








Services on Demand

Article

-  [Article in xml format](#)
-  [Article references](#)
-  [How to cite this article](#)
-  [Automatic translation](#)
-  [Send this article by e-mail](#)

Indicators

-  Cited by SciELO
-  [Access statistics](#)

Related links

-  [Similar in SciELO](#)

Bookmark

- [| More](#)

[Revista Cubana de Salud Pública](#)

Print version ISSN 0864-3466

Rev. cub. salud pública vol.33 no.4 La Habana Oct./Dec. 2007

<http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662007000400004>

FORUM

Pobreza y género

Poverty and gender

Leticia Artiles Visbal

DraC. de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)

RESUMEN

El propósito del artículo está dirigido a visualizar el tema de la pobreza desde la perspectiva de género. Se sitúa el contexto internacional desde la década de los años 80 del siglo xx, donde se agudiza la pobreza crítica. Se establece la relación entre pobreza y género, con énfasis en la situación de salud de las mujeres. Se expone algunos resultados que contienen información estadística de diferentes estudios y se concluye que la disminución de las brechas de iniquidad de género requiere del incremento de capacidades de las mujeres, el desarrollo de estrategias multidimensionales de empoderamiento para su autodesarrollo y para acceder a los espacios donde sus derechos sean reconocidos realmente. El desarrollo personal transcurre por el avance de sus capitales económico, social, cultural y simbólico, lo que sienta las bases para demostrar y exigir que la equidad de género sea una necesidad perentoria para el logro de un mundo mejor.

Palabras clave: Género, pobreza, salud de las mujeres.

SUMMARY

The objective of this article is to visualize the topic of poverty from a gender perspective. The selected international context covered from the 80's of the 20th century when critical poverty intensified. The relationship between poverty and gender, with emphasis on the health status of women was set. Some results presenting statistical information from different studies were set forth. It was concluded that the narrowing of gender inequity gaps requires the increase of women's capabilities, the development of multidimensional empowering strategies aimed at their self-development and at gaining access to spaces where their rights are really acknowledged. Personal development is related to advances in economic, social, cultural and symbolic capitals, which lays the foundations for demonstrating and demanding that gender equity be an urgent need to attain a better world.

Key words: Gender, poverty, women's health.

EL CONTEXTO

A partir de la década pérdida de los años 80 del pasado siglo, el deterioro de las condiciones de vida de las poblaciones ubicó el tema de la pobreza en un lugar protagónico; la depauperación y el despojo se hacían presentes en un mundo cada vez más hegemónico, con la concentración de capitales en un ínfimo porcentaje de la población mundial y el consecuente desplazamiento de parte de ella, que en términos económicos, de condición y posición, descendió en la escala humana a un infierno de expropiación con la consiguiente ampliación de la brecha de iniquidad y los efectos desfavorables para su desarrollo, y en particular para su salud.

Cerca de mil millones de personas vivían en pobreza crítica, la expectativa de vida en América Latina apenas alcanzaba los 55 años, mientras que en los países desarrollados era de 72 años. La tasa de mortalidad infantil en la mayoría de los países pobres, era de 100 a 150 por mil nacidos vivos, mientras en los países desarrollados sólo fallecieron entre 10 y 20 por mil nacidos vivos.

Tan sólo una tercera parte de la población subdesarrollada tuvo acceso a agua potable y a saneamiento ambiental. La mayoría de las muertes eran a consecuencia de enfermedades diarreicas, producidas por contaminación del suelo, alimentos y agua, y aparecieron en el mapa epidemiológico de América Latina enfermedades emergentes y reemergentes. A partir de ese momento se comenzó a aplicar las medidas de ajuste para revertir la denominada espiral de la pobreza, que generaba un marcado deterioro social.

