

## **¿Qué hace que se enfermen las mujeres?** **Género y la economía política de la salud**

**Traducción de los capítulos 1 y 2 del texto de L. Doyal: *What makes women sick? Gender and the political economy of health*, Macmillan, Londres (1995)**

### **Capítulo 1**

#### **En la salud y en la enfermedad**

##### ***Introducción***

Existe una creencia muy difundida acerca de que los médicos son “verdaderos” expertos en la salud de la mujer y que la biomedicina tiene la clave para mejorarla. Este libro demuestra las limitaciones de dicho abordaje. En vez de explorar el interior de los cuerpos femeninos, da un paso hacia afuera para investigar las maneras en que las vidas de las mujeres pueden enfermarlas. A través de examinar las influencias económicas, sociales y culturales en su bienestar, identifica los principales obstáculos que previenen que las mujeres optimicen su salud.

Existen diferencias obvias entre los patrones de salud y enfermedad de hombres y mujeres. No es sorprendente que estos se deban en parte a las diferencias biológicas entre los sexos. Pero como veremos, la situación es más compleja de lo que parece en un principio. Todas las sociedades continúan siendo divididas a lo largo de una línea de falla, y esto también tienen un efecto en el bienestar de mujeres y hombres (Moore, 1988; Papanek, 1990).

Las diferencias de género son especialmente significativas para las mujeres ya que usualmente significan inequidad y discriminación. A pesar de que la subordinación femenina puede tomar muchas formas es un fenómeno extremadamente perverso demostrando simultáneamente “interminable variedad y similitud monótona” (Rubin, 1975). Por supuesto que esto no significa que todas las mujeres están peor que los hombres en todos los aspectos. Pero sigue siendo verdad que en la mayoría de las sociedades el varón es valorado por encima de la mujer. Los hombres son por lo general dominantes en la distribución de recursos escasos y esta inequidad estructurada tiene un impacto importante en la salud de la mujer.

La discriminación material contra la mujer ha sido documentada extensamente. Mundialmente ellas trabajan más que los hombres y aún así su trabajo es visto como de menor valor. Típicamente reciben cerca de 30-40% menos de pago que los varones cuando son empleadas y no reciben ningún pago por el trabajo doméstico. Ocupan sólo el 10-20% de los cargos gerenciales y administrativos y están representadas muy pobremente en los espacios de poder, en la política y en toma de decisiones (Naciones Unidas, 1991, p.6). Como resultado muchas encuentran un gran desafío en adquirir los recursos materiales necesarios para una vida saludable.

La devaluación cultural también es importante aunque más difícil de establecer. Todos los grupos sociales operan a través de una variedad de discursos que naturalizan las diferencias y las inequidades de género. Las mujeres tienen que crear su identidad –su sentido de sí mismas– dentro de un marco de definiciones de feminidad culturalmente construido y a veces conflictivo (Martin, 1987; Ussher, 1989). Ellas pueden ser veneradas como madres o como guardianas de la moral mientras que al mismo tiempo son vistas como enfermizas, neuróticas, contaminadas o fundamentalmente menos valoradas que los hombres. El mensaje dominante es que las mujeres no son sólo diferentes sino inferiores físicamente, psicológicamente y socialmente. En un mundo definido por y para los hombres, las mujeres son “el otro” (de Beauvoir, 1972). Bajo estas circunstancias no es sorprendente que muchas encuentren difícil desarrollar sus sentimientos de competencia y autoestima asociadas con una salud mental positiva.

De todas maneras estas similitudes no significa que las mujeres constituyen un grupo homogéneo. Aunque comparten una identidad de género y una biología común, las mujeres se diferencian por factores como edad, preferencia sexual, raza, clase, y muy importante: el status geopolítico –la riqueza o pobreza del país en el que habitan.

*Nadie se vuelve una mujer (en el sentido de Simone de Beauvoir) puramente porque es del sexo femenino. Las ideologías sobre la feminidad tiene tanto que ver con la raza y la clase como con el sexo ... es la intersección de estas redes sistémicas de clase, raza, (hetero)sexualidad y nación ... que nos posicionan como mujeres (Mohanty, 1991, p. 12-13)*

Estas diferencias entre las mujeres aparecen claramente en las estadísticas de salud nacionales e internacionales (Momsen y Townsend, 1987; Seager y Olson, 1986; Naciones Unidas, 1991).

Este libro describirá las variaciones en los patrones de salud y enfermedad entre varones y mujeres, e identificará las inequidades en el status de salud y en el acceso a la atención médica que dividen a grupos de mujeres. Luego explorará el complejo proceso que da forma a estas realidades biológicas y sociales. Para que sean efectivas las estrategias para mejorar la salud de la mujer deben basarse en un claro entendimiento de cómo estas diferencias son creadas y sostenidas. El resto de este capítulo provee un marco preliminar para desarrollar dicho análisis.

### ***De qué se trata y de qué no se trata este libro***

Este no es un libro sobre la salud de ambos sexos. Es -sin pedir disculpas- un libro sobre las mujeres. Aunque los hombres están presentes, éstos aparecen principalmente como actores en las vidas de las mujeres más que como sujetos del propio análisis. De todas formas esto no debe ser interpretado como que la salud de los hombres no es importante o que no puede ser sujeta a los mismos métodos de análisis. En realidad sería una forma de medir el éxito del libro si el marco aquí presentado fuese adaptado para un estudio similar sobre la influencia de las divisiones de género en los problemas de salud de los varones.

Este libro tampoco es sobre mujeres y medicina. El tratamiento comprehensivo de este tema importante requeriría un abordaje diferente con una cobertura extensiva de temas que no se tocan aquí (Lupton, 1994, Martin, 1987). En particular incluiría un análisis más detallado de cómo los médicos y demás trabajadores de la salud "tratan" a las mujeres en el contexto de la consulta médica individual (Miles, 1991; Roberts, 1985; Fisher, 1986).

El análisis se focalizará en dos aspectos específicos de la medicina moderna. En primer lugar, el conocimiento generado dentro del marco biomédico se combinará con el de otras disciplinas para desarrollar un entendimiento más holístico de la salud y enfermedad de las mujeres. En segundo lugar, el impacto de las prácticas médicas en la salud de la mujer será revisado críticamente y comparado con otros factores que influyen su bienestar -para bien o mal. Aunque los médicos a veces tienen un rol importante en sus vidas, veremos que la medicina moderna es raramente el principal determinante del estado de salud de las mujeres.

Este análisis no producirá un relato objetivo de los problemas de salud de las mujeres - si tal cosa fuese posible. En vez, será explícitamente feminista en el sentido más amplio. Esta mención del feminismo no deriva del uso de métodos específicos de recolección de datos o de estilos particulares de argumentación (Harding, 1986; Harding, 1987; Maynard y Purvis, 1994). En realidad la evidencia que se presenta es ecléctica en su orientación disciplinaria y en la manera de recolección y presentación. Incluye datos cualitativos y cuantitativos, algunos de los cuales fueron producidos por personas que de ninguna manera se definirían a sí mismas como feministas. De todas formas, el análisis en sí está moldeado por una preocupación fundamental: identificar -y cambiar- aquellos aspectos de las vidas de las mujeres que les causan daños serios.

La salud física y mental son necesidades humanas básicas y aún así continúan siendo inalcanzables para millones de mujeres. Como veremos, las razones de esto son raramente "naturales" en el sentido de que son inevitables; muy a menudo son literalmente "hechas por el hombre", requiriendo de la(s) imaginación(es) feminista(s) para su comprensión y su transformación. Pero para declarar el feminismo de uno en los 90 requiere una mayor elaboración. Se necesita en particular una clara exposición de la espinosa cuestión de la "diferencia" que ha estado en el centro de los debates feministas recientes

En este análisis de la salud de las mujeres rechazaremos el universalismo crudo y las teorías crudas de la diferencia. En vez, intentaremos identificar los puntos comunes en las situaciones de las mujeres mientras que al mismo tiempo permaneceremos sensibles a la compleja variedad social, económica y cultural de sus vidas. En otras palabras, nos centraremos en su "diferencia común" (Joseph y Lewis, 1981). Sólo de esta forma podemos construir una teoría que tenga sentido moral y político.

### ***Rechazando el universalismo crudo***

Durante la década pasada las mujeres de constituciones muy variadas -mujeres de clase trabajadora, lesbianas, mujeres negras, mujeres discapacitadas y mujeres de países del tercer mundo- han desafiado la dominación blanca, occidental y de clase media de la teoría y práctica feminista (Humm, 1992; Lovell, 1990; Segal, 1987; McDowell y Pringle, 1992). En particular han sido críticas de las feministas que priorizan el género por sobre las

divisiones sociales, representando a todas las mujeres como miembros del mismo grupo oprimido, unificadas por su experiencia de dominación masculina y su emoción femenina. Esta crítica política ha sido reforzada por un cambio de dirección hacia el posmodernismo en mucho del pensamiento feminista. Las mujeres trabajando en esta tradición han enfatizado los peligros de las generalizaciones poco precisas e inapropiadas, haciendo hincapié en vez en la importancia de "escuchar muchas voces" (Barrett y Phillips, 1992; Braidotti et al., 1994; Mohanty et al., 1991; Nicholson, 1991).

En respuesta a estos argumentos, muchas autoras feministas están poniendo mayor énfasis en las diferencias entre mujeres. Rechazando las ideas de "hermandad universal" que caracterizaron mucho del pensamiento feminista de los años 80, han comenzado a desarrollar una comprensión más sofisticada de las relaciones entre raza, clase y género. El análisis contenido en este libro debe ser visto como una contribución a dicho proceso, con la construcción social de la salud-enfermedad ofreciendo importantes ejemplos de cómo son forjadas esas vinculaciones en circunstancias históricas concretas.

Como veremos, existen inequidades muy marcadas en el estado de salud de las mujeres de extracciones sociales y raciales diferentes. Estas serán exploradas en detalle a medida que progresa el libro. De cualquier modo, las mayores disparidades son aquellas que dividen la mayoría de mujeres en los países desarrollados de las que viven en lo que a menudo se llama el "tercer mundo". A pesar de que la diversidad de formas sociales en los países del tercer mundo es inmensa, son lo suficientemente similares como para generar patrones comparables de enfermedad y muerte para la mayoría de sus poblaciones femeninas. Por lo tanto es importante que especifiquemos estas características comunes y que definamos el término "tercer mundo" más precisamente.

Cerca de los dos tercios de las mujeres del mundo viven en países donde el ingreso per capita es bajo y la expectativa de vida relativamente corta, donde la tasa de fecundidad continua siendo alta y un porcentaje comparativamente menor de la fuerza de trabajo pago es femenino, donde las inequidades de clase y género en ingreso y riqueza continuando siendo inmensas y el estado provee escasos servicios sociales y de salud. A pesar de que son cultural y materialmente heterogéneos la mayoría de estos países comparten experiencias de colonialismo e imperialismo que han resultado en diferentes grados de subordinación dentro del sistema económico mundial. Geográficamente están ubicados en la parte sur del globo en las regiones del Latinoamérica, el Caribe, Africa, Asia y el Pacífico.

Todos los términos usados actualmente para resumir la compleja realidad de estas divisiones económicas y sociales son problemáticos. Inevitablemente tienden hacia la sobre simplificación –existen enormes diferencias por ejemplo entre la naciones de reciente industrialización de Asia y América Latina y la mayoría de los países africanos. Dichos términos también tienen el potencial de reforzar las jerarquías económicas, culturales e ideológicas (Mohanty, 1991). Aún así es difícil evitar completamente utilizarlos. “Tercer mundo” es probablemente el que se utiliza más frecuentemente y el más comprendido de las opciones disponibles actualmente (Mohanty, 1991, p.75; Sen y Grown, 1988, p.9). También continua siendo empleado como una identificación afirmativa por muchos

activistas políticos alrededor del mundo y será por lo tanto utilizado aquí (con cuidado) para ubicar la vida de las mujeres dentro de un contexto geopolítico amplio.

De todas maneras debemos reconocer que esta categorización de la realidad global en primer y tercer mundos excluye a aquellos países a los que se llamaba “segundo mundo” y que ahora son “post-comunistas”. Una serie de textos recientes han hecho mucho más visibles fuera de sus países a las vidas de las mujeres de Europa Central y del Este (Buckley, 1989; Corrin, 1992; Fank y Mueller, 1993). Aunque la salud no ha sido su foco principal, la mayoría de estos relatos implican que los rápidos cambios sociales que están teniendo lugar en esta parte del mundo han sido perjudiciales para el bienestar de las mujeres.

