

La categoría de género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte de varones y mujeres

*María de los Ángeles Garduño Andrade**

Reflexión sobre la utilidad de explicar los perfiles de enfermedad y muertes desde las diferencias de género. Entendiendo que estas diferencias entre varones y mujeres caracterizan las relaciones sociales, con significaciones de poder. Se utiliza la categoría de género para explicar la adquisición de una identidad social y psicológica que lleva a formas de vida que caracterizan la enfermedad y la muerte diferentes de unos y otras. Señalándose cómo los varones mueren y sufren daños relacionados con causas destructivas, en mayor proporción que las mujeres. Mientras que ellas son mucho más demandantes de servicios de atención médica.

Se concluye que debe haber respuestas sociales diferentes a los perfiles de enfermedad y muerte de acuerdo a la construcción de las identidades de varones y mujeres.

Introducción

Cuando se intentan desatar “nudos” que justifican un estado de cosas en el que algunos resultan desfavorecidos, se encuentran argumentos que parecen sostener firmemente tal situación, eso sucede en el caso de las condiciones de género y en las explicaciones de los daños a la salud.

En este trabajo se discute cómo la condición de género influye en algunos problemas de la salud; se trata de complementar la explicación acerca de su determinación social con aspectos que hasta ahora aparecen como marginales.

Dado que la lucha por la salud se puede entender, en un sentido integral, como el control y dirección de nuestros procesos vitales, del trabajo y del consumo, es decir, el control individual y colectivo de nuestra forma de vivir;¹ debemos integrar a esa lucha la discusión de las relaciones de poder y dominación que se da entre varones y mujeres.²

Los procesos vitales —relacionados con la reproducción, con el crecimiento y el desarrollo, con la salud y la enfermedad— se presentan de diferentes maneras a lo largo de la historia y son resultado de la organización social. Por ello, en la explicación de su presentación y determinación, debemos utilizar categorías que den cuenta de la integralidad de la vida humana en el contexto de lo social. Las especificidades de estos procesos en los grupos sociales se relacionan con diversas condiciones como son las de clase, de etnia y, desde luego, de género.

Al entender la condición de género podemos discutir cómo es que desde el nacimiento, a partir del sexo de origen se estructura una identidad que nos hace varones o mujeres, entender el significado de la asignación de esquemas que llevan a asumir un cuerpo vivido individualmente con funciones sociales predeterminadas y comprender cómo esta asignación de identidad de género es la que organizará nuestro paso, consciente o no, por la vida.

* Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud, Maestría de Medicina Social, UAM-X.

I

Tanto las diferencias de género, como la presentación de daños a la salud han sido justificadas como “naturales”, pretendiendo que la biología como ciencia de la vida puede responder a cualquier pregunta que se le formule.³

El planteamiento central de esa visión concluye en que si las desigualdades son determinadas biológicamente, tendrán que ser inevitables e inmutables. Frente a esta visión reducida, han surgido diversos enfoques en la ciencias sociales y biológicas, que contradicen estas tradiciones.

Respecto a la salud, estas nuevas corrientes se proponen superar aquellos puntos de vista que sugieren acciones parciales para erradicar los padecimientos y mantienen la visión de que las enfermedades y los daños son reducibles a los órganos o sistemas, como si los seres humanos fuésemos sólo un conjunto de partes y no seres integrales.

Para dar verdaderas alternativas debe comprenderse, primero, que el cuerpo no es reducible a los sistemas físico-químicos de la fisiología; segundo, que no está desprendido y aislado, sino que se trata de un cuerpo vivido, que no nos es exterior como una posesión cualquiera; tercero, que no es el polo de una dualidad con el sujeto (como si le fuera ajeno), sino que se trata del centro de la existencia, que permite las relaciones con los otros, la organización del universo y la elevación a la trascendencia; y finalmente, que este cuerpo vivido es para cada uno prioridad inmediata.⁴

Pero la visión tradicional de la biología no solamente se ha quedado en la explicación de su campo reconocido sino que pretende explicar también los fenómenos sociales y reducirlos a la suma de los comportamientos de los individuos; en su versión más moderna pretende que la genética determina en última instancia esa sumatoria de conductas que conforma la socialidad. Sin tomar en cuenta que la individualidad como tal es resultado de nuestra socialidad, o sea que somos contruidos y que tenemos la capacidad de construir y que aunque cada persona en esa relación constructiva y activa con el mundo edificará y expresará en su vida cotidiana, su subjetividad y su identidad particular,⁵ esto será una expresión de la autoreproducción de la vida social.

La vida cotidiana particular del cuerpo vivido, se caracteriza por el ejercicio de la capacidad de generalizar y de

comunicarse con los otros, de aprender el uso de las cosas, de los sistemas de expectativas y de las instituciones. Esas son las primeras asignaciones y aceptaciones con las que cada persona dará las pruebas de capacidad vital para conservarse en un mundo construido desde antes. Sólo después se puede tener la ocasión de escoger el propio ambiente directo.⁶

En esa reproducción inmediata se reproduce la imagen de la sociedad respectiva, de los estratos y desde luego de las relaciones de poder. Y es por esa necesidad de ceñirse a la vida cotidiana que resulta tan difícil lograr el control de los procesos vitales.