Para la década de los 90 se calculaba que aproximadamente 400 millones de latinoamericanos vivían en condiciones de pobreza crítica y el peso fundamental recaía en los grupos más vulnerables: mujeres y niños/as, ancianos/as. En el momento en que se produce la Declaración del Milenio (2000), 1 200 millones de personas en el mundo en pobreza vivían con menos de un dólar por día, 113 millones entre niños/as no asistían a la escuela, las dos terceras partes del analfabetismo recaía en las mujeres, cada año morían 11 millones entre niños y niñas, y el riesgo de morir durante el parto era de uno en 48 casos.¹

La pobreza jugó un rol protagónico en la escena mundial, con diferencias sustantivas entre los polos de desarrollo mundiales, entre y dentro de los continentes, los países y los territorios. Las diferencias extremas se convirtieron en lo común y las aspiraciones de un mundo equitativo, con posibilidades de educación, información, acceso y control sobre los recursos, fueron quedando en la línea del horizonte, y a pesar de los llamados y declaraciones de las Naciones Unidas, la meta se alejaba de la oportunidad objetiva de alcance; ejemplo de ello fueron la Resolución 30,43 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que estableció la Meta de "Salud para todos en el año 2000", que proclamaba como base para este logro la atención primaria de salud, posteriormente la Conferencia de Riga (URSS, 1988), donde se comprobó que no había un entendimiento común sobre el significado de "Salud para Todos" de Alma Ata y luego la llamada de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud.²

Las diferencias en el vivir, enfermar y morir por causas prevenibles, convirtieron en un reclamo perentorio el considerar la condición de salud como derecho y bien público, factor esencial para la calidad de vida de las poblaciones. Sin embargo, en los llamados citados, no se hacía énfasis particular en la salud de las mujeres y sus necesidades diferenciales al plantear el tema de la equidad, asunto que se colocó definitivamente a partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto en septiembre de 1994 y la Conferencia Internacional de la Mujer Celebrada en Beijing, China en 1995, y más cercanamente en la Declaración de los Objetivos del Milenio.³⁻⁵

En estos conclave se pudo demostrar las diferencias entre las mujeres y los hombres en términos de necesidades prácticas y estratégicas, lo que dejó claro la necesidad de introducir el enfoque de género para un análisis más integral, como expresión de las asignaciones culturales y sociales en función del sexo.

Se demostró que es necesario enfatizar en la salud de las mujeres debido a que presentan características diferentes en este aspecto, y sobre todo, por lo que representan las sobrecargas asignadas y asumidas en la multiplicidad de roles que desempeñan en la vida cotidiana: la doble jornada, la precarización que padece en el desempeño del rol productivo, es decir, aquel trabajo por el que la mujer recibe menor salario y tiene peores condiciones laborales que los hombres; el voluntariado del rol comunitario, entendido por aquellos compromisos desarrollados en la comunidad, como vacunación, casas de alimentación a niños, y otros, que son realizados de forma gratuita, preferentemente por mujeres, y que representan un costo totalmente invisible que no se incluye en las cuentas que deben ser asumidas por los gobiernos. Los elementos planteados unidos a los restantes desempeños de las féminas, constituyen una sobrecarga de género que representa un factor de riesgo para la salud; a esto se añade el peligro de contraer infecciones de transmisión sexual, esencialmente debido a la justificación de los comportamientos masculinos de sus parejas, entre otros.

Se ha comprobado que la percepción de las necesidades de salud propias de las mujeres, es diferente a la que perciben sus familiares masculinos más cercanos, y a la de los políticos masculinos que las representan; estas necesidades particulares y percibidas de manera específica según el sexo no pueden ser correctamente encaminadas debido a la escasa representación que tienen las féminas en la toma de decisiones políticas para sus propios asuntos de salud.⁶

El hecho de que la esperanza de vida de las mujeres, sea mayor, ha tendido a opacar la realidad de su calidad de vida en ese supuesto privilegio de la sobrevivencia, estrategia de la naturaleza para garantizar la reproducción de la especie. En este sentido se puede afirmar que las mujeres no viven más, sino que mueren más tarde, y en condiciones de pobreza, esta "supuesta" ventaja disminuye considerablemente, es decir, las más pobres mueren más de lo que debieran morir.