Las realidades políticas del pasado reciente y las presiones económicas y sociales del presente han contribuido a una situación donde la expectativa de vida de las mujeres en los países de Europa Central y del Este es cinco años menor, y la de las mujeres en los ex países soviéticos seis años menor, que en la de las mujeres en la Unión Europea (OMS, 1994). En algunos de estos países la expectativa de vida ha declinado aún más desde 1991, y las muertes femeninas por enfermedades cardiovasculares son una preocupación particular. Los intentos de comprender estas diferencias y de explorar aspectos más cualitativos de la salud de las mujeres están comenzando pero aún escasea la evidencia detallada. Por lo tanto las mujeres en el segundo mundo están seriamente subrepresentadas en este texto y en la mayoría de las demás discusiones sobre la salud de la mujer.

### ***Refutando las teorías de diferencia cruda***

Resulta claro que las vidas de las mujeres varían enormemente y el reconocimiento de esta realidad debe permanecer en el centro de todo análisis de su salud y de su bienestar. A pesar de eso, este rechazo del universalismo crudo no significa que debemos abrazar la diferencia cruda –que neguemos cualquier posibilidad de que las mujeres tengan creencias, valores o intereses en común.

Algunas ramas de los estudios de la mujer contemporáneos contienen la implicación de la diferencia radical, la creencia que no podemos hacer juicios significativos sobre las situaciones relativas de las mujeres en diferentes culturas. Para algunos este relativismo refleja un compromiso político de aceptación todas las “otras” creencias y prácticas culturales. Se dice que hacer lo contrario denigra a aquellos que viven sus vidas de acuerdo con valores que difieren de los nuestros. En el contexto de la salud de la mujer, esto puede significar rehusarse a tomar parte en los peligros de procedimientos tales como la mutilación genital porque estos son definidos como prácticas “tradicionales”. En algunas instancias también ha conducido a cierta reticencia a condenar la violencia masculina en culturas donde ésta es ampliamente condonada.

En el trabajo de algunos autores postmodernistas existen tendencias similares (Maynard y Purvis, 1994; Nicholson, 1991). Su rechazo a cualquier criterio universal para determinar qué está bien y qué está mal, lo bueno o lo malo, lo real o lo irreal, implica que las situaciones de las mujeres en las diferentes culturas no puede ser comparada de manera válida. Por lo tanto “peor” o “mejor” salud no pueden ser medidas, excepto tal vez por la medida más cruda: supervivencia. De acuerdo con algunos autores hasta la categoría

“mujer” es en sí misma tan variable culturalmente -tan discurso específica- que no es una categoría útil para el análisis social. Por lo tanto el propio proyecto del feminismo es cuestionado ya que las mujeres son vistas como portadoras de intereses radicalmente diferentes.

Esto en algunas partes del mundo ha llevado a una parálisis política que se está tornando cada vez más intolerable (Maynard y Purvis, 1994; Ramazanoglou, 1993). A pesar de su indiscutida heterogeneidad, las mujeres tienen importantes cosas en común. Todas comparten ampliamente experiencias corporales similares aunque los significados que les asignan pueden variar dramáticamente (Martin, 1987). Sus cuerpos no son meramente construcciones sociales como parece que suponen algunos autores postmodernistas (Haraway, 1991). Tampoco son infinitamente maleables. Los cuerpos imponen restricciones muy reales (aunque diferentes) en las vidas de las mujeres como así también ofrecen un potencial enorme, y esto se evidencia en el hecho que la lucha por la autodeterminación corporal ha sido una figura central en las políticas feministas en culturas muy diferentes. (Jacobous et al., 1990; Lupto, 1994; Morgan y Scott, 1993; Pringle, 1992).

Las mujeres también comparten la realidad de ocupar posiciones (más o menos) subordinadas en la mayoría de los contextos sociales y culturales. Aunque esta subordinación se vincula en formas complejas con divisiones de clase, raza y nacionalidad, las mujeres tienen experiencias en común como objetos de prácticas sexistas. Algunas de éstas son psicológicas, cuando las mujeres luchan por construir su sentido de sí mismas frente a mensajes culturales sobre su alteridad y su inferioridad intrínsecas. No obstante también tienen una dimensión material cuando las mujeres sufren las consecuencias de la pobreza y de la inequidad económica entre los sexos. Una vez más, mujeres en culturas muy diferentes han identificado procesos similares de discriminación de género como poderosos obstáculos para lograr tanto su bienestar físico como el mental.

Como veremos, el reconocimiento de la necesidad de control sobre sus cuerpos y del origen social de muchos de sus problemas, han conducido a muchas mujeres a la acción política. La salud física y mental son necesidades humanas básicas y todas las mujeres tienen el mismo derecho a satisfacerlas.

### *¿Por qué es importante la salud?*

A primera vista la respuesta a esta pregunta puede parecer obvia. Hasta una enfermedad menor puede ser temporalmente dolorosa mientras que una enfermedad seria puede tener un impacto devastador en cómo los individuos se sienten sobre sí mismos, sobre los otros, sobre el mundo. De hecho puede eventualmente matarlos. Ser feliz y estar seriamente enfermo es usualmente una contradicción. La enfermedad es temida no sólo por sus consecuencias físicas pero también por el dolor, miedo, ansiedad y depresión que puede generar. Por lo tanto no es sorprendente que la salud generalmente se considera una “cosa buena” un estado que todo el mundo desea alcanzar y mantener. No obstante los beneficios que confiere van más allá de sentimientos inmediatos de bienestar subjetivo.

Para que los varones y las mujeres prosperen deben interactuar entre ellos. Sólo a través de la participación social las personas aprenden sobre lo que son capaces de hacer y cómo estas capacidades pueden ser mejor utilizadas (Sen, 1985). La identidad personal se forja

mediante las relaciones familiares, las amistades, el trabajo pago y una variedad de otras actividades comunales (Braybrooke, 1987). Cualquier restricción artificial y sostenida en la habilidad de un individuo en esta y otras áreas de la vida constituirá un daño serio y objetivo. Este daño deriva no sólo de los sentimientos subjetivos de dolor e infelicidad que puedan tener respecto a su situación, pero también del hecho que se han ubicado límites arbitrarios en la realización de sus capacidades –en su potencial como seres humanos.

### ***La salud y las necesidades humanas***

Cualquiera sea su cultura los individuos tienen al menos dos necesidades básicas que deben satisfacer para minimizar dicho daño (Doyal y Gough, 1991). Su primera y más inmediata necesidad es sobrevivir y ser físicamente sano. La muerte es claramente el daño más extremo, mientras que la enfermedad física puede impedir seriamente su habilidad para interactuar con los demás y su capacidad para beneficiarse de ello. Pero la salud física no es suficiente. Las mujeres y los varones también se verán impedidos de realizar su potencial si es que su necesidad de salud mental no está satisfecha. Esto ocurre cuando su habilidad para elegir de manera informada y actuar sobre esas elecciones está limitada durante períodos de tiempo por su incapacidad emocional y/o cognitiva para negociar realidades físicas y sociales.

Por lo tanto las inequidades de salud entre grupos sociales no son simplemente inequidades en estados de bienestar subjetivo deseados. También representan inequidades objetivas en la capacidad de los individuos para jugar un rol activo en la vida social y comunitaria – realizar su propio potencial y ayudar a otros a hacer lo mismo. Por lo tanto la salud mental y la salud física son cuestiones estratégicas para aquellos que desean mejorar la situación de las mujeres. Son en sí metas importantes para ser perseguidas y también proveen la clave en la participación efectiva de las mujeres para crear una sociedad más justa y más sana.

### ***Comparando salud a través de culturas***

Las variantes culturales en conceptos de salud y enfermedad han sido bien documentadas y su significancia será obvia en los próximos capítulos (Baer, 1987; Keinman, 1988; Lock y Gordon, 1988; Lupton, 1994; Whelehan, 1988; Wright y Treacher, 1982). Sin embargo no quiere decir que no podemos comparar el estado de salud de las mujeres en sociedades diferentes. Esto se puede lograr si distinguimos lo más claramente posible entre las manifestaciones objetivas de “enfermedad” y experiencia subjetiva de “dolencia” (Eisenberg, 1977). Estos dos elementos están ciertamente entrelazados en los cuerpos y mentes de los individuos. Aún así podemos medir la distribución social de la enfermedad mientras que al mismo tiempo comprendemos y respetamos la relatividad cultural de la dolencia.

Mujeres de diferentes culturas que contraen tuberculosis o infecciones pélvicas pueden experimentar estas enfermedades de maneras muy diferentes. Sin embargo también tendrán mucho en común. Algunas morirán, la mayoría se “sentirá enferma” (de una forma u otra) y mostrarán signos fisiológicos similares (aunque en diferentes grados) y responderán en formas bastante similares a tratamientos científicamente probados tales como los antibióticos. Estas puntos en común son lo que podemos medir y utilizar para comparar el estado de salud de diferentes grupos sociales (Doyal y Gough, 1991).

Lo que la medicina occidental define como enfermedad mental presenta problemas de medición y de interpretación más difíciles ya que usualmente no hay signos independientes objetivos de dichos síntomas subjetivos. Pero de nuevo, las similitudes en sus efectos pueden ser identificadas a través de las culturas. Cualquiera sea la forma de su malestar, o las palabras o conceptos que se utilizan para describirlo, todas las mujeres con una salud mental pobre experimentarán una reducción significativa en capacidad de participar exitosamente en su cultura. Aunque cada una tenga una contribución para hacer, todas serán discapacitadas, en mayor o menor medida, en el ejercicio de sus capacidades cognitivas y emocionales. Esta discapacidad es la que puede ser comparada entre sociedades (Doyal y Gough, 1991)

### ***¿Un cuadro de la salud?***

Todas las mujeres cuya salud física o mental está dañada estarán perjudicadas en maneras similares, y las tasas de mortalidad y morbilidad pueden darnos un indicador preliminar de la distribución global de este daño. Desde ya que tales estadísticas pueden proporcionar sólo un panorama parcial ya que no miden los aspectos subjetivos o de la experiencia de la dolencia. Por otro lado, ofrecen una visión negativa de la enfermedad y la muerte más que un panorama positivo del bienestar. Sin embargo representan importantes puntos de referencia entre sociedades y grupos sociales como así también ofrecen pistas sobre los factores estructurales que subyacen a cualquier inequidad percibida.

### ***Inequidades en la moral***

En la mayoría de los países desarrollados las mujeres pueden ahora esperar sobrevivir cerca de 75 años (Naciones Unidas, 1991). Sin embargo este promedio esconde variantes significativas en la expectativa de vida entre mujeres de distintos grupos sociales. En Gran Bretaña las mujeres casadas con hombres que tienen trabajos semi-calificados o poco calificados, tienen un 70% más de posibilidades de morir prematuramente que aquellas cuyos maridos son profesionales (OPCS, 1986). Divisiones sociales similares son aparentes en los Estados Unidos donde las mujeres negras tienen actualmente una expectativa de vida de 73.5 años comparadas con 79.2 para las mujeres blancas, mientras que su riesgo de morir durante el embarazo o el parto es tres veces y media mayor (US National Institutes of Health, 1992). En la mayoría de los países subdesarrollados las inequidades sociales en la salud son aún más dramáticas.

También hay grandes diferencias en las tasas de mortalidad entre naciones ricas y pobres. En América Latina y el Caribe la expectativa de vida es más baja que en los países desarrollados pero relativamente alta: cerca de 70. En Asia y el Pacífico es de 64, y en Africa es 54 (UN, 1991). Las tasas más bajas registradas para países individuales son: Afghanistan, East Timor, Etiopía y Sierra Leone, donde las mujeres pueden esperar vivir por sólo 43 años (Ibid). Estas inequidades son más extremas en las muertes relacionadas con el embarazo. En los países desarrollados la mortalidad de este tipo es rara, con menos de 5 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Por otro lado, en los países del sur de Asia la tasa es de más de 650 muertes por 100.000 nacidos vivos, y el promedio africano le sigue de cerca con 600 muertes por 100.000 nacidos vivos (UN, 1991, p.56).

A pesar de que estas diferencias son extremadamente dramáticas no muestran el verdadero alcance de las inequidades en los peligros reproductivos que deben enfrentar las mujeres en

las diferentes partes del mundo. La tasa de mortalidad materna refleja el riesgo que corre una mujer en cada embarazo. Sin embargo también tenemos que examinar las tasas de fecundidad para estimar el riesgo de morir a lo largo de la vida (*lifetime risk*) de una mujer por causas relacionadas con el embarazo. Estimaciones recientes sugieren que para una mujer en Africa el riesgo es 1 en 23 a comparación de sólo 1 en 10.000 en países desarrollados (Rooney, 1992). El embarazo casi no causa muertes entre mujeres en edad reproductiva en los países desarrollados pero si causa entre un tercio y un cuarto de las muertes en otros lados (Forney et al., 1986). Por lo tanto las muertes reproductivas son un indicador importante de los diferentes peligros para la salud que enfrentan los hombres y las mujeres y también de la heterogeneidad de las propias experiencias de las mujeres.