Como ese control no puede depender de los adelantos médicos que parcializan el cuerpo, ni quedarse en el nivel individual como plantean algunas opciones holistas modernas, las determinaciones de la vida y de sus problemas se deberán entender como resultado de una dinámica social y sólo desde ese nivel se darán las verdaderas modificaciones.

II

Por ello es indispensable ubicar en la dinámica social aquellos procesos que causan daños a la salud; y uno de estos es la imposición de esquemas que hacen vivir de manera diferencial a varones y mujeres.

Las explicaciones médicas tradicionales se conforman con aplicar la variable sexo y ver las diferencias como naturales,⁷ y de ese modo no pueden entender la determinación de una parte importante de los perfiles de salud enfermedad específicos, ni distinguir cómo asumen sus procesos vitales varones y mujeres.⁸ Se hace necesaria la categoría de género que muestra esta condición diferenciada entre varones y mujeres como un elemento constante de las relaciones sociales y una forma de relación con significantes de poder.⁹

Hasta ahora la categoría de género se había utilizado para explicar la construcción histórica de la identidad femenina, incluso se le llegó a utilizar como sinónimo de “la mujer”. Sin embargo, si entendemos género en el sentido de la construcción de una identidad social y psicológica con connotaciones culturales que lleva a la convicción de que la propia asignación como varón o mujer ha sido correcta (o incorrecta como es el caso de los homosexuales), podemos entender que también sirve para explicar la identidad masculina.¹⁰

La visión biologista ha intentado dar una explicación a las diferencias jerárquicas entre varones y mujeres, afirmando que dado que los varones debieron salir a la caza y la mujer cuidar a los niños, se favorecieron en ellos los genes que facilitan las actividades grupales que mejoran la coordinación espacio temporal, mientras que en ellas, los que dan habilidad para la crianza (lenguaje y educación). Con esta aplicación de la biología al devenir social se justifica, desde la segregación laboral, hasta la imposibilidad de los varones en la atención de los hijos y los quehaceres domésticos.

De hecho, este determinismo afirma que la sociedad patriarcal se funda en una inevitabilidad biológica.¹¹ Así, los factores principales de la actitud patriarcal aparecen como un fenómeno humano universal.¹²

Los resultados de la biologización han llevado a mantener relaciones desiguales a lo largo de la historia y la modernidad tampoco parece superar del todo esos argumentos, sino que los está recuperando, dándoles una nueva fachada, tomando a la ciencia en su versión autoritaria haciendo que ocupe el sitio del autoritarismo religioso y otorgando validez a afirmaciones que sólo mantienen el estado de cosas.

Así, la ideología de la invariabilidad biológica se transforma en un arma que apoya una sociedad desigual, situando las razones de esa desigualdad en los individuos (genéticamente determinados) y no en las estructuras sociales. Esto fomenta la competitividad y el triunfo "justificado como natural" de los más fuertes. De ahí que sea sencillo justificar el dominio de las sociedades fuertes (razas superiores) sobre las débiles e inferiores o del dominio masculino, sobre las mujeres.

III

Aplicando la categoría de género, podemos ver que al igual que cada hecho social se matiza en función de las diferencias de lo femenino y lo masculino, una parte de la explicación de la morbilidad y la mortalidad se encuentra en las diferencias jerarquizadas entre varones y mujeres.¹³

La adquisición de una identidad, social y psicológica, es un proceso complejo que contiene una relación positiva de inclusión y otra de exclusión, esto es que nos definimos en función de parecernos a unos y no a otros.¹⁴ Esa identificación permite, llegar a ser singular, un ser particular con determinadas cualidades, actitudes y dificultades, situarse

en una vida cotidiana, que es la imagen de la reproducción social, afirmarse en la comunidad y con ello desarrollar una conciencia del nosotros.¹⁵

Las integraciones que conllevan esa conciencia del *nosotros* son diversas pero los sentimientos que el *yo* refiere a cada una son identificados como *míos*. Así, *soy* de una familia, raza, nacionalidad o género, y las características de cada una de esas integraciones me identifican a *mí*.

Después de darse esa identificación en diversos niveles, el comportamiento y las respuestas que colectiva e individualmente se tengan a partir del cuerpo vivido, explica algunos problemas de salud específicos, pero sobre todo las diferencias entre varones y mujeres.

A continuación hablaremos primero del problema de los daños a la salud entre los varones por razones destructivas y posteriormente de algunos problemas centrales de la salud de las mujeres.¹⁶

IV

Retomando la idea de que para conservarnos en un mundo previamente construido es necesario dar pruebas de capacidad vital, se puede entender porqué los varones deben demostrar constantemente que lo son. En ese mundo previo se reconoce lo masculino como superior, entonces es necesario que ellos se distingan de lo femenino, su definición se hará básicamente por exclusión: no se es mujer (y no se es homosexual).

