“Somos guerreras, reinventamos, resistimos”: análisis de la situación de las mujeres de la ciudad de Maputo durante la pandemia de COVID-19

CRISTINA DEL VILLAR-TORIBIO*

Resumen: El objetivo de este estudio es analizar la situación del impacto de la pandemia de COVID-19 en la vida de las mujeres de Maputo, a través de un análisis DAFO con tres representantes de colectivos de Maputo. Fueron identificadas como debilidades el miedo a acudir a los servicios de salud, la pérdida de recursos económicos, la dificultad para cumplir las medidas de prevención y la desinformación sobre la atención sanitaria. Las amenazas identificadas fueron la invisibilización de otras enfermedades, la represión policial y el aumento de la violencia contra las mujeres. Respecto a las fortalezas, se identificaron la capacidad de resiliencia, re-inención y lucha, el conocimiento de los síntomas del COVID y la malaria, el uso del termómetro, las medidas de higiene accesibles y las campañas de colectivos de mujeres. Por último, las oportunidades fueron el material informativo traducido, los apoyos gubernamentales y las campañas de ongs locales.

Palabras clave: Cuidados; COVID-19; Mujeres; Maputo; Feminismos.

Resumo: O objetivo deste estudo é analisar a situação do impacto da pandemia da COVID-19 na vida das mulheres em Maputo. Através de uma análise SWOT com três representantes dos colectivos de Maputo, as debilidades identificadas foram o medo de ir aos serviços de saúde, a perda de recursos económicos, a dificuldade de cumprir as medidas de prevenção e a falta de informação sobre os cuidados de saúde. As ameaças identificadas foram a invisibilidade de outras doenças, a repressão policial e o aumento da violência contra as mulheres. As forças identificadas foram resiliência, reinvenção e luta, conhecimento dos sintomas da COVID e da malária, utilização de termómetro, medidas de higiene acessíveis e campanhas colectivas das mulheres. Finalmente, as oportunidades analizadas foram materiais informativos traduzidos, apoio governamental e campanhas locais de ONGs.

Palavras-chave: Cuidados; COVID-19; Mulheres; Maputo; Feminismos.

Abstract: The objective of this study is to analyze the situation of the impact of the COVID-19 pandemic on the lives of women in Maputo. Through a SWOT analysis with three representatives of Maputo collectives, fear of seeking health services, loss of economic resources, difficulty in complying with prevention measures and misinformation about health care were identified as weaknesses. Threats identified were the invisibilization of other diseases, police repression and increased violence against women. Regarding strengths, resilience, re-invention and fighting capacity, knowledge of COVID and malaria symptoms, use of thermometer, accessible hygiene measures and women's collective campaigns were identified. Finally, opportunities were translated information materials, government support and local NGO campaigns.

Key words: Care; COVID-19; Women; Maputo; Feminisms.

* CRISTINA DEL VILLAR-TORIBIO é doutoranda da Universidade de Sevilha.

1. Introdução

El objetivo de este estudio es realizar un análisis crítico del impacto que la pandemia de COVID-19 está teniendo en la vida de las mujeres de la ciudad de Maputo. Este análisis crítico se plantea desde una perspectiva biopsicosocial de la salud, que contemple las desigualdades sociales y económicas que moldean el impacto de la pandemia en los diferentes lugares del planeta. En este caso, tanto las aportaciones críticas feministas, el constructivismo social y los enfoques de género en salud son especialmente relevantes para contextualizar la situación que enfrentan las mujeres de Maputo ante la pandemia de COVID-19 más allá de una visión reduccionista biomédica.

Conceptualización de la pandemia más allá del virus COVID-19

Existen una serie de condicionantes de la salud que explican cómo las desigualdades sociales impactan de manera negativa en la salud de las personas. Estos factores condicionantes, llamados determinantes sociales de la salud, inciden en diferentes niveles. Por un lado, tenemos los llamados determinantes estructurales de la salud, como son las políticas sociales y económicas de un determinado territorio, el mercado laboral y la cultura y los valores asociados a la salud. También se incluyen en este grupo los determinantes que dependen de la estructura social y las relaciones de poder, como son la raza, el género, la edad, y la etnia. Por otro lado, existen los llamados determinantes intermedios de la salud, que se ven influenciados por los determinantes estructurales, pero que hacen que estos determinantes estructurales incidan de una manera o de otra en la salud de las personas, como son los recursos económicos de cada persona y sus

características biológicas y psicológicas (BORREL, 2017).

A nivel internacional, el congreso de Alma Ata, de 1978, organizado por la Organización Mundial de la Salud (a partir de ahora, OMS) y Unicef, supone todo un hito en la declaración de la salud como un derecho universal. En la Declaración de Alma Ata (1978), se puso de manifiesto la importancia de los factores socioeconómicos en la salud y las desigualdades en salud entre los países de norte y el sur global. Esta declaración abrió el debate internacional en torno a los determinantes sociales de la salud e inspiró la ampliación del paradigma biomédico a una concepción biopsicosocial de la salud. Las acciones de la OMS en relación a los determinantes sociales de la salud se centran en promover la equidad, con una fuerte acción estatal, mejorando el acceso a la educación y al empleo. No obstante, existen otros enfoques más críticos, como la corriente latinoamericana de salud colectiva y medicina social, que además de procurar la equidad en salud inciden en la importancia de actuar en las relaciones de poder desiguales y vincular la formación y la investigación a la práctica política. Para la medicina social y la salud colectiva latinoamericana, la enfermedad es la expresión de las relaciones entre las formas de propiedad el poder y la división del trabajo, así como de las relaciones entre las formas a través de las cuales la producción y la reproducción propias del capitalismo producen diferencias en la calidad de la vida de las distintas clases sociales, los géneros y las etnias (ACERO, et al. 2013) Por lo tanto, desde esta perspectiva promover la equidad no sería suficiente para actuar en los determinantes sociales de la salud, sino que sería necesario promover la justicia social y un cambio radical en las relaciones de poder que inciden en la estratificación social.

