



María la Paz, tres pasos pa' trás, pa' trás, pa' trás



Cecilia Güemes*

UAM y Fundación Carolina

Victoria Güemes**

Psicóloga y Sexóloga Clínica

Ante el evidente agravamiento de las desigualdades de género, la esperanza está puesta en políticas públicas que construyan activamente un mundo donde seamos socialmente iguales, humanamente diferentes y totalmente libres.

La pandemia pone en evidencia las interdependencias sociales a la vez que visibiliza cómo los riesgos globales impactan desigualmente. La COVID-19 no nos atemoriza ni afecta por igual, especialmente en regiones como las latinoamericanas donde se partía de una realidad muy crítica. Considerando que estamos ante una sindemia antes que pandemia, este trabajo tiene dos objetivos. El primero es relatar cómo la emergencia sanitaria radicaliza las violencias de género con un evidente impacto en la salud física y mental de las mujeres. El segundo es sistematizar acciones institucionales propuestas

* Cecilia Güemes es Profesora en el Departamento de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Autónoma de Madrid. Investigadora Asociada de la Fundación Carolina. Miembro de la Red de Politólogas. Líneas de investigación: confianza social e institucional, políticas públicas y cambio social en Iberoamérica. Mail: cecilia.guemes@uam.es Twitter: @CeciliaGuemes.

**Victoria Güemes es Licenciada en Psicología y Sexóloga Clínica y Educativa con formación en terapias cognitivas y sistémicas. Dedicada a la atención clínica de problemáticas individuales y de parejas. Líneas de trabajo: temáticas de género, disfunciones y dificultades sexuales, traumas y relaciones afectivas. Miembro fundadora de la Red Interdisciplinaria. Mail: victoria.guemes@gmail.com Instagram: @licvictoriaguemes.

para contrarrestar la emergencia. Ante el temor a perder lo conquistado y el evidente agravamiento de las desigualdades de género, la esperanza está puesta en políticas públicas que construyan activamente un mundo donde seamos socialmente iguales, humanamente diferentes y totalmente libres.

De haber sabido que sería la última vez que la vería, la habría abrazado más, me hubiera quedado a cuidarla, relata Ana. Su hermana Erika y su sobrina, Fátima de 14 años, fueron asesinadas en Acapulco, México el 27 de marzo —presuntamente— por la pareja de Erika, un ex policía preventivo. Erika trabajaba de administrativa en la Secretaría de Seguridad Pública de Acapulco y Ana es policía. Coincidían constantemente en el trabajo. Ahora Ana sigue haciendo su trabajo sin su hermana cerca. La extraña todos los días. Erika no le pidió ayuda ni a su hermana ni a nadie. No hubo denuncias previas, ni llamadas a la policía. Siete meses después, aún no hay una sentencia. Ana se siente intranquila. Le irrita pensar que no se haga justicia. Le duele sentir que le falló a su hermana menor, a la que prometió cuidar desde niña.

(...)

Ella está embarazada, se siente en absoluta soledad, preocupada, sin trabajo, con un hijo. Quiere hacerse un aborto. Su angustia con la pandemia aumenta, cada vez es más difícil moverse, los negocios cerraban, hasta ir a una farmacia era complicado. Tampoco tenía dinero como para tomarse un

taxi hasta los lugares a los que tenía que ir para hacerse los estudios. En un país donde el aborto es delito y en una provincia (Misiones) en la que NO existe un protocolo de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) solo la suerte hizo posible que consiguiera el teléfono de una socorrista y se topara con personal sanitario empático que la acompañó. Ella logró acceder a un aborto seguro aunque afrontó la interrupción sola junto a su hijo.

La primera historia la recoge *Violentadas en Cuarentena*, buscando recordar uno de los feminicidios ocurridos durante la pandemia y las secuelas que ello deja social y familiarmente. El segundo es uno de los relatos reunidos en *Los derechos no se aíslan* con el objetivo de visibilizar en Argentina cómo operan las desigualdades, las acciones colectivas e inacciones del Estado en lo que se refiere al acceso a los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, mujeres y personas de las comunidades LGTTBIQ+ en el contexto pandémico.

