

LA INFLUENCIA DE LA RELIGIÓN EN LA DESVALORIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA SALUD: UNA LECTURA DESDE EL GÉNERO

THE INFLUENCE OF RELIGION ON THE DEPRECIATION OF HEALTHCARE: A LOOK FROM A GENDER PERSPECTIVE

Vilma Aguirre Flores

vilmaaguirref@gmail.com

Estudiante Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Sede Talca, Región del Maule, Chile.

Braulio Urzúa Rivera

braulio_urzua1@hotmail.com

Estudiante medicina, Universidad Autónoma de Chile, sede Talca, Región del Maule, Chile.

Yafza Reyes Muñoz

yafzatamara@gmail.com

Antropóloga Universidad Católica de Temuco; Magíster en Estudios de Género y Cultura U. de Chile.

Docente Universidad Autónoma de Chile, Sede Talca; y Universidad Católica del Maule.

Claudia Cortés Figueroa

claudiacortes.cl@gmail.com

Estudiante Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Sede Talca, Región del Maule, Chile.

RESUMEN

Los cuidados en el área de la salud son prácticas llevadas a cabo desde tiempos muy remotos y han permitido preservar la especie humana. Dentro de este contexto, dicha actividad ha sufrido una serie de transformaciones a lo largo de la historia, debido a la evolución en las construcciones sociales de los roles de género que dependen tanto de factores culturales como ético-morales. Para entender estas transformaciones a lo largo de la historia y sus consecuencias en torno a la concepción y la praxis del cuidado en la salud y su feminización, es que se presenta una revisión bibliográfica que tiene como objetivo discutir la relación condicionada de los cuidados como práctica femenina, pero principalmente como ésta se ha desvalorizado luego del auge del Cristianismo, esto en el entendido de que en la mayoría de las culturas pre-cristianas, los cuidados eran considerados una actividad muy valorada, pero además muchas veces sagrada.

Palabras claves: Cuidadoras. Identidad de Género. Cristianismo.

ABSTRACT

Care in the area of health is a practice performed since very early times which has allowed the human species to persevere. In this context, the stated activity has suffered a series of transformations because of developments in the social constructions of gender roles that depend on both cultural and ethical-moral factors. To understand these transformations throughout history, their consequences around the concept and

the practice of health care, and their feminization, a bibliographic revision is presented with the objective to discuss the conditional relationship of care as a feminine practice. Mainly as this has been devalued since the age of Christianity, it is understood that in the majority of pre-Christian cultures, care was considered not only a valued activity but also often times sacred.

Keywords: Caregives. Gender Identity. Christianity.

PROBLEMATIZACIÓN

El ser humano ha buscado de diversas maneras relacionarse con el poder divino, ya sea mediante ceremonias, sacrificios, ritos u oraciones. Esto, con el objetivo de recibir protección, desprenderse de algún tipo de castigo, buscar respuestas del entorno y de sí mismos o encontrar la conexión de los vivos con sus ancestros. De ahí surge, desde el inicio de la humanidad, la religión, entendida en su sentido más amplio. El objetivo principal y común de todas las religiones es la “transcendencia” del mundo físico al espiritual, de esta manera plantea la existencia del ser humano como parte de un plan con un propósito específico: el sentimiento religioso y el culto, para acceder a una dimensión espiritual (LUCKMANN, 1973).

Así, las religiones se caracterizan por una dualidad: Por una parte se encuentra un ser divino creador y controlador del mundo, y en otra, el individuo que gana una sensación de bienestar mediante el acto de la veneración, que es considerado el contacto más directo con dicha entidad.

Los pueblos originarios constituyen la procedencia de la humanidad, y en ellos los cuidados se dirigen esencialmente a la supervivencia, los que estaban a cargo de las mujeres predominantemente, sin embargo, el responsable final de la curación era el curandero/hechicero (QUINTERO, 2007).

En este contexto, es importante señalar que el rol desempeñado por la mujer dentro de su tribu se reservaba al ámbito privado, donde realizaban tanto labores domésticas como el cuidado de niños, personas heridas y ancianos, mientras que los hombres cazaban. Estos cuidados ligados al género femenino, fueron heredados generacionalmente, como partes de la endoculturación del aprendizaje y la cultura.

Sin embargo dichas prácticas fueron sufriendo transformaciones, con el correr de los siglos, y principalmente tras el auge del paradigma cristiano, dónde un ser superior tiene el poder final de sanación y no el hombre en sí mismo, por ende, la figura del hechicero o la curandera pierde importancia y, por ende valoración. Sumado a esto, la concepción cristiana otorgó a las mujeres el protagonismo del cuidado y las responsabilidades derivados de éstos, de manera arbitraria e impositiva; el género femenino fue considerado más competente en las praxis propias de esta labor, ya que el amor incondicional, la dedicación, gratuidad y sacrificio, eran atribuidos considerados “naturales” de la mujer.

Como consecuencia, esta concepción fue incorporada en el inconsciente colectivo, debido a una transmisión generacional, que en la actualidad, ha significado no sólo la feminización de los cuidados, sino además su depreciación.

Lo anterior nos lleva entonces a preguntarnos *¿Cómo ha influido la construcción del género en general y la religión en particular, en la desvalorización del cuidado femenino en la salud?*

MÉTODO

Para contestar esta interrogante, se ha utilizado una metodología teórica de revisión bibliográfica, la que da sustento a los tres ejes que sustentan nuestra problemática, a saber: religión, cuidados y género.