Desde una perspectiva del constructivismo social sobre la salud, se argumenta que, si bien existen enfermedades con un marcado carácter cultural, toda enfermedad a nivel experiencial es una construcción social basada en como cada persona vive y entiende dicha enfermedad. Lo que implica que no sea posible que el conocimiento médico quede fuera de la influencia de la construcción social de la enfermedad (CONRAD; BAKER, 2010). Por lo tanto, ante un discurso monolítico de pandemia universal, es preciso señalar que, la enfermedad provocada por el COVID-19 no va a ser vivida como una experiencia única, ni universal, sino como una experiencia de enfermedad mediada por el contexto social donde se desarrolle. Además, debido a las consecuencias económicas que las medidas de contención de la pandemia suponen, sería limitado abogar por la objetividad absoluta de los discursos médicos sobre la pandemia, como si estos discursos pudieran ser generados en una burbuja aislada de la convulsión social y económica que lleva consigo.

Contextualización de la pandemia en la Ciudad de Maputo

La Ciudad de Maputo, capital Mozambique, se encuentra en la provincia de Maputo, al sur del país y frontera con Sudáfrica y Esuatini, y tiene más de un millón de habitantes. Según el boletín informativo del *Ministerio de Saúde de Moçambique* (a partir de ahora, MISSAU), hasta marzo de 2021 se han contabilizado 65.195 casos positivos, 3.011 hospitalizaciones y 733 muertes por COVID-19. De los cuales 27.215 casos positivos, 2.259 hospitalizaciones y 572 muertes por COVID-19 acontecieron en la Ciudad de Maputo, siendo el principal foco activo de la pandemia en Mozambique.

A pesar de la llegada del COVID-19, la malaria es el principal problema de salud pública en Mozambique. Según datos del Plan Nacional de Control de Malaria 17-22 (2017), sólo en 2015 hubo 6,4 millones de casos. El 45% de las consultas sanitarias están relacionadas con la malaria y es la causa del 29% de las muertes hospitalarias. Estos datos se agravan cuando se refieren a niño/as, ya que la malaria es la causa del 56% de las hospitalizaciones pediátricas y 42% de las muertes de menores de 5 años. Contraer malaria durante el embarazo es un factor de riesgo de sufrir un aborto espontáneo y en Mozambique es una de las causas de la alta tasa de mortalidad materna durante el parto (408 por cada 100 000). El cuestionario sobre indicadores de malaria y SIDA (PLAN NACIONAL DE CONTROLO DA MALARIA, 2017) demostró que la incidencia de la malaria es un 60% superior en los dos quintales más bajos de riqueza. Hay tres grandes focos de malaria, en el norte, tanto en la costa como en la zona interior frontera con Malawi y Tanzania; en el la zona centro; y la zona litoral sur. La Ciudad de Maputo es una zona de baja incidencia, es decir, con entre 100 y 250 casos por cada 1000 habitantes.

Mozambique es uno de los países del mundo con mayor proporción de personas con VIH/SIDA. Según el Plan Nacional Estratégico de Respuesta al VIH/SIDA 15-19 (2015), la prevalencia del VIH en Mozambique es del 11.5% entre personas de 15 a los 49 años. Los datos desagregados por sexo en este informe son del 13.1% en mujeres y 9.2% en hombres, siendo identificado como grupo de mayor vulnerabilidad las mujeres entre 15 y 24 años, este grupo tiene tres veces más probabilidad de contraer VIH que sus coetáneos varones. La prevalencia del VIH está muy diferenciada por provincias,

concentrándose la mayoría de casos en el sur del país. Es interesante resaltar el dato de que Mozambique, Esuatini y Sudáfrica son los países del mundo con mayor proporción de personas con VIH, ambos países fronterizos de las provincias australes de Mozambique. El porcentaje de personas con VIH más alto se encuentra en la provincia de Gaza, con un 25.1%, seguido de la provincia de Maputo 19.8% y de la Ciudad de Maputo 16.8%.

El impacto del VIH en el país se ve agravado por la incidencia de la TB, existiendo un porcentaje de comorbilidad de TB/VIH del 56%. Se estima que un 3% de estos casos acaban por desarrollar TB multiresistente, es decir, que no responde a los tratamientos habituales. Si bien la malaria no tiene una gran incidencia en la Ciudad de Maputo, es una de las provincias del país con mayor prevalencia de VIH.

A esta situación, se añade la adaptación de la atención primaria a pandemia. Durante la primera ola de COVID-19 se adaptó un centro de salud específico (Hospital General Polana Caniço) para atender los casos de COVID-19 y se habilitó en el Hospital Central de Maputo un ala aislada para contener a los casos positivos antes de ser derivados al centro específico. Durante la segunda ola, el Hospital General Polana Caniço se vio saturado y el Hospital Central de Maputo y otros centros de salud de la ciudad se vieron obligados a acoger personas enfermas de COVID-19, quedando reducida la atención primaria.

