ha podido convertir en importantes espacios de contagio para personas mayores, debido a las características de la organización socio familiar en estos países. De hecho, cerca del 90% de las personas fallecidas en estos países tienen más de 69 años.

En este sentido, los espacios socialmente construidos para los cuidados, como pueden ser los hogares, las residencias de mayores o los propios centros asistenciales, todos intensamente feminizados (el 75% del personal sanitario contagiado son mujeres), se han constituido en una especie de escenario neurálgico de las epidemias en España. Por tanto, se tomará como referencia el gobierno de estos tres espacios para el análisis de la contradicción entre capital y los cuidados, en el caso de la pandemia de la Covid-19 en España. Esta contradicción está en la base de la biopolítica para control de la pandemia, en las sociedades liberales de la Unión Europea.

BIOPOLÍTICA DE LOS CUIDADOS Y CONTRADICCIÓN ENTRE CAPITAL Y CUIDADOS PARA EL CONTROL DE LA PANDEMIA DE LA COVID-10

Las imágenes de saturación de los centros asistenciales, las escasas de medios de protección del personal sanitario, del goteo permanente de personas mayores fallecidas, sin contacto con sus familiares, sin velatorios ni funerales, de féretros transportados por personal militar y “apilados” en morgues improvisadas, de residencias de mayores convertidas en focos de expansión de las epidemias y de acumulación de personas mayores solas y desatendidas que fallecía, están en el régimen de discurso y en las prácticas que dan cuenta la biopolítica del control de las epidemias por parte del gobierno español. El confinamiento (lockdown) de la población española (y de buen parte de población del norte global) se convirtió entonces en la principal tecnología para gobernar la pandemia. El confinamiento, a su vez, sobredimensionó y sobrecargó el espacio de los cuidados y, por ende, el propio trabajo de los cuidados (hogares residencia de mayores, centros asistenciales), por lo menos para muchas mujeres como señalamos anteriormente. El denominado teletrabajo, ha sido uno de los significantes que da cuenta del sobredimensionamiento de trabajo de los cuidados. El confinamiento y el sobredimensionamiento del trabajo de los cuidados están en la base de la contradicción entre el capital y los cuidados, porque ocasionó simultáneamente una reducción significativa de la actividad productiva, particularmente en el sector de los servicios (turismo y hostelería). Como ha puesto en

evidencia el feminismo, este trabajo de los cuidados, invisible y no remunerado, producto de la división sexual del trabajo, ha contribuido de manera significativa a la acumulación de capital, por desposesión, al reducir los costes de cuidados, y de todas las actividades relacionadas, en el espacio productivo, tanto para las empresas como para el propio Estado. Esto es cierto mientras la producción sea la actividad central, como ocurre en las sociedades capitalistas. Pero, cuando la producción se ve comprometida por el confinamiento, el trabajo de los cuidados se convierte en un “coste” que alguien tiene que asumir. Mientras en el modelo clásico del Estado del bienestar en las sociedades capitalistas del norte global, la denominada “seguridad social” asumía las contradicciones entre el capital y el trabajo, en caso de enfermedad laboral o accidente de trabajo, particularmente de los trabajadores hombres, las contradicciones entre el capital y los cuidados solo pueden ser asumidas por el Estado. La organización históricamente patriarcal del Estado ha invisibilizado o minimizado estas contradicciones, asumiendo un “tácito consenso de género”, según el cual las mujeres se encargarían del cuidado de las personas mayores, como en su momento lo hizo de las personas menores de edad.

En España, como en otros países “mediterráneos”, la organización social de los cuidados ha estado fuertemente marcada por el denominado familiarismo. Este término denota la importancia que ha tenido históricamente la familia, casi exclusivamente las mujeres, en la organización de las actividades de cuidado, en general y de las personas mayores en particular. De allí que, la mujer, en términos de la división sexual del trabajo, históricamente haya jugado un papel central en los cuidados, tanto de menores de edad como de mayores. Durante la crisis económica del 2008, las pensiones de las personas mayores sirvieron para amortiguar impacto de esta crisis, tanto para hijos/as como nieto/as. Abuelos y abuelas “autónomos” asumieron activamente el cuidado de nietos y nietas. Debido a la situación económicas (alto paro juvenil, falta de vivienda social, etc.) muchos jóvenes han retrasado su emancipación y han tenido que seguir viviendo con padres/madres, abuelos/as en el mismo domicilio. Este tipo de articulación socio-familiar y de condiciones materiales de vida genera un contexto socio epidemiológico propicio para la expansión en España del coronavirus, sobre todo entre las personas mayores. De hecho, muchos de los contagios en España se producen en reuniones familiares.

