



# VIDAS QUE IMPORTAN

*Más allá del contexto de pandemia*

AUTORAS:

**ELENA TERÁN (NARET) | KATHERINE REYES | ARLENE CRUZ**

**LOBNA DAHECH | SARA CUENTAS | GABRIELA RIPARI**

**FLORENCIA DI STEFANO | ANNE MARIE COLLINS | BOMBO NDIR**

ESTUDIO DIAGNÓSTICO:

# *VIDAS QUE IMPORTAN*

*Más allá del contexto de pandemia*

# DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO EN LAS CIUDADES DE BARCELONA, PREMIÁ DE MAR, TARRAGONA Y GIRONA

**Editan:** Red de Migración, Género y Desarrollo y Calala Fondo de Mujeres

**Contacto:** [www.redmgd.org](http://www.redmgd.org) / [conecta@redmgd.org](mailto:conecta@redmgd.org)

**Autoras:** Elena Terán (Naret), Katherine Reyes, Arlene Cruz, Lobna Dahech, Sara Cuentas, Gabriela Ripari, Florencia Di Stefano, Anne Marie Collins y Bombo Ndir

**Diseño y maquetación:** Valentina Becker

**Fotografías:** Katherine Reyes, Zoraida Zevallos y RedMGD

**Fecha de publicación:** Marzo 2022

El presente estudio diagnóstico está elaborado por Red de Migración, Género y Desarrollo, Red Antirracista de Tarragona, Mika Sororidad Internacionalista y Diverses8M Girona con la participación activa de 100 mujeres de las ciudades de Barcelona, Premiá de Mar, Tarragona y Girona. Contó con la participación de Fondo de Mujeres Calala y la colaboración de la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo para su desarrollo en Girona, Tarragona y Premiá de Mar y con el Ayuntamiento de Barcelona para su desarrollo en la ciudad de Barcelona. El contenido de la publicación es responsabilidad exclusiva de Red de Migración, Género y Desarrollo y de Calala.

## Participan:



## Con el apoyo de:



**Ajuntament  
de Barcelona**



**Agència Catalana  
de Cooperació  
al Desenvolupament**



**Generalitat  
de Catalunya**

# Agradecimientos

*Vivir en contexto de la Covid-19 fue un desafío significativo para quienes, debido al impacto de la pandemia colonial, se vieron en condiciones adversas de mayor precariedad, indefensión, vulnerabilidades ante las violencias e indiferencia. Fueron vidas que poco o nada importaron, porque permanecieron bajo el umbral del no ser, de no existencia y en desventaja permanente frente a quienes asumieron el privilegio de quedarse en casa, en un espacio seguro, de bienestar y de cuidado. Aún así, su energía transformadora, su ánimo de resistir y su propósito de superar las condiciones de opresión les hicieron impulsar iniciativas de cuidado para sostener la vida en su entorno. Son las más de cien mujeres en su diversidad y diferencias que contribuyeron a realizar el presente estudio diagnóstico, desde sus propios saberes, análisis y trayectorias. A todes y todas les agradecemos por su implicación, por compartir sus saberes, experiencias y evidenciar su realidad para, a partir de ella, generar cambios que contribuyan a sentipensar la vida desde la descolonialidad, dignidad y sanación colectiva.*

*Agradecemos a la activista afrofeminista Descolonial, Dai Sombra, por regalarnos su poderosa presencia en la foto de portada.*

# Índice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Agradecimientos</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1. Introducción</b>   | <b>6</b>  |
| Sobre las colectivas y su implicación  | 7         |
| <b>2. Un contexto desafiante</b>   | <b>10</b> |
| El proceso civilizatorio colonial y la pandemia                                    | 10        |
| Una crisis de cuidados colectivos  | 12        |
| Deterioro de la salud mental y emocional   | 12        |
| Mayor riesgo ante la violencia machista  | 14        |
| Salud sexual y reproductiva en el olvido   | 14        |
| Deterioro de la autonomía económica  | 16        |
| <b>3. Barcelona: sin derecho a tener derechos</b>                                  | <b>18</b> |
| “Tocó trabajar duro y sin derecho a nada”  | 19        |
| “El personal médico te discrimina por ser migrante”                                | 21        |
| “Se enfocaron en la salud física y no en la mental”                                | 22        |
| “Nunca, nunca, nunca, nunca me sentí segura”                                       | 25        |
| “No les interesa que seamos personas debidamente documentadas”                     | 27        |
| “Mi hija me preocupaba, ella tenía que alimentarse bien y no había cómo”           | 28        |
| Demandas   | 29        |
| <b>4. Premiá de Mar: aislamiento, inseguridad, sobrecarga</b>                      | <b>32</b> |
| Un espacio para el acuerpamiento   | 32        |
| La pandemia en nuestras vidas  | 33        |
| Cuidado y autocuidado físico, mental y emocional                                   | 33        |
| Falta de acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva                    | 35        |
| El sistema de salud y nuestras prioridades   | 35        |
| Demandas   | 36        |
| <b>5. Tarragona: un sistema sanitario que sesgó su atención</b>                    | <b>39</b> |
| Mujeres sin empleo, en economía sumergida o con un trabajo muy precario            | 39        |
| La pandemia: una mochila muy pesada que cargar                                     | 40        |
| Tras la pandemia, con tratamiento psicológico y psiquiátrico                       | 40        |
| Cancelación de la atención en salud sexual y reproductiva                          | 42        |
| Dinámicas del sistema de salud pública: una bofetada a los derechos de las mujeres | 42        |
| Demandas   | 43        |
| <b>6. Girona: pérdida de trabajo y desahucios</b>                                  | <b>44</b> |
| La pandemia ha sido inaguantable   | 44        |
| La pandemia nos generó mayor depresión   | 45        |
| “Durante la pandemia se olvidó la salud de las mujeres”                            | 45        |
| Las consultas telemáticas: un gran obstáculo                                       | 46        |
| Demandas   | 47        |
| <b>Bibliografía</b>  | <b>49</b> |

# 1. Introducción

El presente diagnóstico participativo forma parte de un proceso colectivo impulsado de manera conjunta por la Red de Migración, Género y Desarrollo, la Red Antirracista de Tarragona, la Colectiva Mika Sororidad Internacionalista de Premià de Mar, Diverses8M de Girona y con apoyo de Calala, el cual tiene la finalidad de evidenciar la afectación de la Covid-19 en las vidas de mujeres diversas, sobre todo, aquellas que viven en contexto de migración.

La acción del diagnóstico planteó la descentralización de sus acciones para permitir que pudieran implicarse en la elaboración del presente estudio otras colectivas que accionan en diferentes territorios y que, desde su propia experiencia situada, pudieran facilitar el espacio de compartir saberes y análisis con las participantes en el proceso. Por este motivo, se decidió realizar, además de la ciudad de Barcelona, también en las ciudades Premià de Mar, Girona y Tarragona.

En el caso de Barcelona ciudad se realizaron entrevistas individuales, centradas en la afectación a los derechos humanos de las mujeres y bajo el entendimiento que -en un contexto significativamente urbano, donde la gentrificación expulsa cada vez más hacia las periferias a las poblaciones que son consideradas excedentes de los núcleos urbanos- no todas tienen derecho a tener derechos, porque la colonialidad del ser, del poder, del saber y del cuidar están socializadas y naturalizadas en las prácticas cotidianas de la sociedad y en las estructuras del Estado. Adicionalmente, se realizó un video docu-

mental titulado "En pandemia y sin derechos" que ha permitido evidenciar, el impacto de la Covid-19 en los derechos de las mujeres diversas en condición de migración.

En el caso de Tarragona, Girona y Premià de Mar se realizaron sesiones participativas, centradas, sobre todo, en la afectación a su salud física, mental, emocional, sexual y reproductiva para evidenciar cómo en los territorios de Catalunya funcionó el sistema sanitario a favor o en contra de las mujeres y la salvaguarda de su salud.

Con toda la información compartida se elaboró el presente diagnóstico desde cada territorio y tomando en cuenta sus especificidades. Cada colectiva redactó y tuvo la autonomía para decidir cómo desarrollar el análisis y sobre qué temática priorizar. Además, en cada territorio se elaboró una lista de demandas (a modo de conclusiones), las cuales hacen del presente diagnóstico, un documento vivo, útil para hacer acción de incidencia y alcanzar el presente documento a las autoridades públicas de cada territorio, no en formato de hallazgos, sino en forma de demandas frente a la realidad que las afecta.

Cabe señalar que, a petición de las participantes de cada territorio, y para salvaguardar su anonimato, se le ha puesto sólo el nombre, en algunos casos su edad y en otros casos las siglas de su nombre, a fin de diferenciar sus declaraciones. Si bien, no hay un formato común en este aspecto, se ha respetado la decisión de cada colectiva.



## SOBRE LAS COLECTIVAS Y SU IMPLICACIÓN

**La Red de Migración, Género y Desarrollo**, es una colectiva feminista descolonial integrada por mujeres de diversos orígenes y raíces ancestrales que, desde su saber situado, espiritualidad política y genealogía, acciona desde la formación, el fortalecimiento de capacidades organizativas, la investigación, la acción comunitaria, el cuidado colectivo y la incidencia para contribuir a superar las opresiones del sistema civilizatorio colonial. Desde el 2011 impulsan diversas iniciativas encaminadas a fortalecer las referentes feministas descoloniales en Cataluña y España, como: la Escuela Feminista Descolonial, los Diálogos Descoloniales, mentorías en fortalecimiento de capacidades organizativas para colectivas de personas en contextos de migración, sesiones de cuidado colectivo para el fortalecimiento de la acción comunitaria y convivencia, diagnósticos participativos para la incidencia política y acción colectiva a través de plataformas de acción en red con otras colectivas para fortalecer el movimiento feminista descolonial.

En Barcelona ciudad se aplicó el diagnóstico realizando una entrevista personalizada a cerca de 50 mujeres, lesbianas y trans en condición de migración, un gran porcentaje de ellas de origen del Abya Yala (América Latina), entre 30 a 57 años, la mayoría trabajadoras del hogar y los cuidados, con una situación administrativa que no reconoce su ciudadanía pues, debido a las políticas migratorias, les fue imposible adquirir su derecho a la ciudadanía. Son de México, Argentina, República Dominicana, Colombia, Honduras, Brasil, Perú y Guatemala. Además, se hizo una revisión analítica y recopilación de fuentes documentales tanto de movimientos sociales como organismos internacionales en referencia a análisis y estudios sobre el impacto de la Covid-19 en la salud de las mujeres, para contar con información de contexto introductoria al desarrollo del estudio diagnóstico.

**Mika Sororidad Internacionalista** es una asociación transfeminista con sede en Premià de Mar, Barcelona, que busca entablar lazos de cooperación y acompañamiento con distintas colectivas y movi-

mientos del mundo, en especial con Latinoamérica. Su trabajo tiene como eje acompañar a mujeres y cuerpos gestantes en la decisión de abortar y ante la vulneración de derechos. Promover el autocuidado y los cuidados colectivos. Implementar la Educación Sexual Integral, en todos los ámbitos, como derecho universal. Se definen como defensoras de los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

El proyecto de Mika nace en el año 2018 con la intención clara de hacer incidencia política, generando espacios cuidados y cariñosos, facilitando talleres y encuentros que faciliten fortalecernos. Actualmente, formamos parte de diferentes proyectos locales y de cooperación internacional que tienen que ver con la defensa de los derechos humanos. En esta línea, decidimos participar de este diagnóstico, como aprendizaje para nuestra lucha diaria, con la perspectiva que nuestras demandas sean escuchadas y tratadas.

En Premià de Mar se implicó un grupo muy diverso de participantes en cuanto a edades, que rondaban entre los 19 y los 70 años aproximadamente. Todas las participantes se auto reconocieron como mujeres en términos identitarios, cada una de ellas con sus particularidades a nivel etnia, religión y profesión, lo que aportó muchísimo a las dinámicas. Los perfiles de las participantes incluyeron: abogada, cuidadoras de personas mayores, enfermera, niñera y trabajadora en comedor infantil, regidora del ayuntamiento de Premià de Mar y trabajadoras del hogar. Quienes dinamizamos también aportamos nuestros sentires y experiencias en torno a la situación pandémica, lo que permitió aún más diversidad en las conclusiones.

**La Red Antirracista de Tarragona** nace el 2020, después de que iniciara la desescalada en España y que las personas pudieran salir de sus casas, para dar respuesta a todo lo que la pandemia estaba dejando en evidencia en temas de garantías de derechos. El confinamiento que se instauró bajo el lema “quédate en casa”, mientras cientos de personas estaban durmiendo en las calles, con un porcentaje importante, de mujeres en condición de migración trabajando en la campaña de recolección de la cosecha de diferentes productos agrícola sin garantías para hacerlo. Mujeres trabajando en el sector de cui-

datos y limpieza, sin tener garantizado el derecho de sentirse ellas mismas cuidadas. Mujeres sin acceso a la salud o a los servicios básicos como el agua, el cual estaba siendo de vital uso para el plan de control de la pandemia mundial. Mujeres en total abandono, siendo cabezas de familia y encontrándose sin información alguna sobre cómo afrontar toda la avalancha de problemáticas que se le venían para mínimamente poder sostener sus familias.

La colectiva Red Antirracista, nació después de la concentración que rechazaba la muerte del ciudadano estadounidense George Floyd a manos de un policía. Una concentración donde centenares de personas se reunieron para también reconocer el racismo que perpetúan las instituciones en Tarragona. Nace para denunciar el racismo institucional y estructural implantado en la ciudad, con trabajo comunitario, en el ejercicio y desarrollo de la ciudadanía activa de sus integrantes racializadas por el sistema y aliadas blancas.

Una de las más importantes acciones que ha desarrollado la colectiva desde fue creada, fue redactar y presentar una moción al Ayuntamiento de Tarragona, la cual declara el racismo como crisis de salud pública, siendo primera en todo el Estado español con sus características en ser aprobada, demandando presupuestos para luchar contra el flagelo del racismo. La moción fue firmada por 7 colectivas más en la ciudad.

Por otro lado, se ha desarrollado trabajo comunitario junto al movimiento vecinal del barrio Part Alt, realizando acompañamiento a jóvenes migrantes en situación de calle, lo cual fue contundente para dar soporte urgente a las condiciones inhumanas que la juventud estaba padeciendo. Además, construir debates y conversaciones con el resto de colectivas que trabajan la migración, los DDHH y el antirracismo ha sido una de las líneas de trabajo más importantes para la RA. Por ello organizamos espacios como el conversatorio ¿Cómo construir una Tarragona Antirracista? al que fueron participantes los representantes de colectivas de la comunidad musulmana y la comunidad gitana.

La sesión de diagnóstico participativo para indagar las maneras en que impactó el racismo en las vidas de las mujeres llegó al territorio en un momento en que las participantes lo demandaban. Así fue expresado por ellas. Cabe destacar que la ciudad no cuenta con organizaciones de base con las características de la Red Antirracista, con enfoque descolonial o feminista interseccional. A pesar de ser la ciudad con más porcentaje de población migrante de la comunidad autónoma con 16,65 %, por encima de provincias como Barcelona con el 15,22 según los datos del INE.

Las participantes implicadas en Tarragona fueron personas autoidentificadas como mujeres, la mayoría de origen extranjero, o hijas de migrantes de las tierras de Abya Yala en su mayoría de países como Guatemala, Chile, Colombia, Venezuela, Ecuador; y algunas otras de Marruecos. Con edades entre los 21 hasta los 50 años. Algunas en situación irregular, otras en procesos de renovación. Algunas en situación laboral por cuenta ajena, otras por su situación irregular no se le garantiza el derecho al trabajo digno. 5 de las mujeres migradas que asistieron poseían estudios universitarios no reconocidos por el Estado español. En su mayoría estaban experimentando graves afectaciones en el desarrollo de sus vidas personales y profesionales como consecuencia de la Covid\_19 y las medidas tomadas para su enfrentamiento por el Estado.

Provenían de los barrios de la ciudad, Campclar, Torreforta, Sant pere i Sant Pau, y el Exemple. 4 de las participantes demuestran incertidumbre sobre el desarrollo de su futuro como ciudadana de la ciudad.

Cabe resaltar que el espacio propició la seguridad suficiente para compartir las dinámicas que las mujeres en condición de migración desarrollaron, implementaron, o construyeron en primera persona o colectivamente para hacer frente a las inexistentes garantías que prestaba el gobierno. Un ejemplo fue la Taula Intercultural, un espacio de confluencia de asociaciones que trabajan con población migrante para buscar soluciones a las problemáticas que requieren acción inmediata cómo alimentos o elementos de uso diario.



**Diverses 8M Girona** es una plataforma activista de feministas descoloniales, antirracistas y antifascistas de Girona. Integradas por mujeres de diversos orígenes, raíces y culturas. Lleva tres años trabajando y accionando para generar estrategias y acciones feministas que incidan en las políticas públicas y evidencien las demandas de las que se encuentran en las periferias del sistema colonial. La plataforma ve en las diferencias culturales de sus integrantes una fuente de riqueza para generar una voz propia y una mirada colectiva diversa.

La Plataforma Diverses 8M, está en toda Cataluña, y nació a raíz de las acciones del 8 de marzo, para posicionar las demandas feministas descoloniales a nivel público pues están ausentes de la agenda del feminismo oficial. Entre el 2019 y 2021 participamos en varias acciones de incidencia, elaborando una Agenda Política que se ha entregado a las autoridades públicas catalanas y españolas, además de impulsar acciones de toma de conciencia y sensibilización en distintos espacios y de acción en red con diversidad de colectivas.

La primera acción como Diverses 8M de Girona fue presentar una Agenda Política ante la Regiduría de derechos Sociales y Cooperación del Ayuntamiento de Girona. Además, participamos organizando acciones y charlas en las cuales se ha reivindicado

la mejora de las políticas sociales, de acción comunitaria y convivencia para garantizar una vida digna y libre de violencias para toda la población gironina. Diverses 8M Girona participa de forma activa en el Consell Municipal d'Igualtat y en el Consell de Cohesión.

Diverses 8M Girona se implicó en el estudio diagnóstico porque nos interesaba evidenciar cómo la pandemia de la COVID-19 profundizó las desigualdades preexistentes, sobre todo entre las mujeres en condición de migración que viven en Girona.

En la sesión de diagnóstico participativo desarrollada en Girona se implicaron mujeres de diferentes realidades y diversas, en condición de migración y racialización, y también mujeres de origen catalana. Juntas analizaron colectivamente cómo el contexto de la pandemia afectó su salud y, sobre todo, sus derechos sexuales y reproductivos.