Yendo de las estadísticas de mortalidad a las de morbilidad –de muerte a enfermedad- nos encontramos inmediatamente con lo que parece ser una paradoja. Alrededor del mundo las mujeres viven más que los varones bajo las mismas circunstancias socio-económicas. En la mayoría de los países desarrollados la brecha entre la expectativa de vida de hombres y mujeres es de 6.5 años (UN, 1991, p.55). En América Latina la brecha es de 50\* años, en Africa 3.5 años y en Asia y el Pacífico 30\*\* años (ibid). Sólo en algunos países en Asia las mujeres tienen una expectativa de vida más baja que los varones. Pero aún a pesar de su longevidad generalmente mayor, las mujeres en a mayoría de las comunidades reportan más enfermedades y malestares. Este patrón de excesiva morbilidad femenina está razonablemente bien documentado en los países en desarrollo y examinaremos primero esa evidencia. La información más limitada sobre mujeres en países del tercer mundo será considerada más tarde.

### ***Enfermedad y afluencia***

Un número de estudios en el Reino Unido han encontrado que la estimación de las mujeres sobre su propia salud es consistentemente peor que la de los varones (Blaxter, 1990; Whitehead, 1988). Hallazgos similares surgieron de estudios en los Estados Unidos (Rodin y Ickovics, 1990; Verbrugge, 1986). Las mujeres en los Estados Unidos tienen 25% más posibilidades que los hombres de reportar que sus actividades están limitadas por problemas de salud y que están en cama durante 35% más de días que los hombres a causa de condiciones agudas (US National Institutes of Health, 1992, p.9). En encuestas comunitarias en el mundo desarrollado, las mujeres reportan cerca de dos veces más ansiedad y depresión que los varones (Paykel, 1991; Weissman y Klerman, 1977).

Las mujeres también utilizan más frecuentemente los servicios de salud. Este hecho no puede ser tomado como un indicador directo de bienestar relativo de ambos sexos ya que admitir una enfermedad puede ser más aceptado para las mujeres que para los varones. Sin embargo esto no resalta ciertas características importantes del estado de salud de las mujeres. La razón más inmediata para su mayor uso de los servicios de salud es la longevidad. El deterioro de la salud y las crecientes discapacidades son compañeros frecuentes –aunque no inevitables- del proceso de envejecimiento, y las mujeres forman

---

\* Nota de la traductora: La cifra 50 figura en el texto original, al traducirlo suponemos que se debe tratar de un error ya que la diferencia en expectativa de vida entre hombres y mujeres en América Latina es de 5.7 años según datos de 1995.

\*\* Esta cifra también nos llama la atención y suponemos que se trata de un error.

una gran proporción de la población anciana –especialmente los “viejos viejos” (Doty, 1987). En los Estados Unidos 72% de los mayores de 85 son mujeres (US National Institutes for Health, 1992, p.8). Las mujeres mayores parecen recibir menos asistencia de sus parientes y amigos que los hombres mayores de la misma edad, a pesar del hecho que sufren índices más altos de ciertas enfermedades discapacitantes incluyendo artritis, enfermedad de Alzheimer, osteoporosis y diabetes (Heikkien et al., 1983; Verbrugge, 1985).

Dada la incorporación de la anticoncepción y el propio nacimiento en la órbita de los médicos, las mujeres más jóvenes también utilizan más los servicios de salud. Esto usualmente no está asociado con patologías orgánicas pero refleja el creciente rol de la medicina en el manejo de los procesos “normales” de embarazo y parto (o su prevención). Las mujeres también parecen experimentar mayores problemas con sus sistemas reproductivos que los varones, nuevamente esto hace que tengan contacto más frecuente con el sistema formal de salud.

Finalmente, existen evidencias del mundo desarrollado que sugieren que más mujeres que varones consultan médicos sobre malestares psicológicos y emocionales. En el reino Unido, los índices de consulta femenina con médicos generalistas por depresión y ansiedad son tres veces, y casi dos veces y media más altos respectivamente que los de los varones (Office of Health Economics, 1987; UK Royal College of Practitioners, 1986). Durante el curso de un año una mujer británica (de 25 a 74 años) de cada 20 busca ayuda en su médico generalista por problemas emocionales, a comparación de 1 en 50 hombres. También hay evidencia de muchos países de que las mujeres tienen por lo menos dos veces más propensas a que se les receten tranquilizantes suaves (Ashton, 1991; Balter et al., 1984).

Hablando grosso modo, el panorama en los países desarrollados sería uno donde las mujeres viven más que los hombres pero parecen “más enfermas” y sufren mayores discapacidades. Se enferman más frecuentemente que los varones y utilizan más los servicios de salud. Los hombres no sufren tales enfermedades frecuentes pero sus problemas de salud son frecuentemente más de riesgo de vida. Pero el sexo y el género no son los únicos factores que influyen el estado de salud de las mujeres, como podemos ver si miramos nuevamente a las diferencias entre las mismas mujeres.

Hasta dentro de los países desarrollados existen importantes variaciones en la salud de las mujeres de diferentes grupos sociales. En los Estados Unidos las mujeres negras tienen dos veces más paros cardíacos que las mujeres blancas, y las mujeres negras también tienen la incidencia más alta de gonorrea y sífilis (US National Institutes for Health, 1992, p.13). Aunque las mujeres negras tienen una menor incidencia de cáncer de mama que las mujeres blancas, es significativo que son más propensas a morir a causa de este (ibid). En el reino Unido las mujeres de los sectores sociales más bajos tienen más posibilidades de experimentar enfermedades crónicas que las más afluentes. En una encuesta nacional 46% de las mujeres de empleos semi-calificados y no calificados de edades de entre 45 y 64 años, reportan una enfermedad de larga duración a comparación de 34% de mujeres profesionales y de cargos gerenciales (Bridgewood y Savage, 1993). Las mujeres en los sectores más bajos también eran más propensas que las de los grupos profesionales y

gerenciales a reportar que sus enfermedades limitaban sus actividades diarias (30% en comparación con 20%) (ibid).

### ***Enfermedad y Pobreza***

Es en los países pobres donde la salud de las mujeres se encuentra peor. Aunque algunas mujeres afluentes son tan saludables como las de los países desarrollados, queda claro que millones de otras viven en un estado de debilidad crónica, afectadas por las enfermedades de la pobreza y los peligros del embarazo (Jacobson, 1992; Smyke, 1991). Existen estimaciones que sugieren que por cada una de las 500.000 mujeres que mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo, por lo menos 16 sufren daños de largo plazo para su salud –un total anual de cerca de ocho millones (Royston y Armstrong, 1989, p.87). Las infecciones del tracto reproductivo también son extremadamente comunes (International Women's Health Coalition, 1991). En algunos países africanos se estima que la gonorrea a más del 40% de las mujeres (WHO, 1992). Estas enfermedades no son sólo perjudiciales y discapacitantes en sí, sino que también muchas veces resultan en infecciones crónicas con serios efectos para el bienestar general de las mujeres.

Millones de mujeres en los países del Tercer Mundo también deben soportar mayores consecuencias de la pobreza sobre la salud –enfermedades transmisibles y desnutrición. Aunque el riesgo de contraer las enfermedades endémicas es el mismo que para los varones, hay factores biológicos y sociales que incrementan su exposición o que empeoran los efectos. Malaria, hepatitis y lepra por ejemplo, pueden ser especialmente peligrosas durante el embarazo, mientras que la responsabilidad femenina por las tareas domésticas aumenta la posibilidad de contraer enfermedades que se encuentran en el agua.

El alcance de la desnutrición en mujeres y niñas está dramáticamente documentado en la incidencia de anemia. Existen estimaciones que sugieren que por lo menos 44% de todas las mujeres en los países del tercer mundo son anémicas comparadas con 12% en los países en desarrollo (WHO, 1992, p.62). En India la cifra es 88% (World Bank, 1993, p.75). Este es un indicador importante del estado general de salud, que sugiere que muchas mujeres se encuentran debilitadas de manera crónica y que nunca alcanzan los niveles de buena salud que la mayoría de las mujeres en el primer mundo toman por supuesto.

En estas condiciones de pobreza, privación y desorganización, los malestares mentales son claramente un gran riesgo. Aunque existe poca evidencia estadística de su prevalencia, la mayoría de las encuestas comunitarias muestran un patrón similar al de los países desarrollados con más mujeres que varones que reportan sentimientos de ansiedad y depresión. A pesar de ello el patrón de tratamiento es muy diferente siendo más varones que mujeres los que reciben ayuda psiquiátrica (Paltiel, 1987). De hecho, la evidencia de muchos países del tercer mundo sugiere que las mujeres reciben menos tratamiento médico de cualquier tipo que los varones, a pesar de su mayor necesidad. Las mujeres rurales particularmente no tienen acceso a los servicios modernos, ni siquiera para atención obstétrica. Cerca del 75% de todos los nacimientos en el Sur de Asia y 62% en Africa todavía ocurren sin la asistencia de un trabajador de la salud entrenado, comparado con sólo el 1% en los países desarrollados (UN, 1991, p.58). Mientras que esto refleja niveles muy bajos de gasto en salud en general, también sugiere cierta negación a invertir en la salud de las mujeres y las niñas.

Aunque la expectativa de vida de las mujeres continua ascendiendo en la mayoría de los países del tercer mundo, la “década dura” de 1980 y las rigurosidades económicas de las políticas de ajuste estructural han significado un deterioro para la salud de muchas mujeres (Smyke, 1991; Vickers, 1991). Ha aumentado el número de mujeres desnutridas lo que resultó en un aumento en el número de embarazos de alto riesgo y bebés con bajo peso al nacer. Están re-emergiendo las enfermedades de la pobreza tales como tuberculosis mientras que las llamadas “enfermedades de la riqueza” están empezando a proliferar con el cáncer alcanzando a ser una de las principales causas de muerte para las mujeres de entre 25 y 35 años. La degradación ambiental ha hecho más difíciles las vidas de muchas mujeres y millones no tienen acceso a agua potable o servicios sanitarios. Cada vez hay menos recursos disponibles para su atención. En años recientes se ha documentado un descenso en el gasto per capita en salud en tres cuartos de las naciones en Africa y América Latina y las mujeres parecen haber sido las principales perdedoras (UNICEF, 1990).

### ***La medicina tiene la respuesta a los problemas de salud de las mujeres?***

Este breve bosquejo ha generado una variedad de preguntas sobre la salud de la mujer. Por qué las mujeres en la mayoría de los países tienen una expectativa de vida más larga que los varones? ¿Por qué las mujeres de algunos países viven casi el doble que las mujeres de otros países? ¿Por qué varían los índices de mortalidad y morbilidad entre clases sociales y grupos étnicos? ¿Por qué aún muchas mujeres mueren en el parto? ¿Por qué las mujeres reportan más enfermedades que los varones? ¿Cómo afectan la raza o la cultura las experiencias de las mujeres acerca de la salud y el cuidado de la salud? Como veremos la ciencia médica sólo puede ofrecer recursos limitados ya sea para contestar estas preguntas o para cambiar la realidad que éstas representan.

### ***El modelo “biomédico”***

La medicina occidental ofrece un marco poderoso para describir y clasificar muchas de las enfermedades que afectan a los individuos. Utilizando este “modelo biomédico” los médicos han desarrollado los medios para prevenir o curar muchas enfermedades y para aliviar los síntomas de otras. Sin embargo muchos otros problemas se resisten a sus acciones. Esto marca las limitaciones del esquema conceptual empleado por los médicos y demás trabajadores de la salud para comprender fenómenos humanos complejos. Dos aspectos de la práctica médica están siendo examinados de cerca: su estrecha orientación biológica, y su separación de los individuos del resto del ambiente social más amplio (Busfield, 1986).

Ya no es apropiado (si alguna vez lo fue) categorizar la medicina occidental como una institución monolítica unificada dedicada sólo a la ciencia dura y la alta tecnología. Los años recientes han sido marcados por un “revival” del interés en la salud pública y la humanización de algunas áreas de investigación y de la práctica clínica. Aún así las ciencias naturales continúan siendo vistas como la única base real de la medicina, con la atención centrada predominantemente en el funcionamiento interno del cuerpo humano.