Al otorgar una jerarquía menor a las mujeres, "ellos" deben mostrar constantemente que no tienen las características reconocidas como femeninas (ternura, pasividad, cuidado de los demás, etcétera). En su temor de no lograr descartar esas características, cultivan aquellas que se reconocen como masculinas.

En la sociedad patriarcal, los varones tienen ciertos privilegios y con base en ellos, durante su desarrollo psicológico adoptan e interiorizan un conjunto de relaciones sociales de poder con las mujeres. Y es la familia, en el pequeño mundo cercano, en donde se reproduce y recrea el sistema jerárquico de género de la sociedad en su conjunto. Ahí se empieza a asumir que la madre es inferior al padre y que la mujer es inferior al hombre.

Pero el problema no se reduce a la dominación, sino que al asumir los patrones masculinos los varones mueren más temprano que las mujeres, básicamente por acciones violentas (contra los demás y contra sí mismos) y por el consumo exagerado de alcohol. Estas muertes no encuentran ni explicación ni prevención desde la biología porque concibe las diferencias de conducta de varones y mujeres como un fenómeno natural e inmutable.

En el caso de la destructividad (vista como rasgo masculino), el determinismo biologista afirma que se desprende de la animalidad de la humanidad y, por tanto, nos acompañará por siempre.

Otros autores demuestran que “no es innata ni parte de la naturaleza humana y que no es común a todos”,¹⁷ sino que en una vida de trabajo cotidiano, en sociedades clasistas repletas de violencia, con estructuras patriarcales, y en donde la autoridad, dominación y control están diseminadas en todas las actividades sociales, económicas, políticas, ideológicas, y relacionadas con el medio ambiente, se puede entender que las conductas destructivas sean aprendidas y que se signifiquen aun como positivas, cuando sostienen esas relaciones desiguales.¹⁸

Desde este enfoque Kauffman explica cómo se estructura una identidad que siendo violenta, conduce a la muerte prematura de muchos varones. Propone una clasificación de tres tipos de violencia que se centran en la identidad por exclusión: la violencia contra las mujeres, la violencia contra otros hombres y la violencia contra sí mismos.

La primera resulta de la sensación de que la masculinidad es frágil dado que es significada por los órganos reproductores, como la carencia de estos son el símbolo de menor poder, se vive con la angustia de perderlos y entonces ser inferior. La violencia contra las mujeres es por tanto expresión de esa fragilidad y su función es la perpetuación de la dominación masculina.

La violencia es frecuentemente orientada contra las mujeres cercanas, especialmente contra la pareja porque comparte un ámbito donde se siente lo suficientemente seguro para expresar sus emociones, entonces, el hogar se convierte en el lugar donde se puede descargar la violencia experimentada fuera de ese espacio.

Por otra parte, el temor a parecer débiles y pasivos en relación con otros, crea una fuerte dependencia hacia las mujeres para satisfacer necesidades y descargar emociones.

La violencia contra otros varones, representa una descarga de agresión y hostilidad a veces recíproca, a veces unilateral que refuerza el hecho de que tanto a nivel individual como de Estado las relaciones entre varones son relaciones de poder. Desde niño aprende la jerarquía sexual de la sociedad. Además como la homosexualidad está condenada, cualquier acercamiento a los otros es rechazada, la violencia hacia los otros sirve para ocultar y a la vez manifestar los sentimientos rechazados.

Finalmente, se completa la triada con la violencia hacia sí mismo, el continuo bloqueo y negación consciente e inconsciente de la pasividad y de todas las emociones y sentimientos con que los hombres la asocian, hace que las vías seguras de expresión sean la ira y la hostilidad y parte de ella se dirige a sí mismos.

Desde luego, esta violencia no es compulsiva y constante, y quizá eso la haga aparecer como eventos aislados, de hecho no se asocia conscientemente al patriarcado con la fuerza. Su sistema socializador es tan perfecto, la aceptación general de sus valores tan firme y su historia en la sociedad humana tan larga y universal que apenas parecería necesitar el respaldo de la violencia, sin embargo, su capacidad de control se basa en el apoyo de la fuerza como medida de emergencia e instrumento de intimidación constante.¹⁹

Por otra parte, esta necesidad de encubrir las debilidades, se ve compensada por el consumo del alcohol. En estado de embriaguez, se pueden expresar sentimientos que están reprimidos por esa fórmula obligada de dureza.

Junto con ese proceso a nivel individual, en el consumo de alcohol influyen otros como su función en la integración social o el de su aceptación y fomento, de tal manera que se constituye en una vía de control y subordinación social, además de que su producción y comercialización son un rubro económico dinámico y por supuesto redituable. En la esfera de la vida cotidiana, el alcohol “constituye el instrumento privilegiado mediante el cual el hombre ejerce violencia física contra la (su) mujer y los (sus) hijos.

Además el consumo de alcohol es frecuentemente causa directa de problemas de salud como cirrosis hepática e indirecta de accidentes u homicidios.²⁰

En suma, si analizamos las afirmaciones anteriores veremos que los varones al tratar de alcanzar un ideal masculino acaban muriendo antes que las mujeres.²¹

Como se señaló, la identidad de género determina que el perfil de muerte de los varones en edades llamadas productivas, sea claramente diferente al de las mujeres, y que esa diferencia se exprese centralmente en accidentes, homicidios, suicidio, cirrosis y síndrome de dependencia de alcohol.