Las medidas restrictivas para la contención de la epidemia de COVID-19 incluyen toque de queda nocturno; restricciones de las actividades en la vía pública; cierres de los mercados

públicos; distanciamiento social y uso de mascarilla obligatoria en lugares públicos cerrados. Estas medidas han tenido un impacto negativo en la actividad laboral general y especialmente en actividades de economía informal. Estas actividades son por lo general venta ambulante y trabajo doméstico, que, además, son ejercidas mayoritariamente por mujeres. Muchas de mujeres han perdido sus empleos como trabajadoras domésticas al ser consideradas como un foco de riesgo para sus empleadores, así mismo las vendedoras ambulantes han visto reducidos de forma significativa sus ingresos debido a las restricciones en los espacios públicos donde vendían. Así mismo, las restricciones de paso entre la frontera de Mozambique y Sudáfrica impiden a las vendedoras adquirir productos para ser revendidos en Maputo.

El plan de vacunación para el COVID-19 se inició en febrero de 2021, después de que el gobierno de Mozambique recibiera una donación de 200.000 vacunas del gobierno de China. El 60% por ciento de estas dosis fueron destinadas a los profesionales de la salud, y más de 13.000 han sido administradas en febrero de 2021 a profesionales en Maputo (en prensa, DW, 05.03.2021 y SAPO, 01.03.2021). Mozambique es uno de los países que se acogerá a la iniciativa COVAX. Esta iniciativa está codirigida por la Alianza Gavi para las Vacunas (Gavi), la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su objetivo es acelerar el desarrollo y la fabricación de vacunas contra la COVID-19 y garantizar un acceso justo y equitativo a ellas para todos los países del mundo¹.

¹ Presentación de la iniciativa COVAX en la web de la OMS

<https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax>

2. Análisis SWOT/DAFO

El análisis DAFO o SWOT, según sus siglas en español o inglés, cuyo origen exacto es incierto, es una herramienta ampliamente extendida durante los años 80 para la planificación estratégica en el entorno empresarial (PÉREZ CAPDEVILA, 2011). El método DAFO cuenta con diferentes variantes, en este estudio se aplica el Modelo Harvard, que se centra en el uso de la matriz DAFO como una herramienta de diagnóstico y evaluación (RODRIGUÉZ-VILLASANTE; MONTAÑES; MARTÍN, 2001). Este tipo de matriz ha sido aplicada al ámbito de la salud con anterioridad, como en los estudios de Holtgrave y Greenwald (2016), que aplican esta matriz para analizar la estrategia de nacional contra el VIH en EEUU (2015-2020), o el estudio de Uhrenfeldt, et al. (2016), que analiza las políticas sobre el trabajo de enfermería en cinco países europeos.

En este caso, los datos que se incluyen en la matriz DAFO se obtuvieron a través de un grupo focal, en el que participaron tres representantes de colectivos de mujeres de Maputo implicadas en cuestiones de salud y derechos de las mujeres. El grupo focal fue conducido por la autora de este estudio y se realizó en un encuentro virtual a través de una plataforma de video llamada. Se plantearon cuatro preguntas generales, que atendían a dos variables: cuestiones positivas o negativas; y cuestiones internas o externas a la vida y colectivos de mujeres de Maputo. A partir de estas cuatro preguntas se establecieron las cuatro ventanas de la matriz: Debilidades (cuestiones negativas internas), Amenazas (cuestiones negativas externas), Fortalezas (cuestiones positivas internas) y Oportunidades (cuestiones positivas externas).

Participantes

Originalmente, fueron convocadas cinco mujeres de diferentes colectivos y asociaciones de la ciudad de Maputo de las cuales sólo tres pudieron acudir a la cita. Las participantes fueron informadas de los objetivos de este estudio y se les pidió su consentimiento para usar sus nombres reales tanto por email como al inicio de la discusión. La selección de participantes se hizo a través de personas que ya estaban implicadas en colectivos y asociaciones de mujeres, es decir, con el método bola de nieve. Los criterios de selección fueron ser mujer, participar de forma activa en un colectivo o asociación que trabaje con perspectiva de género y participara en acciones o campañas relacionadas con los derechos de las mujeres de la ciudad de Maputo durante la pandemia.

Las participantes son: Dalila Macuacua, coordinadora de la asociación Horizonte Azul, cuyo objetivo es la defensa de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Esta asociación forma parte de la plataforma *Mulheres Comvida*, promovida por *el Forum Mulher* de Maputo. Magia Macuacua, activista por los derechos humanos de las mujeres e integrante del Movimiento de Jóvenes Feministas de Mozambique. Actualmente participa como investigadora en la elaboración de un informe sobre el impacto de la pandemia en la vida de las mujeres de Maputo. Por último, Salomé Massinge, integrante de la asociación *N'weti – Comunicação* para a Saúde. Esta asociación tiene diversos programas sobre salud sexual y reproductiva dirigidos a mujeres, así como campañas contra el matrimonio prematuro y los embarazos adolescentes.

Los resultados del análisis DAFO quedan recogidos de forma sintética en la Figura 1. A continuación, se describe de forma

más extensas los aspectos de cada una de las casillas del DAFO que fueron discutidos por las participantes.