Cuando los ingresos familiares lo permitían, se recurrió a una externalización de los cuidados de las personas mayores a través de un mercado precario tanto de mujeres cuidadoras, sobre todo de mujeres latinoamericanas migrantes, provenientes del Sur global, como de residencias para mayores. Según el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) en su informe de abril de 2019, en España había alrededor de 5400 centros, de los cuales aproximadamente el 70% era privados, elevándose al 83% en comunidades como Cataluña o Madrid. En términos de plazas, en toda España había 372.985 plazas, siendo el 73% privadas, llegando de igual manera a cerca del 80% en las comunidades de Madrid y Cataluña. Esta especial mercantilización del cuidado de personas mayores en estas dos comunidades autónomas, coincide con el mayor número de fallecimientos de personas

mayores en residencias de estas comunidades. Tanto por el valor medio de las pensiones de jubilación y viudedad como por la escasez de plazas públicas, es claro que la mayoría de personas mayores queda excluida de esta “oferta privada” de cuidados. Por tanto, las familias, es decir, las mujeres, seguirán siendo responsables de su cuidado. A toda esta crisis de los cuidados hay que incluir que el 30% de las mujeres mayores de 64 años y el 18% de los hombres con este rango de edad vivían en hogares unipersonales, es decir solas. La reducción de los salarios y los costes laborales es una característica no menos importante de este mercado institucionalizado de los cuidados.

El tercer espacio de los cuidados que hemos señalado anteriormente es el sanitario asistencial. Desde la Ley General de Sanidad de 1986, España cuenta con un Sistema Nacional de Salud (modelo Beveridge), descentralizado y prácticamente universal. La inversión pública en sanidad en España en 2018 ascendía a 75.435,4 millones de euros, lo que supone el 6,24% del PIB. Esta inversión prácticamente no ha crecido nada en los últimos 10 años, desde la crisis económica, especialmente en Madrid y Cataluña debido a las políticas de austeridad. Es importante señalar que el presupuesto en salud pública apenas superaba el 1% del presupuesto total. Por el contrario, el gasto sanitario privado, que representa el 3,3% del PIB, ha crecido un 20% desde la crisis económica, con una alta penetración en Madrid y Cataluña. Aquí es importante no perder de vista que entre el 25-30% de este gasto proviene de concertos con el sector público (alianzas público privada), lo que significa un 12% del gasto del sector público, es decir, transferencias netas de recursos del sector público al sector privado. El aparentemente “robusto” Sistema Nacional de Salud, se encontraba muy debilitado debido a las políticas de austeridad, especialmente en atención primaria, salud pública, infraestructuras y personal, previamente a la pandemia. En relación con esta situación hay que tener en cuenta 4 hechos fundamentales:

1. La centralidad del espacio sanitario como espacio de cuidados: aproximadamente el 50% de las personas hospitalizadas y el 90% de las personas fallecidas a causa de la Covid-19 en España son mayores de 69 años. Es decir, esta pandemia está afectando de lleno a las personas mayores de 64 años. Es importante resaltar que más del 50% de todas las personas contagiadas, hospitalizadas y fallecidas se concentran en la Comunidad de Madrid y en la de Cataluña. En términos de salud, según el informe sobre perfil de las personas mayores en España 2019 realizado por el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) las personas mayores suponen cerca del 50% de las altas hospitalarias y del 60% de las estancias hospitalarias. Las cifras anteriores no solo responden a la alta expectativa de vida sino fundamentalmente al lento, errático y, en ocasiones, clientelar desarrollo de los sistemas de protección social de las personas mayores en España, tanto a nivel local como regional, y su escasa integración con el sistema de salud. La privatización de los servicios de protección social (cerca del 80% de las residencias para personas mayores están privatizadas en Madrid y Cataluña), tanto en términos institucionales como de cuidados domiciliarios, ha limitado severamente el acceso a estos

servicios, lo cual explica, a su vez, el fenómeno denominado como “hospitalización social”. Esto quiere decir que el Sistema Nacional de Salud en España, además de brindar asistencia sanitaria, se ha convertido en un recurso esencial para el cuidado de las personas mayores. La privatización de los cuidados de las personas mayores, está acompañado por una reducción de las personas especializadas en este cuidado, y de los costes salariales y laborales (maximizar beneficios). En estas condiciones no es de extraña que cerca de 20.000 ancianos que vivían en residencias han muerto por coronavirus o con síntomas compatibles desde el inicio de la Epidemia en España