Defunciones por accidentes, homicidios, suicidios y cirrosis, en personas de 15 a 64 años de edad, por sexo México 1990

Causas	Varones		Mujeres	
	Número	Tasa	Número	Tasa
Accidentes	21 665	96.95	4 071	17.04
Homicidios	11 537	51.63	1 049	4.39
Cirrosis	10 550	47.21	2 371	9.93
Suicidios	1 428	6.39	208*	0.87
Total	45 180	202.18	7 699	32.23
Las demás	52 663	235.67	45 059	188.63
Todas	97 843	437.85	52 758	220.86

* Perfiles Estadísticos num. 4 *Causas externas de traumatismo y envenenamientos*. México, Series monográficas. Dir. Gral. de Estadística, Informática y Evaluación, S.S.A.

Fuentes: *Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social*, Cuaderno número 9. México, INEGI, 1993. Y *Censo General de Población*. México 1990.

Analizadas a la luz de la construcción genérica, esas causas aparecen ligadas a un esquema de destructividad que se considera socialmente aceptado como masculino. Como puede observarse en el Cuadro de arriba, por cada mujer que muere en general en este grupo de edad mueren 1.98 varones. En las que no están relacionadas con la destructividad, esta relación es de 1.25 por cada una; mientras que por las causas destructivas mueren 6.27 varones por cada mujer.

Las diferencias se acentúan en homicidios y suicidios que se derivan de acciones más directas; le siguen los suicidios que siendo directos son de autodestrucción y, finalmente, los accidentes que se relacionan con acciones no intencionadas.

Desde luego que estas causas destructivas también son importantes en el perfil de morbilidad. La Encuesta Nacional de Salud de 1988 (DGESSA), muestra que en un lapso de doce meses, la prevalencia de lesiones y causas violentas es superior en los varones (2) que en las mujeres (0.9), acentuándose esa diferencia en el grupo de edad de 25 a 34 años en el que los varones cuadruplican la prevalencia de las mujeres (3.3 contra 0.8).

Según informes de los servicios de hospitalización estas causas destructivas ocupan el primer lugar, de los egresos reportados los traumatismos y envenenamientos son: en la Secretaría de Salud el 26.19%, en el IMSS el 14.82%, el IMSS-Solidaridad el 10.73% y el ISSSTE el 10.79%.²²

Si tomamos en cuenta las diferencias en función de aquellas características adjudicadas a las mujeres solamente y contrarias a la masculinidad, como la precaución vista como pasividad o la responsabilidad sobre los otros vista como debilidad, se pueden entender estas disparidades genéricas de perfil patológico y especialmente los rasgos destructivos específicos de las principales causas de morbilidad y mortalidad masculina.

V 23

Lo mismo que la categoría género permite abordar aspectos centrales de la explicación de la salud masculina, en el caso de la femenina hace posible descifrar la conjunción de determinaciones, y esto es especialmente útil porque a las mujeres se les reduce aún más a una materialidad parcializada que está en función de la sexualidad. Esto hace que se definan como especializadas y escindidas, ligadas por una parte a la procreación y luego al erotismo.²⁴

Desde estas consideraciones se señalarán dos aspectos de la salud femenina que pueden analizarse con mayor profundidad por la condición genérica, aquellos llamados "reproductivos" y los entendidos como laborales.²⁵ Desde luego no son problemas de salud que puedan tratarse como ajenos al resto del perfil patológico, sino que muestran especificidades que los hacen contrariamente visibles.

Los problemas de salud llamados reproductivos representan más del 55 por ciento de los diagnósticos en los servicios de salud y parecen ser los privilegiados como femeninos. Los segundos, en cambio, son prácticamente ignorados dado que los trabajos de las mujeres son invisibles, el doméstico porque no se reconoce como tal y el remunerado porque aparece como secundario en la economía familiar.

Para explicar la presencia social contradictoria de estos dos problemas de salud femenina, se debe entender que la simbolización sobre el cuerpo femenino se sitúa en el modelo desigual de los géneros, se estructura sobre la materialidad de las características sexuales que permiten la procreación y se explica desde la biología por las diferencias cromosómicas expresadas en caracteres sexuales primarios y secundarios. Esta visión lleva, en última instancia, a la justificación de las especializaciones desiguales de lo femenino y lo masculino.²⁶

Entonces la maternidad, rebasando la procreación, es vista como eje de “lo femenino” y con esa concepción se construyen los cuerpos vividos de las mujeres,²⁷ las creencias, las tradiciones, los saberes, lo sagrado, la memoria.

En esa construcción social del significado de la maternidad se le asigna un alto valor a la reproducción de la especie, como finalidad colectiva prioritaria, pero al mismo tiempo se considera una responsabilidad que debe asumirse individualmente. Así el papel de las mujeres como madres está altamente reconocido en la escala de valores sociales, pero en la concreción particular cada madre es limitada al hogar, considerada con menor jerarquía en un mundo de competencia y trascendencia y obligada a responsabilizarse de su proceso de procreación en el aislamiento de la unidad doméstica.

