



La mujer ha establecido una especial relación con el cuidado de la vida más vulnerable durante toda la historia de la humanidad hasta nuestros días. Siempre ha habido y hay, aunque en proporciones muy desigualmente repartidas, mujeres dedicadas al cuidado profesional y también al cuidado no remunerado domiciliario de las personas enfermas, ancianas, con alguna discapacidad, de los niños. En este estudio se ha llevado a cabo una constatación histórica y actual de esta realidad, marcando sus rasgos más característicos y significativos. Y, a partir de ahí, intenta responder a las cuestiones clave que surgen: las causas que han motivado este hecho, sus consecuencias sociales y, finalmente, las más importantes implicaciones de futuro para todos, hombres y mujeres que, tarde o temprano, seremos tanto cuidadores como necesitados de los cuidados en nuestra enfermedad.

## 1. Introducción

Desde los inicios de la humanidad, se ha constatado una inseparable relación que, a priori, no parece responder a ninguno de los motores que rigen el devenir de los pueblos: es la relación que ha vinculado a la mujer a toda vida vulnerable, enferma, en riesgo, dependiente. En un mundo en el que todo cambia, la especial relación de la mujer con la vida más necesitada de cuidados trasciende cualquier frontera geográfica o histórica.

En el presente estudio abordaremos esta cuestión con un doble objetivo. Por un lado, ofrecer datos que respalden esta afirmación que, para algunos, puede resultar meramente intuitiva o arbitraria. Datos de ayer y de hoy que nos hagan reconocer que esta relación trasciende toda contingencia histórica, política o social. Por otro lado, nos preguntaremos a qué puede deberse tal relación, qué consecuencias sociales ha tenido y, desde ahí, proponer algunas perspectivas de futuro que pueden incorporarse a la construcción social.

Antes de comenzar, es importante distinguir dos ámbitos claramente diferenciados en el cuidado de las personas enfermas y dependientes: el ámbito profesional y el domiciliario [1]. Dos ámbitos muy diferentes y con ciertas paradojas. Es claro que el cuidado del enfermo en el hogar ha sido y sigue siendo una tarea asumida

mayoritariamente por la mujer. Por el contrario, la asistencia profesional de los enfermos por parte de las mujeres ha sido una realidad constante pero francamente minoritaria y una difícil conquista apenas integrada pacíficamente en la cultura en los últimos decenios del siglo XX. Sin embargo, la mayor parte de la atención política, económica y sanitaria ha estado centrada en el ámbito profesional del cuidado del enfermo; mientras tanto, la atención domiciliaria, altruista, callada, solidaria y constante apenas ha comenzado a tenerse en cuenta en algunos sistemas sanitarios. Se estima que el cuidado profesional de la salud supone un 12% del total del tiempo dedicado anualmente, mientras que el 88% restante lo emplean los familiares o cuidadores más cercanos [2]. Pero, paradójicamente, el eje de la asistencia sanitaria y social lo siguen constituyendo los profesionales y los cuidados ofrecidos en instituciones sanitarias, ámbito en el que se invierten la gran mayoría de los recursos económicos destinados a la salud.

Finalmente, quiero hacer una última aclaración sobre la finalidad de este trabajo. No trato de hacer un panegírico de la mujer y su labor social, no hay voluntad alguna de ensalzar el papel de ésta respecto del varón, ni de hacer valoraciones morales comparativas, tan molestas como estériles. Sólo pretendo visibilizar y sistematizar una realidad escondida en el interior de tantos hogares, al mismo tiempo que hacer un subrayado al logro común –de varones y de mujeres– que ha supuesto la incorporación de la mujer al ámbito profesional de las ciencias bio-sanitarias. Sin duda, éstas se han visto enriquecidas por la presencia de la mujer y el modo que ellas tienen de comprender la salud y su cuidado. Esperemos que también el cuidado domiciliario de las personas más vulnerables pueda verse igualmente enriquecido por la progresiva incorporación del varón a estas tareas, en una proporción mayor a la que ya, de hecho, está haciendo.

## 2. La mujer y el cuidado de la vida: Un acercamiento a la realidad actual

Comenzaremos este análisis con una fotografía que refleje de forma más o menos fiel la realidad actual en este ámbito. La fotografía tendrá un doble enfoque: el cuidado profesional de la salud desde una perspectiva hombre-mujer y el creciente papel de la mujer en el mismo; y, al mismo tiempo, el sujeto que cuida en el ámbito privado de los hogares. La superposición de ambas imágenes nos ofrecerá un panorama más completo de tan compleja y apasionante realidad.

### 2.1. La mujer al cuidado profesional de la salud

El acceso de la mujer a la profesión médica ha sido una conquista en la cultura occidental del último siglo. La incorporación de la mujer a la Medicina ha pasado de ser casi anecdótica en la primera mitad del siglo, a ser mayoritaria en nuestros días. En 2016, el 70,71% de los estudiantes de todas las disciplinas que conforman las Ciencias de la Salud en España eran mujeres [3]. Si miramos el número de colegiados, la incorporación de la mujer a la profesión médica es también un hecho más que patente, pues ha pasado de ser el 1,06% de los colegiados en España en 1955 al 49,11% en 2015 [4].