DEBILIDADES	AMENAZAS
D.1 MIEDO DE ACUDIR A LOS SERVICIOS SANITARIOS	A.1 INVISIBILIZACIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES QUE NO SEAN COVID-19
D.2 PÉRDIDA DE RECURSOS ECONÓMICOS	A.2 REPRESIÓN POLICIAL
D.3 DIFICULTAD PARA CUMPLIR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN (ZONAS PERIURBANAS)	A.3 AUMENTO DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES
D.4 DESINFORMACIÓN SOBRE EL NUEVO FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
F.1 CAPACIDAD DE REINVENCIÓN, RESILIENCIA Y LUCHA	O.1 MATERIAL INFORMATIVO TRADUCIDO
F.2 CONOCIMIENTO EXTENDIDO DE LOS SINTÓMAS DE COVID-19 Y MALARIA	O.2 AYUDA DEL GOBIERNO PARA TRABAJADORES INFORMALES
F.3 USO EXTENDIDO DEL TERMÓMETRO	O.3 CAMPAÑAS DE APOYO DE ONGS LOCALES
F.4 MEDIDAS DE HIGIENE ACCESIBLES (ZONA URBANA)	
F.5 CAMPAÑAS DE COLECTIVOS DE MUJERES	

Debilidades

La disminución de ingresos está afectando de forma negativa a la salud de las mujeres, identificando en este análisis tres consecuencias significativas como debilidades que no son comunes a todas las mujeres de la ciudad de Maputo, sino que inciden con mayor o menor fuerza según su fuente de ingresos.

La primera de estas consecuencias es la dificultad para adquirir mascarillas desechables, gel hidroalcohólico y jabón, quedando así más expuesta a contraer el virus por no poder contar con medidas de higienización preventiva suficientes. En este aspecto, sobre las medidas de prevención, también se destacó la diferenciación entre mujeres que viven las zonas urbanas (ciudad de cemento), donde pueden contar con un acceso a agua salubre y alcantarillado; y las mujeres que viven en zonas periurbanas pueden no contar con un acceso continuo a agua corriente, lo que dificulta cumplir con la recomendación de lavarse las

manos de forma habitual. La canalización de agua corriente no está distribuida de forma equitativa en toda la ciudad. Existen zonas donde las casas no tienen canalización de agua, y se abastecen comprando galones a personas que tienen tanques privados o pozos, o en fuentes públicas, donde el agua también tiene un costo económico. Esto supone una dificultad para lavarse las manos de forma frecuente, así mismo lavarse las manos en un balde, o reutilizar agua, tampoco ayuda a cumplir las medidas de higiene para prevenir el contagio del COVID-19.

Segundo, esta disminución de ingresos supone para las mujeres un empeoramiento de su alimentación, lo que puede acarrear problemas de salud a largo plazo asociado a una nutrición pobre. Por último, muchas personas acuden a servicios privados de salud para realizar pruebas de diagnóstico y tratamientos que no incluye la cartera de servicios de la sanidad pública. Muchas

mujeres, sobre todo aquellas que se dedican a actividades informales, no pueden afrontar los gastos que supone acudir a estos servicios privados.

En el caso de la atención sanitaria durante el embarazo y el parto, el seguimiento médico ahora se realiza una vez cada tres meses en caso de embarazo normal, y los embarazos de riesgo deben seguir el seguimiento establecido de una visita mensual, medida general antes de la pandemia. Las participantes han identificado como debilidad la desinformación sobre la atención sanitaria durante el embarazo y el parto, ya que muchas mujeres no tienen información clara de cuándo deben acudir a las revisiones. También han hecho hincapié en que se ha reducido la atención en planificación familiar, dificultando el acceso a anticonceptivo y profilácticos para el VIH. Esto afecta especialmente a las mujeres jóvenes y adolescentes, donde se concentran la mayoría de casos de VIH y una elevada tasa de embarazo adolescente. Además, existe un miedo generalizado a acudir a los servicios de salud, ya que, por un lado, son vistos como focos de contagio y, por otro lado, las noticias sobre la saturación de la atención sanitaria en la ciudad actúan de modo disuasorio para acceder a los servicios de salud.

Amenazas

Desde el inicio de la pandemia, a nivel mundial, el COVID-19 ha monopolizado todas las discusiones sobre salud pública. Esto ha sido identificado como una amenaza por las participantes, ya que se han dejado de un lado otras enfermedades que afectan a la población de la ciudad de Maputo. Se ha creado un clima de incertidumbre respecto a cómo van a proseguir los planes para reforzar

la atención primaria, ya insuficiente antes de la epidemia.

Las medidas restrictivas en el uso de los espacios públicos mencionadas en el apartado anterior, son la causa de dos amenazas identificadas por las participantes. La primera de ellas es el aumento de la represión policial contra las vendedoras, lo que dificulta que sigan realizando sus negocios y las expone a recibir multas o abusos por parte de la policía. La segunda, está relacionada con los toques de queda. Se ha producido un aumento de la criminalidad en los horarios en los que hay menor tránsito de personas en la vía pública. Todas aquellas mujeres que vuelvan a casa tarde de realizar trabajos temporales, trabajar en una *machamba*² o realizar ventas en la calle, están más expuestas a ser asaltadas que antes de la implementación de estas medidas.

Fortalezas

Respecto a las fortalezas, las participantes identificaron varias que pueden ser divididas en dos grupos; uno de ellos como fortalezas que tienen que ver con la prevención e identificación del COVID-19 y otro con fortalezas para afrontar la crisis económica derivada de la pandemia.

