



Geografía política de los cuidados (O por qué la pandemia del coronavirus confinó a buena parte del Norte global)

Manuel Espinel Vallejo¹

Recibido: 5 de mayo de 2020 / Aceptado: 10 de mayo de 2020

Resumen. El objetivo principal de este artículo es poner en evidencia cómo la pandemia de COVID-19 ha generado una nueva geografía política, en algunos países del Norte global, relacionada con “el gobierno” de los espacios de cuidado. Esta nueva geografía política, que se expresa entonces en hogares, residencias de mayores y los propios centros asistenciales (hospitales), ha obligado a confinar (*lockdown*) a buena parte de la población del Norte global y ha generado una “especie de cierre económico”, con el consecuente desplome de la economía. Tomando como referencia el caso de España, se afirma que esta nueva geografía política de los cuidados hace emerger las profundas contradicciones que existe entre los espacios de la actividad productiva y los espacios de los cuidados, principalmente en relación con el cuidado de las personas mayores de edad. A partir de un breve recorrido sobre la configuración de los espacios de protección de la salud, de organización de los cuidados y de su crisis, particularmente en la sociedad española, se analizan los últimos datos disponibles sobre el impacto de la COVID-19 en la salud de las personas mayores de 65 años, y se proponen algunas conclusiones que permiten dar cuenta de esta nueva geografía política.

Palabras clave: pandemia de COVID-19; España; espacios de cuidados; crisis de los cuidados; personas mayores.

[en] Political Geography of Care (Or why the Pandemic of Coronavirus Confined much of the Global North)

Abstract. The main objective of this article is to show how the COVID-19 pandemic has generated a new political geography, in some countries of the global north, related to “the government” of care spaces. This new political geography, which comes into view in homes, nursing homes and care centers themselves (hospitals), has forced a large part of the population of the global north to be confined (*lockdown*) generating a sort of “economic closure” and the subsequent economic collapse. Taking as a reference the case of Spain, it is stated that this new political geography of care highlights the profound contradictions existing between the spaces of productive activity and the spaces of care, mainly in relation to the care of elderly people. This article offers a brief overview of the configuration of spaces for health protection, care organization and its crisis, particularly in Spanish society. It analyzes the latest available data on the impact of COVID-19 on the health of people over 65 and it offers some conclusions that allow us to account for this new political geography.

Keywords: COVID-19 pandemic; Spain; care spaces; care crisis; elderly persons.

¹ Profesor Departamento de Sociología Aplicada, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid.
E-mail: mespinel@cps.ucm.es

[pt] Geografia política dos cuidados (Ou por que a pandemia de coronavírus confinou grande parte do Norte global)

Resumo. O principal objetivo deste artigo é mostrar como a pandemia da COVID-19 gerou uma nova geografia política, em alguns países do Norte global, relacionada ao “governo” dos espaços de cuidado. Essa nova geografia política, visível em residências, asilos e nos próprios centros de atendimento (hospitais), forçou uma grande parte da população do Norte global a ser confinada e gerou um tipo de “fechamento econômico”, com o conseqüente colapso da economia. Tomando como referência o caso da Espanha, afirma-se que essa nova geografia política do cuidado traz à luz as profundas contradições que existem entre os espaços de atividade produtiva e os espaços de cuidado, principalmente em relação ao cuidado dos idosos. A partir de um breve panorama da configuração dos espaços para proteção da saúde, de organização dos cuidados e de sua crise, particularmente na sociedade espanhola, são analisados os dados mais recentes disponíveis sobre o impacto da COVID-19 na saúde de pessoas com mais de 65 anos, e são propostas algumas conclusões que permitem examinar essa nova geografia política.

Palavras-chave: pandemia da COVID-19; Espanha; espaços de cuidado; crise de cuidado; pessoas idosas.

Sumario. Introducción. 1. Protección de la salud en el espacio productivo. 2. División sexual del trabajo, espacio reproductivo y crisis de los cuidados. 3. Gobierno y crisis de los cuidados en España. 4. Coronavirus y nueva geografía política de los cuidados. Conclusiones. Referencias.

Cómo citar: Espinel Vallejo, M. (2020). Geografía política de los cuidados (O por qué la pandemia del coronavirus confinó a buena parte del Norte global). *Geopolítica(s). Revista de estudios sobre espacio y poder*, 11(Especial), 127-140.

Introducción

En estos momentos de incertidumbre, particularmente en España, debido a la pandemia de COVID-19, tratamos de encontrar explicaciones que nos permitan comprender esta situación y, de alguna manera, tener algún grado de certidumbre. Permanentemente escuchamos a través de los medios de comunicación la voz de expertos, especialmente de epidemiología, salud pública, infectología o, en general, del área sanitaria, que pretenden explicar qué es la pandemia, cuáles son sus efectos sobre las personas, cuáles pueden ser las acciones que nos permitan contener su expansión y evitar el contagio, cuál es su impacto en nuestro sistema de salud, etc. También escuchamos permanentemente a miembros del gobierno central o autonómico legitimar sus “acciones de gobierno” siguiendo las recomendaciones de estos expertos. En medio de esta polifonía de expertos, no siempre encontramos los consensos que quisiéramos, ni las certidumbres que deseáramos. Se habla de modelos predictivos, de datos o de estadísticas, cuya interpretación siempre arroja una sombra de duda, zonas de claroscuro que no nos permiten vislumbrar con claridad el futuro. Estamos pendientes diariamente de saber si la sumatoria de múltiples acciones individuales, más o menos coordinadas, y si las decisiones relacionadas con el confinamiento en el que nos encontramos, reducirán finalmente los contagios o “aplanarán la curva de contagios”, representación gráfica que daría cuenta del resultado de este esfuerzo colectivo. Cuanto más rápido podamos “aplanar la curva de contagios”, más rápidamente evitaremos el colapso de nuestro sistema sanitario, particularmente de las Unidades de Cuidados Intensivos, y más rápida-

