

POSCOVID, ESCENARIOS Y DESAFÍOS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

Post-Covid: Escenaris y reptes per a la salut de les dones

Post-Covid: Scenarios and Challenges for Women's Health

Claudia Calquin Donoso

Universidad de Santiago de Chile (*Santiago, Chile*)

La crisis generalizada provocada por la pandemia Covid se impuso como una verdadera crisis civilizatoria, al decir de algunos, que anticipó y aceleró la obsolescencia de más de treinta años de implementación de políticas neoliberales basadas en la reducción creciente de la capacidad del Estado para actuar como una zona de cohesión e integración social, el aumento progresivo de los seguros privados para el financiamiento de la atención en salud y la consecuente producción de fuertes desigualdades sociales en el acceso a la atención sanitaria de calidad. Es sintomático que las demandas proclamadas por los últimos levantamientos sociales presentes en distintos lugares del mundo y que acompañaron el acontecimiento pandémico hicieron suyo no solo el deseo común de acceder a mayores derechos, sino también la urgencia por crear condiciones para asegurar lo que se empezó a denominar una «vida digna». En Chile, lugar desde el que escribo, la insurrección del 18 de octubre del 2019 puso como signo común de la revuelta «hasta que la dignidad se haga costumbre», marcando el desarrollo de un movimiento multitudinario cuyo rasgo común fue la indignación por la desposesión generalizada de la vida.

Con la pandemia, la precariedad estructural de los sistemas sanitarios, especialmente los del sur de Europa y de América Latina, llevó a serias complicaciones e impactos aún



invaluables tanto a nivel de la organización sanitaria como del estado de salud de la población, en que el estrés y la mayor demanda de atención implicó reorganizaciones y modificaciones sustanciales de los programas de atención, aumentando con esto las desigualdades de género. Estas modificaciones en muchos lugares consistieron en una fuerte reducción desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo de la atención en ámbitos claves para la salud de las mujeres: atención gineco-obstétrica, atención familiar y salud mental, entre otras. Esto se debió, en parte, a que las medidas para enfrentar la pandemia operaron sobre una infraestructura material y social débil y sin verse acompañadas necesariamente de un aumento significativo de presupuestos y gasto fiscal a la altura de la complejidad de una de las catástrofes biológicas y sociales más importantes del último siglo. Por el contrario, la respuesta de gran parte de los Estados fue ahondar en la responsabilidad individual de las personas —fórmula ya presente en los modelos asistenciales— en la forma de un traspaso, por un lado, del cuidado de la salud a los sistemas de cuidados domésticos y en especial a las mujeres, y por otro, al compromiso individual de los profesionales sanitarios, también en su mayoría mujeres, maximizando la implicación personal hacia una suerte de autosacrificio que fue imprescindible para todo el funcionamiento del dispositivo en los momentos más álgidos de la pandemia. De este modo, el contexto Covid estuvo dado por el deslizamiento entre una precariedad social y sanitaria a una biológica —o biopolítica— que tomó la forma de vidas expuestas, tomando el concepto de Adriana Petryna.

Con la crisis también logramos constatar la importancia y relevancia para el sostenimiento de la vida de fortalecer los sistemas sanitarios públicos y de acceso universal más allá de su función de servicio de intervención sobre la enfermedad, como infraestructura material, política y simbólica de reducción de la experiencia de la vulnerabilidad especialmente en la sociedad del riesgo. Asimismo, se estableció la importancia de las prácticas de cuidado realizadas por las mujeres, que, tal como ha mostrado el pensamiento feminista, han sido fundamentales para el avance de los logros epidemiológicos y de bienestar humano. A pesar de esto, la salud, y especialmente la de las mujeres, sigue siendo el espacio de mayor desigualdad tanto en el acceso como en la calidad de la atención, donde problemáticas como la violencia obstétrica, por poner solo un ejemplo, han tenido que recorrer un largo periplo en medio de fuertes controversias para ser reconocidas de manera incipiente como un problema de derechos humanos. Por otro lado, la exclusiva responsabilidad de las mujeres sobre la salud familiar e infantil y