2. La reducción del personal sanitario, sobre todo en relación con los cuidados. El impacto de la pandemia a nivel hospitalario tiene que ver tanto con la asistencia sanitarias propiamente dicha, en términos de tecnología médica (curar) como con los cuidados hospitalarios que se requieren, en términos tanto de apoyo en actividades básicas (alimentación, aseo, etc.) como de apoyo emocional y afectivo, debido a la fragilidad de muchas de las personas mayores ingresadas, en ocasiones por largos periodos de tiempo. La hospitalización social, como señalamos anteriormente, es más una constante que una excepción. Esto hace que el personal sanitario, sobre todo de enfermería, requerido para estos cuidados sea mayor. En relación con el personal de enfermería en 2018, España contaba con 307.762 enfermeras/os siendo el 84% mujeres (INE, 2019). De igual manera, en términos de población representaba 6,55 enfermeras/os/1000 habitantes, muy por debajo de la media de los países de la OECD de 8.8/1000 habitantes, de la Unión Europea de 9,0/1000 habitantes. Este solo dato por sí solo muestra la fragilidad del Sistema de Salud de España, en relación con los cuidados especializados, particularmente con el cuidado de larga duración de personas mayores.
3. Reducción de la capacidad instalada hospitalaria. A esta disminución del personal de enfermería hay que sumarle una reducción de camas hospitalarias en el Sistema Nacional de salud, debido a las medidas de austeridad por la crisis económica del 2008. En efecto, según la OECD, España en 2008 contaba con 146.934 camas, mientras que en 2017 contaba con 138.511, es decir, 8.423 camas menos. En términos de camas por habitantes, España en 2017 contaba con menos de la mitad de camas por 1000 habitantes que países como Alemania o Francia. La saturación crónica de los hospitales por las gripes estacionales, dan buena cuenta de esta situación.
4. Debilidad de la atención primaria, comunitaria en la prevención, detección, rastreo y seguimiento de casos: con los recortes y las políticas de austeridad en la sanidad española, principalmente en el contexto de la crisis económica del 2008, se han debilitado de manera significativa la atención primaria y los sistemas de salud pública locales y regionales. De hecho, la Comunidades Autónomas en España reciben menos de 2% de presupuesto destinado a sanidad en políticas y programas en salud pública (la mayoría dedicado a la compra de vacunas). En este contexto, se presenta una severa debilidad en los programas de salud comunitaria, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, junto

con los programas de vigilancia epidemiológica, sobre todo a nivel local (ayuntamientos) y regional (comunidades autónomas). No debemos olvidar que los sistemas de vigilancia epidemiológica locales, basados en la comunidad, son los únicos sistemas que pueden dar cuenta del comportamiento epidemiológico de las epidemias en “tiempo real”. Esto debilidad y fragilidad de los programas y políticas de salud a nivel local (atención primaria, salud comunitaria, salud pública comunitaria) explica en buena medida, los rebrotes de la Covid-19 en España, particularmente por las severas limitaciones de los programas de detección y seguimiento de casos y rastreo de contactos.

Una compleja y heterogénea “mezcla” entre el “hospitalismo social” de las personas mayores, la severa limitación en el número del personal sanitario relacionado específicamente con el cuidado de personas mayores, la reducción en el número de cama, las severas limitaciones de equipos de protección personas y por tanto, aún mayor disminución del personal sanitario por contagio (España quizás es el país de la Unión Europea con mayor contagio entre el personal sanitario), la privatización del sistema de residencias de personas mayores y la reducción de los costes salariales y laborales en estos centros, la debilidad de los programas de salud locales y regionales dan buena cuenta de la saturación de los hospitales y del exceso de mortalidad en relación con personas mayores. De hecho, España en los últimos años ha mostrado una saturación del sistema hospitalario en relación con la gripe estacional. La debilidad tano económica como simbólica de la atención primaria, en relación con la asistencia especializada, lastran los programas de salud comunitaria, promoción y prevención y de vigilancia epidemiológica, sobre todo a nivel local y regional en España. Esto da cuenta de los rebrotes y de las serias limitaciones para la detección y seguimiento de casos y rastreo de contactos. Esto está en la base de los rebrotes. Finalmente, las acciones de confinamiento, además de lastrar una economía, basada en los servicios y en las microempresas con bajos salarios y costes laborales, aumenta la carga de la familia, y con ello de las mujeres, en relación con los cuidados, situación crónica en España.