También se ha consultado en revistas especializadas del área de la salud, género, religión y cristianismo, para dar cuerpo a los cuatro apartados que componen la discusión de este artículo de revisión: a) Las transformaciones del rol del cuidado en la historia; b) Influencia del Cristianismo en la transformación de la concepción del cuidado y la desvalorización de género femenino; c) Aportes de los estudios de género para la comprensión de la influencia religiosa en la denostación de la mujer y su rol en el cuidado; y c) algunas consecuencias del cuidado para la salud de las mujeres.

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

La Religión

La evidencia antropológica y arqueológica nos demuestra que *la religión* es tan antigua como la aparición de los hombres y mujeres en el mundo, documentándose desde la época paleolítica.

Hoy sabemos de la existencia de las antiguas religiones de Oriente, así como de las religiones de la India, China y Japón. También conocemos la historia del surgimiento del judaísmo, el cristianismo y el islam, sin olvidar las religiones de Grecia y Roma. Pero también, y menos conocidos, están los sistemas religiosos inca, maya y azteca, y un sinfín de religiones de pueblos y comunidades precolombinas, hoy extintas tras el violento proceso de conquista latinoamericano.

Pero ¿qué es la religión y cuál es su importancia en la historia? La religión es entendida como el:

conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. (RAE; 2015).

Así, las diferentes religiones están basadas en la creencia de que el mundo es producto de una fuerza superior.

Otros autores la han definido como expresiones históricas específicas, de universos simbólicos (LUCKMANN, 1973), mediante las cuales los hombres y mujeres se conectan con la cotidianidad inmediata que los rodea, pero a su vez, pueden trascender del espacio físico del territorio que habitan, para conectarse con emociones y sensaciones que los hacen trascender, e incluso encontrarse con otros hombres y mujeres, de ésta u otras dimensiones.

No obstante esta forma elemental de la religión se fue transformando con el pasar del tiempo y con el auge consolidado de las sociedades complejas, complicando su simple entendimiento y haciéndose cada vez más fuertes. Fue así como algunas lograron institucionalizarse.

Finalmente podemos señalar que existen religiones politeístas y monoteístas (FREY, 2005), donde las primeras presentan un sistema religioso basado en

la existencia de múltiples dioses o divinidades organizadas en una jerarquía, pero siempre en armonía con los sujetos; mientras que las segundas consideran sólo a un Dios como un padre, consejero y preservador del mundo, quien además muchas veces es castigador y enjuiciador de sus devotos. Y es justamente dentro de estas últimas donde se inserta el cristianismo, fundamental dentro del trabajo a presentar.

Los Cuidados

El segundo eje de esta revisión son *los cuidados*, los que hacen referencia a la acción de cuidar, ya sea preservando, conservando o asistiendo. Pero los cuidados también implican ayudarse a uno/a mismo/a o a otro ser vivo, tratando de incrementar nuestro bienestar y el de otros/as, para evitar el dolor y el sufrimiento.

En enfermería se le define como la ayuda al otro para que éste crezca y se realice como persona. Una tercera definición son las:

acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudando a otros a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración. (POBLETE e VALENZUELA, 2007).

Sin embargo, si bien es cierto estas definiciones carecen de género, en el ámbito doméstico, dichos quehaceres son llevados a cabo generalmente por un cuidador informal que se encuentra estereotipado y perfilado, y cuyas principales características son mujeres de entre 40 y 59 años, desempleadas, de clase social baja y que frecuentemente conviven con la persona a quien cuidan (ESPÍN, 2009); (VAQUIRO RODRÍGUEZ e STIEPOVICH BERTONI, 2010).

En consecuencia, la figura de la “cuidadora informal”, cobra gran importancia pues son las mujeres -y no los hombres-, quienes practican los cuidados dentro del ambiente privado/doméstico, y además de manera gratuita. De esta manera se establece esta actividad como un hecho propio del género femenino, lo que conlleva a una desvaloración social y por lo tanto carente de prestigio.

Relevante es destacar que lo demandante de esta tarea genera repercusiones o afectaciones físicas, psicológicas y sociales en la vida de la cuidadora, desarrollando un sentimiento de sobrecarga que depende de factores relacionados con el paciente, aludiendo a la duración de la enfermedad y a los problemas conductuales de éste. Sumado a estos, las variables propias del cuidador también inciden, entre ellas destacan: el estilo de afrontamiento, los recursos financieros, el apoyo social-emocional y el número de roles. Finalmente, también influye la dinámica de la relación cuidador-paciente, lo que sugiere que a mayor compromiso emocional, mayor sobrecarga (ESPÍN, 2009).

El Género

Para comenzar es necesario señalar una distinción fundamental entre el término género y sexo. El primero alude a la descripción de las características socio-culturales tanto de hombres como mujeres, como una cualidad social de las distinciones basadas en el sexo, es decir, se centra en la forma de relación y organización de los sexos por una construcción cultural que evoca a diferencias en los rasgos tanto del carácter como de la sexualidad. El sexo refiere a la condición o determinismo biológico de machos y hembras, determinada por la genética (SCOTT, 1990).

En base a esto, las personas pertenecen al sexo femenino o masculino, hasta que aprenden a comportarse como hombres o mujeres dentro del contexto sociocultural en el cual se encuentran insertos, adquiriendo un comportamiento compuesto por la adquisición del género, la identidad de género, y los roles y estereotipos asignados a cada uno/a, donde los últimos pueden ser definidos como:

Un conjunto de expectativas culturales específicas acerca de qué es apropiado para un hombre y para una mujer. (ROCHA SÁNCHEZ, 2009).