mente saldremos de esta crisis. A su vez, la forma en cómo salgamos de esta crisis sanitaria y del confinamiento, utilizado como la principal tecnología de gobierno para tratar de controlarla, será fundamental para mitigar al máximo la siguiente crisis que se vislumbra en el horizonte, es decir, la crisis económica y de paso la social que lleva aparejada.

En este contexto de crisis, puede resultar complicado introducir una nueva voz a esta polifonía, como puede ser la de la sociología, sin generar más ruido del que ya hay, en medio de una explosión de información o desinformación si se quiere. No siempre más información quiere decir estar más y mejor informados. Sin embargo, es posible que una cierta “imaginación sociológica”² pueda contribuir a delimitar un territorio de reflexión en medio de la incertidumbre que vivimos. Decimos esto fundamentalmente, porque no podemos perder de vista que esta pandemia no ha emergido en una especie de “vacío social”, sino en contextos concretos socialmente contruidos que dan cuenta de la propia dinámica de la pandemia. De hecho, como hemos conocido, la emergencia de la propia pandemia se dio en un contexto social concreto; su manejo y control ha variado dependiendo del contexto económico, social y político de cada país; las experiencias vividas por las personas y las consecuencias de la pandemia varían y variarán también dependiendo de esos contextos. Situar la reflexión entonces es fundamental para su propia comprensión.

Situar la reflexión significa, entre otras cosas, territorializar la propia pandemia. Como señala Foucault (1999), desde fines de la Edad Media existía en los países de Europa occidental una especie de “un reglamento de urgencia” que debía ser aplicado en caso de peste o de una enfermedad epidémica. Este “reglamento” consistía en técnicas de aislamiento (confinamiento) en espacios controlados, de vigilancia y de “desinfección” de estos espacios. Con la pandemia de COVID-19 este reglamento se “actualizó”, de manera súbita, en buena parte de estos países europeos, particularmente los del “sur” de Europa. En efecto, según los últimos datos disponibles, solo el Reino Unido, Francia España e Italia concentran cerca del 25% de los contagios mundiales y cerca del 45% del total de fallecidos (Johns Hopkins University & Medicine, 2020)³.

Es claro que estas cifras son provisionales y falta mucho tiempo para tener más o menos una imagen de la pandemia, por lo menos en el Norte global. Sin embargo, algunos informes preliminares parecen indicar que la pandemia ha impactado de manera significativa en las residencias de personas mayores en el Norte global, que se han convertido en un lugar de alta incidencia tanto de contagio como de personas fallecidas a causa de la enfermedad (Booth, 2020; Cannolly, 2020; El País, 2020). En este mismo sentido, los hogares, particularmente en los países del sur de Europa como España e Italia, también se han podido convertir en importantes espacios de contagio para personas mayores, debido a las características de la organización socio-familiar en estos países (De Benito, 2020; Horowitz y Bubola,

² Hace referencia al texto del sociólogo norteamericano C. Wright Mills *La imaginación sociológica*, escrito en 1959. Este texto es una defensa del análisis sociológico clásico como forma de dar una orientación cultural a las realidades humanas. La idea de Mills era que el trabajo intelectual sociológico debía relacionar las experiencias subjetivas de las personas con los cambios estructurales de la sociedad.

³ Si se incluye a Estados Unidos las cifras se elevan a cerca del 60% de los contagios y algo más del 70% de los fallecimientos.

2020). De hecho, cerca del 90% de las personas fallecidas en España y en Italia tienen más de 69 años (Statista, 2020).

Con estos datos, es posible afirmar que la pandemia en algunos países del Norte global, particularmente del sur de Europa, ha generado una nueva geografía política relacionada con “el gobierno” de los espacios de cuidado. Esta nueva geografía política se expresa entonces en hogares, residencias de mayores y los propios centros asistenciales, incluyendo Unidades de Cuidados Intensivos, que se han visto completamente desbordados por el crecimiento súbito de pacientes afectados por la COVID-19 (Tondo, 2020; Linde, 2020; Rejón, Requena y Pérez, 2020). En su conjunto, estos elementos han obligado a confinar a buena parte de la población del Norte global (*lockdown*) y a una “especie de cierre económico”, con el consecuente desplome económico (Pellicer, 2020).

En consecuencia, la pretensión de este artículo es ilustrar cómo, tomando el caso de España, la nueva geografía política de los cuidados generada por la pandemia de COVID-19 está poniendo en evidencia las profundas contradicciones que existen entre los espacios de la actividad productiva y los espacios de los cuidados, principalmente en relación con las personas de avanzada edad. Esta geografía política de los cuidados saca a la luz la fragilidad estructural del sistema de cuidados de personas mayores en España, incluyendo el propio sistema sanitario, y cómo esta fragilidad genera formas de vulnerabilidad que dan cuenta del impacto de la pandemia en la sociedad española. A partir de un breve recorrido sobre los espacios de protección de la salud, de organización de los cuidados y de la crisis de los cuidados en la sociedad española, se analizan los últimos datos disponibles sobre el impacto de la COVID-19 en la salud de las personas mayores de 65 años, y se proponen algunas conclusiones que permiten dar cuenta de esta nueva geografía política.

