

LAS MUJERES Y EL CUIDADO: UN DEBATE SORDO EN LAS POLÍTICAS DE DESARROLLO SOCIAL¹

MARÍA ESTELA MÁRQUEZ AGUAYO²

Maestra en Desarrollo Social, Universidad de Guadalajara

NE

RESUMEN

Se trata de visibilizar una actividad más del trabajo femenino en el hogar: el cuidado a pacientes crónicos degenerativos. Cuestionar la ignorancia e invisibilidad en el discurso de las políticas instituciones de salud con respecto al trabajo del cuidado. Resaltar la inequidad de género por designar a la mujer como cuidadora. Entender las circunstancias de vida que llevan y mantienen a la mujer al cuidado del paciente crónico. Se trabajó con cuidadoras de enfermos con insuficiencia renal crónica (IRC) en cinco hospitales de segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (imss) de la zona metropolitana de Guadalajara.

Palabras clave: cuidado, género, desarrollo humano, mujer.

ABSTRACT

This paper aims at visualizing another merely feminine activity in addition to being a housewife: caring for chronic degenerative patients. It questions the ignorance and invisibility found in the discourse of the policies of health institutions regarding the care of patients and highlights the inequality of gender for appointing women as caregivers. Furthermore, it aims at understanding the life circumstances that compel women to care for chronic patients. This work was carried out with women that care for

1 Este artículo corresponde al trabajo de tesis para obtener el grado de maestra en Desarrollo Social por la Universidad de Guadalajara. Diciembre de 2005. Trabajo presentado en el Foro Nacional de Investigación en Salud 2006, organizado anualmente por el IMSS, institución en donde me desempeño como trabajadora social.

2 Trabajadora social en el imss, maestra en Desarrollo Social por la Universidad de Guadalajara y doctorante en ciencias-Occidente.

patients with chronic renal insufficiency (CRI) in five hospitals of second level attention of the Mexican Social Security Institute (IMSS) of the metropolitan area of Guadalajara.

Keywords: Care, Gender, Human Development, Women.

INTRODUCCIÓN

Para esta investigación, la mujer cuidadora es aquella que por diversas circunstancias invierte gran parte de su tiempo y de su vida al cuidado de un familiar enfermo, sin recibir remuneración económica por el trabajo que realiza; es decir, la esposa del enfermo, la hija, la hermana, la nuera, la madre, la amiga, la abuela. El cuidado que estas mujeres realizan consiste en todas aquellas actividades que implican mantener con vida a un paciente crónico (alimentación, aseo diario, administración de medicamento, aplicación de diálisis, visitas al médico, acompañamiento hospitalario y, por supuesto, apoyo emocional). La enfermedad crónica degenerativa tiene varias características,³ en este caso, solo mencionaré tres principales: es incurable, es costosa y con el paso de los años el paciente sufre deterioro e incapacidad física. En resumen, el paciente con enfermedad crónica puede vivir muchos años, gasta mucho dinero en el tratamiento y las complicaciones de la enfermedad finalmente acabarán con su vida. Existe suficiente literatura que demuestra que la presencia de la enfermedad crónica en un miembro de la familia provoca cambios sustanciales en la dinámica del hogar, en el aspecto económico y emocional.

Las demandas de atención a la salud derivados de los cambios del perfil epidemiológico y demográfico involucran una cantidad significativa de horas diarias en términos de cuidados profesionales, de apoyo y acompañamiento a los enfermos. Según un estudio realizado por la OPS/OMS "...en Chile, el cuidado domiciliario de un amputado por diabetes es de 16.2 horas diarias; de un enfermo de Alzheimer es de 14.3 horas; de uno infectado por VIH-SIDA es de 9.7 horas diarias, mientras que el cuidado de una persona afectada por politraumatismos es de 7.17 horas diarias".⁴ El cuidado a un paciente crónico permite el funcionamiento y la reproducción de la vida familiar (Robles, 2002).