Así, cada sociedad asigna prestigio y poder a ciertos individuos, y por ende a las actividades que estos realizan, o bien invisibilización y subordinación a otras actividades, y por supuesto, a otros sujetos(as). Es:

“la cultura... el responsable de la transformación de los cuerpos en entidades sexuados y socializados a través redes de significados que incluyen categorizaciones de género, orientación sexual, la elección de pareja. Los valores y las prácticas sociales de forma, guiar y esculpir deseos y formas de vida la sexualidad, lo que lleva a las carreras sexuales / amorosas.” (HEILBORN, 1999, p. 40).

Para profundizar es relevante señalar a algunos/as autoras/es que han trascendido en esta discusión, como la ya citada Joan Scott (1986) y sus aportes sobre las contradicciones en la discusión teórica de éste; Gayle Rubin (1985) en las temáticas de poder y subordinación respecto de pre-concepciones “naturalistas” en su célebre “El tráfico de mujeres. Notas sobre la economía política del sexo”; Marcela Lagarde (1990; 1992), Magdalena León (1991), Adriana Valdés (1992) y Martas Lamas (1999; 2004) a las temáticas latinoamericanas de los estudios de género y el poder hegemónico; Robert Connell (1997) y Michael Kaufman (1997) en el ámbito de la masculinidad; Laura Rita Segato (2005) y sus trabajos sobre el cuerpo y las estructuras simbólicas de la violencia hacia las mujeres, en tanto mensajes de poder para otros hombres; y por supuesto las profesoras Debby Guerra; Sonia Montecino y Ximena Valdés en Chile.

El género entonces es una construcción política, simbólica y teórica que da cuenta de las diferencias construidas entre hombres y mujeres en las diversas culturas, así como también el estudio de cómo el prejuicio de la biología determinista ha impulsado desigualdades para establecer lo *femenino* o lo *masculino*:

No hay características o comportamientos de personalidad exclusivas de cada sexo, ambos comparten rasgos y conductas humanas. Por lo tanto lo que genera las diferencias, es la construcción social, cultural, política y económica del género (SULLEROT, 1990).

De esta manera, la realidad social se organiza según un patrón socio-cultural que dividirá simbólicamente y empíricamente de forma desigual a hombres y mujeres (VIVAS, 2001).

A la luz de lo anterior, se puede establecer que todos los sujetos, tanto hombres como mujeres desarrollan experiencias a través de procesos socio-culturales e históricos en los que se encuentran inmersos, dichas experiencias son influenciadas por la religión o tradiciones filosóficas tanto a nivel familiar como generacional, dependiendo de factores circunstanciales y el entorno en que se desarrollan (DELLA PIA, 2003). Por lo tanto el género se construye y como diría Simone de Bouveir:

no nace, se hace (BEAUVOIR, 2008).

DISCUSIÓN

Las transformaciones del rol del cuidado en la historia

Evidencia arqueológica de la era del Bronce en Europa, nos habla del prestigio de las mujeres en el ámbito de la vida, los cuidados y el tránsito a la muerte. Los sitios funerarios están cargados de símbolos que nos permiten comprender hoy, el lugar sagrado que ocupaban las mujeres en la antigüedad. Muchas de ellas eran sepultadas con sus vasijas ceremoniales; algunas de ellas, sin la suerte esperada, eran enterradas con sus hijos también muertos, mirándose de frente, con punzones de cobre, brazaletes y vasijas utilizadas en las ceremonias de sanación (SÁNCHEZ ROMERO, 2008).

En la civilización egipcia, destacada por su alto nivel de organización, el cuidado también estaba a cargo de mujeres -y de los esclavos-, pero sólo dentro del ámbito de lo doméstico. Sin embargo y a diferencia de los esclavos, las mujeres eran personas libres y dignas, situación que les daba autoridad tanto dentro del hogar, como en la esfera pública. Lo anterior se ve reflejado en pinturas y grabados de la época, donde las “comadronas” eran consideradas un grupo profesional ocupado de lo que hoy conocemos como obstetricia (CARRASCO, MÁRQUEZ e ARENAS, 2005).

Por otro lado en Grecia, sociedad patriarcal que despreciaba el trabajo manual, la mayor parte de las mujeres eran esclavas, y éstas se dedicaban fundamentalmente a labores dentro del hogar, ya sea la preparación de la comida o la limpieza, y por supuesto el cuidado de los/as niños/as y enfermos/as (CARRASCO, MÁRQUEZ e ARENAS, 2005).

En Roma, la situación era distinta. Las mujeres estaban sometidas totalmente a los hombres, y dependían primero del padre y luego del marido. No obstante, a pesar de ello, existían mujeres encargadas de los partos (las conocidas *parteras*) y fueron ellas quienes gozaban de cierto prestigio al saber leer y escribir, requisito obligatorio para poder practicar el oficio obstétrico.

En América Latina, las experiencias asociadas a los cuidados en la salud también cobran relevancia mirados desde la perspectiva de género. Para Jun Van Kessel (1983), el ayllu (familia extensa de Los Andes, que trabaja de manera comunitaria) aymara en el altiplano de Chile y Bolivia, representa la concreción del cosmos andino; por tanto la concepción de salud y enfermedad, derivan en un ritual terapéutico, donde la enfermedad está compuesta por tres dimensiones: una ética, otra religiosa y una tercera social (VAN KESSEL, 1983). Y en ese escenario, las mujeres son fundamentales. Para Gavilán,

Las causas de la enfermedad y, por lo tanto, el método de curar, se encuentran en lo espiritual y lo sobrenatural... (GAVILÁN, VIGUERAS, *et al.*, 2011),

dotando a las mujeres de un protagonismo relevante en los cuidados asociados, a esa enfermedad trascendental.