CONCLUSIONES

El “comportamiento epidemiológico” de las epidemias de la Covid-19 en España junto con la biopolítica utilizada por el gobierno para el control estas epidemias, a través fundamentalmente de la tecnología del confinamiento, ha puesto en evidencia que la frontera que separa la reproducción social (cuidados) de la producción económica se ha convertido en un importante epicentro de “profundas contradicciones sociales” en las sociedades liberales. En el caso de España este epicentro de contradicciones cristalizó fundamentalmente en al menos tres ámbitos: el espacio de la familia, el espacio de la residencia de mayores y el espacio asistencial. Las características estructurales de estos ámbitos están marcando la dinámica de las epidemias a nivel local y regional (comunidades autónomas). El papel del Estado, en sociedades capitalistas del norte global como es el caso de España, para mediar este tipo de contradicciones se antoja central en el curso de las epidemias y en el control de riesgo futuros. La pregunta final sería ¿a qué tipo de Estado nos referimos?

ACERCA DE LOS AUTORES

Karina Batthyany, Doctora en Sociología. Profesora titular de la Facultad de Ciencias Sociales, UDeLaR. Secretaria Ejecutiva de CLACSO.

Zobeyda Cepeda, abogada, feminista, estudios en derechos humanos, género y políticas públicas. Oficial de Derechos de las Mujeres, Oxfam República Dominicana.

Manuel Espinel Vallejo, Profesor Departamento de Sociología Aplicada, Facultad de Ciencias políticas y Sociología Universidad Complutense de Madrid. Miembro del Grupo CLACSO de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria. Correo electrónico: mespinel@cps.ucm.es

ORGANIZACIONES QUE NOS APOYAN

Grupo de Trabajo (GT) “Salud internacional y soberanía sanitaria” del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)

El consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) es una institución internacional no gubernamental con estatus asociativo en la UNESCO, creada en 1967. Actualmente reúne 587 centros de investigación y posgrado en el campo de las ciencias sociales y las humanidades en 46 países de América Latina, Estados Unidos, Canadá, Alemania, España, Francia y Portugal.

Los GT son redes interdisciplinarias de investigadores de distintos países de Latinoamérica y el Caribe, que se reúnen alrededor de un tema o problema social relevante para la región. Los GT trabajan para la producción de conocimiento comparado relevante y riguroso, y buscan lograr una efectiva relación entre investigadores, responsables de políticas públicas y organizaciones sociales.

Polétika

Herramienta de vigilancia, análisis y presión sobre los discursos políticos y electorales. Sigue de cerca las declaraciones políticas para analizar y comprometer a los candidatos con sus promesas.

Polétika, es conformada por un grupo de organizaciones y movimientos de la sociedad civil que trabaja en diferentes ámbitos, comprendidos en: salud, vivienda y hábitat, fiscalidad, seguridad ciudadana, transparencia, niñez y adolescencia, género, y municipalidad. Nuestro fin es lograr una sociedad más justa y menos desigual.

PIE DE IMPRENTA

Fundación Friedrich Ebert

Edificio Plaza JR, Piso 8 Av. Tiradentes
esq. Roberto Pastoriza Santo Domingo
www.fescaribe.org

Responsable

Yesko Quiroga
Director FES
República Dominicana
Tel. 809-221-8261

El uso comercial de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES.

CORONAVIRUS Y DESIGUALDADES PREEXISTENTES: GÉNERO Y CUIDADOS



La pandemia transformada en crisis sanitaria, económica y social ha profundizado las desigualdades preexistentes de nuestras sociedades. Esto invita analizar las consecuencias del virus por fuera del modelo biomédico.



Quien sufre la epidemia y las enfermedades es la sociedad por ello requerimos de abordajes desde una dimensión colectiva y no desde el modelo individualista que produce respuestas que no todos y todas, estamos en la posibilidad de poder asumir. Resulta necesario recuperar la mirada sobre la pandemia desde la salud colectiva y esto implica pensar y repensar los sistemas de cuidado.



Los conversatorios que sirven de base a esta publicación tenían por objetivo fortalecer el debate teniendo en cuenta las dinámicas sociopolíticas desde la sociedad, contrastar la elaboración de respuestas por parte de los países y pensar a qué deben apostar las políticas post pandemia para cerrar las brechas de desigualdades de género.