Las instituciones de salud no se han involucrado en el estudio y discusión del cuidado a pacientes crónicos. El cuidador es un factor fundamental para el tratamiento y la calidad de vida del enfermo; sin embargo, hasta este momento

3 Hay unas características comunes en las enfermedades crónicas: 1. padecimiento incurable: permanente e irreversible con periodos de remisión y recaídas; 2. multicausalidad o plurietiología: están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo. En las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, intervienen múltiples causas: tabaco, hipercolesterolemia, hipertensión, estrés, etcétera; 3. multiefectividad: un factor de riesgo puede producir múltiples efectos sobre distintos problemas de salud. Por ejemplo, el tabaco puede producir cáncer de pulmón, EPOC, enfermedad cardiovascular. 4. no contagiosas: no están producidas por agentes microbianos, por lo tanto, no pueden transmitirse; 5. incapacidad residual: dejan secuelas psicofísicas y, por tanto, disminuyen la calidad de vida; 6. rehabilitación: requieren entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y una estrecha colaboración y supervisión del equipo de cuidados; 7. importancia social: determinada por las tasas de mortalidad y la repercusión socioeconómica, incapacidades en la población activa y gasto sanitario que generan; 8. prevenibles: tanto a nivel primario, mediante la modificación de determinados factores, como a nivel secundario, mediante su detección precoz; y 9. sentimientos de pérdida: se generan en el paciente respecto a su vida anterior.

4 OPS/OMS y PRB (2003). *Gender, Health and Development in the Americas*. Washington, D.C: 2003, p. 6.

no existe política institucional que reconozca el trabajo del cuidado y los costos sociales que implica. Mientras exista un cuidador principal que se encargue de mantener con buena calidad de vida al paciente, las instituciones de salud ahorran costos en hospitalización, capital humano y días cama. En definitiva, las instituciones de salud y el Estado no se ocupan del cuidado a los enfermos crónicos.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como institución de salud participa en la ignorancia y la invisibilidad del trabajo del cuidado a los pacientes crónicos. Las políticas de salud van dirigidas única y exclusivamente a la prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación de los pacientes. No se ha hecho un análisis del costo-beneficio con relación al trabajo del cuidado y el ahorro en instituciones de salud. Dicho trabajo contribuye a disminuir la reincidencia hospitalaria del paciente. El cuidador se encarga de administrar el tratamiento al enfermo (dializar,⁵ aplicación de medicamentos, alimentación, higiene, acompañamiento, monitorear signos, síntomas, etcétera). En resumen: si el cuidador hace bien su trabajo habrá una disminución significativa en el ingreso y estancia hospitalaria del paciente.

Para darnos una idea de los costos, a enero del 2008 el IMSS publicó su estimado en costos de servicios de salud con las siguientes cifras: un día hospital en segundo nivel de atención tiene un costo de 4 mil 447 pesos; consulta a urgencias, 1 mil 037; día paciente en terapia intensiva, 26 mil 356.00. Como podemos observar, el costo por hospitalización de pacientes es considerable para la institución y, por tanto, entre menos ingresos hospitalarios tenga un paciente menores serán los costos institucionales.

Ante este panorama surge una discusión con respecto a la legitimidad de otorgar servicios de ayuda a los cuidadores. El tiempo que invierten las mujeres en cuidar a otros implica la reducción del tiempo disponible para el desarrollo de su capital humano: trabajo productivo, ingresos, capacitación, cuidado de su salud, participación social y política. Aquí surge la pregunta de saber en qué medida el Estado debe participar en la atención a los cuidadores de los enfermos. El IMSS dentro del ramo de prestaciones en dinero otorga ayuda económica diaria al familiar acompañante, siempre y cuando el paciente se encuentre hospitalizado, y sea de procedencia foránea. El monto es mínimo y está enfrascado en la burocracia institucional ya que sólo se otorga cuando la partida presupuestal asignada tiene fondos. Hasta este momento no existe subsidio alguno para las mujeres que cuidan a sus pacientes en el hogar, considerando que la mayor parte del trabajo del cuidado se realiza en la casa del enfermo. Los programas de atención⁶

5 Procedimiento para reemplazar la función del riñón. En este tipo de diálisis se aprovecha el propio revestimiento del interior del abdomen para limpiar la sangre. En este proceso, una solución purificadora, llamada dializante, se introduce en el abdomen mediante un dispositivo especial, consiguiendo que los productos de desecho y sustancias nocivas pasen desde los pequeños vasos presentes en la membrana peritoneal al dializado. Después de varias horas, se drena el abdomen (se saca el líquido introducido en éste) y a continuación se repite el proceso. Antes de realizar el primer tratamiento, el cirujano introduce en el abdomen un pequeño tubo (catéter) para la entrada y salida de líquido dializado. Para llevarse a cabo es necesario contar en el hogar con una habitación limpia y bien iluminada. En este procedimiento la solución dializante queda en el abdomen entre 4 ó 6 horas, por lo que la mayoría de las personas cambian la solución cuatro veces al día.