La pandemia pone al descubierto las interdependencias que sostienen la vida en sociedad y de las que nadie está exento, pero no es cierto que afecte a todas y todos por igual. Tampoco es cierto que el incremento de manifestaciones de violencia por cuestiones de género que se observa sea una manifestación más de la violencia intrafamiliar o doméstica.

Retrosos y nuevas caras de las violencias de género

La ONU se refiere a la violencia de género como la “pandemia en la sombra”, un problema de salud pública que debe abordarse urgentemente.

Nosotras preferimos usar la idea de *sindemia*: sinergia de epidemias que ocurren simultáneamente en tiempo y lugar, comparten ciertas causas, raíces o impulsos e interactúan entre sí para producir complejas secuelas. Esta idea será un marco conceptual que nos permitirá, por un lado, entender el modo en que factores sociales, políticos, económicos y ecológicos favorecen la extensión de una enfermedad y recrudecen sus efectos y, por el otro, reclamar a los gobiernos estrategias de respuestas articuladas que consideren estas interrelaciones y acciones que promuevan la equidad socioeconómica nacional e internacional.

En América Latina las violencias de género antes de la COVID-19 eran ya una pandemia. En 2019 se calcula que hubo 3.800 feminicidios y 20 millones de mujeres y niñas de entre los 15 y 49 años fueron o son víctimas de alguna forma de violencia física o violencia sexual por parte de su pareja o ex pareja. Durante la cuarentena, los datos no mejoraron. A continuación, describiremos cómo las violencias contra las mujeres, trans, o personas

no heterosexuales se radicalizaron y diversificaron.

Empecemos con las **violencias sexuales y físicas**, aquellas que dejan marca visible. Las medidas que han tomado la mayoría de gobiernos referidas a la prevención del contagio, como las de distancia física y confinamiento (también las de liberación de agresores de prisión para contener la COVID-19 en cárceles masculinas), aumentan exponencialmente las probabilidades de que estas violencias se incrementen durante y con posterioridad a la pandemia.

Como relatan las víctimas, el peligro ya NO está en la calle, sino dentro de casa. Las señales en los cuerpos de las víctimas que antes podían rastrearse en el espacio público, ahora quedan confinadas al ámbito privado, y las que lo sufren se encuentran como nunca aisladas de las personas y recursos a quienes podían antes recurrir. En otras palabras, el control y la impunidad de sus abusadores aumenta al tenerlas en casa.

Quienes padecen sistemáticamente violencia física o sexual en sus hogares son conscientes de que, confinadas con su agresor, los episodios se acentuarán y ello puede derivar en muerte o en daño físico, no sólo para con ellas sino para con menores y/o mayores dependientes a cargo. Por ello eligen la claudicación, sumisión, resignación, obediencia y aceptación como estrategias menos peligrosas

para aquellos a los que aman y sienten que deben proteger.

Las señales en los cuerpos de las víctimas que antes podían rastrearse en el espacio público, ahora quedan confinadas al ámbito privado, y las que lo sufren se encuentran como nunca aisladas de las personas y recursos a quienes podían antes recurrir. El control y la impunidad de sus abusadores aumenta al tenerlas en casa.

El riesgo durante el confinamiento está determinado por factores individuales y por la historia de violencia previa, mientras que luego del confinamiento vendrá dado por la percepción de inseguridad y pérdida de control que considera tener el agresor sobre su víctima.

Las líneas de atención y los refugios para la violencia doméstica de todo el mundo notifican un incremento de llamadas en busca de ayuda. En América Latina se calcula que hubo 1.206.107 llamadas a alguna de estas líneas nacionales o telefónicas habilitadas para reportar algún tipo de violencia contra la mujer, aunque solo

se registraron 240.809 denuncias por algún tipo de violencia contra la mujer. El miedo y la falta de apoyo social y legal son parte explicativa de que menos del 20% de mujeres denuncie.

El derecho a decidir sobre su sexualidad y proyecto de vida también se ve comprometido durante el confinamiento. En muchos países los centros de salud se abocaron únicamente a atender la COVID-19, pero hay derechos que no pueden esperar. Las investigaciones del Instituto Guttmacher estiman que una caída del 10% en el uso de estos servicios de salud reproductiva en 132 países de ingresos bajos y medianos significará que 50 millones más de mujeres no obtendrán los anticonceptivos que necesitan este año, lo que provocará 15 millones de embarazos no deseados. Los datos sugieren que, a raíz de ello, morirán 28.000 madres y 170.000 recién nacidos, y habrá 3,3 millones adicionales de abortos inseguros.

