



Casa en la ciudad de Talca. Fotografía de Vania Reyes Muñoz, 2011

Ensayo

Las tareas de cuidado, su eliminación del ámbito público - sagrado a la confinación del espacio doméstico y degradado

THE TASKS OF CARE, ITS ELIMINATION FROM THE PUBLIC SPHERE -SAFFERED TO THE CONFINEMENT OF THE DOMESTIC SPACE AND DEGRADED

Yafza Reyes Muñoz

Antropóloga, Magíster en Estudios de Género y Cultura U. de Chile. Docente Universidad Autónoma de Chile, Sede Talca; y Universidad Católica del Maule
Email: yafzatamara@gmail.com

Vania Reyes Muñoz

Geógrafa, Magíster en Hábitat Residencial U. de Chile
Email: vania.reyes@gmail.com

Vilma Aguirre Flores

Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Sede Talca.
Email: vilmaaguirref@gmail.com

Braulio Urzúa Rivera

Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Sede Talca.
Email: braulio_urzua1@hotmail.com

Resumen

El artículo hace una revisión sobre el proceso de transformación y degradación de las tareas de cuidado de la salud, asociadas a lo femenino y masculino, desde el espacio público y sagrado, en un tránsito hacia las tareas domésticas, de baja calificación y naturalizadas como propias de lo femenino. Para abordar lo anterior, se centra la mirada en la influencia de la religión en el proceso de desvalorización de los cuidados de la salud.

Palabras claves: cuidadoras, espacio sagrado, espacio domestico, cristianismo.

Abstract

The article reviews the process of transformation and degradation of health care tasks, associated with the feminine and masculine, from the public and sacred space, in a transition towards domestic tasks, of low qualification and naturalized as own of the feminine. To address the above, the focus is on the influence of religion in the process of devaluation of health care.

Keywords: caregivers, sacred space, domestic space, Christianity.

Introducción

Los cuidados en el área de la salud son prácticas llevadas a cabo desde tiempos remotos que 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, los que dependen tanto de factores culturales como ético-morales. Para entender estas transformaciones y sus consecuencias en torno a

la concepción y la praxis del cuidado en la salud y su feminización, se presenta una breve revisión bibliográfica acerca de los cuidados como práctica femenina y su desvalorización desde el auge del Cristianismo. Lo anterior, en el entendido que en la mayoría de las culturas pre-cristianas, los cuidados eran considerados una actividad muy valorada y muchas veces sagrada.

Problematización

El ser humano ha buscado diversas maneras de 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 acerca del entorno y sobre sí mismos, o encontrar la conexión de los vivos con sus ancestros, construyendo así los espacios de lo sagrado. En este proceso surge la religión, entendida como el soporte a la búsqueda de 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, construyendo en estos actos el espacio de lo sagrado. En los pueblos originarios, las labores de cuidado estaban dirigidas, esencialmente, a la supervivencia. Éstas labores si bien estaban predominantemente a cargo de las mujeres, el responsable final de la curación era el

curandero(a)/hechicero(a) (Quintero, 2007), sin una definición específica de su género, pudiendo ser hombre o mujer.

Estas prácticas sufrieron transformaciones con el correr de los siglos, principalmente tras el auge del paradigma cristiano, donde un ser superior tiene el poder final de sanación y no el hombre (o la mujer) en sí mismo, por lo que la figura del hechicero o la curandera pierde importancia y valoración. Sumado a esto, la concepción cristiana otorgó a las mujeres el protagonismo del cuidado y las responsabilidades derivadas 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 atributos 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. La pregunta que guía la discusión en este artículo es ¿Cómo ha influido la construcción del género en general y la religión en

particular, en la eliminación del oficio del cuidado del ámbito público-sagrado a la confinación del espacio doméstico y degradado?

El artículo se estructura en cuatro apartados que componen la discusión en base a la pregunta guía, el primero sobre: 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 finalmente d) Las reflexiones antes descritas que establecen sucintamente los conceptos desde los cual se abordará la discusión.