La salud y la enfermedad se explican principalmente a través de una metáfora de ingeniería donde el cuerpo es visto como una serie de sistemas interdependientes (Doyal y Doyal, 1984). La mala salud es tratada como una falla mecánica de alguna parte de uno o más de

estos sistemas, y la tarea médica es reparar esta falla. Dentro de este modelo la compleja relación entre cuerpo y mente raramente es explorada y los individuos son separados del contexto social y cultural de sus vidas:

*La noción de enfermedad en sí se refiere al proceso que se desarrolla dentro de un individuo, y lo que ocurre dentro del individuo y lo que el individuo hace es el principal objeto del interés y los esfuerzos médicos, más que la relación del individuo con los demás o con el medio ambiente o viceversa (Busfield, 1986, p.25).*

Esta orientación individualista y biológica de la medicina moderna ha llevado a enormes éxitos en nuestra comprensión de los diferentes tipos de enfermedades y su tratamiento. De hecho, fue precisamente la concentración de esfuerzo lo que hizo posible este modelo explicatorio que condujo a grandes logros como la anestesia, la asepsia, los antibióticos, la analgesia y un amplio rango de otras terapias que la mayoría de la gente en los países en desarrollo ahora toma como hechos. La “bala mágica” que funciona es un arma poderosa. Pero este éxito obvio ha llevado a descuidar la prevención y a que nos apoyemos demasiado en este modelo curativo, tanto para explicar las causas de las enfermedades como para explicar las diferentes formas en que se viven las enfermedades.

#### Los peligros del reduccionismo

Los intentos de explicar las causas de la enfermedad haciendo referencia a peligros biológicos específicos son muy limitados. Raramente examinan los aspectos sociales y económicos dentro de los cuales crecen dichos agentes patógenos. Por lo tanto ofrecen poca ayuda para comprender por qué algunos individuos o grupos son más proclives a enfermarse que otros. También hemos visto que hay más cosas detrás de la mala salud que tan solo la enfermedad. La experiencia subjetiva de la enfermedad es producto de un proceso complejo que incluye la interacción entre toda la persona y su ambiente social y cultural. Ya que el modelo biomédico se focaliza casi exclusivamente en la dimensión material del “paciente” más que en la dimensión mental, ofrece poca ayuda para esclarecer y explicar dichas experiencias. En particular es de poco uso para comprender el malestar y la discapacidad psicológica.

Esta tendencia de la medicina moderna de reducir la complejidad de la enfermedad y la salud a cuestiones de causación biológica específica ha limitado su potencial para comprender o mejorar los males de ambos sexos. Pero los intereses de las mujeres han sido particularmente dañados por la estrechez de este abordaje (Birke, 1986). Sus mayores índices de depresión, por ejemplo, han sido atribuidos a disturbios hormonales, llevando no sólo a tratamientos inapropiados sino también a una naturalización errónea de las divisiones de género que son esencialmente sociales en su origen. Muy a menudo los problemas de las mujeres han sido atribuidos a sus sistemas reproductivos cuando son las relaciones sociales de la producción y la reproducción lo que necesita mayor estudio.

#### Investigación “con perspectiva de género”

No es sólo la orientación biológica estrecha lo que limita la capacidad de la medicina para manejar los problemas de salud de las mujeres. Aún dentro de sus propios términos, hay una evidencia creciente acerca de que las prioridades y las técnicas de la investigación biomédica reflejan la dominación blanca y masculina de la profesión (Kirschstein, 1991).

Se han identificados sesgos en la elección y en la definición de problemas para ser estudiados, en los métodos empleados para realizar la investigación, y en la interpretación y aplicación de los resultados (Cotton, 1990; Rosser, 1992). Mientras que las mujeres son mayoría como prestadoras de salud, continúan siendo minoría como médicas (Doyal, 1994a; Lorber, 1984). Tienen pocos cargos de poder y por lo tanto tienen escasa influencia sobre cómo se distribuyen los fondos o cómo se lleva a cabo la investigación (Rosser, 1992; US National Institutes of Health, 1992; Witz, 1992).

Ha habido relativamente poca investigación básica en las condiciones no reproductivas que afectan principalmente a las mujeres –incontinencia y osteoporosis por ejemplo. En los Estados Unidos en 1990 sólo 13% de los fondos gubernamentales para la investigación fueron gastados en temas de salud específicos de las mujeres (US National Institutes for Health, 1992). Ni el propio ciclo menstrual ha sido investigado extensamente. Por lo tanto contamos con escaso conocimiento detallado sobre un aspecto extremadamente importante del funcionamiento del cuerpo femenino que genera gran cantidad de malestar y muchas consultas médicas (Koblinsky et al., 1993). Donde los problemas de salud afectan a mujeres y varones, pocos estudios han explorado las posibles diferencias entre los sexos en su desarrollo, síntomas y tratamiento (American Medical Association, 1991).

Los investigadores que trabajan en enfermedad coronaria por ejemplo, continúan actuando como si fuese un problema sólo masculino a pesar del hecho que es la causa de muerte más importante en mujeres posmenopáusicas, matando medio millón al año en los Estados Unidos. El *Physician Health Study* que demostró la efectividad del consumo diario de aspirina para prevenir la enfermedad cardiovascular tuvo una muestra de 20.000 varones y ninguna mujer; mientras que la muestra del estudio “*Mr. Fit*” sobre la relación entre enfermedad coronaria, colesterol y estilo de vida, consistió en 15.000 varones (Freedman y Maine, 1993, p. 165). El SIDA también ha sido tratado –para propósitos de investigación– como una enfermedad predominantemente masculina. Aunque ahora está creciendo más rápido entre mujeres que entre varones, todavía se sabe muy poco sobre los efectos diferenciales que puede tener sobre ellos (Bell, 1992; Debeberg, 1990b; Kurth, 1993).

Mientras que la mayoría de la investigación biomédica continúe estando basada en muestras masculinas, existirán brechas significativas en nuestro conocimiento sobre las mujeres. Aún más importante, los tratamientos probados sólo en los varones seguirán siendo administrados a las mujeres y puede que no sean apropiados para sus necesidades (Hamilton, 1985). Recientemente hubo indicaciones como por ejemplo: que las drogas antidepresivas pueden tener efectos muy diferentes en varones y mujeres y que pueden afectar a las mujeres de maneras diferentes durante las distintas fases del ciclo menstrual. Sin embargo en las pruebas preliminares se excluyeron las mujeres, a pesar del hecho que son las principales usuarias de este tipo de drogas (ibid).

Está claro que la medicina ha generado conocimiento muy valioso que ha sido empleado para mejorar la salud de las mujeres. Pero como hemos visto, esta comprensión es a menudo parcial y a veces errónea. Esto es porque la investigación a ignorado selectivamente muchas de las diferencias biológicas entre los sexos y prestó poca o nula atención a las particularidades de las circunstancias fisiológicas y sociales de las mujeres.

Por lo tanto puede ofrecer escasa ayuda para responder las preguntas que formulamos al principio de esta sección.

Para remediar estas deficiencias necesitamos ir más allá de las fronteras de la biología. Ninguna disciplina por sí sola puede proveer un marco conceptual apropiado para comprender la compleja relación entre la salud de las mujeres y la calidad de su vida diaria. Los métodos y los aportes de una variedad de disciplinas incluyendo historia, sociología, psicología, economía, antropología y estudios culturales, deben ser combinado con abordajes biomédicos y epidemiológicos más tradicionales para crear un marco de análisis interdisciplinario e interactivo (Lupton, 1994; Turner, 1992). El valor de juntar el trabajo de los científicos sociales y naturales de esta forma puede ilustrarse mediante una breve historia de diferencias en expectativa de vida entre varones y mujeres.

### *¿Son las mujeres realmente el sexo débil?*

No siempre las mujeres han vivido más que los varones. La poca evidencia que existe del período pre-industrial sugiere que en la mayoría de los lugares tenían una expectativa de vida menor (Shorter, 1984). En Europa y en los Estados Unidos la ventaja femenina sobre los varones se hizo aparente en la última parte del siglo XIX cuando la expectativa de vida de ambos sexos aumentó. Esta brecha entre los sexos continuó ensanchándose desde ese entonces (Hart, 1988 p.117). Ahora en la mayoría de los países las mujeres tienen mayor longevidad que los varones, siendo el tamaño de su ventaja proporcional a la expectativa de vida de toda la población. Sólo en unos pocos países los hombres continúan viviendo más que las mujeres. Como veremos estos importantes cambios históricos en la expectativa de vida no pueden ser explicados haciendo referencia solamente a factores biológicos o sociales.

### Las ventajas biológicas y sociales de las mujeres

Lejos de ser el “sexo débil”, parece que las mujeres empiezan la vida con una ventaja biológica sobre los varones (Waldron, 1986a). En todo el mundo son concebidos significativamente más fetos varones que mujeres pero tienen mayores posibilidades de ser abortados espontáneamente o de nacer muertos (Hassold et al., 1983). Para el momento del nacimiento la razón baja a cerca de 105 varones por cada 100 mujeres, y en la mayoría de las sociedades la mortalidad masculina excesiva continúa siendo especialmente notable durante los primeros seis meses de vida (Kynch, 1985; Waldron, 1986a, p.66).

Las razones para esta inherentemente mayor “robustez” de las bebés mujeres no están del todo claras pero parecen incluir diferencias sexuales en la estructura de los cromosomas y posiblemente una maduración más lenta de los pulmones de los niños por efecto de la testosterona (Waldron, 1986a, p.66). También en la vida adulta las mujeres tienen una ventaja biológica -al menos hasta la menopausia- porque las hormonas endógenas las protegen contra la enfermedad isquémica de corazón. Por lo tanto los factores biológicos confieren una ventaja inicial en las mujeres. Sin embargo, los factores sociales también tienen un gran impacto en su longevidad. En algunas sociedades estos factores mejoran la ventaja biológica inherente pero en otras la reducen o la cancelan.

La experiencia europea sugiere que la brecha entre la expectativa de vida femenina y masculina creció a medida que el desarrollo económico y el cambio social quitaron dos

grandes riesgos para la salud de la mujer. A medida que la comida estuvo más ampliamente disponible, la mayoría de las mujeres tuvieron asegurada una dieta adecuada. Esta nutrición mejorada contribuyó en particular a una reducción en la mortalidad femenina por enfermedades infecciosas como tuberculosis (Hart, 1988). Al mismo tiempo la fecundidad reducida y los partos más seguros contribuyeron a disminuir la tasa de mortalidad materna.

Ya antes de que estos peligros para las mujeres comenzaran a declinar, los cambios en la división sexual del trabajo significaron que los varones estaban tomando nuevos riesgos. Las razones de esto son complejas, pero hay dos factores que son especialmente significativos. El surgimiento del varón como el “que gana el pan” en economías industriales a que más hombres que mujeres tomaran trabajos que pudieran ser potencialmente una amenaza para sus vidas. Al mismo tiempo incrementaron su comando por sobre los recursos y su mayor libertad contribuyó para que los varones persiguieran más frecuentemente pasatiempos peligrosos, incluyendo el uso de sustancias peligrosas (ibid).

Ahora los varones jóvenes corren un riesgo de morir por accidentes (especialmente accidentes de vehículos a motor) y por violencia mucho más grande que las mujeres jóvenes. En particular en los Estados Unidos las heridas de bala son una de las principales causas de muerte masculina, especialmente entre los afro-americanos. En el reino Unido, los accidentes y la violencia causan el 70% de las muertes de varones menores de 35 años, comparado son sólo 35% de las muertes femeninas. Más tarde en la vida los hombres mueren más frecuentemente de enfermedad coronaria y de cáncer de pulmón. Estas dos causas de muerte están influenciadas por factores ocupacionales pero se deben mayormente a fumar, que ha sido tradicionalmente más común entre los varones. De acuerdo a una estimación el 50% de toda la diferencia de expectativa de vida entre los sexos en Estados Unidos y en Suecia puede ser atribuida a diferencias de género (pasadas) en el tabaquismo (Waldron, 1998b). Los índices más altos de consumo de alcohol entre varones también contribuyen a tasas de mortalidad más altas para todas las edades.

Por lo tanto parecería que a medida que muchas sociedades se fueron industrializando, una variedad de factores sociales y culturales se combinaron para permitir que emerja la ventaja biológica inherente de las mujeres. Los peligros de las enfermedades infecciosas y los riesgos del embarazo y el parto se han reducido, y algunos riesgos masculinos han aumentado dando a las mujeres vidas más largas -aunque no necesariamente más sanas. Sin embargo existen importantes excepciones de este patrón que demuestran cómo los factores sociales y biológicos pueden interactuar de maneras muy distintas.

