Familias pobres y desigualdades de género en salud : el caso del barrio de San Isidro	Titulo
Fleitas Ruiz, Reina - Autor/a;	Autor(es)
En: . ( ). :	En:
Buenos Aires	Lugar
CLACSO	Editorial/Editor
2013	Fecha
Colección CLACSO-CROP	Colección
Jefatura de hogar; Teoría de género; Morbilidad; Politica de salud; Hogares pobres; Desigualdad de género; Pobreza; Salud; Condiciones de vida; Cuba;	Temas
Libro	Tipo de documento
"http://biblioteca.clacso.org.ar/clacso/clacso-crop/20130806024939/FamiliasPobresydesigualdaddegenero.pdf"	URL
Reconocimiento-No Comercial-Sin Derivadas CC BY-NC-ND http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO

http://biblioteca.clacso.edu.ar

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)

Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)

Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)

www.clacso.edu.ar

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
Latin American Council of Social Sciences

REINA FLEITAS RUIZ

FAMILIAS POBRES Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD

El caso del barrio de San Isidro

COLECCIÓN CLACSO-CROP

CLACSO

FAMILIAS POBRES Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD

Fleitas Ruiz, Reina
Familias pobres y desigualdades de género en salud : el caso del barrio de San Isidro . - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2013. E-Book (CLACSO-CROP)

ISBN 978-987-1891-64-1

1. Salud. 2. Pobreza. I. Título
CDD 613

Otros descriptores asignados por la Biblioteca virtual de CLACSO:
Salud / Pobreza / Desigualdad de género / Hogares pobres / Política de salud / Morbilidad / Jefatura de hogar / Teoría de género / Condiciones de vida / Cuba

La Colección CLACSO-CROP tiene como objetivo principal difundir investigaciones originales y de alta calidad sobre la temática de la pobreza. La colección incluye los resultados de las actividades que se realizan en el marco del Programa CLACSO-CROP de Estudios sobre Pobreza en América Latina y el Caribe (becas, seminarios internacionales y otros proyectos especiales), así como investigaciones relacionadas con esta problemática que realizan miembros de la red CLACSO-CROP y que son aprobadas por evaluaciones académicas externas.

CLACSO

Secretario Ejecutivo
Pablo Gentili

Directora Académica
Fernanda Saforcada

Comité Directivo [Miembros Titulares]

Gerardo Caetano
UDELAR, Uruguay

Jose Carlos Rodríguez
CDE, Paraguay

Dalila Andrade
FaE/UFMG, Brasil

Leticia Salomón
DICU/UNAH, Honduras

Eduardo Toche Medrano
DESCO, Perú

Juan Ponce
FLACSO, Ecuador

Suzy Castor Pierre-Charles
CRESFED, Haití

Lucio Oliver
CEL/FCPyS y PPEL/UNAM, México

CROP

Director Científico
Alberto D. Cimadamore

Comité Científico

Thomas Pogge
Chair of CROP Scientific Committee
Leitner Professor / Philosophy and International Affairs
Yale University, USA

Julio Boltvinik
Professor / Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, México

Atilio Boron
Professor / Programa Latinoamericano de Educación a Distancia en Ciencias Sociales (PLED), Argentina

Jean Comaroff
Professor / Department of Anthropology, University of Chicago, USA

Bob Deacon
Professor / Department of Sociological Studies
University of Sheffield, UK

Shahida El Baz
Dr. / The National Center for Social and Criminological Research (NCSCR), Egypt

Sara Hossain
Lawyer / Supreme Court, Bangladesh

Asunción Lera St. Clair
Professor / Department of Sociology, University of Bergen, Norway

Karen O'brien
Professor / Department of Sociology and Human Geography, University of Oslo, Norway

Adebayo Olukoshi
Director / United Nations African Institute for Economic Development and Planning (IDEP), Senegal

Isabel Ortiz
Associate Director / UNICEF

Shahra Razavi
Research Co-ordinator / United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD)

CLACSO
Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Estados Unidos 1168
C1101AAX, Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Tel. [54 11] 4304 9145 - Fax [54 11] 4305 0875
<www.clacso.org>
<clacsoinst@clacso.edu.ar>

CROP
Comparative Research Programme on Poverty

P.O. Box 7800
N-5020 Bergen, Noruega
Tel. 47 5558 9744
<www.crop.org>
<crop@uib.no>

Colección CLACSO-CROP

FAMILIAS POBRES Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD

EL CASO DEL BARRIO DE SAN ISIDRO

Reina Fleitas Ruiz

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Editor Responsable Pablo Gentili, Secretario Ejecutivo de CLACSO

Directora Académica Fernanda Saforcada

Colección CLACSO-CROP

Directores de la colección Emir Sader, Director de Relaciones Internacionales de CLACSO y Alberto D. Cimadamore, Director de CROP
Coordinadores de la Colección Carolina Mera, Coordinadora del Área de Relaciones Internacionales de CLACSO y Hans Egil Offerdal, Coordinador del Programa América Latina y Caribe de CROP
Asistentes Dolores Acuña (CLACSO) y Santiago Kosiner (CROP)

Área de Producción Editorial y Contenidos Web de CLACSO
Coordinador Editorial Lucas Sablich
Coordinador de Arte Marcelo Giardino

Arte de tapa Ignacio Solveyra

Producción Fluxus estudio

CLACSO
Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
Estados Unidos 1168 | C1101AAX Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Tel. [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | <clacso@clacso.edu.ar> | <www.clacso.org>

Primera edición en español
Familias pobres y desigualdades de género en salud. El caso del barrio de San Isidro (Buenos Aires: CLACSO, julio de 2013)

ISBN 978-987-1891-64-1
© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723

Patrocinado por la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo Norad

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

Este libro está disponible en texto completo en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO
<www.biblioteca.clacso.edu.ar>

Los contenidos de este libro han sido evaluados por dos especialistas externos a la institución en un proceso de revisión por pares.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

A mi esposo, por su múltiple e incondicional apoyo
A mis hijos, familia, estudiantes y compañeros de trabajo,
sin ellos no hubiera sido posible este resultado.
A Clacso-Crop por darme la oportunidad de investigar.

ÍNDICE

Presentación | 13

Capítulo I. Los enfoques teóricos acerca de las interacciones entre pobreza, salud y género | 19

El enfoque social en salud y la pobreza como determinante social de la salud | 19

Desigualdades de género en salud. Pobreza, género y salud | 52

Capítulo II. La salud en Cuba. Género y pobreza | 83

Las investigaciones sobre salud y pobreza. El enfoque de género en la investigación sobre salud | 83

Política de salud, reforma sanitaria y superación de la pobreza en Cuba | 131

Perfil epidemiológico de hombres y mujeres en Cuba. Semejanzas y desigualdades | 174

Capítulo III. Estudio de casos | 203

Relación entre pobreza urbana y desigualdades de género en salud en familias del Consejo Popular de San Isidro | 203

El Consejo Popular de San Isidro. Condiciones de vida del barrio: oportunidades y características de su población | 203

Perfil de los hogares seleccionados para el estudio. Pobreza de ingresos y privación humana. Desigualdades de género | 217

La morbilidad de las familias pobres en San Isidro. Desigualdades de género y salud | 240

Historias de Vida de Salud y Familia entre mujeres y hombres Jefes de Hogar | 254

Bibliografía | 333

PRESENTACIÓN

EN EL DECENIO QUE ACABA DE CONCLUIR, se han producido importantes cambios en América Latina en las políticas de algunos países donde antes fracasaron los conceptos neoliberales. Los indicadores de salud y de educación dan cuenta de la mejoría de la calidad de vida de su población. La lucha contra la pobreza se convirtió en una de las estrategias de la política de desarrollo de varios gobiernos con el fin de mejorar el bienestar de sus pueblos y ello hizo posible que avanzaran en las posiciones que ocupaban en el índice de desarrollo humano. Se ha ido creando una forma de intercambio más cooperativo y de alianza entre las naciones latinoamericanas; por primera vez parece cercano el sueño de Bolívar, Martí y tantos otros de una integración regional.

Paradójicamente, otra es la realidad que comienza a perfilarse en Europa, donde la crisis económica ha estado matizada por medidas económicas y sociales de ajuste que han tenido una repercusión en el empeoramiento de la calidad de vida de la población de algunas de las naciones que forman la Comunidad Europea. La "Europa del Bienestar distributivo" nos obliga a plantear la pregunta:¿hasta dónde puede mantener una sociedad que construye un sistema sobre bases desiguales la creencia de que es posible un reparto equitativo de la riqueza sin cambiar sus estructuras?

En el Informe de Desarrollo Humano de 2010 se constatan enormes progresos en el campo de la salud en diferentes regiones del mundo. Ha crecido la esperanza de vida, se han reducido las tasas de mortalidad infantil a una velocidad mayor que las de los adultos, ha decrecido también la mortalidad materna, pero todos los valores promedios chocan con la realidad de la disparidad que aún persiste en el estado de salud de diferentes grupos y países. El patrón de no distribuir recursos, que mantiene y profundiza las brechas entre ricos y pobres, sigue latente en muchos aspectos. En relación al crecimiento económico se ha comprobado que muchos países logran incrementar sus recursos pero no distribuyen y las desigualdades en diferentes áreas del desarrollo humano se mantienen.

En el último decenio se ha logrado avanzar en la conceptualización de la pobreza y su medición, pero el proceso de reducción de la pobreza es mucho más lento. Luego de un largo período en el que el ingreso determinó los análisis sobre pobreza y el enfoque del desarrollo se redujo al crecimiento económico, parece que un concepto multidimensional sobre la pobreza —entendida como privación humana— puede contribuir a una comprensión más acertada y compleja que capte la multiplicidad de su expresión. Hace falta entonces que la política asuma esa mirada.

Este complejo análisis no podría pasar por alto las desigualdades de género, no sólo por la creciente importancia que su debate ha tenido a nivel nacional e internacional, sino por la pertinencia de sus enfoques en el abordaje del tema. Está demostrado que la profundización de la pobreza, o determinadas peculiaridades de su expresión, se asocian a la forma en que se articula esta situación con otros estratificadores sociales, uno de los cuales es el género. Los datos internacionales reflejan que niños, ancianos y mujeres son el rostro principal de la pobreza, no sólo por su cantidad sino porque portan las formas más extremas de experimentarla, al ser las más afectadas por el hambre, las que más mueren por enfermedades evitables, las que mayores carencias tienen.

En el debate internacional de la última década ha emergido también el enfoque relativo e histórico de la pobreza. La experiencia de investigación recomienda que sea más atinado buscar fórmulas de comprensión y medición nacionales que se adecuen mejor a las realidades históricas de las políticas para el desarrollo que han prevalecido en cada nación y no a puntos de vista etnocentristas. Existe una historia muy divergente entre América Latina—de la cual es parte Cuba— y los países Europeos y de América del Norte, que ha afectado incluso a un fenómeno como la pobreza. La dependencia y la hegemonía construyeron sociedades subdesarrolladas a las que les resulta difícil eliminar

las secuelas que esos fenómenos dejan en la cultura del trabajo y en una economía deformada por la falta de diversificación, basada en políticas importadoras que reproducen la dependencia a un mercado internacional injusto. Construir un modelo económico independiente, autosustentable e inclusivo que asegure la erradicación de la pobreza es un reto complejo para las naciones latinoamericanas, más aún lograrlo en un escenario de crisis económica mundial.

El estudio que aquí se presenta pretende ofrecer razones que expliquen las particularidades del proceso histórico de superación y reemergencia de la pobreza que se ha desarrollado en los últimos cincuenta años en Cuba, el papel que la política de salud ha desempeñado en todos los momentos y cómo la pobreza no se reduce al ingreso o una canasta básica, sino también a una privación de la salud entre los pobres.

Para lograr ese objetivo fue necesario explorar la larga historia que el discurso social ha elaborado en relación a la pobreza, tanto en las ciencias sociales como en las de la salud, para conocer sus encuentros y desencuentros. Se impuso ese ejercicio con el fin de revelar su riqueza y los altibajos que ha tenido el enfoque social en la evolución de la medicina, así como el valor que hoy se otorga—desde el punto de vista epistemológico y metodológico— a la teoría de las determinantes sociales en salud en los estudios de pobreza. El hegemonismo del enfoque economicista en los estudios de pobreza y bioepidemiológico en salud no contribuyen a entender esa relación. El enfoque biológico de la salud ha dado muchas respuestas a diversos problemas de salud y enfermedades, ha fomentado el desarrollo de la medicina y ha cambiado los perfiles epidemiológicos de muchas naciones, pero con él no se agotan las explicaciones y por tanto con frecuencia resultan ineficaces los tratamientos farmacológicos, a los que no siempre acceden los pobres.

Los pobres de hoy siguen presentando problemas de salud que se distinguen de los de los ricos por la muerte prematura, la menor esperanza de vida, la más alta morbilidad y formas específicas de vivir diferentes enfermedades que no tienen respuestas en las tecnologías de avanzada, en la medicina farmacológica ni en la natural, sino en la social. Dilucidar las múltiples relaciones que fueron construidas en el pensamiento salubrista y de las ciencias sociales desde el siglo XIX hasta el presente nos ha ayudado a apropiarnos de las herramientas para la interpretación de esa historia en el caso cubano. En particular constatar la ausencia de investigación sobre pobreza entre los salubristas cubanos, siendo este un problema que nos golpea.

Un presupuesto de partida de la investigación era la necesidad de construir análisis vinculantes de la pobreza con otras desigualdades,

en tanto las interacciones que se producen entre ellas permiten captar mejor la complejidad y multidimensionalidad de la privación. La teoría feminista ha elaborado la tesis de la feminización de la pobreza, cuyos enfoques se reajustan a la luz de nuevas experiencias de investigación nacional con perspectiva de género. Para el caso de Cuba era un reto la aplicación del enfoque de género al estudio de la pobreza a través de la dimensión salud, eso significaba cuestionar hasta dónde eran aceptables los supuestos de la igualdad de oportunidades hacia las mujeres y de la equidad en salud.

La historia de la ciencia, cualquiera sea la disciplina de que se trate, no puede desconocer el aporte que el feminismo ha hecho con la propuesta de la teoría de género y su aplicabilidad al campo de la salud. Ese fue uno de los objetivos del presente estudio: develar sus contribuciones, diversidad de planteamientos y complejidades de análisis para diferentes problemas de salud. La premisa fue exponer el valor de la perspectiva de género en la dilucidación de un perfil diferente de salud de hombres y mujeres, que no sólo está determinado por factores biológicos del sexo sino por la interacción entre estos y las diversas condicionantes socioculturales del género.

Cuba busca un camino socialista desde hace más de cincuenta años, porque considera que el socialismo es una sociedad más justa y equitativa. La realidad de Cuba es la de un contexto histórico con sus propias características, determinadas por un bloqueo que dura igual cantidad de años y una búsqueda incesante de un modelo económico sobre el cual existen escasas, vagas y dudosas referencias intelectuales. Con frecuencia sus estrategias económicas se han tenido que centrar en intentar romper el aislamiento político y económico y ha pagado por ello un costo económico y social elevado, uno de los cuales ha sido el renacer de la pobreza en la década del noventa.

Aún en las circunstancias históricas más complicadas, cuando se declaró el período especial en los noventa, el gobierno mantuvo de manera invariable el enfoque universalista en relación a la salud, la educación y la seguridad social. Sin embargo, los reajustes en la política económica de ese período implicaron cambios que tuvieron una repercusión en la estructura social generando desigualdades, las que si bien no se habían eliminado totalmente, al menos mantenían valores muy bajos, casi imperceptibles en la sociedad al iniciarse ese decenio. De hecho la nueva política generó durante varios años un cierto optimismo social de que la pobreza material había desaparecido, estaba tan generalizada en la neocolonia y la colonia, y fueron tan impactantes las medidas de los sesenta, que se creyó que sólo con esas transformaciones ya era suficiente para desterrar un fenómeno que duraba siglos de institucionalidad en el país, que se convirtió en

un problema estructural, asociado a múltiples factores económicos, sociales y culturales.

A diferencia de lo que aconteció durante varios decenios en América Latina, la igualdad de oportunidades ha sido un principio del modelo cubano de desarrollo y de su política de salud desde los años sesenta del siglo pasado. La Reforma de salud fue radical por su esencia, ella permitió formar un sistema único que en las condiciones de mayor crisis en el país, que afectaban a sus instituciones, mantuvo la estrategia de salud para todos. El sistema de salud cubano pone a prueba todos los días las ventajas de un modelo organizativo de salud que se focaliza en la prevención, en el subsistema de salud primario, comunitario, participativo y en la promoción. Es fácil dar salud cuando se tienen los recursos para ello, lo complejo es mantener valores altos de desarrollo humano y de esperanza de vida en las condiciones de la cotidianidad del cubano. Eso no significa que no existan fallos y contradicciones en el modelo, pero no tienen que ver con sus pilares.

Durante los años noventa y la primera década del presente siglo, se ha desarrollado un debate en las ciencias sociales cubanas sobre la pertinencia del uso del concepto de *pobreza* para evaluar las condiciones de vida de las familias que viven privaciones materiales. Se ha hecho uso de un arsenal conceptual cuyo único fin es intentar explicar las particularidades de ese fenómeno en Cuba, distinguiéndolo de las características que asume en otras estructuras económicas, sociales y culturales. Se ha hablado de población en riesgo, vulnerable, de pobreza con protección, por mencionar los más importantes. Todo parece indicar que la mejor manera de identificar el caso cubano es cuando se habla de *pobreza con protección*.

Los Informes de Desarrollo Humano (IDH), han definido un concepto de pobreza como "privación humana", que se centra en tres dimensiones: ingreso, salud y educación, aún cuando para su medición hayan hecho distinciones entre pobreza de ingreso y multidimensional, y expliquen sus interacciones. Lo que interesa a los efectos de este trabajo es el análisis multidimensional y la relación específica entre aspectos como las condiciones de vida materiales de los hogares pobres y los perfiles de morbilidad de sus miembros, para revelar las particularidades de ese proceso en Cuba. Se han publicado varios estudios sobre pobreza en Cuba, algunos tienen en cuenta la dimensión salud, pero no todos los aspectos que revela la misma, tales como los indicadores que se asocian al estado de salud de los grupos humanos.

La política social cubana ha sido reconocida no sólo por los éxitos que en el campo de la salud y la educación ha alcanzado, sino también en relación a las garantías de los derechos de la mujer y la infancia. De hecho el Índice de Desigualdad de Género de Cuba fue de 0,337 en

2011, lo que le confirió la posición 58 entre 157 países evaluados; dato que permite concluir que la distribución de los recursos limitados con que ha contado el país durante estos años se ha hecho con mayor justicia social que en otros lugares. Cuba se ubicó ese año en la posición 51 del Índice de Desarrollo Humano, por debajo de Chile, Argentina, Barbados y Uruguay, pero fue el país que mejor posición logró en la superación de las desigualdades de género en el continente, luego de Bahamas (PNUD, 2011: 153).¿Quiere esto significar que los avances en el logro de la meta de construir una sociedad más equitativa desde el punto de género excluyen la posibilidad de encontrar desigualdades de género que repercuten en la profundización de la pobreza que viven familias cubanas? ¿Es imposible encontrar en el país hogares dirigidos por mujeres más pobres que los que dirigen los hombres? Algunos estudios ya hablan de una pobreza más profunda en hogares dirigidos por mujeres. La investigación que aquí se expone corrobora esos resultados y propone la incorporación de la dimensión salud para entender la *pobreza con protección* en Cuba desde una visión comparativa de género que incluye la descripción de la situación tanto de las jefas como los jefes de hogar.

Siguiendo los derroteros de la actual sociología se persiguió la meta de realizar un estudio que combine los enfoques macro y micro. Se realizó primero una evaluación de las políticas de salud, de su contexto socioeconómico y sincronías con otras políticas o diferencias, luego se explicó el impacto diferente que tiene en el perfil epidemiológico de hombres y mujeres en Cuba y se concluyó con un estudio de casos en un territorio, que sin pretensiones de generalización muestra que en lo singular también está la huella de la sociedad y de sus contradicciones.

Así también durante la investigación se combinó el uso de varios métodos que se explican en el Anexo metodológico, lo cual era necesario para cumplir objetivos diversos que obligaban a incursionar por diferentes niveles del conocimiento y por la complejidad del objeto de estudio.

Las conclusiones son claras: existe pobreza en Cuba y es más aguda entre jefas de hogares pobres. Una de sus dimensiones es la alta morbilidad, vinculada con los tipos de privación que padecen estos pobres y con los factores de género que pesan sobre la vida de hombres y mujeres que viven esas historias. Esa relación entre pobreza material, precariedad de la salud y desigualdades de género se convierte en un círculo vicioso que es necesario romper. El sistema de salud cubano debería considerarla en sus definiciones de políticas.

Esperamos que sus resultados contribuyan a la reflexión crítica y estimulen la expansión de nuevas investigaciones que se apropien del enfoque interactivo entre pobreza, género y salud.

Capítulo I

LOS ENFOQUES TEÓRICOS ACERCA DE LAS INTERACCIONES ENTRE POBREZA, SALUD Y GÉNERO

La miseria del pueblo es la madre de todas las enfermedades.
Johann Peter Frank, 1790

EL ENFOQUE SOCIAL EN SALUD Y LA POBREZA COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD

Lo primero que debe mencionarse cuando se aborda la investigación sobre un tema social en el siglo XIX es que no es posible asumir una clasificación rígida sobre los autores y su obra por disciplinas. Este es un período de institucionalización de las ciencias sociales más particulares. La sociología, por ejemplo, se estableció como ciencia a fines del siglo XIX y principios del XX, muchos de los que contribuyeron a delinear su objeto de estudio eran juristas, filósofos y economistas. Otra cuestión es que el espíritu científico que caracterizaba a la época, cuestionador de la tradicional filosofía escolástica que había dominado al pensamiento durante siglos, influyó en el interés de innovar en el campo de la investigación y lo hizo bajo el paradigma de las ciencias naturales, secularizado y centrado en el mundo real de los seres humanos.

En la epidemiología social y la salud pública pasaba otro tanto. Estamos en el período de su descubrimiento y buena parte de sus pioneros tenían diversas formaciones, aunque prevalecía la médica. Se incursionaba en diferentes áreas de conocimiento, y se usaban muchos términos para definir la nueva ciencia de la salud que estaba emergiendo: policía médica, medicina social, salud pública o higiene

social, lo que es una evidencia de la indeterminación de los campos de estudio. Apenas estaba en marcha el proceso de división del trabajo dentro de las ciencias sociales y las ciencias de la salud.

Un científico como Marx es reclamado como clásico en diferentes especialidades sociales, no sólo por sus contribuciones a cada una, sino sobre todo porque creyó en la necesidad de una visión integral del análisis de los procesos sociales. La mirada sistémica u orgánica en algunas escuelas, buscaba explicar la relación entre procesos y componentes de la sociedad y la naturaleza y, los investigadores de las más diversas disciplinas pasaban de un campo del conocimiento a otro durante el período de su desempeño profesional. Marx era de formación filosófica, pues el espíritu de la ciencia predominante estaba aún dominado por la visión de totalidad que subyacía en esa ciencia.