El caso de los cuidados enfermeros es muy diferente. La profesionalización de la enfermería para la mujer se llevó a cabo en el pasado siglo, siendo una profesión prioritariamente femenina desde entonces hasta nuestros días. Los datos en España son llamativos: las mujeres enfermeras son un 84,24% del total en 2015; y cuando se trata de colegiados con título de matrona, llega a alcanzar en ese mismo año el 94,04% [5].

Pero no cualquier modo de ejercicio de la profesión médica es objeto de atención preferencial de la mujer. Un estudio evidenció que las especialidades más demandadas por las mujeres eran Pediatría (19,5%), Cardiología (8,9%) y Obstetricia y Ginecología (8,6%) [6]. Opciones muy diferentes a las de los varones al preferir Medicina Interna (12,6%) o Cirugía General (6,2%). Y la diferencia va más allá. Se ha cuantificado que las médicas de atención primaria dedican un 10% más de tiempo en la consulta que sus compañeros varones [7] o tienen una mayor predisposición a ofrecer consejos preventivos [8]. Las ginecólogas también dedican más tiempo a la educación en la prevención de enfermedades de transmisión sexual [9] o practican menos cesáreas que los ginecólogos [10].

Y algo parecido ocurre en la profesión enfermera. Un estudio realizado en el ámbito de la medicina intensiva puso de manifiesto importantes diferencias [11]. Los enfermeros valoran más la independencia y la autonomía que se alcanza por medio de un mayor dominio y nivel de conocimientos, lo que les reporta mayor competencia profesional y reconocimiento de su profesión que repercute en la calidad de la asistencia. Sin embargo, las enfermeras destacan más la importancia de la atención, la vigilancia, la seguridad y la protección, teniendo en cuenta –por supuesto– la competencia, pero sin otorgarle mayor relevancia. Sin embargo, en las encuestas de satisfacción de los enfermos y familiares suele valorarse más la calidad de la atención, el hecho de sentirse seguros, la relación de confianza, y no tanto la información sobre el proceso y la tecnología. Es lo que habitualmente más preocupa a las enfermeras, al incorporar más la valoración de la calidad asistencial que la toma de decisiones o el nivel de conocimientos.

Parece que, efectivamente, el cuidado profesional de los enfermos y vulnerables es diferente en la mujer respecto del varón en sus focos de interés, en sus motivaciones, en sus modos de ejercerlo e incluso en los factores determinantes de sus decisiones.

## 2.2. La mujer al cuidado de la salud en el hogar

Pero el papel fundamental de la mujer al cuidado de la vida más vulnerable no se juega en su ejercicio profesional remunerado. La mujer ha sido, es y previsiblemente seguirá siendo quien cuide de los niños, los ancianos, los enfermos y las personas con discapacidad en los hogares. En España, el perfil del cuidador de personas mayores dependientes es: mujer de 57 años, casada, hija o cónyuge de la persona cuidada, con la cual vive, con bajo nivel de estudios y poca actividad laboral, y con dedicación prácticamente exclusiva al hogar y al cuidado [12]. Las cifras hablan solas: las mujeres suponen el 60% de los cuidadores principales de personas mayores, del 75% de las personas con alguna discapacidad y del 92% de quienes precisan cualquier tipo de atención y cuidado [13].

En las mujeres, se observan unos valores especialmente significativos respecto a los señalados por los cuidadores varones. Existe en nuestro medio una experiencia generalizada –tanto en mujeres como en varones– de satisfacción por el deber cumplido. Se entiende que la familia es el ámbito “natural” para el cuidado de las personas dependientes, por lo que se genera una obligación moral inherente que debe asumirse de forma responsable. A ello se le suman en la mujer cuidadora los valores integrados como propios del cuidado femenino: el sacrificio y la entrega que se expresan con una mayor calidad emocional, frente a un cuidado menos emocional pero más práctico y solidario en los cuidadores varones [14]. Los cuidados que prestan las mujeres son, en general, más continuos y extenuantes respecto a los realizados por los varones [15]. Ellas trabajan más horas en

el cuidado, se dedican a los cuidados más íntimos e integran estas tareas con otras responsabilidades familiares.

Pero todo esto tiene un precio vital. En un estudio realizado con más de mil cuidadores en Andalucía se pusieron de manifiesto las graves consecuencias que la entrega continuada al cuidado de la salud de los seres queridos enfermos o con alguna discapacidad tiene sobre las mujeres [16]: las cuidadoras mencionaban problemas de depresión o ansiedad en un 22%, de irritabilidad o tensión en un 23%, se sentían tristes y agotadas en un 32%; en más de 60% se aprecian problemas físicos crónicos, más frecuentemente invalidantes de tipo articular o circulatorio; y, a nivel laboral, se asume que el hecho de ser cuidadora principal ha condicionado en un 35% de ellas la exclusión definitiva del mercado laboral y en un 43% la exclusión temporal.