Al analizar el ámbito de la salud, es necesario enfatizar en las mujeres, porque mujeres y hombres ocupan posiciones diferentes frente a la utilización y la provisión de atención, es necesario enderezar la balanza entre necesidades y recursos y entre contribuciones y beneficios. Las mujeres respecto a los hombres, presentan mayor incidencia de trastornos agudos a lo largo de la vida, mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales y niveles más elevados de discapacidad en el corto y largo plazo, particularmente dentro de las edades avanzadas. Esta diferencia se mantiene entre los países y en diferentes estratos sociales. La morbilidad femenina unida a los requerimientos exclusivos de la función materna, hacen que la necesidad de servicios de atención exceda a la de los hombres. El reconocimiento de la desventaja generalizada de las mujeres en cuanto al acceso a recursos está en la base de los argumentos de las agencias internacionales y los gobiernos para focalizar la población femenina, lo que ya fue planteado en el primer Informe de Desarrollo Humano, donde se declaró "ningún país del mundo trata tan bien a sus mujeres como a sus hombres."⁷

POBREZA Y GÉNERO. DEFINICIONES VINCULANTES EN EL DETERIORO DE LA VIDA

Generalmente cuando se habla de pobreza, se arrima el imaginario a lo monetario, cuando su contenido es mucho más amplio, según Laderchi⁸ se pueden precisar cuatro enfoques para el análisis de la pobreza, y considera que todos contienen elementos arbitrarios y subjetivos:

- a. Enfoque monetario: cuyas políticas de resolución están centradas en el incremento de entradas monetarias, sea por crecimiento económico o por mejor distribución (búsqueda de bienestar),
- b. enfoque de capacidades: se orienta a subrayar la provisión de bienes públicos y satisfacción de necesidades (búsqueda de justicia social),
- c. enfoque de exclusión social: pone énfasis en la eliminación de factores de exclusión como por ejemplo, las políticas de distribución y antidiscriminación y
- d. enfoque de participación: remarca la necesidad de empoderamiento de la población empobrecida.

Los enfoques a y b se refieren al individuo, mientras que los enfoques c y d remiten a grupos sociales. A los efectos del presente artículo se utilizarán los dos primeros. El enfoque monetario es restrictivo si se limita al ingreso, al acceso y no al control del recurso y a su relación con la capacidad que cada persona tiene para distribuirlos en una forma óptima, lo que quiere decir, traducir los ingresos en funcionamientos.⁸

Al introducir el género como criterio de análisis de la pobreza, se considera como punto de partida que la diferencia de género se traduce en múltiples formas de desigualdad y ausencia de equidad en las relaciones entre los sexos y como punto de llegada, el necesario alcance de la equidad e igualdad social entre los sexos como elemento sustantivo para la calidad de vida de las poblaciones.

Y si bien cuando se trata del tema de género, como asignaciones culturales y sociales que se establecen y asumen en función del sexo, afectan a mujeres y hombres por igual, las mujeres son más desfavorecidas en el juego. En algún momento de la década de los 90, Carlyle Guerra de Macedo, que fuera Director de la Organización Panamericana de la Salud dijo que: mujeres y hombres tienen similares sobrecargas sociales, pero en el ámbito de la salud el hombre mantiene una equidistancia del proceso, mientras la mujer se introduce tanto dentro del mismo, que de atender pasa a ser asistida. Estas palabras explican por sí solas las diferencias, las mujeres no sólo presentan los problemas de su propia salud, sino que asumen la salud de los otros/otras.

Si se asigna un orden jerárquico para las iniquidades según los ingresos económicos se puede establecer:

Primera iniquidad: la mujer puede tener acceso al ingreso pero no a su control.

Segunda iniquidad: los ingresos son diferentes e inferiores para mujeres respecto a los hombres.

Tercera iniquidad transversalizadora: la primera y segunda iniquidad se agudizan según clase (posición ocupada ante los medios de producción, raza (entendida como color de la piel), territorio, (espacio geográfico) y etnia (grupos culturales no dominantes).

