

## **CONDICIONANTES SOCIALES DE LA SALUD: ESPECIAL ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES.**

### **SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: ESPECIAL ATENTION TO THE HEALTH OF WOMEN**

**Ines Dayana Méndez Aristizábal\***

**RESUMEN:** Es indiscutible que la atención sanitaria es un determinante importante para la salud. Sin embargo, hace falta más que ésta para mantener la buena salud de los seres humanos. La pobreza y la desigualdad son factores que inciden de manera determinante en la buena o mala salud de las personas, condicionando su tiempo y calidad de vida. Factores que se agudizan frente a las mujeres, por la forma en que se ha organizado la sociedad, sus características biológicas, la mala alimentación, etc., lo cual hace que los indicadores de la mala salud siempre muestren un significativo aumento cuando de ellas se trata.

**ABSTRACT:** *A good health care system is indisputable to be an important health determinant. However, more than the previous is needed in order to provide a human being and communities with what health and wellbeing should be. Social and economic factors, such poverty and inequality, can be determinant in what can be understood as good or bad health for communities and individuals. Poverty and inequality have considerable impacts on people's quality of life and time expectancy. Those factors tend to have a worse impact on women because of their biological characteristics, malnutrition, and on how society has shaped and the role women play in it. Because of the previous an increase on bad health indexes can be observed when one analyzes women health data.*

**PALABRAS CLAVE:** mujeres, derecho a la salud, condicionantes sociales de la salud, pobreza, desigualdad.

**KEYWORDS:** *women, right to health, social determinants of health, poverty, inequality.*

**Fecha de recepción:** 30/11/2015

**Fecha de aceptación:** 14/11/ 2015

---

\* Abogada Universidad Surcolombiana de Neiva. Magister en Estudios Avanzados en Derechos Humanos de la Universidad Carlos III de Madrid. Docente Facultad de Derecho Universidad Antonio Nariño (Neiva-Colombia). E-mail: [Idamena\\_18@hotmail.com](mailto:Idamena_18@hotmail.com)

## 1.- INTRODUCCIÓN

La pobreza y la desigualdad son factores que inciden de manera determinante en la buena o mala salud de las personas, condicionando su tiempo de vida y calidad de la misma. Es indiscutible que la atención sanitaria es un determinante importante para la salud. Sin embargo, hace falta más que el simple suministro de servicio sanitario para mantener la buena salud de las personas. Por mucho tiempo se insistió en los hábitos, los estilos de vida, los factores de riesgo, sin embargo ello no fue suficiente para restablecer la salud de la humanidad, para reducir los índices de la mala salud y esto es así, porque definitivamente son otros los elementos a tener en cuenta para superar estos resultados, son otras las situaciones que condicionan o determinan la buena o mala salud de las personas y vienen dadas más por su entorno social y económico que por sus hábitos o estilos de vida.

En esa línea de reflexión, la Organización Mundial de la Salud, en su asamblea de 2004, lanzó la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud como una estrategia que propendía aplicar el conocimiento científico acumulado en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud<sup>1</sup>. Para la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas, de suerte que los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria<sup>2</sup>. En consecuencia, se crea una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, cuyo objetivo es ayudar a las naciones a abordar los factores sociales que conducen a la mala salud y las inequidades. Para la Comisión, la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre estos, están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes, los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población (acceso a atención sanitaria,

---

<sup>1</sup> ALVAREZ CASTAÑO, Luz Stella, "Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo", *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, v. 8, n. 17, pp. 69-79.

<sup>2</sup>[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/)

escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, etc.) y la posibilidad de tener una vida próspera<sup>3</sup>.

La Comisión destaca igualmente que la distribución desigual, no es de ninguna manera un fenómeno "natural", sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y mala gestión política, que los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias<sup>4</sup>.

Desde una perspectiva de justicia o tal vez desde una mera percepción intuitiva, no debería ser que las personas vean supeditada su calidad de vida al hecho de vivir en un lugar u otro o pertenecer a una u otra clase social, pero desafortunadamente, en nuestra realidad es así. Las personas viven mejor si tienen capacidad adquisitiva, si tuvieron la fortuna de nacer en una familia adinerada, si viven en un lugar privilegiado, de lo contrario, es altamente probable que las necesidades que tendrán que sortear serán muchas e incluso podrán incrementar si se trata de niños o niñas, de personas con discapacidad, afrodescendientes, indígenas, mujeres o de cualquier otro colectivo en situación de vulnerabilidad. Por ello de manera especial en este artículo además de hacer una aproximación para establecer la relación entre pobreza, desigualdad y salud, procuraré destacar la relación y la forma en la que estas situaciones se acentúan cuando de las mujeres del mundo se trata.

## 2.- POBREZA Y DESIGUALDAD

El concepto de *pobreza* resulta tan cotidiano –lo escuchamos todos los días en nuestro entorno laboral, social, familiar, en los medios de comunicación, etc.- como elaborado –es parte del debate académico y de la agenda de las naciones del mundo-. La pobreza hace presencia en todo el mundo, permeando cada esfera en donde el actuar del Estado no llega, ya sea porque no es tan fuerte o porque simplemente no actúa. En donde las necesidades y la escasez están a la orden del día, "pobreza remite a ciertas carencias de bienes y servicios mínimos que determinada sociedad considera como indispensables para todos sus miembros<sup>5</sup>".

---

<sup>3</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, "Informe Subsanan desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud", Ginebra, 2009, pág. 1.

<sup>4</sup> *Ibidem*.

<sup>5</sup> GUTIERREZ, Alicia, *Pobre como siempre...Estrategias de reproducción social de la pobreza*, Ferreira Editor, Córdoba-Argentina, 2005, Cap. I: "Pobreza, marginalidad, estrategias, las discusiones teóricas del análisis", pág. 21.

La pobreza produce discriminación social, exclusión, falta de ingresos y recursos insuficientes para garantizar medios de vida sostenibles, hambre y malnutrición, mala salud, limita el acceso a la educación, produce aumento de la morbilidad y mortalidad de la enfermedad, falta de vivienda o viviendas inadecuadas, ambientes inseguros y excluye de la participación política, democrática y ciudadana<sup>6</sup>.

Vivir una vida sin pobreza, sin necesidades satisfechas, es un precepto reconocido en La Declaración Universal de los Derechos Humanos, que en su artículo 25.1 contempla que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido y la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

Este derecho es igualmente contemplado por el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales en su artículo 11 que reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejor continua de las condiciones de existencia, reconociendo además el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre.

Pero el ejercicio para contrarrestar la pobreza va más allá. En septiembre de 2012, en su 21º periodo de sesiones, el Consejo de Derechos Humanos aprobó los principios rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, que sostienen que erradicar la extrema pobreza no es sólo un deber moral, sino también una obligación jurídica. Por ello es necesario que los principios sean tenidos en cuenta en la lucha contra la pobreza y en la orientación de todas las políticas públicas que afectan a las personas que viven en ese estado.

Sostiene el Consejo que la pobreza es un fenómeno multidimensional que comprende la falta tanto de ingresos como de las capacidades básicas para vivir con dignidad, es un problema de derechos humanos urgente. Sostiene además que, la pobreza se convierte en causa y consecuencia de todo tipo de violaciones de derechos humanos, que se caracteriza por vulneraciones múltiples e interconexas de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, de suerte que las personas que viven en la pobreza se ven expuestas regularmente a la denegación de su dignidad e igualdad.

La pobreza también es una violación de las normas absolutas elementales de justicia social. La justicia social insiste en los principios fundamentales de la no discriminación y la igualdad, incluida la igualdad de derechos a plenitud a través del ejercicio de los derechos civiles,

---

<sup>6</sup> NACIONES UNIDAS, *Rethinking Poverty. Report on the World Social Situation 2010*, New York, 2009, pág 8.

políticos, derechos económicos, sociales y culturales. Lo cual da lugar a un conjunto de prioridades socioeconómicas que dirigen el foco de la política a los problemas de vulnerabilidad, la discriminación y el desarrollo segregado. La justicia social exige que todo el mundo debería tener un nivel de vida mínimo, y que las personas que viven en la pobreza deben recibir asistencia cuando carecen de los medios para vivir vidas que permitan afirmar su valor y la dignidad humana<sup>7</sup>.