6 El IMSS cuenta con dos programas de atención a pacientes con IRC, uno es el Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y el tratamiento se aplica en el hogar. A partir de la presencia de la enfermedad la familia debe acondicionar un espacio físico exclusivo para realizar la diálisis. El espacio tiene que cumplir con normas de higiene y libre de cualquier bacteria que le pueda provocar una infección al paciente. Una de las principales complicaciones de un paciente con

a los pacientes con IRC (Insuficiencia Renal Crónica) tienen el objetivo de lograr que el enfermo viva con mayor calidad, ya que el tratamiento está indicado para aplicarse en el hogar. No es necesario sacar al paciente de su entorno familiar, y por tal motivo, las mujeres cuidadoras se ven confinadas a permanecer las veinticuatro horas del día al cuidado del enfermo.

LAS CUIDADORAS EN EL IMSS

En los pasillos del piso cuatro del hospital 89 del IMSS, área de hospitalización a pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), se observan mujeres reunidas en pares o triadas; algunas haciendo labores manuales y otras realizando actividades propias del cuidado, mientras hacen de la conversación su alimento diario. La mayoría con los cabellos revueltos, los vestidos arrugados, los pies hinchados, los rostros cansados y el desvelo en la mirada; evidencias de horas, noches y días que han permanecido al cuidado de su familiar enfermo. Algunas solicitan permiso para usar las regaderas del nosocomio, son originarias de zonas rurales, permanecen los días con sus noches en el área hospitalaria, y no cuentan con redes de apoyo en la ciudad. Las que viven en la zona metropolitana de Guadalajara reciben ayuda de familiares; tienen oportunidad de ir a casa, descansar, asearse, tomar sus alimentos y regresar más tarde. El trabajo diario implica pasar de manera clandestina al área de hospital cobijas, sábanas o almohadas con la intención de intentar descansar en la silla que está al lado de la cama del paciente. Algunas de estas mujeres son adultos mayores, sufren de enfermedades y tienen riesgos de salud importantes. En mi visita diaria cama por cama, generalmente me encontré con los mismos rostros: mujeres que pasan sus noches sentadas en una silla, mal alimentadas y desaseadas. Algunas se quejan, otras simplemente encomiendan su situación en manos de dios y otras más se atreven a pelear con el familiar enfermo. En ellas, se percibe cierta resignación con respecto a la experiencia del cuidado. Es decir, pareciera que asumen sin ningún problema la parte cultural en que se entrena a las mujeres para servir a, cuidar a, atender a... Sin embargo, al observar el tipo de relación que las mujeres establecen con sus pacientes: las quejas, el enojo, en ocasiones la falta de tolerancia y la necesidad de externar su cansancio, ponen en evidencia la manera en que ellas representan la situación de cuidadoras únicas. Da la impresión que al aceptar el trabajo del cuidado, aceptan a la vez, su anulación como persona. En su discurso resalta la ausencia de sus necesidades, deseos y proyecto de vida. En su cotidianidad algunas, además del cuidado, asumen otros roles sociales que implica la inversión de tiempo y esfuerzo físico: como el de madres, hijas, esposas, abuelas, amas de casa y empleadas.

En mi quehacer cotidiano como trabajadora social con pacientes de IRC me encontré, en su mayoría con mujeres, en muy pocas ocasiones encontré hombres cuidadores. Esas mujeres que resultan ser los sujetos “idóneos” (Robles, 2002) para cuidar, por su aparente vulnerabilidad social y con ciertas desventajas con

IRC es infección por peritonitis que lo puede llevar a la muerte. El otro programa es Hemodiálisis, en el que el paciente no es candidato a atenderse en su domicilio y, por tanto, asiste tres veces por semana al hospital a conectarse a una máquina cicladora que hace las veces de la función del riñón.

relación a los demás miembros de la familia: la hermana divorciada, la madre viuda, la única hija mujer, la esposa como persona obligada institucionalmente para el cuidado de su cónyuge, la madre soltera que vive en casa de sus padres, la hija que nunca se casó. Mujeres que socialmente se perciben con algún tipo de “fracaso” o desventaja y que, al cuidar a su familiar enfermo, estuvieran pagando el costo social.