Efectivamente, la mujer es la clave de bóveda sobre la que sostener, en la mayoría de las ocasiones, un sistema deficitario de salud: deficitario a la hora de llegar a todos los que necesitan atención profesional y cuidados, y deficitario también en humanidad

### 3. La mujer al cuidado de la vida en la historia

La mujer siempre ha estado presente de manera significativa en el cuidado de la vida vulnerable. Su figura ha sido fuente de esperanza para los desesperanzados en figuras femeninas como diosas de la salud o protectoras de muchas enfermedades o de trances importantes en la vida del ser humano. También han sido mujeres las que se han dedicado casi en exclusiva a la atención de la salud de otras mujeres y de quienes no podían pagar un médico. Y, finalmente, tampoco han faltado nunca mujeres que se han formado para poder servir desde lo mejor que los conocimientos médicos de su época y cultura podían ofrecer, si bien de forma minoritaria.

#### 3.1. Diosas, curanderas y doctoras: la mujer al cuidado de la salud en la época pre-cristiana

Las figuras femeninas de sanación no han faltado a lo largo de la historia, siendo más significativas en las culturas imperantes en la era pre-científica de las ciencias de la salud [17]. El número de deidades femeninas de sanación es incontable, si bien merece la pena destacar algunas por su relevancia en la historia o la cultura [18]: Inanna o Ishtar, diosa más importante de la cultura sumeria; Isis y Sekhmet en la cultura egipcia; en la cultura griega destacan Démeter, Perséfone, Genetilis, Afrodita, Artemisa y Atenea, entre otras; y, finalmente, en la cultura romana, cabe subrayar las figuras de Minerva, Diana y Bona Dea [19].

Pero la presencia femenina en el ámbito de la salud en las antiguas civilizaciones también incluye a madres, esposas, hijas o esclavas que han prestado sus habilidades o conocimientos sanadores a todos aquellos que a ellas acudían. Hay testimonio de mujeres sanadoras también en todas las culturas. En Egipto encontramos la primera mujer doctora de la que hay constancia escrita, grabado en la tumba de un sacerdote cuya madre era “Doctora Jefe”, en 2730 a.C. [20]. A partir de ahí, los testimonios egipcios de mujeres operando, circuncidando o curando son numerosos. En Grecia sí encontramos mujeres dedicadas a las artes médicas o sanadoras: Agamede (s. XII a.C.), experta en plantas medicinales con fines curativos; Phanostrate (350 a. C), conocida como “partera y médico”; Agnodike (s. IV a.C.) y Antioquia de Tlos [21].

En Roma, el papel de la mujer en el cuidado de la salud se reduce prácticamente al cuidado gineco-obstétrico de las mujeres. Sorano de Éfeso (s. I d.C.) define a la obstetrix como “mujer conocedora de todas las causas de las señoras y también experta en el ejercicio de la medicina” [22]. Hay también hasta diecinueve inscripciones de tumbas de mujeres romanas con referencias a su labor como médicas, la mayoría esclavas o libertas, también algunas mujeres libres, todas ellas dedicadas sobre todo a la ginecología. Hay constancia por Plinio el Viejo –en su obra Historia Natural– de trescientas veintisiete autoras griegas y cuarenta y seis romanas que practicaban la medicina en el s. I d.C. También encontramos a Olimpia de Tebas, Salpe, Sotira y Lais; y más tardea Metrodora, Origenia, Eugerasia, Margareta, Aspasia... sin duda muchas menos que las mujeres anónimas que en cada población atendieron a mujeres, niños y pobres en sus encuentros con el nacimiento, la enfermedad, el dolor o la muerte.

Para concluir, podemos sistematizar cómo en estos primeros siglos aparecen ya algunos rasgos significativos de la atención de la mujer hacia el mundo de la enfermedad y el dolor:

a) La mujer en el horizonte de esperanza de los enfermos: es la presencia ininterrumpida de diosas que han representado la esperanza de quienes no podían comprender las causas ni tampoco vislumbrar una salida posible a sus muchos sufrimientos.

b) La mujer preocupada por una formación adecuada en el arte de curar: aunque en menor número que los varones, no han faltado en este periodo mujeres que se han formado al más alto nivel –religiosa o profesionalmente– en el cuidado y curación de los enfermos.

c) Presencia casi exclusiva de la mujer en el nacimiento de una nueva vida: siempre ha habido matronas en todas las culturas y en todos los siglos. Es la mujer la que recibe la semilla de vida y otra mujer la que ayuda a traer a la vida al nuevo ser humano. También en la despedida de la vida, en sus cuidados, en su mortaja, la presencia femenina cobra un especial protagonismo.

### 3.2. Al cuidado de los des-cuidados: La mujer al cuidado de la salud en el cristianismo

Con el cristianismo, la mujer cobra un protagonismo especial en el cuidado de los enfermos, los pobres y menesterosos. Este protagonismo no le viene dado por sus conocimientos, por su especial formación en el arte curativo, ni siquiera por su especialización en partos o enfermedades ginecológicas. El rasgo diferenciador es, ante todo, la caridad. Son muchas las novedades que el cristianismo aporta al cuidado de la salud [23]: los cristianos no abandonaban a sus enfermos de peste o lepra, cuidaban de forma heroica a los enfermos, poniendo en riesgo sus propias vidas al exponerse al contagio; cuidaban no sólo a los suyos, sino a todos sin distinción de credos, nación o condición; y fueron los primeros en crear los llamados nosocomios, hospitales donde poder prodigar todos los cuidados necesarios a los enfermos.