Otro asunto esencial es que el análisis de las interacciones entre pobreza y salud no significa: 1) citar el repertorio de clásicos que de manera abundante están referenciados en la bibliografía sobre pobreza, y 2) que la historia de su discurso coincida de manera exacta con las periodizaciones que realizan otros autores acerca de la evolución del conocimiento en la ciencia social sobre la pobreza. Es importante considerar la explicación sobre la articulación entre pobreza y salud en relación con el debate más amplio entre salud y las determinantes sociales.

Por otro lado, no es posible relacionar y explicar en este marco teórico todo el conocimiento que se ha producido a lo largo de la historia de las ciencias sobre la relación salud-sociedad o el subtema salud-pobreza. Es muy variado y rico ese conocimiento, imposible de abarcar en esta investigación que —no obstante y de manera sucinta— pretende dar respuesta a dos preguntas: ¿Cuáles han sido los principales enfoques en las investigaciones sociales y del campo de la salud sobre esa relación y cómo ha evolucionado su conceptualización? Para responder ese interrogante necesariamente nos hemos apoyado en obras y autores que se reconocen como clásicos en el campo de las ciencias sociales, de la salud pública, la epidemiología social y la medicina social, que desde nuestro punto de vista han hecho contribuciones decisivas a lo que hoy se denomina el Estudio de las Determinantes Sociales en Salud, aunque explicando las interconexiones entre pobreza y salud.

Un preámbulo obligado es que los estudios sociales o de salud no siempre logran vincular ambos temas. Hay una larga tradición en ciencias sociales que ha dado cuenta de la realidad de la existencia de la pobreza, de sus particularidades y factores que la determinan, pero ha ignorado su vínculo con la salud. Eso ha sucedido cuando cada disciplina aborda el análisis de la pobreza desde las tradiciones de

investigación disciplinar que le impone su objeto específico. La parcelación ha sido un dilema de las ciencias sociales del siglo XX, y no ha sido superada aún en los inicios del presente siglo.

También ha acaecido lo contrario, sobre todo entre los investigadores de la salud que han privilegiado el enfoque biologicista en la explicación de la etiología de las enfermedades, ignorando las teorías que demuestran el papel de los factores sociales en la morbilidad y mortalidad de los grupos humanos. La fuerza que algunas escuelas de medicina alcanzaron en determinados momentos, acarreó rupturas en la relación entre el enfoque social y la enfermedad, y eso trascendió a los estudios de pobreza y salud.

No obstante ello, es necesario destacar el interés que por largo tiempo ha existido en las ciencias por explicar la pobreza y lo que ella significa para la salud, esa es una realidad que sobre todo se constata a partir de fines del siglo XVIII. Lo que no quiere decir que antes de ese período no se observaran vínculos entre ambos temas; pero sí hay una diferencia sustancial entre el abordaje de la pobreza en la medicina que antecedió al siglo XVIII, y la que se desarrolló a partir de esta etapa, evolucionando hacia un enfoque social en salud hasta fines del siglo XIX.

El estudio histórico del conocimiento sobre la relación pobreza/salud nos permite marcar entre fines del siglo XVIII y el XIX una etapa muy fructífera en la investigación de ciencias sociales y de la salud. A fines del siglo XIX se produce una ruptura y se desvaloriza el enfoque social en salud, que se retoma varias décadas después de iniciado el siglo XX. Es en los decenios del sesenta y setenta cuando se experimenta ese renacimiento del paradigma social de la salud, lo que se comprueba por: 1) el impulso a las investigaciones sociales en salud; 2) la institucionalización de las ciencias sociales de la salud; 3) consolidación de la salud pública, entendida en los términos de Winslow como ciencia y arte de prevenir las enfermedades; y 4) creación del Modelo de las Determinantes Sociales en Salud.

LA HISTORIA Y SUS RESULTADOS EN EL CONOCIMIENTO

Desde la época medieval la medicina que se expandió en las iglesias fomentó la idea de la necesidad de que los pobres contaran con una atención médica. Por supuesto que esa actitud no aparece automáticamente como resultado de la constatación de una realidad de pobreza, las desigualdades siempre han existido en todas las culturas desde épocas muy remotas, pero no hay datos que reflejen alguna preocupación gnoseológica y práctica entre los estudiosos de la salud de la sociedad antigua sobre el tema, más bien la esclavitud era considerada un estado normal. Según Sigerist el hombre enfermo, el inválido, el

débil, son hombres indignos y que sólo pueden ser considerados como tales a la vista de la sociedad. La antigüedad no ofrece evidencia de ningún tipo de provisión para el cuidado del inválido (Sigerist, 1960: 58). Sería necesario agregar que tampoco ningún tipo de reflexión que relacione condiciones de vida y salud, a lo sumo la escuela hipocrática se acercó a plantear cierta relación entre alimentos, agua, ejercicio físico y salud. La paradoja de la época medieval en el campo de la medicina es que mientras se persigue toda noción de la salud que tenga explicación científica—y se la acusa de pagana— por otro lado se genera una actitud más solidaria con el hombre enfermo, en particular con el que no puede proveerse de una atención por no contar con los recursos para ello.

La industrialización, su impacto en la aparición de las nuevas ciudades y el desarrollo del movimiento de la Ilustración, incidieron en el nacimiento de un nuevo enfoque sobre la pobreza. La Ilustración construyó un discurso sobre el efecto de las desigualdades sociales en la vida de las personas y para las sociedades, se valorizó el criterio de que las diferencias debían comprenderse como hechos de injusticia social que prevalecían en el mundo real y cuyas causas eran reales, asociadas a las estructuras económicas, políticas y sociales de la sociedad feudal en decadencia y no como fruto de fenómenos trascendentales y divinos. La Ilustración proporcionó un marco filosófico relevante para entender la salud como problema de justicia social y asociarla a las desigualdades económicas, políticas y sociales imperantes.

Los visibles impactos que se observaban en toda Europa a fines del siglo XVIII en la situación de la clase trabajadora, impulsaron estudios sobre sus condiciones físicas y morales que —según Hobsbawn— se hicieron muy frecuentes en la época.[1]

Es en el campo de la medicina y de las llamadas ciencias de la salud donde ese vínculo entre pobreza y salud aflora de manera más constante y profunda. La Higiene, la Epidemiología social, la Medicina social y la Salud pública del siglo XIX, dieron un vuelco a esa relación.

En época tan temprana como 1790, Johann Peter Frank pronunció la idea célebre: "La miseria del pueblo es la madre de todas las enfermedades"(Sigerist, 2006: 2).Su discurso es parte de un período donde los saberes médicos de diferentes especialidades, que empiezan a institucionalizarse, consideran al contexto social, económico y político como factor decisivo en el desencadenamiento de las enfer-

1 Hobsbawm cita obras como las de Villermé Cuadro del estado físico y moral de los obreros empleados en las manufacturas de algodón, de lana y de seda en Francia, y Buret la miseria de la clase trabajadora en Francia e Inglaterra en 1840.

medades, entre los cuales la reflexión sobre la pobreza destaca por su expansión real. Frank cree que las condiciones de trabajo y de vida miserable que experimentan los pobres es causa que debilita sus cuerpos y propicia diferentes enfermedades. Las desventajas que viven no solo se observan en sus hogares, es también parte de los hospitales donde se atienden y en cuyos servicios la mortalidad es más elevada que en otros donde asisten personas de sectores sociales más elevados. Por eso entiende que se necesitan reformas económicas y sociales, no sólo sanitarias; que por un lado el Estado tiene la obligación moral de atender esa situación, y por otro los médicos deben educar a gobernantes y pueblos en una conducta saludable. Su rol de administrador de salud le permitió comprender la importancia de la participación del Estado en la atención de la salud de la población desprotegida. En su trabajo titulado *Un sistema completo de política médica*, se recogen propuestas de acciones legislativas que pretenden proteger a niños, mujeres embarazadas, a quienes sufren accidentes y se pronuncia por la reorganización de los hospitales, entre otras.

La historia de la epidemiología social reconoce también el trabajo en esa línea de William Alison en Escocia, quien en 1820 describe la estrecha asociación entre pobreza y enfermedad, afirmando que para prevenir las enfermedades hay que erradicar la miseria. A diferencia de Willian Farr y Edwin Chadwick, no centró su atención en explicar la pobreza a través de la teoría de los miasmas o el aire impuro como era costumbre de la época, ampliaba su espectro de causas hacia determinantes más sociales, tales como mejores salarios y leyes para los pobres que podrían eliminar sus dolencias y fomentaba la intervención del Estado en su solución (Cesar y Recabado, 2005: 7).

La teoría miasmática de la enfermedad y el enfoque utilitario sobre la pobreza tuvo en Edwin Chadwick un defensor, cuyo trabajo más relevante como político fue la presentación en 1842 del *Informe sobre el Estado de Higiene de las grandes ciudades de Inglaterra*, que Engels usó después en su libro *La situación de la clase obrera en Inglaterra.*

A principios de siglo una obra muy importante fue la de Louis Rene Villermé en Francia, quien escribe sobre la pobreza y su relación con la mortalidad y la morbilidad. En 1840 publica su trabajo *Cuadro del estado físico y moral de los obreros empleados en las manufacturas de algodón, lana y seda*, en el cual explica cómo las condiciones de vida causaban la muerte temprana de los trabajadores de esas fábricas, describe las condiciones sanitarias de las fábricas, la higiene personal de los trabajadores, sus salarios y la duración de sus jornadas laborales. Se reconoce por la ciencia social como un trabajo que sobresale por el uso de las estadísticas aplicadas a la investigación social y en el que se manejan indicadores de salud (Villermé, 1971).La razón que

motivó el trabajo estaba asociada al incremento de la muerte infantil en la industria textil de Francia, y el impacto que tuvo la investigación motivó la aprobación de la ley de 1841 que pretendía regular el trabajo infantil, restringiéndolo a partir de los 8 años. Más tarde, en 1850, e influenciado por esta investigación, también se adopta una ley que prohíbe el alquiler de viviendas. Aunque esta se reconoce como su obra más importante, otras publicaciones sobre accidentes laborales y trabajo infantil dan cuenta de sus aportes al campo de una medicina social cuyo punto de partida es el mundo laboral.

Otro eminente patólogo alemán, Rudolf Virchow, estudia las epidemias en la zona industrial de Silesia, concluyendo que sus causas son sociales, económicas y físicas, por eso sugiere prosperidad, educación y libertad para su erradicación (Cesar y Recabado, 2005: 8).

La incipiente epidemiología de esta época estaba representada por hombres de pensamiento liberal democrático, casi todos veían la pobreza como resultado de una combinación de factores económicos y políticos que no se articulaban bien y reclamaban la intervención del Estado. Para unos, la erradicación de la pobreza era un problema de justicia social, para otros, de eficiencia económica y garantía de la defensa de la nación. Pero común a todos fue identificar al Estado como un actor social cuyo papel era importante en la erradicación de este problema social a través de muy diversas acciones de salud. Sus investigaciones y publicaciones se tradujeron en actividades que propiciaron nuevas legislaciones sanitarias y la construcción de una institucionalidad en el área de la administración de la salud y de los servicios públicos. Las determinantes sociales de la pobreza la veían vinculadas a las condiciones tanto laborales como familiares que vivía ese grupo humano.

Una concepción sobre la pobreza y las desigualdades sociales más radical se halla en los escritos de Carlos Marx y Federico Engels. Cabe mencionar dos obras que destacan por las explicaciones sobre la interconexión entre pobreza y enfermedades. Del primero se puede citar de manera particular *El Capital*, y del segundo su obra más temprana: *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. En ambos casos, resulta la respuesta de dos intelectuales con una mirada compleja y humana de la sociedad en que viven, que se reconocen herederos del movimiento filosófico de la Ilustración y críticos de la sociedad capitalista.

La comunidad de enfoque en la obra de Marx y Engels es un presupuesto reconocido por toda la ciencia social que se infiere de la defensa y uso que hicieron del método dialéctico y de la interpretación materialista de la historia; de la cual no es excluyente la comprensión, que en las obras mencionadas construyen sobre la relación entre las condiciones de vida material de la clase trabajadora y su estado de

salud. Lo es también el enfoque histórico, basado en fuentes que dan cuenta de los procesos de la realidad y sus diversas interconexiones en territorios específicos. Un punto de partida de ambos fue mostrar, como dijera Juan Cesar García, la relación entre salud y estructura social, en particular la influencia de las condiciones económicas del capitalismo en la producción de enfermedades (García, 1994: 20).

La dialéctica marxista se aplica al campo de la historia y ella significa que cualquier proceso social está caracterizado por ser un escenario de confrontación entre clases; conciben el sistema capitalista como una sociedad que se mueve por el conflicto entre burgueses y obreros. El capital contribuye a generar las condiciones de miseria de la clase trabajadora, pero esta se organiza y lucha por conquistar el derecho a mejorar su calidad de vida. Las políticas de salud, que nacen de los centros de poder, se entienden como el interés del capital en mejorar las condiciones de los trabajadores, en la medida que ellos aportan ganancias y hacen más eficiente la producción y, por tanto, no se promueven en base a una ideología de la salud como derecho humano. Aparentemente, en esta lucha la clase trabajadora puede superar la condición de pobreza, pero la inseguridad de su condición la lleva constantemente a engrosar las filas de los pobres, basta para ello que se genere una crisis del capitalismo.

Para Engels el abordaje científico de la pobreza va vinculado principalmente a exponer la miseria en que viven los trabajadores, y cómo ella es un efecto de la Revolución Industrial y de la transformación urbana del capitalismo. La precariedad del empleo, el desempleo, la inseguridad del empleo y el trabajo largo y agotador que no permite tener tiempo para el descanso, son dimensiones decisivas que describen esa situación. De ellas se infieren otros tópicos importantes que ayudan a obtener una caracterización de sus condiciones socioeconómicas, tales como: bajos ingresos que no cubren necesidades básicas, la falta de una vivienda digna, un consumo inadecuado de alimentos, de vestuario, de combustible para cocinar, de acceso al agua sana y de bienes necesarios para una vida confortable.

Engels describe la pobreza a través de la precariedad de las viviendas que poseen los obreros. Comienza por señalar su ubicación en espacios específicos, separados del territorio donde habita la clase burguesa, la cual detenta el poder y vive en los mejores barrios, de cuya explicación se deduce la marginalidad que experimentan los pobres.

Las características miserables de la vivienda y su entorno; su suciedad, deterioro, carencia de acceso al agua potable y al saneamiento son factores que provocan enfermedades mortales. Es frecuente en esas viviendas la falta de ventilación, estimulada a su vez por el hacinamiento, la mala calidad constructiva, la falta de privacidad y la

promiscuidad, en un ambiente donde prevalecen los malos olores inducidos por la acumulación de aguas residuales o la basura que se amontona sin recoger, así como el aire impuro que se concentra en la ciudad. El autor maneja el término de *viviendas insalubres*, donde la población —por todas esas circunstancias diversas que caracterizan los interiores de la vivienda y de sus espacios externos— está en riesgo de enfermarse; y explica, a través de estadísticas, cuál es su mortalidad y morbilidad.

Las evidencias de la interacción entre miseria y enfermedades destacan en el análisis que hace sobre las condiciones en que trabaja el proletariado de las minas, donde la muerte promedio se produce entre los 40 y 50 años, y la tuberculosis, el asma y los accidentes se expanden entre los obreros (Engels, 1974b:309-330).

Carencia es una palabra clave para entender la miseria de la clase trabajadora. Carece de alimentos adecuados, de vestuario personal y familiar, de calzado, de mobiliario esencial para una vida digna cotidiana; y Engels explica cómo la privación de cada uno de estos productos básicos para la vida pueden repercutir en la salud de la familia obrera, colocándola en riesgo de morir por enfermedad.

Esta es una época en que se forja la idea de que la familia no sólo es célula básica de la sociedad, sino que también lo es para la investigación sociológica (Fleitas, R.: 2002). El autor enfoca su análisis de la descripción de las condiciones de vida y de salud de los obreros desde una perspectiva familiar: en primer lugar, porque entre las determinantes sociales de la salud reconoce aspectos de su vida como las relaciones entre sus miembros, el deterioro de sus condiciones de vida material y los trastornos en la división sexual del trabajo que imperan en su interior, y en segundo lugar porque se interesa por la descripción del estado de salud de todos sus componentes, y las distingue por edades, sexo y funciones familiares que desempeñan, o sea se preocupa por la salud de cada uno como parte de un colectivo humano. Destaca entre sus descripciones el efecto que produce el trabajo fabril sobre la salud reproductiva de las mujeres y la falta de protección a la maternidad (Engels, 1974b: 215-216).

A Engels le tocó vivir en el siglo del nacimiento de la *higiene social*, en una Europa cuyo perfil epidemiológico se caracterizaba por las enfermedades transmisibles. La influencia de los tempranos escritos de los higienistas sociales se muestra en su obra cuando enfatiza sobre la insalubridad de los barrios donde viven los pobres, la ausencia de una infraestructura para la evacuación de las aguas sucias, la acumulación de basura, el aire contaminado por la interacción de los vientos y la concentración en las calles de gas carbono; todos factores sociales que determinan la miseria de la clase trabajadora y las epi-

demias que padecen. La carencia de una higiene en el hogar, de los alimentos, de su vestuario, son también descritos como parte de esa pobreza y causas de la morbilidad y la mortalidad. Entre los valores de su estudio se halla también el de visualizar la conducta como un componente que incide en la salud, los problemas de la higiene no sólo se identifican como un componente objetivo de las condiciones materiales, sino también como resultado de la falta de hábitos higiénicos entre los pobres, los cuales se adquieren debido al tiempo que viven en la precariedad de tales condiciones de vida.

Una variedad de enfermedades son mencionadas por el autor a partir de fuentes médicas, con las cuales comparte la idea de que las privaciones y la no satisfacción de las necesidades vitales hacen que el organismo sea receptivo al contagio. Entre las enfermedades que son transmisibles menciona desde las pulmonares, la escarlatina, el tifus, hasta las que se derivan de la promiscuidad sexual, que él describe en los hogares donde todos duermen en una misma cama y viven en una pequeña habitación hacinados, así como del acoso sexual que vive la mujer obrera en la fábrica.

Se refiere también a otro grupo de problemas de salud, como los accidentes que se producen en los hogares y en las fábricas, que terminan con la vida de quienes son la fuente fundamental de ingresos de la familia (el padre); los narcóticos usados por las madres buscando que sus hijos recién nacidos no mueran por accidentes, pero que provocan con frecuencia mortalidad infantil, ese es un factor que asocia a la falta de protección a la maternidad de las mujeres trabajadoras.

La desnutrición familiar es una característica visible de sus cuerpos desgarbados producida por la poca cantidad y mala calidad de alimentos que consumen. El parasitismo infantil se relaciona con la falta de higiene. Los problemas mentales se interconectan con el desorden familiar estimulado por el desempleo masculino y la sobreexplotación de la fuerza de trabajo femenina e infantil, que impactan en la división sexista del trabajo familiar.

Los dilemas morales en que viven los pobres (violencia, prostitución, alcoholismo, conductas delictivas), son otro grupo de causas sociales interactuantes con los factores materiales, que también pueden generar enfermedades o mortalidad.

Es amplia la gama de problemas de salud que identifica y de sus determinantes sociales, definiendo un perfil del estado de salud de los pobres. Tanto unos como otros, hoy son estudiados por diferentes áreas de la atención y la investigación en salud: familiar, sexual y reproductiva, nutricional, ambiental, ocupacional, entre otros.

Desde el punto de vista metodológico, Engels hace uso de un variado arsenal de metodologías. Da cuenta de la salud de diferentes ca-

sos de familias, describe las enfermedades que padecen cada uno y la relación con la pobreza material. Utiliza las estadísticas de mortalidad y morbilidad de la época. Consulta diferentes tipos de documentos, entre los que se encuentran los informes de la llamada *policía médica*, del Parlamento inglés, de la prensa escrita y hasta de la literatura. Uno de los documentos citados por el autor fue la investigación sobre la *Condición sanitaria de la población laboral* (1842). Se apoya de manera particular en la observación directa como método y en el análisis de contenido, incluso de documentos personales (Engels, 1974: 29-31). Para cualquier cientista social, cuyo estilo de investigación en salud fuera legitimar el fomento del uso de diversos métodos, técnicas y datos de diferentes fuentes, esta obra del siglo XIX resultaría un paradigma de la triangulación metodológica.

La situación de la clase obrera en Inglaterra es una obra crítica con la política social imperante en la primera mitad del siglo XIX de Inglaterra, en particular a la que "protege a los pobres"; considera que el Estado tiene en total abandono a las instituciones que atienden su salud (los hospicios), sus viviendas, y es permisible con el poder económico que mantiene en malas condiciones de trabajo a miles de obreros de todas las ramas industriales. Engels explica cómo la legislación vigente responde a ideologías "maltusianas" sobre la población, que legitiman la mortalidad de los pobres en base a una supuesta libre competencia y a la necesidad de reducir la población menos apta para lograr un equilibrio en la distribución de los recursos (Engels, 1974b: 358-369).

El Capital es reconocido frecuentemente como una obra clásica de la Economía, y menos por sus contribuciones a otras áreas de conocimiento, como puede ser la salud ocupacional o del trabajo. El contexto capitalista que su autor describe es el de la acumulación originaria del capital y de todo el período del capitalismo premonopolista. Se ha afirmado en ocasiones que hay variaciones importantes con relación a las etapas actuales del capitalismo, en cuanto a una mejoría en las condiciones de trabajo que viven los obreros en la producción; pero numerosas investigaciones sobre salud del trabajo en diversas partes del mundo evidencian que las características básicas que él describió sobre la industria de Inglaterra en el siglo XIX se mantienen hasta nuestros días, lo cual otorga vigencia al documento.

A diferencia de Engels, en esta obra Marx se enfoca más en la relación del trabajo como proceso y su impacto en la vida del obrero. El concepto más importante es el de *trabajo alienado*, esa es la característica esencial que define el tipo de actividad que realiza el obrero en la producción capitalista; que puede explicarse en su forma más extrema cuando constantemente y de muy diversas formas lo lleva a la muerte,

cito: "La ocupación, un arte casi instintivo de la humanidad, inobjetable como ramo de la industria humana, es convertida por el simple exceso de trabajo en aniquiladora del hombre. Éste puede asestar tantos martillazos diarios, caminar tantos pasos, respirar tantas veces, producir tanto trabajo y vivir término medio 50 años, pongamos por caso. Se lo obliga a dar tantos golpes más, a dar tantos pasos más, a respirar tantas veces más durante el día y, sumando todo esto, a incrementar su gasto vital en una cuarta parte. Hace el intento, y el resultado es que, produciendo durante un período limitado una cuarta parte más de trabajo, muere a los 37 años de edad en vez de a los 50"(Marx, 1973:212). O simplemente lo coloca en la miseria humana, condición de pobreza en la que se reproduce el obrero, en tanto se reproduce el contexto de explotación de la producción capitalista como proceso de alienación del trabajo.