la escasa integración de los varones en dicha responsabilidad también son factores para la desigualdad sanitaria, pues el aumento sostenido de la carga de cuidado para las mujeres es un factor que influye fuertemente en la ausencia de prácticas de autocuidado, en dificultades para la prevención, así como en la aparición de enfermedades y malestares psicosociales. El género sigue siendo una dimensión fundamental para explicar la multiplicación en las últimas décadas de enfermedades crónicas no contagiosas fuertemente vinculadas a los modos de vida de las mujeres en las sociedades contemporáneas, donde los roles se han multiplicado, los soportes sociales se han debilitado y la conciliación trabajo reproductivo-trabajo productivo o la redistribución del trabajo de cuidados se muestran aún como objetivos muy difíciles de alcanzar.

Con todo, la salud de las mujeres también es la base de una pertenencia social y de formas de ciudadanía activas que han removido inclusive los paradigmas sobre lo humano. Las demandas de los grupos de mujeres y feministas por mayores garantías para el goce de los derechos sexuales y reproductivos o una vida libre de violencia, o los movimientos de mujeres defensoras de la tierra o víctimas de las llamadas «zonas de sacrificio» donde se impone el extractivismo propio de un modelo de acumulación implacable con la naturaleza e indiferente con la salud y calidad de vida de personas, revelan que el campo de la salud es profundamente político, si definimos lo político como los modos en que artefactos, actividades o prácticas se vuelven objetos de deliberación. Esto pone en evidencia la riqueza etimológica, tal como nos alerta Fassin, de la misma palabra salud: *salus*, como buen estado físico y moral; *sanitas*, como buen estado del cuerpo y del espíritu; *salubritas* como buen estado de salud o de los medios que permiten conservarlo.

En este nuevo escenario en que «es más fácil imaginar el fin del mundo que el fin del capitalismo», la investigación en salud, y específicamente el cruce entre género y salud, se vuelve no solo una urgencia intelectual sino también vital. Considerando las transformaciones que se están llevando a cabo en distintos países del sur global, la pregunta acerca de la salud que queremos abordar impone una mirada no solo que apunte a la denuncia de las condiciones de desigualdad que viven millones de mujeres en el mundo, sino también a la positividad de las prácticas transformadoras que movilicen nuevas formas de entender nuestra relación con el cuerpo y la enfermedad. Dicho así, el número que presentamos a continuación compila investigaciones situadas con un claro compromiso ético con el desarrollo de la salud pública en un momento de crisis. También

es un botón de muestra de que el campo de la investigación en salud no está al margen de las luchas por una vida digna y por las demandas de un verdadero acceso a la ciudadanía social, sexual y reproductiva, así como de las preocupaciones éticas por la vulnerabilidad humana en medio de un sistema económico en que la precariedad es su condición estructural. Este número insiste en que el cuidado de la vida sigue siendo una preocupación sentida por la comunidad académica.

De este modo, se presentan trabajos vinculados a las problemáticas experiencias de las prácticas de cuidado, por un lado, las formas en que se gestiona la maternidad en mujeres ejecutivas, y por otro, las repercusiones de la carga de cuidado en mujeres cuidadoras de personas con discapacidad. Asimismo, la violencia obstétrica es otro de los temas que son parte de este número y que es abordado desde el análisis de la situación en América Latina (Uruguay), así como en una dimensión afirmativa, proponiendo y activando alternativas de reparación de esta forma de violencia contra las mujeres. Por otro lado, apreciamos que el enfoque interseccional se ha ido incorporando fuertemente en los estudios en salud y en este número se aborda en torno la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes que, sin duda, constituyen uno de los colectivos humanos que se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad. Finalmente, se presentan dos trabajos que, junto con reconocer problemáticas específicas al campo de la matronería, proponen formas de abordaje y propuestas formativas que, sin lugar a duda, son un aporte sustancial al desarrollo e incorporación en las prácticas profesionales de nuevos paradigmas y modelos que promuevan nuevas formas de entender los procesos vitales y el campo de la salud.