La religión ha sido definida como expresiones históricas específicas, de universos simbólicos (Luckmann, 1973), mediante las cuales los hombres y mujeres se conectan con la cotidianeidad 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 manifestarse, e incluso encontrarse con otros hombres y mujeres, de ésta u otras dimensiones. Esta definición permite hablar de la construcción de un espacio sagrado, el cual se constituye en la conexión

con la trascendencia, a través de prácticas rituales y simbólicas.

No obstante, la 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 y autodefinirse. A grandes rasgos se han considerado dos preceptos para esta discusión: el politeísmo y monoteísmo (Frey, 2005). El primero de ellos presenta un sistema religioso basado en la existencia de múltiples dioses o divinidades organizadas en una jerarquía, mientras que las segundas consideran sólo a un Dios, representado de múltiples maneras, pero siempre como un padre, consejero y/o preservador del mundo. En otras palabras, las religiones monoteístas se guían por un ser único y creador, quien posee el don de la sanación y, por ende, las labores de cuidado ya no se vinculan directamente con la capacidad de sanación. En tanto, en las antiguas prácticas religiosas politeístas, que más adelante se detallan, la posibilidad de sanación estaba en relación con la interacción que se daba en el espacio sagrado, el cual generaba condiciones para que los humanos pudieran generar actos asociados a la divinidad, mediante ritos mágicos.

Las transformaciones del rol del cuidado

Los cuidados

Los cuidados 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. Así, puede ser entendido como:

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 & Valenzuela, 2007:XX)

Sin embargo, si bien es cierto que 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 & Stieповich, 2010).

En consecuencia, la figura de la 'cuidadora informal' cobra gran importancia, pues son las mujeres, y no los hombres, quienes practican los cuidados gratuitamente dentro del ambiente privado/doméstico. 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.

La asignación de las tareas de cuidado al espacio doméstico, también indica un cambio en la posición de estas tareas, al ser efectuadas en este espacio y por mujeres, perdiendo su sentido comunitario y por tanto público, reduciendo el espacio de acción de las Mujeres en torno a la sanación y a una condición natural v/s su posición dentro de un espacio ritual -sagrado.

El género

El género alude a la descripción de las características socio-culturales de hombres y de 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 (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 conducta compuesta por la adquisición del género, la identidad de género, y los roles y estereotipos

asignados a cada uno/a. Estos últimos pueden ser definidos como "Un conjunto de expectativas culturales específicas acerca de qué es apropiado para un hombre y para una mujer".

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). En este sentido,

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 (Heilborn, 1999:40)

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 (Sulletot, 1990:205).

A la luz de lo anterior se puede establecer que todos los sujetos, tanto hombres como mujeres desarrollan experiencias a través de procesos socioculturales e históricos en los que se encuentran inmersos; dichas experiencias son influenciadas por la religión

1 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/a también inciden, entre ellas destacan: el estilo de afrontamiento, los recursos financieros, el apoyo social-emocional y el número de roles que debe asumir. Finalmente, también influye la dinámica de la relación cuidador-paciente, lo que sugiere que a mayor compromiso emocional, mayor sobrecarga (Espín, 2009).

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 Beauvoir (2008) 'no nace, se hace'.

El espacio sagrado

El espacio de lo sagrado podría referirse a las interacciones rituales generadas por los individuos para conectarse con la divinidad a la que profesan su devoción, es este espacio se originan prácticas singulares, tradicionales y simbólicas que alojan la comunicación de los seres humanos con lo divino.