Un ejemplo claro de la contradicción entre el discurso y su concreción, son las políticas estatales que cifran el éxito o el fracaso de las campañas de atención materno infantil o de anticoncepción, en la “actitud” de las mujeres, haciendo a un lado los determinantes sociales.

Se responsabiliza a cada una en lo individual sobre su salud y la de los demás, pero sobre todo de traer al mundo hijos sanos. En todas las campañas se hace énfasis en la necesidad del control médico del embarazo, sin decir que no existe la posibilidad de atender ni siquiera todos los partos en un servicio médico. De los 2 756 447 partos reportados en 1991, el 32.44% no se atendieron en hospital o clínica.²⁸

La contradicción entre el decir y el hacer se agudiza en el caso de las trabajadoras remuneradas, pues al reconocer la maternidad como función femenina por excelencia, no se dice que deberá evitarse cuando resulte disfuncional a un proceso de generación de ganancia, exigiendo para ello prueba de embarazo previa al contrato o que serán suspendidas de su trabajo aquellas que pretendan ser madres “oportunamente”.

Hay un supuesto social sobre la vida de las mujeres: su papel principal es ser madres. Esto se asume en la lógica de que la procreación es la base de la existencia de la sociedad y se llega a la conclusión de que las decisiones que involucran este proceso deben ser tomadas colectivamente. Pero por otra parte se exige que cada una asuma esta responsabilidad de manera individual. Esta contradicción de la maternidad entre lo individual privado y el control social, se impone sobre la construcción sexuada cuyas condiciones son irrenunciables y se expresa en un modo de vivir y aun de morir.²⁹ La maternidad se impone en la elaboración de las relaciones, los conflictos y el orden de todos los espacios donde se mueven las mujeres.

Y la responsabilización, que más bien es culpabilización, modela la sexualidad y todo aquello que se relacione con el sistema reproductivo. Por eso las medidas para el cuidado del cuerpo se imponen como un control social, pero se les hace parecer como propias de la voluntad de cada una de las mujeres.

Un ejemplo claro es la campaña de detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino. Desde la visión médica más tradicional esta enfermedad se produce por “conductas riesgosas” como: el inicio temprano de vida sexual, la calidad y el número de embarazos, la presencia de infecciones frecuentes (relacionadas con higiene personal) y el número de parejas sexuales. Cada una de estas conductas consideradas de riesgo, aparecen como culpas de las mismas mujeres que padecen este tipo de cáncer, negando la verdadera causalidad que va más allá de la voluntad individual, por ejemplo no se hace suficiente énfasis en la correlación de este padecimiento con la presencia del virus del papiloma humano, que se transmite en las relaciones sexuales o se aclara que se trata de un problema de la pareja; tampoco se proponen alternativas a las malas condiciones de vida que impiden una adecuada higiene; no se cuestiona la insuficiencia de los servicios médicos que proporcionan atención al embarazo; y desde luego no se hace la promoción suficiente para eliminar los prejuicios sobre el uso del condón.

Olvidan en resumen que las condiciones de existencia de muchas mujeres son de tal precariedad que una campaña aislada logrará pocos resultados.³⁰ Como ha sucedido con el cáncer cérvico uterino, por el que mueren cada vez más mujeres. La tasa de mortalidad por este mal ha aumentado de 17.4 por cien mil en 1974 a 25.67 en 1990.

Es evidente que la visibilidad de los problemas de salud reproductiva está relacionada con esta reducción del ser mujer a la sexualidad y que el control de los cuerpos femeninos aparece como una misión de la medicina hegemónica. En cambio, sucede lo contrario con aquellos padecimientos relacionados con el trabajo, los cuales resultan invisibles en la medida en que las trabajadoras no se distinguen de los trabajadores en sus especificidades y especialmente porque se desconocen las exigencias a que son sometidas, tanto en el trabajo doméstico como en el remunerado.

Para comprender los problemas de salud laboral primero habría que reconocer al trabajo como uno de los ejes que estructuran la vida social y particular, detallando además en que consisten los trabajos femeninos, sólo así se podrá entender que tanto el trabajo remunerado como el doméstico son determinantes del perfil de patología.

Existe un conjunto de circunstancias positivas y negativas que llevan a las mujeres a integrarse al mercado laboral. Unas como otras han llevado a un crecimiento constante de la fuerza de trabajo femenina en México, en 1950 fue el 12.9% de la PEA y en 1990 ya era el 26.6%.³¹ Pero este crecimiento es desigual por ramas ya que se ha orientado básicamente hacia actividades que son "extensión o derivación" del trabajo doméstico o que se caracterizan por pretendidas características femeninas. Las mujeres se concentran en el sector terciario (70.27%): en el secundario (20.27%) en la industria de alimentos, ropa y maquila en general.³²

Esta situación de segregación ocupacional se caracteriza, además, por otros cinco rasgos que finalmente determinan las especificidades de la inserción femenina al mercado laboral: alta frecuencia de informalidad en el empleo, condicionamiento por los tiempos del ciclo de reproducción biológica, desvalorización social de la fuerza de trabajo femenina, aplicación contradictoria de la ley y por último, imposición de consideraciones patriarcales acerca de las relaciones entre varones y mujeres.³³