Las fortalezas para la prevención e identificación del COVID-19 son un conocimiento extendido de los síntomas tanto del COVID-19 como de la Malaria, que permite diferenciar ambas enfermedades y acudir a los servicios de atención de salud correspondiente en cada caso. Otra fortaleza es el uso generalizado de termómetro, lo que permite el control de la temperatura en casos de posible contagio, o en casos positivos monitorizar si se está desarrollando la enfermedad de forma autónoma. También se discutió sobre la

² Terreno de cultivo

facilidad para mantener medidas de higiene adecuadas para prevenir el contagio, en este caso, para las mujeres de las zonas urbanas de la ciudad, con un abastecimiento de agua adecuado, es fácil cumplir estas medidas que requieren el lavado de manos frecuente.

En relación a las fortalezas relacionadas con el impacto negativo de la pandemia en la economía, la primera de ellas es “las mujeres somos guerreras”. Con esta frase se comienza a citar la capacidad de reinención y de lucha que forma parte de la identidad de la mujer mozambiqueña, expresado según las participantes. Esta situación de crisis no es un evento excepcional para las mujeres de la ciudad, por lo tanto, existen un fuerte relato generacional de resiliencia entre mujeres que las motiva y empuja a buscar nuevas alternativas, a continuar hacia adelante.

Por último, se mencionan como fortalezas las campañas promovidas por los colectivos de mujeres. Con el objetivo de defender los derechos de las mujeres durante la pandemia, visibilizar las problemáticas que impactan en sus vidas y reclamar el respecto de sus derechos como ciudadanas. En concreto, fue mencionada la alianza entre colectivos de mujeres en la plataforma *Mulheres Comvida*, como una respuesta al aumento de la violencia contra las mujeres durante la pandemia.

Oportunidades

Las oportunidades identificadas por las participantes han sido el material informativo traducido a diferentes lenguas sobre la nueva organización de la atención sanitaria; las campañas organizadas por colectivos de la sociedad civil para visibilizar el impacto de la pandemia en las familias que dependen de actividades económicas informales; la ayuda del ministerio de asuntos sociales

para los trabajadores informales; y las iniciativas de las ONGs locales.

El material informativo traducido a diferentes lenguas locales ha sido difundido en diferentes medios de comunicación, folletos y póster informativos, radio y televisión. El objetivo es principalmente que la población no deje de acudir a recibir tratamientos sanitarios ya iniciados. No obstante, todavía no ha sido comprobada la eficacia de estas campañas del Ministerio de Salud mozambiqueño.

Al inicio de la pandemia, diversos colectivos de la sociedad civil, realizaron campañas para denunciar el impacto negativo de la pandemia en las familias que dependen de ingresos procedentes de la economía informal. A raíz de esta denuncia el gobierno de Mozambique, a través de Ministerio de Asuntos Sociales, puso en marcha una ayuda extraordinaria para los/as trabajadores/as informales que hubieran perdido su fuente de ingresos. Las participantes del grupo focal desconocen la efectividad y la cuantía de estas ayudas, por lo que no puede ser considerada como una oportunidad firme, debido a la complejidad del proceso burocrático, las dificultades de acceso (nivel de alfabetización, movilidad etc...). No obstante, las participantes consideraron que merecía ser mencionada.

Por último, han sido mencionadas iniciativas de ONGs locales, que ya trabajaban con mujeres y niñas en situación de exclusión social, que han reforzado sus intervenciones durante la pandemia.

3. La pandemia reflejada en un espejo fracturado

La pandemia no está afectando por igual a todas las mujeres del planeta, y este hecho no esta ligado de forma exclusiva al numero de contagios en una zona

concreta o a la cantidad de camas libres en las unidades de cuidados intensivos. El impacto económico de las medidas de contención de la pandemia de COVID-19 son mayores en las personas que viven de la economía informal, actividades económicas de subsistencia, que no pueden adaptarse a regímenes de teletrabajo ni optar a compensaciones económicas institucionales por la naturaleza informal de su actividad económica. Esto afecta principalmente a las mujeres, ya que son las que mayoritariamente ejercen estas actividades, pero sobre todo afectan a las mujeres del sur global, donde las actividades de subsistencias cobran un papel fundamental en la sostenibilidad de la vida. Las medidas de control de la propagación del COVID-19 están siendo replicadas en todos los lugares del planeta, medidas como uso de material profiláctico obligatorio, toques de queda, confinamientos domiciliarios y distancia de seguridad de un metro y medio. Pero el contexto donde estas medidas se aplica es tan diverso que hace que los efectos de la pandemia vengán a agravar todavía más diferencias estructurales entre países del norte y el sur global.