Por tanto, el objetivo principal del estudio fue analizar y comprender las circunstancias de vida que llevan y mantienen a la mujer al cuidado de pacientes crónicos y las implicaciones de la experiencia del cuidado en el proceso de desarrollo humano de las mujeres. Los cuestionamientos a responder fueron los siguientes: cuáles son las circunstancias de vida que llevan a la mujer al cuidado de un paciente crónico, comprender por qué no se renuncia al cuidado y si esta labor ha limitado su proceso de desarrollo humano.

EL GÉNERO COMO MARCO TEÓRICO

Para entender por qué las mujeres cuidan y no los hombres, tomé algunas premisas de la teoría de género en su vertiente psicoanalítica y de la psicología del desarrollo femenino de Carol Gilligan (1986) y Nancy Chodorow (1987). Gilligan establece que una de las principales diferencias entre los géneros es que las mujeres resuelven los problemas morales desde una ética del cuidado y los hombres desde una ética de justicia. Gilligan (1986) afirma que todo se desencadena desde el hecho que las mujeres, universalmente, son responsables en gran parte del cuidado de los recién nacidos. Por su parte, Nancy Chodorow (1987) explica que la identidad del sexo y la personalidad del niño y la niña ha quedado firme e irreversiblemente establecida a los tres años de edad. Atribuye que la formación de la identidad femenina ocurre desde el momento en que los cuidados durante los primeros años de vida típicamente corren por cuenta de la mujer. Las madres tienden a experimentar a sus hijas como más semejantes a ellas, como una continuación de sí mismas. Correspondientemente, las niñas, al identificarse como mujeres, se perciben similares a sus madres. Desde esta perspectiva, las niñas salen con una base más fuerte para experimentar las necesidades y los sentimientos de otros como si fueran propios. En contraste, las madres experimentan a sus hijos como opuestos masculinos, y los niños al definirse como varones, separan a sus madres de sí mismos, cortando así su amor primario y su sentido de un nexo empático. Por tanto, las cuestiones de dependencia entre los niños y las niñas se establece de forma distinta: para niños y hombres, la separación y la individuación están críticamente ligados a la identidad sexual, ya que la separación de la madre es esencial para el desarrollo de la virilidad. Por tanto, la virilidad es definida por medio de la separación, mientras que la femineidad es definida por el apego.

Para entender por qué las mujeres permanecen al cuidado largos períodos, por muy desgastante que sea, tomé algunas proposiciones de la teoría de género posestructuralista. Dicha teoría define al género como algo construido discursivamente y no como algo dado objetiva y estructuralmente (Pringle y Watson, 2002). (Holway 1984) afirma que la propuesta posestructuralista introduce en

la investigación de género la teoría del discurso, principalmente el formulado por Derrida, Lacan y Foucault. Según estos autores, los principales problemas giran en torno de las subjetividades y las identidades que se producen en medio de la diferencia sexual, de clase, de nacionalidad, de raza, etnia, religión, etcétera. Foucault (1992) propone que los discursos son estructuras históricas, sociales e institucionales específicas en el seno de las cuales se desarrollan enunciados, términos, categorías y creencias. Linda Alcoff (1992) explica que, en realidad, los individuos gozamos de poca capacidad de decidir quiénes somos, puesto que, como tienen a bien recordarnos Derrida y Foucault, las motivaciones y las intenciones individuales no cuentan en absoluto, o casi, en el esquema de la realidad social. Por tanto, la teoría de género posestructuralista permitió orientar la comprensión de las experiencias de las mujeres cuidadoras, los procesos por los cuales estas mujeres permanecen en el cuidado y cómo se autorepresentan.

EL CUIDADO ES PARA LAS MUJERES

La fuerza moral de las mujeres se centra en la preocupación predominante por las relaciones y el cuidado a los demás. Chodorow (1992) afirma que el papel de la mujer en el ciclo vital del hombre ha sido de alimentadora, cuidadora y compañera ayudante, la tejedora de aquellas redes de relaciones que a su vez ella pasa a depender. Desde este planteamiento, la mujer asume la responsabilidad del cuidado sin cuestionar si es justo o injusto; acepta y vive la experiencia del cuidado respondiendo a un aspecto moral. Con base a este planteamiento surge la “natural” preocupación moral de las mujeres por las necesidades de los demás y el asumir responsabilidades por cuidar de ellos. La mujer considera que su valoración femenina depende de la capacidad que tiene de atender a otros. Se asume como responsable de los otros, aun a costa de su propio desarrollo individual. Es decir, pocas mujeres son capaces de anteponer sus intereses personales por encima de los demás, ya que surgen sentimientos de culpa y su propia infravaloración como mujeres (Robles, 2002).