1. Protección de la salud en el espacio productivo

Debemos comenzar por recordar que, en las sociedades europeas capitalistas occidentales, la protección de la salud comenzó en el espacio productivo. En efecto, la esperanza de vida durante prácticamente todo el siglo XIX apenas superaba los 50 años de edad: las enfermedades respiratorias y gastroenteritis agudas generaban una alta mortalidad infantil en menores de 5 años y el tifus y la tuberculosis diezmaron a la clase trabajadora. El hacinamiento de las familias obreras en las ciudades y de la propia clase trabajadora en sus lugares de trabajo, sumado a problemas de alimentación y de disponibilidad de agua potable daban buena cuenta de esta mortalidad. Importantes reformas sociales relacionadas con la alimentación, el abastecimiento de agua potable, la calidad de las viviendas, el control de la natalidad, las condiciones del trabajo infantil, la escolarización, etc., muchas promovidas por las luchas sociales de la propia clase trabajadora, a finales del siglo XIX, contribuyeron, más que las tecnologías médicas propiamente dichas, a una reducción significativa de la mortalidad por causas infecciosas y por tanto a un aumento de la esperanza de vida (McKeown y Lowe, 1984; Bruton, 2004; Weindling, 2004). En este momento es muy importante no perder de vista que una cosa son los avances en las “tecnologías médicas” y otra cosa es la salud de la población. Solo cuando la mayoría de la población tiene acceso efectivo a estas tecnologías médicas impactan

positivamente sobre la salud de las personas. De lo contrario sus efectos y resultados son muy limitados.

Por otra parte, el impacto negativo que tenían la enfermedad y muerte de los trabajadores, fundamentalmente hombres, sobre la productividad, además de los costes sociales que estas situaciones generaban sobre las familias y la propia conflictividad social ocasionada por las malas condiciones de trabajo, entre otras cosas, promovieron el desarrollo de formas de aseguramiento (seguros) para brindar asistencia sanitaria a los trabajadores mayoritariamente hombres en caso de enfermedad o accidente de trabajo. Este sistema de aseguramiento, dio origen a la denominada Seguridad Social, base del Estado del bienestar en estas sociedades liberales y capitalistas, y permitió también reducir las contradicciones entre el capital y el trabajo, responsable de estas malas condiciones de trabajo y de los bajos salarios (Donzelot, 1991; Foucault, 1999; Ewald, 2000; Ewald, 2002). Al respecto, con la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900 se dieron los primeros pasos legislativos para la institucionalización del sistema de seguridad social (sistema de previsión) en España (González, 2015). El sistema de aseguramiento en salud, basado en las cotizaciones de los trabajadores (asegurados) y empresarios, con cobertura a la familia (mujer e hijos/as como beneficiarios/as) y gestionado a través de un sistema de mutualidades, se constituyó en el primer modelo de cobertura sanitaria para trabajadores (Busse, Blümel, Knieps y Bärnighausen, 2017). En 1948 en el Reino Unido el gobierno laboralista desarrolló el denominado Sistema Nacional de Salud de cobertura universal, financiado por impuestos y sin necesidad de pago en el punto de asistencia (McKeown y Lowe, 1984). España adoptó este modelo de cobertura y asistencia sanitaria, a través de la Ley General de Sanidad de 1986.

2. División sexual del trabajo, espacio reproductivo y crisis de los cuidados

Desde el comienzo la asistencia sanitaria en estas sociedades estuvo relacionada directamente con los espacios de la producción, al estar vinculada tanto a la propia salud de trabajadores hombres como a la propia productividad, en forma de impuestos (rentas del trabajo) o de cotizaciones, tanto de los trabajadores como de los empresarios. Simultáneamente con esto, todas las actividades de cuidados terminaron confinadas formalmente al espacio familiar, en el espacio reproductivo, quedando materializadas y substancializadas bajo la forma de un trabajo no remunerado de las mujeres, invisible para la producción. Como ha puesto en evidencia el feminismo, este trabajo de los cuidados, invisible y no remunerado, producto de la división sexual del trabajo, ha contribuido de manera significativa a la acumulación de capital, por desposesión, al reducir los costes de cuidados, y de todas las actividades relacionadas, en el espacio productivo, tanto para las empresas como para el propio Estado (Esquivel, Faur y Jelin, 2012; Carrasco, Díaz, Marco, Ortiz y Sánchez, 2014; Fraser, 2016).