La alienación no es sólo una condición de vida del trabajador, sino de toda su familia. Como Engels, Marx explica la interacción entre proceso de trabajo en el capitalismo y las condiciones de vida familiar, en una sociedad que no sólo explota al hombre-obrero, sino también a sus hijos-obreros y a su esposa-obrera. Las condiciones de trabajo son incluso diferentes para cada uno de ellos, empeorando si se trata de niños y mujeres, que se valoran tanto por los ingresos más bajos que obtienen, como por las peores garantías generales de trabajo, lo cual redunda en una sobreexplotación del trabajo infantil y femenino. Describe la precariedad de la vida familiar, de su vestuario, sus viviendas, del ambiente territorial y habitacional.

Las prácticas capitalistas legales e ilegales repercuten en la falta de tiempo para el descanso de todos sus miembros, en el desgaste físico del trabajador que labora en jornadas que se extienden, en la violación de sus horarios de descanso y de comidas, en la falta de ingresos para una vida digna. Ese ambiente laboral combinado con una dieta alimentaria inadecuada, que no permite soportar la intensidad del trabajo, propicia que se expandan enfermedades como las respiratorias (asma, neumonía, tisis y bronquitis), la escrofulosis, cuya distribución se produce por tipos de actividad laboral. Esa situación, además, puede agravarse en los períodos de crisis cuando la inseguridad en el empleo se acrecienta, decrecen los salarios y se intensifican las formas de explotación para mantener los niveles de ganancia.

Aunque la pobreza estuvo presente en muchos escritos de sociólogos y economistas del siglo XIX, ninguna otra escuela de pensamiento hizo los aportes tan importantes al campo de la interacción entre pobreza y salud como el marxismo clásico. Ellos no reducen la situación de pobreza a un conjunto de variables económicas, sino que reconocen también los factores de la política, los estilos de vida y de

los ambientes urbanos, todos los cuales inciden en el cuadro de las enfermedades que describen el estado de salud de ese grupo humano; las determinantes sociales de la salud emergen como una condición de la miseria. Afirma Engels: "Es evidente que tal modo de vida sólo puede engendrar una serie de enfermedades, y cuando estas sobrevienen, cuando el hombre, de cuyo trabajo vive esencialmente la familia y cuya actividad penosa exige más alimentación —y que por consecuencia es el primero en sucumbir—, cuando ese hombre cae enteramente enfermo, sólo entonces comienza la gran miseria, es entonces que se manifiesta, de modo verdaderamente indignante, la brutalidad con la cual la sociedad abandona a sus miembros, precisamente en el momento en que tienen más necesidad de ayuda" (Engels, 1974b:116).

Los aportes no se pueden evaluar esperando encontrar un concepto teórico sobre pobreza en las obras de los fundadores del marxismo, porque esa no era su intención. Pero sí es posible inferir que la pobreza se entiende en relación a calidad de vida y que ella incluye indicadores del estado de la salud de la población, que tiene como determinante a las políticas del Estado. Se define en relación a un concepto de desarrollo humano e integral, en el que las desigualdades tienen su explicación en una estructura económica y política capitalista que genera explotación y que debe ser cambiada por la acción revolucionaria de la clase que vive la miseria. Se trata de una situación de carencia multidimensional.

Ninguna otra escuela logró la identidad ideológica con los pobres que desarrolló, en la teoría y la práctica, la marxista, la cual se mantuvo durante un largo período en la marginalidad de la producción del pensamiento académico oficial.

A fines del siglo XIX, de las investigaciones de salubristas y cientistas sociales se puede inferir que existe un perfil de enfermedades entre pobres que los distingue de aquellas clases con mejores niveles de vida y posibilidades de acceso a servicios de salud de más calidad. Entre las enfermedades asociadas a la pobreza que se identificaban, clasifican varias —de manera muy especial las infecciosas— y otras como las mentales, laborales, nutricionales y sexuales/reproductivas. Todas conducen a una corta esperanza de vida, una mortalidad elevada y una mala calidad de vida caracterizada por la sobrevivencia de las familias que forman parte de ese grupo social.

Esta experiencia de investigación sobre pobreza y salud no aporta una medición sobre la pobreza, pero sí reconoce la importancia de las estadísticas de mortalidad y morbilidad en la descripción de su situación.

Hacia 1880, el economista Charles Booth destaca por sus investigaciones estadísticas en las que muestra interés por la vida y el trabajo

de la población londinense, en particular la de los pobres que residían en las ciudades, describiendo el estado higiénico-sanitario en que sobrevivían. Para la descripción de los barrios utilizó cinco variables: porcentaje de pobreza, densidad de población, nivel de natalidad, mortalidad y porcentaje de matrimonios tempranos. La influencia del utilitarismo en su pensamiento lo llevó a construir una noción sobre pobreza absoluta que fue muy importante durante todo el siglo XX. Su propuesta consistió en marcar una línea de pobreza que él fijó entre 10 y 20 chelines, monto mínimo a partir del cual se podían identificar las familias pobres que no alcanzaban a tener esos ingresos.

Influenciado por Charles Booth, Seebohm Rowntree continúa con ese enfoque de la investigación de la pobreza entendida en términos absolutos y desde el punto de vista estadístico. En la ciudad de York aplica una encuesta sobre condiciones de vida a 11.560 familias de la clase trabajadora. Cada vez resulta más evidente que los indicadores que se usan para la medición se restringen a la dimensión condiciones de vida material, en particular los ingresos de la familia. Entre los aspectos que Rowntree mide se contempla la alimentación como necesidad básica, pero no siempre se asegura el análisis de su repercusión en las enfermedades nutricionales, o en otras donde las carencias alimentarias pueden incidir de manera indirecta (Rowntree, 1941).

A fines del siglo XIX, en el campo de la salud los adelantos de la bacteriología producen un efecto negativo sobre el desarrollo de la incipiente epidemiología social que afecta a las investigaciones que relacionan pobreza y enfermedad por varias décadas. Se refuerza el punto de vista de la naturaleza unicausal y biológica de las enfermedades infecciosas y pierde valor la idea de la multicausalidad biológico-social en la producción de enfermedades. Esa prevalencia de la epidemiología biológica en el pensamiento médico dura hasta la actualidad, aunque no ha impedido que en el siglo XX se retomara el enfoque social en salud.

DE LA OBSESIÓN POR LA POBREZA DE INGRESOS A LA NOCIÓN COMPLEJA DE LA POBREZA. LA DIMENSIÓN SALUD EN EL DEBATE DE LA POBREZA

Por largo tiempo en el siglo XX el debate sobre la pobreza continuó bajo la influencia de la escuela utilitarista de economía, la cual está más preocupada por la medición y construcción de un término de pobreza absoluta o relativa. El enfoque de *pobreza relativa* supone un punto de partida semejante al de *pobreza absoluta* reducible a lo material, pero hace más hincapié en el carácter relacional de la pobreza, su variabilidad espacio-temporal, e incluye otros indicadores además de los ingresos (Towsend, 1979).

Una característica intrínseca a casi toda la tradición económica de los estudios de la pobreza en esta etapa ha sido el poner más énfasis en los bajos ingresos como su factor determinante; planteamiento que de alguna forma influyó en el mayor interés que provocó la búsqueda de una medición de la pobreza frente a la construcción de una teoría sobre la misma. Alfonso Dubois destaca esta particularidad como un rasgo de toda la ciencia social de ese siglo (Alfonso, 2001: 43). Desde nuestro punto de vista, ello se debe a la ascendencia que la economía ha tenido en otras disciplinas como la sociología, la demografía, la Historia, por mencionar algunas; así como al espíritu positivista que se impuso transversalmente en todas las ciencias sociales. Durante los siglos XIX y XX, el desarrollo de la estadística y su aplicación al conocimiento de lo social repunta como parte de una comprensión positivista de la ciencia que cree que la verdad y la objetividad solo puede alcanzarse aplicando las matemáticas al análisis de los procesos sociales.

Los estudios de pobreza económica contribuyeron a forjar la idea de que esta se reducía a una situación de carencia material, en la cual el ingreso resultaba ser el indicador esencial que la describe, relacionándose con el consumo. Ese ha sido el enfoque fundamental que ha propiciado el Banco Mundial. A pesar del incremento de sus críticos, los conceptos de pobreza absoluta y relativa siguen siendo dos instrumentos metodológicos fundamentales que usan muchos profesionales de las ciencias sociales en la investigación sobre desigualdades sociales.

Detrás de esta noción economicista de la pobreza ha estado el pensamiento liberal, que ha sido diverso en sus conceptualizaciones, pero coincidente en la ideología que defiende la supremacía del mercado frente al papel del Estado, el crecimiento económico como piedra angular del desarrollo, y el carácter inevitable de las desigualdades sociales. La noción de salud que se infiere de esa ideología es la de otro mercado más donde el servicio de atención se administra de acuerdo al principio del poder adquisitivo de cada uno y no de sus necesidades. Las tendencias neoliberales en política económica y social que se expandieron en la década del ochenta y del noventa —y que duran hasta nuestros días— son un ejemplo del accionar gubernamental basado en esos conceptos.

Los enfoques neoliberales del desarrollo han propiciado políticas que fomentan un modelo organizacional de la salud centrado en el negocio, donde el médico es un empresario y el paciente es un cliente. La organización de los servicios de salud en base a la capacidad, y no la necesidad, profundizan la desigualdad social de raza, clase y género en el acceso a los servicios de salud. Este modelo, además, pone el acento en la actividad de curar, no en la prevención, porque ella es

la garantía de la obtención de mayores ganancias para los grupos de intereses que dirigen las instituciones de salud: de servicio, investigación y de la industria. El fomento de la salud privada, de los niveles de atención secundaria en hospitales, de la actividad de curar, de los seguros médicos privados, son ejes que definen ese modelo organizacional que genera un perfil de distribución desigual de las enfermedades, acortando la vida de los pobres que mueren por enfermedades evitables debido a la falta de oportunidades en salud.

Los conceptos contribuyen a la legitimación ideológica de prácticas, la salud es un campo más donde se evidencia la fuerza de las ideas, que en el caso de la ideología neoliberal del desarrollo ha sido favorable a la reproducción de la pobreza.

El renacimiento del enfoque social en salud en el siglo XX se caracteriza por la diversidad de posiciones ideológicas y epistemológicas.

En el contexto mundial de los años treinta, en el campo de la salud se produjo una revitalización del enfoque social en el que confluyeron tanto la perspectiva marxista como las tradiciones democráticas liberales. Ese pensamiento social salubrista se refleja en la obra de nuevos investigadores como Henry Sigerist, Bernhardt Stern, Michael Davis y otros. Se inicia así una etapa que se caracteriza por el ascenso sostenido del conocimiento social sobre salud y que Everardo Duarte lo llama período de convergencia entre ciencias sociales y ciencias de la salud, el cual transcurre sobre todo en los países desarrollados, y da lugar a la aparición de una disciplina como la sociología médica. Según Duarte esa nueva posibilidad fue motivada por varias razones, entre ellas los cambios demográficos, el incremento de nuevas enfermedades no infecciosas que inciden en el cuadro de la mortalidad y la necesidad de centrarse en el estudio de los hospitales, que se habían convertido en el centro de la atención médica (Duarte, 2009:75).

Henry Sigerist fue un historiador de la medicina que construyó un enfoque sociológico y marxista de esta ciencia. Sus campos de atención fueron muy amplios, articuló el estudio de la historia de la medicina con el de la historia económica y política de las civilizaciones, las enfermedades y las ideas en salud. Realizó estudios epidemiológicos sobre el estado de salud de los trabajadores de diferentes clases sociales. Escribió sobre el sistema de salud en la Unión Soviética, y sus puntos de vista lo llevaron a defender la idea de una medicina socializada donde la actividad de prevenir las enfermedades es tan relevante como curarlas, y la atención primaria junto a la promoción de salud son claves para la eliminación de las desigualdades en salud.

Durante el período histórico en el que predominó un enfoque de la sociología médica con visión etnocentrista sobre la evolución de la medicina, Sigerist reconstruyó una historia no excluyente sobre

las culturas populares en el arte de curar. Los temas de pobreza y su relación con el estado de la salud se retoman en sus obras con una perspectiva histórica. Su análisis histórico sobre las enfermedades es un reflejo del punto de vista de un médico que defiende la igualdad de oportunidades, según Sigerist: "Es un asunto de sentido común médico ofrecer atención al enfermo indigente y prevenir las epidemias y enfermedades serias. De manera creciente, hemos adoptado el punto de vista que el hombre tiene derecho a la salud o, más correctamente, tiene derecho al acceso de todos los recursos que la ciencia médica puede ofrecer, para proteger o recuperar su salud. Este derecho era justificado en 1847 por un médico alemán, Salomón Neuman, argumentando que el Estado se había comprometido a proteger la propiedad de todas las personas y que la única propiedad de los pobres es su fuerza de trabajo, que depende por completo de su salud. No parece necesario, hoy, tal justificación en un Estado cuya constitución garantiza la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad. Si ha de proteger esos derechos como inalienables y si persigue promover el bienestar general, parece obvio que la salud deba ser una preocupación fundamental del gobierno" (Sigerist, 2005: 15).

Sigerist reconoce también el papel del trabajo en la producción de enfermedades, estrechamente vinculado a las condiciones económicas y políticas de la sociedad en la que vive el trabajador. Afirma que el trabajo es un factor poderoso en nuestra salud, equilibra nuestra vida diaria y determina su ritmo. También que los desocupados enferman más frecuentemente no sólo por su bajo nivel de vida, sino también porque la ociosidad forzada, al trastornar el ritmo de sus vidas, deteriora su equilibrio físico y mental (Sigerist: 1946: 58).

En su estudio sobre la historia del pensamiento social en salud, J. C. García, pensador latinoamericano, reconoce a los años treinta del siglo pasado como un decenio en el que abundan los estudios sobre desempleo y salud. Documenta estadísticamente la relación entre producción de conocimiento sobre desempleo y salud, por un lado, y el incremento del desempleo real en el capitalismo. Afirma que a principios del siglo XX las investigaciones se dedicaron a explicar cómo las enfermedades producen desempleo, mientras que en la década del treinta sucedía lo contrario, la preocupación era exponer cómo el desempleo genera enfermedades en tanto produce pobreza (García, 1994: 61).

En la Europa capitalista la década mencionada es un espacio social de auge de la concepción del *Estado del Bienestar* que se deduce de la teoría de J.M. Keynes, la que cuestiona la total libertad del mercado y supone la necesidad de una mayor participación del mismo para distribuir la riqueza y mejorar el bienestar humano. Es cierto que no

discute el capitalismo, ni la salud privada, pero sí fomenta el papel del Estado en la formación de servicios de salud. El *Estado del Bienestar* se consolidó en Europa en las décadas del sesenta y setenta, creando servicios de salud pública y desarrollando políticas de salud basadas en una lógica más equitativa de distribución de los recursos, gracias a los cuales se alcanzaron los indicadores elevados de salud que hoy muestran esas naciones y que les permiten ocupar las primeras posiciones en los Informes de Desarrollo Humano. La inversión en la planificación urbana para mejorar la higiene social, en tecnología que fomentó la producción de vacunas, la mejoría en la educación de la población y el perfeccionamiento de los sistemas de salud pública, contribuyeron a la reducción de las inequidades sociales en salud, que a su vez repercutieron en el cambio de perfil epidemiológico de enfermedades transmisibles a no transmisibles, que se produjo en Europa desde fines del siglo XIX y durante el XX. Sin esas acciones sociales no hubieran logrado un efecto óptimo los descubrimientos en el campo de la epidemiología biológica.

No puede soslayarse que en ese contexto histórico también se forjan sistemas de salud en los antiguos países socialistas, que bajo nuevos enfoques de una salud más socializada, cuya organización descansa en el Estado como proveedor de servicios, se mejoran los indicadores de salud de una parte importante de la población europea. Las ventajas organizacionales que trajo esa práctica de salud están bien documentadas en la obra de Sigerist.

En 1946 queda constituida la Organización Mundial de la Salud, institución que tiene, entre algunas de sus funciones la de fomentar la cooperación entre países, fortalecer la vigilancia mundial contra las epidemias y propiciar el intercambio científico-técnico en salud entre profesionales de todas las naciones. Su constitución fue crucial en la lucha para que se abra paso el enfoque social en salud y, en particular, en el combate a la pobreza como problema de salud mundial. Un punto de partida desde su constitución fue la definición del nuevo concepto de salud que se identifica con bienestar y una noción integral de la misma. Su formulación ha sido objeto de polémica, pero no se ha propuesto otra que la supere; sentó las bases en el conocimiento y la práctica médica para la expansión de la salud pública, de la intersectorialidad como enfoque de salud y contribuyó a la visión dialéctica entre las determinantes biológicas y psicosociales del estado de salud de la población. Los avances posteriores en la formación de un modelo de determinantes sociales de la salud no hubieran sido posibles sin esta visión de partida de la salud.

En Estados Unidos, durante la década del cincuenta, se produjo la aparición de la sociología médica dentro de la corriente del

estructural-funcionalismo, en particular en la obra de Talcott Parsons y Robert Merton. Es un primer momento en el que la reflexión sobre salud en sociología aparece en la obra de grandes clásicos, y no como sucede después asociada a la formación de médicos. Se denomina así porque limita su objeto de estudio al campo de las prácticas médicas e ignora otros temas relevantes en el análisis social como el estado de salud de las poblaciones y la incidencia de las condiciones de vida en el comportamiento de la morbimortalidad por diferentes grupos humanos.

Consecuente con la herencia positivista, el funcionalismo tiene una noción de la salud utilitaria en la que destaca la explicación de la importancia de preservar el estado de salud del paciente para que pueda cumplir sus roles sociales, y de esa forma evitar desequilibrios en el sistema social. El paciente se define en términos de rol, y no se visualizan las desigualdades sociales que impactan esa condición. Se comprende la estructura de la relación médico-paciente como roles complementarios, y el conflicto es una desviación social.

El funcionalismo no contribuye a replantear las interacciones entre pobreza y enfermedades, porque las desigualdades sociales no son el centro de su atención, pero sí ayuda a construir un conocimiento social sobre salud asociado a una perspectiva institucional sobre el papel del sistema de salud, que es parte fundamental del proceso de superación o reproducción de las desigualdades en salud. Esta fue también una corriente muy fuerte en América Latina durante la década del cincuenta, que incidió no solo en el pensamiento médico social, sino también en los estudios de familia y entre los teóricos del desarrollo.

En los años sesenta, como símbolo de los nuevos tiempos en las ciencias sociales, se publican dos libros sobre pobreza que no pertenecen al campo de la salud: *Antropología de la pobreza* y *Los hijos de Sánchez*, escritos por Oscar Lewis. En ambos, el autor formula una visión alternativa a la noción economicista de la pobreza basada en una propuesta cultural. Su autor quiere entender la pobreza como un patrón de vida que se reproduce en varias generaciones de una familia, y no solo como privación socioeconómica. Para Lewis un patrón universal que existe en los pobres que han vivido en todas las naciones y épocas es padecer la exclusión. La privación que experimentan la describe desde una perspectiva integral. Se trata de un grupo que no accede a los servicios de salud, que padece de alta mortalidad, baja esperanza de vida, proporción elevada de personas en edades jóvenes y de trabajadores. Otras privaciones que caracterizan esa condición son la baja escolaridad e integración a las instituciones nacionales; no reciben los beneficios de los servicios de salud para maternidad, tercera edad, seguro social, etc. Los rasgos socioeconómicos de esa cultura los define

en la desocupación, el bajo empleo, escasos ingresos, trabajo infantil, escasez de alimentos en sus casas, endeudamiento, etc. Según Lewis, la cultura de la pobreza también tiene rasgos psicológicos y sociales entre los que menciona desde el alcoholismo y la violencia, hasta los tipos de uniones entre las parejas, la falta de vida privada y el machismo, por mencionar algunos (Lewis, 1965: 30).

Ninguna de sus obras recoge la relación entre enfermedades y pobreza, pero sí describe sus estilos de vida no saludables y sus opciones de elección de otras fuentes de atención a su salud, como la del modelo popular. La explicación sobre la cultura de la pobreza se formó en base a una crítica a la visión economicista preponderante, pero también a las nociones discriminatorias hacia los pobres que los identificaban como marginales. Algunos autores ven cierto fatalismo en su comprensión de la pobreza (Espina, 2004: 45). Pero debe tenerse en cuenta que en una época de economicismo prevaleciente en la representación de la pobreza sus explicaciones aparecen como una noción alternativa más integral y cultural, que además fomentan el uso de los métodos autobiográficos para su abordaje científico.

A pesar de su novedad epistemológica y metodológica, las propuestas de Oscar Lewis no tienen gran repercusión en las ciencias sociales de la época, interesadas en explicar la pobreza. Una de sus debilidades es la ausencia de una interpretación sobre los vínculos entre la reproducción de la pobreza y sus entornos económicos y políticos.

La década del sesenta fue también un escenario de consolidación del pensamiento marxista en las ciencias sociales y de la salud. El contexto económico y político del mundo, y en particular de América Latina, hizo posible el desarrollo de la teoría marxista. La guerra fría fue cediendo y se fue conformando un escenario donde la correlación de fuerzas se fue inclinando a favor de los movimientos sociales, del socialismo real y de las fuerzas progresistas. Este fue el período de irrupción del marxismo en el mundo académico. La sociología médica alcanzó un importante desarrollo en los antiguos países socialistas bajo la influencia de este paradigma y de las nuevas estructuras de salud, donde el Estado y los conceptos de salud pública fueron esenciales.

En América Latina la Revolución Cubana se convirtió en un acontecimiento que fomentó la expansión de una ciencia social más crítica. Las transformaciones radicales llevadas a cabo en Cuba, las cuales implicaron una reforma profunda en el campo de la salud —y el nacimiento de una política de salud basada en la igualdad de oportunidades— contribuyeron a un replanteo de las interacciones entre salud y sociedad. Su enfoque de desarrollo centrado en una política social de carácter nacional, en el que la salud se convierte en un derecho

universal, fue un desafío para los modelos de salud que prevalecían en el continente y para el pensamiento salubrista que emergía y se interesaba en una explicación social de la salud.

Entre los pensadores marxistas de la región que más contribuyó a la formación de un enfoque social de la salud se encuentra Juan Cesar García. Su libro *Pensamiento social en salud en América Latina* es esencial para el tema del estudio de la pobreza, pues recoge una crítica a los estudios sobre la pereza y las ideas sobre la relación entre estructura social y salud. Según García, las clases sociales desposeídas, además de recibir una proporción menor de la producción material como alimentos, vivienda y vestidos, tienen menor acceso a servicios como cuidados médicos y a la cultura. Estos dos últimos elementos también entran en el juego de la producción de la enfermedad (García, 1994: 25).