Si bien la pobreza se ha entendido como la carencia de recursos para garantizar una subsistencia digna, esta afirmación puede resultar incompleta sino se precisa sobre diversos aspectos, esos que den cuenta de una real situación bienestar y mínimos básicos satisfechos para los seres humanos, tales como salud (nutrición, mortalidad infantil), educación (años de escolaridad, asistencia a la escuela) y calidad de vida (combustible para cocinar, saneamiento, agua potable, electricidad, vivienda bienes propios).

Para ello el Programa de Naciones Unidas para el desarrollo humano viene trabajando con el índice de pobreza multidimensional (MPI), ello bajo el entendido de que las personas en situación de pobreza y pobreza extrema se ven afectadas por otro tipo de carencias además de la mera falta de recursos económicos, estableciéndose que más de 2.200 millones de personas en el mundo se encuentran en situación de pobreza multidimensional o cerca de ella. Esto significa que más del 15 % de la población mundial sigue siendo vulnerable a la pobreza multidimensional, es decir, experimentando múltiples carencias en los ámbitos de la salud, educación y en su nivel de vida. El índice de pobreza multidimensional no se limita al mero cálculo de los ingresos sino que identifica las privaciones que sufren las personas en las tres dimensiones del Índice de Desarrollo Humano<sup>8</sup>. Al mismo tiempo, casi el 80% de la población mundial no cuenta con una protección social integral. Alrededor del 12 % (842 millones) de la población padece hambre crónica, casi la mitad de los trabajadores (más de 1500 millones) tienen empleos informales o precarios<sup>9</sup> y 18.000 niños y niñas mueren cada día por causas prevenibles y atribuibles a la pobreza<sup>10</sup>. La tasa de pobreza de América Latina en 2012 alcanzó al 28,2% de la población, y la indigencia o pobreza extrema, al 11,3%. Estos

---

<sup>7</sup> NACIONES UNIDAS, Rethinking Poverty. Report on the World Social Situation 2010, New York, 2009, p. 6. Ver <http://www.un.org/esa/socdev/rwss/docs/2010/fullreport.pdf>

<sup>8</sup> Según definición dada por el PNUD, ver <http://hdr.undp.org/es/faq-page/multidimensional-poverty-index-mpi#t295n2120>

<sup>9</sup> NACIONES UNIDAS, Resumen Informe PNUD sobre desarrollo humano 2014, New York, 2014 p. 2. Disponible en: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-summary-es.pdf>

<sup>10</sup> FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, *Estado mundial de la infancia de 2014 en cifras: Todos los niños y niñas cuentan*, Nueva York, 2014. Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/documents/spanish/SP-FINAL%20FULL%20REPORT.pdf>

porcentajes equivalen a 164 millones de personas en situación de pobreza, de los cuales 66 millones son pobres extremos<sup>11</sup>, y aunque las cifras del Banco Mundial estiman que el número de personas que viven en el mundo con menos de 1,25 dólares diarios es de 1.010 millones, según un informe publicado por el Overseas Development Institute (ODI), un centro de estudios independiente con sede en Londres, esa cifra podría incluir a 350 millones más<sup>12</sup>.

La definición de pobreza usualmente suele responder al hecho de encontrarse “por debajo o en situación de riesgo de situarse por debajo de cierto umbral mínimamente aceptable de oportunidades decisivas en diferentes dimensiones, como la salud, la educación, los recursos materiales y la seguridad<sup>13</sup>”. Sin embargo desde la perspectiva del economista y filósofo Amartya Sen, la pobreza es el fracaso de las capacidades básicas debido a la insuficiencia de medios económicos para alcanzar determinados niveles mínimamente aceptables y ello incluye desde funcionamientos físicamente elementales como estar bien nutrido o vestido y protegido adecuadamente, o libre de enfermedades prevenibles, etc., hasta logros sociales más complejos, tales como participar en la vida de la comunidad, poder aparecer en público sin avergonzarse, y así sucesivamente<sup>14</sup>.

Es decir que respecto de la pobreza, la consideración a tener en cuenta es la existencia de una insuficiencia de ingresos para generar capacidades mínimas aceptables y no de lo reducido de estos, independientemente de las características de la persona, pues una “línea de pobreza” que no se fija en las características individuales no puede hacer justicia ante las verdaderas preocupaciones de la pobreza<sup>15</sup>. Se trata de fijar especial importancia a las necesidades que pueden variar entre las personas aún percibiendo las mismas cantidades de ingresos. Pensemos por ejemplo –como lo plantea Sen- que de dos personas que

---

<sup>11</sup> COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE –CEPAL- Panorama Económico y Social, 2013, Santiago de Chile, 2014, p. 29. Disponible en [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35917/S20131079\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35917/S20131079_es.pdf?sequence=1)

<sup>12</sup>OVERSEAS DEVELOPMENT INSTITUTE, *The data revolution. Finding the missing millions*, Londres 2015. Disponible en

[http://www.developmentprogress.org/sites/developmentprogress.org/files/case-study-report/data\\_revolution\\_-\\_finding\\_the\\_missing\\_millions\\_-\\_final\\_20\\_april.pdf](http://www.developmentprogress.org/sites/developmentprogress.org/files/case-study-report/data_revolution_-_finding_the_missing_millions_-_final_20_april.pdf) Los investigadores

del informe dan por supuesto que las estadísticas se basan en datos empíricos y que tienen un carácter científico o empírico, pero afirman que en muchos casos no es así sino que son fruto de estimaciones o negociaciones políticas. Ver

<http://www.developmentprogress.org/publication/data-revolution-finding-missing-millions>

Para ampliar sobre la situación de la pobreza en el mundo ver RIBOTTA, Silvina, “El malestar del mundo actual”, *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política*, N° 8, 2008, p. 57-72.

<sup>13</sup> NACIONES UNIDAS, Informe PNUD sobre desarrollo humano 2014, p. 22. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2014HDR/HDR-2014-Spanish.pdf>

<sup>14</sup> SEN, Amartya, *Nuevo examen de la desigualdad*, Alianza, Madrid, 1992, p. 128.

<sup>15</sup> *Ibidem*.

tienen un nivel de ingresos similar, una de ellas –que incluso puede tener ingresos un poco mayores- tenga un problema de salud que le implique procedimientos muy costosos, en este caso, esta persona tiene una vida más empobrecida que la de la otra, pues está frente a una insuficiencia de ingresos, lo que gana no le permite convertir en capacidades para funcionar, es decir, no se puede analizar aisladamente los ingresos económicos –sean altos o bajos- independientemente de la capacidad de funcionar derivada de estos ingresos, en palabras de Silvina Ribotta<sup>16</sup>, lo relevante no es lo *reducido* que los ingresos sean en términos de cantidad, sino lo *insuficientes* que resulten para generar capacidades mínimamente aceptables, lo sensible o no que sean a la conversión de ingresos en capacidades. Para Sen tener una cierta capacidad, es ser capaz de alcanzar una serie de desempeños y estos son variados, pueden ir desde los más complejos como el logro de autorrespeto o de un alto nivel de integración dentro de la sociedad, hasta otros básicos como lograr un nivel nutricional o de salud adecuados. El enfoque de la capacidad se centra en las vidas humanas, en las oportunidades reales de las personas y no sólo en los recursos de la gente, en la forma de posesión o usufructo de objetos de conveniencia<sup>17</sup>.

Ahora bien, al lado de la pobreza camina otro fenómeno que hace que esta se fortalezca cada día: se trata de la desigualdad. La desigualdad social puede entenderse como la condición por la cual las personas tienen un acceso distinto a los recursos, servicios y posiciones que la sociedad valora<sup>18</sup>, es decir, esa manera inequitativa en que se distribuyen los recursos y bienes necesarios para que las personas puedan ver satisfechas sus necesidades.