Las participantes provenían de Cataluña, Marruecos, Camerún, Mali, Colombia, R. Dominicana, españolas y Gambia. Todas de diferentes edades, entre 25 - 78 años, y estado civil: solteras, casadas y viudas. Algunas son mujeres trabajadoras y otras debido a su situación administrativa no pueden trabajar en España y solo realizan pequeñas actividades económicas dentro de la economía sumergida.

## 2. Un contexto desafiante

### EL PROCESO CIVILIZATORIO COLONIAL Y LA PANDEMIA

El patrón de poder global colonialidad-modernidad, a través de su opresión capitalista ha sido y es el principal vector de enfermedad. El origen de la COVID-19 y de otros virus recientes es debido a la penetración más intensiva de la agroindustria en los sistemas naturales, lo que ha generado fisuras en los ecosistemas y entre las especies, provocando el surgimiento de pandemias mundiales. La alternativa a esta crisis global es generar una alternativa al actual modelo de desarrollo hegemónico y homogenizante, un modo de vida que consolide la dualidad transformadora territorio-tierra/territorio-cuerpo, donde la humanidad deje de considerarse omnipresente y dueña de la Madre Tierra y se considere una parte más de la gran red de la vida, y que asuma la responsabilidad de sostenerla y cuidarla, donde la economía esté al servicio de la vida, donde lo urbano no destruya lo rural y lo silvestre. Y tal vez, tal como sostienen diversas iniciativas, se pueda evitar que surjan peores patógenos<sup>1</sup>.

La crisis generada por la economía capitalista e impuesta por el sistema civilizatorio colonial a nivel global fue agravada, a partir del 2020, por la pandemia Covid-19 que puso en evidencia lo imprescindible de los cuidados colectivos y el rol de las mujeres en

el sostenimiento de la vida, debido a la larga e histórica socialización de las mujeres como "responsables exclusivas del cuidado", donde los hombres continúan ausentes. Debido a esta realidad impuesta por el Heteropatriarcado, como inherente a la acción femenina, en contextos de crisis, los cuidados significan una carga que agudiza las desigualdades y violencias estructurales a nivel sanitario, económico y social.

Durante el 2020 el colapso de los servicios sanitarios públicos, la escasez de recursos y la limitada capacidad institucional para responder frente a la pandemia, generó que las mujeres y las niñas se vieran confrontadas con situaciones desafiantes que vulneraron sus derechos humanos, deterioraron su autonomía económica y las expusieron a mayores situaciones de violencia.

Se esperaba que los Estados asumieran un rol de garantes de derechos y de sostenedores de la vida, sin embargo, fue todo lo contrario. Respondieron con medidas de control que indujeron el miedo al contagio entre la población, fragmentaron los vínculos afectivos entre las personas adultas mayores y sus familias, dejaron en el desamparo a cientos de personas y sus familias que subsistían con trabajo en el sector informal y aplicaron, incluso, medidas represivas que generaron situaciones de inseguridad y de violencia. Pudo haber sido una oportunidad para impulsar el cuidado comunitario desde una responsabilidad institucional y en coordinación con iniciati-

<sup>1</sup> Foster, B. (2020). Entrevista: "El capitalismo ha fracasado. La disyuntiva es 'la ruina o la revolución'". Kaosenlared. Disponible en: <https://kaosenlared.net/entrevista-a-be-llamy-foster-el-capitalismo-ha-fracasado-la-disyuntiva-es-la-ruina-o-la-revolucion>

vas ciudadanas; sin embargo, todos los recursos del Estado fueron dirigidos de manera reactiva a reforzar la atención de urgencia para contención de la pandemia y descuidando otras afecciones de salud que podían ser urgentes. Hubo una ausencia total de medidas destinadas a promover redes comunitarias de cuidado o de acciones conjuntas para promover un cambio de paradigma del modo de vida altamente depredador, de consumo exacerbado y destructor de hábitats de vida no humana que se han vuelto el continuum del modelo de desarrollo económico y humano a nivel global, hegemónico y homogenizante, que trastoca desde su modernidad-colonialidad la manera cómo la humanidad convive y se relaciona con el entorno vital.

Hubo nula conciencia sobre la existencia de privilegios y desventajas acumuladas entre diversidad de poblaciones que, según su condición y posición, se vieron menos y/o más afectadas y vulnerabilizadas al momento de aplicarse las medidas de salvaguarda, como la de “quedarse en casa”. En España, las personas en condición de migración y sin reconocimiento de ciudadanía (o las que conocemos como personas “sin papeles”), no tuvieron un lugar para protegerse del posible contagio. Muchas personas trabajadoras en la industria agrícola se vieron sin un lugar donde pasar la noche, debido a que las empresas no les proporcionaron un lugar para pernoctar y durmieron en la calle. Las trabajadoras del hogar y los cuidados en condición de internas perdieron su trabajo, al ser leídas por sus empleadoras y empleadores como personas con alto potencial de contagio, prescindiendo de sus servicios y colocándolas en una condición de indefensión, no sólo por la pérdida de su empleo, sino por carecer de un espacio físico donde vivir.

Quedarse en casa significó para muchas personas en condición de migración, compartir una habitación entre dos o más personas, ocupar un piso entre varias porque no había posibilidad de acceder a un alquiler, o de pasar la noche entre un piso u otro cada día porque no había posibilidad de poder vivir dignamente. Así, se acrecentaron los niveles de estrés y malestar emocional permanente que, sumados al miedo al contagio, a la pérdida de autonomía económica y al estigma de la racialización que les conside-

raba como personas portadoras del virus generaron un caldo de cultivo de injusticias y desigualdades.

En medio de este contexto, las mujeres en condición de migración fueron las más afectadas, por su condición de género, origen, cultura, posición social de desventaja y por su no reconocimiento de ciudadanía. Según las Naciones Unidas, la covid-19 impactó en la vida de millones de mujeres a nivel mundial, sobre todo en las regiones empobrecidas. Al estar sobrerrepresentadas en el trabajo no remunerado y en los sectores informales de la economía, se vieron ubicadas en primera línea de resistencia frente a la crisis agravada por la pandemia. Muchas se vieron expuestas a los desahucios masivos o a la pérdida de tierras. Al multiplicarse las responsabilidades en el trabajo de cuidados y sumado al estrés financiero la afectación a su salud mental se acrecentó. Estuvieron expuestas a situaciones de conflicto y desplazamiento con gran dificultad para recibir asistencia humanitaria. A nivel de ingresos su empobrecimiento ha sido exponencial. Varias agencias de Naciones Unidas, en una investigación conjunta, estimaron en septiembre del 2020 que serían 47 millones el número de mujeres y niñas empujadas a la pobreza extrema en 2021 debido al impacto de la covid-19. La cifra total se elevaría a 435 millones de seres humanos.

Además, la pandemia hizo evidente que las mujeres fueron al mismo tiempo población afectada y solución de la crisis, pues se organizaron para sostener la vida. Las mujeres en condición de migración, ubicadas en el sector de servicios, continuaron movilizándolo la economía durante la pandemia. Siete de cada diez profesionales de la salud en el planeta fueron mujeres que asumieron doblemente los cuidados en casa y en los centros sanitarios. Se vieron expuestas de manera desproporcionada al contagio, como explicaba ISGlobal en un informe basado en datos oficiales de España: durante los meses de la primera ola de la pandemia, los contagios de sanitarias multiplicaron por tres los de los sanitarios. De otro lado, las trabajadoras del hogar y los cuidados que conservaron sus trabajos fueron las primeras en asumir los cuidados de las personas en dependencia, teniendo que salir a trabajar, incluso durante el confinamiento. En el sector de la hostelería donde trabaja un signi-

ficativo porcentaje de mujeres en condición de migración, se vieron afectadas debido al cierre de los servicios, perdiendo automáticamente sus trabajos.

Según las Naciones Unidas, los avances logrados en materia de derechos de las mujeres se vieron amenazados a nivel mundial, evidenciando que hacer frente a la pandemia no sólo requería superar las desigualdades históricas, sino también generar un mundo resiliente para la población mundial con el protagonismo de las mujeres como actrices de la recuperación y el sostenimiento de la vida. Lo que no evidencia Naciones Unidas es la gran capacidad, saberes, resistencias y agencia de las mujeres organizadas a través de redes de cuidado e iniciativas colectivas para sostener la vida en las ciudades (bancos de alimentos, elaboración de mascarillas, espacios para sostener las angustias y el estrés, cajas de resistencia para apoyar económicamente a quienes más lo precisaban, etcétera). Esta acción colectiva de cuidados surgió, sobre todo, de mujeres en condición de migración y racialización que estuvieron más expuestas al impacto de las violencias machista y racista, discriminaciones y desigualdades debido a la pandemia.

## UNA CRISIS DE CUIDADOS COLECTIVOS

En Europa, el Eurobarómetro demostró los terribles efectos de la pandemia sobre las mujeres. Cuatro de cada diez encuestadas (el 38 %) afirman que la pandemia hizo disminuir sus ingresos, sus posibilidades de conciliar (44 %) y el tiempo que dedican al trabajo remunerado (21 %).

Un factor que afectó y afectará en el futuro al bienestar social y emocional de las mujeres en esta situación de crisis mundial es la existencia de desigualdades en el reparto de las cargas familiares (principalmente, en el tema de la atención a personas dependientes: menores, personas mayores y con problemas de salud...) y provocó que las mujeres compaginaran el teletrabajo con el cuidado de la familia sin descanso, así como con el trabajo del hogar. Sumada a esta realidad, cientos de miles de mujeres en condición

de migración, trabajadoras del hogar y los cuidados, debido a su realidad de precarización y limbo jurídico, por no tener papeles, no tuvieron derecho a conciliación lo que puso en evidencia las desventajas de no tener derecho a tener derechos.

Aunque teniendo el privilegio de conciliar la vida laboral, familiar y escolar, las mujeres europeas, antes las medidas adoptadas para contener la pandemia evidenciaron las dificultades que tuvieron para lograr que la conciliación contribuyera a descargar la responsabilidad exclusiva en las mujeres. La mayoría de las veces fueron las mujeres las que se hicieron cargo de atender a las personas dependientes, las que se vieron obligadas a hacer doble jornada o incluso a abandonar su vida laboral. Todo ello ha generado poco descanso, agotamiento físico y emocional, y emociones de doble frustración por no poder llevar a cabo correctamente la propia actividad profesional ni ayudar a los hijos con las tareas escolares.

En el caso de las familias monomarentales, este panorama se agravó, tanto para las madres que teletrabajaban como para las que trabajaban fuera de casa, y mucho más aún para aquellas que trabajaban en el ámbito de la salud y de los servicios y peor situación aquellas que no tienen papeles, las migrantes en situación irregular, pues se agravó la posibilidad de que pudieran ser impactadas por las quitas de custodia de sus hijos e hijas.

## DETERIORO DE LA SALUD MENTAL Y EMOCIONAL

El Eurobarómetro mostró los efectos sobre la salud mental de las mujeres, muy afectada por las restricciones: los confinamientos y los toques de queda (41 % a escala de la UE) y las limitaciones del número de personas que podían reunirse (38 %).

Desde el inicio de la pandemia las mujeres sintieron, sobre todo, la falta de sus familias y amistades o preocupación por ellas (así lo indican el 44 % en la UE y el 63 % en España), ansiedad y estrés (37 % en la UE, 43 % en España) y preocupación en general por su futuro (33 %, 41 % en España). Las mujeres con-

sideran que las medidas adoptadas para detener la propagación de la pandemia han hecho mucha mélica en su salud mental. Algunas categorías sociales se han visto más afectadas que otras, en función de las distintas medidas: cerca de la mitad de las mujeres a cargo de menores de quince años afirma que los cierres de escuelas y guarderías han sido un duro golpe para su salud mental.

La crisis sanitaria y social mundial acrecentada por la pandemia de COVID-19 trastocó diversos ámbitos de la vida de las personas, sobre todo relacionada con los cuidados que es precisamente el factor de fortaleza emocional y donde pudo sostenerse la vida durante la pandemia. El confinamiento total de los primeros meses, también el parcial y las medidas de prevención que se aplicaron posteriormente, trastocaron la manera de vivir, debido al miedo, la incertidumbre, el encierro, el abandono y la pérdida de ingresos económicos.

Con la crisis, la salud mental de la población empeoró. En el 2020 hubo unos 62 estudios que abordaron este tema, con un total de 162.639 participantes de 17 países. En ellos se concluyó que, durante los meses de la pandemia, la prevalencia de la ansiedad fue del 33 % y la de la depresión del 28 %. Los principales factores de riesgo de sufrir ansiedad y depresión eran ser mujer, trabajar en el ámbito de la enfermería, tener un bajo nivel socioeconómico, tener un alto riesgo de contraer la COVID-19 y el aislamiento social.

Los colectivos de personas trabajadoras más afectados por la pandemia y el confinamiento fueron mayoritariamente femeninos, como las personas que trabajan en el ámbito de la salud (enfermeras, médicas y otras profesionales de apoyo), así como en el ámbito de la educación y, especialmente, aquellas que trabajan en el cuidado de personas adultas mayores, tanto en centros residenciales como a domicilio. Algunos de estos trabajos, en especial los que tienen que ver con el cuidado de personas mayores, fueron asumidos por mujeres con una situación de elevada precariedad, mayoritariamente en condición de migración y sin estar regularizadas en su situación administrativa, lo que les generó situaciones de estrés y de depresión continuas.

Las causas fundamentales del riesgo en el deterioro de la salud emocional y mental se asocian con las desigualdades y discriminaciones relacionadas con los estereotipos de género que impactan en las mujeres como: la segregación masiva por género en muchos sectores profesionales, la distribución no equitativa (desigual) del trabajo del hogar y del cuidado, la más inhumana manifestación de la desigualdad por sexo: la violencia machista o la violencia contra las mujeres por el hecho serlo. Además, existe otra condicionante más, que impacta a las poblaciones en condición de migración y en el caso de las mujeres, la violencia racista que impactó de manera más específica a las mujeres de orígenes diversos provenientes de África y las de orígenes indígenas y afrodescendientes provenientes de Abya Yala.

En sociedades donde hay un alto porcentaje de población en condición de migración, los casos de violencia racista, detenciones arbitrarias, prejuicios por considerarles focos de contagio, entre otros, han sido una constante durante la pandemia, generando situaciones de estrés, alteración del ánimo y desprotección permanente.

Cuando una persona se encuentra con una situación estresante, su cuerpo se prepara para responder. Su corazón comienza a acelerarse, la presión arterial aumenta y su respiración se acelera a medida que su cuerpo libera hormonas del estrés. Es la forma natural en que el cuerpo se prepara para manejar el estrés. Y, cuando un factor estresante, como el racismo estructural, nunca desaparece, el cuerpo puede permanecer en este estado alterado. Las experiencias de discriminación racial pueden causar traumas raciales. Cuando las personas se enfrentan al racismo con más frecuencia, sus síntomas pueden ser más intensos. Una persona con trauma racial puede pensar constantemente y volver a experimentar eventos angustiantes; sufrir de ansiedad e hipervigilancia; sufrir de estrés crónico; experimentar síntomas físicos como dolores de cabeza o de estómago; tener dificultades con la memoria; luchar contra el sueño o el insomnio; evitar a las personas y estar menos dispuesto a correr riesgos. La salud mental afecta la salud física. Experimentar discriminación es un factor estresante para el cuerpo.



## MAYOR RIESGO ANTE LA VIOLENCIA MACHISTA

Durante la pandemia se acrecentó la gravedad de los casos de violencia machista. El riesgo de sufrir violencia psicológica en forma de intimidación y amenazas, así como violencia física y sexual, se incrementó inevitablemente debido a la propia situación de confinamiento, que derivó a un aumento en las tensiones familiares o de pareja, posibles pérdidas de trabajo y económicas y también mayor ansiedad y depresión a nivel individual.

Las rutinas se vieron interrumpidas, lo que, para muchas mujeres, significó no poder ponerse en contacto ni reunirse con amistades, familia o redes laborales que les proporcionaran apoyo y protección. Hubo una sensación de soledad y desesperanza porque algunas, aunque no denunciaron a su pareja agresora, tenían pensado separarse o incluso puede que iniciaran el proceso legal y este se encontró paralizado debido al confinamiento.

En lo que respecta a la violencia sexual, se evidenció que el incremento en el consumo de pornografía por parte de los agresores durante el confinamiento aumentó también el riesgo de cosificación de las mujeres en general y, como consecuencia, de la pareja en particular. Se constató que durante los primeros meses de la pandemia hubo un aumento muy importante (más del doble) de las consultas por violencia machista en los distintos servicios de atención. También que, durante el desconfinamiento, aumentaron mucho las denuncias por violencia física grave, así como los feminicidios.

Según el Eurobarómetro el 77 % de las mujeres de la UE considera que la pandemia de COVID-19 intensificó la violencia física y emocional contra las mujeres (el 75% en España). Tres de cada cuatro mujeres (el 77 % de la UE, y el 75% en España) consideraron que la pandemia de COVID-19 agravó la violencia física y emocional contra las mujeres. En todos los países excepto en dos (Finlandia y Hungría), este resultado fue superior al 50 %, alcanzando el 93 % en Grecia y el 90 % en Portugal.

Las mujeres en Europa tienen claras las medidas necesarias para atajar la violencia machista: que sea más fácil denunciar, inclusive a la policía (58 %); que existan más medios para pedir ayuda, por ejemplo, líneas telefónicas directas (40 %); mayor concienciación y formación del cuerpo de policía y del poder judicial en estos temas (40 %); mayor independencia financiera de las mujeres (38 %).

En España, las mujeres también sitúan la facilidad para denunciar en primer lugar (52%), pero reclaman a continuación más campañas de sensibilización y educación en este ámbito (49%); mayor concienciación y formación de policías y jueces (47%); aumento de la independencia financiera (44%), y a cierta distancia, más medios para pedir ayuda (28%).

Estar en casa redujo los riesgos de contagio de Covid-19 pero aumentó el riesgo de sufrir violencia, incluida la sexual, dificultó y retrasó la posibilidad de ayuda y aumentó la posibilidad de embarazos forzados y este riesgo fue mayor en niñas y adolescentes, a nivel mundial. Además, el sector salud tuvo un rol crítico en asegurar que las mujeres accedan a los servicios que atienden mujeres en situación de violencia durante la pandemia. Mitigar las consecuencias de la violencia sobre mujeres y niñas, identificando las mejores formas y salidas de emergencia para estas situaciones, pudo salvar vidas, sin embargo, con las limitaciones las puso en peligro.

## SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL OLVIDO

Los servicios esenciales en salud, definidos como aquellos componentes indispensables dentro del sistema de salud que garantizan la salud y el bienestar, durante la pandemia, fueron suspendidos. La pandemia de Covid-19 sometió a gran presión al sistema sanitario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió la necesidad de sostener los servicios, sobre todo, las categorías prioritarias de servicios esenciales a la salud reproductiva. Fue una alerta temprana, ya que algunos estados derivaron sus recursos o suspendieron servicios de Salud sexual y reproductiva, para dar prioridad a la atención a



personas afectadas por el Covid, la cadena de suministros quedó interrumpida e impactó en los insumos como anticonceptivos, antibióticos, uterotónicos y otros.

Por ejemplo, las adolescentes, mujeres adultas y personas con capacidad de gestar tuvieron serias dificultades e incluso temor de acudir a los servicios de salud en este contexto. Conviene recordar que los servicios a los que se hace referencia son: anticoncepción, atención prenatal, interrupción legal del embarazo (ILE), Infecciones de transmisión sexual y cáncer ginecológico y otros que sean demandados por su urgencia.

Una estimación basada en un escenario que considera una reducción del acceso a los servicios durante la pandemia del 10%, calcula que la disrupción en los cuidados esenciales en salud reproductiva ha sido catastrófica y en ese caso la disminución en la provisión de anticoncepción adecuada y oportuna produciría 15.000.000 de embarazos no planeados adicionales en el mundo, la misma reducción en los cuidados prenatales esenciales produciría 1.750.000 complicaciones obstétricas severas, 28.000 muertes maternas adicionales y 2.591000 nacimientos con complicaciones severas y 168.000 muertes neonatales adicionales, el no acceso a los abortos legales en el mismo escenario produciría 3.300.000 abortos inseguros adicionales y 10.000 muertes adicionales de mujeres por aborto<sup>2</sup>.

Desde diversidad de entidades especializadas en el tema se instó a los gobiernos a facilitar y simplificar el acceso a estos servicios para una atención activa, segura y ágil y se recordó que tanto la anticoncepción, la ILE (Interrupción Legal del Embarazo) y el control prenatal, son sensibles al tiempo y su falla, o no prestación, tienen efectos negativos determinantes en la vida de las personas. La demanda de un aborto libre y gratuito continuó siendo demandado en muchos países de parte del movimiento de mujeres y feministas.

2 Biddlecom A. Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries. 2020; 73-6.

El Royal College de Obstetras y Ginecólogas del Reino Unido (RCOG-UK) y FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) recomendaron acciones específicas para mejorar el acceso al ILE en tiempos de pandemia. La primera de ellas era manejar de forma ambulatoria, todas las interrupciones de embarazo posibles y para esto reforzar el uso de aborto con medicamentos, minimizando cualquier retraso en la obtención de la medicación. En múltiples ocasiones se hizo énfasis en la necesidad de reorientar la atención de la salud sexual y reproductiva utilizando modalidades de asistencia a distancia para permitir un acceso inmediato y ordenado y con menos riesgos de contagio y con garantía de atención de las necesidades de las usuarias<sup>3</sup>.

El movimiento feminista demandó mantener los servicios de anticoncepción e Interrupción legal del embarazo y adoptar medidas para garantizar la provisión permanente, dada la necesidad de prácticas urgentes. En América Latina la CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos) expresó la necesidad que todos los estados sean contundentes en sus mensajes a los sistemas de salud y garanticen insumos necesarios para la provisión de servicios de salud reproductiva, que incluyan anticoncepción regular y de emergencia, medicación para enfermedades de transmisión sexual, atención post aborto y aborto ambulatorios con medicamentos.

Además, se instó a los sistemas de salud a implementar atención por telesalud, receta electrónica y provisión de insumos por tiempo prolongado. Mantener los servicios de salud esenciales mientras se mitigaba el impacto de la pandemia, representó un reto sin precedentes que pudo significar importantes retrocesos en la salud de las mujeres y la niñez. Así lo reveló el estudio Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe presentado hoy por las oficinas regionales del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD.

3 Hussein J, Hussein J. COVID-19?: What implications for sexual and reproductive health and rights globally?? COVID-19?: What implications for sexual and reproductive health and rights globally?? 2020; 0397:1-4.

La COVID-19 según señala ONU, amenazó el cumplimiento de los Objetivos de la Agenda 2030 de reducir la mortalidad materna, neonatal y de menores de 5 años y de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. Una reducción del 10% en la cobertura de los servicios esenciales de salud materno-infantil por efectos de la pandemia, podría causar 28 mil muertes maternas y 168 mil neonatales en la región. Por otro lado, el aumento de la inseguridad alimentaria podría conllevar a la malnutrición de las embarazadas y la niñez recién nacida, incluyendo retraso del crecimiento intrauterino, tamaño pequeño por la edad gestacional, desnutrición aguda y crónica y a otras formas de malnutrición durante la niñez, aumentando el riesgo de muerte por enfermedades infecciosas.

Se evidenció en el contexto de pandemia la necesidad de restablecer los servicios esenciales de salud, reforzar la estrategia de atención primaria e incrementar el gasto público en salud. Sobre todo, que las políticas públicas se establezcan con perspectiva de género y antirracista para que las mujeres en toda su diversidad, quienes mayoritariamente son sostenedoras de la vida, sean priorizadas en la atención sanitaria.

## DETERIORO DE LA AUTONOMÍA ECONÓMICA

La COVID-19 aceleró y transformó las relaciones sociales en todas sus dimensiones y ámbitos de vida en el planeta. El capitalismo y el neoliberalismo financiero han llevado a la humanidad en estas tres últimas décadas a una crisis permanente<sup>4</sup>. La pandemia no ha hecho más que agravar la crisis estructural del capitalismo-colonial donde el capital financiero es la bendición para las hegemonías económicas y una maldición para las poblaciones, donde el capitalismo, el heteropatriarcado y el colonialismo profundizan cada vez más la precariedad, la opresión y las violencias contra la humanidad.

La crisis que genera el proceso civilizatorio colonial

4 Sousa Santos, B. de (2020a). La cruel pedagogía del virus. Buenos Aires: CLACSO.

lleva intrínseca varias crisis que se profundizan. Así, la sociedad contemporánea distingue los riesgos que corre, asume conciencia de que las pandemias matan sin distinción, y no como las guerras, sequías, migraciones, etc., mientras el capitalismo en su renovada actualización se presenta como la única alternativa de desarrollo humano y económico, anunciando sus buenas nuevas desde la extrema derecha, traducéndose en nuevas formas el colonialismo y heteropatriarcado.

En esta crisis la teoría de la colonialidad del poder planteada por Aníbal Quijano cobra sentido fundamental, porque pone en cuestión la presente crisis civilizatoria en sus relaciones de dominación, explotación y conflicto, y sus ámbitos de autoridad colectiva, trabajo, sexo y género, naturaleza y subjetividad<sup>5</sup>.

Grandes sectores de población a nivel mundial se ven subsumidos en la economía informal porque no queda otra que autogestionarse sus propios recursos económicos. En muchas sociedades se permite este tipo de economía, sin embargo, en Europa se penaliza, generando mayores obstáculos para conseguir recursos económicos entre las personas que no se pueden permitir entrar al mercado laboral oficial.

Respecto al trabajo informal, si bien a nivel mundial la proporción de hombres que poseen este tipo de trabajo es mayor que la de mujeres, dicha tendencia es la opuesta en ciertas regiones. En África subsahariana como en Asia meridional y América Latina y el Caribe, el porcentaje de mujeres que trabajan en el sector informal es mayor que el de los hombres. A nivel mundial 58% mujeres y 63% hombres en empleos informales.

La carga de trabajos domésticos que recaen sobre todo en mujeres, como el cuidado de la niñez y personas adultas mayores u otro tipo de trabajos no remunerados, ha aumentado. Según informa ONU Mujeres, antes de la pandemia las mujeres ya realizaban el triple de trabajo doméstico y asistencial sin

5 Quijano, A. (2000), "Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina", en Edgardo Lander (Comp.), La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales, Perspectivas latinoamericanas, CLACSO, Buenos Aires.

remuneración que los hombres. Estos tipos de empleos sin remuneración son reconocidos desde hace tiempo como perpetuadores de desigualdades.

De acuerdo a un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, las mujeres en situación de pobreza, migrantes y/o refugiadas son los grupos vulnerables que más sufren las repercusiones de la pandemia. Por un lado, por el aumento del trabajo no remunerado comentado anteriormente y la pérdida de ingresos si poseen empleos remunerados informales. Y por otro, porque las propias condiciones en las que habitan no les permiten muchas veces llevar a cabo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Y es que los organismos internacionales emiten recomendaciones generales, sin tomar en cuenta las especificidades sociales, políticas, económicas, territoriales, medioambientales e identitarias de la diversidad de mujeres que se encuentran en esta situación.

Las mujeres en condición de migración y refugio tienen, además, riesgos adicionales, puesto que la discriminación y la xenofobia, avaladas por las leyes de extranjería, suelen limitarles al acceso a otros tipos de empleos. Muchas son trabajadoras del hogar y los cuidados, una ocupación casi 100 % feminizada.

Hay más mujeres que trabajan en sectores que aún no se han recuperado por los confinamientos: el comercio al por menor, el turismo, la hostelería y la restauración. Otro es el cuidado de la niñez: con colegios y guarderías cerrados, muchas mujeres de todo el mundo no han tenido más remedio que dejar sus trabajos para cuidar a la familia. Antes de la pandemia, una cuarta parte de las mujeres dedicaba más de nueve horas diarias al cuidado de hijas, hijes o hijos; ahora, un tercio dedica al menos esa cantidad de tiempo.

ONU Mujeres estima que 47 millones de mujeres y niñas alrededor del mundo caerán por debajo del umbral de la pobreza como resultado de la pandemia, lo que ampliará aún más la brecha entre hombres y mujeres.

Según el Eurobarómetro, realizado por Ipsos entre el 25 de enero y el 3 de febrero de 2022 en los 27 Estados miembros de la UE, con un total de 26 741 entrevistas, el 38 % de las entrevistadas declaran que han visto disminuir sus ingresos con la pandemia (el 39% en España). Los resultados oscilan entre el 60 % en Grecia y el 19 % en Dinamarca. La pandemia también ha tenido efectos negativos sobre las posibilidades de conciliar, según el 44 % de las mujeres entrevistadas (el 36% en España).

Por último, el 21 % de las mujeres (22 % en España) están pensando en dedicar menos tiempo al trabajo remunerado de forma permanente, o han tomado ya la decisión.

Se evidencian, a consecuencia de la pandemia, significativos desafíos para las vidas de las mujeres en su diversidad. Sin embargo, poco o nulo análisis se hace, desde una perspectiva interseccional, sobre la manera cómo se redefinirá su autonomía económica en los próximos años, ni se evidencian las graves consecuencias económicas que las impactarán de manera diferenciada a los sectores privilegiados de mujeres de aquellos que se encuentran en desventaja. ¿Quiénes se pueden permitir dedicar menos tiempo al trabajo remunerado en las actuales circunstancias? ¿Acaso no cuenta aquí cómo se ha definido la economía colonial de quien tiene acceso a los recursos y quien no los tiene? ¿Cómo sostener la vida en una economía precarizada e impuesta para que así sea?

## 3. Barcelona: sin derecho a tener derechos

*“Ser mujer y ser migrante en Barcelona es doble trabajo, doble lucha, y doble resistencia”, dice PP, mientras gesticula con sus manos preparándose para salir a trabajar entre las populosas calles de la ciudad. Con 33 años PP lleva poco más de 5 años en Barcelona y ha realizado diversos estudios en su país de origen, pero la falta de oportunidad para poder regularizar su situación la sumerge en el trabajo doméstico y del cuidado.*

Desde marzo del 2019 la situación de las personas migrantes en Barcelona se vio afectada significativamente debido a la presencia de la pandemia generada por el coronavirus, Covid 19. En la actualidad su impacto afecta directamente a los colectivos más vulnerabilizados como es el caso de las mujeres migrantes sin papeles. Es en este sentido, el análisis en Barcelona tiene una mirada focalizada desde el feminismo descolonial.

En el presente análisis quedan al descubierto las diferentes dificultades que enfrentaron las mujeres en condición de migración que viven en la ciudad de Barcelona. Cada una habló desde sus experiencias vitales y el conocimiento situado. Tomando en cuenta que cada una tiene unos saberes y capacidades que en su experiencia migratoria contribuyeron a impulsar iniciativas de resistencia en momentos desafiantes.

En el caso de Barcelona ciudad, se hace énfasis la afectación a los derechos humanos de las mujeres

en condición de migración durante el contexto pandémico, teniendo en cuenta que por su condición de género, origen, situación económica y estatus de no ciudadanía, vieron acrecentar su condición de desamparo de parte del Estado y su precarización económica, vulnerando cada vez más su derecho a la salud, a la vivienda, a una vida libre de violencias, a la protección de su entorno familiar, a su reconocimiento de ciudadanía, al trabajo, a la alimentación y a la no discriminación.

Hablando del contexto migratorio cuantitativo según el Instituto Nacional de Estadística en la actualidad un total de 610.323 de las 6.104.203 de inmigrantes, son mujeres residentes en Catalunya, siendo este 6.104.203 un 12,9% de la población de España. La inmigración femenina es superior a la masculina, con 3.190.456 mujeres, lo que supone el 52.26% del total de inmigrantes, frente a los 2.913.747 de inmigrantes varones, que son el 47.73%. Según publica la ONU.

En los últimos años, el número de personas desplazadas que viven en España ha aumentado de 157.097 personas, a un 2,64% publica en su informe la plataforma Datosmacro.expansion.com. Siendo la población de América del Sur, Norte, Central y del Caribe el 5%, y dentro de la población extranjera alcanza el 31 %. Los de mayor presencia son los de América del Sur cuyo porcentaje del dentro del total de la población extranjera alcanza 22 %. Por su parte, las mujeres representan dentro de la población ex-



trajera en Barcelona el 17,9%, encabezando América del Sur como la de mayor presencia. (Contreras H., P; 2017, tesis doctoral Universitat de Barcelona).

En Barcelona el Caribe alcanza un total de 8.217 habitantes. Los países con mayor representatividad son República Dominicana con 6.130 y Cuba con 2.024

habitantes respectivamente. El porcentaje correspondiente al área del Caribe, con respecto al total de población extranjera residente en Barcelona lo encabeza la República Dominicana con el 74,60% y Cuba con el 24,63%. Por su parte las mujeres representan el 55%. Con 4.482 habitantes. (Contreras H., P; tesis doctoral Universitat de Barcelona).

## “TOCÓ TRABAJAR DURO Y SIN DERECHO A NADA”



El sudor copioso se desliza por su frente aun cuando la temperatura es cálida y fría en Barcelona. Recoge su pelo largo con ambas manos. De sopetón se quita la mascarilla color azul, dejando al descubierto su rostro indígena. Respira, y luego de una larga pausa, entonces, comienza a narrar con voz inequívoca la odisea que ha vivido durante y después de la pandemia causada por el virus COVID 19.

*“Desde que salí de mi país Colombia, lo hice con la esperanza de mejorar mi futuro y el futuro de mis hijos. No pensé jamás vivir lo que me ha tocado. Para nadie es un secreto que cuando se emigra de su tierra toca*

*trabajar duro y en algunas ocasiones trabajos de explotación. Aquí no valen los títulos; hay que comer. Yo he cuidado perros, he cargado cajas, limpio casas y cuidado personas mayores”, dice “Dilenia”, (nombre que ha elegido para preservar su identidad), mientras mira arriba hacia la derecha tratando de recordar cómo vivió esos meses de confinamiento con dos hijos en una ciudad que fue epicentro de uno de los siniestros sanitarios más impactantes en los últimos tiempos.*

Con la pandemia la tasa de desempleo aumentó significativamente, esto fruto de la inestabilidad financiera que trajo como un late la pandemia.



El 98% de las mujeres que participaron en el diagnóstico se dedican a la actividad del trabajo del hogar y los cuidados. Siendo una labor desvalorizada y altamente feminizada, que durante el confinamiento se vio afectado, pues muchas familias empleadoras decidieron prescindir de los servicios de las trabajadoras, las cuales no tenían contrato debido a que se encuentran sin reconocimiento de ciudadanía, situación que las coloca en un limbo jurídico e indefensas frente al reclamo de sus derechos laborales. *“Trabajaba cuidando a dos personas mayores de interna. Solo salía los domingos como día de descanso. Cuando llegó el confinamiento por la pandemia, la familia me dijo que ya no iban a seguir conmigo, que tenía que salir de la casa. Les dije que no tenía dónde ir y me respondieron que no podían hacer nada, pues su padre y su madre tenían que evitar estar en contacto con gente externa, por temor a que sean contagiados, y que yo no podía ya estar con ellos. Así que tuve que buscar dónde vivir. Y me pregunto, cómo pueden decir que soy gente externa si trabajo de interna, cómo pudieron ser tan indiferentes a mi realidad”*, expresa CP.

Estar en condición de migración y sin reconocimiento de ciudadanía es un gran obstáculo para conseguir

trabajo con adecuadas condiciones, bien remunerado y con contrato. *“Para quien tiene documentación es más fácil, pero las personas que no tienen documentación al día de hoy lo tienen complicado. Todo está informatizado y en el CV debe aparecer tu documentación. Ahora para acceder a un empleo sino se pone la documentación en un currículum estás automáticamente descartada”*, explica MS.

#### Actividad laboral



El multiempleo ha sido una salida a la situación de precariedad económica a consecuencia de la pandemia. *“Cuando terminé el paro en julio del año pasado he tenido que buscarme la vida y tomar cualquier tipo de trabajo que me surgiera; desde cuidar niños un par de horas o trabajar de camarera, para poder sumar dinero para el alquiler y comprar comida. Y muchas veces no me llegaba para transporte,*



tuve que hacer trayecto a pie”, expresa DS. Además, las empresas se aprovechan de la necesidad de las trabajadoras y contratan más allá de las horas de jornada laboral permisibles. “Actualmente tengo un contrato de 24h como atención al cliente en un centro de terapias. En las tardes soy tallerista y doy clases de capoeira”, agrega DS.

“Es un contrato de 24h que está por debajo del sueldo normal. Y en los talleres que realizo la ganancia no es grande porque pago el alquiler del espacio por horas, además que las personas que se inscriben no pueden pagar un precio muy elevado, así que hay que poner un precio social donde puedan acceder y así contribuir a que vuelvan a esta realidad post pandemia. La cultura es una manera de sanación y, proporcionar este espacio de sanación, es importante, así que prefiero a que el espacio exista aunque yo no obtenga una ganancia. La idea es que las personas que están en depresión o desánimo puedan empezar una actividad una vez por semana, y esto en un grupo de amistad o en grupo colectivo”, reflexiona DS.