Al combinar estos rasgos con las características de los procesos de trabajo privilegiadamente femeninos se producen

exigencias específicas que determinan la salud laboral de las mujeres. En los servicios, estas ocupaciones se caracterizan por la necesidad de establecer interrelaciones personales y la responsabilidad frente a los demás, lo cual genera ansiedad.³⁴

En la industria de la transformación donde se ocupan mayoritariamente las mujeres, las labores se caracterizan por ser parciales, descalificadas, rutinarias y repetitivas, con ritmos de producción en constante aceleración y una estructura estricta de supervisión, las obreras deben permanecer sentadas o paradas prácticamente toda la jornada, utilizando intensivamente algunas partes del cuerpo mientras el resto permanece inmóvil, los tiempos de descanso son breves y espaciados, se usan sustancias tóxicas y es común la concentración de polvos, humos y vapores. Quizá esto influya en que los tumores malignos ocupen un lugar más importante entre las mujeres aseguradas del IMSS que en las reportadas por otras instituciones de salud. En el caso de la maquila, se agregan a los problemas de la industria en general, una mayor insalubridad, inestabilidad en el empleo y jornadas extensivas. En el trabajo industrial a domicilio las mujeres se enfrentan a deterioradas condiciones laborales con negociaciones individuales que no les permiten ejercer ninguna presión para lograr mejoras.³⁵

En el campo, el trabajo agrícola prácticamente no se distingue del doméstico, las labores que desarrollan las mujeres requieren de esfuerzo físico excesivo, lo que significa problemas de fatiga y otros relacionados como hernias y prolapso uterovaginal, que son el cuarto y sexto diagnóstico en importancia entre las mujeres atendidas por IMSS\Solidaridad. Además, la pobreza casi generalizada en que viven, se relaciona con procesos infecciosos frecuentes, intestinales, respiratorias y en el aparato reproductor. Es claro que también la falta de atención médica para la población femenina rural acentúa este desfavorable panorama.³⁶

Tanto en el trabajo doméstico como en muchos de los trabajos remunerados que se consideran femeninos, se debe destacar como una exigencia la responsabilidad frente a los demás, ésta puede expresarse frente a los familiares a los que reciben un servicio e incluso con los compañeros de trabajo, como una parte constitutiva de la identidad de las mujeres. Ello significa que a las exigencias del trabajo en general se debe agregar ésta, la cual es resultado de un proceso de capacitación que forma parte de la construcción genérica.

Por otro lado faltaría agregar a esta combinación de exigencias la obligación adjudicada a las mujeres de realizar

el trabajo doméstico. Este, como cualquier otro trabajo, es resultado de un esfuerzo y debe considerarse determinante del perfil de patología. Tres de sus características son fundamentales en esta determinación:³⁷ primero, la continuidad, ya que las necesidades de la vida cotidiana se extienden día y noche, durante todos los días de la semana; segunda, la heterogeneidad derivada de la existencia de diversas tareas, que se pueden clasificar en cuatro tipos: las de ejecución (lavar, planchar, limpiar, etcétera); las de gestión (trámites, pagos); las que son propias de la reproducción biológica (embarazo, crianza), y las afectivas y de socialización. Por último, la tercera característica del trabajo doméstico es su complejidad, que resulta de la necesidad de desarrollar lo mismo cualidades físicas, que conocimientos y habilidades complicadas, pero sobretodo de la obligación de realizar muchas tareas al mismo tiempo.^{38,39,40}

En el caso de las mujeres que realizan trabajo remunerado y doméstico existe una combinación de exigencias que se pueden considerar como doble jornada. Esta jornada prolongada influye en cuestiones que afectan la salud como por ejemplo: descanso insuficiente, pocas horas de sueño, mayor tensión por la responsabilidad sobre los demás y mayor esfuerzo físico. De esto se puede deducir que existe una patología relacionada con la doble jornada relacionada con la fatiga y el estrés.

Dadas las consideraciones planteadas acerca de la importancia de la construcción de la identidad genérica en la determinación de la morbilidad y mortalidad diferencial entre varones y mujeres, se destaca el hecho de que los varones mueren más que las mujeres en los grupos de edad intermedios o sea en las edades productivas, pero lo que no se ha dicho que a cambio ellas tienen un mayor número de enfermedades que ellos.

En los cuatro servicios de salud más importantes del país –Secretaría de Salud, IMSS, IMSS\Solidaridad e ISSSTE– en 1991 entre el 70 y el 80 por ciento de los egresos reportados, correspondieron a mujeres. Se sabe que una parte importante de esos egresos no son por enfermedades ya que corresponden a partos y otras razones para el contacto con los servicios de salud, sin embargo si se toman solamente los daños los porcentajes de egresos hospitalarios siguen siendo mucho más altos entre las mujeres ya que van del 60 al 70 por ciento.⁴¹

Esta mayor demanda de atención por parte de las mujeres debe estar relacionada con las necesidades propias de la

procreación pero también con la aceptación de la “debilidad” que significa la enfermedad y la necesidad de apoyo, aceptación que no se da tan fácilmente entre los varones. También se puede entender como un proceso de desgaste constante y lento que no lleva a la muerte temprana, pero que significa una sobrevivencia de baja calidad.

