

Las mujeres y su participación en la situación de crisis generada por la COVID-19

[Ver en pdf](#)DOI: doi.org/10.55783/comunidad.240201

Rosana Peiró Pérez. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Valencia. España

Para contactar:

Rosana Peiró Pérez. peiro_ros@gva.es

La pandemia ha supuesto una crisis sanitaria con un gran impacto social, sin precedentes hasta ahora. Desde su inicio, con el confinamiento total, excepto para las necesidades básicas, y también en los meses posteriores, se produjeron muchas situaciones de necesidad. Quienes más sufrieron el impacto negativo de esta situación en estos primeros meses fueron las personas con una situación social y laboral más precaria. Las mujeres son quienes mayoritariamente se encontraron en esta situación porque son mayoría en los cuatro ámbitos siguientes¹:

1. En el trabajo sanitario y de servicios esenciales representan el 70% del personal sanitario. En 2018, en España, el 89% de profesionales de trabajo social eran mujeres² y son mayoría en sectores del comercio de alimentación y de los servicios de limpieza hospitalaria y de residencias.
2. Realizando la mayor parte del trabajo doméstico y cuidado de personas dependientes, remunerado y no remunerado, formal e informal.
3. Con mayor precariedad y pobreza laboral, lo cual las sitúa en un peor lugar para afrontar una crisis. Además, algunos de los sectores más afectados, como el comercio, el turismo y la hostelería, están altamente feminizados³.
4. El confinamiento también incrementó el riesgo de violencia de género y otros tipos de violencia.

La Dirección General de Salud Pública y Adicciones de la Comunitat Valenciana (CV) desde hace años trabaja de forma conjunta con ayuntamientos para la promoción de la salud. Por ello se diseñó un cuestionario, con preguntas abiertas y cerradas, con el objetivo de conocer cómo se estaba trabajando para hacer frente a estas necesidades desde el entorno local. El cuestionario fue contestado por 172 ayuntamientos (60% de la población de la CV) y 30 asociaciones, y posteriormente, para profundizar en cuáles fueron las necesidades que se detectaron y cómo y quiénes contribuyeron a mitigarlas, se hizo una entrevista abierta a un ayuntamiento y a dos asociaciones comunitarias. Los resultados detallados se muestran en el *Informe de género y COVID* del Observatorio de Salud de las Mujeres⁴ y en un estudio general⁵. Este último mostró que el impacto negativo de la pandemia se concentró, por las razones descritas, en las mujeres, un grupo de población con mayor vulnerabilidad y, por tanto, mayor necesidad. Sin embargo, se obtuvieron dos resultados muy importantes con respecto a la respuesta que se ofreció.

Por una parte, algunos ayuntamientos refirieron que la experiencia previa de trabajo colaborativo entre los diferentes sectores municipales, otras administraciones locales y asociaciones comunitarias les ayudó a dar una mejor respuesta coordinando acciones a todos los niveles. Como ha sucedido en otras situaciones de crisis, la población se autoorganizó creando apoyos informales o formales y colaborando con los ayuntamientos para cubrir las necesidades detectadas⁶. Y tal como lo describían algunos ayuntamientos, el impacto de la pandemia hubiera sido peor sobre la población más vulnerable, mayoritariamente mujeres, sin el trabajo comunitario coordinado con las administraciones locales y la experiencia previa de trabajo colaborativo a través en los espacios intersectoriales de participación. Estas mesas intersectoriales y de participación se han promovido desde diferentes tipos de instituciones, así como desde la red de municipios por la salud en la CV, las redes comunitarias con el apoyo del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), la Atención Primaria y la estrategia de acción local que se promueve y coordina desde Promoción de Salud del Ministerio de Sanidad. Estas mesas tienen como objetivo contribuir a la gobernanza local participativa para codiseñar procesos de promoción de la salud, cuyo compromiso incluye la colaboración de los ayuntamientos y las diferentes concejalías con las asociaciones comunitarias. La existencia de esta relación, previa a la pandemia, y la experiencia de cooperación y colaboración fluida de los ayuntamientos con las asociaciones contribuyeron a que la respuesta coordinada formal e informal fuera más eficiente.

Por otra parte, quienes estuvieron trabajando tanto desde los ayuntamientos en las concejalías de salud o servicios sociales, como en los comercios locales, los cuidados y las asociaciones y quienes apoyaron de forma individual fueron mayoritariamente mujeres. Las mujeres fueron las que más participaron y contribuyeron a mitigar estas necesidades. Se quedaron para cubrir los servicios de primera necesidad en las concejalías de sanidad y servicios sociales, y las necesidades que surgieron fueron, por ejemplo, refuerzos de limpieza, trabajo social y de psicología; todos ellos, insistimos, fueron cubiertos mayoritariamente por mujeres. En el sector de la alimentación, para organizar cestas de comida, hubo muchas mujeres involucradas, y también se contrató a muchas para reforzar la limpieza. En el nivel comunitario, según las entrevistas en profundidad, los contactos con las asociaciones que contribuyeron a paliar las diferentes necesidades fueron mayormente con mujeres. En las asociaciones contra la violencia de género trabajaban mujeres que trataron de cubrir necesidades de las mujeres (por ejemplo, una sola asociación tuvo 600 actuaciones). Las asociaciones de madres y padres de los colegios, con las que se colaboró para cuestiones relacionadas con el cierre de escuelas, la mayoría de los contactos fueron con mujeres. Lo mismo en las asociaciones culturales o de ciudadanía, que contribuyeron, por ejemplo, a repartir alimentos, incluso aunque la presidencia estuviera ostentada por un hombre. Con respecto al apoyo informal, muchas mujeres no asociadas formalmente contribuyeron en diferentes aspectos (por ejemplo, en una ciudad de 50.000 habitantes, 500 mujeres ayudaron a coser mascarillas y trajes protectores con bolsas de basura, así como a crear otros materiales).

