

PERSPECTIVA

Recibida: 17/5/2022
 Aceptada: 27/9/2022
 Publicada: 5/10/2022

perspectiva27_parra_trivino_martinez
 e1-e5

*Feminist public health,
 another view on the pandemic.*

Los autores declaran
 que no existe ningún
 conflicto de intereses

FINANCIACIÓN

IPJ agradece la financiación de la Agencia Estatal de Investigación (código PID2019-105422GB-I00) por su beca predoctoral FPI.

MVML agradece la financiación de la Agencia Estatal de Investigación (código MINECO FFI2017-88913-P) por su beca predoctoral FPI.

CORRESPONDENCIA

Iris Parra Jounou
 Departamento de Filosofía,
 Facultad de Filosofía y Letras,
 Universitat Autònoma de Barcelona
 C/Fortuna, s/n, CP 08193,
 Cerdanyola del Vallès (Barcelona),
 España.
iris.parra@uab.cat

*Por una salud pública feminista,
 otra lectura sobre la pandemia*

AUTORES

Iris Parra Jounou (1) [ORCID: 0000-0003-0172-111X]
 Rosana Triviño Caballero (2) [ORCID: 0000-0003-2431-9916]
 María Victoria Martínez-López (3) [ORCID: 0000-0002-1101-1413]

FILIACIONES

- (1) Departamento de Filosofía Política y Moral, Universitat Autònoma de Barcelona, Campus de Bellaterra. Barcelona. España.
- (2) Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.
- (3) Departamento de Filosofía I, Universidad de Granada. Granada. España.

INTRODUCCIÓN

LAS TEÓRICAS DE LAS ÉTICAS Y POLÍTICAS DEL CUIDADO, CON SUS ANÁLISIS en clave feminista e interseccional, llevan décadas intentando dejar huella en la práctica clínica y en las estructuras políticas (1,2). En ellas, se requieren amplios procesos de humanización de la relación entre profesionales y personas que necesitan su atención, sin dejar de lado las desigualdades por motivos de género, clase social o pertenencia a colectivos vulnerables minoritarios que atraviesan las vivencias de salud y enfermedad en la sociedad. Es evidente que nuestras instituciones deben ser ampliamente repensadas en sus fundamentos; desde las residencias de ancianos a las UCI altamente tecnologizadas; desde la saturación de la atención primaria a la falta de personal especializado. En ámbitos como la enfermería se hace gran hincapié en los modelos basados en la interdependencia y el contexto particular para generar otro marco de asistencia (3), a la vez que se lucha por las jerarquías e invisibilidades relacionadas con las profesiones altamente feminizadas (4). No en vano las reflexiones que siguen las firman tres mujeres con perfiles híbridos que hemos dedicado parte de nuestra vida laboral al ámbito de la atención primaria y hospitalaria (tanto en enfermería como en fisioterapia) y, a su vez, a la investigación y la docencia en bioética, filosofía y humanidades. Hemos vivido en nuestras carnes las contradicciones entre una voluntad de servicio y unos ejes de opresión connaturales a las instituciones.



Los problemas esbozados no son nuevos y seguirán creciendo conforme aumente la demanda de servicios en poblaciones con tendencia al envejecimiento, al debilitamiento de los servicios públicos, al modelo de vida y trabajo neoliberal, a las desigualdades estructurales (5). Sin embargo, todo ello ha sido amplificado por la pandemia de la COVID-19. Y es que esta crisis ha exacerbado las preexistentes, no solo de salud sino económicas y sociopolíticas, afectando a unos grupos de población por encima de otros. Se la ha tildado de enfermedad social puesto que la posibilidad de infectarse dependía, entre otros factores, de las desigualdades previas y de los riesgos a los que se expuso a los colectivos por los gobiernos central o autonómicos. No es el objetivo de este texto sintetizar los análisis hechos sobre la gestión de la pandemia, sino aportar una reflexión que amplíe el imaginario sobre qué modelo de vida y de cuidados queremos construir desde ya. ¿Qué marcos alternativos hay para afrontar situaciones con las que podemos volver a toparnos en un futuro? Una posible respuesta es: una salud pública feminista e interseccional.

La llamada crisis sanitaria producida por la irrupción del SARS-COV-2 fue más bien una crisis a todos los niveles, a la que se sumó una gran pérdida de vidas humanas y una saturación de la mayoría de los sistemas de uso corriente nacional y transnacional. Ello nos llevó a un estado en el que hubo que actuar con rapidez e incertidumbre, y en el que los debates bioéticos tomaron parte del protagonismo. Sin duda, recordamos los bailes de cifras en los telediarios y las ruedas de prensa ataviadas con trajes militares. Una vez pasados los momentos de mayor desconocimiento y angustia, y con la perspectiva que dan dos años de convivencia con el virus y el balance de lo vivido, podemos preguntarnos: ¿Qué modelos se utilizaron y cuáles se dejaron de lado para pensar en las intervenciones necesarias? Cuando se analizan los objetivos desde una perspectiva meramente numérica de ponderación riesgo/beneficio, queda fuera toda la dimensión de los cuerpos, de los contextos y de las diferencias entre

grupos, comunidades, individuos y entornos. Las políticas públicas se diseñaron o bien desde un punto de vista deontológico (kantiano) (como en la priorización de colectivos vulnerables para la campaña de vacunación) o bien desde una perspectiva utilitarista (como en la distribución de recursos escasos, siendo los respiradores el caso paradigmático, para el mayor número de personas posibles) (6). Sin embargo, no se tuvieron en cuenta otros marcos políticos como el feminismo para adoptar medidas a gran escala.

