Impacto de la división sexual del trabajo en la enfermedad.

Un estudio en la Sierra Santa Marta, Veracruz

Elda Montero, Emma Zapata, Verónica Vázquez, Austreberta Nazar y Héctor Sánchez

Introducción

La división sexual del trabajo ha sido tema de interés para investigadoras e investigadores de distintas disciplinas como la sociología, la economía, la antropología y la agronomía, entre otras. Tradicionalmente las mujeres han sido asociadas con labores "propias de su sexo", es decir, con aquellas relacionadas con la crianza de hijos e hijas y las tareas domésticas. La teoría y los estudios feministas han ayudado a entender las características de este trabajo: no remunerado, interminable y socialmente poco valorado. Asimismo, estudiosas de la condición de las mujeres han señalado que su trabajo no se limita únicamente al espacio reproductivo, sino que ellas se encuentran también, aunque en forma invisible y poco reconocida, en la esfera productiva y de gestión comunitaria.[1] De esta manera, muchas mujeres cargan con una doble y hasta triple jornada de trabajo, con el consecuente desgaste físico, estrés y sentimiento de culpa al no poder cumplir "adecuadamente" con todas sus tareas [CEPAL, 1998, Vlassoff, 1994, Guzmán 1990].

Las consecuencias de esta doble o triple jornada son múltiples. Algunos estudios se han enfocado en su impacto sobre la salud de las mujeres, analizando los cambios que ocurren cuando alguien del grupo doméstico enferma, incluyendo a las mujeres mismas. Bandyopadhyay [1996], por ejemplo, señala que mujeres de la India que padecen filariasis crónica[2] dependen de otras (amigas o parientes) para salir adelante en su cuidado personal y en el de los niños y las niñas bajo su responsabilidad. Por su parte, Bonilla y Rodríguez [1993] estudian el efecto del paludismo en una zona rural de Colombia, calculando el tiempo de trabajo perdido por cada miembro del grupo doméstico. Las autoras concluyen que cuando una persona enferma, otros miembros tienen que reajustar sus actividades, ya sea para el cuidado de la persona enferma o para reemplazarla en sus labores cotidianas, con la consecuente pérdida de tiempo en sus propias labores. Al desagregar la información por sexo, Bonilla y Rodríguez encontraron que, a pesar de que los varones presentan un mayor riesgo de enfermar por paludismo, el costo económico indirecto es mayor en las mujeres, debido principalmente a la responsabilidad que ellas tienen del cuidado de las y los enfermos.

Esta responsabilidad tiene su origen en los estereotipos de género que rigen la división sexual del trabajo. Investigadores como Ortner [1976] y Chodorow [1984] argumentan que las mujeres están socialmente asociadas con el ámbito privado y la reproducción biológica, mientras que los varones se insertan en el espacio público. De las primeras se espera un papel pasivo, dependiente, con interés hacia el bienestar de los demás. De los varones se espera una actitud activa, agresiva, de proveedor económico. Dichos estereotipos suponen que las mujeres nacen con un instinto maternal, el cual hace que deriven sus intereses personales y la atención de sí mismas hacia el servicio y bienestar de los demás. Desde esta perspectiva, se piensa que las mujeres disfrutan del cuidado de otros y otras [Chodorow, 1984, Guiddens, 1992; Burín, 1996].

No es de sorprender que tales estereotipos tengan consecuencias negativas para la percepción, atención y recuperación de la salud de las mujeres mismas. El pre-

sente trabajo pretende analizar precisamente la forma en que mujeres y hombres se organizan ante la enfermedad de las mujeres o de algún otro integrante del grupo doméstico. La investigación se realizó en la Sierra Santa Marta, Veracruz, tomando como ejemplo a la tuberculosis, una enfermedad común a varones y mujeres que ocasiona debilidad física y cuyo tratamiento requiere un mínimo de seis meses, por lo cual se necesita de la cooperación y el apoyo del resto de los miembros del grupo doméstico.



De febrero a mayo del 2000, se efectuaron entrevistas a 21 mujeres y 19 varones mayores de 15 años que habían sido diagnosticadas/os con tuberculosis por instituciones locales de salud (IMSS y SSA). Para obtener la información se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas. En una primera etapa se aplicó una encuesta a través de un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas. El objetivo principal de la encuesta fue obtener información acerca de las condiciones socioeconómicas en que habitan las personas con tuberculosis en la Sierra Santa Marta y conocer aspectos relacionados con la historia de la enfermedad. Posteriormente se realizaron entrevistas a profundidad a siete mujeres y seis varones para conocer la forma en que se reorganiza el grupo doméstico ante la enfermedad. Todas las entrevistas fueron realizadas en español, directamente a la persona enferma o a algún familiar cercano a la misma, permitiendo a cada una reconstruir la trayectoria seguida desde el inicio de su enfermedad hasta el momento de la entrevista. En los testimonios se cambió el nombre de las personas para guardar el anonimato.