#### *El impacto de la discriminación en la expectativa de vida*

En ciertos países del Sur de Asia, incluyendo Bangladesh, los hombres viven más que las mujeres, mientras que en India y Pakistán los dos sexos tienen una expectativa de vida casi idéntica (UN, 1991, p.69). En estas sociedades existe un exceso de muertes femeninas en la infancia y en la edad fértil, que muchos investigadores han atribuido a la discriminación material y cultural de las niñas y las mujeres. En los casos más extremos esta discriminación conduce al infanticidio femenino ya sea durante el embarazo o después del nacimiento. Aunque más comúnmente se trata de descuido crónico. En la infancia las niñas pueden recibir menos cuidados que los niños de diferentes formas (Sundari Ravindran,

1986; UNICEF, 1990; WHO, 1992, p. 17-26). Las niñas son amamantadas con menos frecuencia y por períodos de tiempo más cortos que los niños, y durante su infancia reciben menos médica (Koenig y d'Souza, 1986; Kynch y Sen, 1983; Sen, 1988). En algunas poblaciones esta discriminación de por vida ha llegado al punto del desequilibrio en la razón varones-mujeres.

En India por ejemplo, la razón entre los sexos cayó de 972 mujeres por 1000 varones en 1901 a 935 por 1000 en 1981, mientras que la razón de mujeres-varones aumentó en las demás partes del mundo (Kynch y Sen, 1983, p.377; Sen, 1990b). En estas "patriarquías clásicas" la ventaja biológica de la mayoría de las mujeres se anula por su desventaja social (Kabeer, 1991). Esto nos recuerda que no hay razón para suponer que el desarrollo económico necesariamente proporcionará a las mujeres la oportunidad de progresar. Mientras continúe la discriminación sus posibilidades de vida serán menores en comparación a la de los hombres.

*Las mujeres son biológicamente más fuertes, viven más que los hombres y naturalmente los superan en número. Donde esto último no ocurre es sólo por los efectos de la guerra, o si han sido forzados a migrar en búsqueda de trabajo o porque han sufrido discriminación severa y sistemática (Seager y Olson, 1986, p.12).*

### ***Redefiniendo la salud de las mujeres***

Si el final biológico de la muerte sólo se puede explicar en un contexto social amplio entonces las realidades complejas de las enfermedades y la salud de las mujeres deben ser exploradas en la misma forma. Para hacer esto, los métodos epidemiológicos tradicionales deben ser modificados. En lugar de identificar las enfermedades y luego buscar las causas, debemos comenzar por las principales áreas de actividad que constituyen las vidas de las mujeres. Luego podemos empezar a analizar el impacto de estas actividades en su salud y en su bienestar.

Cualquier intento de separar las distintas partes de las vidas de las mujeres de esta forma es difícil. El equilibrio de estas actividades varía dentro de una sociedad y entre sociedades, y también cambia durante la vida de las mujeres. Además en muchos contextos sociales es precisamente la inseparabilidad y la mezcla de sus diferentes tareas lo que tiende a diferenciar la vida de las mujeres de la de los varones:

*El trabajo en la producción y la reproducción son cada vez más tareas simultáneas e impuestas a las mujeres -sujetas en una tensión incómoda, mal llamada "doble jornada" porque nunca existe una clara división de cuándo un trabajo finaliza y comienza el otro (Petchesky, 1979).*

Los efectos cumulativos de estos varios trabajos son los determinantes más importantes del estado de salud de las mujeres. Esto es verdad hasta en las edades mayores, donde muchas de estas actividades habrán cesado pero su impacto en el bienestar se vuelve crecientemente evidente. De todas formas debemos empezar por examinar por separado cada aspecto de la

vida de las mujeres. Esto nos permitirá identificar algunas similitudes importantes entre las mujeres, pero también resaltaré algunas de las principales diferencias.

Un análisis de este tipo ofrece la oportunidad de explorar las complejas interacciones entre las dimensiones sociales, psicológicas y biológicas de la salud. En un nivel macro podemos describir el contexto material en el cual se forma la salud de las mujeres. También podemos identificar los límites culturales dentro de los cuales pueden hacer las elecciones que afectan su salud. Sin embargo debemos relacionar estos temas más amplios con el estado físico y psicológico de cada mujer -con su experiencia vivida de la salud y la enfermedad.

Actualmente las herramientas conceptuales para dicho análisis están poco desarrolladas y continúan siendo sujeto de debate (Di Giacomo, 1992; Scheper-Hughes y Lock, 1987). Cómo entendemos la compleja relación entre la construcción social de la maternidad en diferentes sociedades y la experiencia individual de cada mujer sobre la depresión postparto? El siguiente análisis no puede proveer todas las respuestas pero puede enmarcar más claramente algunas de las preguntas, proveer datos empíricos relevantes y señalar áreas importantes para investigación futura.

El capítulo 2 comienza con una investigación del trabajo doméstico femenino. En todo el mundo la característica más fundamental de la vida de las mujeres es su responsabilidad por el hogar, la familia, y el trabajo de la casa. Cuidar a los demás es la característica central de estas actividades en el lugar del mundo que sea. Sin embargo el contenido del trabajo en sí variará significativamente entre los países ricos y los pobres, las áreas urbanas y rurales, y los modos de producción industrializados y no industrializados.

En los países desarrollados las mujeres son las principales responsables por lo que tradicionalmente se llama los “quehaceres domésticos”, utilizando una variedad de productos comprados para cocinar, limpiar y lavar para el grupo familiar inmediato. En otras partes del mundo puede que tengan que producir los alimentos ellas mismas, como así también adquirir el combustible, el agua y otras necesidades físicas. El hogar puede que también sea el lugar donde las mujeres llevan a cabo actividades económicas para ayudar a su familia a sobrevivir (Young, 1983). Un tema de discusión central será las implicaciones en la salud de estas similitudes y diferencias transculturales en la naturaleza del trabajo doméstico.

A pesar de su variedad de formas en las diferentes sociedades, la casa también es unidad básica dentro de la cual el trabajo de las mujeres es recompensado -materialmente y emocionalmente (ibid). Aunque existe evidencia substancial para demostrar que a pesar de la imagen “cuidadora” de la familia, puede que los recursos no se distribuyan de acuerdo a la necesidad (Bruce y Dwyer, 1988; Folbre, 1988; Kabeer, 1991). Si hay hombres en la casa ellos usualmente adquieren la porción más grande de los ingresos y la riqueza y también el apoyo emocional, el status, y el poder de tomar decisiones. Usualmente monopolizan también el poder físico, poniendo a muchas mujeres en serio riesgo de violencia. Por lo tanto examinaremos las consecuencias físicas y psicológicas de la distribución desigual de los recursos dentro de las familias. El análisis pondrá un énfasis particular en la salud mental, ya que para muchas mujeres la naturaleza de su trabajo

combinado con su acceso limitado a los recursos constituye una amenaza potencial para su bienestar emocional.

Habiendo abierto la puerta a la vida doméstica, los capítulos siguientes mirarán más detalladamente a los diferentes aspectos de la sexualidad y la reproducción que están usualmente (pero no siempre) contenidos dentro del hogar. El capítulo 3 explora la relación entre sexo y salud. Además de ser una fuente de placer, la actividad sexual también puede contribuir al bienestar emocional. Sin embargo es cada vez más evidente que el sexo con los varones muchas veces puede constituir una seria amenaza para la salud de las mujeres. Esto se refiere no sólo a la violación y el abuso sexual sino también al sexo consensuado. A medida que la epidemia del SIDA se fue esparciendo, ha resaltado las limitaciones que aún existen en la capacidad de los hombres y las mujeres para determinar sus propia sexualidad y prácticas sexuales, y en su habilidad de protegerse a sí mismos de las enfermedades de transmisión sexual. Estos temas se discuten con mayor detalle en el análisis de los riesgos del sexo heterosexual.

Para muchas mujeres concebir un hijo es el resultado deseado de las relaciones sexuales heterosexuales. Otras desearán separar completamente el sexo de reproducción durante sus años fértiles. Buscarán prevenir la concepción, o si fuera necesario, interrumpir el embarazo. Estas estrategias de control de la fecundidad se examinan en el capítulo 4. La inhabilidad de determinar su propio modelo de procreación limitará severamente la capacidad de una mujer para controlar el resto de su vida. Como veremos muchas mujeres aún están restringidas en su habilidad para tomar decisiones informadas por presiones materiales, sociales, culturales y religiosas. Si las mujeres buscan ayuda médica para controlar la fecundidad, los médicos pueden rehusarse a reconocer su derecho a elegir y puede que las técnicas ofrecidas sean en sí peligrosas para su salud.

Cualquiera sean las circunstancias, la vasta mayoría de las mujeres del mundo, se embarcan en algún punto de sus vidas en el camino de la maternidad. En el capítulo 5 discutiremos las maneras en que el contexto social del embarazo puede tener un importante impacto sobre su salud. Puede determinar, en efecto, que vivan o mueran ya que para una mujer desnutrida y sobrecargada de trabajo la maternidad puede ser fatal. Este potencial para la reproducción biológica es lo que separa más claramente las necesidades de salud de las mujeres de las de los varones. Pero como hemos visto, también separa a las mujeres notablemente entre ellas, ya que el riesgo de morir o quedar discapacitado varía dramáticamente entre países pobres y ricos.

La relación de las mujeres con la medicina organizada es uno de los factores claves que influyen sus experiencias de embarazo y parto. Si ocurre algo malo en un embarazo, la falta de acceso a atención obstétrica puede ser fatal, y en muchos países del tercer mundo esta es la situación que millones de mujeres deben enfrentar cada año. En los países desarrollados por otro lado, se acusa a menudo a los médicos de dominar el parto en detrimento de las madres y los bebés. Esta paradoja será explorada a medida que ubiquemos la maternidad contemporánea en su contexto social y económico más amplio.

Millones de mujeres combinan la maternidad con sus responsabilidades domésticas dentro y fuera del hogar. Oficialmente 40% de las mujeres alrededor del mundo forman parte de la

fuerza de trabajo, aunque esto es claramente una subestimación ya que muchas están subreguistradas, especialmente en el sector informal (Rowbotham y Mitter, 1994; UN, 1991; Young, 1993). Como se demostrará en el capítulo 6, muchas mujeres que trabajan mejoran su bienestar general a través de un mayor acceso a las necesidades básicas para la salud física, de un mejor status social, y de la participación en redes de apoyo más amplias.

Sin embargo las circunstancias de empleo de algunas mujeres limitará los potenciales beneficios para la salud del trabajo asalariado. Dado que usualmente retienen la responsabilidad por el trabajo doméstico, muchas mujeres trabajadoras quedan física y emocionalmente exhaustas. Esto es especialmente cierto para aquellas con menos apoyo material y social. La naturaleza del trabajo en sí también puede ser peligrosa. El empleo ha puesto en contacto a muchas mujeres con los mismos peligros que han enfrentado los hombres por generaciones. Mientras tanto existe creciente evidencia de que lo que es visto como "trabajo de mujeres" puede tener sus propios riesgos. Por lo tanto el impacto sobre la salud de la actividad económica de las mujeres necesita ser evaluado cuidadosamente.

El estudio de estas diferentes dimensiones de las vidas de las mujeres ofrece un marco para comprender el contexto social de su salud y enfermedad. Cuando estas actividades son puestas una al lado de la otra, queda claro que para muchas mujeres las presiones del trabajo demandante bajo condiciones de inequidad y discriminación pueden conducir a un malestar significativo. Durante los años de crianza de los hijos puede que tengan poco tiempo de descanso o renovación, siempre sintiendo que cargan con pesadas responsabilidades. Más tarde en la vida, la pobreza, el aislamiento y la mala salud hacen de la longevidad un dudoso beneficio. En el capítulo 7 exploramos algunas de las formas por las cuales las mujeres han buscado aliviar los sentimientos negativos asociados con estas experiencias.

Las sustancias psicoactivas de un tipo u otro están disponibles en la mayoría de las sociedades, y los hombres usualmente han sido los principales consumidores. Sin embargo en las últimas dos décadas hemos visto un marcado aumento en el uso y abuso de estas sustancias en mujeres, muchas veces causando efectos negativos para su salud. También existe evidencia de un incremento enorme en el consumo de cigarrillos en mujeres, y su abuso del alcohol se está volviendo visible. En los países desarrollados también hubo una epidemia de uso de tranquilizantes, ya que algunos médicos se han confabulado con las mujeres para crear una dependencia que puede llegar a tener consecuencias físicas y psicológicas. Esto nos provee otra oportunidad para evaluar la compleja relación de las mujeres con la medicina organizada y los efectos contradictorios que puede tener sobre su salud.