En este contexto, las viudas y las vírgenes tenían un especial cometido: visitar a los enfermos, alimentarlos, asearlos y ofrecer todo tipo de cuidados para mejorar su salud [24]. San Jerónimo reflejó la importancia que tenía la formación médica para ciertas mujeres, destacando en la Roma de los siglos IV y V las figuras de Marcela, Fabiola, Paula y Eustaquia.

Los nombres de mujeres dedicadas en cuerpo y alma, y también con sus propios recursos económicos, a los enfermos son numerosos y sus ejemplos ciertamente heroicos [25]: Olimpia, al frente de una comunidad dedicada al cuidado de los enfermos; Antusa, madre de San Juan Crisóstomo, a quien ayudó a coordinar más de trescientos hospitales (s. IV); Mónica, madre de San Agustín, que cuidaba a enfermos ofreciendo sus propios medicamentos (s. IV); Escolástica, hermana de San Benito, que fundó hospitales y formó enfermeras (s. VI); la emperatriz Teodora, esposa de Justiniano, que fundó hospitales por todo el imperio bizantino (s. VI); así como reinas pusieron sus bienes al servicio de los enfermos, como Clotilde de Burgundia, esposa del rey franco Clodoveo I (s. V), o Radegunda, esposa del rey franco Clotario (s. VI).

Durante la Edad Media, la mujer siguió teniendo el protagonismo que siempre había tenido en el cuidado y la atención de los enfermos y desvalidos: cuidadora principal en el hogar y también en las enfermerías gestionadas en los miles de conventos que poblaron Europa, donde las embarazadas, los pobres y los enfermos tenían un lugar al que acudir. A nivel académico, bien conocida fue la Escuela de Salerno, fundada en torno al año 1000, donde estudiaban tanto varones como mujeres de cualquier origen, religión o lengua. Algunas graduadas fueron: Abella, Rebeca, Mercuria, Constanza y, la más famosa, Trota o Trótula. Otros nombres de mujeres relevantes en la atención profesionalizada a los enfermos son: Hildegarda de Bingen, que escribió importantes obras médicas en el s. XII; Eloísa, dedicada –entre otras cosas– al cuidado de los enfermos tras el infortunio con Abelardo; y Herrade de Ladsberg, abadesa de Alsacia, que escribió una enciclopedia sobre plantas.

Pero la presencia profesional de la mujer en el ámbito médico ha sido minoritaria. Se estima que en todo ese tiempo apenas ha supuesto el 2% de las personas dedicadas al cuidado de la salud profesionalmente [26]. Añadimos la persecución que han sufrido las mujeres sanadoras en la Edad Media, acusadas de brujería por el simple hecho de realizar prácticas curativas.

En definitiva, con la irrupción del cristianismo en la cultura en Occidente, han aparecido nuevos factores que han ido perfilando el rol femenino en la atención a los enfermos:

a) La atención a los enfermos como ministerio y envío: fue la tarea principal de viudas y vírgenes consagradas, de madres y hermanas de insignes fundadores y obispos con especial sensibilidad hacia los enfermos y despreciados, y de reinas que pusieron sus bienes y esfuerzos al servicio de los menesterosos.

b) El cuidado de los enfermos pobres: las mujeres sanadoras en conventos o en muchas poblaciones son la única esperanza de quienes no pueden permitirse los elevados honorarios de los médicos profesionales, reservados para las clases más pudientes de la sociedad.

c) La atención experta y profesional hacia las propias mujeres: en estos siglos muchos profesionales varones se preocuparon de la preparación rigurosa de mujeres para que pudieran ofrecer a otras mujeres los cuidados apropiados, a la altura de los conocimientos de la época.

d) El miedo social ante un poder sin control: son las sombras de un largo periodo de fecundidad sanadora para la mujer. Aunque en los conventos y en los hogares seguían cuidando enfermos, la sociedad y los poderes imperantes rechazaron sistemáticamente todo lo que no podían controlar ni explicar, como los conocimientos

médicos sin formación reglada o las curaciones con remedios no descritos en los tratados convencionales.

### 3.3. La profesionalización del cuidado: la mujer al cuidado de la salud en la modernidad

A partir del s. XVI se produce el despertar de los conocimientos médicos en muchos ámbitos. Únicamente en las universidades italianas tenían acceso las mujeres al estudio de la Medicina y, en Inglaterra, podían ser nombradas ayudantes de médicos, sin ser reconocidas como médicos hasta tres siglos después [27]. Y mientras, la labor callada de sanadoras en pueblos y ciudades, atendiendo a los más pobres continuaba en toda Europa, incluso regulada en ciertos lugares como Inglaterra, donde se promulgó una ley en la que se permitía a las mujeres practicar la medicina únicamente entre los pobres [28].

Durante el s. XVII, el ejercicio sanador de las mujeres se redujo a tres ámbitos: (1) las que ofrecían cuidados enfermeros básicamente, monjas o mujeres que practicaban sencillas curas o cuidados; (2) las matronas, siempre presentes; y (3) las escasas mujeres doctoras que sólo podían ejercer su profesión entre pobres y sin recibir compensación económica. Y así fue hasta el s. XIX.