La Sierra Santa Marta, Veracruz

La Sierra Santa Marta está ubicada en el sureste de Veracruz. La actividad principal de sus habitantes, de origen nahua y popoluca, es la agricultura de subsistencia. Las condiciones de pobreza en que vive la población es tal que la zona fue clasificada como de "emergencia nacional" durante el gobierno de Carlos Salinas y de "atención prioritaria" por el de Ernesto Zedillo [Turati, 1998].

Entre la población entrevistada, las mujeres son más jóvenes que los varones (edad mediana de 27 y 38 años, respectivamente). Se observa que conforme aumenta la edad, el número de casos en mujeres disminuye (90% de las 21 mujeres entrevistadas tiene 44 años o menos), situación que no se presenta entre los varones (ver cuadro 1). Estos resultados nos hacen pensar que la enfermedad se presenta con mayor frecuencia en las mujeres jóvenes debido al mayor contacto con personas enfermas, o bien, a una menor sobrevivencia de las mujeres de mayor edad con tuberculosis. El nivel de escolaridad es bajo en ambos sexos, pero existe en forma general una diferencia negativa de 1.6 años de escolaridad en las mujeres con relación a los varones. Como puede apreciarse en el cuadro 1, existe una mayor proporción de personas sin escolaridad entre las mujeres que entre los varones.

Cuadro 1
Edad y nivel de escolaridad por sexo

Variable	Total n=40	
	Varones n=19	Mujeres n=21
Grupo de edad		
15-19	2	4
20-44	10	1
45 y más	7	2
Mediana de edad	38	27
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	4	11
Primaria incompleta	6	7
Primaria completa	5	2
Secundaria incompleta	1	1
INEA*	3	0
Años promedio de escolaridad	3.5	1.9

*No se consideró para calcular los años promedio de escolaridad.
Fuente: Encuesta Salud y Género en la Sierra Santa Marta, Veracruz. 2000.

La enfermedad y la toma de decisiones

A través del cuestionario y de las entrevistas a profundidad se observó que cuando una persona enferma, las mujeres son capaces de sugerir la búsqueda de atención al problema de salud o, en algunos casos, ser ellas mismas quienes soliciten esta atención. Enseguida se relatan algunos casos obtenidos durante el trabajo de campo.

En el caso de Carlos, de 65 años, de etnia popoluca, con antecedente de alcoholismo crónico, las mujeres tuvieron un papel importante en el inicio y conclusión de su tratamiento antifímico.[3] Según el testimonio de la esposa de uno de sus hijos:

> Esa enfermedad empezó con dolor y tos. Buscamos inyecciones para calmarla, pero no sanó. Después vino su hija y se fueron hasta Soteapan, ahí estuvo unos días. Después dijo mi suegra, "vamos a Mecayapan". Ahí sí salió positivo. Luego le mandaron el tratamiento. Hasta ahora, lo veo más mejor, sí tose, pero ya anda más tranquilo.

Sin embargo, cuando las mujeres son las enfermas y un varón resuelve acudir con determinado agente de salud, la decisión es tomada dentro de una relación de poder-subordinación, porque se ignora la forma en que la mujer quiere tratarse y la opción de su preferencia frente a la existencia de varios agentes de salud. Éste es el caso de Micaela, mujer nahua de 36 años de edad, quien habita en una localidad donde existe una clínica rural. Ella comenta:

> Antes de ir a la clínica yo quería ir con un curandero, pero mi marido no quiso. Dijo que eso no es nada. Yo quería ir, pero no quisieron. Entonces me llevó mi papá con un médico a Minatitlán. No sané. Después me quedé así. Luego me embaracé de nuevo, tosía, escupía yo sangre. Le dije a mi marido, pero no, no me hizo caso. Cuando siento que estoy un poco más mal, voy a la clínica yo sola, entonces ya no le dije nada a mi marido. Pensé, mejor voy yo sola...