La vertiente antropológica ha cuestionado la visión binaria femenino-masculino, en base a estudios en los pueblos amerindianos (Harris, 1980; citado por McDowell, 1999) en los cuales habría una relación de los individuos por sí mismos con la naturaleza; esta relación se atribuía a sujetos con características determinadas dentro de la comunidad, no siendo el género lo predominante al consagrar a figuras de curanderos o sanadores. El espacio sagrado también puede ser interpretado como un espacio cósmico y ceremonial, de acuerdo a Liliana Regalado refiriéndose al Tawantinsuyo y la noción de territorialidad sagrada: "Al hablar de territorialidad sagrada estamos considerando una noción de espacio no sólo general sino inclusive particular o específica que se entiende ordenado por la actividad y presencia divina y que se supone es un área conocida dentro de la cual tienen lugar eventos cargados de valor o significación sagrada" (1996:91).

Las transformaciones del oficio del cuidado en la historia occidental

Evidencia arqueológica de la era del Bronce en Europa, habla del prestigio de las mujeres en el ámbito de la vida, los cuidados y el tránsito a la muerte, como un ente principal en la conformación del espacio sagrado. Los sitios funerarios están cargados de símbolos que hoy, nos permiten comprender el lugar que

ocupaban las mujeres en la antigüedad. Muchas de ellas eran sepultadas con sus vasijas ceremoniales; otras eran enterradas con sus hijos también muertos, mirándose de frente, con punzones de cobre, brazaletes y vasijas utilizadas en las ceremonias de sanación (Sánchez, 2008).

En la civilización egipcia, 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 & Arenas, 2005).

En Grecia, la sociedad patriarcal 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 & Arenas, 2005). En Roma la situación no 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 las civilizaciones precolombinas 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. Como señala Gavilán et al., "Las causas de la enfermedad y, por lo tanto, el método de curar, se encuentran en lo espiritual y lo sobrenatural..." (2011:570), dotando a las mujeres de un protagonismo relevante en los cuidados asociados a esa enfermedad trascendental.

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. La aparición del Cristianismo en el siglo III 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) eliminando de esta manera su vinculación con lo sagrado.

Influencia del Cristianismo en la eliminación del oficio del cuidado del ámbito público-sagrado a la confinación del espacio doméstico y degradado

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. Mientras que en los conventos eran las religiosas las que ofrecían el rol de enfermería, otorgando cuidados necesarios, como por ejemplo las sangrías e hierbas curativas que éstas realizaban. A su vez en los hospitales se daba atención a pobres y enfermos y de la misma manera, seguían siendo las mismas mujeres, quienes atendían las labores del parto (Hughes, 1943:1). 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. Razón por la cual quienes no adherían a las nuevas normativas o no se correspondían con la imagen de lo femenino instaurada por la Iglesia, fueron visualizadas como hechiceras 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 catalo-

gadas 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. A este período se le denomina 'Cacería de Brujas', que terminó con la condena a muerte de más de cinco 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, imágenes del pecado.

Otro antecedente se vincula con 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, 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 tanto, no podían optar a obtener el conocimiento oficializado y reconocido de la Academia, en torno a la 'sanación'.

De esta manera, las mujeres 'brujas' recibían castigos severos (llegando a ser quemadas vivas) no por dañar la salud de los pacientes, sino porque sus habi-

lidades de sanación tenían –supuestamente– una vinculación satánica: Si las mujeres tenían prohibido el acceso a las instituciones formadoras ¿cómo era posible que poseyeran conocimientos adecuados para sanar a los enfermos? Este conocimiento no fue explicado por la observación de las plantas y el conocimiento ancestral de las mujeres en el oficio del cuidado, sino simplemente como una relevación diabólica.

En el año 1517 se inició La Reforma, un movimiento religioso dirigido por Martín 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 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 este quehacer. Por el contrario, en la Europa Católica los cuidados de enfermería se mantuvieron en manos de las religiosas, quienes le dieron un sentido vocacional al oficio. No obstante, al estar éste en manos de mujeres, el trabajo era desvalorado, y, por ende, mal mirado (Carrasco, Márquez & Arenas, 2005). A ello se agrega que, al consagrarse esta práctica dentro de monasterios o conventos, nuevamente el cuidado era sacado de la escena del espacio público, siendo recluido al espacio de lo doméstico.