Sin embargo, ese lugar de prestigio de las mujeres cambiará para siempre, tras la transformación que cambiará el destino de lo que hoy conocemos como nuestro mundo occidental. Entre los años 300 – 1000 d.C., el mundo europeo se encuentra en un deterioro progresivo, inmerso en batallas y destrucción. Es aquí cuando la Iglesia Católica alcanza su mayor poder y presencia.

En el año 311, el Emperador Constantino adhiere al cristianismo, convirtiéndose ésta en la religión oficial del Imperio Romano de Occidente. Con esta decisión, Constantino pretendía asegurar la salvación de la humanidad iniciando una verdadera revolución religiosa convirtiendo a la Iglesia Católica en la más poderosa del mundo.

Pero la aparición del Cristianismo en el siglo III, no sólo cambia la forma de la fe de aquel entonces, sino que introduce una nueva dimensión del cuidado, pasando éste a ser entendido como la dedicación a los pobres y más necesitados, asignando características vocacionales a quien ejerce este rol, el cual persiste en la actualidad,

Con el cristianismo se promueve el concepto de altruismo, como servicio desinteresado a los demás, se dota a los cuidados de un sentido espiritual, así como al padecimiento de la enfermedad, el cual es considerado como una vía de santificación. (CARRASCO, MÁRQUEZ e ARENAS, 2005, p. 5).

INFLUENCIA DEL CRISTIANISMO EN LA TRANSFORMACIÓN DE LA CONCEPCIÓN DEL CUIDADO Y LA DESVALORIZACIÓN DE GÉNERO FEMENINO

Desde la llegada de la Iglesia Católica, el Cristianismo estuvo íntimamente ligado a las políticas de Estado, llegando a ser uno mismo. Su masificación por el mundo responde igualmente a esta alianza, donde las cruzadas evangelizadoras eran, a su vez, procesos de colonización. Este íntimo vínculo buscaba mantener y expandir el control absoluto en todas las esferas del desarrollo humano, tanto en asuntos sociales, económicos y éticos-morales, desde el Medioevo hasta nuestros días.

A lo largo de la Edad Media la mujer mantuvo un rol fundamental en torno al cuidado de la salud. En el ambiente doméstico, ésta cuidaba a su familia, niños, enfermos, por tanto, su labor se mantenía indiscutible. Mientras que en los conventos eran las religiosas las que ofrecían el rol de enfermería, otorgando cuidados necesarios como por ejemplo las sangrías y hierbas curativas que éstas realizaban. A su vez en los hospitales se daba atención a pobres y enfermos, de la misma manera, seguían siendo las mismas mujeres, quienes atendían las labores del parto (HUGHES, 1943, p. 1).

Pero con la imposición de la fe en esta época y las restricciones morales que esto conllevaba, estas *curanderas* fueron obligadas a realizar las mismas labores, pero desde la concepción aceptada por el cristianismo. Es por esto que quienes no se adhirieron a las nuevas normativas fueron visualizadas como pecadoras y responsables de un sinnúmero de desgracias sólo por el hecho de tener un cuerpo femenino, independiente de si éstas fueran creyentes o no. Por esto, muchas de ellas fueron consideradas amenazas para el Estado y la Iglesia, siendo catalogadas despectivamente como “mujeres hechiceras” o “brujas”, ya que desafiaban al poder de las intervenciones divinas o la muerte, no haciendo ningún tipo de selección al momento de realizar sus cuidados.

Esta es la base por la que comienza el período de *Cacería de Brujas*, que terminó con la condena a muerte de más de 5 millones de mujeres en la edad media. El resto de éstas, fueron relegadas a un rol de servicio y sacrificio agregando indulgencias que las exculparan de ser mujeres y, en vista de ello, imagen del pecado.

Dicho acoso remonta sus orígenes en la creación de las Universidades (siglo XIII) que supuso un impedimento para la práctica en los cuidados de salud realizado por las mujeres de la época; esto tomaba mayor relevancia y trascendencia debido a que las mujeres tenían prohibido el acceso a las Universidades, y a consecuencia de ello, el acceso a la formación universitaria como médicas.

Por ello las mujeres “brujas” recibían castigos severos (llegando a ser quemadas vivas) no por dañar la salud de los pacientes, sino porque sus habilidades de sanación tenían *supuestamente* una vinculación directa con el Satanismo, esto porque a pesar tener prohibido el acceso a las instituciones formadoras educacionales, las mujeres poseían conocimientos adecuados para sanar a los enfermos, y este conocimiento sólo se explica por una relevación diabólica.

No obstante, en el año 1.517 se inició *La Reforma*, un movimiento religioso dirigido por Martin Lutero, que tuvo como resultado la división del Cristianismo en Europa, emergiendo una Europa Protestante. A partir de esta división de la Iglesia, cada estado- nación propició nuevas regulaciones sanitarias para el cuidado de los enfermos. Por un lado, los gobiernos protestantes no mostraban interés en mejorar la atención de enfermería ni mejorar los hospitales, lo que se traducía en una situación deficiente y compleja. Los enfermos quedaban a la deriva y la atención de enfermería era llevada a cabo por mujeres sin educación, tales como sirvientas, o incluso ex reclusas, a quienes se les conmutaba la pena a cambio de practicar esta labor. Por el contrario, en la Europa Católica los cuidados de enfermería se mantuvieron en manos de los religiosos, quienes al darle un sentido vocacional al oficio, hacían más eficiente el cuidado. No obstante, al estar éste en manos de mujeres, el trabajo era desvalorado, y, por ende, mal mirado (CARRASCO, MÁRQUEZ e ARENAS, 2005).