En algunos casos, el poder ejercido no es únicamente de varones a mujeres, sino también de mujeres que tienen una posición mayor dentro del grupo doméstico, como la suegra o la madre. Así lo comentó Guadalupe, mujer nahua de 25 años de edad:

> Quería ir a la clínica a consultar, pero mi suegra y mi esposo dijeron que tomara primero flor de rosa de concha y así se iba a quitar...

Posibilidad de reposo durante la enfermedad

La actitud que toma una persona enferma con relación a su trabajo cotidiano depende en mucho de los valores culturales del medio donde se desenvuelve. Freidson [1978: 231] señala que para que una persona adopte el rol de enferma y se le permita la exención de sus obligaciones normales se valora el grado de la enfermedad. En las enfermedades menores, "la exención se aplicará únicamente a algunas de las obligaciones relacionadas con un rol cotidiano, permitiendo que éste sea desempeñado de un modo algo distinto "debido" a la indisposición. En cambio, cuando se trata de enfermedades importantes, uno está exceptuado completamente de las obligaciones del rol cotidiano y se le permite adoptar el rol de enfermo específico". La conducta que se adopte va a variar en los distintos subgrupos dentro de una misma sociedad.

El género es un factor determinante para que una persona enferma pueda abandonar sus tareas cotidianas parcial o totalmente. Trece de los 19 varones y cinco de las 21 mujeres abandonaron por completo todas sus actividades cotidianas durante la enfermedad (cuadro 2).

Cuadro 2
Condición de reposo durante la enfermedad por sexo

Condición de reposo	Total n=40	
	Varones n=19	Mujeres n=21
No dejó de trabajar	3	8
Dejó algunas tareas, pero continuó con otras	3	8
Reposo absoluto	13	5

Fuente: Encuesta Salud y Género en la Sierra Santa Marta, Veracruz, 2000.

Entre los varones con reposo absoluto, éste se prolongó hasta por un año. Como mencionó Antonio, un varón nahua de 44 años:

> A mí me dieron un año de que no trabaje. No hacía nada. No aguantaba para caminar. Sentía yo como entumido. Pues hasta ahorita siento que me duele aquí [las piernas]. En la casa tampoco trabajaba, iba yo a bañarme nada más.

O bien, como refirió Anastasio, de 35 años, quien ha presentado dos recaídas por su enfermedad:

> Yo voy para tres años sin trabajar. Hace cuatro meses empecé a vender ostiones los viernes y los domingos. Dos días a la semana. Ya como nada más estoy en la casa, no voy al sol, porque si voy al sol y hago tantita cosa, ya me duelen los pulmones...

Por el contrario, la proporción de mujeres que tuvieron reposo absoluto es menor que la de los hombres. Ocho de las 21 mujeres y tres de los 19 varones continuaron con todo su trabajo habitual. Éstos son algunos testimonios:

> Yo no dejé de trabajar. Como ahorita, ando vendiendo así. Quién lo va a hacer, nadie. Entonces tengo que hacer yo... [Rosa, 39 años, nahua]

> En ese tiempo estaba yo embarazada, pero hacía todo. Me sentía débil, bajé de peso, pesaba 37 kilos, ahora peso 50. A veces, en la mañana no quería levantarme, pero así me levantaba. Me ayudan un poco los chamacos, pero a esta hora que no están, nadie me ayuda. [Maurilia, 26 años, popoluca]

Reorganización de la división sexual del trabajo

La enfermedad implica que las personas no puedan hacer de la misma forma las labores que cotidianamente tienen asignadas. El hecho de que tales labores tengan que ser realizadas forzosamente trae consigo la necesidad de reorganización del trabajo al interior del grupo doméstico. Sin embargo, las actividades de mujeres y hombres se distribuyen de manera distinta, lo cual se observó en los casos donde las mujeres y los varones fueron reemplazados total o parcialmente en sus tareas. La mamá, la suegra o una hija sustituyeron a las mujeres en las tareas domésticas, y un varón, generalmente el padre o un hijo, a los hombres en el trabajo agrícola. Citamos:

> Mi esposa ahorita no hace nada. Desde noviembre, ni lavada ni tortilla. Su trabajo lo hace su hija de once años, ella lava la ropa, hace la comida. [Esposo de Lourdes, mujer popoluca con grave estado de desnutrición]

> Mi esposo ya va a tener un año sin trabajar. Mi hijo que tiene 18 años hace el trabajo de la milpa. [Esposa de Carlos, nahua] Cuando me enfermé, aquí en mi casa no hacía nada. Lo hacía mi mamá. Así estuve quince días, acostada. Ya después empecé a hacer la tortilla. [Juana, 21 años, nahua]

No obstante, se observó que ante la ausencia de una persona que realizara el trabajo de los varones, las mujeres asumieron esta responsabilidad, tomando el papel de proveedoras económicas del grupo.