Estas iniquidades quedan manifiestas cuando se informa que 1 500 millones de las personas que viven con menos de 1 dólar al día son mujeres. Las mujeres se ven privadas de prestamos, herencia y no se reconoce su trabajo, entre otros. Sus necesidades en materia de atención de la salud y nutrición no son prioritarias, carecen de acceso adecuado a la educación y a los servicios de apoyo y su participación en la adopción de decisiones en el hogar y en la comunidad es mínima. Atrapada en el ciclo de la pobreza, la mujer carece de acceso a los recursos y los servicios para cambiar su situación. La brecha que separa a los hombres de las mujeres en el ciclo de la pobreza se sigue ampliando, de allí que se continúa enfatizando en la feminización de la pobreza.⁹

Si el análisis se realiza a partir del enfoque de capacidades, relacionado con el desarrollo de competencias para acceder y controlar los recursos económicos, ineludibles para la satisfacción de necesidades, también existe un sesgo de género dado por la real posibilidad de acceso a la educación, a la información, y sobre todo al recurso tiempo, extraordinariamente limitado en las mujeres debido a las asignaciones culturales y sociales encargadas y asumidas para garantizar la reproducción social de la familia.

La percepción de las condiciones y la calidad de vida, variará con la persona, con el sujeto social, porque su imaginario, su cosmovisión y su forma de respuesta dependen del entorno y la interrelación dinámica en

que se ha desarrollado histórica y contextualmente. Tan es así, que la forma de percibir la pobreza, sus causas y relaciones varía con el género, la raza/etnia, la edad, y/o el nivel socio-económico. Así lo refleja un estudio realizado por el Banco Mundial, del que se toman los ejemplos siguientes:10

- En Ghana, los hombres relacionan la pobreza con la carencia de bienes materiales, mientras que las mujeres la vinculan con la falta de alimentos. Esta percepción está presente también entre los guatemaltecos y guatemaltecas.
- Para los mayores, la posibilidad de salir de la pobreza se encuentra en las habilidades que poseen para llevar a cabo las tareas agrícolas, en tanto que para los jóvenes se halla en las capacidades adquiridas que llevan a generar ingresos en otras actividades, como la posibilidad de emigrar y obtener recursos económicos en otro lado.
- Muchos de los hombres y mujeres pobres de este estudio ponen el acento en el logro de una independencia económica que les posibilite acceder a los bienes y servicios, sobre todo, a los alimentos.

Estas formas de percepción responden al marco antropológico en que se desarrolla, el/la sujeto actuante, y que está dado por el marco cultural, la ideología, el sistema de derecho como macroentorno determinante, que se expresa, a su vez, en una cadena de ambientes donde se reproducen los seres humanos biológica y socialmente; esto se concreta en el mesoentorno geográfico: lo urbano, lo rural, la altura o el llano, y en el mesoentorno sociológico de las instituciones que dictan las normativas que regulan la vida de las personas; la cadena conduce al microentorno de la familia, el trabajo, las redes sociales de apoyo donde se expresa los entornos superiores como una cascada que establece su impronta, y finaliza en la persona, integrante del grupo social; su percepción y capacidad de respuesta ante las condiciones de vida en que se encuentra inmerso, dependerá de su biografía y de su capital cultural, simbólico, económico y social. De esta complejidad deriva la diferente percepción de los actores estudiados y sus capacidades de respuesta.

EXPRESIÓN DEL GÉNERO EN LAS ESTADÍSTICAS

El equipo de apoyo técnico para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), realizó un estudio sobre el tema pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos cuyos resultados, algunos de los cuales se exponen a continuación, expresan iniquidades de género:8