El estudio que García realiza sobre la pereza es un ejemplo de análisis marxista interactivo entre pobreza y salud. Parte de una crítica a las concepciones colonialistas que identifican al indio latinoamericano como hombre perezoso por naturaleza, demostrando cómo las investigaciones médicas se encargaron de explicar que la llamada "pereza" estaba asociada a una enfermedad llamada anquilostomiasis crónica, determinada por la mala alimentación y la falta de oportunidades en el acceso a los servicios de salud, es decir, a la pobreza. A través de un análisis de los programas para su erradicación, García revela los verdaderos intereses colonialistas económicos y políticos de los actores extranjeros que participaron en su erradicación y sus enfoques economicistas en la comprensión de la producción de esa enfermedad(García, 1994: 150-169).

En fin, la situación epidemiológica en las Américas y el combate contra enfermedades infecciosas, mentales y de salud reproductiva, entre otras, contribuyó a difundir la idea entre los expertos latinoamericanos de salud pública, los epidemiólogos sociales y los científicos sociales que se dedican a la investigación en salud, de una patología de la pobreza, de la relación entre producción de enfermedades y pobreza.

Varios acontecimientos internacionales en el campo de la salud fueron creando un escenario, desde el decenio del setenta, de consolidación de una medicina social progresista que contribuye al nacimiento de una construcción teórica y una praxis sobre las determinantes sociales en salud. Entre ellos se encuentran: 1) El Informe Lalonde de 1974 aprobado en Canadá, que define un marco conceptual donde se identifican los factores que determinan la situación de salud y se destacan los sociales; 2) La Asamblea Mundial de la Salud de 1977, que lanza la estrategia de "Salud para todos"; 3) La aprobación de una Estrategia de Atención Primaria en Alma Ata en 1978; 4) La I Confe-

rencia Internacional de Promoción de Salud en 1986, que culmina con un documento rector en salud: la Carta de Ottawa, en la que se elabora un marco teórico nuevo para entender la promoción en salud, se ratifica el enfoque social e integral en salud, el papel de los Servicios de Atención Primaria, en fin, se reconoce un movimiento hacia una nueva salud pública; y 5) La Conferencia sobre determinantes sociales en salud realizada en Canadá en 2002 y la adopción de este enfoque como paradigma para la investigación social en salud. En la misma se reconocen las inequidades sociales, en particular la pobreza, como determinantes de la salud, y que las circunstancias socioeconómicas de vida de los individuos y grupos son incluso hasta más importantes que los aspectos del cuidado médico.

En 2005 se procede a la formación de la Comisión sobre las determinantes sociales en salud, la cual publica su informe final en el que reconoce que para reducir las inequidades sanitarias es necesario no solo mejorar las condiciones de vida sino luchar contra la distribución desigual de las relaciones de poder, del dinero y los recursos (OMS, 2011:2).

Durante los períodos mencionados, las construcciones teóricas y de investigación aplicada entre pobreza y salud se han enriquecido en sus argumentos dialécticos y en la variedad de subtemas que las vinculan. Ya no solo está aceptado que la pobreza repercute en la producción de enfermedades, sino que esta se concibe también como causa de la expansión y reproducción de la pobreza. Los estudios sobre las llamadas enfermedades catastróficas revelan que un nivel alto de gastos por curar una enfermedad o atender a un discapacitado —en los cuales incurren familias con ingresos bajos, o que dependen exclusivamente de un salario como fuente de ingreso— puede ser una causa que coloque a muchas familias en condiciones de pobreza. Se ha ido documentando también, como algunas enfermedades (VIH/SIDA, tuberculosis) que son estigmatizantes sociales, generan aislamiento social en sus enfermos, y esa situación puede llevarlos a condiciones de pobreza.

La preocupación por el hambre ha incitado a una variedad de investigaciones sobre sus interacciones con la pobreza y las implicaciones que tiene para las enfermedades nutricionales. Se reconoce, incluso, que la desnutrición no solo es un grave problema de salud, sino que es también un mecanismo intergeneracional de reproducción de la pobreza por las repercusiones que tiene para el desarrollo intelectual.

Pero lo más interesante en este tipo de estudios actuales sobre nutrición y pobreza no ha sido la documentación sobre los impactos del hambre en la salud humana, sino los resultados que se han obtenido en la investigación sobre la obesidad, antaño reconocida como

una enfermedad de ricos. Se afirma que ella no es sólo un problema de salud en países ricos; en naciones como Brasil un estudio de 1996 en 535 familias radicadas en zonas urbanas marginales se observó que un 30% de los niños y el 9% de los adultos tenían exceso de peso. Diferentes estudios en Perú, Panamá y Costa Rica muestran la misma tendencia al incremento de la obesidad entre familias pobres. Se afirma que la obesidad entre pobres está determinada por una combinación en la dieta de alto consumo de grasa y azúcares, y baja de fibra, que los precios elevados de las frutas y vegetales frescos los hace inaccesibles para las personas de bajos ingresos. Y a ese factor se suma la ausencia de una práctica de ejercicios físicos debido a la inseguridad que prevalece en el ambiente urbano donde viven (Pena y Bacallao, 2005).

La discusión sobre pobreza entre salubristas ha sido muy cuestionadora y crítica sobre las políticas de salud. Hoy abundan los estudios sociales que develan las intrincadas relaciones entre ciencia, poder y políticas de salud en diferentes escenarios económicos, y los fracasos para hacer realidad la estrategia de "Salud para todos". Se está planteando con mucha fuerza la necesidad de ver la salud pública no sólo como un resultado de la acción del Estado, sino también como fruto de la participación del ciudadano —pobre o no— en las formulaciones de política de salud y en el autocuidado.

Entre los estudiosos de la salud se reclama la emergencia del sujeto en el campo de la investigación social de la salud y de la praxis política. El libro de Mario Bronfman *Como se vive se muere* es un ejemplo de la importancia que tiene la investigación cualitativa en salud en temas como la mortalidad infantil y su relación con las elecciones de vida y muerte que hacen las familias, en particular las mujeres de clase pobre como cuidadoras de sus hijos (Bronfman, 2003).

El desarrollo de la salud pública se ha producido de manera paralela al de la familiar. La estrategia de fortalecimiento a la salud primaria lanzada por la OMS, e instrumentada por varios países, ha sido importante en la lucha contra la pobreza en salud. Los pobres carecen de recursos para pagar los costosos medicamentos y la atención a sus enfermedades. La práctica de la medicina familiar se centra en la prevención de las enfermedades, la promoción de salud aprovechando los recursos educativos sanitarios y en los saberes populares acumulados por generaciones de familias y comunidades en la preservación de la salud de sus habitantes. Esta es una medicina de bajo costo. Al organizarse en el nivel comunitario tiene mayores posibilidades de llegar a los pobres, aunque con frecuencia los barrios pobres no cuentan ni siquiera con este servicio. La medicina familiar, sin dejar de padecer aún los vicios tecnocráticos que lleva acuestas la medicina en general, es más proclive a incorporar los temas sociales en su relación con la

salud, en particular los que se asocian al medio ambiente familiar y comunitario, y su repercusión en la salud de sus miembros. Un tema constante en salud familiar ha sido el papel de esta entidad como generadora de enfermedades y/o salud. El estudio mencionado de Bronfman puede considerarse una investigación de salud familiar.

Las políticas neoliberales que se aplicaron en el campo de la salud durante la década de los ochenta y noventa, repercutieron en el incremento de la pobreza a nivel mundial y en el debilitamiento de las instituciones públicas de salud, en particular en América Latina, lo que se vio reflejado en sus indicadores de salud. Ese fue un escenario socioeconómico que permitió la documentación de las múltiples interacciones entre pobreza y salud.

Los efectos negativos que generaron esas políticas, las cuales contrastaban con otras más distributivas y exitosas, propiciaron en la primera década del siglo XXI la emergencia de un cambio en las políticas de salud en muchos países de América Latina, las cuales muestran hoy valores de reducción en los indicadores que evalúan las condiciones de vida material y de salud de los trabajadores. Esas transformaciones en las políticas de salud de algunos países latinoamericanos se desarrollaron paralelamente a los cambios en las políticas para el desarrollo, y obedecieron a la necesidad de darle una solución integral al flagelo de la pobreza.

En este nuevo contexto de auge de las fuerzas que propugnan una "Salud para todos", el debate sobre equidad vs. inequidad en salud ha sido muy fecundo en propuestas conceptuales para la investigación sobre pobreza y salud, o cualquier otro tipo de desigualdad social. El reconocimiento de la salud como derecho humano se contrapone a la visión utilitaria que justifica las acciones de erradicación de la pobreza para lograr mejores niveles de eficiencia en la producción y en el sistema social. Este enfoque es el sustrato ideológico del debate sobre la equidad en salud, y alcanzarlo se ha transformado en una meta de salud.

El concepto de equidad parte de la dialéctica entre lo diferente (biológico-necesidad) y la igualdad (como oportunidad). La OMS/OPS sugiere que las desigualdades no deseables en salud son aquellas injustas, innecesarias y evitables. Muchas enfermedades podrían erradicarse pues se cuenta con una tecnología médica para curar a quien la padece, pero la desigualdad de oportunidades no le permite al pobre acceder a ella. Eso explica la mayor mortalidad entre pobres y la menor mortalidad entre ricos, incluso cuando se trata hasta de enfermedades del corazón, tener un transporte, una carretera disponible o un servicio cercano puede decidir las mejores posibilidades de sobrevivencia entre sectores de la clase media y alta con relación a las

oportunidades que tiene un pobre. La estrategia de equidad en salud consistiría entonces en disminuir disparidades evitables, trabajando sobre sus determinantes en grupos humanos que ostentan diferentes privilegios (Gómez, 2000: 3). La inequidad en el acceso a bienes y servicios está considerada una de las determinantes sociales en salud.

Un aspecto importante en la investigación sobre la relación entre desigualdades sociales y salud de los últimos años, es la crítica a las metodologías prevalecientes y a la confiabilidad de los indicadores que existen para evaluar la salud; se plantean dudas razonables sobre si la mejoría en un indicador como el de mortalidad es reflejo de la superación de las desigualdades sociales. Tradicionalmente los estudios sobre pobreza o desigualdades sociales se han interconectado con el análisis de las tendencias de los indicadores de mortalidad. Hoy, algunos autores consideran insuficiente este enfoque debido al desarrollo tecnológico que se ha alcanzado en la salud y el fácil acceso que se logra entre los grupos en situación más crítica a productos como las vacunas y las sales de rehidratación que contribuyen a reducir el índice de mortalidad infantil de manera importante. Por eso se propone que los estudios sobre desigualdades sociales en salud se concentren más en el comportamiento de la morbilidad e introduzcan otros enfoques metodológicos como los estudios de casos comparativos. El programa de la OPS sobre la *Situación de salud y sus tendencias* busca desarrollar sistemas de evaluación nacionales de las situaciones de salud de diferentes grupos humanos de acuerdo a sus condiciones de vida, y propone el uso combinado de técnicas cuantitativas y participativas (Castellanos, 2009: 254-255).

Ya casi finalizado el primer decenio del siglo XXI, se observa una convergencia entre salubristas y científicos sociales acerca de la fecunda relación entre desigualdades sociales, pobreza y salud y la necesidad de perfeccionar conceptual y metodológicamente el conocimiento que se ha construido entorno a su investigación. Se valora la pobreza como el determinante social de la inequidad más importante en salud (OPS, 2007: 42).

LA DÉCADA DEL NOVENTA DEL SIGLO XX. LOS INFORMES DE DESARROLLO HUMANO Y LA TEORÍA DE LAS CAPACIDADES.

La aparición del primer Informe de Desarrollo Humano publicado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en 1990 significó ciertos cambios en la investigación sobre la relación pobreza-salud-desarrollo.

La polémica sobre la pobreza en las dos últimas décadas ha estado matizada por el interés de encontrar una definición compleja del concepto y perfeccionar los instrumentos metodológicos que

sirven para su medición. Una característica ha sido que se ha mantenido en constante cambio. Las dimensiones de salud han adquirido mayor relevancia frente a las concepciones y mediciones más antiguas sobre pobreza como la del ingreso, aunque esta última no se ha abandonado totalmente.

Los informes sobre desarrollo del PNUD aportan un concepto de pobreza que tiene como referencia una comprensión humana del desarrollo. Este dice proponer una visión compleja del desarrollo y del bienestar que se basa en la teoría de las capacidades elaborada por el Premio Nobel Amartya Sen.

El Informe de 1990 afirma: "La verdadera riqueza de las naciones está en su gente. El objetivo básico del desarrollo es crear un ambiente propicio para que los seres humanos disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa" (PNUD, 1990: 31). Se declara que el objetivo principal del desarrollo es el bienestar de las personas, y este no se reduce a los ingresos, sino que entran en consideración valores que no son mensurables, como la libertad. El documento reconoce que no es lo mismo crecimiento económico que desarrollo humano, y que el último "es un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, las más importantes de las cuales son una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de una vida decente" (PNUD, 1990: 33).

Varias ideas relevantes se definen aquí:1) reconocer a las personas como beneficiarios y objetivo fundamental del desarrollo y 2) que aunque ampliar las oportunidades significa cubrir las necesidades básicas de las personas, no se reduce a ello, mucho más importante es contribuir a la formación de sus capacidades, de su participación en el desarrollo y a un uso digno de esas capacidades adquiridas.

Los autores que escriben estos documentos han declarado explícitamente la paradoja de exponer la complejidad del concepto y la imposibilidad de mensurar algunas de sus dimensiones, con la propuesta de medición que han sometido a constantes transformaciones y que simplifica por tanto su evaluación real.

El informe de los años noventa defiende el indicador de esperanza de vida como uno de los más importantes, por el significado que entraña reconocer que esa es la meta más relevante para todo ser humano, sin la cual no se pueden cumplir otras. Sin lugar a dudas, frente a una muerte prematura, una larga vida es sinónimo de calidad de vida alcanzada. Pero su alargamiento no dice con qué calidad se logró alcanzar dicha longevidad. Por otro lado, su medición —a partir de la probabilidad de sobrevivir que tiene una persona al nacer— no refleja los obstáculos que debe vencer durante su vida para llegar a esa meta, que sí logran reflejar otros indicadores. A pesar de esas consideracio-

nes, el Índice de Desarrollo Humano supone un avance frente a los métodos anteriores ya mencionados anteriormente.

Una de las críticas al Índice de Desarrollo Humano (IDH) —que se propuso como unidad de medida para evaluar comparativamente el avance de los países— fue que al ser un promedio no contemplaba las desigualdades que se generan, por los diferentes accesos entre grupos y países, a las oportunidades. Es así como sus autores se plantean el reto de introducir el debate sobre la pobreza y su medición, toda vez que desde el comienzo del análisis sobre la construcción humana del desarrollo, se dejó claro que la igualdad de oportunidades era uno de sus principios básicos. Sucesivamente se introdujeron también diferentes índices que medían otras desigualdades como las de género, que se han ido articulando con la explicación de las tendencias al incremento o decrecimiento de la pobreza y las desigualdades entre naciones.

Una idea importante de los informes, que lo distancia de otras formulaciones de la pobreza, es no ver directamente asociada la reducción de la misma al crecimiento de los recursos, sino dependiente de la distribución del ingreso y de otros recursos más importantes como la participación, la libertad y el empoderamiento.

Los sucesivos informes que se han publicado durante los años noventa y la primera década de este siglo han ponderado diferentes propuestas de medición de la pobreza que de alguna manera presuponen cambios en su definición, pero con la invariante de que en todas la salud ha sido considerada como una dimensión relevante.

Desde la teoría de las capacidades, la pobreza no es entendida como la renta que no alcanza para cubrir necesidades básicas, sino como el fracaso en lograr formar capacidades en niveles aceptables, es un proceso multidimensional.

La primera propuesta se realiza en 1996 y se denomina Índice de Pobreza de Capacidades (IPC). Se define en relación a la comprensión multidimensional del desarrollo humano. Se propone el método crítico que contempla tres dimensiones o capacidades no obtenidas: 1) adecuadamente nutrido y saludable (cuyo indicador es el % de niños menores de cinco años con bajo peso), 2) capacidad de reproducción en condiciones de seguridad y saludable (el indicador es % de partos que no reciben atención de personal calificado y 3) capacidad de conocimientos y alfabetizado (% de mujeres de 15 años o más que son analfabetas (PNUD, 1996: 27).

Esta propuesta resulta muy novedosa porque combina dos de las dimensiones del IDH: salud y educación, y lo hace con indicadores que miden la situación en grupos vulnerables como los niños y las mujeres. Con ello el informe propone incluir un criterio de género a

un índice global para medir las desigualdades severas entre países. El documento evaluó la pobreza mundial según el ingreso y desde esta nueva visión de pobreza según capacidades; su resultado más importante fue visualizar que la pobreza por ingreso era menor que la pobreza por capacidad en la mayoría de los países seleccionados.

En el informe de 1997 el PNUD presenta una nueva fórmula para medir la pobreza que denomina Índice de Pobreza Humana. No justifica el abandono de la propuesta anterior —lo que ha dado margen a la especulación— pero sí la declara continuadora del IPC, distinguiéndola solo por la mayor cantidad de variables que incluye (PNUD, 1997: 19), aunque en este aspecto la diferencia es sustancial.

En la literatura sobre pobreza que se ha publicado en los últimos tiempos se encuentran diversas clasificaciones sobre los distintos métodos, conceptos e indicadores que han sido utilizados por diferentes autores y escuelas (Castillo, 2003; Espina, 2008; Gordon y Spicker, 1999).

Una de las fortalezas de los informes es la sistematización que hacen del debate sobre la pobreza, de su concepto y definiciones. A los fines del presente estudio, que tiene en cuenta la relación pobreza-salud, y considerando que el informe de 1997 logra una clasificación más simplificada y a la vez más general, decidimos tomar como referencia la que aquí se asume, y que se resume en tres perspectivas de abordaje de la pobreza: 1) Perspectiva del ingreso, 2) Perspectiva de las necesidades básicas y 3) Perspectiva de capacidad (PNUD, 1997: 18).

1. Perspectiva del ingreso. Aquella que establece según ingreso una línea de pobreza, que se refiere a tener ingresos suficientes para obtener alimentos. De hecho en los informes se continúa usando esa medición para compararla con la propuesta de privación de capacidades. Usada por el Banco Mundial, y que de la tradición de la economía utilitaria se infieren diversas variantes, entre las que se hallan los conceptos de *pobreza absoluta* y *pobreza relativa*. No contempla el tema de la salud y la alimentación, sino que la aborda como consumo.
2. Perspectiva de las necesidades básicas. Se trata de la privación de medios materiales para satisfacer necesidades humanas esenciales, que sí incluye los servicios de salud y educación, y la necesidad del empleo y la participación. Desde nuestro punto de vista fue la noción que estuvo presente en la epidemiología social y las ciencias sociales del siglo XIX aquí expuesta anteriormente. Del estudio histórico sobre el uso de este enfoque se infiere que la comprensión de la salud como necesidad básica ha sido muy variada, hay quienes lo reducen al indicador de

un servicio social y otros de manera más amplia lo han vinculado al impacto que la pobreza material y la falta de acceso a los servicios de salud ha tenido en la mortalidad, morbilidad y esperanza de vida de diferentes grupos humanos.

3. Perspectiva de capacidad. Representa la ausencia de capacidades humanas básicas para funcionar y la carencia de oportunidades para lograr funcionamientos mínimos. Intenta combinar las perspectivas anteriores. En esta propuesta la dimensión salud es representada como capacidad humana vital y estudiada a través de diferentes indicadores, no solo el del acceso a los servicios. Para su descripción se han considerado indicadores de salud tales como: mortalidad infantil del menor de 1 año, mortalidad infantil del menos de 5 años, la esperanza de vida, porcentaje de partos atendidos por personal calificado, entre otros. Se comprende salud como una dimensión de la pobreza, no un estado derivado de ella, como en la primera fórmula.

Está claro que la clasificación obvia criterios político-ideológicos del debate en torno a las conexiones entre pobreza y salud que definen diferentes escuelas en el abordaje del tema, como las que citamos antes: una posición liberal en el siglo XIX y parte del XX y neoliberal en las décadas del ochenta y noventa, frente a una marxista más comprometida con una solución radical y análisis de la incidencia de los contextos económicos y políticos que determinan la pobreza como fenómeno derivado de un conflicto entre clases sociales y del ejercicio de una dominación del capital sobre los que sólo poseen como propiedad su fuerza de trabajo.

Sin embargo, esta clasificación del PNUD permite ver las diferencias entre un enfoque desde la teoría de las necesidades y las capacidades, con vistas a precisar indicadores para su estudio empírico, y cómo cambia la comprensión de la interacción entre las dos variables del proceso: pobreza/salud. Más allá del debate conceptual, ayuda también a comprender los cambios metodológicos en la medición.

El Índice de Pobreza Humana (IPH) que se presenta en este informe de 1997, se define como la denegación de opciones y oportunidades para vivir una vida tolerable (PNUD, 1997: 5). Se trata de *privación* como contrapartida de *bienestar*. Se enfatiza su carácter multidimensional y se proponen tres dimensiones para medirla, dejando claro el valor particular de cada una y su relación con las demás, con respecto a las consecuencias que tiene para la privación de una calidad de vida. La conclusión es que la falta de una de ellas puede tener repercusiones importantes para el bienestar de una persona. Las dimensiones siguen

siendo las mismas que se consideran para el IDH: longevidad, conocimientos y nivel de vida decente, presentadas a través de indicadores que buscan la privación.

La primera privación se refiere a la muerte a una edad temprana, mediante el porcentaje de personas que morirán antes de los 40 años. La segunda a la exclusión del conocimiento a través del porcentaje de analfabetos, y la tercera al aprovisionamiento general, compuesta por tres indicadores también de salud: acceso a agua potable y servicios de salud, y porcentaje de niños desnutridos menores de cinco años (PNUD, 1997: 20). A diferencia del anterior, este no incluye un indicador de género, pero sí mantiene la consideración de la mala nutrición en niños por las razones ya expuestas. Y también analiza la pobreza de ingresos según diferentes grupos vulnerables, como los ancianos, niños y mujeres, concluyendo que las mujeres están en mayor desventaja cuando se comparan ancianos y ancianas.

Común a los dos índices: de pobreza de capacidad y de pobreza humana, es que ninguno incluye el indicador de ingreso como explicación de un nivel de vida decente. Se asumen críticamente las inconveniencias que tiene el concepto de Producto Interno Bruto, que no refleja los ingresos privados, y que no es el único indicador de medios económicos. Se dice que su uso se desestima debido a la variedad de pautas de consumo que caracteriza a los países, que provoca mayores cargas en unos en detrimento de los gastos de salud y nutrición. La ausencia de un metodológico trabajo de campo que permita contar con varias líneas de pobreza en países diferentes, y la disponibilidad y calidad de los datos que se obtienen para el análisis fueron otras de las razones que inclinaron la balanza a favor de la decisión de no centrarse en la privación de ingresos, sino en la privación material del hambre y la mala nutrición.

El informe, sin embargo, peca de parcialidad y/o ingenuidad en el análisis de la presencia de la pobreza como privación humana en los países ricos. Supone que un mejor contexto histórico de logros en el bienestar de la población hace irrelevante la aplicación del índice. Eso significa presuponer en términos homogéneos la historia del grupo de países que forman parte de las naciones de mayor desarrollo humano, y que sus políticas económicas y sociales no se han distinguido en el pasado y en la actualidad.