Gran parte de este libro tiene que ver con los problemas de las mujeres -con las formas en que sus intentos de realizar su propio potencial y el de los demás pueden ser dañinos para su bienestar. Sin embargo su mayor propósito es contribuir al proceso de hacer sus vidas más saludables. El último capítulo resaltaré las distintas estrategias adoptadas por mujeres alrededor del mundo para promover su propia salud y la de sus familias. Esto incluye una discusión sobre las campañas para reformar el sistema de salud. También cubriré asuntos más amplios incluyendo la lucha por los derechos reproductivos y la salud y seguridad ocupacional, la lucha contra la violencia contra las mujeres, y el rol de las mujeres en

*Texto traducido por Nina Zamberlin (CEDES)*

políticas ambientales y de desarrollo. Explorará la contribución potencial de la biomedicina (reformada) y del cambio social amplio en la promoción de la salud de las mujeres.

## Capítulo 2

### Los peligros del hogar

#### *Introducción*

El mundo privado de la familia ha sido tradicionalmente visto como el ámbito de las mujeres. Su capacidad de ser madres es tomada como si las atara a la domesticidad, dejando el espacio público para ser habitado por los varones (Moore, 1988, p.21). Las vidas diarias de la mayoría de los hombres y mujeres ahora se parecen poco a las nociones idealizadas del hombre que gana el pan y la mujer que nutre, cuida y cría. Aún así, en la mayoría de las sociedades las mujeres continúan siendo identificadas con el mundo del hogar y la familia. Como veremos estos arreglos económicos y sociales pueden tener efectos profundos en su salud.

Es imposible generalizar acerca del funcionamiento de las familias entre sociedades o en distintas comunidades. Los hogares varían en composición -en quiénes son definidos como miembros y quiénes no- y en las dinámicas de sus relaciones internas -en quién controla qué, quién hace qué tareas, y quién recibe qué beneficios. También varían en su relación con la sociedad en general. En extremos diferentes, las familias pueden ser casi enteramente autosuficientes en lo que producen y cómo lo utilizan, o pueden recibir todos los recursos del sistema de trabajo asalariado, o de algún tipo de ayuda social o de alguna forma de red de familia extensa. A pesar de estas variedades existen ciertas similitudes en la operacionalización de los hogares que debemos comprender para analizar el significado de la vida doméstica para la salud de las mujeres.

#### *El trabajo de las mujeres en la economía del hogar*

Nalia Kabeer definió el hogar como "el conjunto de relaciones en la sociedad a través del cual se organizan las actividades reproductivas" (Kabeer, 1991). El término "reproductivo" incluye reproducción biológica sino también social - el mantenimiento del bienestar de aquellos individuos ubicados dentro de los límites del hogar. Entonces las actividades a ser llevadas a cabo consistirán en la producción, adquisición y distribución de una variedad de recursos valorados, empezando por aquellos esenciales para la supervivencia.

Alrededor del mundo los hogares sin hombres se están volviendo cada vez más comunes, ya sea por elección o por necesidad. Sin embargo la mayoría de las mujeres continúan pasando la mayor parte de sus vidas cohabitando con varones. En la mayoría de las sociedades las actividades domésticas están regidas por una serie de principios sobre cómo se deben distribuir entre los sexos, y cómo deben repartirse los recursos.

#### *¿Qué hacen las mujeres?*

A pesar de la variación cultural entre comunidades, son usualmente las mujeres a las que se les asigna el trabajo doméstico -el trabajo diario de cocinar, limpiar, cuidar a los niños y otras personas dependientes. También puede que sean las responsables por la producción de alimentos y otras cosas para satisfacer las necesidades de la familia, y también puede que sean responsables por una variedad de actividades económicas para ganar un ingreso extra. Aunque tengan un trabajo pago la mayoría de las mujeres retienen la responsabilidad por el

trabajo doméstico, lo que puede conducir a una carga excesiva de trabajo, especialmente durante los años de crianza de los hijos. Luego de la menopausia, las pesadas responsabilidades del hogar puede que deban ser combinadas con el cuidado de adultos dependientes. En los Estados Unidos la mujer promedio pasa más tiempo cuidando a familiares envejecidos que en la crianza de sus propios hijos.

Las características más obvias del trabajo doméstico en todos los países son probablemente su volumen transparente y su final abierto. No hay límite sobre cuánto puede requerir en un determinado período, y no hay derecho a vacaciones no a un descanso para comer. Puede que no haya un final obvio para el día de trabajo, por lo que muchos encuentran difícil separar el trabajo del resto o del tiempo de recreación. Las que tienen hijos pequeños puede que nunca estén "fuera del trabajo" ya que el horario se extiende a las horas de sueño. Para muchas la pesada carga de trabajo físico y mental puede resultar un castigo.

Mucho de este trabajo ha sido tradicionalmente invisible. Ha sido visto como "natural" y por lo tanto bueno para las mujeres, sin que requiera investigación ni reglamentación. Sin embargo estas suposiciones ahora están siendo cuestionadas a medida que las mismas mujeres han comenzado a dar a conocer la realidad de su trabajo diario. En los países en desarrollo el foco principal ha sido la salud mental de las mujeres a la luz de su sobrerrepresentación entre los que sufren depresión. En los países más pobres es la tensión sobre el físico que provoca el trabajo doméstico lo que se ha vuelto más visible.

#### ¿Qué ganan las mujeres?

El hogar no es sólo un lugar de trabajo para las mujeres. Es también la unidad a través de la cual reciben su porción correspondiente de recursos materiales y no materiales. En los países del tercer mundo las mujeres tienen poco acceso a los de por sí escasos fondos públicos. En los países desarrollados son mayoría entre los que dependen de fondos de ayuda social, pero sólo las mujeres que viven sin hombres los reciben directamente, para las demás la ayuda llega a la familia usualmente a través del "jefe de hogar" masculino. Aunque muchas mujeres ahora tienen trabajos pagos, existen estudios que sugieren que muchas de ellas tienen poco control de cómo se gasta ese dinero (Bruce y Dwyer, 1988).

Por lo tanto muchas mujeres tienen los componentes más importantes de su salud distribuidos en la economía familiar. Esto no sólo incluye cosas esenciales como la comida, el agua, los ingresos, el acceso a la atención médica, sino también recursos menos tangibles como el tiempo para dormir, reflexionar y renovarse, el apoyo emocional, el status social y la inversión en educación para asegurar el bienestar futuro. La distribución de estos recursos es especialmente importante para aquellas mujeres que viven en sociedades sin servicios públicos de salud y de bienestar social. Puede que signifiquen la diferencia entre la vida y la muerte.

Los políticos y los académicos tradicionalmente han trabajado dentro del modelo del hogar ideal, donde todas las actividades están diseñadas para maximizar el bienestar de la unidad familiar como un todo (Becker, 1981). Se supone además que los individuos dentro del hogar actúan de manera altruista entre ellos, asegurándose que cada miembro recibe porciones iguales o bien proporcionales a sus necesidades. Suposiciones de este tipo han

formado la base de las políticas económicas y sociales en los países ricos y también las estrategias de desarrollo en muchos países del tercer mundo.

Sin embargo han sido muy criticados a medida que la preocupación por el bienestar de las mujeres llevó a abrir la “caja negra” de la familia. Muchas investigaciones han demostrado variaciones sistemáticas en los intereses objetivos de los miembros de la familia, en su capacidad de articular esos intereses, y en su habilidad para asegurar que sus necesidades sean satisfechas. Como veremos, las inequidades en influencia y poder hacen que sean frecuentemente las mujeres y las niñas las que tengan el acceso más restringido a los recursos.

Este capítulo comienza explorando el impacto del trabajo doméstico femenino en su salud física. Luego toma los aspectos emocionales y psicológicos del trabajo doméstico y el acceso de las mujeres al apoyo social.

### ***Perspectivas transculturales del trabajo doméstico***

Cualesquiera sean sus diferencias culturales, la mayoría de las sociedades dan a las mujeres la responsabilidad por el bienestar de la familia, muchas veces con un costo considerable para su propia salud. Las implicaciones de esto varían de acuerdo a las circunstancias socioeconómicas. Los quehaceres domésticos y el cuidado de los niños son relativamente similares en Birmingham, Inglaterra y en Birmingham, Alabama, pero son muy diferentes en las fabelas de Sao Paulo y en el Sahel rural.

### ***No hay tiempo para las mujeres***

Las mujeres en los países en desarrollo ponen en funcionamiento sus estrategias de supervivencia a través de sus propias negociaciones o a veces la de sus parejas con el mercado de trabajo y con el estado. Esto por lo general es difícil, cansador, y consume tiempo, y su impacto en la salud de las mujeres pobres no debe ser subestimado.

La introducción de servicios básicos como agua potable, gas y electricidad junto con el desarrollo de electrodomésticos han aliviado el trabajo físico que extenuaba a tantas mujeres de clase trabajadora. El trabajo doméstico continúa siendo una responsabilidad predominantemente femenina. En los Estados Unidos las mujeres emplean 30 horas semanales en tareas domésticas comparadas con 15 horas en los , hombres, mientras que en Europa occidental las mujeres emplean 31 horas y los varones 11 horas (UN, 1991). Si bien esto representa una disminución para las mujeres desde 1975, es contrabalanceado por un aumento en sus horas de trabajo pago.

Estos promedios esconden la carga particularmente pesada que soportan las mujeres pobres con hijos pequeños y pocos recursos. El número de mujeres debajo de la línea de pobreza ha aumentado dramáticamente en las últimas dos décadas la mayoría de los países desarrollados. La mayoría son mujeres ancianas que dependen de la seguridad social o madres solteras. Muchas mujeres ancianas tienen dificultades para cubrir los gastos mínimos y las madres solteras muchas veces no tienen tiempo ni recursos para asegurarse su propio bienestar.

Un estudio en el Reino Unido señala que las mujeres que crían a sus hijos solas tienen peor salud que las de hogares con ambos padres. De acuerdo a lo que las propias mujeres dicen esto se debe en gran parte a sus preocupaciones económicas combinadas con sus grandes responsabilidades por el cuidado de los niños.

### *Trabajando a muerte*

Entre las mujeres de países del tercer mundo las rigurosidades del trabajo doméstico son más severas. Muchas tienen poco dinero o nada, y no hay servicios sociales disponibles para llenar esta brecha. Como resultado tienen que tejer su propia supervivencia a través de la producción de sus propias necesidades y las de sus familias. Muchas realizan agricultura de subsistencia, cultivando y procesando los alimentos que no pueden comprar. El combustible suele ser leña en vez de gas o electricidad, y recogen el agua de una fuente local en vez de que llegue a sus casas por medio de caños. Por lo tanto las presiones físicas del trabajo doméstico pueden ser muy grandes.

Son usualmente las mujeres las que tienen que manejar las consecuencias de la pobreza para toda la familia. Esto muchas veces significa realizar trabajos físicamente pesados, aún en el embarazo y la lactancia. Estadísticas recientes de África y Asia indican que en promedio las mujeres trabajan 12 horas más por semana que los varones (UN, 1991). En muchos de los países más pobres se requieren entre 60 y 90 horas de trabajo por semana para mantener un nivel de vida mínimo frente a la recesión económica. Una vez más las presiones son especialmente severas para las mujeres que son jefas de hogar.

Según un estudio de una aldea en la India, el trabajo de las mujeres y los niños contribuye casi el 70% del total de energía humana que se utiliza en los trabajos de la aldea, a pesar de que se excluyeron las tareas estrictamente domésticas como barrer, lavar la ropa y cuidar los niños (Kishwar, 1984). El trabajo de esta intensidad puede ser extenuante y debilitante. Otro estudio reciente en Gambia demostró que cuando el trabajo doméstico se combina con trabajo pesado en la agricultura muchas mujeres gastan más calorías de las que consumen. La pérdida de peso que resulta de esto puede tener serias consecuencias para su salud (Kabeer, 1991).

En las partes más ricas del mundo la mayoría de las mujeres toma por supuesto el suministro constante de agua potable. Pero hay millones de mujeres desde las que viven en sectores rurales de Bangladesh hasta las que viven en los barrios hacinados de América Latina que enfrentan la tarea diaria de conseguir suficiente agua para las necesidades de sus familias. Esta es una tarea físicamente demandante que en las zonas rurales puede significar un largo viaje.