Un dato interesante a tener en cuenta, es la rapidez con la que se ha conseguido fabricar una vacuna contra el COVID-19, con una inversión recursos y una competitividad que podría recordar a la carrera lunar entre EEUU y la URSS. No obstante, otras enfermedades altamente contagiosas y mortales como el ébola no han recibido esta atención internacional. Tampoco las enfermedades que ya afectaban de manera grave a países como Mozambique, como el VIH y la Malaria. Estudios recientes alertan del efecto negativo de la pandemia en los avances respecto a VIH, malaria y TB, debido a la dificultad para continuar tratamientos y profilaxis de estas enfermedades, así como la similitud de síntomas entre la

tuberculosis, la malaria y la enfermedad provocada por el COVID-19 (AMIMO; LAMBERT; MAGIT; 2020). La invisibilización de otras enfermedades que no sean COVID-19 supone un riesgo de la salud elevado para la población que ya se veía afectada por estas enfermedades. Además, es interesante poner en relieve que estas enfermedades mencionadas anteriormente nunca tuvieron la relevancia a nivel internacional que ha alcanzado el COVID-19. Esto podría deberse tanto a que no han llegado a extenderse a la misma escala que el COVID-19, como a que no son un problema de salud en los países del norte global. Los discursos médicos no son impermeables a la mentalidad colonial (MC GIBBON et. al., 2014), por lo que las medidas de contención de la epidemia de COVID-19 deberían ser cuestionadas desde una perspectiva postcolonial que incluya tanto las diferentes realidades sanitarias, culturales, sociales y económicas de los países del sur global.

Desde el enfoque biomédico tradicional la atención médica diferenciada por cuestiones de género se ha limitado a la atención a las diferencias biológicas entre sexos e identificando la medicina de la mujer con los procesos reproductivos (IM, 2000), obviando el impacto de las diferencias entre los estilos de vida y los tipos de trabajo entre hombres y mujeres y su impacto en la salud (MOLLBORN; LAWRENCE; HAMER, 2020). Los servicios de salud centrados en los procesos reproductivos de los cuerpos femeninos son los que están intentando adaptarse a la nueva situación sanitaria. Aunque en este caso, como es mencionado en la matriz DAFO, debido a la desinformación sobre los nuevos protocolos de atención sanitaria, esta adaptación todavía no es efectiva. No obstante, otros aspectos que tiene un mayor impacto en la salud de las mujeres,

como el aumento de la criminalidad, la violencia de género, o las graves consecuencias socioeconómicas en el sector de trabajo informal feminizado, no están siendo incluidos en las medidas sanitarias especiales.

Los efectos de la pandemia en la salud de las mujeres de Maputo están marcados por las diferencias sociales, que si bien existían antes de la llegada del COVID-19, están siendo fuertemente agravados. Las diferencias socioeconómicas son un factor clave para entender las desigualdades existentes respecto al riesgo de contraer la enfermedad del COVID-19. La posibilidad de adquirir material profiláctico (jabón, mascarillas) se convierte en un privilegio en un contexto económico empobrecido como es Mozambique. Ya que se trata de un país con un Índice de Pobreza Multidimensional de 0,411, donde el 68,7% de la población viven con menos de 1,9 dólares al día (PNUD, 2019). Así mismo, optar por acudir a la sanidad privada también es un privilegio. Las desigualdades en el tipo de vivienda y las condiciones de acceso y agua potable en los diferentes barrios de Maputo suponen una mayor vulnerabilidad al contagio para las mujeres de las zonas periféricas. Estas diferencias ponen de manifiesto la necesidad de un análisis interseccional de la salud, que tengan en cuenta otras desigualdades además de género, como puede ser la raza, el nivel educativo, el nivel adquisitivo y la localización urbana o rural.

Esta mirada interseccional no debería ser entendida como diferentes categorías de análisis, sino como la interacción de diferentes aspectos identitarios en los que impacten procesos de dominación y opresión. Categorías como género, raza, clase social, no deberían ser entendidas como categorías predeterminadas independientes o jerarquizadas, sino

como categorías fluidas y flexibles (APPIAH, 2019). Como señala Hankivsky (2012) incorporar la visión interseccional a los estudios de género y salud supone un desafío. Ha existido una tendencia hasta ahora de considerar la relación entre salud y género o sexo de manera independiente a otras opresiones que se entrecruzan en la vida de las mujeres. Además, los estudios que aplican esta visión interseccional suelen incluir otras categorías predeterminadas en lugar de focalizarse en la interacción de estas. En este caso, sería posible afirmar que el impacto económico de la pandemia y la sobrecarga de los servicios de salud suponen un riesgo para la salud de muchas mujeres de Maputo incluso mayor que el propio COVID-19, agravando desigualdades sociales preexistentes. Los efectos de la pandemia en las mujeres son diversos, pero no dejan de estar relacionados, de forma irregular, como una imagen que se refleja en un espejo fracturado. En este espejo se entrecruzan cuestiones como ser mujer, pertenecer a un país en vías de desarrollo, herencias coloniales, factores étnicos y culturales, nivel educativo, precariedad laboral, lugar de residencia y capacidad reproductiva, sólo por citar aquellas que están relacionadas con los resultados de este estudio.

Resiliencias y mujeres en lucha

A pesar de las dificultades recogidas en el análisis DAFO las mujeres de Maputo mantienen una postura resiliente, alejada del estereotipo repetido de las mujeres africanas como víctimas pasivas de su propio contexto. Ante la opresión existe una resistencia y las mujeres de la ciudad de Maputo no quedan paralizadas (CUNHA; CASIMIRO, 2019).