Sin embargo, no se encontró un solo caso donde los varones sustituyeran a las mujeres en las tareas domésticas. Por ejemplo, al enfermar Mario, su esposa se vio en la necesidad de asumir el rol de proveedora económica del grupo doméstico. Durante aproximadamente un año, ella vendió artículos de plástico en las comunidades cercanas. Su hija de 24 años, casada y con cuatro hijos asumió, además de sus labores cotidianas, la responsabilidad de cuidar del enfermo y de atender a sus dos hermanas y un hermano. Éste es el testimonio de la esposa de Mario, mujer nahua de 37 años:

> Antes, cuando él estaba sano, yo no salía a trabajar. Estaba trabajando él. Cuando se enfermó, vendía yo plásticos. Caminaba lejos para encontrar la manera de comprar jabón, porque quién te va a dar el jabón, la sal. Porque maíz tenemos, pero para otras cositas que quieren comer mis hijos y aquí que una trabaja en el campo se ensucia mucho la ropa.

> Sufre una. Piensas que en una casa ya te van a agarrar todo, pero no. No te pagan con dinero, te dan por cambio frijol y es pesado el frijol y ahí va a andar cargando una. Luego ese frijol lo vendía yo en Mina, en Cosolea. Mi hija cuidaba a mis hijitos. Ella lavaba la ropa, les daba de comer...

♦♦♦

Las mujeres también identifican el cuidado del enfermo como una forma de trabajo, el cual les causa preocupación y angustia. La mamá de Manuel, varón nahua de 16 años, mencionó:

> La enfermedad de mi hijo me llevó más trabajo. Trabajo para cuidarlo, para llevarlo al médico. Yo no tengo hijas, puros varones y ellos no pueden hacer esas cosas. Cuando vi que se enfermó ya no podía yo comer de la preocupación. La leña, aunque sea tarde, me iba por ella. Yo veía que el papá no le hacía caso. Ahorita me siento un poco débil...

Cuando la persona enferma es la jefa de familia, la situación se complica. Rosa es una mujer de 39 años de edad, enferma de tuberculosis al igual que su hija de 16 años. Ella continuó trabajando durante su enfermedad (vende frutas de temporada en las ciudades cercanas) por no tener quién la reemplazara en su responsabilidad de proveedora económica del grupo. Manifestó que no quería que su hija enferma realizara tareas domésticas. Al regresar de vender por las tardes, se va al río a lavar su ropa y la de sus hijos e hija, además de encargarse del acarreo de la leña que sirve de combustible para el fogón.

Conclusiones

El análisis de género en salud es relativamente reciente. Los aportes realizados por investigadores de disciplinas como la antropología, economía, psicología y medicina han servido de base para hacer visibles las desigualdades de género en la forma como varones y mujeres viven el proceso de la enfermedad [Gender and Health Group, 1999, Vlassoff y Bonilla, 1994, De los Ríos, 1993].

El presente trabajo se propuso analizar la forma en que mujeres y varones se organizan ante la enfermedad de un integrante del grupo doméstico. Nos enfocamos en tres aspectos principales.

Primero, se estudió el proceso de toma de decisiones sobre la atención a la enfermedad, argumentando qué factores de género y edad influyen en forma negativa en la vida de las mujeres, ya que no siempre están en condiciones de decidir sobre cómo atenderse. Segundo, se demostró que las mujeres tienen menos posibilidad de reposo durante la enfermedad que los hombres, lo cual se debe al valor socialmente asignado a la enfermedad de unas y otros.

Finalmente, se describió el proceso de reorganización del trabajo, señalando que es más probable que las mujeres reemplacen a los varones en tareas masculinas a que los hombres hagan lo mismo. Las labores domésticas de las mujeres son siempre asumidas por otra mujer y no por los varones. En pocas palabras, la división sexual del trabajo y la noción de que las mujeres deben estar dedicadas al servicio de los y las demás limita sus posibilidades de decisión, atención y recuperación en la salud.

Romper con los estereotipos de género y sus consecuencias en la división del trabajo no es fácil. En las últimas décadas se ha insistido en la urgencia de modificar la división sexual del trabajo con el fin de mejorar la condición de las mujeres.