Las trabajadoras sexuales desde el inicio de la pandemia y el inmediato confinamiento perdieron toda posibilidad de generar ingresos económicos. “Todas las trabajadoras sexuales perdimos el trabajo, los clientes no podías salir, los clubes de alterne fueron cerrados. No teníamos derecho a seguridad social, ni a paro, ni a nada, ni ingreso un mínimo vital. Cuando el gobierno dijo que nadie se quedaba atrás, nosotras sí que nos quedamos detrás, empezando por las trabajadoras sexuales”, expresa SG.

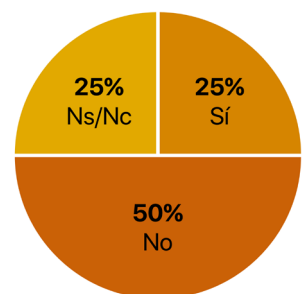
Además de los bancos de alimentos, una acción colectiva que contribuyó a sostener la vida de las mujeres afectadas, fueron las cajas de resistencia. Significativas colectas de dinero para repartirlas entre las organizaciones y entre las mujeres que tenían mayor necesidad económica. “Recuerdo que el día que perdí mi trabajo lloré todo el día, estaba angustiada, pensando que el poco dinero que tenía no me iba a alcanzar en los siguientes meses si es que se alargaba el confinamiento. Dejé de comprar productos de limpieza personal, compré lo básico y aun así temía que se me acabara el poco dinero que tenía. Entonces, hablé con algunas compañeras y me dijeron que

se estaban organizando cajas de resistencia para contribuir con algo de dinerito a las que más urgidas estábamos. Así que me sumé a la lista de mujeres que recibiríamos ese apoyo. Y fue una gran ayuda, la verdad es que valoro mucho a las organizaciones que lo hicieron posible, porque desde el Estado no recibí nada”, explica MD.

## “EL PERSONAL MÉDICO TE DISCRIMINA POR SER MIGRANTE”

El acceso a los centros sanitarios fue imposible durante el confinamiento lo que dejó al colectivo de mujeres en condición de migración sin atención. Un 50% de las participantes afirmaron que durante la pandemia no hubo una rápida atención de parte del personal sanitario a las urgencias de las mujeres migrantes en los hospitales y centros de atención primaria.

¿Consideras que durante la pandemia hubo una atención rápida?



Durante la presencia de Covid 19 muchos episodios salieron a relucir dejando en evidencia el déficit que acarea el sistema de salud catalán. En tanto que, en este diagnóstico solo una persona no contaba con tarjeta sanitaria.

Pusieron en evidencia que la atención directa en el momento de las consultas fue discriminatoria, con un comportamiento nada amable, ni con calidez ni calidad. “Mira, fui al médico con un problema grande de salud. No podía caminar y no sabía que me pasaba. Fui varias veces al médico. ¿Lo primero que hacía era preguntarme de dónde era? Le explicaba que necesitaba asistencia. No entendía la pregunta, pero era reiterativa”, sostuvo Tali, una joven de 32 años de venezolana que lleva poco más de 7 años en Barcelona.

Por su parte, otra participante (DS), agregó que, por el simple hecho de ser migrantes, las actitudes del personal médico son discriminatorias. *“Mira, te expongo mi caso; llamas por teléfono, cuando la persona que te atiende percibe que hablas el idioma, pero que no eres nativa, noto mucho que la manera a la hora de comunicarse es distinta, como una actitud de intolerancia. Quien te está hablando asume que no sabes nada, y el hecho de que no seas de aquí no significa que no sepa cómo son los procedimientos, ni de lo que está pasando. Pero sí que hay este tono de una falta de credibilidad, de que no sepas algo solo porque tu idioma no es el nativo.”*

Durante el periodo epidemiológico las participantes evidenciaron que otras enfermedades como el cáncer, la esquizofrenia, la depresión, la ansiedad, no fueron atendidas de manera prioritarias, quedando un lado la necesidad inmediata de ser atendidas como enfermedades también de poca importancia. *“Cuando estaba con estrés no pude ser atendida, no le daban importancia en el centro de salud. Y estaba desesperada, angustiada y no hallaba cómo superar esta situación”,* expresa Lidia de Honduras.

*“Fui durante todo el 2020 seis veces a urgencias del hospital, con un dolor fuerte en el estómago. Y me decían que era por estrés, y si, estaba estresada por el dolor, porque no sabía de qué se trataba. Me tuve que hacer un préstamo para unos análisis en una clínica privada donde por fin me dijeron que tenía piedras en la vesícula y que tenía que operarme”,* expresa DN.

*“Allí empezó mi odisea para conseguir que me programaran la operación. Y tuve que ir dos veces de urgencia, una a fin de año, donde el personal de salud me trató de una manera indiferente, con displicencia, como si mi vida no importara. Se reían y miraban videos de sus móviles mientras yo me quejaba de dolor en la camilla. No olvidaré esa noche, me dio indignación, todo el personal era autóctono”,* agrega DN.

Una de las demandas colectivas que surgió en el diagnóstico fue la necesidad de tener personal sanitario de diversos orígenes en los niveles de atención primaria y urgencias, porque es un modo de romper

con el estigma de ser migrante o estar en condición de racialización. *“Primero tendrían que integrar a las personas extranjeras en su equipo. Yo solo veo personas españolas o catalanes, eso también crea un poco de distancia entre la gente que no es de aquí. También crear campañas educativas para comprender que hay diferentes tipos de culturas y diferentes formas de tratar la salud en distintas partes del mundo, desde la forma de atender a la gente y de hacer los tratamientos médicos”,* sostiene MT.

## “SE ENFOCARON EN LA SALUD FÍSICA Y NO EN LA MENTAL”



En un contexto de incertidumbre, de miedo y de preocupación como la pandemia, se debió haber priorizado espacios de atención para la contención emocional comunitaria y el tratamiento de la salud mental. Era necesario dar una respuesta de contención emocional desde el sistema de salud para haber contribuido a que la población asumiera de otra manera esta experiencia de sostener la vida en tiempos de crisis sanitaria. Sin embargo, las medidas fueron sobre todo encaminadas de separar a la gente, a atender exclusivamente los contagios y a minimizar otras afectaciones y postergar su revisión. El miedo, el control, la represión fueron parte de las dinámicas de respuesta de parte del Estado, como si hubiera un contexto de guerra.

*“Durante la pandemia es verdad que hubo muchos fallos por que no estaban preparados para enfrentar una catástrofe sanitaria como la que se presentó de manera sorpresiva. Para nadie es un secreto que esto fue una verdadera locura”,* afirma Sofía. *“Creo*

*que se enfocaron solo en la salud física, que lo entiendo, pero la salud mental fue echada a su suerte y eso trajo consigo grandes consecuencias en de las mujeres migrante, como yo que me dio ataques de ansiedad”, explica PP, quien además agrega la odisea que vivió un niño con autismo de su comunidad. “El niño me estremecía con sus gritos. Eran de desesperación. ¿Te puedes imaginar esa situación?”, expresa con tristeza.*

*“Estaba con una orden de desahucio y con mi niña pequeña de cinco añitos cuando llegó el confinamiento. Me quedé sin trabajo y no teníamos qué comer. Recuerdo que en servicios sociales ya me habían advertido que, si no tenía cómo mantener a mi niña, se verían en la obligación de quitarme la custodia”, explica Tania. “Me vino una crisis de ansiedad muy fuerte, si no fuera por una red de cuidados entre mujeres que se tejió en el barrio me hubiera venido abajo, porque en el centro de atención primaria no me quisieron atender, me dijeron que no era urgente que estaban colapsados por la pandemia y lloré mucho, no podía creer lo que me estaba sucediendo”, agrega Tania.*



La realidad que compartieron las participantes evidencia que la salud mental fue agravada por el contexto de pandemia y fortalecida por la indiferencia, la discriminación y la falta de criterios de cuidado comunitario en salud que no permitió impulsar ninguna iniciativa que atendiera la salud emocional y mental. El 97 % de las participantes, afirmaron que no se priorizó o que no se tomó en cuenta la salud mental en el sistema sanitario, provocando situaciones de malestar psicológico crónico entre las muje-

res. Consecuencia que se destaca en las afecciones y trastornos mentales que padecieron algunas de las participantes, tales como ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, depresión y trastorno de oposición.

*“Muchas veces me siento triste, sin ganas de hacer nada, sin fuerzas para salir. Me meto en mi mundo y de allí no salgo. Es muy duro vivir en lugar donde te rechazan por ser migrante, donde no valoran tu vida, donde te maltratan porque tu color de piel es diferente”, explica Rosa.*

Sin duda, ha sido la depresión, la afectación más recurrente entre las mujeres en condición de migración durante y después de la pandemia. El estrés, la falta de trabajo, la falta de condiciones dignas para vivir, el no poder adquirir alimentos básicos, el miedo al contagio fueron un caldo de cultivo para un malestar emocional y mental que se ha mantenido hasta la actualidad en sus vidas.

*“Me dio ataques de ansiedad, me dio de presión”, expresa D. “No te puedes imaginar las veces que lloré explicando mi caso para que me dieran asistencia psicológica. Verdaderamente creí que me moría, porque no me hacían caso”, agrega Luz.*

*“Yo perdí mi trabajo, me quedé encerrada en casa, aislada de todas las personas y sin poder comunicarme fácilmente”, sostiene F. En tanto, la OMS confirma que un total de 93% de los países paralizó sus servicios de salud mental generando como consecuencias múltiples patologías y trastornos.*

*“A mi niña la tuve que cuidar de manera creativa, siendo madre soltera y migrante. Mi niña de tan solo 7 años sufrió en carne viva la situación del confinamiento”, llora RG mientras explica su experiencia. Es una madre que para ayudar a su pequeña hija a comprender lo que sucedía y por qué las personas tenían que estar en casao, creó un libro que fue escrito en portugués, pues ambas son brasileñas. Narra minuto a minuto, cada pregunta que la infante le hacía a su madre. Fue una manera de cuidar su salud emocional, tanto de ella como de su hija.*



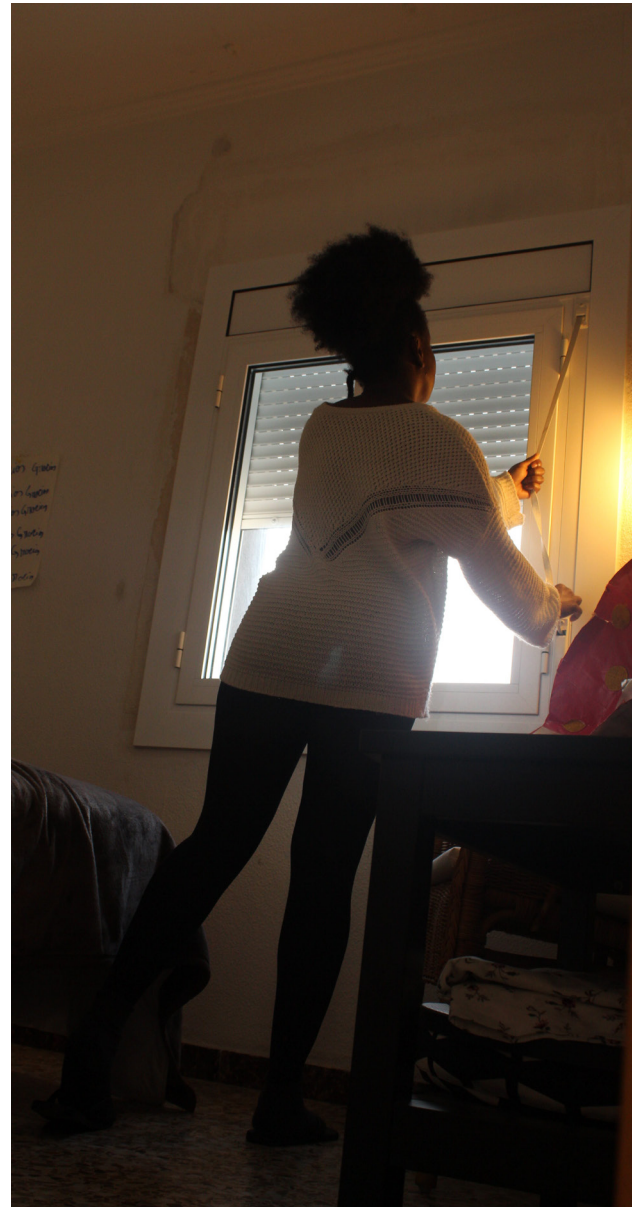


## “QUÉDATE EN CASA FUE COMO DECIR, MUÉRETE EN CASA”

Uno de los derechos fundamentales de la comunidad humana es el derecho a tener vivienda digna y segura. Un derecho que para el caso de las población migrante no es garantizado, más aún si no cuentas con estatus de ciudadanía en el país de destino. Durante la pandemia un 90% de las participantes señalaron que vivía en pisos muy pequeños y en condiciones, muchas veces, inhumanas e insalubres. *“Para mi quédate en casa era como decirme muérete en casa”,* explica Marta. *“No había condiciones mínimas, mucha humedad, sin calefacción, con miedo a que petara el sistema eléctrico pues a veces no había buena conexión”.*

Por su parte, Delia expresa que *“sin trabajo, sin comida, embarazada y viviendo en un piso pequeño”* no había manera de asumir que casa era un sitio adecuado para pasar el confinamiento y protegerse de la pandemia. *“Creo que las inmigrantes nos quedamos fuera en ese momento, no me sentía segura en un piso que el dueño nos exigía que les pagáramos pese a que estábamos encerrada con una pandemia que parecía el fin del mundo”,* explica VL, retratando así la desafiante realidad que vivieron las mujeres migrantes durante este contexto.

Vivir en dignidad significa tener condiciones básicas como servicios en el lugar que habitas, un espacio habitable y seguro y un entorno saludable. Significa tener recursos para pagar un alquiler y habitar en un barrio tranquilo, sin que la noche signifique inseguri-



dad. Las participantes reflexionaron al respecto señalando más de la mitad que no sintieron vivir en una condición digna.

Lo que explica a continuación DS, fue una realidad latente para cientos de mujeres en condición de migración: *“En la Pre-pandemia, ósea el mes de marzo, un poco antes de hacer el confinamiento yo estaba en búsqueda de otra habitación. En ese momento yo compartía una casa de 3 habitaciones, éramos 3 chicas distintas y yo estaba en búsqueda de ese intercambio. Pase un momento bastante delicado porque yo ya había informado a mis compañeras que al final de marzo me iba y la pandemia/confinamiento vino el 14 o 15 de marzo y yo ya no podía hacer las visitas de la habitación para mudanza y la persona que iba a ocupar mi sitio, también había dicho en su anterior casa que estaría cambiándose. Y fue un momento bastante caótico la verdad, y he terminado estando el tiempo de confinamiento en casa de una amiga, buscando resguardo. En esos momentos ella se quedó en Brasil por no poder volver y entonces ella me prestó su casa para que yo pudiera estar. Y fue hasta el mes de julio que no se abrió un poco la posibilidad de poder cambiarme. En ese momento si no fuera por la circunstancia de esa amiga yo estaría sin casa, ósea me quedaría sin tener donde estar; o tener que estar en la casa de algún amigo/amiga, pero también hay que entender que, si están confinados ellos, para dejar entrar una persona de fuera puede que no sea tan sencillo, entonces no sé cómo sería.”*

Dilenia describe su experiencia, mientras da un sorbo al café con leche de avena en la mesa vieja de una



cafetería del Raval, uno de los barrios más antiguos de Barcelona, populoso por ser multicultural debido a que cuenta con la presencia 60.94% de población de origen extranjero.

Para Dilenia la salvaguarda de quedarse en casa durante la pandemia fue un desafío, porque como ella, miles de mujeres no tuvieron el privilegio de contar con un espacio físico donde permanecer con tranquilidad. *“Me vi en la calle, sin comida y sin trabajo en plena campaña “Quédate en casa”, “llegué a pensar hasta en el suicidio”, expresa. Como ella, existen en la actualidad cientos de casos de mujeres en condición de migración que han tenido que estar en el ojo de una pandemia, viviendo situaciones desesperantes, cargadas de incertidumbre y de miedo frente a lo que vendría y sin recursos para subsistir.*

El colectivo más olvidado y totalmente invisibilizado durante la pandemia, en relación a su necesidad de vivienda, fue el de las trabajadoras sexuales, quienes tuvieron situaciones muy angustiantes al verse en la calle y sin un lugar donde vivir. *“Muchas compañeras trabajadoras sexuales, las que trabajan en carreteras, viven en algunos clubes, por un periodo de 28 días y luego cambian de club. También hay compañeras que llevan mucho tiempo viviendo en su habitación habitual en un solo club. Al inicio del confinamiento empezamos a recibir muchas llamadas de compañeras a las que el dueño del club les decía que tenía que cerrarse y entonces que tenían que dejar la habitación. Y ninguna tenía dónde ir, fue muy duro”, expresa SG.*

## “NUNCA, NUNCA, NUNCA, NUNCA ME SENTÍ SEGURA”

El machismo, el racismo, la transfobia son violencias estructurales que se han enraizado en diversidad de sociedades debido al sistema civilizatorio colonial, y se expresan en discriminaciones múltiples debido a estigmas, prejuicios, estereotipos y desvalorización de quien vemos diferente, colocándole en una posición y condición de desventaja. Durante la pandemia, las violencias estructurales se agravaron generando situaciones de indefensión, desamparo, incertidumbre, incluso de peligro para la vida.



Durante la pandemia, las mujeres en condición de migración se vieron expuestas a violencias múltiples, sobre todo a la violencia machista, exponiéndolas al peligro de perder la vida. *“Sacó un cuchillo y me miro firme a los ojos. Se me fue la fuerza, no podía hablar, no podía gritar. Te juro que pensé que era el final”*, expresó María con dolor por el recuerdo de lo vivido.

El *quédate en casa* significó *quédate con el perpetrador*, con el victimario, donde esa persona era la pareja, alguien de la familia o una persona muy cercana. *“Yo viví un calvario con mi expareja. Ese hombre estaba loco. Psicológica y físicamente me maltrató un montón”*, sostiene Andrea.

Cuando se decidió la medida de *“quedarse en casa”* desde los diversos Estados del mundo, no se tomó en cuenta la realidad evidente de que el machismo y sus violencias física, psicológica y sexual habita en el espacio privado, en el hogar. Esta medida condicionó la vida de miles de mujeres y las colocó en una situación de mayor vulnerabilidad e indefensión frente a la violencia machista. *“Yo al principio no tenía ni idea de que hacer. Me sentía desprotegida”*, sostuvo Andrea. *“Temblaba por si algo pudiera suceder, de que se viniera el mundo encima si él se enfadaba y yo allí dentro, sin poder salir”*, sostiene DF.