Aunque muchas personas aún sostengan que en el mundo hay pobreza porque hay escasez de recursos y porque de una u otra forma es inevitable que unos padezcan necesidades para que otros vean satisfechas las suyas, lo cierto es que la escasez no explica el que haya personas que disponen de pocos o ningún recurso, ni que exista escasez respecto a personas concretas, ni sirve como argumento para justificar el hambre y la miseria. Es decir, en el mundo la carencia generalizada de recursos se da en un determinado contexto social y geográfico, pero no en términos globales de la sociedad mundial. De este modo, la cuestión no es que no existan recursos suficientes, sino la forma en que estos están distribuidos. Así pues, el problema de la pobreza es

---

<sup>16</sup> RIBOTTA, Silvina, "Pobreza hambre y justicia en América Latina y el Caribe. Debatendo sobre la justicia mientras 53 millones de latinoamericanos sufren de hambre" *Revista electrónica Iberoamericana*, Vol. 4 Nº 1, 2010, pág. 151.

<sup>17</sup> SEN, Amartya, *La idea de la Justicia*, Ed Taurus, Madrid, 2010, pág. 283.

<sup>18</sup> KERBO, Harold, *Estratificación Social y Desigualdad. El conflicto de clase en perspectiva histórica comparada y global*, Trad. M.T. Casado, McGraw-Hill/Interamericana de España, 2004, pág. 11.

realmente el problema de la distribución de recursos en el mundo, el problema es la existencia de desigualdades económicas, pues aunque existen diversos tipos de desigualdades, de tipo sociales, culturales, políticas, económicas, sexuales, de género, etc, es la desigualdad económica la que principalmente condiciona al resto de desigualdades, hace que las demás desigualdades sociales se agudicen y se tornen complejas de superar, pues es la desigualdad económica la que predispone a la pobreza.<sup>19</sup>

La desigualdad entonces se constituye como un fenómeno intimamente ligado a la estratificación social, es decir, a la forma en como las personas nos hemos organizado. La desigualdad se ha institucionalizado, se ha establecido en un sistema de jerarquía en capas y ha creado un sistema de relaciones sociales que determina quién recibe qué y por qué. Así, las personas esperan que los individuos o grupos de cierta posición sean capaces de acumular una mayor parte de bienes y servicios<sup>20</sup>.

De esta manera vamos por la vida justificando la existencia de ricos y pobres y naturalizando el hecho de que los primeros sean los dueños de la mayor parte de la riqueza, situación que se refleja en todas las esferas, en todos los lugares del mundo.

Para Naciones Unidas<sup>21</sup> La desigualdad es una amenaza importante para el desarrollo humano, especialmente porque es un reflejo de la desigualdad de oportunidades y pasado cierto umbral, afecta al crecimiento, a la reducción de la pobreza y a la calidad de la participación social y política. Una desigualdad muy marcada también afecta a la idea de un propósito compartido y fomenta la búsqueda de rentas por parte de grupos influyentes, es decir, supera el principio del interés general y se dedica a alimentar intereses particulares, los intereses de los más poderosos.

Es así como el 1% de las familias del mundo posee casi la mitad (el 46%) de la riqueza mundial<sup>22</sup>, mientras que los 3500 millones de personas más pobres tienen la misma riqueza que las 85 personas más ricas del mundo<sup>23</sup>.

La riqueza del 1% más rico de la población mundial asciende a 110 billones de dólares, una cifra que es 65 veces mayor que la de la riqueza total que posee la mitad más pobre de la población<sup>24</sup>.

---

<sup>19</sup> RIBOTTA, Silvina, "Pobreza hambre y justicia en América Latina y el Caribe. Debatiendo sobre la justicia mientras 53 millones de latinoamericanos sufren de hambre", citado, pág. 152.

<sup>20</sup> KERBO, Harold, *Estratificación Social y Desigualdad. El conflicto de clase en perspectiva histórica comparada y global*, citado.

<sup>21</sup> NACIONES UNIDAS, Informe PNUD sobre desarrollo humano 2014, citado, pág. 24

<sup>22</sup> OXFAM, *Gobernar para las élites-Informe 2014*, pág. 5 en [www.oxfam.org](http://www.oxfam.org)

<sup>23</sup> NACIONES UNIDAS, Informe PNUD sobre desarrollo humano 2014, citado.

<sup>24</sup> OXFAM, *Gobernar para las élites-Informe 2014*, pág. 5. Disponible en [www.oxfam.org](http://www.oxfam.org)

Sorprende que mientras una gran parte de la población pretende justificar la crisis de algunos países europeos atribuyéndola al colapso de los Estados de bienestar, nos encontremos con que desde que comenzó la crisis económica, el número de multimillonarios casi se duplicó, hasta alcanzar las 1.645 personas en todo el mundo, pero sorprende más aún que el auge de multimillonarios no es un asunto sólo de los países ricos, pues actualmente hay 16 multimillonarios en África subsahariana, que conviven con los 358 millones de personas en situación de pobreza extrema.<sup>25</sup>

Mientras gran parte de la población sufre extremas necesidades, una pequeña élite acumula riquezas de manera impresionante, si Bill Gates quisiera convertir en efectivo toda su riqueza y se gastase un millón de dólares al día, necesitaría 218 años para acabar con toda su fortuna. Aunque, en realidad, los intereses que genera su riqueza podrían reportarle 4,2 millones de dólares diarios, incluso aunque la tuviese en una cuenta de ahorro modesta (a un interés del 1,95%).<sup>26</sup>

La desigualdad influye inclusive en los niveles de delincuencia. Las tasas de homicidios son casi cuatro veces más altas en aquellos países con una desigualdad económica extrema que en las naciones más igualitarias. América Latina (la región más desigual y peligrosa del mundo)<sup>27</sup> es un duro ejemplo de esta tendencia. En ella se encuentran 41 de las 50 ciudades más peligrosas del mundo, y allí se han perpetrado un millón de asesinatos entre los años 2000 y 2010<sup>28</sup>.

La distribución de los ingresos dentro de un país repercute considerablemente en las oportunidades de futuro de su población. Bangladesh y Nigeria, por ejemplo, tienen rentas medias similares. Nigeria es un país algo más rico, pero bastante menos igualitario. En consecuencia, un niño nacido en Nigeria tiene tres veces más posibilidades de morir antes de cumplir 5 años que un niño nacido en Bangladesh<sup>29</sup>.

La desigualdad influye incluso en la expectativa de vida de los seres humanos, así por ejemplo un niño nacido en 2012 en un país de ingresos altos tiene una esperanza de vida de 75,8 años, o sea, más de 15 años más que un niño nacido en un país de ingresos bajos (60,2

---

<sup>25</sup> OXFAM, *Acabemos con la desigualdad extrema. Es hora de cambiar las reglas*, 2014, págs. 8 y 9. Disponible en [https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file\\_attachments/cr-even-it-up-extreme-inequality-291014-es.pdf](https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/cr-even-it-up-extreme-inequality-291014-es.pdf)

<sup>26</sup> *Ibidem*.

<sup>27</sup> NACIONES UNIDAS, Informe PNUD sobre desarrollo humano 2013, New York 2013.

<sup>28</sup> OXFAM, *Acabemos con la desigualdad extrema. Es hora de cambiar las reglas*. Citado, pág. 13.

<sup>29</sup> *Ibidem*.

años), o puede ser más incluso, respecto de uno que ha nacido en algún país africano (menos de 55 años).<sup>30</sup>

La desigualdad no se evidencia solamente entre países, entre aquellos que se consideran ricos y aquellos considerados pobres. La desigualdad se presenta también dentro de los países y esta aumenta rápidamente en todo el mundo. Hoy 7 de cada 10 personas del planeta viven en un país donde la desigualdad económica es mayor ahora que hace 30 años. Situación que ocurre incluso en los países ricos, en donde ser pobre supone una reducción ostensible de las capacidades, pues en un país que es rico se necesitan más ingresos para comprar suficientes bienes y alcanzar un nivel adecuado de funcionamientos, como lo dice Amartya Sen, se trata incluso de cosas tan elementales como el hecho de poder aparecer en público sin tener que avergonzarse hasta cosas más trascendentales como poder participar en la vida de la comunidad<sup>31</sup>.