En la Europa Protestante se crearon leyes parlamentarias con el fin de imponer multas y largas penas de prisión a toda mujer que intentará ejercer la praxis del cuidado a través de un contacto directo. Cabe destacar, que esta nueva doctrina tenía un sustento teológico que apuntaba a la inferioridad de la mujer, el cual limitaba a ésta a ser entendida como un objeto necesario para la preservación de la especie y para proporcionar los alimentos que el hombre necesita.

Los cuidados también se vuelcan a las normativas imperiales, creando una nueva noción del cuidado, erradicando todo aquello que representara riesgo de perder el poderío conseguido, obligando a aceptar un cambio en el pensamiento que involucraba la manifestación de la fe, los valores y las funciones en sociedad como seres humanos individuales (JOHNSON, 2010).

La imagen de la mujer sufrió entonces, una transformación inapelable que conllevó a cambios en el pensamiento asociados principalmente a la concepción que se tiene del cuerpo femenino, llegando a ser aceptado el sufrimiento físico como necesario e innegable, ya que de alguna forma se debía compensar la inmoralidad que representaba éste, considerado como un símbolo de insinuación y predisposición al pecado.

Desde este nuevo “paradigma religioso”, el cuerpo fue catalogado como la prisión del alma, y existía un llamado a anular la sexualidad de los feligreses, exaltándose la virginidad de los hombres y principalmente de las mujeres.

El cuerpo femenino era visto de forma esencialmente inmoral, por ser el símbolo de la sensualidad, por incitar al pecado. (VESGA GUALDRÓN, 2012).

Fue así como surge el castigo como medida expiatoria de culpas que estaban en el propio cuerpo, surgiendo también conventos de claustro y mujeres

consagradas quienes brindaban sus servicios como ofrenda a Dios, buscando la santificación por medio de la ayuda y el cuidado de los enfermos. Las mujeres aquí realizaban extenuantes jornadas para evitar los *malos pensamientos* y ayudaban a los enfermos, necesitados y personas menos favorecidas en hospitales, con una intencionalidad más caritativa hacia el enfermo, que el manejo en sí, propio de la enfermedad (VESGA GUALDRÓN, 2012).

Desde ese entonces la Iglesia Católica, que profesa el Cristianismo se destaca por su misión de conocer y amar a Dios. Esto se transmite mediante varios ritos en la vida de los hombres y mujeres ligados a la fe católica, siendo uno de los más relevantes la catequesis. En esta se enseña a creer que somos *capaces de acercarnos a Dios*, y que Dios va al encuentro del hombre (lo que se evidencia en las revelaciones señaladas en las sagradas escrituras de la Biblia) por medio de la creencia y la fe. Por otro lado, se sociabiliza la convicción de la creación del Universo -llevada a cabo por el Dios Padre; se alaba la figura de Jesucristo -hijo único de Dios- como salvador de los hombres en la tierra, y se cierra el pacto con el Espíritu Santo responsable de la consolidación de la fe.

Así, la jerarquía de la Iglesia representada por la Trinidad, está basada en la masculinización de esta triada divina, lo que desde la perspectiva de género se visualiza como la invisibilización del rol de las mujeres en la Iglesia Católica, pero por sobre todo, la subordinación de éstas hacia un poder andrógono.

APORTES DE LOS ESTUDIOS DE GÉNERO PARA LA COMPRENSIÓN DE LA INFLUENCIA RELIGIOSA EN LA DENOSTACIÓN DE LA MUJER Y SU ROL EN EL CUIDADO

Carme Soto Varela (2009), teóloga de la Universidad de Compostela y experta en teología feminista señala que:

Las mujeres de la comunidad católica están excluidas de la plena participación en el sistema sacramental; de los centros eclesiales donde se toman las decisiones importantes, se establecen normas y se elaboran símbolos, y de los roles de liderazgo público oficial, tanto en el gobierno como en la asamblea litúrgica. Están llamadas a dar culto a un Dios salvador masculino enviado por un Dios masculino, cuyos legítimos representantes sólo pueden ser hombres, aspectos todos ellos que reducen sus personas, precisamente como femeninas, a un papel periférico. (SOTO VARELA, 2010).

A la luz de esta reflexión es relevante el papel que esta doctrina tiene en la vida y el actuar de hombres y mujeres en el mundo (por ser la más predominante), y por ende, el papel que ha tenido en la feminización de los cuidados y a su vez en la desvalorización de los mismos.

Una interesante lectura al respecto la proporciona Evelyn Stevens, quien ha remarcado que el Marianismo (en América Latina) más que una práctica religiosa es un estereotipo cultural que dota a hombres y a mujeres de determinados atributos y conductas, configurándose un conjunto de deberes, aprobaciones, prohibiciones y expectativas acerca de los comportamiento sociales apropiados para las personas dependiendo de su sexo (STEVENS e MARTÍ, 1974).

Así, Stevens analiza que el Marianismo y el machismo operarían conjuntamente en el orden social mestizo, en tanto, patrones ideales asignados a los géneros. Como estereotipo relacionado con la espiritualidad, pureza, abnegación, sacrificio, virginidad y maternidad, el Marianismo puede o no realizarse en las prácticas cotidianas femeninas; pero lo fundamental es que este “ideal” entregará a todas las mujeres latinoamericanas

...un fuerte sentido de identidad y continuidad histórica. (STEVENS e MARTÍ, 1974, p. 42).

Es así como se configura una identidad femenina altamente estereotipada a partir de su *rol de madre y cuidadora de los otros*.

Para la antropóloga y representante del feminismo latinoamericano, Marcela Lagarde (2005), esta esencia femenina de la “maternidad” es:

una creación histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico: ser de y para los otros.