- La carga de enfermedad de salud sexual y reproductiva es de 22 % para las mujeres mientras que para los varones es de 3 %, diferencias que podrían estar vinculadas con cuestiones relativas a sus prácticas de sexualidad y otros aspectos socioculturales.
- La salud materna es la carga dominante en la enfermedad por salud sexual y reproductiva de mujeres y en Latinoamérica y el Caribe (LAC) representa el 11,3 % de la carga total de enfermedad.
- La carga de enfermedad de la salud sexual y reproductiva no se limita a los efectos sobre la mujer misma, sino que tiene a su vez efectos intergeneracionales: las causas perinatales son el 10 % del total de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs, por sus siglas, en inglés) perdidos, asociados a enfermedad reproductiva.
- El 12 % de las muertes de las mujeres en edad reproductiva y el 15 % de los DALYs perdidos son resultado del sexo no seguro. La mayoría de las consecuencias del sexo no seguro recaen sobre las mujeres, quienes sufren de enfermedad pélvica inflamatoria, cáncer cervicouterino, infertilidad y complicaciones de abortos inseguros. En los hombres, la carga de la enfermedad por sexo no seguro es también alta debido a las altas proporciones de casos de SIDA que se registran.
- El acceso a un aborto seguro es posible en Puerto Rico, Guyana y Cuba; en tanto que en Chile, El Salvador y Honduras está prohibido. En el resto de los países de LAC se acepta en determinadas circunstancias como la violación, el peligro para la salud y la probabilidad de muerte de la mujer, las malformaciones del feto, por causas accidentales o imprudenciales, debido a inseminación no consentida o por razones económicas (por ejemplo, en Yucatán, México).
- Las estadísticas de mortalidad materna y de aborto están íntimamente ligadas a situaciones de violencia.

Otros resultados que expresan iniquidades de género con una importante contribución en la calidad de vida, menos visibles y más difíciles de cuantificar por competir más a la percepción personal, son igualmente importantes. Los recursos culturales que apuntan a la equidad de género, generalmente resultan invisibles hasta para las propias mujeres, entre los cuales se encuentra la autoestima, la disponibilidad del recurso tiempo para su autocuidado, disponibilidad de espacio de recreación, de libertad y derechos.

Esta información no numérica, que pocas veces se incorpora a los procesos de salud, tiene un valor, en tanto se conforma en el marco de la posición de clase social, que el mundo hegemónico del capitalismo actual presiona hacia condiciones de inhumana expropiación a los más desfavorecidos, porque este entorno limita el desarrollo de capacidades y competencias para satisfacer las necesidades del mundo personal y subjetivo, tan importantes como la satisfacción de las necesidades materiales. De hecho se ha considerado que aunque la pobreza de ingresos resulta una variable crucial de la pobreza económica, ha de evitarse la identificación de ambas porque oculta el resto del funcionamiento social que subyace y que hace que su vínculo sea tan estrecho.11

El tomar en consideración la necesidad de empoderamiento de las clases sociales más desfavorecidas y dentro de ellas, potenciar las capacidades para la disminución de las brechas de iniquidades por color de la piel, etnia, raza y preferencia sexual, constituye un reto para las acciones de salud y la formulación de políticas para alcanzar ese mundo mejor posible al que todos y todas aspiramos.

CONSIDERACIONES FINALES

La reducción de la pobreza y de sus implicaciones es un fenómeno altamente complejo y multicausal que requiere de estrategias específicas y de toma de conciencia, real no formal, de gobiernos, instituciones y personas para su solución. Se requiere un diálogo continuado entre la sociedad civil y el Estado que incluya explícitamente las maniobras que pudieran dar respuesta a la necesaria disminución de las brechas, lo que implica la visualización de los actores protagónicos y la puntualización de que la estratificación social por territorio, clase, raza y etnia, está transversalizada por las iniquidades de género, lo que hace la brecha más profunda con una discriminación negativa hacia las mujeres.

Es interesante considerar una visión de Amartya Sen, acerca del enfoque de capacidades,12 con la introducción de una lectura desde la perspectiva de género, y en particular hacia las mujeres.

Según Sen, las capacidades de cada persona para guiar su propia vida están en función de lo que resulta altamente valorado acorde al medio en que se desarrolla, lo cual tiene una influencia determinante en el comportamiento social; este autor considera que las capacidades son influenciadas por cada individuo.12