Definitivamente la pobreza y la desigualdad no son inevitables, ni nacen por generación espontánea. Son el resultado de decisiones y acciones políticas. No es que no existan suficientes recursos para cubrir las necesidades de la humanidad, lo que sucede realmente es que esos recursos están acaparados en unas pocas manos, en manos de las élites económicas mientras millones de seres humanos viven en la pobreza, sufriendo toda clase de carencias, en todos los aspectos de su vida. Tal vez uno de los más relevantes y críticos es la salud, por ello nos enfocaremos en algunas reflexiones en torno a la incidencia que tienen la pobreza y la desigualdad en la salud de los seres humanos.

### **3.- LA POBREZA, LA DESIGUALDAD Y LA SALUD**

Para las Naciones Unidas<sup>32</sup>, la pobreza es una condición humana que se caracteriza por la privación continua o crónica de los recursos, la capacidad, las opciones, la seguridad y el poder necesarios para disfrutar de un nivel de vida adecuado y de otros derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. Condición humana que inevitablemente toca la esfera de la salud, haciendo que las personas enfermen más y mueran más: la pobreza se convierte en causa y efecto de la mala salud.

La pobreza y la mala salud están fuertemente relacionadas. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los

---

<sup>30</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Estadísticas sanitarias mundiales*, 2014, Ginebra, 2014.

<sup>31</sup> SEN, Amartya, *Nuevo examen de la desigualdad*, citado.

<sup>32</sup> FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, *Estado mundial de la infancia 2005: La infancia amenazada*. New York, 2004, pág. 16.

ricos y al interior de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que las adineradas<sup>33</sup>. La mala salud se asocia generalmente a considerables costos sanitarios, a privaciones en otros aspectos de su vida: como si fuera un mutuallismo, la una acrecienta a la otra.

Ante la escasez de recursos para alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de las necesidades básicas, la salud, como bien indispensable en la vida de los seres humanos resulta afectado y dicha afectación se hace más notoria en la población más pobre, que la mayoría de las veces es la que reside en la zona rural, resultando por ello mucho más afectada. Esto nos lo confirma un reciente informe de la OIT,<sup>34</sup> según el cual el 56 por ciento de las personas que viven en las zonas rurales en el mundo no tienen acceso a los servicios de salud básicos, más del doble de la cifra de las zonas urbanas, donde el 22 por ciento no tiene cobertura. En África se encuentra el número más alto de personas (83 por ciento) que viven en zonas rurales que no están cubiertas por servicios básicos de salud. No obstante, las mayores diferencias entre las zonas rurales y las urbanas se observan en Asia: por ejemplo en Indonesia, el porcentaje de personas no cubiertas es dos veces más alto en las zonas rurales que en las urbanas.

En cualquier caso la insuficiencia de recursos está estrechamente vinculada con la falta de acceso a los servicios. La OIT destaca que la falta de recursos económicos es casi dos veces más alta en las zonas rurales que en las urbanas y que los déficits más grandes se encuentran en África. En Nigeria, por ejemplo, más del 82 por ciento de la población rural está excluida de los servicios sanitarios a causa del número insuficiente de trabajadores de la salud, frente a 37 por ciento en las zonas urbanas. Sin embargo, enormes desigualdades existen también en Asia y América Latina.

La pobreza permea todas las esferas de la vida de las personas cuando de salud se trata. Enferma, o acrecienta los problemas existentes, afecta el aspecto económico de las personas y las familias e inevitablemente termina condenando a la muerte. Dos millones de niños menores de cinco años mueren todos los años por no estar vacunados contra las enfermedades más corrientes; aproximadamente 7 de cada 10 muertes que acaecen entre niños menores de cinco años en países en desarrollo pueden atribuirse a unas cuantas causas principales: infecciones agudas de las vías respiratorias, diarrea, sarampión o paludismo y la desnutrición que es la causante de la mitad de estas

---

<sup>33</sup> WAGSTAFF, Adam, "Pobreza y desigualdades en el sector de la salud", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (5/6), 2002, pág. 316-326.

<sup>34</sup> ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, *Global evidence on inequities in rural health protection: New data on rural deficits in health coverage for 174 countries*, Ginebra, 2015.

muerter<sup>35</sup>. Los niños más pobres del mundo tienen 2,7 veces menos posibilidades que los ricos de contar con la presencia de un profesional cualificado al nacer<sup>36</sup>.

En el 2012 La tasa de pobreza de América Latina alcanzó al 28,2% de la población, y la indigencia o pobreza extrema, al 11,3%. Estos porcentajes equivalen a 164 millones de personas en situación de pobreza, de los cuales 66 millones son pobres extremos<sup>37</sup>. Destacándose además que La infraestructura sanitaria es el servicio más escaso para estos grupos, ya que solo tiene acceso a ella un 47% de la población indigente y un 61% de la población pobre<sup>38</sup>.

La salud es tal vez el ámbito del ser humano que más se afecta con la pobreza, habida cuenta de su estrecha relación con las condiciones de vida de las personas, que pueden ser mejores o peores de acuerdo a los recursos que se tienen para suplir sus necesidades. De esta forma podemos ver cómo la vida de alguien se predispone según el lugar en el que haya nacido y las condiciones que hayan rodeado su existencia. Así por ejemplo alguien que haya nacido en el Japón o en Suecia puede esperar vivir más de 80 años, en el Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano menos de 50 años.<sup>39</sup>

Si hablar de la relación existente entre pobreza y la salud nos resulta asombroso, más aún nos resultará hablar de la incidencia que tiene la desigualdad social sobre la salud de los seres humanos, la forma en que determina que aún bajo ciertas condiciones similares, la suerte de una persona y otra pueda variar según el lugar donde viva.

El riesgo de que un niño muera antes de cumplir 5 años es ocho veces mayor en la Región de África que en la Región de Europa<sup>40</sup>. Los países de ingresos altos tienen un promedio de casi 90 enfermeras y parteras por cada 10 000 habitantes, mientras que algunos países de ingresos bajos tienen menos de 2 por 10 000 habitantes.

No dejemos de lado que los costos sanitarios en gran parte del mundo suelen ser muy altos y los sistemas de salud han dejado en manos de las personas el pago de cuotas, copagos, servicios no incluidos en los planes de seguros, etc., en muchos países las personas

---

<sup>35</sup> FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, *Estado mundial de la infancia 2005: La infancia amenazada*, citado, pág. 17.

<sup>36</sup> FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, *Estado mundial de la infancia de 2014 en cifras: Todos los niños y niñas cuentan*, citado, pág. 3.

<sup>37</sup> COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, NACIONES UNIDAS, *Panorama Económico y Social de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños* –Documento elaborado como aporte a la segunda Cumbre de Jefes de Estado y Gobierno de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), Cap. II, pág. 29.

<sup>38</sup> COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, NACIONES UNIDAS, *Panorama Social de América Latina 2012*, citado, pág. 20.

<sup>39</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, *Informe final-Subsanar las desigualdades en una generación, 2009*.

<sup>40</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Estadísticas Mundiales 2014*, Ginebra, 2014, pág. 3.

que viven en la pobreza son obligadas a incurrir en altos gastos por salud, incluso más que otros grupos poblacionales ya que son a menudo más afectados por las enfermedades. Las medidas para atender las necesidades de los grupos pobres y vulnerables a menudo han demostrado ser ineficaces para reducir los gastos en salud que salen de sus bolsillos, pues los constantes recortes en el gasto en salud pública amenazan con aumentar la carga financiera de los hogares. Por ejemplo, entre 2007 y 2011, los gastos personales para el cuidado de la salud incrementaron en un 35% en la República Unida de Tanzania, 8% en Ucrania y 6% en Sri Lanka<sup>41</sup>.

En la India, pagar por la atención médica se ha convertido en la principal causa de empobrecimiento de los pobres e incluso de la clase media. Si el miembro del hogar que aporta los principales ingresos se enferma, el hogar se puede ver expuesto a la pobreza y sin poder salir de ella. Los últimos datos sugieren que más del 40 por ciento de los pacientes de los hospitales tuvieron que pedir dinero prestado o vender activos y cerca del 35 por ciento se sumieron en la pobreza a causa de sus gastos en salud<sup>42</sup>.