Como resultado de la expansión del Estado del bienestar, sobre todo después de la Segunda Guerra Mundial, aumentó la esperanza de vida en estas sociedades europeas, sobre todo durante la segunda mitad del siglo pasado. En efecto, la población mayor de 64 años creció de una manera significativa, alcanzando el 20% de la población en 2019, según cifras de Eurostat (2020a). En este año, la tasa de dependencia (relación entre población dependiente y población activa) fue del 31% (Eu-

rostat, 2020b). En el caso de España, en este mismo año la población mayor de 64 ascendía también al 20%, es decir, unos 9,1 millones de personas, de las cuales algo más del 30% (2,9 millones) eran mayores de 80 años. La tasa de dependencia era sensiblemente igual al resto de países de Europa. Un “tácito consenso de género”, construido desde una perspectiva patriarcal relacionada con dimensiones políticas y económicas de estas sociedades, y materializada en la división sexual del trabajo, asumió que las familias, es decir las mujeres, se encargarían del cuidado de las personas mayores, como en su momento lo hizo de los menores de edad. La vinculación activa de las mujeres al sistema educativo y al mercado de trabajo, sobre todo después de la Segunda Guerra Mundial, y la expansión de las doctrinas neoliberales a partir de la década de los 1970 —planteando entre otras cosas la reducción del Estado— terminaron “rompiendo” este “consenso”, situación que generó la denominada crisis de los cuidados (Ezquerro, 2011; Fraser, 2016).

3. Gobierno y crisis de los cuidados en España

En España la crisis de los cuidados, particularmente de las personas mayores, ha adquirido múltiples caras. Por una parte, las familias tuvieron que seguir asumiendo estos cuidados, sea directamente a través de las mujeres hijas/nueras, o indirectamente a través de mujeres migrantes (Buján, 2011); además, en aquellos hogares donde las personas mayores eran autónomas, éstas asumían el cuidado de nietos/as (Tobío, 2013). Por otra parte, cuando los ingresos familiares lo permitían, se recurrió al mercado a través del modelo de residencias para mayores. Según el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) en su informe de abril de 2019, en España había alrededor de 5.400 centros, de los cuales aproximadamente el 70% era privados, elevándose al 83% en comunidades como Cataluña o Madrid. En términos de plazas, en toda España había 372.985 plazas, siendo el 73% privadas, llegando de igual manera a cerca del 80% en las comunidades de Madrid y Cataluña (Abellán, Aceituno y Ramiro, 2019). Tanto por el valor mínimo y medio de las pensiones de jubilación y viudedad⁴ como por la escasez de plazas públicas, es claro que la mayoría de personas mayores queda excluida de esta “oferta privada” de cuidados.

Además, y en este contexto, no podemos perder de vista que, según el informe sobre el Estado de la pobreza y exclusión social en España, en 2018 algo más del 15% (1,4 millones) de las personas mayores de 64 años estaba en riesgo de pobreza o exclusión social (Llano-Ortiz, 2019). A esto hay que incluir que el 30% de las mujeres mayores de 64 años y el 18% de los hombres con este rango de edad vivían en hogares unipersonales, es decir solos (Abellán *et al.*, 2019).

Finalmente, en términos de salud, según el informe sobre perfil de las personas mayores en España 2019 realizado por el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) las personas mayores suponen cerca del 50% de las altas hospitalarias y del 60% de las estancias hospitalarias. Esto quiere decir que el Sistema Nacional de Salud, además de brindar asis-

⁴ Con el incremento de comienzos del 2020, el valor medio de la pensión de jubilación y viudedad quedó en 1.004,7 euros mensuales. La pensión mínima de jubilación quedó en 639,5 euros mensuales y la de viudedad en 683,5 euros mensuales. Ver Gómez (2020).

tencia sanitaria, se ha convertido en un recurso esencial para el cuidado de las personas mayores (Abellán *et al.*, 2019).

4. Coronavirus y nueva geografía política de los cuidados

Si nos detenemos entonces a analizar e interpretar la información que suministra diariamente el Ministerio de Sanidad sobre el impacto de la COVID-19 en España⁵, teniendo como telón de fondo el contexto anterior, es posible adelantar algunas conclusiones preliminares, así no tengamos claro cuándo y cómo será la salida de esta pandemia, ni cuál será su impacto final, por lo menos en términos epidemiológicos o de salud pública.

En primer lugar, las cifras suministradas por el Ministerio de Sanidad parecen indicar un patrón claro de la enfermedad: aproximadamente el 50% de las personas hospitalizadas y el 90% de las personas fallecidas son mayores de 69 años. Es decir, esta pandemia está afectando de lleno a las personas mayores de 64 años. Es importante resaltar que más del 50% de todas las personas contagiadas, hospitalizadas y fallecidas se concentran en la Comunidad de Madrid y en la de Cataluña. Como habíamos señalado anteriormente, el Sistema Nacional de Salud se había convertido en un recurso esencial para el cuidado de personas mayores. En condiciones “normales” las personas mayores ya representaban el 60% de las estancias hospitalarias. Por tanto, no nos debe sorprender que, debido a la alta presión asistencial en apenas un mes, el Sistema Nacional de Salud se saturase, llegando al borde del colapso (Linde, 2020; Rejón *et al.*, 2020). En relación con esta situación hay que tener en cuenta dos hechos fundamentales:

- 1) La reducción del personal sanitario, sobre todo en relación con los cuidados. El impacto de la pandemia a nivel hospitalario tiene que ver tanto con la asistencia sanitaria propiamente dicha, en términos de tecnología médica (curar) como con los cuidados hospitalarios que se requieren, en términos tanto de apoyo en actividades básicas (alimentación, aseo, etc.) como de apoyo emocional y afectivo, debido a la fragilidad de muchas de las personas mayores ingresadas, en ocasiones por largos periodos de tiempo. Esto hace que el personal sanitario, sobre todo de enfermería, requerido para estos cuidados sea mayor⁶. En relación con el personal de enfermería, según cifras de la Organización para la Cooperación y del Desarrollo Económico (OECD en inglés) en 2017 España contaba con 299.824 enfermeras/os siendo el 84% mujeres. En términos comparativos representaba 5,7 enfermeras/os por cada 1000 habitantes, muy por debajo de la media de los países de la OECD (2020) de 8,8/1000 habitantes, y casi la mitad de la mayoría de países de la Unión Europea. Este dato por sí solo muestra la fragilidad del Sistema de Salud de España, en relación con los cuidados

⁵ Ver, como muestra, Ministerio de Sanidad (2020).