Se ha hablado mucho acerca de la pobreza feminizada y es importante señalar que ésta se relaciona con la privación de posibilidades de desarrollo físico y mental: a través del deporte, de la recreación y de la educación formal. Además tiene que ver con situaciones de soledad, menores oportunidades de obtener empleo y de percibir un salario suficiente.⁴²

Así, la condición de género enmarca la presencia de un perfil de patología específico de las mujeres en cuanto a su condición de fuerza laboral menos valorada, en su situación de mayor pobreza, especialmente cuando es jefa de familia, y finalmente en lo que se refiere a la respuesta social frente a sus procesos vitales relacionados con la reproducción.

VI

La explicación de las condiciones de salud debe abarcar tanto el nivel individual del mundo privado, el particular de trabajo y el general de la sociedad, la condición de género penetra cada uno de esos niveles porque siendo un elemento constitutivo de las relaciones sociales, se expresa en símbolos, conceptos normativos y nociones políticas que llevan a la identificación subjetiva del ser varón o mujer.⁴³

Pero además esta condición genérica establece una distribución de poder que es legitimada en cada espacio y nivel de agregación. Lo mismo en la vida cotidiana que se presenta ordenada y constituida con significados compartidos que asignan las identidades que presuponen las relaciones desiguales entre varones y mujeres, que en la particular de las relaciones laborales que se justifican en la apariencia de una existencia dicotómica, inmutable y natural de la feminidad y la masculinidad y que finalmente es resultado de el nivel más general en donde se percibe y afirma la sociedad patriarcal fundada en la supuesta inevitabilidad biológica que justifica las actitudes patriarcales.

El uso de la categoría de género permite decodificar estos significados y comprender las conexiones de las relaciones que impiden la igualdad entre varones y mujeres. Con su aplicación

se pueden reconocer las diferencias morfológicas y funcionales del proceso biológico de la reproducción y rechazar la adjudicación de papeles excluyentes con diferente jerarquía.

Al entender la sociedad como una construcción histórica, se desmontan los argumentos de invariabilidad biológica que se han transformado en un arma en apoyo de la sociedad patriarcal y se podrán comprender las verdaderas determinaciones de los daños a la salud situadas en las relaciones desiguales, como son las que se establecen entre varones y mujeres. Se podrá enriquecer la lucha por el control de los procesos vitales, haciendo énfasis en aquellas imposiciones que llevan a los varones a la muerte prematura por destructividad y a las mujeres a una vida escindida que las especializa y limita, convirtiéndolas en objetos de las políticas sanitarias y en usuarias constantes de los servicios de salud.

Bibliografía

- ¹ Mariano Noriega, (coordinador). *En defensa de la salud en el trabajo*. México, Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1989.
- ² Florencia Peña Saint Martin. "Los estudios sobre la mujer, la investigación sobre el género y el feminismo". *Salud Problema*, núm. 24, 1994.
- ³ Pierre Achard. *Discurso Biológico y orden social*. México, Nueva Imagen, 1980.
- ⁴ Aida Aisenso Kogan. *Cuerpo y Persona: filosofía y psicología del cuerpo vivido*. México, Fondo de Cultura Económica, 1981.
- ⁵ Agnes Heller. *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona, Península, 1977.
- ⁶ Heller, *op. cit.*
- ⁷ Marta Lamas. "La antropología feminista y la categoría de género". En *Nueva antropología* No.30. Noviembre 1986. México.
- ⁸ "...conjunto de relaciones de producción, de reproducción y por todas las demás relaciones vitales, en que están inmersas las mujeres independientemente de su voluntad y de su conciencia, y por las formas en que participan de ellas; por las instituciones políticas y jurídicas que las contienen y las norman; y por las concepciones del mundo que las definen e interpretan." Lagarde, Marcela. *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, Coordinación General de Estudios de Posgrado. Fac. Filosofía y Letras. UNAM, 1990.
- ⁹ Joan Scott. "El género útil para el análisis histórico" en *Historia y género*. España, Universidad Valenciana, 1993.
- ¹⁰ Elizabeth Badinter. *XY La identidad masculina*. Madrid, Alianza Editorial, 1992, p 50.
- ¹¹ R. C. Lewontin, S. Rose y L.J. Kamin, *No está en los genes*. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1991.
- ¹² Erich Fromm. *Grandezas y limitaciones del pensamiento de Freud*. México, Siglo XXI, 1986, p 22.
- ¹³ María de los Ángeles Garduño y Margarita Márquez. "La Salud laboral Femenina. Apuntes para su investigación". En: Laurell, Cristina (Coord.) *Para la investigación de la salud de los trabajadores*. Washington, OPS. Serie Paltex, Salud y Sociedad 2000, 1993.
- ¹⁴ Badinter, *op. cit.*
- ¹⁵ Heller, *op. cit.*
- ¹⁶ María de los Ángeles Garduño. "Determinación genérica de la mortalidad masculina"; V Congreso Nacional de Salud Pública, 24-26 enero 1994, Cuernavaca, Morelos.
- ¹⁷ Erich Fromm. *Anatomía de la destructividad humana*. México, Siglo XXI, 1975.
- ¹⁸ Michel Kaufman. *Hombres, placer, poder y cambio*. Santo Domingo, Centro de Investigaciones Para la Acción Femenina, 1989.
- ¹⁹ Kate Millet. *Política Sexual*. México, Aguilar, 1977.
- ²⁰ Eduardo Menéndez. *Morir de Alcohol*. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Alianza Editorial Mexicana, 1990.