En la Europa Protestante se crearon leyes parlamentarias con el fin de imponer multas y largas penas de

prisión a toda mujer que intentara 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 la limitaba a ser tratada como un objeto necesario para la preservación de la especie y para proporcionar los alimentos que el hombre necesita.

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 éste representaba, 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, 2012:XX). Es en este contexto en el cual surge el castigo como medida expiatoria de culpas que estaban en el propio cuerpo, apareciendo también en 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 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, 2012).

Aportes del género en la reinterpretación de la influencia religiosa en la eliminación del oficio del cuidado del ámbito sagrado a la confinación del espacio degradado

En América Latina, el Marianismo, 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 comportamientos sociales apropiados para las personas dependiendo de su sexo (Stevens & Martí, 1974).

Stevens & Martí sostienen 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" (1974:42). 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, 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" (2005:5). Esta creación histórica abstracta, de acuerdo a la autora, influye determinante 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, 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 además suelen no percibirse 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 bajos de la jerarquía del cuidado.

El trabajo de cuidar 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 por diferentes razones (García-Calvente, 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-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004:85).

Esta situación se ve doble o triplemente afectada en contextos de desastre naturales, donde las mujeres además de hacerse cargo de las labores de cuidado de sus familiares o personas extrañas, se 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, invisibilizando 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 cui-

dado en un 51,2% de los casos [y] el 32,1% se siente deprimida (Vaquiro & Stieповich, 2010:32).

No obstante 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 formales de salud, 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. Esto explicaría por qué las mujeres viven más que los hombres, pero la calidad de esa supervivencia es precaria y altamente vulnerable.

Además, la labor del cuidado carece de límites claros, no existen horarios, y los espacios de tiempo para el descanso de las cuidadoras generalmente son ocupados 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 et al., 2013).

Esta invisibilidad y la desvalorización de su oficio acrecientan o tensionan aún más la violencia simbólica hacia las cuidadoras, relegándolas una vez más al espacio doméstico y degradado.

Reflexiones finales

El cuidado es una práctica que se realiza desde tiempos 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

son naturalmente mejores para cuidar, porque ellas son madres’.

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 aún no lo leemos como la existencia de una feminización del cuidado producto de una condición de género, que acompañada de la abolición del espacio sagrado, se constituye como una ‘respuesta natural’ a las necesidades del cuidado, para las cuales las mujeres supuestamente son más aptas. 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.

Agradecimientos

Quisiéramos agradecer a Claudia Cortés Figueroa, por su participación en una publicación preliminar que sirvió de base para desarrollar este documento².

Bibliografía

Beauvoir, S. D. (2008). El segundo sexo. Cuarta. ed. Buenos Aires: Sudamericana.
Carrasco, M.; Márquez, M. & Arenas, J. (2015). Antropología, Enfermería y Perspectiva de Género. Cultura de los cuidados, v. 18, p. 52-59, 15 Marzo 2005. Disponible

Se puede indicar 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, en la práctica, estos enunciados siguen vinculados a quienes pueden decidir voluntariamente si ejercer o no los mismos. A su vez, la sociedad moderna, altamente racionalista, anula cualquier concepción de sanación que esté dentro de una interacción simbólica ritual eliminando los cuidados del espacio público-sagrado, y confinándolo al espacio doméstico y degradado.

en: <<http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/230/459>>. Revisado: abril, 2015.
Della Pia, A. (2003). Diseñar, aplicar y evaluar un programa de educar para la Paz desde una perspectiva de géne-

2 Aguirre Flores, Vilma; Urzúa Rivera, Braulio; Reyes Muñoz, Yafza & Cortés Figueroa, Claudia (2016). “La influencia de la religión en la desvalorización de los cuidados en la salud: una lectura desde el género”. En: Vivência: revista de Antropología. UFRN/DAN/PPGAS, Volumen, Número 48, Natal: UFRN.