Uno de los aprendizajes de esta situación de pandemia ha sido que necesitamos crear ciudades y comunidades más resilientes; es decir, que puedan organizarse de manera que, cuando se den situaciones de desastres inesperados y coyunturales, tengan recursos comunitarios para poder afrontarlos y la población pueda tener «un colchón» social para reducir su impacto negativo en la población más vulnerable⁷.

Se sabe, y se describe aquí también, que las mujeres son las principales proveedoras de cohesión social en términos de cuidados y formas de relación. Sin embargo, también son las principales excluidas de la cohesión social en términos de igualdad de oportunidades, ya que asumen los costes del cuidado de la vida, pero no participan de los beneficios del bienestar social en la misma medida que el conjunto de la población. En general, se podría decir que, una vez más, las mujeres brindan salud global y los hombres la lideran⁸.

Esto es lo que se ha llamado la paradoja de género en la cohesión social, donde gran parte del cuidado comunitario, además del cuidado familiar, y por tanto del ahorro del gasto público, se financia con el trabajo no pagado de las mujeres⁷. Esto es, asumen los costes del cuidado de la vida aportando un «escudo» necesario para la prevención y protección social, pero no participan de los beneficios del bienestar social en la misma medida que el conjunto de la población.

Como conclusión, las mujeres más vulneradas necesitan formación y más estructura de apoyo para ganar empoderamiento y poder salir de estas situaciones. También es importante la formación, y crear, potenciar y mantener estructuras participativas, proceso imprescindible para la gobernanza local participativa. Y ya que las mujeres son las que más participan en procesos comunitarios, debemos continuar trabajando para incrementar nuestras oportunidades también de liderazgo y poder en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19. [Internet]. Madrid: Ministerio de Igualdad. Gobierno de España; 2020. [Consulta el 26 de junio de 2022.] Disponible en: [https://www.inmujeres.gob.es/disenovovedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_\(uv\).pdf](https://www.inmujeres.gob.es/disenovovedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_(uv).pdf)
2. Vicente González E, Arredondo Quijada R, Rodríguez Fernández C. III Informe sobre los servicios sociales en España. [Internet]. Madrid: Investigaciones e informes del Consejo General del Trabajo Social. Consejo General del Poder Judicial; 2019. [Consulta el 26 de junio de 2022.] Disponible en: https://www.cgtrabajosocial.es/files/5de783c0056f8/ISSE_III_WEB.pdf

3. La situación de las mujeres en el mercado de trabajo 2020. [Internet.] Madrid: Ministerio de Trabajo y Economía Social; 2020. [Consulta el 26 de junio de 2022.] Disponible en: https://www.mites.gob.es/es/sec_trabajo/analisis-mercado-trabajo/situacion-mujeres/index.htm
4. Género y COVID. Informe del Observatorio de Salud de las Mujeres. Madrid: Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. (En prensa.)
5. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Pueblos y ciudades más resilientes después de la pandemia para reducir las desigualdades de salud. Valencia: Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana. (En prensa.) Disponible en: sp.san.gva.es/xarxasalut
6. Bach R, Doran R, Gibb L, Kaufman D, Settle K. Policy Challenges in Supporting Community Resilience. Working Paper presented at the London Workshop of the Multinational Community Resilience Policy Group. [Internet.] [Consulta el 26 de junio de 2022.] Disponible en: <http://s3-us-gov-west-1.amazonaws.com/dam-production/uploads/20130726-1752-25045-8947/pdf>
7. World Health Organization. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. [Internet.] World Health Organization; 2019. [Consulta el 26 de junio de 2022.] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322>
8. De la Fuente Latorre P. Cohesión social con enfoque de género, clave para reducir las desigualdades. Proceso de transversalidad de género en el Programa EUROsocial+. Programa para la cohesión social. [Internet.] Madrid: Eurosocial; 2021. [Consulta el 26 de junio de 2022.] Disponible en: https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2021/05/PLAN-DE-ACCION_COHESION-SOCIAL-Y-GENERO_1.pdf

Fecha de recepción: 11 de mayo de 2022 **Fecha de aceptación:** 28 de junio de 2022
Editora responsable: Blanca Botello Díaz



[Volver](#)

Las mujeres y su participación en la situación de crisis generada por la COVID-19
Rosana Peiró Pérez
Comunidad julio 2022;24(2):1
ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)

Comentar