Podría pensarse que las diferencias que se presentan entre países ricos y países pobres encuentran explicación en la escasez de recursos de los segundos, sin embargo es necesario ver con detenimiento lo que ocurre al interior de los países ricos y si ello no se explica desde la carencia de recursos –son ricos- entonces ¿por qué encontramos en ellos personas que no gozan de una salud adecuada? En todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud. En el Reino Unido, por ejemplo, los hombres nacidos en las zonas más ricas del país pueden disfrutar de una vida nueve años más larga que los hombres nacidos en zonas más deprimidas<sup>43</sup>. Entre los norteamericanos la esperanza de vida entre las personas que conforman el 5% más rico, es de nueve años más que aquellos que están entre el 10% de ingresos más bajos<sup>44</sup> y según estimaciones del Banco Mundial serán necesarias alrededor de cinco generaciones para que algunas diferencias se superen, para que una familia que gana la mitad del ingreso medio nacional pueda llegar al

---

<sup>41</sup>ONU MUJERES, informe. *Progress of the world's women 2015-2016*, New York, 2016 pp. 159-161.

<sup>42</sup>NACIONES UNIDAS, Informe PNUD sobre desarrollo humano 2014, citado, pág. 24.

<sup>43</sup>OXFAM, *Acabemos con la desigualdad extrema. Es hora de cambiar las reglas*. Citado, pág. 50.

<sup>44</sup>BARRY, Brian, *Why social justice matters* según cita LEMA AÑÓN, Carlos, *Salud, Justicia, Derechos*, citado, pág. 253.

nivel de ingresos medios, siendo esa desigualdad particularmente pronunciada en los afronorteamericanos con bajos ingresos<sup>45</sup>.

Es evidente que no es un asunto de escasez de recursos, sino de la forma en cómo estos están repartidos. No es la privación absoluta asociada al bajo desarrollo económico, lo que explica las diferencias de salud entre los países, lo importante no es el tamaño del pastel económico, sino de cómo el pastel se comparte<sup>46</sup>.

Podemos pensar que la diferencia en salud entre países pobres y ricos puede explicarse en términos de carencia de recursos. Sin embargo las diferencias en salud al interior de los países no se explican por el mismo motivo, prueba de ello es que la diferencia de recursos entre países ricos y países pobres es tan grande que incluso las personas que están en peor situación social en países ricos pueden ser más ricas en términos absolutos que los menos favorecidos en países pobres y aun así tener peores resultados en salud. Esto indica que hay componentes sociales, más allá del factor material, que marcan una relación entre la salud y la posición social, de tal forma que son las desigualdades sociales los factores más relevantes incluso por encima de las carencias materiales, las que terminan determinando la buena o mala salud de las personas.<sup>47</sup> Cuando las desigualdades están presentes en los pobres, se tiende a pensar que la pobreza y las privaciones se explican por ello, por su condición de pobreza. Sin embargo, algunos países más pobres aplican políticas que producen excelentes resultados en la salud global, mejores que las de los países ricos, países desarrollados donde la fuente de la desigualdad no son las privaciones y la profunda pobreza<sup>48</sup>. Así por ejemplo tenemos que el Informe del año 2013 sobre la Salud en el mundo<sup>49</sup>, elaborado por la OMS indica cómo en países mayoritariamente de ingresos bajos y en los que muchas personas necesitan protección contra los riesgos económicos, más del 40% del gasto total en salud correspondía a pagos directos de los usuarios y en otros países –entre los que se encontraban Argelia, Bhután, Cuba, Lesotho y Tailandia- esos pagos representaban menos del 20% del gasto sanitario. Los gobiernos de estos países demuestran que pese a que el promedio de los ingresos es bajo, las personas más pobres pueden gozar de protección contra la necesidad de hacer

---

<sup>45</sup> BANCO MUNDIAL, *Informe sobre el desarrollo mundial 2006: equidad y desarrollo*, Washington D.C, 2005, pág. 6 Disponible en <http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2006/Resources/477383-1127230817535/0821364146.pdf>

<sup>46</sup> DANIELS, Norman, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University, New York, 2008, pág 87.

<sup>47</sup> LEMA AÑON, Carlos, *Salud, Justicia, Derechos*, Ed Dykinson, Madrid, 2009, pág. 252.

<sup>48</sup> DANIELS, Norman, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, citado, p. 80.

<sup>49</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe sobre la salud en el mundo 2013*, Cap. I, pág. 13.

grandes pagos de dinero con consecuencias desastrosas para adquirir las prestaciones de salud.

Es claro que todos esos resultados nefastos que hemos mencionado no se presentan porque en el mundo no existan los medios suficientes para suplir las necesidades en salud de las personas. Lo que sucede es que están acaparados en unas manos y se está condenando con ello a las poblaciones vulnerables a enfermar y a morir por ello. Las políticas de los gobiernos cada vez tienden más a mercantilizar la salud, a convertirla en un bien de consumo, de esos por los cuales hay que pagar un alto costo. Lo lamentable es que incluso se tenga que pagar con la propia vida. Estamos condenando a la miseria, a la multiplicación de tristes testimonios de vida –o de muerte- porque alguien que nazca en situación de pobreza y en un ambiente desigual tiene remotas posibilidades de salir de él, de superar esas limitantes, más aun con la dinámica que se acrecienta en el mundo con carencia de oportunidades, imposibilitando la movilidad social y económica, que recordemos no es propio sólo de los países pobres sino de sociedades desiguales, pues una buena salud como lo señala Carlos Lema no es propia de los países más ricos sino de los países más igualitarios<sup>50</sup>.

En el mundo, la desigualdad en cualquiera de los espejos en que se refleje siempre se va a ver agudizada cuando recae sobre las mujeres. Los problemas de salud se multiplican –en diversos aspectos- cuando de ellas se trata. La forma en que se ha organizado la sociedad, las tareas que se le han delegado, sus características biológicas, sus dificultades para el acceso y las condiciones laborales, entre otros factores, inciden determinadamente en su buena salud. Esto hace que los indicadores de la mala salud siempre muestren un significativo aumento cuando de ellas se trata, por ello vamos a dedicar un apartado especial a esta reflexión.

#### **4.- CONDICIONANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LAS MUJERES**

Las mujeres como colectivo históricamente situado en una situación de vulnerabilidad, siempre ven incrementada cualquier afectación por la forma en que se ha organizado la sociedad, por las tareas que se le han delegado, sus características biológicas, sus dificultades para el acceso laboral y las condiciones una vez allí, la mala alimentación, entre otros factores, que inciden determinadamente en su salud, esto hace que los indicadores de la mala salud siempre muestren un significativo aumento cuando de ellas se trata, para ellas las inequidades en salud son todavía más innecesarias, e injustas como

---

<sup>50</sup> LEMA AÑÓN, Carlos, *Salud, Justicia, Derechos*, citado.

evitables, por eso en este apartado vamos a reflexionar sobre la forma en como esas condiciones sociales, la forma en que viven su vida –o a la que la sociedad las conmina- inciden de forma aún más cruel sobre ellas que sobre el resto de la población.

Las inequidades por razón de género son una realidad en nuestra sociedad. La forma en cómo se distribuyen el poder, los recursos y los derechos, definitivamente impacta en la salud de las mujeres. Las diversas manifestaciones de discriminación en aspectos como la alimentación, las malas condiciones laborales –la mala remuneración-, la falta de poder en la toma de decisiones –en lo público y lo privado- y la violencia contra las mujeres, son factores que ayudan al detrimento de la salud de las mujeres.

Algunas cifras en el mundo nos dan cuenta del delicado estado de salud de las mujeres. Entre un 15% y un 71% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual infligida por su pareja en algún momento de sus vidas. Estos abusos, que se dan en todas las clases sociales y en todos los niveles económicos, tienen graves consecuencias para la salud de la mujer, ya sea en forma de embarazos no deseados o de infecciones de transmisión sexual, depresión o enfermedades crónicas<sup>51</sup>. Aproximadamente entre 130 millones de niñas y mujeres en el mundo han experimentado la mutilación genital o ablación y cada año más de 3 millones de niñas en África corren el riesgo de sufrir esta práctica<sup>52</sup>.