Muchas de las participantes expresaron que no hubo manera de sentirse seguras permaneciendo durante el confinamiento en casa. *“No me sentía tranquila, todo lo contrario. Tenía un miedo constante y nunca, nunca, nunca, nunca me sentí segura”*, sostiene Amelia. Además, para todas las participantes, el machismo continúa afectando a las mujeres migrantes, porque las leyes son machistas.

En la calle se vivieron violencias racistas, sobre todo contra la población migrante, pues se tenía la idea que eran foco de contagio. *“Recuerdo cuando se inició la primera desescalada y ya podíamos usar el transporte público, cuando subí al bus me había olvidado de ponerme la mascarilla, entonces una mujer me empezó a gritar como loca y hasta creí que me golpearía, me gritó para que me pusiera la mascarilla diciendo que estaba exponiendo a todas las personas al contagio. Y alzó más la voz para decirle al conductor que*

*me hiciera bajar. Yo mientras me puse nerviosa pues no encontraba mi mascarilla en el bolso, hasta que por fin lo encontré, y entonces le dije que bajara la voz, que no sea racista”*, explica ND.

Para todas las participantes el racismo es una forma de violencia, debido a que la racialización de la comunidad humana la ha fragmentado, dividido y ha generado un estigma frente a quienes no cumplen el arquetipo blanco. *“Creo que cuando ejercen un fuerza e imposición por el simple hecho de sentir que tienes poder sobre quienes consideras diferentes, es una violencia. El racismo, es así, es una forma de violencia”*, expresa Ana.

Al estar lejos del núcleo familiar, de tu entorno vital, de tu territorio de origen, las participantes explican que se colocan en una situación de mayor vulnerabilidad en un entorno donde el racismo rechaza a las personas diferentes, de otros orígenes, de otras culturas. *“Como estamos lejos de nuestro núcleo familiar nos deja más al desamparo y nos genera situaciones de mucho malestar y dolor”*, expresa FS, con lágrimas en los ojos, debido a una experiencia de violencia racista que vivió durante el periodo de confinamiento. En el análisis colectivo, las participantes reconocen en un 80% haber experimentado racismo y violencia racista directa en la calle.

Durante la pandemia, el grito de rechazo al racismo elevó la voz colectiva a la máxima expresión, fruto de una realidad que es latente en el territorio catalán y porque se reconoce, cada vez más, que el racismo afecta también física y psicológicamente a las personas que lo padecen. *“Si, nos afecta física y psicológicamente. Nos trae el miedo de salir de casa, el miedo al estar en un sitio social. Yo como mujer negra lo pienso dos veces para correr en la calle, ya que habrá algún abordaje o revisión. Por ejemplo, en Brasil se estudia mucho la salud mental de la persona negra, y yo creo que aquí deberían estudiar la salud mental de las personas que provienen de Latinoamérica y de África, ya que hay agresiones directas y sutiles que afectan la manera en que vivimos en sociedad”*, expresa DS.

La violencia racista sumada a la violencia machista



afecta triplemente a las mujeres en condición de migración. *“A las mujeres migrantes el racismo y el machismo nos afecta terriblemente, porque vivimos en situación de vulnerabilidad por no tener familia, ni papeles, y no tener las maneras de este nuevo mundo. No tienes tiempo de cuidarse jurídicamente a diferencia de la mujer de aquí, que cuenta con su familia y que puede vivir con ella. Nosotras podemos estar sufriendo abusos en casa y no tener otro sitio dónde ir”, expresa LA. “Y si eres mujer trans y migrante, ya te digo, las violencias machistas y racistas te trastocan tu resistencia mental y emocional. Durante la pandemia fue muy angustiante para muchas de nosotras”, sostiene SG.*

## “TUVE QUE SER FUERTE POR MI FAMILIA, POR MIS HIJOS”



La pérdida de familiares durante la pandemia en el territorio de origen fue una experiencia dolorosa para quienes no pudieron viajar a hacer la despedida y el duelo. Además, el quedarse sin trabajo, el vivir en espacios pequeños e inhumanos, generó en muchas mujeres en condición de migración y con situación de monomarentalidad, las expuso a la situación de que les quiten la custodia de sus hijos, hijas e hijes. *“Perdi a mi madre en pleno confinamiento. No pude ir a Brasil para despedirla. Mi madre era médica y se contagió de covid. Para mí fue duro, muy duro porque no podía ir, no podía”, expresa ME.*

El quedarse sin recursos económicos y sin posibilidad real de tener recursos para asumir el cuidado

de sus hijos generó situaciones desafiantes para las mujeres. *“No me dio miedo, pero sí que pensaba que como íbamos a sobrevivir todos a una situación como esa y que no podíamos hacer nada; y cuando me di cuenta que estaba embarazada me dio mucha depresión; incluso llegué a estar otros 2 meses encerrada sin salir de mi habitación, solo iba al baño y ya. Me la pasaba encerrada y a veces no me bañaba de la depresión pensando que iba a tener un bebé en el confinamiento que estábamos en una situación tan complicada. Para nosotros los inmigrantes era más difícil, sabes, porque ¿cómo íbamos a sobrevivir? no teníamos ningún modo de sobrevivir”.*VL

*“En el mes de marzo, antes de entrar al confinamiento yo estaba haciendo mis trámites en servicios sociales para que pudiera pasar la entrevista con la trabajadora social y me validaran, de una vez, mi capacidad de poder cuidar a mis hijas, de lo contrario me quitarían la custodia. Estaba indignada porque el Estado no te apoya, no genera medidas para que las mujeres como yo podamos conseguir empleo. No quiero vivir de ayudas, quiero trabajar, y claro lo más fácil es quitarnos la custodia, porque nos consideran malas madres. Cuando ya entró en vigor el confinamiento vino mi miedo a que me quitaran a mis hijas, estaba angustiada, porque no había manera de comunicarse con servicios sociales”, sostiene SP.*

Un 98% expresó sentir miedo de perder un familiar durante la pandemia. Esto por las múltiples desigualdades sociales y económicas que enfrentan muchos de los países de Latinoamérica, de donde proceden el 99% de las participantes. Un 30% de las participantes, al ser madres solteras, expresaron su temor que, debido a la precariedad económica por la que atraviesan, les quiten la custodia de sus hijos, hijas o hijes.

## “NO LES INTERESA QUE SEAMOS PERSONAS DEBIDAMENTE DOCUMENTADAS”

Un 89% confirma que no cuenta con papeles que acredite su situación regular en España. Siendo un alto porcentaje para mujeres que en su mayoría llevan residiendo más de 7 años en Cataluña. Lo que

trae como evidencia los obstáculos y dificultades que genera la Ley de extranjería.

*“A mi me ha sido casi imposible tener los papeles, desde que llegué aquí no he tenido tiempo para hacer los trámites porque los horarios de mi trabajo no coinciden con los horarios de las oficinas de extranjería, además de todos los requisitos y papeles que nos piden y que una no puede conseguir fácilmente. Es un sin vivir”, expresa DL.*

En setiembre de 2020 el Congreso español mayoritariamente votó en contra de la regularización de las más de medio millón de personas sin papeles que residen en el país, sin importar que esta situación agrava más la situación de vulnerabilidad, indefensión y precariedad en la que se han visto subsumidas en el contexto de pandemia.

*“Yo creo que regularizar es humanizar. Es un trámite que puede abrir y cerrar muchas puertas de humanización de las personas”, expresa LD. “Acceder a una*



*ayuda, poder tener un techo donde llegar; es reconocernos como personas con derechos ante el estado, como humanas; otras si que son humanas, las que nacieron aquí y son europeas, pero para el estado las personas migrantes no somos humanas”, agrega PR.*

*“Para el Estado puede que solamente seamos unos números en la calle o unos números ilegales. Y más si hablamos en esta realidad del covid, donde se están defendiendo vidas humanas, se tiene que tomar en cuenta a todas las vidas, y no solo las vidas que tiene documentación o tienen una casa. Entonces, creo que sería una buena oportunidad del Estado demostrar que está a favor de la población que vive aquí, y no solo de algunas que les convenga. Todas las vidas importan”, sostiene MD.*

*“Para mi el hecho de que se haya negado la regularización, significa que los intereses económicos están por encima del cuidado de las personas migrantes. Creo que el Estado ha dejado muy claro con esta actitud que todos sus discursos son una falacia, porque si fuera verdad habría hecho algo, y si no lo ha hecho, es porque en el fondo mira sus intereses. Vemos con indignación que el interés de la política no es ayudar al pueblo. Si fuera lo contrario, tomarían esta oportunidad para regularizar a las personas, saber cuántos son y hacer que llegue a todas. Si no lo han hecho es porque están por encima de los derechos humanos”, explica SG.*

## **“MI HIJA ME PREOCUPABA, ELLA TENÍA QUE ALIMENTARSE BIEN Y NO HABÍA CÓMO”**

Para quedarse en casa había que tener provisiones, alimentos fundamentales para subsistir los días de confinamiento. Tener economía significaba tener trabajo, ingresos garantizados, tener privilegios. Sin trabajo, sin ingresos, sin recursos para adquirir alimentos, muchas se vieron en una situación angustiosa y más cuando de ellas dependían otras personas para alimentarse.

*“Me quedé sin trabajo y con mi niña que mantener, el primer mes pudimos comprar alimentos y ya el*

segundo me preocupé pues veía que se me iba el dinero. Así que pasé unos días pensando cómo conseguir algo de comer. Llamé a unas amistades y me dijeron que estaban igual, que algo se tendría que hacer. Al tercer mes compré lo que me alcanzaba, casi nada, sólo para llenar el estómago. Si hubiera estado sola me las hubiera pasado así, pero mi hija me preocupaba, ella tenía que alimentarse bien y no había cómo. Lloré mucho sin que me viera, vivíamos en una habitación y la gente de ese piso ni se enteraba cómo estaba, pues no tenía casi relación con ellos. Hasta que una amiga me llamó y me dijo que había banco de alimentos que allí podíamos ir a solicitar”, explica AR,

“Todas sabemos que la pandemia limitó el acceso del derecho a la alimentación de las personas”, explica DS. “Tengo que reconocer que la alimentación no era abundante, ni mucho menos saludable. Se comía lo que teníamos y lo que podíamos”, agrega PR.

“Ir a pedir alimentos, a hacer cola, nunca había tenido

esta experiencia y fue dolorosa para mí. Me sentía triste y con angustia de que esto no sea para siempre. Ese era mi temor, de que siempre iba a estar pidiendo alimentos si esta pandemia no se iba. No es fácil hacer una cola para pedir alimentos, no es fácil sentirse que no tienes para comer”, reflexiona DP.

Ante la desafiante realidad de haber perdido su fuente de ingresos económicos, muchas de las trabajadoras sexuales se vieron impedidas de comprar alimentos. La mayoría eran mujeres trans en condición de migración viviendo una situación desesperante, motivo por el cual decidieron organizarse. “Teníamos a todas las compañeras que nos llamaban para pedir con alimentos, pues no tenían de dónde sacar para comer. Empezamos a ir al banco de alimentos, donde nos daban verduras y lácteos, eso nos servía para algo, pero el resto de alimentos los teníamos que conseguir de otros sitios. Muchas veces el circuito era complicado. Y cuando ya conseguimos la solidaridad de muchas personas, empezamos a repartir a cada una, fue un no parar.”, expresa SG.



## DEMANDAS

- Acceso universal a la atención en salud física, emocional y mental a las personas en condición de migración independientemente de su estatus de ciudadanía.
- Que la medicina sea integral y holística para que todo proceso de sanación incorpore, a la vez una

atención a la salud física, una atención en salud emocional y mental. Porque las enfermedades físicas provienen de afectaciones emocionales y mentales dadas por el contexto tan opresivo que impacta en la vida de las personas en condición de migración y racialización.



- Protocolos antirracistas en los centros de atención sanitaria que permitan evitar el estigma y la discriminación a hacia la población en condición de migración, de refugio y racialización.
- Es urgente realizar políticas afirmativas de empleo para permitir el acceso de personas de diversos orígenes. Por ejemplo, la empresa X que tiene una parte de electrónica, una de seguridad, el personal que hace la limpieza, o trabajos que abarcan muchas otras funciones, cuando realice su proceso selectivo de 10 personas, tendría que garantizar que la mitad de las personas debe ser negra. Esta medida debería ser adoptada, sobre todo, por las empresas grandes. Si contratan a 2 personas, una debería ser extranjera. Es decir, que en su número de personas trabajadoras, haya un número equitativo personas extranjeras. Además, dentro de ese mismo número, debería garantizarse mujeres trabajadoras de diversos orígenes.
- Humanizar el criterio de ciudadanía es necesario. Es decir, todas las vidas importan, independientemente de su origen, sus raíces, su color de piel, su lengua, su cultura y su condición social e identidad. El Estado como garante de los derechos humanos debe asumir la garantía del derecho a la ciudadanía como inherente a la condición humana, no como inherente al vínculo de consanguinidad con el territorio. Tener papeles es un elemento adicional a tener reconocimiento de ciudadanía, no al contrario. Eso significa priorizar el cuidado de la comunidad humana, donde todas las personas son imprescindibles. Esa debería ser la esencia del proceso de regularización de la población en condición de migración que se encuentra en la actualidad sin derecho a tener derechos.
- Se precisa con urgencia en los centros educativos y universidades una currícula antirracista y anticolonial para que se formen personas adultas que se relacionen en consonancia con la diversidad de orígenes, raíces, lenguas, culturas e identidades desde la descolonialidad del poder, del saber, del ser y del cuidar.
- Que las políticas públicas tengan coherencia con la garantía de derechos y no con la vulneración de derechos. Bajo este precepto la existencia de la Ley de Extranjería no tiene sentido porque fragmenta la comunidad humana, discrimina, desvaloriza y genera fronteras físicas y mentales que destruyen la convivencia y el cuidado comunitario.
- Abrir oportunidades de participación protagónica en espacios de decisión tanto a nivel de entidades públicas como de partidos políticos a las personas en condición de migración y racialización, evitando el utilitarismo de las cuotas de color y consolidando el reconocimiento de capacidades, de saberes y trayectorias.
- Que los medios de comunicación dejen de estigmatizar a la población en condición de migración y racialización cada vez que se presenta una crisis. Que contribuya a hacer visibles a nuevas referentes de personas de diversidad de orígenes para naturalizar la convivencia multicultural y consolidar la convivencia intercultural.
- Que el sistema de salud pública forme a todo su personal para incidir en descolonizar el ser, el poder, el saber y el cuidar en el ámbito sanitario y de la salud. Sobre todo, bajo el entendimiento y la comprensión que el racismo sumado a la transfobia es una cuestión de salud pública.
- Que se elimine el requisito de homologación de títulos que desconoce y desvaloriza la experiencia, trayectoria y conocimiento profesional y técnico de las personas que venimos de otros territorios que no son europeos. La homologación de títulos es una practica de colonialidad del saber que debería desaparecer como criterio de validación de capacidades diversas en las instituciones públicas de trabajo.

- Que se elimine el requisito y exigencia de tres años de arraigo para iniciar el trámite de solicitud de residencia, porque es una forma de colonialidad del poder que nos mantiene en la intemperie migratoria y racializadora desde el Estado español.
  - Que se dote con mayores recursos a las organizaciones y colectivas impulsadas por personas en condición de migración y racialización que tengan una trayectoria de acción comprobada de contribución a la convivencia, al antirracismo y el cuidado comunitario. Es la única manera de promover el sostenimiento de la vida en una comunidad humana diversa e intercultural.
  - El permiso de trabajo debería estar condicionado a la garantía de derecho al trabajo por parte del Estado, hacia toda persona, independientemente de su origen y estatus de residencia.
  - El Estado no debería sancionar a las madres solas que no tienen posibilidades económicas imposibilitándolas de mantener a sus familias con la quita de custodia, porque es una forma de colonialidad del ser. Lo que debería hacer es promover empleo para que puedan fortalecer su autonomía económica a mediano y largo plazo. Adicionalmente, se pueden dar medidas transitorias para acceso a una vivienda social, acceso a una ayuda mínima mensual, tanto a nivel de bonos o canjear en farmacias o supermercados para compra de medicina y alimentación de la madre y su familia a cargo, además, promover iniciativas para que la niñez pueda realizar algún tipo de actividad recreativa mientras la madre trabaja. Y garantizar acceso al sistema educativo de la niñez. Esto significa contemplar las especificidades de las madres que están en condición de migración porque cada cual tiene distinta circunstancia.
  - Que el Estado español ratifique el Convenio 189 de la OIT y lo aplique en sus políticas inter-
- nas para que las trabajadoras del hogar y los cuidados sean reconocidas en el sistema general laboral y puedan tener acceso a salarios dignos, condiciones laborales óptimas y reconocimiento a seguridad social y desempleo.
- La erradicación de la violencia machista debería pasar no sólo por la atención individualizada de las mujeres afectadas y la sanción al perpetrador, sino como el impulso de un proceso que entienda la violencia machista como un problema estructural de convivencia en comunidad y salud pública, que es responsabilidad de toda la comunidad, por tanto, la respuesta de prevención y erradicación, así como de atención a las mujeres afectadas tiene que ser desde la acción comunitaria y el cuidado colectivo, donde cuenten de manera legítima sus entornos de protección, sus estrategias de resiliencia colectivas con otras mujeres y la salvaguarda y garantía que la comunidad se implica bajo un criterio de no permisibilidad con cualquier tipo de violencia que ocurra en una calle, un barrio, un pueblo, una ciudad, etc.
  - La violencia racista es un problema de salud pública porque genera afectación en la salud emocional y física de las personas que se ven impactadas por esa opresión. Se precisa que los gobiernos locales y autonómicos asuman políticas públicas específicas para su erradicación, así como para generar compromisos políticos en su prevención y sanción a quienes cometen actos racistas que atentan contra la convivencia.
  - Que las iniciativas de cuidado colectivo entre la ciudadanía (bancos de alimentos, red de cuidados colectivos, cajas de resistencia) sean sostenidas en el tiempo con políticas públicas que contribuyan a fortalecer estas iniciativas como prácticas de acción comunitarias, necesarias en contextos de crisis y para posibilitar sostener la vida en comunidad.

## 4. Premià de Mar: aislamiento, inseguridad, sobrecarga

### UN ESPACIO PARA EL ACUERPAMIENTO

*“Estaba en tratamiento ginecológico. Se me suspendió el tratamiento y no he vuelto a retomarlo”, Silvia, 42 años.* La experiencia de facilitar un espacio para que un grupo de mujeres del Maresme, en particular, de Premià de Mar, se acerque a abrir sus sentires sobre la situación pandémica ha sido enriquecedora y conmovedora. Mujeres diversas que habitamos el territorio de Premià de Mar nos reunimos tras haber pasado meses de confinamiento, distancia social e incertidumbre. El momento de apertura al espacio terminó de confirmar la necesidad de acuerpamiento que nos atravesaba. Necesitábamos estar cerca, compartir, poner en palabras nuestros sentires en torno a la Covid-19 y ver que no estamos solas... que nuestras experiencias son compartidas por otras compañeras de nuestro mismo territorio.