Este planteamiento, desde una perspectiva de género, se puede interpretar de la siguiente manera: las capacidades de las mujeres se estructura a partir de la responsabilidad de la reproducción social asignada en función de la reproducción biológica; la primera generalmente invisible porque se expresa fundamentalmente en el espacio doméstico y se asume como natural a pesar de que en los últimos decenios las mujeres

desarrollaron capacidades para el mercado de trabajo al ocupar todos los espacios públicos y cualquier escenario laboral; las tareas de lo social, manifiestas en el rol reproductivo, no fueron disminuidas; en el espacio doméstico las labores no se repartieron equitativamente y el espacio público las dejó en su lugar pero exigiéndoles como a sus "iguales" masculinos. Estos comportamientos favorecen una doble y triple carga de trabajo que determina sustantivamente enfermedad y muerte por causas prevenibles, evitables e injustas. Visto así, las capacidades de las mujeres, hoy día, presentan aún un dañino sesgo de género porque lo que resulta altamente valorado acorde al medio en que las mujeres se desarrollan, a pesar de los logros obtenidos, todavía permanece estrechamente vinculado a la salud y a la responsabilidad reproductiva.

Si para el desarrollo de las capacidades, a su máxima expresión, no sólo son importantes los recursos materiales sino también los recursos personales, y el desarrollo de estos últimos es fundamental, todavía falta un trecho a las mujeres para lograr la equidad social y en salud, lo que se agrava en condiciones de pobreza. Esto significa un reto, que se traduce en la necesidad de incrementar las capacidades personales, empoderar a las mujeres en el reconocimiento conciente de sus valores y fuerzas, como ejes no sólo de reproductoras biológicas, sino de reproductoras sociales, trabajo reproductivo que se vuelve productivo en la reposición de la fuerza de trabajo. Tomar conciencia de sus capacidades integrales, social e individualmente, permitirá, más temprano que tarde, llegar a tomar el cielo por asalto, donde las mujeres con su fuerza y la de las generaciones que le pertenecen, demuestren y exijan que la equidad de género es una necesidad perentoria para el logro de un mundo mejor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González MC. El Discurso Médico. Representaciones Sociales. Carabobo: Universidad de Carabobo, Editorial Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico;2005. [[Links](#)]
2. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá: OMS, Asociación;1986. [[Links](#)]
3. ONU. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. A/Conf. 171/13. 5-13 de septiembre. El Cairo: ONU;1994. [[Links](#)]
4. ONU. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. A/Conf. 177/20. 4-15 de septiembre. Beijing: ONU;1995. [[Links](#)]
5. ONU. Declaración del Milenio. Resolución 55,2 Asamblea General [serie en Internet]. [citado 2000]. Disponible en: http://www.un.org/spanish/millennium_goals/ares552.html [[Links](#)]
6. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Equidad, género y reforma de las políticas de salud en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. VIII Conferencia Regional Sobre la Mujer en América Latina y el Caribe. Lima, Perú, 8-10 de febrero 2000. División de Salud y Desarrollo Humano. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, D.C.: OPS;2000. [[Links](#)]
7. PNUD. Human Development Report 1995. New York: PNUD;1995. [[Links](#)]
8. UNFPA. Equipo de apoyo técnico para América Latina y el Caribe. Pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos. México, D.F.: UNFPA;2005.(ISBN # 0-89714-762-6). [[Links](#)]
9. Mujer 2000. Nota informativa N° 1[serie en Internet]. [citado 2000].Disponible en: <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing> [[Links](#)]
10. Narayan. The definitions of poverty. Voices of the poor. Can anyone hear us? [serie en Internet]. [citado 2000]. Disponible en: www.worldbank.org/poverty/voices/reports/canany/ch2.pdf. [[Links](#)]
11. Pérez Orozco A. Feminización de la pobreza. Mujeres y recursos económicos [serie en Internet]. [citado 2000]. Disponible en: <http://www.cgt.es> [[Links](#)]
12. Sen A. Poverty as capability deprivation. Development as Freedom. Britain. 1999:87-110. [[Links](#)]

Recibido: 2 de agosto de 2007.

Aprobado: 11 de septiembre de 2007.

Leticia Artiles Visbal. Calle 5ta. No. 655 apto. E-3 e/ 6 y 8. El Vedado. La Habana 10400, Cuba. e-mail: leticia@infomed.sld.cu

© **2012 Revista cubana de salud pública**

Calle E No. 452 e/ 19 y 21
El Vedado, La Habana, 10400, Cuba



ecimed@infomed.sld.cu