En el s. XIX se produce el despertar de la profesionalización biosanitaria de la mujer, cuya incorporación fue lenta, gradual y, en no pocas ocasiones, traumática. Un primer paso fue la fundación de las Sociedades Fisiológicas Femeninas en Estados Unidos, con el objeto de enseñar a las mujeres conocimientos básicos de anatomía, higiene, dietas e incluso sobre control de la natalidad. En el ámbito preventivo y de higiene las mujeres encontraron el lugar más adecuado para su competencia [29]. Mientras, la formación médica académica estaba vetada a las mujeres en ese país [30]. Sólo a finales del s. XIX pudieron acceder a los estudios reglados en Medicina, pero fue muy minoritario, de forma que entre 1914 y 1960 apenas se pasó de un 4% de presencia femenina en las aulas de Medicina a un 5,8% [31].

En España, la primera mujer licenciada lo fue precisamente en Medicina, en 1882, en la Universidad de Barcelona, María Dolores Aleu Riera [32]. Pero en las décadas siguientes, el número de mujeres médicos seguía siendo anecdótico. En un primer momento, se pensó que la mujer quizá no tuviera capacidad suficiente para estudiar una carrera universitaria. Salvada esa cuestión con las primeras licenciadas, con rendimiento similar o incluso superior al de los varones, se planteó si el ejercicio de la medicina no atentaría contra el pudor de las mujeres y sus familiares, por lo que las escasas licenciadas no llegaban a ejercer la carrera.

Ha sido un largo recorrido que no está finalizado. Todavía queda mucho camino hasta alcanzar una sana igualdad en el ejercicio de la profesión, el acceso a los ámbitos de responsabilidad o gestión, la toma de decisiones o la investigación.

### 4. ¿Especificidad de la mujer en el cuidado de la vida?

Después de lo visto anteriormente, hay dos cuestiones que debemos preguntarnos. Por un lado, la pregunta que podría dotar de cierto sentido al análisis del tema del cuidado de la salud desde esta perspectiva: ¿existe realmente una especificidad en la mujer en lo concerniente al cuidado de la vida? ¿responde la historia y el

presente analizados a una simple explicación de tipo sociocultural? Por otro lado, todos nosotros, varones y mujeres, pertenecemos a la especie humana, homo sapiens, moralis et liber, por tanto, ¿qué podemos aprender de esta actitud ancestral e inherente de la mujer ante el cuidado de la vida? Será lo que intentaré sistematizar de forma sencilla en las próximas páginas.4.1.

## 4.1. La voz de la mujer, ¿una voz diferente? Caroll Gilligan

Las reflexiones en torno a la «ética del cuidado» serán el eje vertebrador de este análisis. El punto de partida lo tomaremos del fecundo debate establecido a raíz de la publicación de la obra de Carol Gilligan, *In a different voice* [33], como respuesta y complemento a la teoría del desarrollo moral de Lawrence Kohlberg. El psicólogo estadounidense había descrito seis etapas en el desarrollo moral del hombre, desarrollo en el que parece haber una primacía de la justicia por el cumplimiento de los deberes y el ejercicio de los derechos, sostenidos en la universalidad y el respeto. Carol Gilligan, colaboradora de Kohlberg en su trabajo de investigación, hizo notar que muchas de las preocupaciones, actitudes, formas de relacionarse, empatizar o actuar de las mujeres quedaban directamente fuera del estudio. Y esto era así por una razón muy simple: la investigación se había realizado exclusivamente con varones. Desde esa constatación, enfoca su trabajo a partir de entrevistas a hombres y mujeres con el objeto de establecer las diferencias concretas –si es que las hubiera– a la hora de afrontar distintos conflictos morales.

Los resultados fueron claros: varones y mujeres afrontan de modos diferentes las cuestiones morales fundamentales. Ellos tienden a regir sus decisiones y comportamientos desde parámetros de imparcialidad y justicia, mientras que ellas lo hacen atendiendo al contexto desde la compasión y la empatía [34].

Con cierta cautela por el sesgo que esconde toda generalización, podríamos caracterizar la «ética de cuidado», más presente en el desarrollo moral de las mujeres, con los siguientes rasgos: se sostiene ante todo en el contexto, teniendo en cuenta las circunstancias concretas de cada caso más que los principios universales; entre estos principios, prioriza el conocido *primum non nocere*, entendido como evitar en todo caso hacer daño a la persona tanto por las propias acciones como por las omisiones; y, finalmente, cobra especial relevancia el sentido de la solidaridad, la colaboración y la promoción del individuo, frente a otros modelos basados en la igualdad y el respeto [35].

No es éste el lugar para hacer un desarrollo exhaustivo de la ética del cuidado, simplemente quisiera hacer un especial subrayado a las diferencias de entre hombre y mujer que pudieran estar detrás de tan grandes diferencias históricas y sociales en la atención al cuidado de la vida más vulnerable [36]. También es importante tener en cuenta una cuestión: ni la «ética de la justicia», por así llamarla, es privativa de varones; ni la «ética del cuidado» es de uso exclusivo de la mujer. Son dos modos de afrontar las grandes cuestiones éticas que interpelan a la vida de todo ser humano antes o después, dos modos presentes en mayor o menor medida en varones y mujeres y que han sido valorados y tenidos en cuenta en la comprensión social de la realidad de forma muy desigual.