- ²¹ Badinter, *op. cit.* p. 160.
- ²² Estos porcentajes fueron en el caso de las mujeres, de 3.15, 2.92, 1.24 y 3.45 respectivamente. *Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social*, Cuaderno número 9. México, INEGI, 1993.
- ²³ María de los Ángeles Garduño. "Comprender la salud femenina". III Congreso Feminista, enero 1994, México, D.F.
- ²⁴ Marcela Lagarde. Ponencia presentada en "Políticas públicas, mujeres, maternidad: un debate urgente". Grupo de Educación Popular con Mujeres, GEM, México, D.F., 2-4 diciembre, 1993.
- ²⁵ Garduño y Márquez, *op. cit.*
- ²⁶ Peña Saint Martin, *op. cit.*
- ²⁷ Aisenson, *op. cit.*
- ²⁸ La atención del parto en servicios de salud es importante en la disminución de la mortalidad infantil (menores de un año) y de la llamada mortalidad materna, esta disminuyó de tasa de 37.02 por cien mil en 1985 a 22.88 en 1990.
- ²⁹ Lagarde, 1994, *op. cit.*
- ³⁰ Graciela Aguilar. *El cáncer cervicouterino en México*. Tesis de grado en elaboración. Maestría de Medicina Social. UAM-X.
- ³¹ Desde luego se sigue manteniendo mucho más baja la participación de las mujeres que de los varones, de la población femenina mayor de 12 años sólo se registra el 19.58 por ciento como PEA, mientras que en la masculina este porcentaje es de 68%.
- ³² *Resumen General XI Censo General de Población y Vivienda, 1990*. México, INEGI, 1992.
- ³³ Como se señaló anteriormente, las mujeres realizan preferentemente ciertos trabajos, de hecho existen oficios privilegiadamente femeninos, especialmente en los servicios. El 56.11% de la PEA femenina se encuentra en las ocupaciones de: oficinista, trabajadora doméstica, comerciante y dependiente (empleada y por su cuenta), servidora pública y trabajadora de la educación. *Ibid.*
- ³⁴ Cristian Bustamante, Magdalena Echeverría y Manuel Parra. *Condiciones de trabajo en el servicio de tesorería*. Chile, PET, 1990.
- ³⁵ Lourdes Beneira, y Martha Roldán. *Las encrucijadas de clase y género*. México, Colegio de México y Fondo de Cultura Económica, 1992.
- ³⁶ Catalina Gougain. "Oaxaqueñas sin respiro de sol a sombra", en *FEM* núm. 35, México, 1984.
- ³⁷ María de los Angeles Durán. *La jornada interminable*. Barcelona, Icaria, 1987.
- ³⁸ Jean Gardiner. "El trabajo doméstico de las mujeres" en *Patriarcado capitalista y feminismo socialista*. México, Siglo XXI, 1980.
- ³⁹ Isabel Larguía. "Contra el trabajo invisible", en *La liberación de la mujer año cero*. España, Gedisa, 1977.
- ⁴⁰ Elia Ramírez. "Herramientas para captar el trabajo doméstico", en *Trabajo femenino y crisis en México*. México, UAM-X, 1990.
- ⁴¹ La mayor demanda de atención no significa alta mortalidad femenina, pues como se ha dicho en todos los grupos de edad mueren más varones, de la mortalidad general el 56.54% les corresponde a ellos, acentuándose la sobremortalidad masculina en las llamadas edades productivas, en el grupo de edad de 15 a 64 años el 65.07% de los muertos son varones.
- ⁴² Los hogares de jefatura femenina van en aumento en México, en 1990 el 57.8% de las mujeres mayores de 12 años (16 690 505) se reportan como madres, y de ellas el 17.26% están solas, 8.98% viudas, 3.76% solteras, 2.89% separadas y 1.63% divorciadas. Estrictamente se puede decir que el 17.26% reportaron no tener pareja y ser madres. Sin embargo este porcentaje se puede modificar si tomamos en cuenta que los datos proporcionados por varones y mujeres respecto a su estado civil son diferentes, así hay un excedente de 621 472 mujeres que se consideraron casadas y 204 508 en unión libre, en total el 2.86% de la población femenina mayor de 12 años. *XI Censo General de Población y Vivienda, Resumen General, 1990..* México, INEGI, 1992
- ⁴³ Scott, *ibid.*