La articulación de una respuesta rápida a nivel asociativo, como la plataforma *Mulheres ComVida*, creada durante la primera ola de la pandemia, en 2020q. En el manifiesto de la plataforma “Más fuertes que el virus”³ se denuncia el aumento de la vulnerabilidad contra la violencia de género que acarrearán las medidas de contención de la pandemia. Además de la situación antes mencionada relacionada con los toques de queda, en el documento se hace alusión a las desigualdades estructurales de género presentes en la sociedad mozambiqueña, donde los hombres ocupan un papel tradicional de mando y las mujeres de obediencia. Cabe señalar que esta afirmación está centrada en la organización social y cultural del sur de Mozambique y no es aplicable a la amplia diversidad cultural de todo el país. Desde esta plataforma se alerta del riesgo que corren mujeres, niñas y niños durante el confinamiento obligatorio, de sufrir violencia doméstica dada la desigualdad en las relaciones de poder dentro de la familia. Además, se hace un llamamiento a la ciudadanía en general a estar atentas y atentos a esta clase de abusos y exige que, igual que se han movilizado medios de comunicación para difundir las medidas de protección contra el COVID-19, se incluyan en las campañas la promoción de los derechos humanos de las mujeres, niñas y niños. Esta clase de respuestas han sido documentadas en estudios anteriores como el de Cunha (2019) sobre la respuesta del movimiento feminista de Maputo ante la imposición de maxifaldas a las jóvenes estudiantes en 2016 como una supuesta medida de prevención del acoso sexual.

³ Disponible en: https://aliadasemovimento.org/site/wp-content/uploads/2020/07/Mulheres-ComVida-POSICIONAMENTO_PT-1.pdf

Además de esta iniciativa, el *Forum Mulher* realizó un informe en abril de 2020 sobre el impacto del COVID-19 en la vida de las mujeres de Mozambique⁴. En este informe se destacan varios factores de indecencia en la vida de las mujeres durante la pandemia, que incluyen los mencionados durante el análisis DAFO además de otros. En este informe son mencionados el aumento de la violencia contra las mujeres, tanto a nivel familiar, como en la vía pública, los lugares de trabajo (sobretudo trabajo doméstico) y por parte de las fuerzas del Estado. El aumento de la mortalidad materna y el aumento de riesgo de infección de VIH y otras infecciones de transmisión sexual por la disminución de la atención sanitaria. El aumento de la pobreza y consecuentemente el empeoramiento de nutrición. La ausencia de las mujeres, especialmente de las que se encuentran en una mayor situación de vulnerabilidad, en los análisis de los problemas de la nación y en la formulación de las medidas durante la pandemia. Por último, se hace mención explícita a la sobrecarga de trabajos no remunerados en el contexto familiar y comunitario debido al cierre de escuelas y guarderías, además de la pérdida temporal de redes de apoyo durante el confinamiento. Este aumento del trabajo de cuidado no remunerado durante la pandemia, viene a agravar la situación ya denunciada por la economía feminista de la diferenciación del trabajo entre productivo y reproductivo, uno asalariado y otro gratuito, que subyace a la desigualdad de género (PÉREZ OROZCO, 2014). Además, los datos obtenidos en el análisis DAFO sobre las fortalezas de las mujeres de la Ciudad de Maputo durante la pandemia, incluyen

⁴ Disponible en <https://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2020/04/FORUM-MULHER-covid-19-6-abril.pdf>

conductas preventivas como el uso del termómetro y el conocimiento de los síntomas de malaria y COVID-19. Estos datos señalan la importancia de las mujeres en el mantenimiento de la salud pública, aunque el trabajo de cuidados sea invisibilizado y no remunerado.

Finalmente, cabe destacar el posicionamiento como mujeres guerreras, que se reinventan y que se mantienen en lucha como un ejemplo de las demandas de los feminismos postcoloniales que contrargumentan la representación de las mujeres del sur global como eternas víctimas pasivas (MOHANTY, 1984). Esta afirmación, identificada como una fortaleza, pone de manifiesto la capacidad de resiliencia, de re-inención ante una situación de crisis de las mujeres de la Ciudad de Maputo. Si bien las luchas de las mujeres del sur global no son a menudo tenidas en cuenta por el feminismo hegemónico, son fundamentales para la construcción plural, que nos permita cuestionar y reflexionar sobre cuestiones que la agenda feminista dominante da por hechas. Así mismo, los feminismos poscoloniales tienen un gran potencial para aportar una visión no eurocéntrica de los derechos de las mujeres y los derechos humanos en general.

Este estudio cuenta con limitaciones como un pequeño número de participantes, lo que ofrece una visión reducida de la situación de las mujeres en Maputo durante la pandemia de COVID. Existen otras resistencias propias de las mujeres mozambiqueñas que no han sido mencionadas en este estudio, pero si han sido documentadas en otras investigaciones y sería interesante analizar en futuros estudios sobre las estrategias de resistencia adaptadas al contexto COVID-19, como por ejemplo el *xitiki*, una práctica de ahorro y crédito rotativo (CASIMIRO, 2018).

4. Conclusiones

Ante las medidas autoritarias de control de la población las teorías feministas críticas nos apelan a poner en marcha alternativas que pongan la vida y el bienestar en el centro (BAHN; COHEN; MEULEN RODGERS, 2020). Mientras que corporaciones y gobiernos ponen sus esfuerzos en la búsqueda de una cura que permita la continuidad de la explotación capitalista y extractivista, las teorías feministas alertan de la insostenibilidad de sistema actual y elaboran propuestas que tengan en cuenta tanto la ecoddependencia, como la interdependencia de los seres humanos (HERRERO; PASCUAL; REYES, 2018). Para afrontar esta crisis sanitaria global es necesario reconocer que la pandemia tiene una gran dimensión socioeconómica, que esta agravando desigualdades preexistentes en las que se entrecruzan factores de opresión y dominación de diferente naturaleza que requieren un análisis exhaustivo que considere la interseccionalidad de los efectos de la pandemia. Las experiencias de las mujeres del sur global, más que una acumulación de injusticias, son un ejemplo de resiliencia, reinención e inspiración.