¿SALUD PÚBLICA FEMINISTA?

A FINALES DE LOS NOVENTA APARECIERON una serie de artículos que reflexionaban en torno al potencial de una salud pública feminista. Entre los temas: nuevas áreas de investigación, la posición de las mujeres como agentes, el desarrollo de marcos teóricos, las interrelaciones entre sexo y género, etc., que suponían un cambio hacia una forma más holística y multidisciplinar de salud pública basada en el pluralismo teórico, en las perspectivas abiertas y en las acciones colectivas con tal de mejorar la salud de los grupos subordinados (7). Y en ello seguimos.

La salud pública feminista es un campo de estudio transversal en el que se toman con especial consideración las relaciones de poder para la distribución desigual de salud en las poblaciones por motivos de género, etnia, clase social, entorno ambiental, etc., llamados determinantes sociales de la salud (DSS). Este enfoque se alinea con la defensa de la justicia social y se aleja del modelo de estilo de vida de orientación individual en pro de un modelo relacional e interdependiente.

¿CUÁL ES EL POTENCIAL DE CAMBIO DE UNA SALUD PÚBLICA FEMINISTA?

EL POTENCIAL DE CAMBIO DEL ENFOQUE feminista supone, en primer lugar, la inclusión de políticas de salud de género; aquellas

Por una salud pública feminista, otra lectura sobre la pandemia.

IRIS PARRA JOUNOU et al.

que buscan la inclusión de mujeres y otros cuerpos no normativos como sujeto y objeto de estudio de los discursos androcéntricos preexistentes. Es decir, que la práctica clínica incluya imágenes alternativas de estos colectivos que vengan de sus propias experiencias y no de presupuestos teorizados fundamentalmente por hombres en el modelo cisheteropatriarcal. En el caso concreto que analizamos, este enfoque es vital para abordar el impacto de la pandemia en problemas específicos. Enumeramos algunos:

- 1) El aumento de la violencia machista en España por las políticas de aislamiento en el hogar.
- 2) La visibilización de los cuerpos menstruantes ante la falta de estudios de los posibles efectos de la vacuna en estos sujetos así como la posterior minimización de los casos en consulta por alteraciones menstruales hasta que amplios colectivos alzaron la voz.
- 3) La conciliación familiar con sesgo de género y la mayor carga de cuidados domésticos en colectivos de mujeres migrantes.
- 4) La polarización de los discursos oficiales por parte de médicos y científicos especialistas, dejando a los profesionales feminizadas fuera del ágora pública.

Defendemos, por tanto, que las medidas propuestas desde las instituciones para los diseños de salud pública durante la pandemia han carecido de dicha perspectiva y que es vital incluirlas.

En segundo lugar, y con un potencial disruptivo mayor, una salud pública feminista implica la puesta en marcha de políticas desarrolladas desde nuevos marcos teóricos. Para ello se deben buscar conceptos transversales, nuevas categorías de estudio y apostar por la interdisciplinariedad junto con otras ramas de conocimiento y prácticas, como se ha venido

haciendo en los últimos años con la categoría del *cuidado* (8). Esta aproximación permite romper con las construcciones previas en términos teóricos y políticos y cambiar la lógica que organiza el sistema socioeconómico, en la cotidianidad y en períodos excepcionales como el que ha supuesto la crisis pandémica.

Para aterrizar estas ideas, en una estructura de salud basada en los preceptos que defendemos, la distancia no se formularía en términos sociales, sino físicos, manteniendo la importancia de los lazos comunitarios que muestran nuestra condición relacional e interdependiente. No se tomaría una estrategia comunicativa basada en una primera respuesta de despliegue militar, como si de una brecha de seguridad nacional se tratara, ni un vocabulario que remitiera a la guerra y la lucha, en un marco de violencia inaudita. Se fomentaría el apoyo mutuo, las redes de solidaridad ciudadana, la importancia de la salud mental. Se tendrían en cuenta múltiples características identitarias que actúan a la vez y no una sola; eso supondría implementar medidas diferentes para las grandes urbes y para pueblos pequeños sin casos confirmados, o flexibilizar los horarios de paseo por grupos de edad, para no ignorar una disparidad social que requiere ser atendida en su complejidad. Puesto que el contexto sería un factor clave, se tendrían en cuenta factores como el mejoramiento de los medios de transporte a los lugares de trabajo para aquellos colectivos que no pudieran teletrabajar ni disponer de vehículo propio. Estas podrían haber sido algunas respuestas a la pandemia de la COVID-19 desde un marco teórico feminista que basara la democracia en la igualdad de acceso a los cuidados y su distribución en sociedad, con consciencia de los diferentes ejes de desigualdad y opresión que afectan a distintos colectivos, y podrían también ser estrategias de partida para el futuro.