El agua es necesaria no sólo para beber sino también para la higiene, el lavado, el cuidado de los niños, el cultivo de vegetales y el procesamiento de los alimentos. Las mujeres son las que procuran el agua para todo esto, muchas veces la cargan sobre sus cabezas ya que no tiene acceso a vehículos o animales de carga. En las regiones urbanas las mujeres dependen de las canillas públicas donde tienen que esperar largas horas y donde no tienen privacidad para bañarse. La recolección de agua puede gastar más de un cuarto de la energía ganada en el consumo diario de alimentos (Rodda, 1991).

Bajo estas circunstancias el agua debe ser racionada lo que dificulta las tareas domésticas. El agua insuficiente o contaminada también puede provocar enfermedades. La diarrea es una de las principales causas de muerte en los niños, y se relaciona con la falta de agua limpia.

Además de conseguir agua muchas mujeres también son las responsables de procurar el combustible para cocinar, hervir agua, y para calentar e iluminar la vivienda (Agarwal, 1986). Este arduo trabajo raras veces es llevado a cabo por los hombres, y es un factor importante en el cansancio que sufren las mujeres rurales. Las mujeres en muchos lugares llevan cargas de hasta 35 kilos en viajes de hasta 10 kilómetros.

Muchas mujeres también participan directamente en la producción de alimentos para sus familias, cultivan y crían pequeños animales para su propio consumo o para vender o canjear.

El trabajo doméstico de muchas mujeres es por lo tanto extremadamente duro. Puede ser física y emocionalmente arduo, y las horas son largas, dejando a muchas exhaustas. Cuando se combina con trabajo pago estas presiones se incrementan, especialmente para las mujeres con menos recursos materiales y escaso apoyo social.

### ***Peligros ocupacionales del trabajo doméstico***

Además de ser debilitante el trabajo doméstico puede plantear riesgos más específicos para la salud de las mujeres. Los accidentes domésticos son relativamente comunes. En Australia la mitad de todos los accidentes que sufren las mujeres ocurren en el hogar, en comparación con sólo el 21% de los accidentes que sufren los varones.

En los países del tercer mundo los datos sobre accidentes domésticos son muy escasos, pero está claro que dada la naturaleza del trabajo allí también representan un serio riesgo. Durante una sequía reciente en Madras el agua sólo estaba disponible en las noches y muchas mujeres no dormían para ir a recoger agua que cargaban en pesados recipientes. Por otro lado, de acuerdo a los médicos levantar estos recipientes (kodams) puede causar prolapso de útero. Otras tareas de rutina como la recolección de leña también pueden poner a las mujeres en riesgo (cortaduras con machetes, caídas de los árboles).

La casa donde vive la mujer influenciará significativamente su salud directa e indirectamente a través de los efectos del trabajo doméstico. Las casas húmedas y dilapidadas requieren mayor trabajo para mantenerlas limpias, y la humedad parece estar relacionada con el asma y las enfermedades respiratorias. Esto afectará a los hombres, mujeres y niños que habiten la vivienda pero debido a que el trabajo de la mujer requiere que ellas pasen más tiempo en la casa, son ellas las más vulnerables.

Las mujeres también están en contacto con una serie de químicos tóxicos que se utilizan para las tareas del hogar como por ejemplo la limpieza (detergente, cloro, insecticidas). Muchos de estos no están ni reglamentados ni probados. Se estima que en una casa promedio en los Estados Unidos hay 250 productos químicos que son lo suficientemente tóxicos como para requerir atención médica si son ingeridos.

La escasez de leña en muchas zonas rurales vuelve más peligroso el trabajo de cocinar. En algunos casos reemplazan la madera por otros productos inflamables. Los combustibles domésticos son una fuente de contaminación del aire del hogar; muchas mujeres inhalan más humo en sus casas que los habitantes de las ciudades más sucias. Un estudio indica que la inhalación diaria de benzopireno (carcinogénico) es equivalente a la que contienen 400 cigarrillos (WHO, 1984). El humo ha sido identificado como uno de los factores que causan altos niveles de enfermedades respiratorias y enfermedades de los ojos en algunos países del tercer mundo.

Por lo tanto el trabajo doméstico en el hogar no está libre de los riesgos que se encuentran en muchos ámbitos industriales.

### ***Demandas, dilemas y malestares***

En los países desarrollados se ha centrado mayor atención en los riesgos psicológicos del trabajo doméstico más que en los riesgos físicos. Varios estudios han demostrado que las amas de casa full-time son particularmente proclives a la depresión, especialmente si están en sus casas con niños pequeños. Los intentos de explicar esto se han centrado en la naturaleza del trabajo mismo, en su bajo status social, y en las condiciones bajo las cuales es llevado a cabo. Las inequidades inherentes a muchas relaciones heterosexuales también se identificaron como factores causales.

### ***Matrimonio y estado civil***

En una investigación clásica, Jessie Bernard encontró que mientras que los hombres americanos expresan un grado considerable de insatisfacción con el matrimonio, parecen tener relativamente buena salud mental. Por otro lado las mujeres son más proclives a decir que están felizmente casadas pero exhiben una salud mental más pobre que los varones (Bernard, 1972). Bernard llamó a esto la “paradoja del matrimonio feliz”. Esta contradicción era muy marcada en las amas de casa full-time, muchas de las cuales expresaban altos niveles de satisfacción con el matrimonio y síntomas psiquiátricos severos al mismo tiempo (lo que la autora llama “el síndrome del ama de casa”: nerviosismo, desmayos, insomnio, temblor en las manos, pesadillas, mareos, palpitaciones, y otros síntomas de ansiedad). El estudio concluye que este síndrome de las amas de casa no es producto de la imaginación y que “ser ama de casa enferma a las mujeres”.

La depresión parece ser un riesgo ocupacional para las amas de casa full-time, especialmente las que tienen niños pequeños. La experiencia clínica y las investigaciones en comunidades señalan que muchas mujeres que se quedan en sus casas sufren una intensa frustración, que usualmente se expresa con una sensación de vacío, tristeza e inutilidad.

Muchas mujeres obtienen muy poca satisfacción de sus tareas de rutina dentro del hogar, esto es exacerbado por la falta de valor del trabajo doméstico en la sociedad. Los adultos que tienen empleos reciben un sueldo pero las mujeres que trabajan en sus hogares no reciben una recompensa equivalente. Esto puede limitar su autoestima y hacer que se sientan inútiles. Por otro lado, como el trabajo del hogar raramente se nota a menos que se lo descuide, muchas mujeres no reciben reconocimiento por su trabajo ni siquiera por parte de las personas a las que ellas cuidan.

### ***¿La maternidad enloquece?***

A primera vista la maternidad parece ser un trabajo altamente valorado, y para muchos la relación con los hijos es una de las cosas más gratificantes de la vida. Pero la realidad de criar y cuidar a los hijos puede ser física y emocionalmente demandante, especialmente en las sociedades donde hay poco apoyo de la pareja, de los amigos o de los familiares.

Estudios en diferentes países muestran que una alta proporción de mujeres sufren problemas físicos significativos en los meses o semanas posteriores al parto. Muchas también pueden deprimirse.

A pesar de todo lo que se dice sobre la maternidad como un deber social, muy pocos autores han explorado la realidad de cuidar a los niños desde la perspectiva de las mujeres. La socióloga británica Mary Boulton realizó una investigación con madres jóvenes para distinguir entre los sentimientos de las mujeres acerca de las tareas de cuidado de los niños y su amor por sus hijos. Cerca de dos tercios de las mujeres del estudio valoraban mucho el trabajo de cuidar a sus hijos, pero un tercio no opinaba igual. Además 60% de las mujeres de clase media y 44% de las mujeres de clase trabajadora calificaban al cuidado de los niños como una experiencia irritante. La mayoría no creían que fuera una tarea naturalmente gratificante. Aún así, ésta era su ocupación full-time.

Para algunas mujeres el momento en que sus hijos se van de casa es positivo ya que les ofrece la oportunidad de realizar nuevas actividades. En algunas sociedades el rol de suegra o abuela es más valorado ya que les da mayor autonomía. Aunque para otras puede ser una experiencia devastadora si su identidad está depositada en la maternidad y sobre todo si su entorno social no le ofrece opciones para crecer y desarrollarse en otras cosas. Bajo estas circunstancias pueden desarrollar depresión y otros problemas mentales.

### ***Dependientes y dependencia***

Las mujeres que cuidan a otras personas dependientes también manifiestan conflictos y contradicciones. Cerca de 15% de las mujeres en edad de trabajar en el Reino Unido, cuidan a tiempo completo a alguien que está enfermo, o ancianos o discapacitados (Green, 1988). Este puede ser un trabajo que provoca tensiones por su propia naturaleza: largas horas, tiempo de sueño perturbado, falta de sustitutos. El cuidado de personas adultas es muy demandante y muchas veces causa problemas emocionales que no surgen en el cuidado de los niños. La hija que cuida a su padre o la esposa que cuida a su marido deben negociar nuevas relaciones bajo circunstancias difíciles, muchas veces con muy poca ayuda.

Muchas mujeres eligen cuidar a sus parientes dependientes y obtienen gran satisfacción al hacerlo. Pero para otras no es tanto una “elección”. Se espera que las mujeres de la familia cuiden a sus parientes enfermos, y esta presión moral muchas veces se refuerza por la preferencia de quienes tienen que ser cuidados. Ya que las mujeres raras veces tienen sueldos altos, el costo de dejar el trabajo para dedicarse a cuidar a los parientes no es tan alto como si el varón tuviera que dejar de trabajar. Como resultado muchas pierden su independencia, a veces para detrimento de su propia salud. Estos problemas pueden ser graves para las mujeres que se encuentran en lo que se llama el “triple ciclo del cuidado”, la responsabilidad de por vida que comienza con el cuidado de los hijos, sigue en la mediana

edad con el cuidado de los padres envejecidos y culmina en la edad adulta con responsabilidad de cuidar un cónyuge debilitado.

La naturaleza del trabajo doméstico femenino, las condiciones bajo las cuales se lleva a cabo y las relaciones de dependencia e inequidad que frecuentemente lo subyacen pueden limitar el potencial de las mujeres para tener una salud mental positiva.

### ***¿Quién cuida a las cuidadoras?***

Millones de mujeres alrededor del mundo pasan gran parte de su tiempo haciendo lo que podría llamarse “trabajo doméstico emocional”. Esto está diseñado para manejar relaciones sociales, asegurar la armonía entre los miembros del hogar y para promover la salud emocional de los demás. Frecuentemente es el menos visible de los trabajos de la mujer pero puede ser una gran carga.

¿Pero quién se ocupa de las mujeres mientras ellas tienen que sonreír para los demás? Para muchas la respuesta es nadie. Estudios en Estados Unidos y en el Reino Unido muestran que en muchas familias las mujeres no reciben el sustento emocional que ellas hubiesen esperado de sus seres más cercanos y queridos. Las hijas adultas pueden proporcionar apoyo, pero los hijos varones mayores y la pareja lo hacen mucho menos (Miles, 1998).

En un estudio británico reciente Agnes Miles entrevistó un grupo de hombres y mujeres a quienes se les había diagnosticado depresión. Casi la mitad de las mujeres mencionaron un matrimonio infeliz como un elemento de su malestar, mientras que los varones se referían a problemas de salud o problemas en el trabajo. Cuando se les preguntó por el apoyo que recibieron sólo 24 de las 65 mujeres nombraron a su pareja como el principal confidente y no todas estas estaban satisfechas con la calidad de la relación.

En otra investigación en Londres se entrevistaron mujeres depresivas para ver cómo respondían los parientes, los amigos y los médicos frente a esa situación. Los hallazgos muestran que a los signos comunes de la depresión como el llanto inexplicable, muchas veces se les presta poca atención porque son vistos como normales para las mujeres, especialmente cuando son madres jóvenes o mujeres menopáusicas. Tres cuartos de las entrevistadas que vivían con sus maridos sentían que no habían recibido poco o ningún apoyo de ellos (Ginsberg y Brown, 1982).

Luise Eichenbaum y Susie Orbach utilizaron una mirada psicoanalítica para las divisiones sexuales en el cuidado. La mayoría de los hombres son cuidados por mujeres durante toda su vida, desde su madre y otras familiares mujeres hasta sus maestras mujeres y su pareja mujer en la adultez. Por otro lado, una niña crece suponiendo que se casará con un hombre a quien cuidará y proveerá apoyo emocional.

Sabemos que el apoyo emocional es un elemento esencial para la promoción y el mantenimiento de la salud mental y física. Las mujeres tienen un rol central en la provisión de este apoyo para quienes las rodean, pero muchas veces se les es negado a ellas. Las que pueden pagarlo puede que recurran a un médico para que les “cure” la depresión o los problemas asociados con “los nervios”. Sin embargo pocas veces consiguen lo que buscan.