Este estudio ha demostrado que, si bien el apoyo proporcionado por otras mujeres durante la enfermedad es valioso, se hace necesario que así como las mujeres son capaces (ante la enfermedad de otros) de asumir responsabilidades consideradas como masculinas, los varones se involucren en labores domésticas y en el cuidado de los demás para, de esta forma, contribuir a la recuperación y al bienestar de las mujeres. ♦





Notas

[1] El trabajo productivo entendido como aquél que tiene un valor de cambio real o potencial, y que incluye el trabajo en el sector formal e informal, así como en las empresas familiares. Este tipo de trabajo comúnmente está asociado a los varones, aun cuando las mujeres han participado siempre en él. El trabajo reproductivo está relacionado con la maternidad, la crianza de niños y niñas, el cuidado de personas enfermas y todas las actividades de tipo doméstico necesarias para garantizar el mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral. La gestión comunitaria es la extensión del rol doméstico asignado a las mujeres y que ellas asumen al organizarse para presionar al Estado o a las autoridades locales para lograr un beneficio para su comunidad. [Moser: 1991].

[2] La filariasis es una enfermedad causada por un nematodo, transmitido al ser humano a través de la picadura de un mosquito. Es común en lugares cálidos y húmedos con deficientes condiciones sanitarias que permiten la proliferación de los mosquitos.

[3] Tratamiento médico para la tuberculosis.

Bibliografía

Bandyopadhyay, Lalita (1996). "Lymphatic filariasis and the women of India". *Social sciences and medicine*, 42 (10): 1401-1410.

Bonilla, Elsy, A. Rodríguez (1993). "Determining malaria effects in rural Colombia". *Social sciences and medicine*, 37 (9): 1109-1114.

Burín, Mabel (1996). "Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables", en Mabel Burín y Emilce Dio Bleichmar (comp.). *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Paidós. Buenos Aires: 61-100.

CEPAL (1998). *Las mujeres en Amériea Latina y El Caribe: entre los cambios y la crisis*. Santiago de Chile.

Chodorow, Nancy (1984). *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Gedisa, Barcelona: 308-319.

De los Ríos, Rebeca (1993). "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción", en *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica, 541: 3-17.

Freidson, Eliot (1978). *La profesión médica*. Ediciones Península, Barcelona.

Gender and Health Group, Liverpool School of Tropical Medicine and Department for International Development (1999). *Guidelines for the analysis of gender and Health*, Reino Unido.

Guiddens, Anthony (1992). *Género y sexualidad. Sociología*. Madrid, Alianza, Universidad Madrid.

Guzmán, Virginia (1990). "Mujer y desarrollo: proyectos productivos, empleo y cooperación", en Patricia Portocarrero (edit.), *Mujer en el desarrollo, balance y propuestas*, Lima, Flora Tristán: 265-290.

Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad (1998). Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. Archivos estadísticos, Coordinación IMSS Solidaridad Zona II. Coatzacoalcos, Veracruz, México.

Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad (1999). Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. Archivos estadísticos, Coordinación IMSS Solidaridad Zona II. Coatzacoalcos, Veracruz, México.

Moser, Caroline (1991). "La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género", en Virginia Guzmán, Patricia Portocarrero y Virginia Vargas (comp.). *Una nueva lectura: género en el desarrollo*, Lima, Flora Tristán Ediciones.

Ortner, Sherry (1976). "¿Es las mujeres respecto al hombre lo que la cultura respecto a la naturaleza?", en Olivia Harris y Kate Young, *Antropología y feminismo*, Barcelona, Anagrama: 109-131.

Secretaría de Salud (1998). *Archivos estadísticos del Programa de Control y Prevención de la Tuberculosis*. Jurisdicción Sanitaria XI. Coatzacoalcos, Veracruz, México.

Secretaría de Salud (1999). *Archivos estadísticos del Programa de Control y Prevención de la Tuberculosis*. Jurisdicción Sanitaria XI. Coatzacoalcos, Veracruz, México.

Turati, Marcela (1998). "Definen por regiones combate a la pobreza", en *Reforma*, lunes 21 de septiembre de 1998.

Vlassoff, Carol y Elsy Bonilla (1994). "Gender related differences in the impact of tropical diseases on women: what do we know?" *Journal of Biosocial Sciences*, 26: 37-53.

Vlassoff, Carol (1994). "Gender inequalities in health in the third world: uncharted ground", en *Social sciences medicine* 39 (9): 1249-1259.