El tema del cuidado ha sido confinado al ámbito doméstico. Lo doméstico corresponde al mundo privado. Las manifestaciones que suceden de “la puerta para adentro” no se cuestionan, no se reconocen, no se hacen del dominio público. Culturalmente lo doméstico pertenece a la esfera de lo privado y lo femenino (Ariza y Oliveira). El tema del cuidado sufre de invisibilidad en el discurso (Robles, 2002); Michel Foucault (1992) habla de “un determinado orden del discurso”: en la construcción del problema social de las mujeres cuidadoras se manifiesta el discurso controlado y hegemónico de determinadas ideologías, son premisas teóricas predominantes que van conformando un andamiaje discursivo en donde se ignora el tema del cuidado.

El trabajo del cuidado está matizado por la categoría del género. Martha Lamas (2000) establece que la cultura marca a los seres humanos con el género, y éste último marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano. La autora señala que lo que define el género es la acción simbólica colectiva, y afirma que mediante el proceso de constitución simbólico

en una sociedad se fabrican las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres. Lamas considera que el género y la sexualidad son construcciones simbólicas, cualesquiera que sean las bases naturales de la diferencia entre los sexos. Al estudiar los sistemas de género se aprende que ellos no representan la asignación funcional de los roles sociales biológicamente prescritos sino medios de conceptualización cultural y de organización social (Conway, Bourque y Scott).

Considero que el trabajo del cuidado tiene invisibilidad discursiva en la medida en que es ejercido por el sexo femenino. En términos políticos, sociales y culturales el trabajo femenino tiene desventajas con respecto al masculino; en este sentido, uno de los ejes analíticos de el presente trabajo fue analizar la categoría de género como característica principal de desventaja social en las cuidadoras.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo de campo se realizó en los meses de junio a noviembre de 2005 con mujeres cuidadoras de pacientes con insuficiencia renal crónica en los cinco hospitales de segundo nivel de atención en la zona metropolitana de Guadalajara. En total se aplicaron 93 entrevistas iniciales y nueve entrevistas a profundidad. En la tabla número 1 se aprecia el total de pacientes con IRC y el número total de cuidadoras entrevistadas. Se eligieron a todas las mujeres que asistieron a las juntas mensuales para cuidadores en cada hospital. En una segunda etapa, se eligieron nueve casos para entrevista a profundidad. El análisis de las entrevistas se hicieron con base en la metodología que propone la teoría fundamentada.

Tabla 1. Población de estudio

HOSPITAL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION IMSS	PACIENTES CON IRC.	CUIDADORES varones	CUIDADORAS mujeres	SIN CUIDADOR	CUIDADORA ENTREVISTADAS
Hospital General Regional 46	500	56	414	30	22
Hospital General Regiona 45	465	35	417	13	11
Hospital General Regional 110	280	20	240	20	18
Hospital General Regional 14	221	23	170	28	29
Hospital General Regional 89	275	37	219	19	29
Total	1741	171 (9.8%)	1460 (83%)	110 (6.3%)	93

RESULTADOS

a) Por qué las mujeres cuidan

En el IMSS la mujer cuida porque la familia y ella misma reproduce el discurso del orden social establecido por el sistema patriarcal, que la establece como cuidadora por naturaleza. Además, el cuidado en las mujeres del IMSS es producto de

una construcción social de género y una cuestión de moral: desde la infancia les ha quedado claro a las mujeres que su responsabilidad moral es con los otros, es atender y preocuparse por las necesidades de los otros. Por lo tanto, no todos los miembros de la familia son candidatos para cuidar. Primero, se fija la atención en las mujeres de la casa, después se elige de acuerdo a su condición de desventaja social: género, trabajo devaluado, dependencia económica, estado civil, pobreza, difícil acceso a la educación, salud y al trabajo remunerado. Primero se elige a la esposa como designación natural sin cuestionarlo. Al no existir la figura de la esposa, se designa a la hija soltera cómo la cuidadora indicada. La siguiente opción es la hija casada con mayor desventaja (no trabaje fuera del hogar, que el marido esté fuera de la ciudad, que esté separada del cónyuge o que el marido le dé permiso de cuidar al enfermo o que viva en casa de este último) y, finalmente, algún otro miembro de la familia (nueras, tías o amigas). El caso de las madres que cuidan a sus hijos enfermos es un asunto que, al igual que las cuidadoras esposas, se designa naturalmente. La designación de la madre al cuidado del hijo enfermo es natural; socialmente es visto como una simple extensión de la maternidad sin derecho a renunciar.