La experiencia de dos mujeres afro-americanas se puede equipara a la de muchas otras mujeres:

*“Les dije en el hospital acerca de mis nervios. Me dijeron que dejara salir mis problemas, que los cuente, que hable con otras personas. El único problema es que no tengo con quien hablar”*

*“Le dije a mi médico, él me dio unas pastillas y me dijo que no me preocupara más. Siempre me dice eso pero no me dice cómo” (Camino, 1989, p.307).*

### ***¿Para cada uno de acuerdo a sus necesidades?***

Hasta aquí hemos pintado un panorama donde las mujeres (y las niñas) trabajan muy duro, siendo su trabajo a veces más intenso que el de sus parejas varones. Esto contrasta marcadamente con el bajo nivel de inversión que muchas familias hacen para las niñas, y los escasos reconocimientos materiales que se otorgan a las madres.

El patrón de la asignación de recursos dentro de la familia sigue siendo un asunto muy privado. No obstante, investigaciones recientes en países desarrollados y en países pobres han identificado diferencias de género en el acceso a los ingresos, a las riquezas y a otros materiales necesarios para una vida saludable. El grado de dichas inequidades varía según las sociedades de acuerdo a los valores culturales y a lo que se percibe de la contribución de la mujer a la familia y a la economía en general. La inequidad es mayor en las patriarquías clásicas como en Bangladesh donde las mujeres son socialmente construidas como pasivas y vulnerables, y menor en algunas partes de Africa Sub-sahariana donde las mujeres suelen tener mayor independencia económica (Kabeer, 1991). Hablando en general las mujeres reciben menos que los hombres y frecuentemente son las más pobres entre los pobres.

Es necesario investigar más para identificar los procesos por medio de los cuales se generan las inequidades y los efectos que tiene sobre la salud y el bienestar de las mujeres. Sin embargo ya podemos empezar a desenvolver esta complejidad mirando la creciente evidencia que existe sobre las diferencias de género en el acceso a la nutrición y al cuidado de la salud. A pesar de que las mujeres son las responsables de comprar y preparar la comida, y muchas veces hasta de producirla, en muchos países no reciben suficiente para comer. El patrón de distribución de la comida en la familia comúnmente tiene un sesgo de edad y de sexo, particularmente en algunos de los países más pobres (Sen, 1990a). Mientras que ambos sexos pueden ser afectados negativamente por la falta de alimentos, las mujeres son especialmente vulnerables. Esto se debe en gran parte a las necesidades especiales asociadas con la reproducción (Hamilton et al., 1984). Sin embargo en algunas comunidades estas necesidades se incrementan por la carga socialmente construida del trabajo doméstico y el trabajo en la agricultura.

La menstruación, el embarazo y la lactancia aumentan las necesidades de proteínas, vitaminas y minerales. Es difícil de medir precisamente pero se ha estimado que las mujeres embarazadas precisan 350 calorías extra por día, y que las que están amamantando necesitan 550 calorías extra. Muchas mujeres en los países pobres no consumen la cantidad suficiente de alimentos para satisfacer esas necesidades.

En muchos países del tercer mundo los problemas nutricionales de las mujeres son severos. Mientras que esto puede deberse parcialmente a que los alimentos son más escasos para ambos sexos, la discriminación también es un factor que contribuye. Aún cuando los alimentos son abundantes los varones reciben la mejor parte.

La discriminación afecta no sólo a las mujeres adultas sino a las niñas que reciben menos que sus hermanos varones. En sociedades donde se prefiere tener hijos varones el infanticidio femenino puede ser tolerado. Esos casos reflejan la desesperación de los padres pobres que tienen muchas hijas y que no pueden pagar la dote que se espera de ellos. Cualquiera que sean las circunstancias, la matanza de niñas constituye una terrible evidencia de la fuerza cultural y económica del sexismo en algunas de las sociedades más intensamente patriarcales (Miller, 1981).

Si sobreviven la gestación y el nacimiento, las niñas pueden ser amamantadas por períodos más cortos que los varones y recibir dietas menos adecuadas. Un estudio en Bangladesh encontró que el consumo de calorías de las niñas menores de cinco años era más bajo que el de los niños, en términos absolutos y también cuando se ajusta para el requerimiento nutricional estimado. Las niñas también reciben menos proteínas y vitamina A que los niños. Como resultado 14% de las niñas del estudio estaban severamente desnutridas en comparación con el 5% de los varones. Cuando están enfermos los niños también son llevados al hospital con mayor frecuencia.

Los efectos de este tipo de discriminación en la salud son difíciles de medir. Sin embargo parece tener un impacto significativo en los índices de mortalidad. En un estudio en Punjab, las niñas que nacían en familias donde ya había hijas mujeres tenían más posibilidades de morir en la infancia que el resto de sus hermanos (Gupta, 1987). En la mayoría de los países que tienen una expectativa de vida menor de 60 años, las niñas tienen índices de mortalidad más altos que los niños, y las prácticas discriminatorias contribuyen a este patrón. Mientras que en Europa y los Estados Unidos hay cerca 106 mujeres por cada 100 hombres, en Asia hay sólo 95, y en Pakistán 90. En China la preferencia por el hijo varón es persistente con sólo 0.94 mujeres por cada varón.

Hemos visto cómo la distribución de recursos dentro de la familia puede dañar el bienestar físico de sus integrantes femeninas. También es importante reconocer los efectos psicológicos de estas prácticas. Como señala Papanek, las mujeres y las niñas reciben mensajes sobre su propio valor a través de la manera en que las tratan los demás. Las experiencias consistentes de discriminación pueden conducir a que una disminución en la autoestima y a una cultura del “sacrificio femenino” que reproduce constantemente el trato preferencial para los varones (Papanek, 1990, p.173).

### ***Sumando heridas a los insultos***

El hogar comúnmente es representado como un espacio seguro, a salvo de todos los peligros que existen afuera. Pero la realidad es muchas veces diferente. Millones de mujeres y niñas son abusadas física y sexualmente cada año en lo que debería ser un lugar seguro por hombres que se supone que deberían cuidarlas.

### El alcance del problema

La violencia física ejercida sobre un cónyuge en una pareja es un fenómeno común, y el 90% de dichos ataques son perpetrados por varones contra mujeres. Actualmente a nivel global se considera que la violencia doméstica es un tema de salud pública. La violencia doméstica es más común en algunas sociedades que en otras, y su situación legal varía como así también los niveles de aceptación pública. Pero parece no haber ninguna sociedad donde las mujeres puedan sentirse del todo seguras (Brown, 1992).

Es difícil obtener cifras estimativas sobre la cantidad de mujeres que son golpeadas cada año dado que muchas tienen miedo y vergüenza de revelar su sufrimiento. Según un estudio inglés sólo el 2% de este tipo de agresiones son reportadas a la policía (Dobash y Dobash, 1980). Otro estudio de los Estados Unidos muestra que por lo menos 20 % de las mujeres han sido abusadas físicamente por un hombre con quien tienen una relación íntima. Entre 22 y 35% de las mujeres que llegan a las guardias de emergencia de los hospitales llegan por cuestiones de violencia doméstica.

En los países en desarrollo la incidencia puede ser más alta. En algunas zonas de Papua Nueva Guinea más de dos tercios de las mujeres casadas experimentaron violencia marital. Esto parece haberse intensificado con la urbanización y los rápidos cambios sociales que han aflojado un poco las restricciones culturales.

En India poner fin a la violencia doméstica ha sido uno de los principales focos de los nuevos movimientos feministas. Golpear a la esposa no estaba definido como un crimen hasta 1983 y hasta ahora la ley ha tenido escaso impacto en las prácticas de los varones (Das, 1988). Las mujeres rurales y urbanas, de clase media y clase trabajadora, jóvenes y viejas, son todas potenciales objetos de abuso masculino, pero los ataques que han sido más publicados son los “asesinatos por dote” en India y Bangladesh. En estos casos mujeres jóvenes han sido abusadas y en algunos casos asesinadas porque el marido y su familia no estaba conformes con el dinero y las mercancías que la mujer trajo al matrimonio. Pueden ser literalmente quemadas vivas y luego se argumenta que fue un accidente con el horno mientras cocinaba. En 1990 la policía registró oficialmente 4835 muertes por dote en India, pero el *Ahmedabad Women's Action Group* estima que 1000 mujeres son quemadas vivas anualmente sólo en el estado de Gujrat (Heise, 1993). Una de cada cuatro de todas las mujeres que mueren en Bombay entre los 15 y los 24 años se dice que murieron por “quemaduras accidentales” (Karkal, 1985).

Una proporción importante de mujeres que viven con hombres tienen su salud disminuida o destruida por la violencia. A pesar de las diferencias culturales millones de mujeres comparten la experiencia de ser golpeadas, y frecuentemente la excusa que se plantea es su desempeño como madres o esposas. La paradoja de la violencia perpetrada sobre las mujeres en la aparente seguridad de sus hogares se resalta aún más por el hecho que el embarazo muchas veces parece ser el factor que la precipita. En los Estados Unidos las mujeres tienen significativamente más posibilidades de ser golpeadas por sus parejas si están esperando un hijo (McFarlane et al., 1992; Stark y Flitcraft, 1991).

### La realidad de la violencia doméstica

La violencia física puede incluir empujones, puñetazos, patadas, tirar del pelo, garrotazos, puñaladas, balazos, arrojar ácido o agua hirviendo, y el daño infligido puede ser grave. El sexo coercitivo puede ser un componente significativo en una relación abusiva. En estudios sobre mujeres golpeadas en América Latina, entre 30% y 58% dicen que son violadas por sus maridos (Cox, 1994).

En otro estudio en Inglaterra con sobrevivientes de violencia doméstica, cerca del 80% reportó haber ido al médico al menos una vez por las heridas causadas por sus maridos. Cerca del 40% dijeron que habían buscado ayuda médica en cinco o más ocasiones y a muchas sus maridos no les permitieron acudir al médico cuando lo necesitaban. Otro estudio en refugios para mujeres muestra que tres cuartos de las mujeres allí alojadas habían soportado violencia durante tres o más años, y que un tercio había sufrido ataques que pusieron en riesgo sus vidas o habían sido hospitalizadas por heridas graves como fracturas. En muchos casos la violencia es crónica.

En algunos casos las heridas de las mujeres pueden ser fatales. En la mayoría de los países ellas tienen más posibilidades de ser muertas por su pareja que por cualquier otro asaltante.

### Los efectos psicológicos de la violencia

Además de causar daño físico, la violencia doméstica también implica malestar psicológico y trauma. La violencia emocional es mucho más común que el abuso físico y probablemente tenga efectos más duraderos. La mayoría de las mujeres golpeadas están debilitadas por la ansiedad acerca del próximo ataque y se sienten shockeadas, angustiadas, enojadas y tristes por ser lastimadas -frecuentemente por alguien que supuestamente las ama. En muchas produce lo que se denomina desorden del stress post-traumático.

Varios estudios señalan que las mujeres que sufrieron violencia doméstica tienen índices más altos de depresión y abuso de drogas. Los años de violencia pueden dejarlas en un estado donde las alternativas son difíciles de visualizar, y mucho más difíciles de llevar a cabo. La dependencia económica puede ser reforzada por la intimidación, creando una condición de "indefensión aprendida" de la cual puede ser difícil salir. Muchas veces los intentos de obtener ayuda de la policía o de trabajadores sociales conduce a mayor humillación. De esta forma las mujeres carecen de santuario y de sanciones, atadas a una serie de relaciones familiares que terminan condonando la violencia (Counts et al., 1992).

Para algunas el suicidio parece la única salida. Cerca del 30% de las mujeres golpeadas en los Estados Unidos intentan quitarse la vida. En una provincia de Papua Nueva Guinea en 1985, casi dos tercios de todos los intentos de suicidio, y ocho de cada nueve suicidios fueron llevados a cabo por mujeres, y muchos ocurrieron luego de recibir una golpiza (Counts, 1987).

### **Conclusión**

Este capítulo ha explorado algunas de las características clave del ámbito doméstico. Ha demostrado que la mayoría de las mujeres están envueltas en complejos procesos de cooperación y conflicto con sus parejas y otros miembros de la familia, por los recursos,

derechos y responsabilidades (Sen, 1990). Hemos visto que el resultado muchas veces es dañino para el bienestar de las mujeres, con una asimetría entre las responsabilidades que se les otorga y los recursos que se les asignan para satisfacer sus necesidades.