Diariamente, 1.600 mujeres y más de 10.000 recién nacidos mueren por complicaciones prevenibles del embarazo y parto. Cerca del 99% de la mortalidad materna y del 90% de la mortalidad neonatal se producen en el mundo en desarrollo. La propensión de discapacidad visual es significativamente mayor en la mujer que en el hombre a todas las edades y en todo el mundo. A pesar de ello, las mujeres no tienen el mismo acceso al tratamiento de las enfermedades oculares, a menudo por la imposibilidad de viajar sin compañía hasta los servicios de salud y por las diferencias culturales con respecto a la percepción del valor de la cirugía o de otros tratamientos para las mujeres<sup>53</sup>.

China e India que representan casi el 40% de la población mundial, comparten el déficit de mujeres como una característica demográfica más que preocupante y a su lado Pakistán, Bangladesh, Taiwán, Corea del Sur e Indonesia, comparten este problema y no es que en esos lugares no nazcan mujeres, se trata de un feminicidio colectivo, de eliminación de mujeres a través de abortos selectivos, infanticidios de niñas, desigual tratamiento de la infancia por cuestiones de género, deficientes condiciones sanitarias para el trato de niñas,

---

<sup>51</sup>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, "10 Datos sobre la salud de la mujer. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/women\\_health/es/index2.html](http://www.who.int/features/factfiles/women_health/es/index2.html)

<sup>52</sup> Ibídem.

<sup>53</sup> Ibídem.

abortos mal practicados o partos en condiciones sanitarias deficientes, diversas circunstancias que ocasionan un impresionante aumento de la mortalidad femenina respecto de la masculina<sup>54</sup>.

Un vistazo panorámico nos permite ver la triste realidad a la que todos los días las mujeres se ven enfrentadas en la lucha por su derecho a la salud, la forma en que las condiciones del entorno inciden en su salud, en su vida, la forma en la que la sociedad las minimiza y las pone en un segundo plano. El informe de la Organización Mundial de la Salud sobre los determinantes sociales de la salud, afirma que el origen de las desigualdades de género es de tipo social y por tanto, pueden modificarse. No son pétreas, aunque la verdad es que las desigualdades se afianzan a medida que avanza el tiempo y la estructura y dinámica social se mantiene. Las mujeres ganan menos que los hombres, incluso con trabajos equivalentes; las jóvenes y las mujeres tienen menos oportunidades de empleo y de acceder a la educación. La mortalidad y la morbilidad maternas siguen siendo elevadas en muchos países y los servicios de salud reproductiva siguen estando muy mal distribuidos entre los países y en el interior de éstos<sup>55</sup>.

El cuidado de las personas, hijos a su cargo, personas con discapacidad, los ancianos frágiles, los enfermos crónicos y otras personas que necesitan ayuda en la vida diaria, está íntimamente relacionado con la salud y otro tipo de servicios sociales, que históricamente han recaído en cabeza de las mujeres. En el plano del Derecho Internacional de los Derechos Humanos se han hecho algunas alusiones sobre los cuidados y atenciones, por ejemplo en la Convención sobre los Derechos del Niño en lo que respecta a la atención que se les debe procurar. Pero hay poca claridad al respecto, sobre cómo este derecho ha de realizarse de manera que sea equitativa y no lesionando los derechos de las mujeres restringiéndoles de un nivel adecuado de vida, de trabajo, descanso, entre otros. La tendencia ha sido asumir que las madres u otras mujeres miembros de la familia están disponibles para satisfacer el cuidado y necesidades de los niños y otras personas dependientes<sup>56</sup> sin recibir remuneración alguna por eso, lo cual priva a las mujeres de su tiempo, de su capacidad para llevar a cabo su proyecto de vida e incluso las priva de su propia salud. Por ejemplo para febrero de 2015, el brote de Ébola había cobrado la vida de más de 9.000 personas, principalmente en Guinea, Liberia y Sierra Leona. La falta de acceso al agua potable, el saneamiento y otras infraestructuras

---

<sup>54</sup> RIBOTTA, Silvina., "Igualdad de oportunidades talentos y merecimientos" *Revista Sistema*, 219/2010, pág. 65.

<sup>55</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, "Informe Subsana desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud" citado, pp. 15 y 16.

<sup>56</sup> ONU MUJERES, "Progress of the world's women 2015-2016", New York, 2015, pp. 170-171 Disponible en: <http://progress.unwomen.org/en/2015/>

así como malas condiciones de vivienda y el hacinamiento en barrios marginales urbanos contribuyeron a la rápida propagación de la epidemia. El Ébola ha hecho mella de manera especialmente fuerte en las mujeres y las niñas. Ello se debe a que están sobre representadas en las tareas de cuidadoras y enfermeras, obteniendo un mayor riesgo de exposición que ha contribuido a que más mujeres que hombres hayan contraído el virus en Guinea y Sierra Leona y que estén muriendo en mayor número que los hombres. Además de las consecuencias indirectas que esto trae consigo, pues debido a que el personal médico se ha centrado en atender el virus y a que muchas personas temen infectarse si visitan los centros de salud, las mujeres no están recibiendo tratamiento para otras afecciones y el parto se ha vuelto sumamente riesgoso porque las clínicas de salud materna han tenido que cerrar o las mujeres han preferido quedarse pariendo en sus casas<sup>57</sup>.

En lo que respecta al tema laboral y económico, las mujeres en el mundo ganan entre 10% a 30% menos que los hombres por el mismo trabajo. En algunas regiones tienen menos posibilidades que los hombres de ser propietarias de bienes y acceder al crédito formal. En la mayoría de los países, la proporción de mujeres en el empleo a tiempo parcial es más del doble que la de los hombres. Esas tasas más altas de empleo a tiempo parcial están asociadas con factores como la desigualdad entre los géneros en las funciones en la familia, la ausencia de instituciones para el cuidado de los ancianos y de guarderías infantiles adecuadas y asequibles, así como con otras percepciones sociales que tienen un papel relevante en la participación de las mujeres en el empleo, en su elección de trabajo y en los patrones de empleo que refuerzan la disparidad entre los géneros en el mercado laboral. En África septentrional por ejemplo las mujeres tienen menos de 1 de cada 5 trabajos remunerados en el sector no agrícola<sup>58</sup>.

En América Latina el 57% de las mujeres pobres del grupo de 15 a 24 años, no disponen de ingresos propios, proporción que baja al 33% en el grupo de 35 a 44 años. El 27% de las mujeres de más de 60 años de zonas urbanas y el 30% de las mujeres de zonas rurales de más de 60 años, no perciben ingresos propios. Esto se debe, por un lado, a que la historia de trabajo de un número importante de mujeres transcurre en el ámbito de las tareas de cuidado o del trabajo no remunerado; y por otro, a que las trayectorias laborales de muchas mujeres están vinculadas a sistemas laborales no contributivos, que generan montos de pensiones muy bajos, que no garantizan su entrega durante toda la

---

<sup>57</sup> Ídem, pág. 157-158.

<sup>58</sup> NACIONES UNIDAS, "Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2014", New York, 2014, pág. 20.

vejez, o bien a que por pertenecer al sector informal, no participaron contribuyendo a un fondo de pensiones<sup>59</sup>.

Todo esto impacta en la salud femenina, pues además de generar frustración, e imposibilitar el desarrollo de su proyecto de vida, convierte a las mujeres en dependientes de sus parejas, las lleva a perder su autonomía y a no tener poder adquisitivo imposibilitando el pago de su salud, situación que se acrecienta en esos lugares en donde se presentan los pagos directos –de atenciones médicas, cuotas, copagos, etc.- que en la India por ejemplo se ha convertido, como ya hemos dicho, en la principal causa de empobrecimiento de pobres e incluso clase media.

Estos pagos directos que tienden a empobrecer a los pacientes son más elevados en las zonas rurales<sup>60</sup> y además refuerzan la desventaja de las mujeres para acceder a la atención médica. Generalmente tienden a ser sistemáticamente más altos que la de los hombres en una serie de países incluyendo Brasil, República Dominicana, Ecuador, Paraguay y Perú y esto aumenta la probabilidad de que las mujeres no busquen el servicio médico debido a su menor capacidad de pago o que dependan de la buena disposición de sus esposos para que les apoye con el dinero y poder costear el servicio requerido<sup>61</sup>.