Una de las carencias de los sucesivos informes es ignorar que la naturaleza económica y política de los sistemas prevalecientes en las distintas naciones, difiere si se tiene en cuenta que hablamos en unos de sistemas capitalistas y en otros de socialistas, lo cual tiene implicaciones en todas las esferas de la vida y mucho más en el de la política. Pero también existe una diversidad de contextos al interior de

las historias de las sociedades capitalistas como de las socialistas. Ese sólo hecho bastaría para considerar la parcialidad hacia las naciones desarrolladas, si reconocemos que la historia del capitalismo en EE.UU.—tanto en el pasado como el presente— ha generado desigualdades profundas entre diferentes etnias y razas, a pesar de los indicadores globales de calidad de vida. No es el caso de Noruega, Canadá y, en general, de los países escandinavos, cuyo modelo de bienestar capitalista se ha basado en una mejor distribución de los recursos. Solo el abordaje comparativo de la historia de la salud entre estas naciones permite diferenciar al modelo norteamericano de salud basado en una filosofía del negocio, que margina a una parte importante de su población afroamericana y latina, con el modelo canadiense y escandinavo, más distributivo, lo cual le ha permitido alcanzar mejores valores en sus indicadores de salud que reflejan avances en la equidad social. Esta consideración es relevante incluso para entender por qué en algunos países el ingreso que se tiene no decide el acceso al servicio de salud, mientras que en otros lo decide de manera importante.

Las diferentes propuestas de índices de pobreza, desarrollo y disparidades de género, solo pueden tomarse como datos aproximados a una realidad que es más compleja y debe estudiarse de manera más cualitativa. Los índices, por muy abarcadores que intenten ser, recogen resultados que no tienen en cuenta todas las diversidades contextuales de los sistemas humanos.

Conceptualmente el informe destaca por su consideración de la pobreza como proceso dinámico reconociendo el papel de los individuos, las familias y las comunidades, construyendo estrategias en la lucha contra la pobreza y las adversidades que las colocan en esa situación. En ese proceso, juegan un papel clave lo que sus autores llaman los *activos*, refiriéndose a los capitales con que cuentan las personas, tangibles e intangibles, que se clasifican de muy diversa manera, y todos los cuales suelen contribuir al combate de la pobreza y a reducir la vulnerabilidad. Recomiendan que las políticas públicas hagan énfasis en el suministro de esos activos, que los consideren más en sus estrategias y programas.

La concepción del papel de los activos en el enfrentamiento a la pobreza y su valoración para las políticas públicas, ofrece un análisis más integral de la misma desde la perspectiva de la capacidad humana y su privación.

La formulación de los Objetivos y Metas del Milenio en 2000 marca un momento importante en relación al debate de la pobreza, que involucra a investigadores, actores del desarrollo y políticos. El reconocimiento de la pobreza, y en particular el hambre, como el principal obstáculo al desarrollo humano y al crecimiento económico, así como

la conciencia de buscar una solución lo más inmediata posible, se ve plasmada en el Objetivo Nº 1 que se quiere alcanzar para 2015.

Los objetivos del milenio se asumen como un compromiso de las naciones, sobre el que periódicamente se rinde cuenta de sus avances. Eso ha generado un incremento de las publicaciones y de las más diversas acciones de investigación y programas asociados a la superación de la pobreza.

El tema de la salud es reflejado de manera directa, como elemento que da sentido humano a una comprensión moderna de las estrategias para el desarrollo, en cuatro de los ocho objetivos: el Nº 1, erradicar la pobreza extrema y el hambre, la cual provoca desnutrición y anemia en diferentes grupos humanos y países, y en los casos extremos mortalidad; el Nº 4, la reducción de la mortalidad infantil; el Nº 5, mejorar la salud materna y el Nº 6, combatir el VIH-SIDA, el paludismo y otras enfermedades. El resto tiene también indicadores vinculantes, como es el caso del incremento del acceso al agua potable en la población, recogido en el Objetivo 7, que se plantea garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Sucede otro tanto con el Nº3, promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, que aunque sus indicadores son fundamentalmente del área de la educación y la calidad de la participación, no pueden verse desvinculados de la superación de las desigualdades que aún imperan entre hombres y mujeres en el campo de la salud, que tiene efecto en la educación y en la calidad de la participación de cada uno.

Una amplia explicación de lo que significa cada objetivo y meta, y del estado de comportamiento de sus indicadores a nivel internacional se recoge en el Informe de Desarrollo Humano de 2003, donde se afirma: "El Pacto de Desarrollo del Milenio sostiene que las primeras medidas políticas que los países de alta y máxima prioridad deben aplicar para salir de la pobreza implican inversiones en salud y educación. Estas inversiones estimulan el crecimiento económico, que a su vez fomenta el desarrollo humano"(PNUD, 2003: 85).

En los sucesivos informes que aparecen anualmente, el flagelo de la pobreza y su relación con la salud ha estado presente enriqueciéndose el análisis de esta y su relación con los temas seleccionados como ejes centrales del informe. Un debate esencial fue el de 2006, cuyo título recoge esa visión interactiva: *Más allá de la escasez: poder, pobreza y la crisis mundial del agua*. El planteamiento de partida era la privación del acceso al agua sana y al saneamiento, para demostrar cómo limita el desarrollo del potencial de los pobres, genera graves desigualdades entre países y entre hombres y mujeres. Se aborda como un problema de preservación de la salud de las personas, las familias, de los sistemas ecológicos y productivos. Y se afirma que

el origen del déficit no está en la disponibilidad de agua, sino en las opciones políticas (PNUD, 2006: 2).

En 2010, el PNUD introduce modificaciones metodológicas al Índice de Pobreza Humana, que mantiene el mismo enfoque teórico de las capacidades, pero haciendo énfasis en la multidimensionalidad de su medición. Una nueva orientación es la de medir a partir de datos que se obtienen de los hogares, los anteriores manejaban cifras globales que no tenían como unidad de análisis a los individuos y las familias; identifica privaciones en las mismas dimensiones de salud, educación e ingresos que han contemplado los otros, y entendidas como carencias de capacidades. Otra novedad metodológica es que los indicadores se construyeron en ejercicios participativos de comunidades donde viven los pobres. Se seleccionaron un total de diez indicadores, distribuidos por las dimensiones de la siguiente manera: 1) Nivel de vida (bienes, piso de la vivienda, electricidad, agua, saneamiento y combustible para cocinar), 2) Educación (matriculación escolar, años de instrucción) y 3) Salud (mortalidad infantil y nutrición). La carencia identificada en seis de los diez indicadores define el estatus del hogar como pobre multidimensional. No obstante, sus autores reconocen que ellos no reflejan toda la complejidad del problema y que cuando se trata de hogares es necesario ponderar otros indicadores como empoderamiento, relaciones humanas, seguridad ante la violencia, etc.

Entre las conclusiones más relevantes de la aplicación del índice de pobreza multidimensional, y de su comparación con el de ingreso, se ubican algunas semejantes a estudios anteriores: grupos de países que están más afectados por pobreza de ingresos que por la pobreza multidimensional, y viceversa. Una muy importante, que se infiere de la correlación entre los dos índices de pobreza con el IDH, es que mientras menor es el IDH del país, es más probable que la pobreza multidimensional supere a la pobreza por ingresos (PNUD, 2010: 108).

Los cambios que se han operado en el mundo en las políticas de salud en particular y en las políticas sociales en general, están incidiendo en la débil correlación que el IDH de 2010 identifica entre cambios en los ingresos y cambios en la salud y la educación. Eso no disminuye la importancia de ese indicador en la construcción del bienestar humano en una sociedad donde el dinero sigue definiendo el estatus de muchas personas y el acceso al mercado y los servicios; pero es una muestra de la posibilidad de lograr progreso en salud, allí donde no existe un crecimiento económico sostenido. Y es también una lección para las investigaciones de pobreza que continúan intentando explicar progreso y pobreza a través de los ingresos, sin ponderar suficientemente las implicaciones de los indicadores de salud.

Finalmente, el último Informe de Desarrollo Humano de 2011 continua la tradición de considerar la equidad como eje del desarrollo, esta vez en relación a la sostenibilidad. Nuevamente se enriquece el análisis de la pobreza y su medición con la dimensión de las carencias ambientales en los hogares, el cual se evalúa a través de varios indicadores: acceso insuficiente al agua potable, saneamiento mejorado y contaminación intradomiciliaria. En la tradición de la epidemiología social y de la salud pública más antigua, que aquí recreamos a través de la obra de varios de sus representantes, la contaminación del ambiente domiciliario y urbano formó parte de sus descripciones sobre el estado de la pobreza de la clase trabajadora.

Este informe propone tres niveles de análisis en la relación entre riesgos ambientales e IDH: domiciliarios, comunitarios y globales. El estudio de la pobreza y su medición multidimensional combina el análisis ya propuesto de las tres dimensiones con el de la frecuencia y gravedad de las privaciones ambientales, que se estudian a través de los indicadores de la falta de acceso a agua potable y saneamiento y de combustible para cocinar.

Una conclusión de tal análisis es que "A nivel mundial, al menos seis de cada diez personas tienen alguna privación ambiental […]. Estas son más graves entre los pobres multidimensionales. Entre ellos, más de 9 de cada 10 tiene una: 90% no usa combustibles modernos para cocinar, 80% carece de saneamiento y 35% no cuenta con agua potable" (PNUD, 2011: 50). Las privaciones ambientales contribuyen de manera significativa a la pobreza urbana, aunque afectan especialmente a los pobladores rurales. La región con mayor pobreza multidimensional y privaciones ambientales es África Subsahariana.

Consecuente con su enfoque de capacidades, la investigación da cuenta del impacto que genera la contaminación ambiental intradomiciliaria en la salud de los pobres. Coincide el riesgo ambiental con la mortalidad atribuible a causas ambientales. Una de las fuentes consultadas es el estudio de la OMS sobre la carga mundial de enfermedades —donde se recoge el impacto de los factores ambientales— en el cual se afirma que entre las diez primeras causas de enfermedades están el agua no apta para el consumo, la falta de higiene y el deficiente saneamiento. Las diarreas y las enfermedades respiratorias son enfermedades relacionadas con el medioambiente que provocan mortalidad infantil (PNUD, 2011: 55-56).

En fin, no cabe duda de que las interacciones entre pobreza y salud se enriquecen en la investigación actual que dirige el PNUD a través de los Informes de Desarrollo Humano, a pesar de sus críticos y sus controvertidos enfoques ideológicos. En este informe se ofrece una amplia documentación de las interacciones entre pobreza multi-

dimensional, carencias ambientales y problemas de salud que se derivan de esas privaciones. La salud es comprendida más como un efecto de la pobreza, una dimensión para medirla y conceptualizarla, que como un factor que la determina. Los pobres son tales en la medida que están privados de salud y/o de sus servicios, padecen enfermedades de pobres, corren riesgo de morir a edades tempranas, y todas estas realidades de salud afectan su condición de pobres, contribuyendo a la reproducción de su estatus. Preservar y proteger la salud es una necesidad básica que se transforma en capacidad humana, que permite a quien la tiene participar positivamente en la sociedad.

DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD. POBREZA, GÉNERO Y SALUD

LA "VISIÓN ANDROCÉNTRICA" EN LA TEORÍA CLÁSICA. LA REPRESENTACIÓN DESDE EL SEXO COMO DETERMINANTE BIOLÓGICA

En la historia del discurso social y de salud que va desde la antigüedad hasta nuestros días, se pueden identificar perfectamente tres líneas de pensamiento diferentes en el abordaje de la interconexión entre salud y sexo: 1) un pensamiento construido fundamentalmente por hombres que dominaron en la ciencia y evolucionaron desde los conceptos más patriarcales de la salud femenina y masculina a una visión más sutil de las diferencias biológicas como determinantes de la salud, pero que perpetúa el androcentrismo, 2) otro enfoque construido por hombres, más liberador, que apeló a la justicia social y denunció la explotación femenina así como las repercusiones que tenía en su salud, y 3) un pensamiento construido por mujeres que transitaron desde una visión de la igualdad como derecho centrado en la salud de las mujeres, a la igualdad de género en salud.

Dentro del primer grupo de pensadores se puede ubicar a casi toda la tradición científico-social y en salud que desde la Antigüedad se ha forjado en Occidente hasta bien entrado el siglo XX. En la Antigüedad la pobreza no despertó interés, pero el sexo como fenómeno biológico y social sí que lo hizo. En el pensamiento aristotélico se revelan las raíces argumentativas de esa noción, que perpetuó la escuela de Hipócrates y la de Galeno y que luego profundizó el Cristianismo con su visión escolástica y moralista de la medicina. La ciencia social dominante del siglo XIX fue incapaz de romper con esos estereotipos sexistas perfectamente —como sí lo hizo con otros prejuicios sociales— los conceptos de igualdad defendidos por casi todos los miembros del movimiento de la Ilustración, tuvieron que contar con un movimiento femenino "ilustrador" que fuera capaz de llevar el análisis al plano de las relaciones entre hombres y mujeres, en defensa de los derechos de la mujer.

Aristóteles creía que por naturaleza la mujer era inferior al hombre. Que su cuerpo era un defecto, una incompletitud de lo masculino, y que en la reproducción biológica su papel se restringía a ser un simple receptáculo o contenedor del semen activo del varón que es quien define la forma para el nuevo ser. La naturaleza inferior de la mujer determina su inferiorización en la política, en la administración de los bienes y subordinación en lo privado (Femenías, 1994: 75-76). La escuela de Hipócrates no se alejó mucho de esa visión, pero le otorgó a la mujer un papel más activo en la reproducción. La medicina de la escuela de Galeno, heredera de la de Hipócrates, reduce el papel de la mujer a la reproducción y cree que para estudiar el cuerpo humano es suficiente tener como referente el cuerpo masculino.

El discurso androcéntrico sobre el papel de los sexos en la reproducción se mantuvo durante la Antigüedad, la Edad Media y el Renacimiento. El pensamiento médico fue dominado por la teoría de los temperamentos. Ella contribuía a sostener la idea de una mayor debilidad, frialdad e inestabilidad del cuerpo femenino; una anatomía incompleta que la colocaba entre el animal y el hombre. Se representaba la menstruación como algo maléfico y se culpaba a la mujer de la esterilidad en la pareja.

Mientras que la Iglesia Católica se mantuvo como institución controladora del matrimonio, el nacimiento, del conocimiento y toda práctica de salud en la cultura occidental, las mujeres sufrieron todo tipo de persecuciones por cualquier actitud que se alejara de lo que establecían los preceptos bíblicos, los cuales consideraban a la mujer un ser inferior biológica y socialmente, que debía supeditarse a su padre primero y luego a su esposo al casarse. La persecución a las mujeres que practicaban el arte de curar se hizo famosa durante todo el Medioevo, las mujeres morían en la hoguera estigmatizadas como brujas por la competencia que les hacían a los curas cristianos que intentaban mantener el monopolio del saber.

En el Renacimiento la teoría del dimorfismo sexual que plantea que ambos sexos tienen un papel en la reproducción y que cada cual vale por su aporte específico, no resuelve el dilema de la diferencia que sigue favoreciendo al hombre. Dicha teoría sostiene el argumento que la especificidad de la mujer está en su matriz y en su capacidad para fecundar, encierra a la mujer en ese papel y desconoce las particularidades de su anatomía en otros aspectos del cuerpo. Desde la Antigüedad todos los problemas de salud de las mujeres se vieron relacionados exclusivamente con las particularidades de sus órganos reproductivos. Pero también los problemas de salud y enfermedades asociadas a la niñez y al nacimiento se vinculaban a la incapacidad, debilidad o maldad de la mujer (Berriot, 1992).

La historia de la medicina da muchas evidencias documentales de la influencia que la moral y la religión ejercieron sobre los conceptos médicos y sus prácticas. Los conflictos de género, entre los cuales se halla la limitación masculina en el acceso al cuerpo femenino, por un lado, y el impedimento a las comadronas de acceder al saber científico que se creaba en las universidades, generaron un retardo en el conocimiento sobre la salud reproductiva femenina. La creencia de que el discurso médico no debía abarcar la sexualidad porque se entrometía en el campo de las costumbres y la moral, que era un dominio de la Iglesia, promovió regulaciones prohibitivas sobre las prácticas médicas. Todas las instituciones existían para controlar la sexualidad de las mujeres, y sus intervenciones tuvieron un impacto en su mortalidad y precariedad de vida.

Durante el Siglo de las Luces, la medicina naturalista se desarrolla bajo el influjo del nuevo espíritu de la ciencia, pero los enfoques sobre las diferencias entre los sexos no sufren cambios sensibles, se continúa perpetuando la comprensión de la desigualdad. Se refuerza el papel de la mujer en la maternidad y se prolonga la ignorancia sobre el cuerpo de la mujer. Según Evelyne Berriot, en nombre de un determinismo natural el pensamiento médico encierra entonces la feminidad ideal en la estrecha esfera que le asigna el orden social: la mujer sana y feliz es la madre de familia, guardiana de las virtudes y de los valores eternos (Berriot, 1992: 412).

La Ilustración, que fue abanderada de la igualdad entre las clases y razas, no fue consecuente con ese planteamiento cuando se trataba de explicar la relación entre los sexos, y contribuyó a consolidar una cosmovisión naturalizada de los sexos. En su libro *Emilio*, Rousseau sostiene que la naturaleza frágil de la mujer define su papel en la sociedad como madre, y cree que si se olvida ese papel diferenciado entre hombres y mujeres la sociedad podría degenerarse.

Durante el siglo XIX el pensamiento social oficial se mantuvo invariable en su fundamentación naturalista de la sexualidad. Desde Kant hasta Freud, a fines del siglo XIX, la diferencia entre hombres y mujeres se entiende como natural y el orden social y familiar se infiere de las distinciones morfológicas entre ellos. Es frecuente en el pensamiento androcéntrico la invisibilización a la participación de las mujeres en todas las áreas que definen el ámbito de lo público. El discurso social dominante sobre los sexos está focalizado en la sexualidad y la familia, como si solo allí se construyera la relación entre los dos.

Esta forma de discurrir no solo se halla en casi toda la filosofía de ese siglo, también se expandió a las nuevas ciencias sociales. Las interrelaciones hicieron posible la extensión de ese espíritu; por ejemplo las fuentes de la investigación antropológica de corte bio-

lógico contribuyeron al desarrollo de una sociología que legitimó la desigualdad entre los sexos. Durkheim, fundador de esta ciencia y de algunas de las ramas especiales —como es el caso de la "sociología de la familia"— fue uno de sus protagonistas. En su obra *De la división del trabajo social* sostenía que: "Osamentas prehistóricas testimonian que la diferencia entre la fuerza del hombre y la de la mujer era relativamente mucho más pequeña que actualmente. Aún ahora, en la infancia y hasta la pubertad, el esqueleto de los dos sexos no difiere en forma apreciable: los rasgos son, sobre todo, femeninos. Si se admite que el desarrollo del individuo reproduce en pequeña escala el de la especie, se tiene el derecho de conjeturar que la misma homogeneidad se encontraba en los principios de la evolución humana, y de ver en la forma femenina como una imagen aproximada de lo que era originalmente ese tipo único y común del que se separó poco a poco la variedad masculina". Más adelante cita al doctor Lebón, quien argumenta que el volumen del cerebro del hombre crece en la medida que se evoluciona hacia una sociedad civilizada, y en esa misma dirección se produce una regresión en los cráneos femeninos (Durkheim, 1967: 55-58). El objetivo de Durkheim es explicar las diferencias funcionales que en las familias prevalecen entre los sexos, y su complementariedad, que para él es condición del equilibrio social. Hombres y mujeres son diferentes física y socialmente, dice Durkheim: "uno de los sexos acaparó las funciones afectivas y el otro las intelectuales […] estas diferencias funcionales se hacen materialmente sensibles por las diferencias morfológicas que determinaron (Durkheim, 1967: 57-58).

Una característica de este discurso sexista de la ciencia social es inferir que las relaciones entre sexos, aunque los coloca en posiciones diferentes, son solidarias porque sus funciones resultan complementarias: la mujer a lo doméstico y el hombre a la producción y la política: lo público, ambas funciones necesarias a la vida. El matrimonio se concibe como una unión perfecta, en la cual la mujer se somete de manera libre y de acuerdo a una ley natural. Se acepta que hay una división del trabajo, pero al explicarla se recrea un sujeto femenino que se distingue del masculino como especies dicotómicas, opuestas en su identidad biológica y social. En una buena parte de los autores se reconoce la influencia del factor biológico como condicionante de lo social, y opera una interpretación del discurrir de los procesos sociales, que funciona en virtud de leyes naturales.

La idea de la complementariedad de dos y de la condición naturalizada de esa relación sexual está presente en casi todo el positivismo del siglo XIX, desde Augusto Comte —pasando por Herbert Spencer y Fréderic Le Play— hasta el pensamiento finisecular de Durkheim, que se extiende hasta la mitad del siglo XX, reapareciendo en la obra

de Talcott Parsons, en su teoría de los roles: instrumental (hombres) y expresivo (mujeres).

Durante siglos las mujeres fueron marginadas de la ciencia médica y social, y se construyó un conocimiento sobre su realidad ontológica centrado en la maternidad que la ha definido en su identidad, y al cual contribuyó toda la ciencia social, y muy particularmente el pensamiento médico. Las persecuciones en el ámbito público, donde la mujer demostró con frecuencia sus habilidades para el arte de sanar, se desarrollaron de manera paralela al reforzamiento de la idea y la práctica de su función como cuidadora de la familia, en la medida que esta se derivaba de su "especial y fundamental" función reproductiva. Las historias reconstruidas por la investigación feminista en ciencia social y en salud, muestran como aún en esas condiciones de exclusión las mujeres construyeron estrategias de participación pública para quebrar las reglas, cumplir con una función humana, y realizarse en lo personal.

A contrapelo de este discurrir científico, el cuestionamiento de la desigualdad entre los sexos llegó a ser parte de la obra de varios pensadores hombres del siglo XIX, que de manera consecuente aplicaron los postulados de la libertad, la razón y la igualdad a la reflexión de esta construcción humana. Entre los filósofos de la Ilustración destacan Condorcet, John Stuart Millen la escuela positivista liberal y Charles Fourier, Federico Engels y Carlos Marx, entre otros, en el pensamiento socialista. Todos son importantes en tanto fundan un discurso crítico a la desigualdad complementaria entre hombres y mujeres y dan los primeros pasos en el desmontaje de una cultura sexista que tiene repercusiones para la salud de hombres y mujeres. Sus defensas al reconocimiento de la condición de ciudadanía de la mujer, de su derecho al voto y a la educación, generan una nueva comprensión de la mujer como actor político.