⁶ Aquí la perspectiva de género resulta muy importante. En efecto, el 21,1% del total de los casos notificados y confirmados como positivos al Covid-19 es personal sanitario; el 75% de todo el personal sanitario con COVID-19 son mujeres (Instituto de Salud Carlos III, 2020).

hospitalarios y especializados, particularmente en una crisis sanitaria que afecta sobre todo a personas mayores.

- 2) La reducción de la capacidad instalada hospitalaria. A esta disminución del personal de enfermería hay que sumarle una reducción de camas hospitalarias en el Sistema Nacional de salud, debido a las medidas de austeridad por la crisis económica del 2008. En efecto, según la OECD (2020), España en 2008 contaba con 146.934 camas, mientras que en 2017 contaba con 138.511, es decir, 8.423 camas menos. En términos de camas por habitantes, España en 2017 contaba con menos de la mitad de camas por 1000 habitantes que Alemania o Francia. En términos del cuidado de las personas mayores, es posible afirmar que el Sistema Nacional de Salud ya presentaba una debilidad estructural previa a esta crisis, particularmente en aquellas Comunidades Autónomas que más aplicaron las políticas de austeridad como Madrid y Cataluña (Bacigalupe *et al.*, 2016).

En segundo lugar, algo que ha llamado profundamente la atención, es el impacto de la pandemia sobre personas mayores que se encontraban viviendo en residencias de mayores. Sin tener claro el número de contagios ni de fallecidos, la información disponible parece indicar que estos centros se han convertido en lugares donde tanto se ha diseminado la pandemia como donde se ha concentrado un número significativo de fallecidos. Según algunos datos recogidos por los medios de comunicación, al menos 15.300 personas han fallecido por coronavirus o con síntomas compatibles en residencias de servicios sociales (El País, 2020). La cifra incluye los centros de mayores y también los de personas con discapacidad, por lo que resulta muy complicado saber específicamente cuántas personas han fallecido en las residencias de mayores, aunque todo parece indicar que son la mayoría. Otras fuentes indican que hasta un 57% de los fallecidos procedían de centros de mayores (Booth, 2020). Como señalamos anteriormente, cerca del 80% de estas residencias están en manos privadas. Parece que esta situación también ha sido una constante en otros países de Europa (Booth, 2020; Cannolly, 2020; El País, 2020). Las quejas de familiares por falta de personal y de recursos son previas a la pandemia (Remacha, 2019). La reducción de los costes laborales, en términos de disminución de personal y de salarios es una forma de generar beneficios para este tipo de centros. Adicionalmente, el cierre de estos centros para evitar los contagios, ha impedido que las personas mayores puedan tener contacto con sus familiares. Esta situación se repite en los centros hospitalarios. En estas condiciones los familiares no pueden acompañar a los pacientes ni siquiera en fase terminal. Tampoco los pueden acompañar cuando fallecen. De paso se producen entierros sin velatorio y sin funeral (Congostrina, 2020).

En tercer lugar, también es muy llamativo en esta crisis la falta de materiales de protección del personal sanitario para evitar los contagios y, por ende, su diseminación. La escasez de equipos de protección individual (EPIS) del personal sanitario, no solo en las Unidades de Cuidados Intensivos de hospitales sino en todos los niveles de asistencia, tanto especializada como de atención primaria, ha sido una constante. La deslocalización de empresas, la externalización de la producción para disminuir los costes laborales de producción (salarios más bajos de los trabajadores), la sobredemanda de estos equipos por la crisis, la especulación en el mercado, su acaparamiento (Francia y Alemania dejaron de vender) y la reducción de los

stocks por la crisis en China —que a su vez redujo significativamente su producción— explican en buena parte esta reducción y desabastecimiento de los suministros hospitalarios de protección (López y Enguix, 2020; Nicas, 2020; Pasley, 2020; Sevillano, 2020; Zarzalejos, 2020). La incapacidad del mercado, de su mano invisible, para suplir esta escasez no solo es una constante sino un hecho especialmente relevante. Las estrategias de mercado para brindar protección o seguridad, parece que en este caso no funcionan. La ausencia de una adecuada soberanía sanitaria, en cuanto al control de materiales esenciales para la asistencia sanitaria, está marcando el curso de la pandemia y marcará el futuro de los sistemas de salud en futuras crisis (Pratt y Hyder, 2017). La dificultad para cuidar y garantizar el cuidado de aquellos que cuidan, revela otra debilidad o fragilidad del Sistema de Salud.