Para desarrollar el diagnóstico participativo se pensó en un espacio de encuentro presencial y el trabajo a través de dinámicas grupales que fomenten el debate interno y externo, y las conclusiones colectivas. Se abrió la sesión con una bienvenida y presentación de las participantes a través de un diálogo informal. Al explicar que el objetivo de este encuentro era conocer cómo la pandemia había afectado la salud de las mujeres y, en especial, nuestros derechos sexuales y reproductivos, surgió la interrogante de qué son los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

Esto dio cuenta de nuestro punto de partida y de una necesidad de reconocimiento de los DSR como territorio de disputa. Cada participante expuso sus resonancias en torno al tema y se facilitaron ejemplos para que los puedan reconocer o no en su vida cotidiana. En esta instancia inicial se pretendía evaluar el (re)conocimiento de las participantes de estos derechos para poder establecer un lenguaje común a utilizar a lo largo del taller.

Luego del diálogo de bienvenida que logró romper el hielo en el grupo, se abrieron a análisis varias consultas hechas a través de una encuesta de la red social Instagram, en donde se indagó en una primera instancia cuál había sido el impacto de la pandemia en la salud de las mujeres y, en una segunda instancia, cuál había sido el impacto en su salud sexual y reproductiva. Al colectivizar las respuestas que aportó la comunidad de mujeres a través de Instagram se detectó una asociación inmediata del concepto de derechos sexuales y reproductivos a las relaciones sexuales y los controles ginecológicos, y a cuestiones en torno a la maternidad y el dar a luz.

Las participantes construyeron de forma colectiva una definición de DSR, identificándose como respuestas a las necesidades de las personas en torno al ejercicio de la sexualidad. Luego de un diálogo continuo sobre el tema y de haber trabajado con ejemplos de DSR, se logró ampliar el concepto inicial para que incluya aspectos relacionados con la educación sexoafectiva, la libertad de decisión y la



obligación del estado de velar por el acceso amplio a esos derechos. Las mujeres lograron identificarse en los ejemplos expuestos a través de sus propias experiencias vitales.

Los ejemplos utilizados fueron los siguientes: Decidir sobre mi cuerpo y mi sexualidad, ejercer y disfrutar mi sexualidad, manifestar mis afectos públicamente, decidir con quien o quienes me relaciono, respeto a mi privacidad e intimidad, vivir libre de violencias, decidir sobre mi vida reproductiva, igualdad, vivir libre de discriminación, información sobre sexualidad, educación integral en sexualidad, servicios de salud sexual y reproductiva, identidad sexual y participación en políticas públicas sobre sexualidad.

Una vez introducido el concepto de DSR, comenzamos a vincularlo con la situación pandémica. Si bien las dificultades con las que nos encontramos las mujeres en el ejercicio de nuestros DSR aparecen de forma permanente, independientemente de la pandemia, sí se identifica un empeoramiento de los obstáculos debido a la COVID-19. Todas las barreras se intensifican de una manera u otra, dificultando aún más el ejercicio de estos derechos.

## LA PANDEMIA EN NUESTRAS VIDAS

*“Me he sentido muy sola y que los cuidados de la familia recaían exclusivamente sobre mí”, Gemma, 45 años* Para llegar a un reconocimiento de la forma en la que la pandemia nos ha atravesado y sus consecuencias en nuestra cotidianeidad, se ha escogido una metodología activa y cooperativa, en donde las participantes se han basado en un esquema para hacer aportaciones en torno a la pregunta “¿qué ha significado la pandemia en nuestras vidas?”

El esquema mostraba cuatro columnas, cada una con una leyenda: a nivel personal, en la familia, en el barrio y en la comunidad. Las participantes distribuyeron los ejemplos propuestos de situaciones y/o problemáticas surgidas en el contexto de la pandemia y las ubicaron según su nivel de impacto. Al finalizar esta distribución, pudieron aportar sus propios ejemplos al esquema, trayendo sus vivencias perso-

nales al espacio.

En esta segunda etapa, hemos identificado una gran necesidad de las mujeres de identificarse con otras en sus experiencias de vida para reconocerse como sujetas de derecho en cuestiones sexuales y reproductivas. Se ha podido expandir la conciencia sobre el impacto de la situación, que no solo ha afectado a las personas a nivel individual, sino que el efecto se extiende a la familia, el barrio y la comunidad en general.

La pandemia ha intensificado esta necesidad de identificación con otras, como consecuencia del aislamiento y la incertidumbre que cada una de las participantes ha tenido que gestionar desde la individualidad. Muchas de las situaciones planteadas se pensaban en un inicio como problemas individuales de la persona o su familia. Luego de la actividad, se ha podido identificar que las situaciones no solo eran compartidas por la mayoría de las participantes, sino que también se reproducen en contextos más macro, como podría ser el barrio o la comunidad en general.

## CUIDADO Y AUTOCUIDADO FÍSICO, MENTAL Y EMOCIONAL

*“La pandemia me hizo reflexionar sobre mi falta de autocuidado, ahora quiero y necesito encontrar estos espacios para mi salud”, Fátima 70 años.* Con el objetivo de buscar respuestas a la pregunta “cómo afectó la pandemia en nuestra salud física y mental” se distribuyeron hojas con una silueta de una persona, en la que las participantes debían representar de forma gráfica el impacto de la situación pandémica a nivel físico y mental. Las participantes coincidieron en muchas de sus respuestas, manifestando una gran necesidad de dialogar sobre el tema en espacios de iguales para sentirse acompañadas.

En esta instancia, se logró relacionar cuestiones de salud mental con la situación global. Las consecuencias del alejamiento de nuestros círculos cotidianos, la sobreinformación y la incertidumbre respecto a la situación socioeconómica son cuestiones que llegan a afectar la salud mental y física de las mujeres.

En contextos de aislamiento se hace visible la falta de herramientas comunicacionales para una buena gestión de los vínculos. Ante la incertidumbre que la sobreinformación alimenta observamos mucho estrés, angustias y miedos ante lo desconocido. El hecho de no tener las herramientas para poner estas emociones en palabras o

gestos hace que los vínculos se desgasten e incluso se rompan. Se observa que las mujeres se abren mucho más en espacios de seguridad y, muchas veces, fuera de los vínculos cotidianos, como son espacios no mixtos, que no estaban a su alcance dentro de la medida de aislamiento.

Durante la puesta en común de los sentires que esta actividad despertó, las participantes hicieron referencia a la sobrecarga que supuso las tareas de cuidados durante el confinamiento y su impacto en su salud física y mental, haciendo referencia a malestares como dolor lumbar, agotamiento físico, sobrecarga emocional por la gestión de los malestares familiares e incremento de la demanda por parte de sus convivientes en aspectos de tareas domésticas. Si bien la mujer asume un porcentaje mayor de las tareas domésticas con respecto al resto de los integrantes de un círculo familiar, en un contexto de encierro en donde se convive las 24 horas con el resto de las integrantes del hogar, el límite de tiempo dedicado a las tareas domésticas se desdibuja y los quehaceres aumentan. Aquí los roles de género son fundamentales para comprender que el peso de los trabajos de cuidados recae casi exclusivamente en la mujer de la casa y en su cuerpo.

La sobrecarga sufrida por las mujeres en este sentido lleva a una disminución de los autocuidados debido a la falta de tiempo y energía, y por lo tanto, un deterioro de su salud física y mental. Se da prioridad a las tareas del hogar, la contención emocional del otro, antes que a su propio bienestar y las angustias que esta situación causa son muchas veces difíciles de asimilar, incluso para la propia mujer. Desde el contexto familiar de las mujeres, se identifica que las personas convivientes tienen dificultades para concebir el malestar de la mujer, una vez identificado y puesto en palabras, si es que esto sucede... Les

cuesta imaginarse a su madre o pareja/compañera en un estado de enfermedad o dolencia, siempre minimizando sus sentires, pero no tienen dificultad para identificarla en el papel de "supermujer" que puede con todo.

En lo que respecta a trabajos formales y/o remunerados llevados a cabo por mujeres, la pandemia trajo más precarización de los puestos, desde reducciones de jornada hasta el formato teletrabajo, en donde la mujer sale perdiendo, en el sentido de tener que trabajar desde casa mientras asume las tareas del hogar y el acompañamiento de sus hijos e hijas con las tareas educativas. En muchos casos, el desarrollo profesional de la mujer se vio suspendido o afectado, en pos de equilibrar la vida familiar, mientras que el rol del hombre en este sentido no ha sufrido grandes cambios. Esto se vio reflejado en las primeras estadísticas sobre el impacto socioeconómico de la pandemia, dejando ver una mayor pérdida de ingresos para las mujeres y una mayor precarización de los puestos de trabajo, tanto formales como informales, con sus consecuencias en la salud física y mental de las mujeres.

Los casos de violencia aumentaron durante la pandemia, principalmente debido al confinamiento obligatorio, lo que ha dejado a la mujer en una situación de vulnerabilidad agravada. Las participantes hicieron referencia a la cantidad de horas de convivencia y a la falta de recursos puestos a disposición desde un principio para poder abordar casos de violencia. Las respuestas a nivel comunitario y de redes de apoyo tardaron en llegar o nunca llegaron debido al aislamiento.



## FALTA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

*“Mi deseo sexual disminuyó considerablemente”,* Anna, 21 años A continuación, se planteó una puesta en común de resonancias a partir de palabras disparadoras, con el objetivo de analizar e forma grupal cómo afectó la pandemia nuestra salud sexual y reproductiva como mujeres. Las palabras utilizadas fueron: derechos, privacidad, consentimiento, maltrato, red de apoyo, deseo, cariño, relaciones y decidir.

Teniendo como referencia el debate previo, las mujeres participantes aportaron ejemplos de situaciones de su vida que se relacionaban con estas palabras disparadoras, identificando problemáticas causadas por la pandemia. Se mencionó de forma recurrente el vínculo de pareja y el impacto del aislamiento en sus relaciones sexuales y su placer, identificando problemáticas como falta de deseo sexual probablemente por motivos de estrés y ansiedad, falta de espacios íntimos debido al aislamiento y el hecho de compartir vivienda, ya sea con familiares como con compañeros/as de piso, falta de tiempo de calidad para el (auto)placer, intensificación de situaciones de violencia intrafamiliar y de género debido al aislamiento, poniendo en juego el derecho a decidir y el consentimiento, y alejamiento de las red de apoyo, lo que dificultó la disponibilidad de espacios seguros para la comunicación con personas de confianza.

El concepto de salud sexual se asocia casi de forma automática con las relaciones sexuales de pareja y la penetración. Al momento de profundizar sobre el de-



seo, por ejemplo, algunas de las participantes se abstuvieron de participar. Concluimos que existen barreras de todo tipo en torno a este tema y no consideramos que el espacio del taller haya tenido como objetivo la profundización en el deseo de cada participante. Sí que se pudo llegar a conclusiones que dejaron ver que el tema deseo sigue siendo tabú y que hablar del tema puede ser difícil para algunas personas, ya que depende de sus vivencias e historias. También ha quedado claro de parte de algunas participantes que la pandemia les ha afectado en su deseo sexual debido a cuestiones de estrés, ansiedad y aislamiento social, junto con la falta de recursos para gestionar la comunicación sobre estos temas.

Con respecto a la salud reproductiva, el comentario más recurrente entre las participantes fue el de la falta de acceso a los controles de rutina, que tuvieron que postergar obligatoriamente debido a la pandemia, ya que no se daban citas para realizar estos controles por no ser considerados urgentes. Algunas participantes incluso han dejado de lado su salud sexual y reproductiva por tener otras preocupaciones a las que tuvieron que dar prioridad o incluso no han podido tomar conciencia de su autocuidado, sobre todo durante el período de confinamiento.

Las participantes con descendencia han hecho referencia a la preocupación de criar en contexto de encierro. Sus hijos e hijas recién nacidos o pequeños no han podido socializar con sus pares hasta que no se permitió un mínimo de movilidad ciudadana, muchos de ellos en edades muy tempranas de su desarrollo. A causa de esta situación, sus hijas e hijos han experimentado dificultades actitudinales y de comunicación, lo que también afectó a nivel emocional a sus madres y padres, y a su entorno en general.

## EL SISTEMA DE SALUD Y NUESTRAS PRIORIDADES

*“Sentí al personal sanitario desbordado y fuimos víctimas de ello”,* Eva, 55 años El diagnóstico abordó experiencias que las participantes tuvieron con el sistema de salud público para evaluar si se las atendió como se debía. Todas las mujeres que abrieron

sus historias manifestaron complicaciones al momento de querer acceder al sistema sanitario, desde la solicitud de citas previas hasta la atención en urgencias.

Las participantes que estaban siguiendo un tratamiento continuo se vieron perjudicadas debido a que sus citas de seguimiento o fueron suspendidas sin reprogramación, o fueron trasladadas a atención

telemática, situación que funcionó de barrera para quienes no cuentan con el recurso de acceso a internet y a un espacio íntimo para hacer la revisión médica. Lo mismo aplicó a las revisiones de rutina, como es la revisión ginecológica. Para las pocas que pudieron acceder a la atención sanitaria, se percibió una baja en la calidad de la atención a nivel trato del personal y abordaje médico.

## DEMANDAS

- Cabe destacar que, debido al laberinto de obstáculos para los accesos, las personas han desistido de buscar atención, dejando una vez más, desatendidos sus cuidados. Esta parte del diagnóstico se cerró plasmando situaciones conflictivas con la atención sanitaria pública en demandas hacia las autoridades, destacándose;

1. Asegurar la atención sanitaria y de parte de los servicios sociales sin barreras idiomáticas.

2. Fomentar la educación sexual integral en todos los ámbitos.

3. Traducción en los documentos que tenemos que firmar cuando hacemos uso de un servicio público.

4. Formación continua con perspectiva interseccional para personal sanitario y administrativo.

5. Se necesitan campañas de salud mental permanentes.

6. Atención primaria de los casos ginecológicos.

7. Derecho a una vivienda digna, porque es una cuestión de salud.

8. Capacitación a la población en condición de migración en el uso de las nuevas tecnologías, para acceder a servicios públicos (telemedicina).

9. Sistema público de salud mental, no meramente asistencial.

10. Profesionales de salud con capacidad para empatizar y evitar el trabas burocráticas en la atención.

- A nivel de políticas públicas, resulta claro del diagnóstico que la situación de desigualdad en la que las mujeres se encuentran por motivos estructurales se ha visto fuertemente incrementada debido a la pandemia. Es necesario orientar las políticas públicas en base a una perspectiva feminista con el fin de mitigar las consecuencias que esta situación pandémica tendrá a corto, mediano y largo plazo.

- Se precisan datos específicos en la categoría de género y de discriminaciones múltiples sobre el impacto de la pandemia en los derechos de las mujeres diversas en cada territorio, pues, al momento de desarrollar el informe se hizo una búsqueda de información en fuentes oficiales sobre el tema "Impacto de la pandemia en la salud sexual y reproductiva de las mujeres" a nivel nacional y autonómico y se identificó una falta de

datos específicos, sobre todo en relación con el Maresme, Barcelona.

- Desde el Estado se debe revalorizar, reconocer y legitimar las redes de cuidados colectivos que impulsan las mujeres para sostener la vida en contextos desafiantes ante la ausencia de las autoridades para dar respuesta a sus necesidades. Al respecto se demandó lo siguiente:

1. Se precisa impulsar procesos de toma de conciencia para que las mujeres en su diversidad identitaria incorporen el concepto de derechos sexuales y derechos reproductivos en su cotidiano. Sobre todo, para que asocien la idea de sexualidad como un territorio de derechos. Hace falta apoyo por parte del Estado hacia las colectivas que impulsan este tipo de iniciativas de sensibilización e información para vencer la falta de información que supone una barrera para el ejercicio libre de derechos, comenzando por el autoreconocimiento como sujetas de derechos.

2. Se precisa una toma de conciencia para que la concepción de los derechos sexuales y reproductivos no se asocie al acto sexual en sí y a la maternidad, y sí a la protección ante las violencias que vulneran el ejercicio de estos derechos.

3. El Estado debe reconocer que las barreras en el ejercicio de los DSR por parte de las mujeres no surgen directamente de la situación pandémica, sino que se ven intensificadas durante este período, lo que nos lleva a concluir que se trata de una problemática estructural.

4. Se precisan acciones comunitarias impulsadas por la sociedad civil y con apoyo del estado para reconocer que los problemas y dificultades con relación a los DSR no solo se reflejan a nivel individual sino los mismos se pueden identificar en nuestras familias,

barrios y comunidades. De este modo, promover conciencia sobre el impacto fuera de lo individual por parte de las mujeres, dando cuenta de que la situación de encierro hizo que las personas se centren en sí mismas y dejen de lado su presencia en espacios familiares, barriales y comunitarios.

5. Se precisa atención psicológica en los centros de atención primaria sobre las secuelas del contexto de confinamiento, donde no solo se vio deteriorada la salud de las mujeres debido a la poca gestión emocional, sino también a la intensificación de los roles de género y las relaciones de poder ya existentes a nivel estructural. Se tiene que poder recuperar del agotamiento físico y mental en comparación con sus convivientes al tener que asumir más tareas de cuidados.

6. Ante una situación de crisis como la pandémica, es preciso activar las redes de apoyo colectivo que tienen las mujeres en sus barrios y ciudades, evitando su aislamiento para así evitar situaciones de violencia machista como las que se intensificaron durante el confinamiento debido a la propia convivencia de las mujeres con sus agresores y la falta de contacto con sus redes de apoyo, lo que impactó de manera negativa en su salud física y mental.

7. Es preciso que el sistema sanitario considere que los controles ginecológicos son imprescindibles y que deben funcionar también en contextos de urgencia.

8. Es preciso que el Estado tome conciencia del significado de la crianza en contextos de encierro, porque ha tenido repercusiones para hijas e hijos en general, sobre todo en edades tempranas y adolescentes, momento en el que se experimenta un desarrollo fundamental en términos sociales. Las madres se vieron afectadas por este tema a nivel



emocional y su salud se vio deteriorada por la falta de reconocimiento de esta problemática y, por consiguiente, su no abordaje por el sistema de salud público. Se precisan medidas para atender esta realidad.

9. Se debe fortalecer el sistema de salud pública para dotar al personal sanitario y médico de capacidades y recursos para responder de manera tranquila y no estresante ante los contextos de pandemia, porque la presión laboral se reflejó en la calidad de la atención, siendo las usuarias las perjudicadas directas de esta dinámica.