Pero las conclusiones a las que llegó Caroll Gilligan no fueron ni mucho menos el punto final de tan difícil cuestión, sino simplemente el punto de partida para que psicólogos y psicólogas, filósofos y filósofas, varones y mujeres



desde cualquier ámbito del pensamiento, abordaran estos estudios enriqueciendo en buena medida el debate. Más allá de las cuestiones metodológicas, de los interminables debates acerca de la desigualdad entre varones y mujeres, sigue estando la pregunta que nos ocupa en estas breves páginas: ¿es la voz de las mujeres realmente diferente? Tal y como se ha desarrollado en los apartados precedentes, parece ser una evidencia, pero ¿es una respuesta identitaria de lo femenino o una respuesta socio-histórica elaborada en una sociedad que así nos ha configurado?

## 4.2. Unas relaciones diferentes. Otras reflexiones en torno a la ética del cuidado

Encontrar una única respuesta satisfactoria e incluyente sobre el carácter identitario o sociohistórico del comportamiento de la mujer ante la vida vulnerable será una tarea ciertamente difícil. Algunos, como Linda Kerber, han criticado que en el trabajo de Gilligan se ha obviado la historicidad, no ha entrado en la construcción social del ser hombre y mujer, suponiendo directamente la diferencia de ellos en su construcción actual. Al parecer, el desarrollo de los estadios superiores de razonamiento moral está vinculado directamente a las oportunidades que se tienen para integrar diferentes roles y responsabilidades sociales, de tal forma que los roles que deben asumir varones y mujeres en una sociedad fuertemente marcada por las diferencias de género son francamente diversos, lo que constituiría un factor decisivo [37].

Otras autoras han abordado la ética del cuidado también desde la perspectiva de la mujer, elaborando propuestas incluyentes que pueden ser un punto de partida para romper los grandes debates sobre las diferencias entre el hombre y la mujer. Nel Nodding parte de la experiencia primigenia de cuidado que se basa en el «natural caring» o inclinación natural al cuidado [38]. Esta experiencia –según la autora- nace en la respuesta afectiva aprendida en el seno familiar y que se extiende al cuidado de otras personas, siendo más propia de la experiencia de la mujer como consecuencia de la asistencia que ha recibido en el hogar [39]. Aunque sea una experiencia más propiamente femenina, puede decirse que no es exclusivamente femenina, por lo que tanto varones como mujeres que hemos crecido en una infancia colmada de cuidados maternos y paternos podemos desarrollar igualmente esta inclinación natural al cuidado de los más vulnerables.

Otro acercamiento femenino a la ética del cuidado es el desarrollado por Sahara Ruddick [40]. Para esta autora, el hecho de cuidar suscita un verdadero cuidado materno en el que la razón y el sentimiento se unen, de tal manera que el cuidado de los hijos proporciona algo que va más allá de la mera ética y que tiene que ver con nuevos modelos de resolución de conflictos que evitan las actividades violentas. Ha sido un enfoque muy debatido por otras autoras que ponen en cuestión la visión idealizada de la maternidad. Más allá de estos debates, podemos preguntarnos si no cabe influencia alguna en el hecho diferenciador de la maternidad en el modo de establecer relaciones de cuidado con nuestros semejantes. Parece incuestionable que –al menos por ahora– sólo las mujeres tenemos la oportunidad de engendrar la vida en nuestro cuerpo, gestarla durante un periodo no pequeño, nueve meses de crecimiento y grandes cambios en la propia corporalidad y, finalmente, poder alimentar a la vida nacida de nuestras entrañas. Y esta posibilidad nos es recordada puntualmente cada mes durante un largo e importante periodo de nuestra vida. ¿Es posible que este hecho no configure de alguna manera nuestras relaciones con la vida más vulnerable? El dato de que las escasas incursiones en el cuidado a la vida en el ámbito profesional a lo largo de la historia haya sido fundamentalmente como matronas y pediatras no parece que sea casual o producto exclusivo de una convención social y cultural.

En esa misma línea, desarrolla su pensamiento filosófico Virginia Held, partiendo de una hipótesis moral: cómo pensar la construcción social si ésta se basara en una moralidad estrictamente femenina, en la que el paradigma de la economía y el poder fuera sustituido por las relaciones del tipo materno-filial [41]. Más allá del reduccionismo de llegar a proponer un único modelo de referencia para las relaciones interpersonales y sociales, la propuesta de Virginia Held señala una realidad que trasciende la mera biología: quien gesta, amamanta, cuida, educa a un niño está transformando la realidad social, comenzando por el mismo sujeto moral que lo ejerce y por quien lo recibe, de tal forma que genera un tipo de vínculos y comportamientos constructores de la sociedad [42]. La autora llega a afirmar que una “ética del cuidado, esencial como componente y quizá también como estructura portadora de moralidad, es insuficiente... si no se tiene en cuenta la justicia” [43]. Sin embargo, afirma que es necesario superar la primacía de la razón sobre los sentimientos. En este mundo cambiante, son muchas las muestras culturales que indican que algo está cambiando en la cultura en este sentido y, sin duda, las décadas venideras serán testigo de este difícil y lento tránsito pero prácticamente imparable en las sociedades occidentales.