Esta creación histórica abstracta influye determinadamente en la forma en que las mujeres concretas son socializadas y, por tanto, en la manera en que ellas mismas construyen su identidad, donde sitúan a la maternidad y sus características, como cualidades propias y específicas de las mujeres (LAGARDE, 2005), y no como parte de un proceso de enseñanza-aprendizaje.

Asimismo, al estar socialmente aceptada la responsabilidad de las mujeres de ser de otros y para otros, no se cuestiona su excesiva carga de trabajo tanto remunerado como no remunerado, y tampoco la desvalorización de su trabajo social y comunitario, sobre todo de uno de los roles más antiguos asignados a las mujeres, el cuidado informal de los/as otros.

Esto ha implicado la naturalización de muchos tipos de violencia hacia las mujeres que no se perciben como tales, como por ejemplo la ausencia de recursos económicos para que realicen sus trabajos, el voluntariado de las mujeres cuidadoras, la desvalorización del oficio de cuidadoras, y la discriminación que las afecta particularmente por pertenecer a las clases bajas o subalternas, ser mujeres y estar en los niveles más bajo de la jerarquía del cuidado, lo que se contrapone a lo ocurrido por profesionales del área de la salud, como mujeres médicos, enfermeras, técnicos en enfermería, que presentan una mayor valoración social y no se encuentran evidentemente discriminadas; Así lo señala la Médica Cirujana, Marcela Mansilla Azócar, directora de la carrera de Medicina de la Universidad Autónoma de Chile, sede Talca, “De acuerdo a lo observado en mi desempeño, tanto en el área de atención primaria, como en la área hospitalaria y en el sector privado de la salud, es que no existe discriminación hacia las mujeres por su género”... “Jamás me he sentido discriminada por ser mujer médico o he percibido un sueldo menor por este hecho, ni he tenido obstáculos para desarrollarme en lo profesional... inclusive en los períodos pre y post-natales durante el período de embarazo”.

ALGUNAS CONSECUENCIAS DEL CUIDADO PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

Como lo menciona María Jesús Izquierdo, reconocida experta en estudios de género y creadora de múltiples publicaciones en torno a la temática de Antropología Social:

Veremos que la división sexual del trabajo es un modo de producción y también un modo de socialización, de subjetivación que sigue pautas de género. La división sexual del trabajo construye la subjetividad femenina orientada al cuidado, a la conexión con los demás, a la disposición a satisfacer las necesidades ajenas. Esa disposición comporta que el otro, además de ser objeto de preocupación, sea instrumento de realización y de confirmación de la valía de la mujer. La organización sexista del trabajo construye también la subjetividad masculina que complementa la femenina. (IZQUIERDO, 2003, p. 3).

Esto no se encuentra exento de repercusiones para el género femenino, lo que se podría extrapolar al contexto de esta revisión; es decir, el trabajo de cuidar, el cual es realizado entre un 82% y un 92% por mujeres; y las condiciones en las que se desarrolla este trabajo afectan a la vida de la cuidadora principal por diferentes razones (GARCÍA-CALVENTE MM, 1999).

El tipo de tareas que realizan las mujeres cuidadoras está determinado por las necesidades de cuidado de la persona enferma, las que muchas veces son superiores a las capacidades de la propia cuidadora; por ejemplo cuando los bebés se enferman luego del nacimiento, y las madres (cuidadoras principales) pasan días sin dormir, o bien duermen dos o tres horas al día en promedio, durante los primeros tres meses de nacimiento del bebé. Lo mismo sucede cuando los pequeños/as requieren atención de cuidado, situación que se ve complejizada cuando es más de un infante, o a éstos se le suman adultos mayores, quienes también demandan necesidades de cuidado.

Pero cuidar también significa desarrollar actividades que implican, a su vez, múltiples roles de cuidado:

la cuidadora es «enfermera», «psicóloga», «consejera», «abogada» y «empleada de hogar». Las cuidadoras adoptan a menudo otros roles de manera simultánea: se es cuidadora a la vez que madre-esposa-hija, ama de casa y/o trabajadora. (GARCÍA CALVENTEA, MATEO RODRÍGUEZA e MAROTO NAVARRO, 2004).

Esta situación se ve doble o triplemente afectada en situaciones de desastre naturales, donde las mujeres además de hacerse cargo de las labores de cuidado de sus familiares o personas extrañas, deben hacerse cargo de la reposición de los servicios básicos y la regularización de las medidas de gestión de la emergencia, en sus comunidades y en ocasiones en comunidades aledañas a las propias (REYES, 2011).

Este rol “histórica e invisiblemente” asignado, provoca fuertes repercusiones adversas que afectan la calidad de vida de las mujeres y su entorno. Las mujeres cuidadoras informales, generalmente no reciben remuneraciones, puesto que esta actividad es vista como “natural” en ellas, no visualizándose la posibilidad de distribuir de manera equitativa dichos cuidados, tanto a nivel de sexos como en grupos etarios.

Sin embargo lo relevante de esta situación es que asumir que es “natural” que las mujeres cuiden de otros, invisibiliza una serie de violencias que inciden directamente en sus cuerpos y en su salud, y que el común de la gente, e incluso el Estado no ven.

El 68% de las cuidadoras percibe que cuidar afecta la salud, su vida social y personal. Sobre su propia salud se encuentran a menudo, cansadas del cuidado en un 51,2% de los casos [y] el 32,1% se siente deprimida. (VAQUIRO RODRÍGUEZ e STIEPOVICH BERTONI, 2010, p. 32).