b) Por qué no se abandona el trabajo del cuidado

Ninguna mujer está dispuesta a abandonar el cuidado (esposas, hijas y madres) por muy pesado que este resulte. Sin embargo, en todas las mujeres existe el deseo oculto de abandonar el cuidado. La principal resistencia a renunciar se debe a que la mujer percibe el cuidado como un valor moral (buena esposa, buena hija, buena madre, persona moral). Una buena esposa no abandona a su cónyuge enfermo; una buena hija siempre cuidará a sus padres ancianos y enfermos; una buena madre nunca abandonará a su hijo enfermo dependiente. La mujer no quiere parecer inmoral, por lo tanto, difícilmente renunciará al cuidado. Por otro lado, también se identificó que los familiares a través del apoyo ejercen cierto control social sobre la cuidadora reforzando la idea de no abandonar el cuidado. Es decir, en algunos casos se identificó que los integrantes de la familia le proporcionan a la cuidadora los apoyos necesarios (manutención, casa, alimentos) para que ésta no abandone al enfermo. En el caso de las cuidadoras esposas, el cónyuge ejerce la dominación a través del *dispositivo disciplinar y el temor* (Foucault, 1999; Robles, 2002) se identificaron casos en que las cuidadoras esposas tenían antecedentes y manifestaciones de violencia intrafamiliar. Antes de que el cónyuge enfermara, la esposa era víctima de violencia. Cuando el esposo se convirtió en dependiente funcional no termina la violencia, sólo cambia en su forma: de violencia física y psicológica pasa exclusivamente a violencia psicológica (chantajes emocionales, amenazas, responsabilizando a la esposa en caso de su muerte, etcétera). El IMSS también ejerce *el dispositivo disciplinar* sobre la cuidadora única a través del personal de salud. Si el médico recibe al paciente en mal estado cuestiona y pone en tela de juicio el trabajo del cuidador; la enfermera deposita en el cuidador la supervisión (signos, síntomas, higiene y necesidades) del paciente durante su estancia hospitalaria; el trabajador social exige a la familia el acompañamiento y cuidado del paciente durante las veinticuatro horas del día.

c) Estragos del cuidado en la vida de la cuidadora

El cuidado implica anulación de necesidades e interrupción del proyecto de vida. En este trabajo se identificaron tres casos de cuidadoras menores de edad (15 y 17 años respectivamente). Las tres adolescentes cuidaban a sus madres y fue necesario dejar los estudios para estar al pendiente de sus enfermos. Tres mujeres madres han realizado el trabajo del cuidado por más de quince años; los hijos enfermaron desde pequeños y ahora padecen insuficiencia renal crónica. Estos casos nos hablan del proyecto de vida de estas mujeres confinadas al cuidado. Cómo escaparse, cómo dejarlo, si la enferma es la madre, si el enfermo es el hijo. La pregunta que surge es si estas mujeres realmente tienen la oportunidad de decidir estar o no estar en el cuidado.

Se confirmó, entonces, lo que otros estudios han demostrado: el trabajo del cuidado interrumpe el proyecto de vida de la cuidadora y compromete su salud física y mental.