Esta última reflexión en torno a la capacidad transformadora social de las relaciones desde la ética del cuidado desarrolladas por las madres apunta hacia una propuesta ética concreta. Se trata de una propuesta que no es ni mucho menos novedosa, sino que hunde sus raíces en la ancestral respuesta que tantas mujeres a lo largo de la historia han dado al sufrimiento, al dolor, a la discapacidad, desde sus mismos inicios en sus entrañas hasta el final en sus brazos. Dicen los expertos que el 90% de la violencia en el mundo es ejercida por los varones [44]. Independientemente de las consideraciones acerca de los mayores o menores niveles de testosterona, de la educación o la estructura patriarcal de la humanidad, conviene preguntarse si hay algo que, como seres humanos –racionales y libres, responsables y morales– podemos modificar en nuestro comportamiento y decisiones éticas, más allá de nuestro ser hombre o mujer. Las relaciones de cuidado, la mirada empática que se hace cargo de la realidad sufriente, la contextualización de los problemas en su abordaje, posiblemente no faciliten la redacción de depuradas constituciones nacionales con vocación de perpetuidad, ni pueda sostener una nueva declaración de derechos de la humanidad y para la humanidad. Pero, en todo caso, sí es un modo de enfrentar la vida y las relaciones que seguramente hará más viable y reconciliadora la vida familiar, laboral, profesional y social de todos nosotros.

## 5. Conclusiones

Desde que la humanidad tiene conciencia de sí misma y recoge su propia historia compartida, puede constatarse una realidad que trasciende a la geografía y a la cultura: allí donde hay dolor, enfermedad y sufrimiento, ha habido, hay y seguirá habiendo previsiblemente una mujer preocupada y ocupada en su cuidado y bienestar. La relación de la mujer con la vida y su cuidado, desde su misma concepción hasta la muerte, parece presentarse como una suerte de simbiosis capaz de dar esperanza y salud a unos e identidad y gratificación a otras.

Así lo ha mostrado la historia, con figuras femeninas que han encarnado la esperanza de los enfermos, con mujeres que han atendido sistemáticamente a otras mujeres en el momento de dar vida, con más mujeres consagradas al cuidado no remunerado de enfermos, ya sea en el ámbito privado del hogar o en las múltiples instituciones y obras de caridad para con los más pobres y necesitados y, finalmente, con mujeres que se han esforzado por formarse profesionalmente con los mejores medios a su alcance.

Comprobada la realidad intuida, subrayada la novedad histórica que vivimos en este ámbito, nos hemos hecho la pregunta ineludible, ¿qué significa este ancestral interés de la mujer por cuidar la vida más vulnerable? Varones y mujeres respondemos de forma diferente a las cuestiones que éticamente nos interpelan. Diferente no significa mejor, ni mayor, ni más importante, sino que la respuesta es simplemente eso, distinta, con otros acentos que enriquecen el ya de por sí complejo y vasto tejido social. Del mismo modo que no puede concebirse una sociedad que no se rija por principios universales, por los valores de justicia e igualdad, que no sea capaz de tomar distancia de la realidad para emitir juicios imparciales, no debiera poder concebirse una sociedad en la que la solidaridad, la contextualización, los afectos, la promoción del individuo o la colaboración no se privilegien en las relaciones humanas.

No podemos contemplar de forma dilemática la alternativa de seguir una «ética de la justicia» frente a una «ética del cuidado». Todos nosotros, varones o mujeres, hemos de aprender todos y todas a armonizar en nuestras opciones éticas la justicia con la solidaridad, la igualdad con la preferencia por los más desfavorecidos, la imparcialidad con el contexto. Y mucho más cuando abordamos el mundo de las relaciones establecidas desde la desigualdad intrínseca que hay entre cuidador y cuidado, entre sano y enfermo, entre profesional y paciente.

Ojalá, algún día, propuestas como ésta carezcan de sentido porque todos, varones y mujeres, del norte y del sur, sanos o enfermos, somos capaces de acercarnos a la vida vulnerable para ofrecerle los cuidados, la atención y la acogida que necesitan. Porque, no lo olvidemos, todos nosotros nos encontraremos algún día al otro lado de esta reflexión, esperando una mano amiga que nos cuide, sea hombre o mujer, su edad, su procedencia o su cultura.

**M. Carmen Massé García:** [aebioetica.org](http://aebioetica.org)

Notas:

1 \_\_\_\_\_ Hernández, A. «El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad». *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2009; 8(17), 175.

2 Durán, M. A. «Las demandas sanitarias de las familias». Gaceta Sanitaria. 2004; 18(1): 196.

3 Tomado del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. 2016. [Publicación en línea] [http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/universidades/estadisticas-informes/estadisticas/alumnado/2015-2016\\_Av/Grado-y-Ciclo.html](http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/universidades/estadisticas-informes/estadisticas/alumnado/2015-2016_Av/Grado-y-Ciclo.html) [Consulta: 7/03/2017]

4 INE. 2016. [Publicación en línea] <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2015/10/&file=s01002.px> [Consulta: 7/03/2017]

5 INE. 2016. [Publicación en línea] <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2015/10/&file=s08002.px> [Consulta:7/03/2017]

6 Estudio realizado Barcelona en octubre de 2010 con 538 estudiantes de todos los cursos de medicina que asistieron a clase los días de la encuesta. En: Mena, G. et al. «Formación sanitaria especializada: preferencias y percepciones de los estudiantes de medicina». Medicina Clínica. 2013; 140(3); 135-138.