Pero a pesar de este cansancio y de las afecciones en la salud física y mental de las mujeres, las cuidadoras no están afiliadas a los servicios de salud “formales”, una paradoja compleja cuando hablamos de “cuidados”. Por ello, no tienen derecho a licencias médicas, y tampoco a prestaciones de salud, o bien, cuando tienen acceso a ellas, éstas son deficientes, ya sea por la condición socioeconómica a la que pertenecen, o debido al escaso tiempo que tienen para preocuparse de su propia salud (un 29% ha visto un deterioro en su salud y un 23% no dispone de tiempo para cuidar de sí mismas). Esto explicaría por qué las mujeres viven más que los hombres, pero la calidad de esa supervivencia es precaria y altamente vulnerable.

Por otra parte la labor del cuidado carece de límites claros, no existen horarios, y los espacios de tiempo para el descanso de las cuidadoras generalmente son ocupadas por éstas para continuar las labores reproductivas dentro sus hogares. Ejemplo de ello es que un 64% de las cuidadoras siente que no tiene tiempo para el ocio y un 39% ha dejado de frecuentar a amistades (USEROS, FERNÁNDEZ, *et al.*, 2013).

Esta invisibilidad y la desvalorización de su oficio acrecientan o tensionan aún más la violencia simbólica hacia las cuidadoras.

REFLEXIONES

El cuidado es una práctica que se realiza desde tiempos muy remotos y que ha presentado múltiples transformaciones, tanto en su concepto como en la forma en que ha sido llevado a cabo, debido a la influencia de los diversos constructos sociales y de la connotación cultural en que se encuentran insertos; sin embargo, no se puede excluir el fuerte impacto que ha tenido la religión en general, en el desarrollo de esta praxis, y el rol que ha tenido el cristianismo, en particular, en la desvalorización del mismo.

Tanto dichos constructos como el contexto social y religioso, han generado múltiples repercusiones en el inconsciente colectivo en relación a los estereotipos asociados a hombres y mujeres; situación reflejada y vivenciada en la actualidad a través de opiniones que convergen en una idea común: “Las mujeres desde siempre se han dedicado al cuidado del hogar y de las familias, desde las primeras eras de la humanidad. El hombre era el proveedor que salía a cazar y buscar el alimento, mientras que la mujer se quedaba al cuidado de los hijos y de la protección del hogar. Es posible que estas actividades hayan quedado en la memoria colectiva de los seres humanos”¹.

Por ende, no es raro entonces que en Chile, y en la mayoría de los países del mundo occidental y no occidental, los cuidadores domésticos no remunerados sean mujeres, ya que serían las más apropiadas para esta labor por su supuesta condición histórica; y si bien hoy la mujer conscientemente ya no cuida para expiar culpas, si lo hace en un contexto social donde es moralmente lo correcto y esperable, pero no leemos como tal: “No existe una feminización del cuidado actualmente, si no que sigue siendo respuesta a las necesidades del cuidado desde tiempos remotos”².

Para las mujeres hoy, el cuidado es una obligación que genera e implica consecuencias graves para su calidad de vida, mientras que en contraste para los hombres, éste puede ser una opción, lo cual perpetúa la desigualdad de género.

Luego de esta revisión bibliográfica, tenemos la claridad de que el oficio de cuidado en salud, se ha ido transformando a lo largo de la historia, desde tiempos remotos hasta el día de hoy. No obstante se evidencia con claridad un

punto de quiebre severo con la irrupción del Cristianismo en la Europa antigua, hecho que marcará la era del “*oscurantismo de la razón*”.

Este hito es clave en el entendimiento de los cambios que se producen en el campo de la percepción de los cuidados, el género y por supuesto la salud; entre antiguas prácticas culturales y la práctica moderna que supone la reivindicación de derechos, la libertad de culto, la diversidad de creencias y el respeto por el otro. No obstante la evidencia literaria nos aleja de una visión modernista de la igualdad y la no discriminación.

Nuestras sociedades modernas, altamente racionalistas y basadas en un sistema de capital ideológico “cristiano”, se transforman en dispositivos de control que nos impiden ver la magnitud de las transformaciones en el cuidado y además, nos evocan la idea de una sociedad ideal donde la salud y los centros asistenciales, no parecen ser otra cosa que la réplica de un continuum de segregación y discriminación.

Frente a esto, es relevante entonces construir e implementar una cultura de valoración y distribución equitativa en la actividad de los cuidados, donde se incentive la incorporación de hombres de manera más significativa en el cuidado informal, con la finalidad de disminuir la inequidad de género en torno a éste, transformándose en una labor más integradora, solidaria y humanizada entre hombres y mujeres.

Finalmente esperamos haber generado una discusión sobre la influencia de la religión en la mantención de la feminización del cuidado, y sobre todo de su desvalorización, contribuyendo de manera teórica al entendimiento de una realidad de la que somos partícipes y que pasa de manera inadvertida por el fuerte componente de tradición sociocultural en la que nos vemos insertos.

NOTAS

¹ Marcela Mansilla, médica cirujana y docente de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chile, Sede Talca. (Entrevista realizada para esta revisión, por el equipo investigativo).

² *Ibíd.* M. Mansilla.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUVOIR, S. D. *El segundo sexo*. Cuarta. ed. Buenos Aires: Sudamericana, 2008.

CARRASCO, M.; MÁRQUEZ, M.; ARENAS, J. Antropología, Enfermería y Perspectiva de Género. *Cultura de los cuidados*, v. 18, p. 52-59, 15 Marzo 2005. Disponible en: <<http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/230/459>>. Revisado: 15, abril, 2015.