Cada año, alrededor de 100 millones de personas son empujadas a la línea de la pobreza como resultado de los catastróficos costos en salud, incluso pagos relativamente pequeños pueden crear una afectación financiera que cobra especial relevancia cuando se trata de la salud de las mujeres porque tienen menos acceso a ingresos personales y tienen que hacerle frente a condiciones propias de su sistema reproductivo y a eventos como el embarazo y el parto<sup>62</sup>.

Como bien lo ha definido el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, el derecho a la salud no se limita al derecho a la atención en salud, sino que abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana y hace ese derecho extensivo a los factores

---

<sup>59</sup> COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, *"Panorama Económico y Social de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños 2013"*, Santiago de Chile, 2014, pág. 47-49.

<sup>60</sup> ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, *Global evidence on inequities in rural health protection: New data on rural deficits in health coverage for 174 countries*, citado. El estudio muestra que las poblaciones rurales de África y Asia tienen que soportar pagos directos que representan 42 y 46 por ciento del total del gasto en salud respectivamente. En muchos países asiáticos como Afganistán, Bangladesh, Camboya y Sri Lanka, en las zonas rurales los pagos directos son hasta tres veces más altos.

<sup>61</sup> Un estudio etnográfico en Mali mostró que cuando el tratamiento requiere copagos, el acceso a la salud de mujeres e hijos dependían de la buena disposición de las parejas masculinas y padres para proporcionar el dinero necesario ver ONU MUJERES, informe *"Progres of the world ´s women 2015-2016"*. Citado, pp. 159-161.

<sup>62</sup> ONU MUJERES, informe *"Progress of the world ´s women 2015-2016"*. Citado, p. 60.

determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano y es claro que las circunstancias que hasta ahora hemos descrito y que afrontan todos los días las mujeres afectan de manera directa su derecho a la salud. Pero veamos cómo funciona la sanidad para ellas, y cómo de manera especial en lo que respecta a sus aspectos biológicos como lo son los de tipo reproductivo, embarazo y parto.

Algunas enfermedades no transmisibles, como el cáncer de mama, afectan específicamente a las mujeres y las adolescentes. De los 1,4 millones de casos nuevos de dicho cáncer detectados en 2008, alrededor de la mitad corresponden a países pobres. Las mujeres y las niñas/niños pobres de zonas rurales y barrios urbanos marginales son particularmente vulnerables por que la inversión constante en centros de atención primaria de salud es baja y la mayoría de los servicios de atención de salud se financian mediante pago directo. Además, la escasez de trabajadores de la salud es una de las peores del mundo.<sup>63</sup> Por su constitución biológica, las mujeres son más susceptibles de contraer el VIH en relaciones sexuales sin protección. Asimismo, algunas enfermedades, incluidos el VIH y el sida, afectan a la mujer en forma desproporcionada. Por ejemplo, las mujeres representan la mayoría de quienes viven con el VIH en el África subsahariana y determinados países del Caribe, y a escala mundial, el VIH y el sida son la principal causa de muerte de mujeres en edad de procrear<sup>64</sup>.

Incluso la falta de baterías sanitarias puede ser un elemento que afecte seriamente la salud de las mujeres pues mil millones de personas hacen sus necesidades fisiológicas al aire libre y 2.5 mil millones usan instalaciones de saneamiento no mejoradas y la falta de retretes privados y limpios deja a las niñas más vulnerables a la violencia e infecciones, especialmente durante la menstruación. En lo que respecta al cáncer tenemos que su diagnóstico tardío causa efectos devastadores, el cáncer de mama es el que más muertes causa entre las mujeres de todo el mundo. Casi el 85% de las muertes por cáncer cervical, ocurre en países de ingresos medios y bajos<sup>65</sup>.

La situación en temas de embarazo y parto no parece ser muy alentadora, como si la condición en sí misma no implicara ya muchos esfuerzos y situaciones dolorosas, a las mujeres del mundo estos padecimientos se les multiplican. En 2012, en las regiones en desarrollo hubo 40 millones de nacimientos sin asistencia de personal de salud

---

<sup>63</sup>FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA, *"Eliminación de las desigualdades en salud: Cada mujer y cada niña/niño cuentan"*, Ginebra, 2011.

<sup>64</sup> Ídem, pág. 17.

<sup>65</sup> PLATAFORMA DE ACCIÓN BEIJING-ONU MUJERES, *"Mujeres y salud: Panorama, un ciclo vital de riesgos para la salud"*. Disponible en <http://beijing20.unwomen.org/es/infographic/health>

capacitado; más de 32 millones de esos nacimientos se produjeron en áreas rurales. A nivel mundial, diariamente mueren cerca de 800 mujeres y en 2013 murieron casi 300.000 mujeres –en ambos casos– por causas relacionadas o agravadas por el embarazo o el parto. Lo impresionante de este asunto es que la mayoría de esas muertes maternas son prevenibles completamente, existen soluciones de atención de la salud bien conocidas para prevenir o para hacer frente a las complicaciones que puedan ocurrir a lo largo del embarazo o en el parto, como es aplicar productos uterotónicos y sulfato de magnesio cuando se produce hemorragia durante el parto, y en los casos de trastornos hipertensivos del embarazo. Lo que sucede es que hacen falta políticas públicas serias que se preocupen por garantizar un acceso universal y gratuito a las atenciones prenatales con personal capacitado así como a todos los servicios propios de la salud sexual y reproductiva. Las diferencias en la mortalidad materna siguen siendo extremas. Menos del 1% de las muertes maternas ocurren en países de ingresos altos, la tasa de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 230 por cada 100.000 nacimientos frente a 16 por 100.000 en los países desarrollados. Además es una situación más frecuente en las zonas rurales y entre las comunidades más pobres y menos educadas. De las 800 mujeres que mueren diariamente, 500 viven en África Subsahariana, 190 en Asia meridional y 6 en países de altos ingresos. En Sierra Leona, por ejemplo, la tasa de mortalidad materna es de 1.100 muertes por cada 100.000 niños nacidos vivos, en tanto que la tasa de Bielorrusia es de 1 muerte materna por cada 100.000 niños nacidos vivos. Casi una tercera parte de todas las muertes maternas del mundo está concentrada en dos países muy poblados: la India, con una tasa de aproximadamente 50.000 muertes maternas (17%), y Nigeria, con alrededor de 40.000 muertes (14%)<sup>66</sup>.

En América Latina, las complicaciones del embarazo y el parto, continúan figurando entre las primeras causas de mortalidad en edad reproductiva. Por su carácter de prevenible e injusto la Organización Panamericana de la Salud ha calificado la mortalidad materna como el reflejo más claro de discriminación hacia las mujeres. Por su parte las causas de mayor mortalidad masculina se relacionan con accidentes, violencias, suicidios y conflictos armados, estas también son causas evitables pero que además reflejan los comportamientos de riesgo abiertamente asociados con la división social de roles según el sexo y las expectativas culturales de “hombría”<sup>67</sup>.

El asunto para las mujeres no termina aquí, recordemos que Comité para la eliminación de la Discriminación contra la Mujer dedica la

---

<sup>66</sup> NACIONES UNIDAS, “Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2014”, citado, pág. 28 a 30.

<sup>67</sup> Gómez, Elsa., “Equidad, género y salud, retos para la acción” *Revista Panamericana Salud Pública*, 11(5/6) 2002, pág 456.

Recomendación General N° 24 a darle desarrollo al derecho a la salud en las mujeres y sostiene que si bien las diferencias biológicas entre mujeres y hombres pueden causar diferencias en el estado de salud, hay factores sociales que determinan el estado de salud de las mujeres y los hombres. El Comité destaca que las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la Mujer no se consideran apropiadas cuando un sistema médico no responde a los intereses propios en salud de las mujeres, la negativa de un Estado a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria, de modo que si los responsables de la prestación del servicio se niegan a hacerlo argumentando razones de conciencia, deberán existir medidas que permitan la remisión de la mujer a otras entidades que sí presten el servicio.