CONCLUSIONES

La situación de las mujeres cuidadoras del IMSS refleja la inequidad de género en las políticas institucionales. El estudio manifiesta la vulnerabilidad de un sistema de salud inequitativo, desigual e ineficaz. El Estado a través de sus instituciones de salud (IMSS) descarga en las mujeres cuidadoras su responsabilidad de atender a los enfermos crónicos, ahorrando costos en hospitalización, días cama e insumos, y pone en tela de juicio su papel de proveedor de políticas de salud suficientes y equitativas. Por un lado, se resuelve de manera parcial la atención a los enfermos crónicos y, por el otro, se ignoran las necesidades biológicas y sociales de los cuidadores. La historia permite prever la tendencia del sistema político neoliberal mexicano de privatizar los servicios de educación, salud y seguridad social. Esto modificará aún más la organización interna del Estado, de las políticas públicas y, claro está, del subsistema familiar. Las formas de supervivencia del grupo doméstico también han tenido que acoplarse a las necesidades del mercado. En este momento histórico todavía algunas familias tienen la oportunidad de organizarse y cuidar a un paciente crónico en el hogar. Qué pasará cuando los servicios de salud, educación y seguridad social pasen a la iniciativa privada. Quizás la pobreza aumente y todos los miembros de la familia tendrán la necesidad de insertarse al mercado laboral formal o informal. Entonces, quién cuidará a los pacientes crónicos; cómo se enfrentará el cuidado. Las circunstancias de vida están provocando el aumento de las enfermedades crónicas. Estadísticamente está comprobado que en el futuro el país estará poblado por personas de la tercera edad, lo que implica pensar que aumentará el número de ancianos y enfermos crónicos dependientes. ¿Y qué pasará con los pacientes crónicos? ¿Será conveniente entonces legalizar la eutanasia? ¿Invertir en prevención de enfermedades crónicas? ¿Construir albergues para enfermos crónicos? ¿Abandonar al paciente?

Considero que lo importante es generar diferentes estrategias dentro y fuera de la familia para que el cuidado no lo asuma una sola persona. Se requiere que el Estado, a través de las instituciones de salud y la familia, participen en la discusión y en la generación de nuevas formas de enfrentar el cuidado a un paciente

crónico, evitando el mayor costo social para el enfermo, el cuidador y las instituciones. Aún quedan preguntas por responder y la más importante, a mi juicio, es ¿hasta cuándo las mujeres dejaremos de reproducir el discurso dominante que nos enajena a cumplir con el orden social establecido? 

> BIBLIOGRAFÍA

- ALCOFF, Linda (1988) *Journal of Women in Culture and Society*, vol. 13, núm. 3, University of Chicago: Chicago.
- ÁLVAREZ J., Jurgenson G. (2004). *Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. Paidós Educador: México
- ARIZA, M., Oliveira de O. (2002). *Cambios y continuidades en el trabajo, la familia y la condición de las mujeres*. IIS-UNAM-Centro de Estudios Sociológicos-El Colegio de México: México.
- CONWAY, J.K., Bourque, S.C. y Scott J.,W.. “El concepto de género”, en: *¿Qué son los estudios de las mujeres?* Navarro, M. y Stimpson, C. R. (comp.) (1999). Fondo de Cultura Económica: México.
- FOUCAULT, M. (1992), *El orden del discurso*. Tusquet: Buenos Aires.
- _____ (1999). *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores: México.
- GALLINO, L. (1983). *Diccionario de sociología*. Siglo XXI Editores: México. (edición original, Turín Unione Tipográfico-Editrice Torinese: Turín).
- GILLIGAN, C. (1985). *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino*. FCE: México.
- HOLWAY, W. (1984). “El concepto de género”, en: *¿Qué son los estudios de las mujeres?* Navarro, M. y Stimpson, C. R. (comp.). Fondo de Cultura Económica: México.
- LAMAS, M. (2000). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. Programa Universitario de Estudios de Género, Grupo editorial Las ciencias sociales, Estudios de Género. UNAM: México.
- MERCADO, F., Torres, T. (comp.), (2000.) *Análisis cualitativo en salud: teoría, método y práctica*. Plaza y Valdés: México.
- PRINGLE y Watson (2002). “Los intereses de las mujeres en el estado postestructuralista”, en: Barrett, Michel y Phililips, Anne (comp.) *Desestabilizar la teoría debates feministas contemporáneos*. UNAM: México.
- ROBLES, L. (2002). *Del amor al trabajo, la invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*. CIESAS-Occidente-Universidad de Guadalajara: Guadalajara.
- ROSAS, M. (2004). “Cuidado de la salud puertas adentro: el trabajo invisible”. Conferencia en el marco del Día Internacional de la Mujer, en Managua, Nicaragua, 8 de marzo de 2004.
- SZASZ Y., Lerner (1999). *Para comprender la subjetividad, investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. El Colegio de México: México.
- STRAUSS, L. Corbin J., Fagerhaugh S. Glaser BG, Maines D., Suczek B., Wiener CI. (1984). *Chronic illness and the quality of life*. 2nd edition. ST. Louis Toronto: C.V. Mosby Company.
- SCHWARTZ, H.; Jacobs, J. (1984). *Sociología cualitativa*. Trillas: México.