Una visión feminista de la salud pública nos aporta una reflexión sobre la ciencia y su pretendida objetividad que incluye una crítica al

Por una salud pública feminista, otra lectura sobre la pandemia.

IRIS
PARRA
JOUNOU
et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
5/10/2022
perspectiva27
parra_trivino_martinez

◀ androcentrismo de las prácticas médico-científicas con una sobredimensión de la biología por encima de factores culturales y sociales (7). Se debe apostar por la metodología cualitativa para mostrar las experiencias subjetivas, permitiendo así revelar las vivencias que acompañan a los datos cuantitativos. La realidad diaria se nos mostró fundamentalmente a través de porcentajes y cifras, de números que proporcionan una información epidemiológica relevante, pero que, al mismo tiempo, despersonalizan y resultan limitados a la hora de conocer otro tipo de fenómenos. A modo de ejemplo, la posibilidad de que el aislamiento haya generado daños colaterales gravísimos desde el punto de vista psicosocial (y no solo económico) ha sido producto de una reflexión a posteriori para la que el análisis cualitativo puede mostrar los problemas y apuntar hacia sus soluciones de manera más adecuada.

Estrategias como estas permiten adquirir una mayor consciencia de la diversidad de realidades, alertando además sobre la existencia de factores estructurales y relaciones de poder que cristalizan en las experiencias corporales de salud y enfermedad en distintos grupos de población. Esta heterogeneidad se produce también dentro de los grupos principales; hay diferencias por razón de clase, edad, identidad sexual, etnia, estatus político, lugar en que se habita, etc. En este sentido, la perspectiva feminista destaca la importancia de incluir la mirada interseccional para ver cómo las múltiples estructuras de desigualdad exponen a las personas de manera individual y comunitaria de forma diferente. Esta información es vital para el abordaje inicial y la evaluación posterior de

las medidas tomadas, así como para un análisis en profundidad de las consecuencias de la crisis (9).

CONCLUSIÓN



SI NO SOMOS CAPACES DE IMAGINAR NUEVAS fórmulas de enfocar nuestra sociedad frente a problemas venideros, y seguimos partiendo de modelos tradicionales creados bajo la ficción del hombre blanco, racional, autónomo y propietario en un marco de salud biomecanicista; si no entendemos que se somete a unas partes de la población a mayores dificultades que a otras; si no estamos dispuestas a tener un debate público en espacios colectivos sobre los riesgos que podemos asumir como sociedad; y sobre todo, si no aplicamos de una vez nuevos marcos que tengan en cuenta valores feministas, antirracistas y con conciencia de clase, que incluyan la relacionalidad, las diferencias de contexto, los colectivos vulnerables, los puntos débiles del sistema y cómo reforzarlos, las múltiples dimensiones de la salud y una rendición de cuentas pública y oficial, la próxima pandemia volverá a chocar con mayor furia en los grupos de siempre, los de la zona baja de la pendiente social, los eternos menospreciados. De ahí que sea vital una alianza que incorpore los aprendizajes de otras áreas de conocimiento y que no se centre solo en el ámbito biológico, cientísta y punitivo de la salud pública.

AGRADECIMIENTOS



Agradecemos a la red Ética Salubrista para la Acción, Cuidados y Observación Social (ESPA-CyOS) su apoyo en nuestras investigaciones.

Por una salud pública feminista, otra lectura sobre la pandemia.

IRIS
PARRA
JOUNOU
et al.

BIBLIOGRAFÍA



1. Coe I. *Feminism is for everybody*. Lancet. 2019; 393 (10171): 493.
2. Norlock K. *Feminist Ethics* [Internet]. The Stanford Encyclopedia of Philosophy: Zalta EN (ed.); *verano 2019* [Consultado 10 mayo 2022]. Disponible en: <https://plato.stanford.edu/archives/sum2019/entries/feminism-ethics/>
3. Gastmans C. *Care as a moral attitude in nursing*. Nurs Ethics. 1999; 6 (3): 214-223.
4. George A (ed.). *Human resources for health: a gender analysis*. [Internet]. OMS, 2007 [consultado 10 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/human-resources-for-health-a-gender-analysis>
5. Durán MA. *La riqueza invisible del cuidado*. Valencia: Universitat de Valencia; 2018.
6. Hortal-Carmona et al. *La eficiencia no basta. Análisis ético y recomendaciones para la distribución de recursos escasos en situación de pandemia*. Gac Sanit. 2021; 35 (6): 525-533.
7. Hammarström A. *Why feminism in public health?* Scand J Public Health. 1999; 27: 241-244.
8. Chasman D, Cohen J (eds.). *The Politics of Care. From COVID-19 to Black Lives Matter*. Cambridge, MA: Boston Review & Verso Books; 2020.
9. Maestripieri L. *The COVID-19 Pandemics: Why Intersectionality Matters*. Front Sociol. 2021; 6: 642662.