Finalmente, la información disponible parece indicar que, en términos de vulnerabilidad, la articulación de la organización socio-familiar en países como España, en torno a los cuidados en general y de las personas mayores en particular, junto con la precarización de las condiciones de vida de las propias familias, puede dar cuenta de esta vulnerabilidad en términos de contagio. En este sentido, la familia, en concreto las mujeres, han sido un eslabón fundamental en la cadena de los cuidados como hemos señalado anteriormente. Durante la crisis económica que comenzó en 2008, las pensiones de las personas mayores sirvieron para amortiguar el impacto de esta crisis, tanto para hijos/as como nieto/as. Abuelos y abuelas autónomos asumieron activamente el cuidado de nietos y nietas. Debido a la situación económicas (desempleo, falta de vivienda social, etc.) muchos jóvenes tuvieron que retrasar su emancipación y han tenido que seguir viviendo con padres/madres, abuelos/as en el mismo domicilio (Navarro y Clua-Losada, 2012; Mari-Klose y Escapa, 2015). Este tipo de articulación socio-familiar y de condiciones materiales de vida ha podido contribuir de manera significativa a la diseminación del virus y a la infección de personas mayores. Esto podría estar en la base del patrón socio-epidemiológico de la COVID-19 en España.

Conclusiones

En definitiva, tomando como referencia el caso de España, podemos afirmar que la COVID-19 ha impactado de manera significativa sobre la forma como socialmente hemos materializado una geografía política de los cuidados, especialmente de las personas mayores. Esta forma de geografía política de los cuidados, institucionalmente hablando, ya se encontraba previamente debilitada por varias razones. En primer lugar, porque históricamente ha sido una actividad devaluada (invisibilizada) social, cultural, espacial y económicamente en nuestra sociedad, si la comparamos con el peso de la actividad productiva que “genera valor”; en segundo lugar, porque se ha considerado que genera costes, en lugar de beneficios, puesto que involucra a “personas no productivas”, desde el punto de vista del mercado de trabajo; finalmente, porque la asistencia sanitaria al convertirse en los últimos años en un espacio vital de los cuidados, especialmente de las personas mayores, su mercantilización, bajo la figura de la privatización, y su reducción presupuestal, por políticas de austeridad, han debilitado su papel vital en los cuidados.

Al impactar sobre la forma como hemos organizado y gobernado el espacio de los cuidados, se ha puesto en evidencia estas debilidades y los costes que significa

tratar de resolver sobre la marcha estas debilidades. Si en los siglos XIX y XX la protección de la salud aparece como una forma de reducir la contradicción entre el capital y el trabajo en las sociedades capitalistas europeas de occidente, en el siglo XXI la contradicción entre el capital y los cuidados (Fraser, 2016) está marcando la forma como estamos enfrentando esta crisis. El confinamiento que estamos viviendo, más allá de la desafortunada metáfora sobre la guerra, se ha legitimado como estrategia para tratar de reducir el impacto de la crisis sobre nuestro Sistema Nacional de Salud (saturación y colapso hospitalario y sobre todo de las Unidades de Cuidados Intensivos) y sobre las propias residencias de mayores.

Las imágenes de la escasez de medios de protección del personal sanitario, de centros hospitalarios saturados, del goteo permanente de personas mayores fallecidas, sin contacto con sus familiares, sin velatorios ni funerales, de féretros transportados por personal militar y “apilados” en morgues improvisadas, de residencias de mayores convertidas en focos de expansión de la pandemia y de acumulación de personas mayores solas y desatendidas que fallecen, dan buen cuenta de la forma que adquiere la nueva geografía política de los cuidados, a raíz de la pandemia del coronavirus. El *shock* colectivo que experimentamos, queda atrapado e invisibilizado en el espacio del confinamiento. Como cabría esperar, los mercados miran para otro lado —¿cuántos muertos son socialmente tolerables para no tener que parar la producción?— y todos apuntan al Estado para resolver esta crisis —¡ahora sí, el Estado!—, bajo una especie de capitalismo de Estado. ¿Cuánto tiempo? Nadie se atreve a decirlo. Simultáneamente la crisis económica vino para quedarse. ¿Cuánto tiempo? Habrá que preguntárselo a los mercados y a los países del norte de Europa. Esta crisis económica será el resultado, trágico por cierto de la “sumatoria” de la contradicción entre el capital y el trabajo, debido a la precariedad de nuestro mercado de trabajo, y la contradicción entre el capital y los cuidados, debido a la gran fragilidad de nuestro sistema de cuidados, sobre todo de personas mayores.

De lo que se trata entonces es de reconocer la forma en la que se configura la nueva geografía política de los cuidados, por la presencia del coronavirus en nuestra sociedad. Parafraseando a la escritora, académica y activista Silvia Federici (2015), más que una destrucción generada por “supuestos agentes externos” como los “virus”, estamos abocados como sociedad a nuestra propia autodestrucción, si olvidamos que esta crisis es en lo fundamental, por lo menos para España, una profunda crisis de la forma como gobernamos el espacio de los cuidados.

Referencias

- Abellán, A., Aceituno, P., y Ramiro, D. (2019). *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019* (Informes Envejecimiento en red n.º. 24). Madrid.
- Abellán, A., Aceituno, P., Ramiro, D., Pérez, J., Ayala, A., y Pujol, R. (2019). *Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos* (Informes Envejecimiento en red n.º. 22). Madrid.
- Bacigalupe, A. *et al.* (2016). Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 47-51.