Tal parece que los países del mundo aún no comprenden esto, o ¿cómo explicamos que en el mundo 22 millones de abortos clandestinos continúen siendo realizados cada año y que como resultado de ellos alrededor de 47.000 mujeres estén muriendo<sup>68</sup>? Incluso hay estudios que afirman que el número de mujeres víctimas mortales de los abortos clandestinos es de 70.000<sup>69</sup> al año. Es absolutamente inadmisibles que esto suceda, cuando fueron -y siguen siendo- muertes que pudieron evitarse, vidas que pudimos conservar.

No es posible que sigamos viendo a las mujeres como poco merecedoras del respeto por su dignidad humana, esa a la que todas las personas por el sólo hecho de ser seres humanos tenemos derecho. Como lo manifiesta Martha Nussbaum<sup>70</sup> no puede entenderse el mínimo de dignidad humana a las mujeres si no se les concibe como un fin en sí mismo y no como un medio para conseguir los fines de otros como generalmente se les ha tratado -reproductoras, encargadas de cuidados, puntos de descarga sexual, agentes de la prosperidad general de una familia, etc.-. Es que no importa donde vivan, en todo el mundo las mujeres siempre tienen una desventaja frente a los hombres, sus cargas en la familia, su papel en la sociedad, su prioridad en la nutrición- que generalmente son las peores alimentadas porque la ración más grande de comida casi siempre es para el hombre y lo que sigue para los niños o niñas, ellas vienen después-, su libertad de elección, etc. En palabras

---

<sup>68</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, "10 datos sobre la salud materna". Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/maternal\\_health/maternal\\_health\\_facts/en/](http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/en/)

<sup>69</sup> GUTTMACHER INSTITUTE, "Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress", New York, 2012. Se trata de una organización sin ánimo de lucro que promueve la salud reproductiva, bajo los principios y definiciones dados por la OMS. Disponible en <http://www.guttmacher.org/media/nr/2009/10/13/index.html>

<sup>70</sup> De manera especial en su libro "Las mujeres y el desarrollo humano", Herder ed., Barcelona, 2002.

de Martha Nussbaum, son tratadas como ciudadanas de segunda clase y todo esto es un asunto de justicia<sup>71</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud, las muertes causadas por el aborto inseguro representan el 13% de todas las muertes maternas. África está afectada de manera desproporcionada, con casi dos tercios de todas las muertes relacionadas con el aborto. Alrededor de 5 millones de mujeres están ingresando en el hospital como consecuencia de un aborto inseguro cada año. Más de 3 millones de mujeres que tienen complicaciones después de un aborto inseguro no reciben atención<sup>72</sup>. En América Latina se calcula que el número de abortos que ocurren anualmente es entre 4.1 y 4.4 millones<sup>73</sup>.

Claramente esto nos conlleva a un debate sobre su autonomía, sobre la capacidad para disponer sobre su propio cuerpo, sobre el reconocimiento de esa capacidad, sobre el papel del Estado y del Derecho, no es un secreto que la autonomía -entendida como la libertad de ser uno mismo y de disponer de su propio futuro- está mucho más condicionada para las mujeres que para los hombres, las cuales, siempre han visto sometidos sus cuerpos al dominio de poderes maritales, filiales, jurídicos, morales, iglesia, médicos, etc.<sup>74</sup>, no podemos desconocer entonces que su autonomía históricamente se ha visto bastante mediada y que el derecho ha pretendido en muchas ocasiones manejar los asuntos que a ella se refiere con algún tipo de represión, pese a que instituciones como la Organización Mundial de la Salud o el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer han sugerido la construcción de sistemas de salud con enfoque de género, lo cierto es que aún en el mundo las mujeres siguen muriendo por las prohibiciones y la mala asistencia en salud. Así por ejemplo en lo que respecta al derecho a decidir sobre su propio cuerpo y en línea con lo que ha sostenido Tamar Pitch, el Derecho ha demostrado su incapacidad para regular estos temas pues si bien es cierto en muchos lugares del mundo se penalizan las prácticas abortivas, o se permiten condicionadamente, ello no ha impedido para nada su realización, permitiendo como lo hemos visto que millones de mujeres en el mundo continúen muriendo.

Recapitulando, es muy probable que todas las reflexiones que hasta acá hemos hecho nos lleven a afirmar que definitivamente la pobreza y la desigualdad no son inevitables ni se generan espontáneamente como si fueran parte del orden natural de las cosas, sino que son producto de decisiones políticas y económicas que buscan

---

<sup>71</sup> NUSSBAUM, Martha, *Las mujeres y el desarrollo humano*, Herder ed, citado pág. 30.

<sup>72</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, "La prevención del aborto inseguro". Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/>

<sup>73</sup> GUTTMACHER INSTITUTE, "Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress", citado.

<sup>74</sup> Pitch, Tamar, *Un Derecho para Dos*, Trotta, Madrid, 2003, pág. 101.

favoreces determinados intereses. Es inminente trabajar en combatir la desigualdad y con ello reducir la pobreza, se requieren con urgencia políticas públicas de tipo económicas y sociales con alto contenido de justicia, no más mercantilización de los derechos, no más invisibilización de los grupos vulnerables, no más permisividad con el hambre, con la enfermedad, con la muerte por causas absolutamente evitables.

La salud no puede convertirse en un bien mercantilizado, en un producto que esté a la mano de quien tenga capacidad de pago. No podemos permitir que esos 2.200 millones de personas que se encuentra en situación de pobreza tengan que seguir padeciendo necesidades, que no tengan oportunidades de crecimiento social, de ver realizado su proyecto de vida, porque simplemente no tienen dinero para pagar agua potable, servicios sanitarios, alimentos, viviendas, vestido, y todos los elementos mínimos para una subsistencia digna.

Las mujeres que siempre ven agudizada su situación ante cualquier evento en que se encuentren, no pueden seguir cediendo su tiempo, su cuerpo, sus cuidados, su vida, para que otros logren sus fines a costa de ellas. Es necesario un reconocimiento a sus labores, a sus necesidades, de lo contrario no estamos construyendo equidad, para eliminar la desigualdad debemos voltear a ver hacia las mujeres, eliminar todas las barreras de acceso a los diversos aspectos de la vida y ello incluye la salud. Basta de ignorar sus requerimientos corporales, debemos reconocer pública y positivamente la labor y el aporte social que hacen dando vida, debemos eliminar las limitantes de tipo económicas y desde luego debemos reconocerles el derecho a decidir en todos los ámbitos de su vida –pública y privada- y ello claramente incluye el reconocimiento a decidir sobre su propio cuerpo como personas autónomas e independientes que son, no es posible que sigan muriendo por las imposiciones y negativas de los gobiernos que no les permiten decidir pero tampoco les dan lo elemental para ejercer dignamente ese papel de madre al que las han compelido.

Es urgente eliminar las relaciones jerárquicas derivadas de las construcciones del género, por ello se requiere la activa participación de las mujeres en la vida pública, en las decisiones políticas, en la redefinición del concepto de ciudadanía en términos favorables a la mujer en donde la diferencia tenga un verdadero reconocimiento<sup>75</sup>.

---

<sup>75</sup> RODRIGUEZ, PALOP, María Eugenia, *La nueva generación de Derechos Humanos, Origen y justificación*, Dykinson.S.L, edición corregida y ampliada, Madrid, 2010, pp. 281-293. Destaca la autora sobre el feminismo de los años sesenta que va en contra de la premisa según la cual la igualdad de derechos podía conseguirse dentro de un marco institucional establecido en función de una cultura dominada por hombres y que arrastraba a la integración de los códigos dominantes. Reivindicando además el derecho a la diferencia, un derecho que exige como mínimo el deber de aceptar que el tratamiento desigual en razón del sexo puede ser legítimo. Debates que siguen estando en plena vigencia y siguen siendo parte de la lucha feminista.

Basta de ver el mundo de manera plana, de modelar todas las esferas bajo la versión masculina, las mujeres no son lo otro, lo raro, las mujeres son personas con condiciones biológicas diferentes a las masculinas -y no por ello deben ser menospreciadas y excluidas-, dadoras de vida y ello amerita un reconocimiento público y un tratamiento digno, sin discriminaciones, sin negativas, sin más cargas, es urgente que el mundo mire hacia las mujeres, no se puede pensar en derechos humanos sin pensar en más de la mitad de la humanidad.