En la misma línea, centrar el uso de camas y equipos de protección para pacientes con COVID-19 favorece que grupos hostiles al aborto limiten el derecho de las mujeres a interrumpir sus embarazos en tanto “servicios no esenciales”. Ejemplos de ello no solo ocurren donde el aborto está limitado a causales específicas, sino en países en donde se suponía conquistado como derecho como en Estados Unidos. Esta prohibición empuja a pacientes a volar o conducir cientos de millas a

través de las fronteras estatales para intentar obtener servicios de aborto, aumentando el riesgo de contraer o propagar el virus.

Es alto el riesgo de que las derechas conservadoras, reaccionarias y neo patrióticas aprovechen el estrés social y la situación de emergencia para desmontar las políticas de acción afirmativa que se introdujeron en los últimos años.

También las **violencias laborales y económica** se incrementan. Ello sucede por varias razones. La primera es que los mercados laborales más castigados e informales como el servicio doméstico, el trabajo estacional, el turismo, las tiendas o los viajes están feminizados. En estos sectores existen además menos probabilidades de teletrabajo, con mayor probabilidad de ser despedida. En tercer lugar, se observa un aumento de los pedidos de reducción de horas o renuncias por parte de las mujeres para asumir tareas de cuidados. En cuarto lugar, como sucedió en crisis sanitarias previas como la del ébola y el zika, la atención sanitaria de primera línea está también feminizada (más del 70% a nivel mundial) y las expone desproporcionadamente a contagiarse del virus y a recibir agresiones y amenazas por parte, por ejemplo, de pacientes o vecinos.

La sociedad y los gobiernos deberían preocuparse por los impactos de esas violencias en términos de **salud física**

y **mental** tomando nota de cómo ellos afectan diferencialmente a las mujeres.

Quienes ejercen sus tareas en los servicios esenciales como salud o seguridad notaron una disminución de su tiempo de descanso y un aumento de la demanda y estrés laboral.

Quienes tenían trabajos informales que fueron suspendidos durante el aislamiento, la pérdida de la fuente de ingreso y la función psicosocial del mismo generó una disminución de su autoestima, aumentando los casos de depresión.

Quienes sí conservaron su trabajo tuvieron en muchos casos que continuar realizándolo desde su hogar, aumentando notoriamente la ansiedad y el estrés. Muchas extendieron su jornada laboral por resultar menos eficiente el manejo en la virtualidad o la falta de límites que sus jefes y directivos establecían apelando a una disponibilidad inmediata.

Quienes estaban estudiando vieron cómo se postergaban sus estudios por falta de conectividad, disponibilidad de espacio y tiempo, mientras sufrían los embates de las tareas de cuidado al pasar más tiempo en sus casas. Una dinámica que, a la larga, generará un retroceso en el acceso a puestos de trabajo calificados.

En síntesis, la rapidez con que fueron implementadas medidas de cuarentena y distanciamiento físico en la mayoría

de los países y la pérdida de soporte social e institucional sobrepasó la capacidad de adaptación de las personas, generando un notable aumento en el malestar psicológico de las mujeres, que se traduce en el incremento de síntomas de ansiedad, estrés, ira y depresión, trastornos del sueño, alimentarios y adicciones, como consecuencia del temor al contagio y el aislamiento social. Las mujeres de menos recursos y en situaciones complicadas (migrantes o refugiadas) son quienes, a su vez, se vieron más afectadas. La interseccionalidad es una realidad concreta.

La rapidez con que fueron implementadas medidas de cuarentena y distanciamiento físico en la mayoría de los países y la pérdida de soporte social e institucional sobrepasó la capacidad de adaptación de las personas, generando un notable aumento en el malestar psicológico de las mujeres.