7 Roter, D. L., Hall, J. A., Aoki, Y. «Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review». JAMA. 2002; 288,756-764.

8 Franks, P., Bertakis, K. D. «Physician gender, patient gender, and primary care». Journal of Women's Health. 2003; 12: 73-80.

9 Maheux, B., Haley, N., Rivard, M., Gervais, A. «Do women physicians do more STD prevention than men? Quebec study of recently trained family physicians». Canadian Family Physician. 1997;43, 1089-1095.

[10] Mitler, L. K., Rizzo, J. A., Horwit, S. M. «Physician gender and cesarean sections». Journal of Clinical Epidemiology. 2005; 3,1030-1035.

[11] Via, G., Sanjuán, M., Martínez, et al. «Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros». Enfermería Intensiva. 2010; 21(3): 110-111

[12] Bover-Bover, A. «El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género».

Enfermería Clínica. 2006; 16(2): 69-76.

[13] El 20,7% de los adultos españoles convive con algún familiar mayor al que cuida prestándole los cuidados necesarios para la vida diaria, pero con una diferencia importante: mientras que el 24,5% de las mujeres prestan esos cuidados, sólo el 16,6% de los varones lo hace. En: García-Calvente, M. M., y cols., op. cit. 85-86.

[14] Bover-Bover, A., op. cit. 70.

[15] Armstrong, P. "Las mujeres, el trabajo y el cuidado de los demás en el actual milenio". En: Organización Panamericana de la Salud, La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado, OPS, Washington, 2008, 196.

[16] García-Calvente, M. M., y cols., op. cit. 87-89.

[17] Se considera inaugurada la medicina como técnica a partir de Alcmeón de Crotona (540 a.C.), del que no se conservan sus escritos pero que influyó en gran medida en el pensamiento de Hipócrates, cuya obra, desarrollada entre los siglos V y IV a.C., constituye el inicio de la medicina contemporánea.

[18] Iglesias, P. Mujer y Salud: las Escuelas de Medicina de Mujeres de Londres y Edimburgo, Tesis doctoral de la Universidad de Málaga. Director: Dr. Juan Jesús Zaro Vera, 2003.

[19] Puede establecerse una legítima relación con la figura de María en el cristianismo, invocada hasta nuestros días como "salud de los enfermos" y venerada en santos lugares por enfermos que esperan de ella su curación.

20 Bernis, C. y Cámara, C. "La mujer en la constitución histórica de la Medicina". En: Durán, M. A., Liberación y Utopía, Akal, Madrid, 1982, 207.

[21] Furst, L. R. Women Healers and Physicians Climbing a Long Hill. The University Press of Kentucky, 1997, 133.

22 Hoyo Calleja, J. «La mujer y la medicina en el Mundo Romano». Asclepio.1987; 39, 137.

23 Jonsen, A. R. Breve historia de la ética médica. San Pablo-U.P. Comillas, Madrid, 2011, 51-52.

24 Rivas, F. La vida cotidiana de los primeros cristianos. Verbo

Divino, Estella, 2011, 88-90.

[25](#) Iglesias, P., op. cit., 168-170.

[26](#) Ibid., 178.

[27](#) Ibid., 181.

[28](#) Ibid.

[29](#) Ortiz-Gómez, T., Birriel-Salcedo, J., Ortega del Olmo, R. «Género, profesiones sanitarias y salud pública». Gaceta Sanitaria. 2004;18 (1): 191.

[30](#) Iglesias, P. op. cit., 185.

[31](#) Arrizabalaga P. y Valls-Llobet, C. «Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación». Medicina Clínica. 2005; 125(3):103.

[32](#) Ibid.

[33](#) Gilligan, C. In a different voice: psychological theory and women's development, Harvard University Press, 1982.

[34](#) Feito, L. Ética y enfermería. San Pablo-U. P. Comillas, Madrid, 2009, 145-150.

[35](#) Ibid., 147.

[36](#) Para un estudio detallado, remito al estudio sistematizado y exhaustivo de la Dra. Marta López: López Alonso, M. El cuidado: un imperativo para la Bioética. U. P. Comillas, Madrid, 2011.

[37](#) Benhabib, S. «Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral». Isegoría. 1992; 6: 37-63.

[38](#) Noddings, N. Caring: a Femenine Approach to Ethics and Moral Education, University of California Press, Berkeley, 1984.

[39](#) López Alonso, M., op.cit. 29-30. Texto que seguiré en este análisis.

[40](#) Ruddick, S. Maternal Thinking: Toward a Politics of Peace. Beacon. Press, Boston 1989

[4](#)[1]

Held, V. *Etica femminista. Trasformazioni della coscienza e famiglia post-patriarcale*, Feltrinelli, Milan, 1997.

[42](#) López Alonso, M., op. cit. 33.

[43](#) Held, V., op. cit. 50.

[44](#) Cfr. Sánchez, X., Redolar, D., Bufill, E. y cols. *¿Somos una especie violenta?* Universidad de Barcelona, Barcelona, 2014