DELLA PIA, A. *Diseñar, aplicar y evaluar un programa de educar para la Paz desde una perspectiva de género en la unidad educativa Eliodoro Pineda*. Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. Barquisimato, Venezuela. 2003.

ESPÍN, A. “Escuela de cuidadores” como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, Ciudad de La Habana, v. 35. Núm. 2, n. 0864-3466, p. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019>. Revisado: Abril-Junio 2009.

- FREY, H. Politeísmo versus monoteísmo: El desarrollo de la crítica a la religión cristiana en la obra de Friedrich Nietzsche. *Revista Mexicana de Sociología*, D.F., v. 67, Núm. 3, n. 0188-2503, p. 513-541, Julio-Septiembre 2005.
- GARCÍA CALVENTEA, M. D. M.; MATEO RODRÍGUEZA, I.; MAROTO NAVARRO, G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, p. 83-92, 2004.
- GARCÍA-CALVENTE MM, M. I. G. P. *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer, 1999.
- GAVILÁN, V. et al. La sociedad y la cultura andina contemporánea: Estudio de los saberes para la salud y la enfermedad en los pueblos originarios del norte de Chile. *Revista de Indias*, v. LXXI. Núm. 252, p. 571-600, 2011.
- HEILBORN, M. L. La construcción del yo, el género y la sexualidad. In: HEILBORN, M. L. (). *Sexualidad: la mirada de las ciencias sociales*. IMS / UERJ. ed. Río de Janeiro: Zahar, 1999. p. 40-59.
- HUGHES, M. J. *Women Healers in Medieval Life and Literature*. Nueva York: King's Crown Press, 1943.
- IZQUIERDO, M. J. *Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. Disponible en: <http://www.researchgate.net/publication/267362830_Del_sexismo_y_la_mercantilizacion_del_cuidado_a_su_socializacion_Hacia_una_poltica_democrtica_del_cuidado>. [S.l.]. 2003.>. Revisado: 15, noviembre, 2015.
- JOHNSON, P. *La historia del cristianismo*. España: Editorial Zeta, 2010.
- LAGARDE, M. *Los Cautiverios de Las Mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.
- LUCKMANN, T. *La religión invisible*. Salamanca: Agora, 1973.
- PAÍS, D. E. *El cristianismo la religión más difundida en el mundo con dos mil ciento ochenta millones*. España, 2001. Disponible en: <http://www.larazon.es/historico/8366-el-cristianismo-es-la-religion-mas-difundida-en-el-mundo-con-2-180-millones-PLLA_RAZON_421750#.Tt1xDIrQl-97VUT>. Revisado: 20 Abril 2015.
- POBLETE, M.; VALENZUELA, S. Cuidado Humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Revista Acta*, v. 20, p. 499-503, 2007.
- QUINTERO, M. D. C. V. Tres concepciones históricas del proceso de salud - enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, v. 12, p. 41-50, Enero - Diciembre 2007.
- REYES, Y. *Violencias urbanas hacia las mujeres post terremoto/tsunami, los desafíos de la agrupación de organizaciones de mujeres de la región del Maule, para la equidad en la reconstrucción*. Universidad de Chile. Santiago, p. Tesis para optar al grado de magister en estudios de género. 2011.
- ROCHA SÁNCHEZ, T. E. Desarrollo de la identidad de género desde una perspectiva psico-socio-cultural: Un recorrido conceptual. *Interamerican Journal of Psychology*, D.F., v. 43. Núm. 2, p. 250-259, 2009.
- ROJAS, L. El Cristianismo en una obra reciente. *Temas Medievales*, v. Vol. 18, 2010.
- SÁNCHEZ ROMERO, M. Cuerpos de mujeres: la construcción de la identidad y su manifestación durante la Edad del Bronce. *Arenal. Revista de Historia de las Mujeres*, Universidad de Granada, v. 15. Núm. 1, p. 5-29, Enero-Junio 2008.

- SCOTT, J. W. El género: una categoría útil para el análisis histórico. In: MARTA, L. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, 1996. p. 265-302.
- SOTO VARELA, C. La teología feminista: Dios ya no habla sólo en masculino. *Selecciones de Teología*, v. Núm. 194, p. 2136-2148, Abril-Junio, 2010.
- STEVENS, E.; MARTÍ, S. El marianismo: La otra cara del machismo en América Latina. *Diálogos: Artes, Letras, Ciencias Humanas*, v. 10 Núm. 1, p. 17-24, Enero-Febrero 1974. ISSN El Colegio de México.
- SULLEROT, E. *El hecho femenino ¿qué es ser mujer?*. Barcelona: Ed. Argos Vergara, 1990.
- USEROS, M. V. D. et al. Cuidadoras informales: Una perspectiva de género. *Revista de Enfermería*. Universidad de Castilla-La Mancha, Castilla, 2013.
- VAN KESSEL, J. Ayllu y ritual terapéutico en la medicina andina. *Chungará*, Arica, v. 10, p. 165-176, Marzo 1983.
- VAQUIRO RODRÍGUEZ, S.; STIEPOVICH BERTONI, J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, Concepción, v. 16 Núm 2, n. 0717-2079, p. 17-24, Septiembre 2010.
- VESGA GUALDRÓN, L. Evolución del cuidado: De curanderas a enfermeras. *Revista CUIDARTE*, Bucaramanga, v. 3. Núm. 1, p. 410-415, 16 Abril 2012. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/pdf/3595/359533179022.pdf>>. Revisado: 12, enero, 2015
- VIVAS, M. D. S. Género y Teología. *Theologica Xaveriana*, Bogotá, v. 140, n. 0120-3649, p. 525-544, 2001.