Fourier fue uno de los pioneros, reconocido como fuente de la teoría libertaria sobre las mujeres, y cuyas ideas se condensan en la tan conocida frase: "Los progresos sociales y cambios de época se operan en proporción al progreso de las mujeres hacia la libertad, y la decadencia en el orden social se opera en proporción a la decadencia de la libertad de las mujeres" (Fourier, 1961:103). La injusticia y la esclavitud es la causa de los problemas que deben enfrentar las mujeres, que languidecen, mueren y enferman porque esa condición les impide lograr las uniones que desean. Critica la condición de mercancía de la mujer en el matrimonio y en la familia, que considera es una realidad universal que experimentan las mujeres en los países salvajes y civilizados (Fourier, 1961:102-103).

El feminismo liberal que se desarrolla en los siglos XIX y XX reconoce a Stuart Mill como su antecesor más importante. Sus aportes más relevantes se vinculan a su teoría de la libertad. Afirma que no es la condición biológica lo que hace desigual a los sexos, sino su educación; por eso cree en la igualdad como algo posible siempre y cuando se asuma un cambio en la educación de las mujeres. Como Fourier, califica la condición de la mujer como la de una esclava, que entiende como lo contrario a la libertad; y reivindica ese derecho para las mujeres, en tanto sujeto individual, no por su condición de madre (Genevieve, 1993).

Si se consideran los aportes del marxismo a una teoría libertaria de las mujeres, varias obras deberían ser consultadas para su estudio, y no sólo las que aquí ya fueron citadas en el primer epígrafe; en ellas se pueden reconocer los primeros pasos hacia una interpretación distinta de la salud de las mujeres.

A pesar de las críticas que ha recibido, la obra de Engels *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado* ha sido reconocida por sus aportes a una tendencia más radical del feminismo. En ella se analiza la condición de explotación que viven las mujeres en el matrimonio y en la familia monogámica, el doble rasero del derecho burgués que sanciona la infidelidad femenina y justifica la masculina, el conflicto entre las reglas que establece el Derecho y la funcionalidad de una relación de pareja que sustenta su matrimonio en la conveniencia material. De los argumentos del autor se infiere que no es la naturaleza quien coloca a la mujer en esa condición, sino el desarrollo de la industria, el Derecho, la evolución de las relaciones sexuales y de la moral, todos factores sociales y económicos (Engels, 1974a).

De Marx puede citarse, entre sus escritos tempranos, *Manuscritos económicos y filosóficos* (1844), donde su análisis sobre la familia se encamina en la misma línea de Fourier, que reconoce a la mujer como propiedad y mercancía en el matrimonio, y a la relación entre un hombre y una mujer como la primera relación social, no natural. En él también escribe contra la prostitución como una forma de explotación de las mujeres, que considera tan degradante como la que experimentan las mujeres, los niños y los pobres en las hilanderías inglesas (Marx, 1965:34).

En ninguna otra obra de la epidemiología del siglo XIX se hallan reflexiones que constituyan un referente directo para el feminismo posterior interesado en los temas de la salud de las mujeres, como las que se describen en *Situación de la clase obrera en Inglaterra* y en *El Capital*.

Aunque la economía feminista, y el feminismo en general, le critican a Marx y a sus contemporáneos no considerar los aportes de la

actividad doméstica como proceso de reproducción de la fuerza de trabajo, y vincular en exceso la solución de los conflictos entre hombres y mujeres a los de clase social. No se puede desestimar que fue en el marxismo del siglo XIX donde las mujeres encontraron explicaciones tempranas a la condición de sobreexplotación que vivían en la familia y también en los espacios públicos políticos y productivos. A diferencia del positivismo, esta corriente reconoce la autonomía que alcanzan las mujeres obreras cuando se convierten en trabajadoras del sistema de producción, pero también describe el costo que tienen para su salud las condiciones de sobreexplotación en que trabajan en las fábricas, y la compara con la salud de los hombres y los niños. Su preocupación por la salud de las mujeres trabajadoras se infiere de su comprensión general sobre los vínculos entre trabajo, capital, pobreza y salud, no tiene que ver con la función reproductiva de la mujer, aunque esta se considera en sus descripciones cuando valora el impacto de las condiciones de trabajo sobre su salud; se trata sobre todo de la condición de la mujer como trabajadora de la producción y subordinada al capital, trabajo que debe compartir con roles familiares específicos que la sociedad le asigna y que por su estatus legal más bajo que el hombre, es sometida a una sobreexplotación del capital. La naturaleza femenina no es factor determinante, sino su baja condición social comparativa respecto al hombre. A ella se le paga peor y se le asignan jornadas de trabajo más extenuantes, se le aplican los términos de la plusvalía absoluta. Ella no tiene la oportunidad de obtener un salario igual al hombre por el mismo empleo, y no la protege la legislación cuando está embarazada y después del parto, a pesar del papel que ella desempeña en el cuidado de la niñez. Las mujeres/viudas, se ven obligadas a entregar sus hijos al capitalista para buscar trabajo cuando no lo encuentran y están expuestas a la muerte por pobreza.

La industria de confecciones textiles es, desde entonces, una producción que contrata muchas mujeres, y tanto Engels como Marx se dedican a describir la mortalidad por fatiga, la falta de ventilación y alimentos, las largas jornadas sin interrupción para comer o descansar, y las diferentes enfermedades que padecen las mujeres obreras, entre las cuales se valoran las que tienen que ver con sus roles reproductivos, pero no son las más frecuentemente analizadas, y sí se evalúan como resultado del contexto socioeconómico de la producción y la vida cotidiana (Engels, 1974b; Marx, 1973).

El interés de ambos por las condiciones de vida de la clase obrera en el capitalismo, tanto productivas como familiares, en una sociedad que explota no sólo al hombre, sino a todos los miembros de su familia, les permitió construir un conocimiento sobre la salud de los traba-

jadores, donde se diferencian hombres, mujeres y niños, y se evalúa la salud de cada uno en relación a las condiciones específicas que le impone el capital, a sus condiciones de pobreza. Desde la perspectiva que se posiciona este trabajo, los fundadores del marxismo son un antecedente para entender las interacciones entre pobreza, género y salud.

Sus aportes y limitaciones deben juzgarse en el contexto político en que produjeron ese saber, y en relación a los fines que perseguían de liberación de la clase trabajadora y crítica de una sociedad injusta. Y aunque no hay un interés en construir un perfil de salud de las mujeres en relación a los hombres —y los problemas de salud de las mujeres que no son obreras quedan sin explicar— es importante reconocer que dejaron una teoría sistémica de la explotación humana, y descripciones particulares sobre el sector de las mujeres trabajadoras y de su salud, que ha sido un referente para el desarrollo de la teoría feminista en todos los campos del conocimiento, entre ellos el de la salud.

EL PENSAMIENTO FEMINISTA Y LA CULTURA PATRIARCAL COMO DETERMINANTE DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LAS MUJERES

El aporte del feminismo a los estudios sobre la salud de las mujeres debe entenderse en dos sentidos: 1) en relación a la construcción de una teoría que desmonta y cuestiona con sólidos argumentos, desde una perspectiva crítica e integral de la ciencia, el análisis androcéntrico que reduce a las mujeres a su condición natural y que, por oposición, revela la verdadera naturaleza social de la mujer, así como la historia de una cultura que la ha colocado en condiciones de subordinación. Aunque este saber no aborda de manera directa los problemas de su morbilidad, mortalidad y esperanza de vida, sí da explicaciones sobre cómo se ha falseado y manipulado el análisis de su identidad, de su papel en la sociedad y la familia, y cuáles son los factores económicos, políticos e intelectuales que tienen que ver con ese discurso legitimador de la subordinación, como con las prácticas y políticas de esclavización de las mujer y 2) un conocimiento que se produce desde las ciencias de la salud, por mujeres profesionales de las ciencias de la salud y médicas, que a partir de la investigación feminista han construido nuevas hipótesis sobre los perfiles diferentes de salud de hombres y mujeres, de su relación con las determinantes de género, aportando análisis sobre la participación de hombres y mujeres en los sistemas de salud y de los enfoques androcéntricos de las políticas de salud.

Dentro del primer grupo se halla un feminismo con una producción muy amplia que data de fines del siglo XVIII y se extiende hasta nuestros días, aunque con algunas interrupciones transitorias. La obra construida por el feminismo es tan importante en la teoría como

en la práctica. En la ciencia aportó una reconceptualización del lugar y papel de las mujeres en la historia de la política, el arte, la salud y muchas áreas de la actividad científica. Elaboró un discurso liberador y comprensivo de la mujer como sujeto de derecho y ser dotado de razón, que es transversal a todas las disciplinas.

Pero su labor práctica es más relevante aún, porque hizo posible que una parte de ese discurso se hiciera realidad en la legislación, en la política, la economía y la sociedad, mediante una larga lucha de las mujeres que formaron el movimiento político, que al alcanzar las universidades se transformó también en un movimiento intelectual, el cual se ha dado a la tarea de impulsar primero los Estudios sobre las mujeres y, luego, la Teoría de género.

La reflexión filosófica sobre las condiciones de vida de las mujeres, su sobreexplotación y subordinación, se inició con el movimiento de la Ilustración femenina. Formado por mujeres de diferentes posiciones políticas (socialistas y liberales), que en esta primera etapa se concentraron en dos objetivos: el derecho al voto y a la educación. Dos cuestiones de profunda significación que colocaban el tema del poder en el centro del debate sobre la igualdad, y el reconocimiento de la mujer como sujeto racional y político. Ambas sentaron las bases para demandas superiores y más amplias que se fueron exigiendo durante los siglos posteriores. Fueron decisivas para la entrada de las mujeres a las carreras de Medicina y su irrupción en la salud pública y privada.

La obra pionera de Mary Wollstonecraft a fines del siglo XVIII es esencial para entender la relación entre Razón, Derecho y Justicia como condición de la subordinación de las mujeres y de la lucha por su independencia. En su libro *Vindicación de los derechos de la mujer*, refutó a la literatura masculina de su época que interpretaba a la mujer como una especie inferior sin derechos, y solo veía en ella su condición biológica; reivindicó la humanidad de la mujer dotada con razón y exigía que fuera reconocida como sujeto con derechos políticos y civiles. Cuestiona que la mujer esté excluida del gobierno y de los más elementales derechos, como el de la educación, al cual le atribuye un papel decisivo en el progreso femenino y de la sociedad. Su libro es una lección crítica a la Ilustración masculina y a las legislaciones "revolucionarias" de la época que despojaban a la mujer de los derechos de igualdad con los hombres, con argumentos ligados a su incapacidad para razonar. Mary cree que todo se explica de manera inversa, el despojo de los derechos de la mujer es la causa que determina su condición de sirvienta, y de la cual se infiere la interpretación de su debilidad como sexo, y concibe la educación como un instrumento para la libertad (Mary, 1994).

Entre los siglos XIX y la primera mitad del XX, se produjeron escritos de feministas en los cuales se fue acumulando un saber crítico hacia la teoría social clásica dominada por el discurso masculino que legitimaba el patriarcado imperante en la ciencia y en la vida social. Varios ejes marcaron la acción del feminismo para avanzar en favor de su emancipación: el derecho al voto, al trabajo, a la educación y la transformación de su papel en la familia. Estos fueron temas que además de contribuir a la formación de un movimiento político y a un reordenamiento jurídico más justo, dejaron una estela de conocimiento producido. A través del debate político y jurídico sobre los derechos de la mujer, se construyó un discurso donde se desmontó la idea de la inferiorización de la mujer por su condición biológico-sexual destinada a la reproducción. Esta es una etapa que tiende a calificarse como la del discurso igualitario de la emancipación, en el que converge todo el feminismo liberal y socialista.

En la tercera década del siglo XX, Virginia Woolf —en su obra *Una habitación propia*— argumenta que la dominación del hombre sobre la mujer es la clave para entender la pobreza y subordinación femenina, para comprender por qué los hombres se afanan tanto en argumentar sobre su inferioridad, lo cual no es más que una forma de destacar su superioridad y preservarla (Woolf, 1947).El poder aparece explicado como causa de las diferencias entre hombres y mujeres, que se describe como la dominación de los hombres sobre las mujeres. Y en esa conclusión radica su importancia, pues la explicación sobre la diferencia sexual se va desplazando hacia las relaciones de poder; y el concepto de pobreza femenina es usado en el sentido de "privada de poder".

Simone de Beauvoir publica *El segundo sexo* en 1949. En ese libro realiza una crítica a toda la historia del pensamiento social por su mirada naturalizadora del sexo femenino, y demuestra que esa visión ha sido el instrumento para dominar a las mujeres, de la cual se ha inferido que la maternidad es la que define su debilidad, cuando en realidad la maternidad se ha usado como recurso de dominación. Concluye que la reflexión sobre la inferiorización de la mujer, apelando a su definición biológica de sexo débil, es una constante en la historia de cualquier actividad profesional: legislativa, política, médica, filosófica. El punto de partida de la autora se expresa en el análisis dialéctico sobre la relación entre las determinantes biológicas de la especie, que definen los términos de una función reproductiva que enajena constantemente a la mujer, y por otro, una situación social que agudiza esa alienación.

Beauvoir muestra un amplio conocimiento sobre los descubrimientos que para la época ya existían sobre la reproducción humana e incursiona en una descripción del ciclo vital reproductivo de las

mujeres, resumiendo que: "de todas las hembras mamíferas, ella es la más profundamente alienada y la que más violentamente rechaza esta alienación; en ninguna de ellas es más imperiosa ni más difícilmente aceptada la esclavización del organismo a la función reproductora: crisis de pubertad y de menopausia, 'maldición' mensual, largo y a menudo difícil embarazo, parto doloroso y en ocasiones peligroso, enfermedades, accidentes, son características de la hembra humana: diríase que su destino se hace tanto más penoso cuanto más se rebela ella contra el mismo al afirmarse como individuo. Si se la compara con el macho, este aparece como un ser infinitamente privilegiado: su existencia genital no contraría su vida personal, que se desarrolla de manera continua, sin crisis, y generalmente sin accidentes. Por término medio, las mujeres viven más tiempo, pero están enfermas con mucha mayor frecuencia y hay numerosos períodos durante los cuales no disponen de sí mismas". [...] Pero lo que rechazamos es la idea de que constituyan para ella un destino petrificado. No bastan para definir una jerarquía de los sexos; no explican por qué la mujer es lo Otro; no la condenan a conservar eternamente ese papel subordinado(Beauvoir, 1972:13-14).

Esta es una obra que marca un punto de vista diferente sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, cuestionadora de los antiguos enfoques médicos sexistas y de las visiones masculinas en las ciencias sociales que, o exageran el papel de la biología en la definición de la condición social de las mujeres, o ignoran esta especificidad que tiene consecuencias para su vida. Beauvoir propone una visión interactiva entre la hembra como especie y la mujer como individuo sociohistórico. La interpretación cultural de la relación entre los sexos ubica a esta obra como un antecedente inmediato de la Teoría de género.

Los años sesenta fueron muy transformadores en el campo de la sexualidad, se reconoce que se produce una revolución que impacta a diferentes naciones, la cual contribuye a desmontar mitos sexuales, cuestiona estereotipos y prácticas tradicionales sexistas. A fines de este decenio el movimiento feminista parece salir de un letargo planteándose nuevos retos en la meta de lograr más libertad para las mujeres, llevando el debate a las universidades. Nacen entonces los llamados "Programas de estudios para la mujer", primero en las universidades norteamericanas y luego en Europa, los que impulsaron un proceso de institucionalidad que benefició la investigación sobre las mujeres y además hecha por mujeres. El marco teórico de referencia de esos estudios fue la Teoría del patriarcado que venía construyéndose por el movimiento feminista.

Kate Millet publica el trabajo *Política sexual*, que se convierte en un referente que permite avanzar hacia una comprensión del patriar-

cado como sistema universal de dominación de los hombres sobre las mujeres. Más tarde la historiografía de las mujeres daría cuenta de las formas más particulares e históricas que asume ese patriarcado desde la Antigüedad hasta nuestros días, y se encargaría de ofrecer evidencias sobre su constante universal y variabilidad en el tiempo. La crítica del feminismo a los textos de sociólogos, historiadores, demógrafos y antropólogos que dan cuenta de las relaciones entre los sexos en diferentes sociedades humanas, ha visibilizado —haciendo uso de los datos que arrojan esos propios estudios— cuan extendida están las prácticas de control de los hombres, o las instituciones donde se ejerce una dominación patriarcal sobre las mujeres.

Aunque el patriarcado es un concepto viejo en la ciencia social, había quedado relegado a la explicación de formas de dominación familiares o religiosas, y de sociedades antiguas. Las publicaciones feministas enfatizan en su conformación sistémica como forma de dominación que opera en la familia, en las políticas y es transversal a todas las estructuras de la sociedad, determinando relaciones jerárquicas entre hombres y mujeres, en las cuales la mujer ocupa una posición subordinada (Kate Millet, 1971).Las políticas de salud y los sistemas de salud no estarían exentos de esas consideraciones.

En la década del setenta, Gayle Rubin también expone sus ideas acerca de las causas de la opresión de las mujeres, que cree constituyen la base de cualquier estimación de lo que habría que cambiar para alcanzar una sociedad sin jerarquía por géneros. Una de sus contribuciones al pensamiento feminista radica en la comprensión global de la situación de las mujeres como parte de un sistema que las oprime y cuya explotación tiene determinadas singularidades de género. Rubin aporta al análisis el concepto "sistema sexo/género", sin el cual no puede hacerse una valoración objetiva de la salud de las mujeres. Valora que la sexualidad tiene su propia política, sus desigualdades y formas de opresión, que el sexo es siempre político y fruto de la actividad humana (Rubin, 1989).

A diferencia de las feministas anteriores, la propuesta de Rubin quiere hacer hincapié en la relación entre producción y reproducción como un todo, y el patriarcado parecía más bien un estado en la evolución de ese sistema sexo/género, que se caracterizaba por la subordinación de las mujeres, pero no necesariamente un estado de por vida. Este enfoque es importante en salud, donde los factores biológicos del sexo están interactuando con los culturales del género.

La década del setenta se declara como el decenio dedicado a la mujer, cuyo colofón es el año 1975, denominado "Año de la mujer", y durante el cual se forma el Fondo de las Naciones Unidas para el adelanto de la mujer. Esta institución Internacional lanza el progra-

ma de Mujer en el Desarrollo, cuyas acciones están dirigidas a combatir la pobreza femenina.

A fines de los setenta parece haber un consenso entre las académicas feministas que el concepto género es el más adecuado para interpretar los factores culturales de la dominación, y que se relacionan con el sexo, como expresión de la diferencia biológica que existe entre la mujer y el hombre. Desde entonces se ha ido acumulando una bibliografía cada vez más extensa, la cual reconoce la necesidad de analizar de manera dialéctica la relación entre lo biológico y lo cultural para entender cómo se generan las desigualdades entre hombres y mujeres. La construcción de una dominación patriarcal distinta para cada época y cultura, pero común en el sometimiento que logra de las mujeres, es el factor clave para explicar las peculiaridades de la existencia social y de las identidades femeninas y masculinas. El género hace alusión a una relación social en la que participan desigualmente hombres y mujeres. La salud es una dimensión más desde la cual el feminismo intenta comprender, a la luz de esta nueva teoría, las desigualdades entre hombres y mujeres.

Las décadas del ochenta y noventa han sido de capital relevancia para la investigación sobre desigualdades de género, y en el debate internacional sobre cómo transversalizar el género a todos los campos del accionar humano: en la política, la educación, la salud, la economía. La investigación de género avanzó en diversas disciplinas, y se afirma que su naturaleza es transdisciplinar, aunque esa afirmación es cuestionable. Desde nuestro punto de vista, la mayoría de las investigaciones de género reproducen enfoques disciplinares de la ciencia en la que se formó la investigadora, pero no dejan de ser por ello reales los esfuerzos que se hacen en ese sentido.

La Conferencia de Beijing en 1995, y el Informe de Desarrollo Humano que se dedicó ese año al tema, son una expresión del consenso internacional sobre la importancia que tiene el logro de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres como base para el desarrollo humano sostenible, el derecho que tiene la otra mitad de la humanidad a la libertad y cómo la sociedad se beneficia de ese avance.

La Cumbre del Milenio, donde se acordaron los Objetivos de Desarrollo, fue un compromiso de todas las naciones para avanzar hacia un enfoque humano del desarrollo en base a la equidad, su tercer objetivo así lo recoge: promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. Y ese no es el único de los objetivos que hace alusión al vínculo entre igualdad para la mujer y desarrollo. El objetivo Nº 5 se refiere a mejorar la salud materna, un problema de salud que sigue cobrándose vidas en algunas regiones, y que no requiere una inversión costosa. Casi todas las metas son sensibles al género y

recogen indicadores que evalúan los avances en la superación de ese tipo de estratificación social, e igualmente varias lo hacen en el área de género y salud.

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD

Castro y Bronfman afirman que la contribución del feminismo a la Sociología Médica ha sido documentar la discriminación contra las mujeres en este campo de acción y evidenciar el sesgo masculino que se produce en la literatura científica presentándose como objetivo y universal (Castro y Bronfman, 1998).

Dicho así parece de poco alcance la contribución de la teoría feminista, pero se debe tener en cuenta que todo el esfuerzo de documentación ha estado acompañado de la construcción de conceptos que ayudan a perfilar un análisis complejo sobre la influencia de las determinantes socioculturales de género en la salud de mujeres y hombres. Puede que para la sociología y la antropología—dos ciencias que operan con nociones complejas de grupos humanos y relaciones estructurales— no sea tan relevante, pero para la epidemiología social, la medicina social y la salud pública, muy influenciadas por la noción social de la demografía, resulta esencial la propuesta de una investigación donde se correlacionen los factores de género —como construcciones socioculturales y económicas— y los de salud. Entonces, hay que reconocer que la teoría feminista, enrumbada en el intento de legitimar el valor del enfoque social en salud con perspectiva de género, y de argumentar a favor de la pertinencia de metodologías cualitativas en el estudio de los problemas de salud, en un contexto médico donde prevalece el enfoque biológico-matemático, puede estar realizando una contribución epistemológica y metodológica que, aunque no sea exclusiva, es relevante. El esfuerzo de documentación y crítica, por otro lado, ha permitido ir perfilando una visión integral de la salud de las mujeres, que no se reduce a su reproducción, o fragmentada en cada una de sus partes, sino a un criterio de salud integral de mujeres y hombres.

Sus aportes se constatan no sólo en el campo del conocimiento, también en todos los ámbitos de la práctica de la salud pública: empoderamiento de las mujeres en los sistemas de salud, inclusión del tema de género en la formación de pre y posgrado de diversas especialidades, en la atención y las políticas.

Si de conocimiento se trata, el feminismo ha aportado nuevas hipótesis para entender los distintos perfiles epidemiológicos entre hombres y mujeres que dan respuesta a las diferencias que se observan en los campos de la mortalidad, morbilidad y la esperanza de vida.

Entonces, los aportes de las profesionales de la salud en la construcción de una perspectiva de género se han realizado en varias áreas de conocimiento: 1) en el campo del debate epistemológico y metodológico contribuyendo a develar cómo se debe investigar el vínculo entre determinantes de género y salud, 2) en la investigación sobre las desigualdades que hombres y mujeres profesionales de la salud experimentan y de los enfoques de políticas de salud y 3) en el análisis de los diferentes perfiles epidemiológicos que definen el estado de salud de hombres y mujeres y la influencia que ejercen los factores culturales de género.