- Booth, R. (2020). Half of coronavirus deaths happen in care homes, data from EU suggests. Figures from Italy, Spain, France, Ireland and Belgium suggest UK may be underestimating care sector deaths. *The Guardian*, 13 de abril. Recuperado de <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/13/half-of-coronavirus-deaths-happen-in-care-homes-data-from-eu-suggests>
- Buján, R. M. (2011). La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 93-123.
- Bruton, D. (2004). Dealing with disease in population. Public Health 1830-1880. En D. Bruton (Ed.), *Medicine Transformed. Health Disease and Society in Europe 1800-1930* (pp.180-210). Manchester and New York: Manchester University Press / Open University.
- Busse, R., Blümel, M., Knieps, F., y Bärnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany: A health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390(10097), 882-897.
- Carrasco, C., Díaz Corral, C., Marco Lafuente, I., Ortiz Monera, R., y Sánchez Cid, M. (2014). Expolio y servidumbre: apuntes sobre la llamada deuda de cuidados. *Revista de Economía Crítica*, (18), 48-59.
- Cannolly, K. (2020). Care homes across globe in spotlight over COVID-19 death rates. Residential homes have emerged as key breeding ground for infections from Madrid to New York. *The Guardian*, 9 de abril. Recuperado de <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/09/care-homes-across-globe-in-spotlight-over-covid-19-death-rates>
- Congostrina, A. (2020). Entierros sin velatorio ni funeral: “Nuestro trabajo siempre es delicado, pero ahora es mucho más triste”. *El País*, 19 de marzo. Recuperado de <https://elpais.com/sociedad/2020-03-19/los-servicios-funerarios-denuncian-la-falta-de-mascarillas-y-trajes-de-proteccion.html>
- De Benito, E. (2020). Sanidad advierte del papel de los hogares en la difusión de la pandemia. *El País*, 14 de abril. Recuperado de <https://elpais.com/sociedad/2020-04-13/130000-casos-sin-justificar.html>
- Donzelot, J. (1991). The Mobilization of Society. En G. Burchell, C. Gordon y P. Miller (Eds.), *The Foucault effect. Studies in governmentality* (pp.169-180), Chicago: The University of Chicago Press.
- El País (2020). La pandemia golpea a las residencias de mayores de toda Europa. España no es una excepción en los países de su entorno. *El País*, 28 de abril. Recuperado de <https://elpais.com/sociedad/2020-04-27/la-pandemia-golpea-a-las-residencias-de-mayores-de-toda-europa.html>
- Esquivel, V., Faur, E., y Jelin, E. (2012). Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado. En V. Esquivel et al. (Eds.), *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado* (pp.11-43). Buenos Aires: IDES.
- Eurostat. (2020a). Proportion of population aged 65 and over % of total population. *Eurostat*. Recuperado de <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00028/default/table?lang=en>
- Eurostat. (2020b). Old age dependency ratio per 100 persons. *Eurostat*. Recuperado de <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00028/default/table?lang=en>
- Ewald, F. (2000). La providence de l'Etat. *Reveu Projet*, 2 de marzo, 45-50.
- Ewald, F. (2002). The return of Descartes's malicious demon: An outline of a philosophy of precaution. En T. Baker y J. Somon (Eds.), *Embracing risk: The changing culture of in-*

- urance and responsibility* (pp.273-301). Chicago y Londres: The University of Chicago Press.
- Ezquerro, S. (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones feministas*, 2, 175-187.
- Federici, S. (2015). Sobre el trabajo de cuidado de los mayores y los límites del marxismo. *Nueva sociedad*, (256), 45-62.
- Fraser, N. (2016). Las contradicciones del capital y los cuidados. *New Left Review*, (100), 111-132.
- Foucault, M. (1999). El nacimiento de la medicina social. En M. Foucault, *Estrategias de poder* (pp.365-384). Barcelona: Paidós.
- Gómez, M. (2020). Así queda su pensión tras la subida del 0,9% aprobada esta semana. El aumento adicional de las prestaciones mínimas al que se comprometió Sánchez en el debate de investidura tendrá que esperar. *El País*, 15 de enero. Recuperado de https://elpais.com/economia/2020/01/14/actualidad/1579041129_553759.html
- González, G. (2015). Los inicios de la previsión social en España: responsabilidad patronal y seguro de accidentes en la ley de accidentes del trabajo de 1900. *Lex Social: Revista de Derechos Sociales*, 5(2), 1-32.
- Horowitz, J., y Bubola, E. (2020). Isolating the Sick at Home, Italy Stores Up Family Tragedies. *The New York Times*, 24 de abril. Recuperado de <https://www.nytimes.com/2020/04/24/world/europe/italy-coronavirus-home-isolation.html>
- Instituto de Salud Carlos III. (2020). *Informe sobre la situación de COVID-19 en España* (Informe Covid-19 núm. 26, 27 de abril). Madrid: Instituto de Salud Carlos III / Centro Nacional de Epidemiología. Recuperado de <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2026.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2027%20de%20abril%20de%202020.pdf>
- John Hopkins University & Medicine. (2020). *Coronavirus Resource Center*. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Linde, P. (2020). Los sanitarios se baten en las UCI: “Es la guerra de nuestra generación”. *El País*, 21 de marzo. Recuperado de <https://elpais.com/sociedad/2020-03-21/los-medicos-se-baten-en-las-uci-es-la-guerra-de-nuestra-generacion.html>
- López C., y Enguix, S. (2020). La especulación en el mercado bloquea la llegada de material sanitario a España. *La Vanguardia*, 24 de marzo. Recuperado de <https://www.lavanguardia.com/vida/20200324/4874322651/especulacion-mercado-bloquea-llegada-material-sanitario-espana-coronavirus.html>
- Llano-Ortiz, J. C. (2019). *El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2009-2018*. Madrid: EAPN. Recuperado de <https://www.eapn.es/estadodepobreza/capitulos-2019.php>
- Marí-Klose, M., y Escapa, S. (2015). Solidaridad intergeneracional en época de crisis: ¿ mito o realidad? *Panorama Social*, 22(2), 61-78.
- Mckeown, Th., y Lowe, C. (1984). *Introducción a la Medicina social*. México: Siglo XXI Editores.
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Actualización nº 90. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19)*. 29-04.2020 (datos consolidados a las 21:00 horas del 28/04/2020). Madrid: Ministerio de Sanidad. Recuperado de