Bibliografía

- ACERO, M.; CARO, I.; HENAO, L.; RUIZ, L.; SÁNCHEZ, G. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. **Revista Facultad nacional de salud publica.** 31, 1, 103-110, 2013.
- AMINO, F.; LAMBERT, B.; MAGIT, A. What does the COVID-19 pandemic mean for HIV, tuberculosis, and malaria control?. **Tropical Medicine and Health.** 48, 32. 2020
- APPIAH, K. **Las mentiras que nos unen: Replanteando la identidad.** Taurus. 2019.
- BAHN, K.; COHEN, J.; MEULEN RODGERS, Y. A feminist perspective on COVID-19 and the value of care work globally. **Gender Work Organizations.** v 27, 695–699. 2020.

- BORREL, C. La salud y sus determinantes sociales. En **Conocimiento para la Equidad Social**. (Coords) Rivera Vargas, P., Sánchez Sánchez, E., Morales Olivares, R., Sáez Rosenkranz, I., Yévenes Ortega, C., y Butendieck Higuera, Y. Centro de Estudios de Políticas para el Desarrollo. 2017.
- CASIMIRO, T. Além do económico: Reflexões sobre os significados do Xitiki, uma prática informal de poupança e crédito rotativo de Maputo, Moçambique. **Temáticas**. 26, (52): 285-308. 2018.
- CONRAD, P.; BAKER, K. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. **Journal of Health and Social Behavior**. 51(S) S67 –S79. 2010
- CUNHA, T. Epistemologies of the South, Mozambique and a post-colonial feminist quest. **Utopía y Praxis Latinoamericana**. v 24, 86, 101-124. 2019
- CUNHA, T.; CASIMIRO I., Epistemologías del sur y Alternativas Feministas de vida. Las Cienicientas de nuestro Mozambique quieren hablar. En **Territorios en Conflicto. Claves para la construcción de alternativas de vida**. Red Gernika. 2019
- DW. **Governo moçambicano lança plano nacional de vacinação contra a Covid-19**. 05.03.2021. <https://www.dw.com/pt-002/governo-mo%C3%A7ambicano-lan%C3%A7a-plano-nacional-de-vacina%C3%A7%C3%A3o-contra-a-covid-19/a-56778175>
- HANKIVSKY, O. Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. **Social Science and Medicine**. v.74, 11. 712-1720. 2012.
- HERRERO, Y.; PASCUAL., M.; GOZÁLEZ REYES, M. **La vida en el centro: Voces y relatos ecofeministas**. Libros en Acción. Madrid. España. 2018
- HOLTGRAVE, D.; GREENWALD, R.; A SWOT Analysis of the Updated National HIV/AIDS Strategy for the U.S., 2015–2020. **AIDS and Behavior**. v.20, 1, 1-6. 2016
- IM, E. A feminist critique of research on women's work and health. **Health Care for Women International**. V 23, 2, 105-119. 2000.
- MC GIBBON, E.; MULAUDZI, F.; DIDHAM, P.; BARTON, S.; SOCHAN, A.; Toward decolonizing nursing: the colonization of nursing and strategies for increasing the counter-narrative. **Nursing Inquiry**. 21(3): 179–191. 2014
- MOHANTY, C. Under western eyes: Feminist scholarship and colonial discourses. **On Humanism and the University I: The Discourse of Humanism**. *Boundary 2*, Vol. 12, No. 3, pp. 333-358. 1984
- MOLLBORN, S.; LAWRENCE, E.; HUMMER, R. A gender framework for understanding health lifestyles. **Social Science and Medicine**. 265. 2020
- PÉREZ CAPDEVILA, J. Óbito y Resurrección del análisis DAFO. **Avanzada Científica**. v. 14, 2, 1-11, 2011.
- PÉREZ OROZCO, A. **Subversión feminista de la economía**. Traficantes de Sueños. 2014
- PLANO NACIONAL DE CONTROLO DA MALARIA. PLANO ESTATÉGICO 2017-2022. Ministério de Saúde. Direção Nacional de Saúde Pública. República de Moçambique. 2017.
- PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE RESPOSTA AO HIV E SIDA. Republica de Moçambique. 2015.
- PNUD. Informe sobre desarrollo Humano. 2019 http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf
- RODRIGUÉZ-VILLASANTE, T.; MONTAÑES, M.; MARTÍN, P. (Coords) **Prácticas locales de creatividad social**. El Viejo Topo. España. 2001.
- SAPO. Maputo recebe mais de 13 mil doses de vacina para profissionais de saúde. 01.03.2021 https://www.sapo.pt/noticias/atualidade/maputo-recebe-mais-de-13-mil-doses-de-vacina-_603d0e53825b4c5d0c34af7d
- UHRENFELDT, L.; LAKANMAA, R.L.; FLINKMAN, M.; BASTO, M. L.; ATTREE, M. Collaboration: A SWOT analysis of the process of conducting a review of nursing workforce policies in five European countries. **Journal of Nursing Management**. v.22, 4, 485-498. 2014

Recebido em 2021-05-24
Publicado em 2021-06-01