10. Se precisa que el estado dote de recursos a colectivas feministas para abrir y generar espacios cariñosos y seguros donde nos demos permisos para que surjan nuestros sentires, inquietudes, o solo escuchar y ser escuchadas, donde se puedan incluir estas voces en el proceso de creación de medidas públicas.

11. El sistema sanitario público precisa incorporar medidas de atención en salud con perspectiva feminista.

- El Estado para asumir, elaborar y poner en marcha medidas de recuperación ante el impacto de la pandemia tiene que tomar en cuenta cómo la misma ha impactado en los colectivos más vulnerabilizados, como son mujeres, población en condición de migración y refugio, personas con diversidad, disidencias, personas con problemas de salud mental, mayores, personas de estratos sociales bajos, entre otros. Estas vulnerabilidades interseccionan entre ellas y se agudizan en contextos de encierro y precariedad, por lo que resulta necesario abordar el tema haciendo un análisis específico, a mediano y a largo plazo, no solo de las cuestiones sanitarias, sino también de las consecuencias a nivel económico, político, psicológico, emocional y social, etc. con el fin de evitar conclusiones parciales o sesgadas.



## 5. Tarragona: un sistema sanitario que sesgó su atención

### MUJERES SIN EMPLEO, EN ECONOMÍA SUMERGIDA O CON UN TRABAJO MUY PRECARIO

Saliendo del confinamiento total en Tarragona, en el mes de junio ya empezamos a ver información que hizo visible la desigualdad estructural impactada en las mujeres. En junio salió información en temas de ocupación denunciando textualmente que “el 63% de las personas que han solicitado ayuda a Creu Roja en Tarragona por la crisis de la Covid-19 son mujeres: 12.023 frente a 7.093 hombres. Si el ente ha hecho 14.859 atenciones a mujeres en cuestiones inclusión social y salud, los hombres se quedan en 7.981”. La situación de las mujeres antes de que llegara el impacto de la pandemia a la ciudad, ya evidenciaba condiciones precarias en el ámbito laboral, donde las mujeres perdieron 24.415 empleos y los hombres 21.907. Las mujeres han dejado sin firmar 2.500 contratos menos que los hombres, según la comparativa del mercado laboral de marzo, abril y mayo entre el 2021 y 2020. En porcentajes, se puede confirmar que para abril de 2020 las mujeres perdieron un 72% de los contratos que se habían firmado en abril de 2019, pasando de 15.133 a 4.226. En el caso de los hombres, la bajada no es tan acentuada y se sitúa en un 62%, al descender de los 15.729 contratos a los 5.908. Ya en marzo, ellas perdieron el 31% de las contrataciones frente al 27% de ellos, mientras que en abril ellas sufrieron el 67% y ellos el 51%.

Otra cifra que revela las precarias condiciones de las

mujeres en la ciudad son las de febrero del 2019, un momento que aún no estaba condicionado por el virus, el 57,6% de las personas en paro eran mujeres: 27.971 frente a 20.595 hombres. Luego de todas las medidas para hacer frente al virus y evitar contagios llegan los ERTES y con ellos las mujeres cobrando el 70% y además con retaso, acentuando la precariedad en las mujeres que cobran por horas.

Por otro lado, son muchas las mujeres que han solicitado atención a entidades sociales como Cruz Roja. Todas ellas, mujeres sin empleo, en economía sumergida o con un trabajo muy precario. A eso se añade los menores a cargo o ser familia monoparental. Y aunque la ayuda es un paliativo temporal, todas tienen el firme propósito de conseguir trabajo.

Con respecto a la salud emocional, la Universidad Rovira i Virgili, desde su departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social en colaboración con el Ayuntamiento de Tarragona, se realizó un informe sobre cómo afectó la Covid-19 socialmente a la ciudad. Los datos generales evidencian que un 55,6% de la población tiene un sentimiento emocional positivo frente a la situación de crisis. El estudio indicó que un 35,8% de las personas encuestadas sufre un estado emocional negativo como, por ejemplo, intranquilidad y estado nervioso. Los estados emocionales negativos están estrechamente relacionados con el género, el nivel de ingresos y el nivel de estudios. Ser mujer, tener menor nivel de ingresos y menor nivel de estudios se relacionan con emociones más negativas dentro del estudio.

## LA PANDEMIA: UNA MOCHILA MUY PESADA QUE CARGAR

La primera pregunta rompe el hielo: "¿Cómo ha impactado la pandemia en nuestras vidas?", y deja claro entre las participantes su anhelo de dialogar de manera colectiva, contar con un espacio de contención emocional y desahogarse frente al contexto que les ha afectado. Todas coinciden que la pandemia ha supuesto una mochila muy pesada que cargar. Todas se muestran emocionadas de intercambiar sus experiencias sobre lo vivido. En todos los casos que cada una comenta, la pandemia ha impactado de manera muy negativa, empeorando las situaciones complicadas preexistentes que muchas ya tenían.

Las participantes indican el desgaste permanente que les ha agravado problemas de salud previos a causa del confinamiento. Hablan de una gran afectación en la salud mental que obstaculiza a afrontar problemas con mayor tranquilidad. También notamos cómo las relaciones personales se vieron afectadas debido al distanciamiento de sus amistades, sus familias y redes de apoyo emocional. Así se vieron imposibilitadas de recibir familia. *"Fue una situación muy desgastante, con miedo, incertidumbre, preocupación constante de lo que podía suceder en cualquier momento. Sin ver a la familia, a las amistades, todo fue más complicado"*, DF.

Se ha evidenciado una afectación muy grave a la situación legal de las personas en condición de migración. El gran impedimento es la Ley de Extranjería que dificulta las situaciones laborales dejándolas, pendiendo de un hilo en un sistema capitalista racial. *"No valoran tus capacidades, ni tu experiencia que traes del país de origen. Te valoran sólo por el color de piel, y entonces, si eres negra no tienes saberes, no tienes capacidades. Así nos racializan"*, AN.

Entre las participantes se destaca la necesidad de dar apoyo a las personas en situación de mayor vulnerabilidad, afectadas por la pandemia, debido a que surgieron nuevas dependencias, vinculadas a la salud mental del confinamiento. *"Fue un contexto de estrés colectivo que se acrecentaba desde los medios de comunicación. Y entre cuatro paredes no*

*había manera de sobrellevar la realidad, nos desbordaba. Tampoco sabías cómo gestionar lo que sentías y ni eras consciente que precisabas apoyo"*, PC.

Las participantes coincidieron que se presentó también un contexto de situaciones económicas difíciles que afectaron la salud mental. *"Sin trabajo, sin tener con qué comprar comida, sin poder salir fue muy duro. Si se alargaba esta situación en el tiempo qué haría, me preguntaba. No me sentía segura de poder aguantar por mucho tiempo esta situación"*, SA. Y a la vez las participantes hablan de reaparición de situaciones traumáticas del pasado. *"Cuando vives en un contexto de miedo como fue la pandemia, otros miedos debido a traumas del pasado vuelven, y entonces no hay manera de parar porque empiezan situaciones de angustia y desesperanza. Miedo a perder a quienes quieres, miedo a que te puedas morir, miedo a quedarte desamparada, miedo a todo"*, VG.

## TRAS LA PANDEMIA, CON TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO

Cuando se reflexionó de manera colectiva sobre la salud física, emocional y mental, todas vivieron el momento con emoción y sentimientos encontrados. Cada una, desde sus propias experiencias y palabras coincidieron en que la pandemia les había afectado negativamente a nivel psicológico y mental.

Se pusieron de manifiesto, debido al ambiente de confianza, cuidado y complicidad que se creó en la sesión, situaciones personales que demostraron lo pésimos que habían sido los servicios recibidos a nivel de administración sanitaria. El descontento era generalizado. *"No comprendemos hasta ahora cómo el Estado gestionó todo desde el miedo, desde la insensibilidad a la realidad de las personas que precisaban saber de sus familias internadas en el hospital, era una incertidumbre, no había manera de saber si estaban en extrema gravedad o no"*, AM. *"Llamabas al centro de salud y se demoraban en atender, y mientras te afectaba el dolor por un malestar y tenías que aguantar porque tenías miedo de ir a urgencias, por temor al contagio"*, SB. *"Imagino que también en*

*los servicios sanitarios también tenían miedo, aunque tendrían que estar con preparación para este tipo de situaciones. No es posible que haya habido anta indiferencia y malas formas en el trato”, RP.*

Salió a colación que algunas de las presentes habían vivido el embarazo y el parto en pandemia y que la experiencia había sido de soledad máxima y se habían sentido abandonadas por el sistema. *“Recuerdo que viví mi embarazo con mucha soledad, sin recibir apenas atención al control del mismo y cuando tuve el parto, no dejaron que ningún familiar me acompañara, estuve sola en el hospital, sin tener nada de comunicación con el exterior. Además, preocupada por si mi bebé se contagiara, que contrajera el covid”, AS. “Vivir el embarazo y estar preocupada por no contagiarte, porque tal vez te podías poner en una situación de mucha vulnerabilidad. Además, nadie te informaba cómo se podía sobrellevar de una manera segura y tranquila. Tenías que buscarte la vida”, PD.*

Sin duda, la afectación a la salud mental de las mujeres, especialmente de las que viven en condición de migración, recién llegadas, poco antes de la pandemia, y de las que tienen familiares viviendo en sus territorios de origen, donde la pandemia se gestionó todavía peor que en España, ha sido muy alta y ha dejado secuelas. Muchas de las presentes se encuentran actualmente en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. *“Aun vivo con dolor la pérdida de mi madre durante la pandemia. No pude despedirme de ella, no pude procesar su partida. Yo a miles de kilómetros de ella, al otro lado del mundo y sin saber qué había sucedido. Su pérdida aún me duele y muchas veces lloro”, SR. “Mi madre se contagio del covid-19*

*y por más intentos que hice para comprar el billete de avión para estar más cerca de ella no pude, viví su agonía a través del sufrimiento de mis hermanas que estaban allá. No había camas, no había oxígeno para las personas afectadas. Y encima, la gente mayor estaba muriendo a grandes cantidades en mi país. Cuando murió fue un golpe grande, porque no pude estar con ella”, RH.*

Una de las cuestiones que se reflexionó fue acerca de la privatización de los tratamientos en salud mental que son el principal obstáculo para que se pueda acceder a atención psicológica en el sistema de salud público. Esta realidad impide el acceso a psicólogas de gran número de personas y por tanto las expulsan del sistema. La sanidad pública se infrafinancia y no existe acceso para personas en situación de vulnerabilidad a nivel legal (a las que no dejan acceder a la sanidad pública por su origen) o económico. Esta realidad evidenciada durante el confinamiento forzó a muchas a acudir a ayuda profesional privada, las que podían asumir el costo y las que no, tuvieron que gestionar su malestar por ellas mismas.

Hubo un gran estrés por la situación económica y sanitaria que agudizó las dificultades mentales previas. *“Al quedarme sin trabajo, me angustié más. Ya venía de sufrir ataques de angustia por otros temas personales. Y cuando perdí el empleo por la pandemia, entonces se me hizo doble el malestar y no me atendían en el centro de atención primaria, estaba desesperada”, FS. “Perder el trabajo cuando eres la única proveedora de la familia y más en la pandemia fue difícil. No podía dormir por las noches, empecé a comer de manera nerviosa y engordé mucho”, SG.*



Entre las participantes también se identificó la aparición de nuevas relaciones por necesidades derivadas de la situación de vivienda que ponen a personas bajo viejas presiones que parecían ya superadas. *“Al no tener dónde vivir, tuve que alquilar una habitación que no era habitación parecía un trastero, y pagaba como si fuera una habitación. La persona que me alquilaba no me dejaba utilizar los espacios que deberían ser comunes, además, porque por mantener la distancia tenía que permanecer casi encerrada en ese espacio que ni ventanas tenía. Aguanté a costa de llorar en silencio, por no tener otra posibilidad de irme”*, PE.

Coincidió en su mayoría que se encuentran en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, porque se desbordó su resistencia. *“Ahora que ya se puede salir, ha sido un alivio. Aun así estoy en tratamiento porque siento que el miedo sigue allí, mi angustia no se ha ido. Siento que debo cuidarme, porque esta situación puede volver en cualquier momento y tengo que estar con mayor fortaleza”*, PD.

## CANCELACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La situación de estrés y saturación sanitaria llevó al sistema de salud a redirigir los recursos de los servicios de salud sexual y reproductiva y a limitar el acceso a la planificación familiar. Esto supuso un riesgo fundamental para las mujeres, quienes siguen necesitando acceso a métodos contraceptivos. También supuso un peor acceso al tratamiento de infecciones de transmisión sexual que agravó la situación de salud de cualquier sexo. *“No había manera de pedir cita para el control de ginecología, ni por si tenías una afección. Estaban saturados, te informaban por teléfono, tiene que esperar, te insistían”*, DS.

*“Mi proceso de embarazo implicó una completa soledad a causa de la imposibilidad de acceso de mi pareja a las ecografías. Eso me dejó en una situación emocionalmente vulnerable y en consecuencia con una sensación de abandono”* AM. *“Eché en falta las sesiones de preparación de parto y de otros servicios, pues todos se cancelaron directamente y ni siquiera se adaptaron mínimamente a la situación*

*pandémica. No hubo nada de consideración con nuestra realidad”*, DS.

Todas las participantes coincidieron que los servicios de atención en salud sexual y reproductivo eran primordiales, que no comprenden cómo durante todo un año se cancelaron e impidieron a muchas mujeres ser atendidas. Claramente, como todas coinciden, no se protegieron los derechos sexuales ni reproductivos, ni se garantizó la seguridad y dignidad, y con estas cancelaciones se perpetuaron normas de género dañinas, discriminatorias y desiguales con las mujeres. El ámbito de la salud sexual y reproductivo es esencial de la vida, y no es posible que se hayan generado desigualdades en la atención. No hubo una mirada social a la salud, sólo clínica.

## DINÁMICAS DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA: UNA BOFETADA A LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

Las dinámicas usadas por el sistema de salud para atender a las mujeres en época de pandemia ha sido una bofetada a sus derechos. Desde la Red Antirracista de Tarragona se considera pertinente enfatizar que para las mujeres en condición de migración fue doble el impacto de la bofetada. Estuvieron en total desamparo, ya que todos los esfuerzos y recursos fueron destinados a hacer frente a la pandemia sin tener en cuenta las realidades particulares por las que atravesaban las mujeres del territorio.

*“La salud en general había sido desvalorada, y solo se tenían en cuenta a las personas que cumplían ciertas características impuestas por el sistema, características en temas de edad, situación regulada, sintomatología, historia clínica, antecedentes entre otras. Por ello, toda mujer que estuviera fuera de esas características pasaba a no poder ejercer su Derecho a ser atendida, a gozar de buena atención médica, a recibir información y orientación sanitaria”*, expresa SL.

*“Fue como si borrarán de los registros el resto de las realidades patológicas y sus repercusiones en la vida de las mujeres porque el sistema solo cubriría lo relacionado con Covid-19 y además de manera sesga-*



da”, sostiene FV.

Viendo todo el panorama social y sanitario, algunas participantes manifestaron que decidieron pagar un seguro médico privado, obviamente no todas podían contar con la posibilidad económica de costearlo. Algunas solo lo hicieron por miedo a no cumplir con los parámetros impuestos por el sistema y que no fuera atendida, incluso teniendo la covid en su cuerpo.

Un porcentaje relevante de las mujeres asistentes a la sesión denunciaron haber vivido en primera persona la angustia de tener en la familia mujeres con enfermedades mentales que durante el confinamiento total y gran parte de la pandemia estuvieron sin recibir

atención incluso en momentos de crisis. *“Llamé a los servicios de salud asignados para que nos atendieran y nunca recibí respuesta, fue estresante verme en esta situación, mientras veía cómo ella sufría y de mi parte sin poder contribuir a su mejoría”,* explica PT.

Por otro lado, las mujeres en condición de migración denunciaron que no les fue garantizado el derecho a acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de contracepción. Se vieron solas en este proceso y sin que nadie pudiera atenderlas con celeridad. Muchas coinciden que también debido al racismo en el sistema sanitario, porque en tanto se daban cuenta que eran extranjeras el trato era más displicente y cortante.

## DEMANDAS

- La situación de la ocupación laboral de la ciudad antes de la pandemia evidenciaba mucha desigualdad estructural y precariedad. Sobre todo, hacia las mujeres que trabajan dentro de la economía sumergida que están en condición de migración y racialización. Es urgente que las autoridades públicas puedan establecer medidas específicas de promoción de empleo para las mujeres que se encuentran bajo esta condición, tomando en cuenta su propia realidad, necesidades e intereses.
- Durante la pandemia se acrecentó la violencia machista y se normalizó que no existieran canales de apoyo eficaces para denunciar esta opresión que expuso a las mujeres a situaciones de peligro en Tarragona. Se precisa revisar los protocolos de actuación ante la violencia machista existentes y abrir un diálogo colectivo y consulta comunitaria, sobre todo con las mujeres afectadas para tomar en cuenta, desde su propio saber situado, sus propuestas de medidas correctivas que contribuyan, en cualquier contexto, a dar una respuesta adecuada de prevención, protección y erradicación de la violencia machista en Tarragona.
- Ante las experiencias de una nula atención con calidad y calidez a la salud reproductiva de las

mujeres por parte del sistema de salud, sobre todo en casos donde las mujeres en proceso de embarazo y de parto se vieron desamparadas, sin tomar en cuenta que esta situación podría causar altos niveles de depresión post parto, se requiere que el sistema sanitario defina como prioritaria la atención en salud sexual y reproductiva en cualquier tipo de contexto pues se trata de sostener la vida de las usuarias y no de generarles un malestar en su salud.

- Se hace evidente en relación a su salud mental las mujeres identificaron no un trauma sino de una re-trauma después de la Covid-19, debido a la grave ausencia de servicios de salud mental antes de la pandemia, que luego se agudizaron reabriendo las heridas, durante la pandemia. A Partir de esta re-traumatización existe un estado de ánimo negativo por toda la incertidumbre sobre el futuro laboral, personal y social. Ante esta realidad se precisa que el sistema de salud pública priorice y abra consultorios especializados en salud mental y emocional que se sostengan en el tiempo, que permitan acceder a todas las mujeres independientemente de si tienen o no regularizada su situación administrativa en España.