La investigación con perspectiva de género en salud ha defendido varias tesis que definen el tipo de conocimiento que pretende construir: 1) la naturaleza social del objeto a investigar: relaciones de género y salud; se afirma que la distinción entre sexo y género en el campo de la salud ayuda a definir las bases sociales de las desigualdades en salud entre hombres y mujeres que se hallan en las relaciones de dominación. De lo cual se deduce el reconocimiento de los factores culturales de género como determinantes sociales de la salud, 2) la construcción sistémica del género no sólo en relación al sexo, sino a todos los procesos de producción y reproducción de la vida, a las políticas sociales y económicas, a la cultura científica y el saber popular, a las prácticas de los actores de todas las estructuras sociales; sencillamente porque el género es un producto social y cultural, 3) la noción dialéctica entre lo biológico y lo cultural en la investigación sobre la producción de enfermedades y problemas de salud, sin desestimar las diferencias entre cada uno y minimizar el sesgo de lo biológico, 4) que las diferencias de salud entre hombres y mujeres son esenciales para cualquier gradiente social: de clase, raza, étnico, territorial, etario, etc., 5) que la cultura patriarcal en salud afecta a las mujeres, pero también a los hombres, a ellas por las carencias de poder, a ellos por los costos del poder, 6) que los prejuicios de género en el campo de la comprensión de la biología sesgan la investigación a la que se atribuye un enfoque científico, 7) enfatiza en el carácter histórico del análisis de las desigualdades de género en salud y, por último, 8) critica el reduccionismo metodológico con enfoque positivista del análisis de salud, el cual sólo considera legítimo su estudio desde las estadísticas y las tendencias del comportamiento de los fenómenos, instrumento que no se desdeña, pero que por sí solo no ayuda a desentrañar la naturaleza compleja de las diferentes interacciones entre la estructura social del género y la salud; por tanto reconoce que la salud es hecho colectivo e individual tangible, pero también significacional. La investigación de género en salud innova en el campo de la medición y de los estudios cualitativos (Hanson, 2000; Sabo, 2000 y Sen, 2005).

Una crítica de la investigación de género en salud se refiere al concepto convencional que subyace en muchos estudios reducido a la relación entre enfermedades y roles de género, del cual casi siempre se infieren las mayores responsabilidades para los individuos, frecuentemente mujeres, y se ignora el papel del Estado y de las instituciones en las definiciones de políticas que no se ajustan a sus necesidades y reproducen las diferencias de oportunidades. De ahí que se enfatice en la necesidad de que en salud el género se refiera a desigualdades estructurales marcadas por el acceso distinto a los recursos de mujeres y hombres. Definición que es mucho más abarcadora pues coloca la investigación en un análisis del poder y de su relación con la biología, de la cultura de dominación que impera y su repercusión sobre la salud (Sen *et al.*, 2005).

La investigación de género en salud tiene un profundo carácter humano. La crítica a las desigualdades se sostiene sobre una filosofía de la salud como derecho para mujeres y hombres, se critica el valor intrínseco de injusticia que acompaña a la cultura patriarcal y cómo se proyecta sobre la salud de unos y otras. La inequidad de género en salud es un concepto que no alude a toda diferencia de salud entre mujeres y hombres, se reserva para aquellas desigualdades que se consideran innecesarias, evitables e injustas y que se asocian a desventajas sistemáticas en el plano socioeconómico(Gómez, 2000).

En la investigación sobre medición se ha avanzado en el intento de incorporar indicadores que consideran las situaciones críticas de salud que viven las mujeres para medir la privación humana, tal y como ya lo vimos en el análisis de los IDH. La vinculación creciente entre el enfoque de género y el de desarrollo humano ha sido fértil para ambas propuestas, tanto en lo conceptual como en la medición.

En 1995, el Informe sobre Desarrollo Humano introduce dos índices para conocer los avances en la igualdad de oportunidades que experimentan las mujeres: Índice de Desarrollo de la Mujer e Índice de Potenciación de la Mujer, el primero intenta evaluar la condición de la mujer en los mismos indicadores que el IDH para conocer las diferencias en el avance con respecto a los hombres, el segundo está más vinculado con la calidad de la participación. En 2010 se perfecciona la propuesta y se introduce el Índice de Desigualdad de Género como un índice sintético que abarca tres dimensiones: salud, empoderamiento y mercado laboral, y cinco indicadores; a través de su aplicabilidad se pueden identificar las variaciones entre las diferentes regiones en el progreso de la igualdad de oportunidades. Pero desde nuestro punto de vista entraña un problema, la primera dimensión se reduce a la salud reproductiva, nuevamente se enclaustra la mujer en esa función, los indicadores que se asumen son el de mortalidad materna y fecun-

didad adolescente. Se concluye que las desventajas en salud reproductiva son las que más contribuyen a la desigualdad. Y cómo saber si otros aspectos de la salud pueden tener una incidencia mayor o igual, digamos los de salud ocupacional, ambiental, etc. El caso, además, es que este indicador no permite compararlo con los hombres porque no hay datos de salud reproductiva de ellos, mientras que las otras dimensiones de salud sí tienen posibilidades de contrastarse.

La investigación feminista ha alertado que aún existe escasez de datos desagregados por sexo y por sus múltiples interacciones con otras construcciones sociales, cómo se ignoran en la medición de salud constantemente las desigualdades entre hombres y mujeres y las implicaciones que tiene para un análisis objetivo sobre el comportamiento de la morbilidad; son por ejemplo escasas en las mediciones de salud ocupacional, más centrada en las condiciones de trabajo de las ocupaciones masculinas y su impacto para la salud de los hombres, en particular en el sector industrial y agrícola; mientras que se miden menos los impactos que para la salud femenina tienen las condiciones laborales de sus ocupaciones, y esto ocurre a pesar de que se reconoce la existencia de una división sexista del trabajo en el mundo laboral (Sen *etal.*, 2005: 14).

La identificación de sesgos y carencias de análisis con visión de diferenciación entre hombres y mujeres, en ensayos clínicos y experimentales, en las definiciones de variables que no incorporan esta perspectiva, y la de sus interacciones con otros estratificadores sociales ha sido una constante crítica en la investigación feminista, que también ha ido acompañada de propuestas metodológicas para la transversalización del género a la investigación en salud.

Para la investigación médica la exclusión de las mujeres de los ensayos tiene una peculiar trascendencia porque obliga a cuestionar la fiabilidad de las tecnologías de los diagnósticos y tratamientos que resultan de investigaciones basadas en modelos masculinos (Sen *etal.*, 2005: 29). Este es un sesgo antiguo en la ciencia médica, que hoy se justifica bajo el manto de la protección a la salud reproductiva de las mujeres.

Un área de salud donde se ha producido conocimiento apuntando a explicar las desigualdades de género que persisten es en las políticas y funcionamiento de los sistemas de salud.

La reconstrucción que se ha hecho por el feminismo sobre el papel de las mujeres como gestoras de salud en la historia de la medicina general, desde la Antigüedad hasta nuestros días, o en especialidades más particulares, brinda evidencias del protagonismo y contribuciones de las mujeres a un análisis crítico sobre las diferencias entre los sexos, a la institucionalidad de los estudios de la mujer en

salud y, en fin, al análisis más contemporáneo de género en salud. Lo más interesante es que todo eso se alcanza a despecho de la exclusión que las mujeres experimentan en ese campo del conocimiento y de la práctica humana.

Algunas autoras han publicado que ese papel de las mujeres en la salud se remonta a épocas muy antiguas, y los relatos de las diferentes mitologías se reconocen como fuentes que lo atestiguan. En la Grecia Antigua es el caso de las Sacerdotisas Curanderas, las Saludadoras, o con sus nombres más específicos de Diosas a las que se les atribuía un poder de curar como Ishtar, Hygiea y Panacea; hecho que trasciende como una evidencia de la preocupación y participación de la mujer en la producción de salud (Martín, 2004).

Más recientemente las investigaciones sobre mujeres en la medicina y su exclusión de los premios Nobel, se dedicaron a documentar la discriminación que han experimentado las mujeres en la historia de la atención médica y de la investigación en salud, así como sus aportes al desarrollo científico (Azize *etal.*, 1994).

Desde la década del setenta, no han estado exentas del análisis crítico las políticas reproductivas que nacieron de los acuerdos del Club de Roma, dirigidas al control de la fertilidad de las mujeres, y que tenían como fin lograr un mejor balance entre recursos alimentarios y crecimiento de la población. Los primeros Programas Materno/Infantiles, aunque se les ha reconocido que logran mejorar la calidad de vida de la mujer y su hijo, refuerzan la imagen de mujer Útero/Madre basada en un esquema de la mujer vulnerable y esencial para la familia, que debía ser asistida para así mejorar la calidad de vida de los niños. Los programas querían mejorar la nutrición de las mujeres embarazadas y sus hijos, ese era el binomio que interesaba, y se identificaba el bienestar de las mujeres con ese rol social (Murguialday, 1999).

Gracias a la creciente participación de las mujeres en las instituciones gubernamentales y de salud, los Programas Materno/Infantiles fueron evolucionando hacia la inclusión de nuevos temas como la planificación familiar y el derecho de las mujeres a acceder a los métodos de anticoncepción, el control de la fertilidad como un problema de la pareja y el de la corresponsabilidad en la paternidad, por mencionar algunos. Lo que no significa que se hayan erradicado las prácticas patriarcales que no reconocen los derechos de la mujer al control sobre su cuerpo.

Ha sido abundante la literatura de género crítica a las políticas de salud por su insuficiente o ausente incorporación del enfoque a los programas y estrategias de salud que hoy construyen los gobiernos. Hoy se avanza en temas más complejos como la necesidad de controlar la distribución de los recursos del presupuesto dedicado a salud,

con el fin de saber si en realidad los recursos se invierten en las mujeres igual que en los hombres. Se considera imprescindible promover una educación en el personal de salud en los conceptos de equidad de género, lo cual es básico para la formación de un perfil social en el médico que elimine los sesgos que aquí se han identificado en la investigación médica y de salud.

La investigación feminista ha visibilizado que a pesar de los avances de las mujeres en la participación de los sistemas de salud, hoy prevalece una división sexista del trabajo, entre la actividad clínica (donde predominan en algunas sociedades las mujeres) y quirúrgica (donde prevalecen los hombres), entre los niveles de dirección más bajo donde con frecuencia están las mujeres, y los más altos, que casi siempre son encabezados por hombres. La contradicción más importante se infiere de la amplia participación de las mujeres en todas las áreas de la salud pública, y la menor calidad del poder que detenta por concepto de no acceder a los puestos donde se decide sobre los recursos y los enfoques de políticas.

La lucha por una participación de calidad de las mujeres en este sector se ha coronado con el ascenso de muchas mujeres a puestos importantes en las direcciones de salud de varios gobiernos, y en la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Pero la representación en puestos claves, aunque es un avance en el camino del empoderamiento, no lo determina si la agenda de salud no logra incorporar adecuadamente el enfoque de género en la práctica de actividades como la promoción, prevención, investigación, atención y rehabilitación; y aún persisten diferencias que atañen al sujeto femenino como colectividad humana.

Desde los inicios de los estudios de género una preocupación constante ha sido la discriminación de las mujeres en el acceso a los servicios de salud. En 1979, el movimiento feminista logra que en el marco de las Naciones Unidas se apruebe la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la cual dispuso en su Artículo 12 que los Estados deben tomar "las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación familiar"(Instituto Interamericano de Derechos Humanos: 2004). Se supone el acceso como una de las determinantes importantes de la salud, y que el eje central del diferencial de género está asociado a la menor cantidad de recursos con que cuentan las mujeres para pagarlos, aún cuando son mayores sus necesidades de atención por los roles reproductivos que desempeñan y las mayores desventajas que padecen, las cuales reper-

cuten en disímiles problemas de salud. Los servicios se organizan de acuerdo a los intereses dominantes en el sistema de salud, que no se adecúan a los de las mayorías más desposeídas, entre las cuales se encuentran sectores importantes de mujeres. En este tema la literatura feminista no puede soslayar el vínculo entre estratificación socioeconómica y género.

Hartigan refiere que las inequidades de género en la transmisión de enfermedades infecciosas se ven reforzadas por cuenta de los estereotipos de género que persisten entre los proveedores de salud e investigadores. Entre ellos se halla el criterio de igualdad de tratamiento cuando las necesidades son diferentes, o viceversa, cuando los programas de control de esas enfermedades refuerzan estereotipos que influyen negativamente sobre la salud física y mental, como los que propician las intervenciones centradas en las madres como proveedoras de salud (Hartigan, 2001: 26-27).

García-Moreno, experta en investigación sobre violencia de género, señala que las intervenciones para superar esa situación han sido más escasas en el sector salud. Que en éste, como en otros sectores, uno de los problemas son los estereotipos de género que prevalecen entre los proveedores de salud, otro radica en que los programas deben centrarse más en las mujeres y menos en el servicio. Critica las limitaciones del modelo bio-médico que no da la oportunidad de un análisis complejo del fenómeno, lo cual significa reconocer la multiplicidad de factores que lo determinan, entre ellos los culturales asociados al género, la variedad de formas que entraña y las desiguales formas de vivirla, así como sus impactos entre hombres y mujeres. Apunta que la mejor conceptualización que se puede hacer sobre la violencia contra la mujer es concebirla como un factor de riesgo para su salud. Y finalmente, reclama mejores definiciones sobre el papel del sector salud en su prevención, control y erradicación en cualquier sociedad (García-Moreno, 2000).

Otro tema de interés en la literatura feminista de la salud ha sido la crítica en torno a los efectos que sobre la comunicación médico-paciente tiene la visión sexista de la medicina, la que condiciona diagnósticos y tratamientos (Sen *etal.*, 2005: 34). En este sentido se cuestiona el modelo médico asimétrico, donde se subordina el paciente al médico, y se sugiere su democratización. Todo como parte de un proceso de convertir a la mujer en sujeto de su reproducción y protagonista de su salud (Maier: 1997).

El enfoque de género en salud se ha legitimado al punto de formar parte de la política de las organizaciones internacionales de la salud. La OPS ha creado un Plan de Acción para la implementación de la política de igualdad de género para la organización, vigente para

el período 2009-2014. Reconoce que la perspectiva de género debe ser usada como una estrategia para ejecutar los compromisos internacionales y define cuatro áreas: la del uso y análisis de la información desagregada por sexo, el aumento de la capacidad en los actores de la organización en la formulación de políticas y programas, de su evaluación y vigilancia con enfoque de género, el fortalecimiento de la participación de la sociedad civil en particular de mujeres y defensores del tema en la formulación de esos programas y de su vigilancia y trabajar en la institucionalización de las políticas sensibles a las cuestiones de género (OPS, 2009).

Lo que significa que se ha pasado de la crítica en la investigación y la formulación de políticas, a la acción en el más alto nivel institucional y del poder, que hace posible la transversalización del género a las prácticas de salud y contribuye al empoderamiento de las mujeres.

La investigación sobre perfiles de hombres y mujeres es muy amplia y abarca a todas las áreas de la salud, pero se inicia en el campo de la investigación sobre salud sexual y reproductiva, debido al papel que desempeñaba el discurso de la reproducción en la construcción de estereotipos sobre la salud de la mujer.

Las críticas del feminismo al discurso y la práctica tradicional en salud reproductiva son varias: se refieren al error de reducir la sexualidad al campo de la reproducción, a su interpretación biologicista, fomentar el control sobre la fertilidad femenina y no verlo como responsabilidad de la pareja, no estudiar la salud de hombres y mujeres de manera diferenciada y no atender la salud reproductiva y sexual de los hombres.

La importancia de la investigación feminista en salud reproductiva se infiere a partir de la introducción que hace de un enfoque humano sobre la salud de la mujer y de la crítica a la noción de "mujer fértil" con fines de incidir en el crecimiento demográfico. Pero lo esencial es su visión de la salud reproductiva como derecho humano y cuyo campo no se reduce al registro de sus patologías, sino a las posibilidades que tengan hombres y mujeres de vivir libremente su sexualidad y reproducción (Tuñón, 1997).

Tal enfoque se nutre de una visión más amplia de la reproducción y destaca la importancia que tiene el rol de la mujer como cuidadora para la supervivencia de la fuerza de trabajo, cuestiona la ausencia de reflexiones sobre el vínculo entre su función reproductiva y la actividad que desempeñan las mujeres en la economía, y en todas las esferas de la actividad pública y las implicaciones que la sobrecarga de roles tiene para su salud. De manera particular, desplaza el análisis de los problemas de salud reproductiva de mujeres y hombres hacia la relación entre determinante biológica y relacio-

nes de poder-dominación patriarcal, significando las diferencias de cada uno.

Los derechos sexuales y reproductivos fueron reconocidos a nivel internacional por primera vez en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Naciones Unidas, 1995) y ampliados luego en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Naciones Unidas, 1996), ambas Conferencias marcaron hitos en el enfoque de equidad de género en salud sexual y reproductiva. Se reconocen como parte de los derechos humanos.

En El Cairo se define el concepto de salud sexual y reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia […]. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual (Naciones Unidas, 1995: 37).

Ese enfoque tiene implicaciones para todos los actores que participan como controladores históricos de la sexualidad y la reproducción. La producción feminista ha sido clara con relación al papel tradicional que diferentes instituciones patriarcales (Estado e Iglesia) han desempeñado en la historia de las naciones como interventores de la sexualidad femenina, por razones de preservar el papel dominante del hombre en el control de los recursos de la nación y la familia. En estos nuevos escenarios, se define el derecho igualitario de mujeres y hombres a la libertad sexual, y el deber de autocontrol que deben ejercer sobre ella para prever, mediante una conducta responsable, posibles situaciones de riesgo. Se afirma la obligación de los estados de garantizar esos derechos por igual y erradicar todas las formas de violencia que en esa área discriminan a las mujeres. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido desde esas conferencias, aun en muchos países las mujeres no han logrado conquistar un marco legal para la práctica del aborto en condiciones sépticas, y se continúan replicando prácticas discriminatorias para ellas.

En 2005, el Fondo de las Naciones Unidas sobre Población dedicó su informe a explicar en qué situación se encontraba la salud reproductiva de la población y su relación con la pobreza y las desigualdades de género. Se afirma que una de las principales causas de muerte y discapacidad de las mujeres son los problemas de salud reproductiva. Invertir en la educación de las niñas es esencial para que puedan au-

mentar su potencial de ingresos y aplazar los matrimonios y la fecundidad (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2005). Esta visión se distancia de otras que conciben las capacitaciones a niñas como vías para reproducir el modelo dominante masculino.

La Teoría de género ha hecho una contribución importante al campo de los estudios de familia destacando la singularidad de esta entidad social como una construcción jerárquica entre hombres y mujeres. La división sexista del trabajo hacia el interior de la familia, donde la familia asume roles de cuidadora de la salud de sus miembros se valora como una determinante de la desigualdad que limita la capacidad de las mujeres, y explica la sobrecarga de roles de las mujeres trabajadoras. El desgaste físico de las dobles y triples jornadas, cuando existen enfermos, tiene un impacto en su salud mental y en la mala calidad de vida.

La maternidad adolescente es un problema de salud ampliamente reconocido por la literatura médica y social, y no solo por el número de adolescentes que en el mundo de hoy tienen hijos, sino por su letalidad para las mujeres y los niños que nacen de ellas. Se conoce que contribuye al bajo peso al nacer, a las complicaciones del parto, etc. Pero su impacto social es el peor de los flagelos porque reproduce patrones tradicionales de relaciones de género de las adolescentes con sus parejas, las desvincula del mercado laboral o su inserción es precaria, debido a su salida temprana del sistema educativo. Mientras más temprana es la edad de maternidad, mayores resultan los riesgos para su salud.

Diferentes problemas de salud tienen que ver con la supervivencia de prácticas discriminatorias. Una de ellas es la asignación cultural a la mujer de la responsabilidad en la planificación familiar. El uso frecuente del aborto como método se relaciona con esa carga, a la que se suman otras determinantes como los fallos y usos prolongados de los métodos modernos de anticoncepción invasivos u orales. El incremento del cáncer cérvico uterino y de mama —que se encuentran entre las primeras causas de muerte en muchos países— y repercuten en otras áreas de la salud, como la mental.

La importancia que la salud reproductiva tiene en las estrategias políticas internacionales se deduce de su influencia directa en varios de los Objetivos del Milenio: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/Sida.

La investigación en salud ambiental ha estado muy interesada en cómo los diferentes contaminantes se distribuyen por territorio; se debate mucho acerca de la contaminación ambiental y su mayor incidencia en zonas urbanas debido a que allí se concentran las industrias, mientras que en las zonas rurales se destaca la degradación de

los suelos. La literatura más reciente está haciendo énfasis en el cambio climático, sus repercusiones para la salud de la población y para la sostenibilidad de la vida. No obstante, la amplia producción de estudios en esta área, es necesario avanzar hacia un enfoque más amplio debido a que la metodología de la investigación ambiental tiende a dar prioridad al estudio de los contaminantes y los agentes patógenos y no a las determinantes sociales, en particular las de género.

La teoría del ecofeminismo es, en ese sentido, una propuesta positiva. Ella ha demostrado que los problemas ambientales afectan de manera diferente a hombres y mujeres en todas las zonas: rurales y urbanas; que las interacciones de hombres y mujeres con el medio ambiente son distintas y están determinadas por el control masculino sobre los recursos naturales y la sobreexplotación que ha hecho de ellos. Para el ecofeminismo, en el cambio climático no sólo están incidiendo las políticas económicas irracionales de industrialización, sino la ideología y práctica del maltrato o de dominación que caracteriza a los poderes establecidos en el mundo, acostumbrados siempre a resolver los problemas en base a la violencia, sea esta sobre el medio ambiente, sobre las mujeres o sobre los países de menor desarrollo.

El estudio de las desigualdades de género en conexión con el medio ambiente, les ha permitido sostener la tesis de que la apropiación diferente de los espacios ambientales conlleva a distintas exposiciones entre hombres y mujeres; la división sexista del trabajo se concibe como una determinante que asociada a problemas ambientales genera un comportamiento diferente de la salud. El tiempo que las mujeres dedican a las actividades domésticas y vivir en una casa con aire contaminado las expone más a tener problemas respiratorios de diverso tipo. Mientras que los hombres se exponen sobre todo cuando trabajan en áreas contaminadas de la industria.