Sobre este asunto es importante puntualizar dos cuestiones. La primera es que el estrés y la ansiedad son mucho más que la experiencia de malestar subjetivo, que no se trata

simplemente de “sentirse triste, agobiado o desanimado”, sino que afecta las relaciones interpersonales, el desempeño laboral y académico y el desarrollo de actividades vitales. Del mismo modo, la depresión favorece el desarrollo o desmejora de enfermedades orgánicas y la necesidad de mayor asistencia médica y social.

La segunda es que asumir más horas de cuidados excede el hacer “los deberes” con las hijas e hijos, e incluye a todas aquellas que se están encargando de familiares con adicciones, mayores dependientes o personas con diversidad funcional que han visto cómo las actividades sociales y colectivas que realizaban en clínicas e instituciones especializadas se han visto limitadas.

El cansancio físico y mental que supone lo anterior también tiene repercusiones en la salud psicológica. 1 de cada 2 mujeres indicaron haber experimentado mucho miedo, o miedo extremo a que muriese o se contagiara algún familiar o se propague el coronavirus. En el grupo de varones, el patrón es de 1 por cada 3 hombres. Esta mayor vulnerabilidad de las mujeres en relación a los hombres podría deberse a mecanismos neurobiológicos de afrontamiento del estrés, pero también a razones culturales, dado que las mujeres son las más instruidas en nuestro contexto, para mantener la salud y sentirse responsables del cuidado de otras personas.

También la **violencia psicológica**, la más frecuente e invisible, aquella que causa daño emocional y disminución de la autoestima a partir de amenazas, acoso y humillación, manipulación o aislamiento, se ha visto incrementada en la pandemia. Según se desprende de las llamadas en Chile y Guatemala, es la más denunciada.

El **acceso a internet** ha servido de soporte emocional y social para las víctimas de violencia que se encontraban aisladas y tenían conectividad (porque tenían infraestructura: dispositivos electrónicos de uso personal como móviles o portátiles e internet y sabían usarlo), pero también ha incrementado el riesgo de ciberacoso y la violencia en línea. Antes de la COVID-19, 1 de cada 10 mujeres en la Unión Europea informaba haber experimentado acoso cibernético desde los 15 años (incluido haber recibido correos electrónicos o mensajes SMS no deseados, ofensivos y sexualmente explícitos, o avances ofensivos e inapropiados en sitios de redes sociales). Durante la COVID-19 aumentaron también el acoso, la extorsión sexual y la pornografía.

Reconocer que la emergencia sanitaria no afecta a mujeres y hombres de igual modo es imprescindible para comprender los efectos directos e indirectos en las personas, y poner en práctica políticas e intervenciones que sean efectivas, equitativas y transversales.

Acciones institucionales: lo que se hizo y lo que está pendiente

En América Latina, los informes de *Violentadas en Cuarentena* detectan que del total de acciones tomadas para frenar la pandemia, 211 (52%) fueron sensibles a la perspectiva de género. Dentro de estas, 142 fueron políticas en torno a la violencia contra las mujeres, 53 fueron sobre seguridad económica de las mujeres y 16 abordaron el trabajo de cuidados no remunerado.

En general, las políticas se enfocan en líneas de ayuda y asesoramiento. Esto es importante pero no alcanza, es preciso diseñar esfuerzos específicos para abordar casos donde la interseccionalidad golpea más duro.

1. Fortalecer las medidas actuales de prevención y atención de las violencias física y sexual, de forma que aumentar el financiamiento destinado a las casas de acogidas y las líneas telefónicas y chat online de atención psicológica y legal no debe ser la única solución. Resulta fundamental focalizar esfuerzos en las ya invisibles y sumar mecanismos no digitales de alerta y atención si se quiere responder a las realidades étnicas, económicas y geográficas complejas que existen en la región.

2. Cuidar a quienes están en primera línea (personal sanitario) desarrollando medidas de protección para evitar su contagio o el de sus

familiares, así como herramientas para sobrellevar el agotamiento, las amenazas y el estrés que padecen de modo desproporcionado en relación al resto de la población. Muy importante es la creación de espacios de escucha y apoyo a la salud mental virtual como acciones en espacios públicos que concienticen sobre estos asuntos.