- ro en la unidad educativa Eliodoro Pineda. Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. Barquisimato, Venezuela.
- Espín, A. (2009). "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: marzo 2016.
- Frey, H. (2005). 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 Calvente, M. D. M.; Rodríguez, Mateo, I. & Navarro Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, p. 83-92.
- García Calvente MM, M. I. G. P. (1999). Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.
- Gavilán, V. et al. (2011). 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.
- Heilborn, M. L. (1999) 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, p. 40-59.
- Hughes, M. J. (1943) *Women Healers in Medieval Life and Literature*. Nueva York: King's Crown Press.
- Izquierdo, M. J. (2003). 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_politica_democratica_del_cuidado>. [S.I.].
- 2003.> Revisado: 15, noviembre, 2015.
- Johnson, P. (2010). *La historia del cristianismo*. España: Editorial Zeta.
- Lagarde, M. (2005). *Los Cautiverios de Las Mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Luckmann, T. (1973). *La religión invisible*. Salamanca: Agora.
- País, D. E. (2001). El cristianismo la religión más difundida en el mundo con dos mil ciento ochenta millones. España. www.larazon.es. Disponible en: <http://www.larazon.es/historico/8366-el-cristianismo-es-la-reli-gion-mas-difundida-en-el-mundo-con-2-180-millones-PLLA_RAZON_421750#.Ttt1xDirQI97VUT> Revisado: 20 Abril 2015.
- Mc Dowell, L. (1999) *Género, identidad y lugar*. Ed. Madrid: Cátedra.
- Poblete, M.; Valenzuela, S. (2007). Cuidado Humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Revista Acta*, v. 20, p. 499-503.
- Quintero, M. D. C. V. (2007). Tres concepciones históricas del proceso de salud - enfermedad. Hacia la Promoción de la Salud, v. 12, p. 41-50, Enero - Diciembre 2007.
- Regalado de Hurtado, L. (1996). Espacio Andino, espacio sagrado: visión ceremonial del territorio en el periodo incaico. v. 22, p.85-96.
- Reyes, Y. (2011). *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. Tesis para optar al grado de magister en estudios de género.
- Rocha Sánchez, T. E. (2009). 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.
- Rojas, L. (2010). *El Cristianismo en una obra reciente*. Temas Medievales, v. Vol. 18.
- Sánchez Romero, M. (2008). 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.
- Scott, J. W. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. In: MARTA, L. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, p. 265-302.
- Soto Varela, C. (2010). La teología feminista: Dios ya no habla sólo en masculino. *Selecciones de Teología*, v. Núm. 194, p. 2136-2148.
- Stevens, E.; Martí, S. (1974) *El marianismo: La otra cara del machismo en América Latina*. Diálogos: Artes, Letras, Ciencias Humanas, v. 10 Núm. 1, p. 17-24. ISSN El Colegio de México.
- Sullerot, E. (1990). *El hecho femenino ¿qué es ser mujer?*. Barcelona: Ed. Argos Vergara.
- Useros, M. V. D. et al. (2013). Cuidadoras informales: Una perspectiva de género. *Revista de Enfermería*. Universidad de Castilla-La Mancha, Castilla.
- Van Kessel, J. (1983), *Ayllu y ritual terapéutico en la medicina andina*. Chungará, Arica, v. 10, p. 165-176.
- Vaquiro Rodríguez, S. & Stiepovich Bertoni, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, Concepción, v. 16 Núm 2, n. 0717-2079, p. 17-24.

Vesga Gualdrón, L. (2012). Evolución del cuidado: De curanderas a enfermeras. Revista CUIDARTE, Bucaramanga, v. 3. Núm. 1, p. 410-415. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/pdf/3595/359533179022.pdf>>. Revisado: 12, enero, 2015

Vivas, M. D. S. (2001) Género y Teología. Theologica Xaveriana, Bogotá, v. 140, n. 0120-3649, p. 525-544.

Fecha de recepción: 30 de agosto del 2016
Fecha de aceptación: 30 de marzo del 2017