## 6. Girona: pérdida de trabajo y desahucios

### LA PANDEMIA HA SIDO INAGUANTABLE

La pandemia COVID-19 nos ha tomado por sorpresa en Girona, por tratarse de un virus desconocido, con alto grado de propagación y la falta de los recursos médicos y la falta de tratamiento específico que causó múltiples repercusiones psicológicas, sociales, económicas y políticas. *“Hemos pasado un tiempo inaguantable durante el confinamiento, sobre todo lxs niñxs que han tenido que estar encerradxs en casa”.*

Las participantes, pertenecientes a realidades muy diversas se han visto afectadas por la pandemia de formas diferentes: incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento social, temor a enfermarse y mayor precariedad económica.

*“El confinamiento y después las restricciones nos ha cambiado de ritmo de vida, nos ha obligado a aislarnos en casa. Estar sola en casa, con miedo a contagiarse, sin poder estar con sus hijxs y nietxs ha causado mucho sufrimiento y angustia. La situación se complica en algunas casas cuando se trata de hogar pequeño o los hijxs perdieron el trabajo y quedaron sin ingresos. Uno de mis hijos perdió su trabajo, pero mi mayor preocupación fue a nivel comunitario, en nuestra red de vecinas, que muchas son familias numerosas, muchas personas encerradas en casa, debido al confinamiento, la mayoría casas pequeñas”* (María, 78 años)

El haber estado encerrada en casa toda la familia creó situaciones de estrés, ansiedad. Además, muchas familias se sentían frustradas porque por la falta de recursos lo que generó que sus hijxs no pudieron seguir las clases online. Una de las participantes comenta con tristeza *“mi hija no disponía de ordenador para conectarse a las clases escolares y las instituciones gubernamentales tardaron en dar soluciones”.*

El derecho a la vivienda también se vio vulnerado durante la pandemia, pues las órdenes de desahucio no pararon y la algunas de las participantes expresaron su miedo a ser desahuciadas. *“Tenemos fecha de desahucio, debido a nuestra situación administrativa que estamos sin papeles, no tenemos opción a un alquiler”* (Naima, 44 años)

Los desahucios implican no sólo la pérdida de espacio para vivir, sino un trauma debido al desamparo emocional en el que te coloca. Es una violencia económica la que se ejerce contra una persona o una familia cuando se la expulsa del lugar donde vive. *“Estaba en mi casa y pagaba cada mes alquiler, y después de operarme, 3 veces en dos meses, salí del hospital sin poder caminar bien. En el mismo mes, me hicieron un desahucio expres, sin dejarme opción de recoger mis objetos personales. Después conseguí recuperar algunas cosas y no tengo donde guardarlas. Cuando expliqué esto en servicios sociales, me respondieron ‘porque no vuelves a tu país’”* (Fatima, 47 años).

Muchas mujeres, debido a su situación administrativa en España y que trabajaban en la economía sumergida, se vieron fuera del mercado laboral y a la vez les resultó imposible acceder a los servicios sociales. Una de las participantes explica llorando *"No tenemos papeles, mi hermano pierde el trabajo por el covid, no tenemos alimentos, no tenemos agua, llamamos a SS, alegan que, si no hay menores a cargo, no tenemos derecho a ayudas, le explico toda la situación y se niegan rotundamente a gestionar ningún tipo de ayuda a la familia"* (Soumaya 25 años).

La pandemia del COVID-19 puso de manifiesto la importancia del trabajo de cuidados y a la vez ha demostrado la insostenibilidad de la actual organización social de los cuidados. Ante el miedo al contagio, muchas cuidadoras fueron despedidas y otras tuvieron que estar aisladas en casa de las personas que cuidaban. *"He pasado la pandemia con una señora mayor a la cual cuidaba, no salía por no contagiarla, después perdí mi abuela en mi país de origen. La señora se puso muy enferma y falleció. Y ahora sin paro me toca buscar una habitación de alquiler y otro trabajo"*. (Samira, 33 años).

## LA PANDEMIA NOS GENERÓ MAYOR DEPRESIÓN

Las participantes manifiestan que la COVID-19 les ha cambiado la vida dado que esta situación se agrava ante el desconocimiento al virus, a no saber cuánto tiempo puede durar y qué puede causar en el futuro. Una de las participantes señala *"La pandemia me deprimió, todo cambió, a peor, y tanta burocracia, me deprimió"* (Omaira 40 años).

La situación de incertidumbre e inseguridad les ha creado sensación de angustia, estrés, ansiedad, miedo, tristeza, y soledad, por lo que aumenta la posibilidad de que empeoren los trastornos de salud mental.

A algunas participantes les afectó la pérdida de seres queridos y no poder despedirse de ellos ni vivir el duelo. *"La pandemia me ha supuesto un gran sufrimiento, en concreto la pérdida de familiares en especial mi abuela, el no poder despedirme. Como las auto-*

*ridades no han visto todo el dolor que podía suponer a las familias. He perdido de mi suegra. El darme cuenta y reflexionar de como dejamos a nuestros mayores apartados de nuestras vidas. Opino que podemos aprender mucho con vuestras comunidades que seguís muy conectadas a vuestros abuelos y el respeto que le tenéis."* (Verónica 46 años)

Las participantes con patologías y consideradas de alto riesgo lo están pasando muy mal, entre el miedo y las preocupaciones dado que sienten que la situación sanitaria esta fuera de control: *"Ha sido año lleno de tristeza y preocupaciones, he tenido todo el año a mi hija en casa, que tiene problemas respiratorios, los médicos llamaban cada día para saber si la niña respiraba bien. Estaba en contra la vacuna y me vacuné por el bienestar de mi hija"*. (Jaqueline 37 años)

Algunas de las participantes tienen secuelas físicas y otras psicológicas: *"Primer pensé que era una enfermedad solo de mayores, y que no me tocaría. Vivía en una habitación de alquiler. Entonces empezó con los síntomas y a sentirme mal, llame a los médicos y no me hacían caso. Finalmente, acudí al hospital. Es una experiencia muy dura a la cual no podré olvidar. No hemos recibido ningún tipo de ayuda"* (Ana, 40 años).

## "DURANTE LA PANDEMIA SE OLVIDÓ LA SALUD DE LAS MUJERES"

No todas las mujeres estamos o nos sentimos libres para hablar de nuestra salud sexual o reproductiva, por temor o vergüenza. Vivimos en una sociedad multicultural y todavía nos cuesta hablar de muchos temas. Acceder al servicio de ginecología se ha complicado durante la pandemia *"Yo tenía un problema sexual y utilizaba medicina natural, e intente cita con el ginecólogo"*. (Fatimatou, 45 años)

Otras mujeres por problema de idioma tuvieron que utilizar la medicina natural, porque las consultas pasaron a ser telemáticas lo que dificultó la comunicación y el que pudieran explicar el malestar que estaban sintiendo.



Las mujeres de orígenes africanos aprovecharon la sesión para plantear el tema de mutilación genital, que ellas mismas han sido víctimas de esta violencia y están trabajando para que sus hijas no sufran esta práctica *“Yo sé lo que estoy pasando y no lo quiero para mis hijas. Hace falta más que sentido común para acabar con la mutilación genital”* (Fatimatou, 45 años).

## **LAS CONSULTAS TELEMÁTICAS: UN GRAN OBSTÁCULO**

La sobrecarga de los sistemas sanitarios y la reasignación de los recursos para responder a la pandemia han dificultado aún más la prestación de los servicios sanitarios exclusivos para el bienestar de las mujeres y las niñas.

*“Durante la pandemia acudí a urgencias para que me pinchasen un calmante, ya que las pastillas para el dolor en mi pie ya no hacían efecto. Volví al hospital a por una infiltración y al rato me dicen que puedo marchar, digo que estoy mareada, sigo allí desde las*

*11:00 hasta las 19:00 y sigo mareada, llamo a mi hijo para acompañarme a casa y al intentar levantar no siento el pie, me traen la silla de ruedas, y vuelvo a intentar y no puedo. Los sanitarios dicen que todo está bien. Decían que a la ‘marroquina’ la dejasen, que no tenía nada y que la problemática era yo.”* (Fátima, 48 años)

Las consultas telemáticas con el médico se considera un gran hándicap para muchas mujeres que no dominan el idioma. El acceso a los servicios sanitarios se ha complicado desde la pandemia, ya que no todas tienen acceso a la página web, o saben utilizarla. El acceso por teléfono era imposible debido a la brecha digital. *“Nosotras en casa no tenemos un teléfono fijo, sólo usamos el móvil de recarga de saldo para poder llamar. A veces, intentábamos llamar y al demorarse en responder teníamos que colgar, sino se nos acababa el saldo. Otras veces, cuando por fin, alguien nos atendía, al darse cuenta de que éramos extranjeras nos trataban con indiferencia y falta de respeto. Era porque somos migrantes, porque nuestras vidas no cuentan para ellos”.*



## DEMANDAS

- Es preciso fortalecer la toma de conciencia y las capacidades del personal de salud pública en antirracismo y descolonialidad feminista para romper con el prejuicio y el estigma que impacta en las mujeres que sufren mayor precariedad y pobreza, lo cual las sitúa en un peor lugar para afrontar la crisis sanitaria, especialmente hacia las mujeres en condición de migración y racialización.

- La crisis de la pandemia sitúa en precario triplemente a las mujeres en condición de migración, con o sin papeles. Han perdido sus trabajos y su autonomía económica. El machismo, clasismo y racismo generan una realidad adversa para su economía y las coloca en grave precariedad y sin ningún tipo de ingreso económico. Es preciso promover medidas urgentes de generación de empleo entre las mujeres en condición de migración y racialización para fortalecer su autonomía económica.

- Es urgente que la renta garantizada de ciudadanía y la renta mínima dejen de estar burocratizadas e incorporen un enfoque interseccional y diferencial; además, que tomen en cuenta las especificidades y diversidad de las mujeres en condición de migración y racialización. Además, no deje fuera a las que no tienen papeles y deje de estigmatizar a las mujeres en condición de migración, y también a aquellas que tienen papeles, pues se sigue pensando desde los gobiernos locales que no cumplen los requisitos de la burocracia.

- Ante la crisis sanitaria que ha puesto de manifiesto las graves desigualdades y la violación sistemática del derecho humano fundamental en la vivienda, donde las familias en condición de migración y racialización, las monoparentales y las trabajadoras del hogar y de los cuidados sin papeles son las más afectadas, se precisan poner

en práctica medidas urgentes, a mediano y largo plazo, que garanticen su acceso a una vivienda social digna, tomando en cuenta sus necesidades y especificidades de acuerdo a su realidad vital.

- Muchas familias en condición de migración y sin papeles no tienen dónde vivir y no les queda otra salida que ocupar un piso. Esta ocupación tiene un coste psicológico y emocional muy alto: son periodos de inseguridad, miedo y frustración que dejan huella tanto en los adultos como en los niños. Por este motivo, demandamos que se deje de juzgar, sancionar y perseguir como si fueran delincuentes a las personas que decidieron ocupar un piso. Al contrario, se debería ver la manera de que ese piso ocupado (que ha permanecido vacío durante mucho tiempo) pueda seguir siendo usado por la persona o personas a través de reconvertir ese espacio en un alquiler social, y sin imponer el requisito de tener papeles de residencia en España.

- Las mujeres en condición de migración en Girona como el resto del país son víctimas de la violencia institucional. Ya sea para acceder a los servicios sanitarios, obtener la tarjeta sanitaria, o en el ámbito administrativo o jurídico. Los servicios sanitarios no siempre han garantizado un intérprete a las mujeres con dificultades lingüísticas. Incluso el SIAD no ofrece este servicio. Se precisa con urgencia contar con intérpretes y mediadoras interculturales en los centros de salud para facilitar la comprensión y el acceso a los servicios de las personas en condición de migración y sin que se vean en el impedimento de acudir.

- El miedo a contagiarse con el covid 19 o el hecho de padecer la enfermedad, además de los problemas de la vivienda, la falta de ingresos está teniendo un impacto psicológico muy grave so-

bre las mujeres, el colectivo más vulnerable en nuestro territorio. Se precisa atención psicológica especializada y garantizada a mediano y largo plazo en el sistema de salud

- La mutilación genital femenina (MGF) que es escisión total o parcial de los órganos genitales femeninos es una cuestión de SALUD. Esta práctica daña la salud de las mujeres y las niñas ya que pueden producir hemorragias graves y problemas urinarios, y más tarde pueden causar quistes, infecciones, complicaciones del parto y aumento del riesgo de muerte del recién nacido<sup>6</sup>. Se precisa continuar trabajando en medidas de actuación comunitarias con las organizaciones de mujeres africanas implicadas en acciones de sensibilización, prevención y erradicación de

<sup>6</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

esta opresión hacia las mujeres.

- En Girona, esta pandemia nos dejó ver la necesidad de tejer una red de asociaciones, colectivas de mujeres para mejorar la sororidad entre las mujeres y para llevar la situación de las gironinesas a la agenda política. Se precisa que el Ayuntamiento de Girona promueva apoyo con recursos de fortalecimiento organizativo a las colectivas comprometidas con generación de prácticas de convivencia, de cuidado comunitario e iniciativas que sostengan la vida. Es la única manera de generar procesos de transformación con protagonismo de las mujeres de diversos orígenes.

# Bibliografía

Ahmed, Zara; Sonfield, The COVID-19 Outbreak: Potential Fallout for Sexual and Reproductive Health and Rights. Guttmacher Institute (Consultado 14 abril 2020)

Bizberg, I. (2020). "Pensar más allá de la pandemia". Madrid: El País. Disponible en: [https://elpais.com/elpais/2020/03/31/opinion/1585610408\\_637589.html](https://elpais.com/elpais/2020/03/31/opinion/1585610408_637589.html). [ Links ]

CEPAL (2020). La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45335>. [ Links ]

De Sousa Santos, B. (2006) Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social. (Encuentros en Buenos Aires), CLACSO: Buenos Aires. Material en línea disponible desde: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/santos/santos.html>

Descolonizar el saber, reinventar el poder. Ediciones Trilce. Montevideo, Uruguay. (2010). Material en línea disponible desde: [http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Descolonizar%20el%20saber\\_nal%20-%20C%C3%B3pia.pdf](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Descolonizar%20el%20saber_nal%20-%20C%C3%B3pia.pdf)

Dussel, E. "Ponencia de Enrique Dussel en el Primer Congreso del Buen Vivir: Poder, Estado, Autonomías, Colonialidad y Violencia", en Puebla, México. &lt;<https://www.youtube.com/watch?v=ieRwulurppo>

Entrevista a Silvia Rivera Cusicanqui, "Los saberes compartidos" &lt;<https://www.youtube.com/watch?v=g3DUsv7udNs>

Fondo de Población de Naciones Unidas. Informe técnico COVID-19: Un enfoque de género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género. Marzo 2020 (Consultado 14 abril 2020)

Foster, B. (2020). Entrevista: "El capitalismo ha fracasado. La disyuntiva es 'la ruina o la revolución'". Kaosenlared. Disponible en: <https://kaosenlared.net/entrevista-a-bellamy-foster-el-capitalismo-ha-fracasado-la-disyuntiva-es-la-ruina-o-la-revolucion/>

Grosfoguel, R. "Racismo/sexismo epistémico, universidades occidentalizadas y los cuatro genocidios/ epistemicidios del largo siglo XVI" &lt;<http://www.revistatabularasa.org/numero-19/02grosfoguel.pdf>

Hussein J, Hussein J. COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally?? COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally. 2020; 0397:1-4.

Informe económico local 2021. Provincia de Barcelona.

<https://www.diba.cat/documents/354095901/361015123/Informe+economic+2021.pdf/62a6478d-27bb-b555-ed40-7745d6b44de5?t=1638454871856>

Instituto de estadística de Cataluña.

<https://www.idescat.es/pub/?id=censph&n=95&geo=mun:080538&lang=es>

LaFleur, I. "From the Drexicya to Mars: An interplanetary water mission" &lt;<https://www.youtube.com/watch?v=Z5PIvt6mCFg>

Munck, J. de (2020). "Tres respuestas a la crisis del coronavirus". Open Democracy. Disponible en: <https://www.opendemocracy.net/en/democraciabierta/three-responses-coronavirus-crisis/>. [ Links ]

ONU MUJERES: LOS EFECTOS DEL COVID-19 SOBRE LAS MUJERES Y LAS NIÑAS

<https://interactive.unwomen.org/multimedia/explainer/covid19/es/index.html>

Primers impactes de la Covid-19 a la societat de les illes Balears.

[https://osib.uib.cat/digitalAssets/619/619413\\_d-99576-uib---llibre-impactes-covid-int-digital.pdf](https://osib.uib.cat/digitalAssets/619/619413_d-99576-uib---llibre-impactes-covid-int-digital.pdf)

Parlamento Europeo: El impacto de género de la crisis de Covid-19 y el período posterior a la crisis (septiembre de 2020)

Parlamento Europeo: El impacto del sexo y el género en la pandemia de COVID-19 (mayo 2020) (en inglés)

Pedregal, R. "¿Qué es el Buen Vivir"? &lt;<http://www.resumenlatinoamericano.org/2017/03/19/ecuador-que-es-el-buen-vivir/>

Posada Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña C, Carlos-Gómez L. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Rev Colomb Psiquiatr. 2004;33(5):241-62.

Quijano, A. (2000), "Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina", en Edgardo Lander (Comp.), La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales, Perspectivas latinoamericanas, CLACSO, Buenos Aires.

Sousa Santos, B. de (2020a). La cruel pedagogía del virus. Buenos Aires: CLACSO.

Segato, R. (2017). "Anibal Quijano y la perspectiva de la colonialidad del poder en La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología por demanda". Disponible en: <http://leedor.com/2017/07/23/la-critica-de-la-colonialidad/>. [ Links ]

The Tricontinental, "Frantz Fanon: el brillo del metal" &lt;<https://www.thetricontinental.org/es/dossier-26-fanon/>

Wenham, Clare; Smith, Julia; Morgan, Rosemary. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. The Lancet. March 14, 2020; 395 (10227): P846-48.



*“El Buen Vivir interpreta que la vida, la salud y la medicina se sustentan en la práctica del sentipensar y sostener la vida en su más amplio significado. Solo el pulso del corazón y el latir de la razón, en consonancia con el cuidado comunitario, evidencian que la ciencia puede ser inmensa, aunque no comparable con la espiritualidad sanadora de cuidarnos en interdependencia y reciprocidad, pues ésta avanza siempre más adelante que el progreso científico y regenera nuestra existencia para transformar en armonía el territorio cuerpo y el territorio tierra.”*

**Red de Migración, Género y Desarrollo**

Reflexiones de la Escuela Feminista Descolonial

*“Los cuerpos se enferman porque las violencias y los dolores no son pasajeras sino que quedan impregnadas en los cuerpos que atraviesan. Y también es en estos cuerpos donde radica la energía vital para emanciparnos y sanarnos”.*

**Lorena Cabnal**, feminista comunitaria