3. Proteger los servicios de salud sexual y reproductiva

(anticonceptivos y abortos) para que no se vean retrasados o suspendidos por la urgencia de la atención pandémica. En este sentido deben redoblar esfuerzos en la provisión de información veraz y oportuna y asesoramiento a las adolescentes para el desarrollo de la autoasistencia (promover, mantener y prevenir la salud). Que las iniciativas de personas comprometidas se extiendan, apoyen y repliquen.

4. Ajustar procesos policiales y judiciales de denuncia y protección de las víctimas, agilizando y acortando procesos como órdenes de restricción o alejamiento y renovación e investigación de la situación. Por ejemplo, en Argentina se han extendido las órdenes de protección para sobrevivientes a 60 días. Colombia ha emitido un decreto para garantizar el acceso continuo a los servicios de forma virtual, con asesoramiento legal, psicosocial, servicios policiales y judiciales, incluidas audiencias. Las respuestas deben incluir un mensaje de que la ley caerá con fuerza sobre aquellos que

no la cumplan y la impunidad no será tolerada y un rediseño de las rutas de derivación que reflejen los cambios en los servicios disponibles.

5. Fortalecer los procesos de sensibilización y formación

permanente de profesionales encargados de atender y resolver violencias de género: policía, juezes/as y magistrados/as. Si no existe perspectiva de género por parte de este personal difícilmente se podrá procesar la violencia de género como se merece.

6. Diseñar programas de apoyo económico a la independencia de las mujeres como los que se están debatiendo en Austria y Canadá, que incluyan paquetes de inversión y fortalecimiento del financiamiento de pequeñas empresas. La autonomía económica es clave para que la mujer pueda disfrutar de todos sus derechos (especialmente aquellas que sufren o han sufrido violencia y buscan escapar a ella).

7. Animar a las empresas privadas y medios de comunicación para que, por un lado, compartan información sobre prevención de las violencias, y, por el otro, fomenten iniciativas positivas que revisen roles de género y apunten, por ejemplo, a un reparto de tareas de cuidado en casa como MenCare.

8. Incluir a las mujeres y la perspectiva de género en los procesos de toma de decisiones relacionados con la preparación

y respuesta a la COVID-19 en los espacios nacionales y locales para que, desde su especial experiencia, puedan aportar al diseño como la implementación de políticas públicas.

9. Desarrollar manuales y protocolos con instrucciones claras sobre cómo enfrentar problemas de salud mental, para instituciones de salud, universidades y empresas. En ellos es fundamental que la información sea clara, esté en el idioma oficial y lenguas más habladas, lenguaje de señas, braille, e incluya comunicación gráfica.

10. Reforzar la inversión en programas vinculados al desarrollo de nuevas masculinidades. Más allá de medidas punitivas, resultan necesarias iniciativas integrales que desarmen/deconstruyan los mandatos normativos de masculinidad (sobre todo, los vinculados a la autosuficiencia, a la idea de potencia permanente, a la huida de las tareas de cuidado), pero también que sean capaces de crear y ofrecer a los hombres un abanico de herramientas emocionales para responder a sus miedos y frustraciones. Encontrar el modo durante el confinamiento de dar continuidad a estos encuentros que buena acogida han recibido en Buenos Aires o Uruguay.

Hace tiempo decidimos llamar a la violencia contra las mujeres no como doméstica sino de género, reconocimos que más allá de la violencia sexual o física hay más tipos y el plural le iba mejor al sustantivo (violencias) y desarrollamos el concepto de interseccionalidad asumiendo que no todas las mujeres sufren de modo igual y las desigualdades se interrelacionan y solapan.

Ahora nos corresponde emprender un camino en donde aterricemos la idea de sindemia y descubramos cómo las pandemias se conectan con la desigualdad económica y social con el fin de ser capaces de diseñar soluciones políticas que aborden el problema desde la integralidad que le merece y sin perder de vista la interseccionalidad.

Toca seguir cuestionando el pasado, criticando el presente y construyendo el futuro que dejaremos a nuestras hijas e hijos para que la *La María la Paz* que cantan mientras juegan en el parque no vaya dando pasos para atrás, para un costado y para el otro lado sino solo pasos hacia adelante.

El retroceso y profundización de la violencia es grave y preocupante. Cada derecho vulnerado supone un sufrimiento innecesario y se hace parte de una historia personal y colectiva.