- https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_90_COVID-19.pdf
- OECD. (2020). Health statistics. *OECD*. Recuperado de <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>
- Navarro, V., y Clua-Losada, M. (Eds.). (2012). *El impacto de la crisis en las familias y en la infancia*. (Observatorio Social de España). Barcelona: Ariel.
- Nicas, J. (2020). Es la ley de la selva en el mercado de las mascarillas. Hospitales, gobiernos, benefactores y vendedores improvisados están compitiendo. *New York Times (versión en español)*, 6 de abril. Recuperado de <https://www.nytimes.com/es/2020/04/06/espanol/ciencia-y-tecnologia/precio-mascarillas-n95-coronavirus.html>
- Pasley, J. (2020). La fiebre del oro de las mascarillas llega a China: más de 38.000 empresas registradas en 2020 ya pueden fabricarlas o distribuir las, pero la calidad se ha vuelto un problema. *Business insider España.*, 21 de abril. Recuperado de <https://www.businessinsider.es/coronavirus-fiebre-empresas-chinas-fabrican-mascarillas-625587>
- Pellicer, Ll. (2020). La economía de la zona euro se desploma un 3,8% por la pandemia. Bruselas urge a un plan para rescatar a las economías más afectadas tras constatar un derrumbe mayor que el sufrido tras la caída de Lehman Brothers. *El País*, 30 de abril. Recuperado de <https://elpais.com/economia/2020-04-30/la-economia-de-la-zona-euro-se-desploma-un-38-por-la-pandemia.html>
- Pratt, B., y Hyder, A. (2017). Governance of global health research consortia: Sharing sovereignty and resources within Future Health Systems. *Social Science & Medicine*, (174), 113-121.
- Remacha, B. (2019). Las malas condiciones laborales provocan falta de enfermeras en las residencias de ancianos. CCOO denuncia que, debido a las condiciones del sector, en algunas comunidades ya “no se encuentran profesionales”, y en todo el Estado hay escasez de enfermeras. *El diario.es*, 21 de septiembre. Recuperado de https://www.eldiario.es/sociedad/condiciones-laborales-residencias-ancianos-enfermeria_0_944206281.html
- Rejón, R., Requena, A., y Pérez, S. (2020). Los hospitales de Madrid bordean el colapso por la llegada de casos y la escasez de material para atajar el coronavirus. *El diario.es*, 18 de marzo. Recuperado de https://www.eldiario.es/sociedad/hospitales-Madrid-bordean-material-coronavirus_0_1007200253.html
- Sevillano, E. (2020). Por qué España está sin mascarillas cuando lo peor de la crisis no ha llegado. La falta de material de protección pone contra las cuerdas al sistema sanitario. *El País*, 21 de marzo. Recuperado de <https://elpais.com/sociedad/2020-03-20/las-uci-de-varios-hospitales-de-madrid-ya-estan-al-doble-de-su-capacidad-con-pacientes-de-coronavirus.html>
- Tobío, C. (2013). Estado y familia en el cuidado de las personas: sustitución o complemento. *Cuadernos de relaciones laborales*, 31(1), 17-38.
- Tondo, L. (2020). Italian hospitals short of beds as coronavirus death toll jumps. Lombardy health system under pressure as country records its highest daily rise in deaths. *The Guardian*, 9 de marzo. Recuperado: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/09/italian-hospitals-short-beds-coronavirus-death-toll-jumps>

- Statista. (2020). COVID-19/Coronavirus. *Statista*. Recuperado de <https://www.statista.com/page/covid-19-coronavirus>
- Weindling, P. (2004). From germ theory to social medicine: public health 1880-1930. En D. Bruton (Ed.), *Medicine Transformed. Health Disease and Society in Europe 1800-1930* (pp.239-265). Manchester and New York: Manchester University Press / Open University.
- Zarzalejos, A. (2020). La especulación y el caos se apoderan del mercado internacional en la guerra por conseguir suministros contra el coronavirus: Nueva York paga hasta 15 veces más por hacerse con mascarillas y equipos médicos. *Business insider España*, 7 de abril. Recuperado de <https://www.businessinsider.es/coronavirus-especulacion-mercados-internacionales-material-medico-616311>