La investigación sobre desarrollo humano también ofrece conclusiones relevantes con respecto a las interacciones entre los elementos del medio ambiente y la estructura de género. El IDH de 2006, dedicado al agua, explica las múltiples maneras en que se presentan en el mundo las desigualdades de género en relación al acceso al agua segura sostenible y al saneamiento. Se concluye que sobre la pesada carga que representa la recolección de agua y su repercusión para la salud de las mujeres y el efecto que tiene para la dignidad femenina no contar con saneamiento privado (PNUD, 2006:48). El IDH de 2011 arriba a una conclusión que es todo un reto para las preocupaciones de los demógrafos sobre la tendencia a la reducción de la fecundidad, la que intranquiliza por sus consecuencias para el envejecimiento de la población. Se afirma que el decrecimiento de la tasa de fecundidad coincide con el descenso de las emisiones de gases de efecto invernadero,

se calcula que esa reducción puede llegar al 17% (PNUD, 2011: 8-9). La investigación introduce una dimensión para evaluar la interacción entre equidad y sostenibilidad ambiental: las carencias ambientales en los hogares. El estudio de la contaminación intradomiciliaria arrojó que las mujeres y niños de zonas rurales que pasan más tiempo en las casas donde aún se usa la biomasa para calentarse y cocinar, tienen un mayor riesgo de enfermar y morir. Y esta es una situación típica de la pobreza y de mujeres (PNUD, 2011: 56). La Organización Mundial de la Salud ha identificado varias enfermedades asociadas a este problema social, entre ellas se encuentran las respiratorias, trastornos oculares, musculoesqueléticas, mayor riesgo de prolapso uterino, diferentes afectaciones al desarrollo de los niños, enfermedades cardíacas, etc. (World Health Organization, 1992).

Las estudiosas de la salud que defienden la inclusión del género, afirman que en este campo poco se sabe de la salud ambiental y cómo se relaciona con la salud reproductiva. Se estudia el papel de la biología en los riesgos ambientales. Una hipótesis que se maneja es que las mujeres son más propensas que los hombres a los trastornos autoinmunitarios. Las mujeres acumulan sustancias peligrosas en los tejidos adiposos, que abundan más en ellas (Sims y Butter, 2002: 10-11).

Hace más de una década se viene estudiando la carga contaminante de la leche materna, pues se supone que a través de la cadena alimentaria las sustancias penetran en el cuerpo humano. La contaminación de la leche materna es objeto de preocupación, en particular entre las mujeres pobres que no tienen fácil acceso a otros alimentos, porque ella puede provocar mortalidad infantil. Se cree que los plaguicidas pueden ser uno de los factores de contaminación, o que este llegue de manera directa a través de la alimentación (Sims y Butter, 2002: 12-14).

El área de la investigación sobre salud mental, como el de la reproducción, es una donde más estereotipos se han construido en torno a la salud de las mujeres. La investigación sobre salud mental ha estado muy determinada por los conceptos sexistas de la reproducción. La histeria fue por largo tiempo concebida como una enfermedad femenina asociada a la menstruación, menopausia o reproducción de la mujer. Los estudios de género dan cuenta de que hoy continúa reduciéndose el análisis de la salud mental a los aspectos reproductivos de las mujeres, lo cual conduce a ignorar la salud mental de los hombres y el vínculo con su reproducción, así como la incidencia de otros aspectos no reproductivos de las mujeres en su salud mental (Sen *etal.*, 2005).

Diversos estudios biológicos sobre el cerebro tratan de reforzar la tesis ya antigua de que mujeres y hombres se comportan de manera diferente en sus temperamentos debido a que tienen desarrollado más

una parte del cerebro que otra: las mujeres la zona que regula las emociones y los hombres la del razonamiento. ¿Cómo se explica, entonces, que hayan aparecido tantas mujeres destacadas en el campo de las matemáticas, la física, la química y otras ciencias naturales y sociales?

La violencia es un asunto muy abordado en la investigación feminista de las últimas décadas, determinado por las implicaciones que tiene el fenómeno a nivel mundial y lo que significa para la supervivencia de la mujer y de otros grupos vulnerables. La mortalidad por violencia se diferencia entre hombres y mujeres; si se trata de una violencia por delito o generada por un conflicto bélico se ha detectado que ella provoca mayor mortalidad entre los hombres, mientras que entre las mujeres lo provoca la violencia sexual, tanto aquella que proviene de la pareja como de hombres sin vínculos de parentesco. Los impactos de la violencia sobre las mujeres tienen que ver más con la carencia de poder, de recursos; mientras que en los hombres con el costo del ejercicio de un poder de dominación basado en la cultura de la violencia.

Los aportes del feminismo en este área van desde los nuevos enfoques para entender sus particularidades en el plano de las relaciones de género, como en las propuestas metodológicas para su estudio, de leyes para combatirlas o intervenciones educativas para capacitar a los actores que controlan su incidencia. Una amplia bibliografía se ha elaborado para documentar sus más variadas formas de manifestación, determinantes y particularidades de su manifestación por diferentes países.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1993 es un instrumento esencial para la investigación, las definiciones de políticas y cualquier actividad práctica de intervención dirigida a su erradicación. Ella proporciona un marco amplio para entender todas las formas en que se manifiesta y para conceptualizarlo como un problema de salud.

La violencia doméstica contra mujeres y niñas conlleva consecuencias negativas para su salud en todos los aspectos en que ella se define. Impacta su salud sexual y reproductiva de muy diversas maneras, puede contribuir a que ellas padezcan de enfermedades de transmisión sexual, nutricionales, tumores, cardiovasculares, cerebrovasculares, y puede llevar al feminicidio, que es como se denomina el homicidio de mujeres.

El movimiento feminista viene trabajando en la adopción de un marco de protección legal específico para controlar estas acciones y proteger a las mujeres que lo sufren. También en la formación del personal que debe lidiar con este problema de salud y en los servicios

de atención especializada. Los estudios sobre costos de la violencia contra la mujer apuntan a reconocer costos directos, referidos a la pérdida de vidas y de los servicios proporcionados, sean de salud u otros. Y los indirectos, que se asocian a los días de trabajo perdidos, disminución de la productividad, etc. Los de salud mental están entre los de mayor impacto porque acompañan a las mujeres a lo largo de sus vidas y se refieren al miedo, la depresión, el dolor crónico, la pérdida de la autoestima y la inseguridad (García-Moreno, 2000:16).

La violencia se muestra más cruda allí donde la mujer está más desprovista de recursos intelectuales y materiales para romper el ciclo que la caracteriza. Con frecuencia porque la salida de la pobreza de muchas mujeres no es otra que la de buscar un buen marido que la sostenga económicamente, actitud determinada tanto por razones estructurales como individuales.

Los estudios femeninos sobre pobreza hicieron mucho hincapié en sus inicios en entender la feminización de la pobreza como un proceso de crecimiento de esa condición entre los hogares dirigidos por mujeres. En la actualidad el fenómeno se ve más desde la perspectiva de cómo la pobreza puede ser una condición para la profundización de las desigualdades de género, o viceversa; se asocia más a la profundidad del impacto que genera en la situación de las mujeres, o sea hacia los aspectos cualitativos del proceso. Por eso los estudios que relacionan pobreza, género y salud son importantes, pues tienden a documentar la gravedad de las consecuencias que la pobreza provoca en la salud de las mujeres.

La investigación sobre pobreza con perspectiva de género y salud es de muy reciente alcance, y se entronca con los intentos de responder a las interacciones que se producen entre género y salud con otras formas de estratificaciones sociales. Librarse de posturas deterministas significa aceptar que múltiples factores sociales interactuantes entre sí pueden profundizar o contrarrestar los efectos que provocan las desigualdades de género sobre la salud de hombres y mujeres. La ausencia de investigaciones que articulen pobreza, género y salud por largo tiempo es una evidencia del sesgo que ha prevalecido en este campo del conocimiento (Sen *etal.*, 2005).

Esta línea de investigación en salud no sólo ha dado cuenta de los diferentes perfiles de hombres y mujeres pobres en salud, sino también de la incidencia de las determinantes de las políticas en el más bajo acceso de las mujeres pobres a los servicios de salud, o incluso en algunos contextos históricos, de los hombres desempleados que no reciben seguro social por ello.

Una hipótesis fundamental de los estudios de este perfil radica en que la pobreza suele profundizar los efectos que las desigualdades de

género provocan en la salud de las mujeres. Se afirma que la comorbilidad[2] puede ser una de sus características y un mayor riesgo de morir o discapacitarse que entre los hombres en algunos contextos. O que la carga de mala salud y enfermedad para los miembros de una familia pobre suele imponer un peso mayor a las mujeres pobres (Hartigan, 2001:11).

Otra característica de la investigación sobre este tema es el carácter transversal de sus estudios a todas las áreas de la salud de hombres y mujeres: reproductiva, mental, ambiental, ocupacional, nutricional; puede que precisamente obedezca a la peculiaridad de la simultaneidad de padecimientos que acompañan a los pobres cuando enferman.

Como se expuso al inicio de este capítulo, los pobres son los que se hallan en condiciones de mayor riesgo para contraer enfermedades infecciosas, aunque puedan padecerlas personas de cualquier estrato social; la historia de la medicina así lo ha demostrado.

La Organización Mundial de la Salud clasifica las enfermedades transmisibles en emergentes y reemergentes, las primeras se deben a agentes de nuevo descubrimiento y las segundas a las tradicionales, pero que han vuelto a crear problemas de salud pública (OMS, 1998).

La investigación de género sobre enfermedades transmisibles también realza la vulnerabilidad en que se colocan las mujeres pobres, cuando al padecerlas pierden las capacidades para realizar las tareas que le son asignadas por el sistema de género y sus parejas las abandonan por mujeres sanas (Hartigan, 2001:16).

Se afirma que la tuberculosis, enfermedad infecciosa reemergente, es la que más defunciones provoca entre mujeres. Que su historia natural es diferente entre hombres y mujeres porque en ellas su progreso de infección a enfermedad se da sobre todo entre los 15 y 40 años, mientras que entre los hombres transcurre después de los 40 años. Que la letalidad es mayor entre mujeres por una función inmunitaria más deficiente debido a la peor nutrición, en tanto los hombres son más propensos a padecerla por el consumo de alcohol y tabaco; y cuando el tratamiento implica abandonar el alcohol son los que menos lo cumplen (Hartigan, 2001: 18).

Otro grupo de infecciones sensibles a un análisis de género y pobreza son las de transmisión sexual, precisamente por ser las mujeres pobres las más vulnerables. La violencia sexual que las rodea, la falta de acceso a recursos de protección o de tratamiento por bajos ingresos, la mayor dependencia de los hombres y la tolerancia por ello a su promiscuidad, son todos factores que actúan simultáneamente determinando el mayor riesgo social en ese grupo, y su letalidad. La

2 Presentación simultánea de diferentes enfermedades en una misma persona.

violencia sexual no permite negociar la protección y las mujeres son muy sensibles por esta vía a contraer la enfermedad, incluso dentro del matrimonio.

Los estudios biológicos de la mayor plaga de esas enfermedades —el VIH/Sida, enfermedad que se clasifica entre las emergentes—proveen evidencias de la mayor vulnerabilidad biológica y social entre mujeres. Se afirma que la mucosa vaginal es más vulnerable a la infección que el pene, que el tiempo de exposición al virus durante la relación sexual es mayor en la mujer, que son más vulnerables biológicamente las menores de 18 años y las posmenopáusicas (Hartigan, 2001: 19-20).

Los estudios sociales sobre VIH/Sida muestran una amplia gama de mujeres que pueden correr el riesgo de contraerlo, no solo las trabajadoras del sexo y las pobres, también entre las mujeres que llevan tiempo con sus parejas y tienen una situación económica favorable. El poder que los hombres tienen aún en las relaciones sexuales trasciende al tema de la pobreza y lo hace un asunto de género de mayor rango; pero eso no deja de explicar que la pobreza genera una mayor vulnerabilidad entre las mujeres que la padecen.

Otra vulnerabilidad pasa por la comorbilidad entre VIH/Sida y tuberculosis, considerada la enfermedad de los pobres. Las personas con VIH/Sida se han reportado como uno de los grupos de mayor carga de esa enfermedad (OPS, 2007: 125).

La salud sexual y reproductiva de las mujeres pobres se ve muy dañada por la promiscuidad de sus parejas y la negación a usar condón durante el sexo. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) están entre las enfermedades más frecuentes que dañan su salud y provocan mortalidad, el Sida es solo una de ellas. Otra es el Virus del Papiloma Humano (VPH), el cual provoca cáncer en el cuello uterino, y es muy frecuente entre mujeres pobres que no tienen acceso a los programas de detección precoz del cáncer o a las intervenciones quirúrgicas por falta de ingresos, o su educación sanitaria les impide tener conciencia de la necesidad de atención médica. Por otro lado, los criterios sexistas estigmatizadores de las mujeres con ITS retardan la visita de ellas a los servicios de salud.

La desnutrición, o cualquier otra enfermedad nutricional frecuente entre pobres que no tienen acceso a alimentos adecuados y padecen hambre —combinada con algunas de las enfermedades de transmisión emergentes o reemergentes mencionadas— se puede convertir entre las mujeres de esa condición en un acelerador de la mortalidad.

En el Informe de 2005 del Fondo de Población de las Naciones Unidas ya citado, se afirma que: "No hay ningún otro aspecto de la salud en que se registren tan amplias disparidades entre ricos y pobres,

dentro de un mismo país y entre diferentes países. Ninguna otra cuestión de salud demuestra tan claramente los efectos de la desigualdad por motivos de género sobre las vidas de las mujeres" (UNFPA, 2005: 3). El IDH de 2010 afirma en ese sentido que las tendencias regionales revelan que la salud reproductiva es el factor que más contribuye a la desigualdad de género en el mundo (PNUD, 2010: 104).

La reproducción es una de las funciones de la familia, ella no tiene que ver sólo con el acto de la concepción y el nacimiento, se extiende a todas las actividades del cuidado de sus miembros a través de las cuales se garantiza no sólo su existencia material sino también su desarrollo cultural. El concepto de *reproducción* ha sido definido de muy diversas maneras, dependiendo de los objetivos que persiguiera cada autor o a la escuela de pensamiento con la que se identificara; pero hay consenso acerca de que ella representa un proceso a través del cual las instituciones que forman la sociedad aseguran su perpetuidad biológica y cultural (Giner *etal.*, 2001:649).

La pobreza impacta todo el proceso de reproducción de la familia y exacerba las desigualdades de género. La escasez de recursos y la cultura patriarcal imperante en la sociedad y la familia, inciden sobre las decisiones que se toman en los hogares pobres en torno a la distribución de los recursos. La asignación de recursos para la educación y la alimentación favorecen más a los niños debido a las expectativas que tiene la familia en la figura masculina como futura fuerza de trabajo que los ayudará a salir de la pobreza. Las decisiones de privilegiar el alimento en cantidad y calidad de los varones, se basan en estereotipos de género sobre una mayor fuerza masculina que requiere de mejor alimentación.

Tales decisiones provocan que las niñas se rezaguen más en la educación, de lo cual se infiere los más altos índices de analfabetismo que hay entre ellas comparativamente con el de los niños. Es por eso que se planteó un objetivo del milenio para reducir las diferencias en escolaridad entre niñas y niños. También los más elevados índices de desnutrición entre niñas.

El informe de 2005 de UNFPA, refiere que "las familias pobres se debaten frente a difíciles opciones sobre cómo gastar sus recursos para beneficiar a todos sus hijos. Pero en muy diversos ámbitos, son las niñas las que terminan con menos educación, menos atención a su salud y menos conocimientos prácticos que sus hermanos varones" (UNFPA, 2005: 9).Ello tiene una repercusión en la vida futura de las mujeres, pues las opciones de empleo se limitan y nuevamente la alternativa es la "carrera" del matrimonio.

La escasez de recursos limita el acceso de las mujeres a los métodos de anticoncepción y a los servicios diseñados para orientarlas en su

conocimiento y uso. Combinado con la baja educación que tienen las mujeres pobres de todas las edades, se infiere la poca oportunidad para poder decidir libremente la cantidad de hijos y sus espaciamientos.

En los hogares pobres con hijos numerosos, donde las mujeres deben encontrar vías informales de ingreso para sostenerse ellas y a sus hijos, ya sea porque no existe la figura masculina proveedora o porque los ingresos que él aporta son muy bajos, las mujeres deben enfrentar además el problema de la escasez del tiempo y la sobrecarga de roles. Eso significa que si la privación humana es una característica de los hogares pobres, las privaciones que padecen los hogares dirigidos por las mujeres, o las mujeres pobres en general, son aún más profundas y múltiples.

En esas condiciones de pobreza, la mala salud reproductiva es una constante que caracteriza la situación de las mujeres. Ellas son las que más aportan a las tasas de mortalidad materna, porque entre los criterios de prioridad no está la inversión de recursos en su salud sexual y reproductiva. Ellas viven la mayor cantidad de experiencias de muertes infantiles provocadas por problemas de salud que son perfectamente evitables, que pueden ser de desnutrición infantil o carencia de recursos para comprar una vacuna para proteger a sus hijos de las enfermedades infecciosas.

La pobreza es, por tanto, una condición que —asociada a la cultura patriarcal— determina la violación constante de los derechos humanos de las mujeres y de sus hijos, reduce su esperanza de vida, provoca mayor mortalidad por enfermedades evitables y determina una peor calidad de vida para la mujer, comparativamente con la de los hombres que viven esa misma condición.

La lucha contra la pobreza que se define en las políticas sociales y en particular las de salud debería priorizar la superación de las desigualdades de género en salud en los hogares pobres, pues ello significaría un paso importante para la superación de la pobreza en general.

Capítulo II

LA SALUD EN CUBA

GÉNERO Y POBREZA

LAS INVESTIGACIONES SOBRE SALUD Y POBREZA. EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE SALUD

LOS ESTUDIOS DE POBREZA EN CUBA Y EL CONCEPTO QUE HA PREVALECIDO. LA DIMENSIÓN SALUD EN LOS ESTUDIOS DE POBREZA. EL DEBATE SOBRE LA MEDICIÓN

Acerca de lo que entendemos por un "Estudio de pobreza" es necesario pronunciarse para poder comprender el derrotero de esta pesquisa. Cuando hablamos de investigación sobre pobreza, nos estamos refiriendo a toda la producción científica que intenta describir y/o explicar la situación de miseria en que vive un segmento social de la población, independientemente de la naturaleza epistemológica de su enfoque. No todo estudio de desigualdad es una investigación sobre pobreza. El proceso de nacimiento y expansión de las desigualdades es mucho más complejo y general, abarca a las relaciones de muy diversos grupos humanos que difieren entre sí por su posición social en el proceso de distribución de la riqueza y del poder. Un estudio de pobreza es la explicación del proceso de depauperación en que vive un grupo humano desde una perspectiva de clase social. La tradición de investigación ubica a los pobres en la clase trabajadora, y al trabajo y los ingresos como las variables fundamentales para explicar el proce-

so de su empobrecimiento. Ese sector puede ser caracterizado racialmente, desde el punto de vista étnico, de género o etario; pero siempre en correspondencia a las condiciones históricas, familiares, económicas, sociales, políticas y culturales que determinan su precarización, las cuales lo colocan en una posición subordinada y en el escalón más bajo de la estructura social de una nación.

La investigación sobre desigualdad en Cuba es de mayor antigüedad que la de pobreza. Con frecuencia, la explicación sobre la miseria que ha sufrido alguno de los grupos humanos ha estado presente como un objetivo implícito de las interpretaciones más abarcadoras sobre procesos de construcción de desigualdades sociales que han realizado investigadores de diversas disciplinas sociales.

La reflexión en la ciencia social cubana sobre las desigualdades sociales y/o las diferencias socioculturales se inicia en el siglo XIX bajo la influencia de la Ilustración europea, de su Humanismo e Iluminismo. Diversos pensadores cubanos publicaron obras, y se comprometieron con una práctica política que justifica su reconocimiento como precursores de la nacionalidad, motivados por contribuir a la formación de una nación independiente y a la erradicación de la esclavitud como fenómeno social injusto o regresivo que obstaculizaba el desarrollo de Cuba. El nombre de José Antonio Saco, José de la Luz y Caballero, entre otros, son frecuentemente citados en los libros de texto de historia, antropología, filosofía y sociología por sus contribuciones a la dilucidación de lo que significó el problema social más importante del siglo XIX: la esclavitud. Fueron los esclavos los pobres del régimen colonial que duró varios siglos en Cuba.

Un ejemplo de otro tipo de obra donde se aborda la miseria y la marginalidad es la ya conocida *Memorias de la vagancia en la isla de Cuba* de José Antonio Saco, donde se describe el fenómeno de la ociosidad como práctica de ciertos sectores marginales.

A fines del siglo XIX, la mayoría de los médicos y antropólogos cubanos se afiliaban al positivismo como forma de comprensión de los problemas médico-sociales. La teoría Lombrosiana sobre el delito como patología social tuvo eco en sus estudios sobre diferentes grupos de la sociedad que vivían en estado de pobreza y que se consideraban inferiores. La cuestión racial también fue un tema de interés que generó debates encontrados entre quienes impulsaban las posturas más racistas y los que creían en los efectos positivos de la mezcla entre las razas (Beldarraín, 2006). A todos, sin embargo, los animaba el motivo de explicar el comportamiento de la anatomía biológica y de la conducta entre las diferentes razas.

Más adelante, en el siglo XX, se suman otros como Enrique José Varona, Fernando Ortiz, Elías Entralgo, Roberto Agramonte, Raúl

Roa y Blas Roca, como continuadores de una producción que trata de explicar las diferencias raciales y de clases en Cuba, aunque desde distintas posiciones científicas y políticas. Como en otras escuelas de América Latina, la ciencia social cubana se abre camino iniciándose en los estudios de las diferencias interraciales que sustentan el nacimiento de nuestras naciones. La historia sobre la ciencia social en Cuba abunda en los enfoques de estos autores y sus contribuciones (Espina, 2010; Zamora, 2001). Aún cuando dichos estudios dejaron como legado un pensamiento social sobre la miseria en que vivían algunas razas y clases desposeídas, sus enfoques y resultados no incorporan la dimensión familiar como parte de su análisis.

Los estudios de familias pobres no tienen larga tradición en la ciencia social cubana. En los primeros cincuenta años del siglo XX fueron muy escasas las investigaciones sociales que hacían referencia a las condiciones de vida de las familias, y en particular de los sectores más pobres de la sociedad. Entre los pocos que se citan se halla el estudio de Lowry Nelson, titulado *The Cuban Family*, y que fuera publicado en 1950, el cual ofrece información sobre las familias pobres en ámbitos rurales. Se trata de un estudio empírico —representativo del estilo norteamericano de hacer ciencia en aquella época— que se sustenta en un enfoque de estratificación social y hace un uso abundante de las estadísticas del censo de 1943 y de la técnica de encuesta.

Publicaciones esporádicas en algunas revistas de corte económico, y los censos, ofrecen información sobre los presupuestos familiares y cómo se comportan diferentes indicadores de salario, empleo, distribución de gastos en distintos sectores de la población, pero no tienen la intención de revelar las causas de la pobreza, ni siquiera hacer una caracterización integral de la misma.

Una investigación pionera de la época, dedicada a caracterizar una de las dimensiones que define las condiciones de vida material de los pobres, puede considerarse la realizada por Juan Chailloux sobre la vivienda popular, publicada en 1945. En su estudio se revelan algunos factores del nacimiento de los barrios de indigentes en la capital, destacando el papel de la migración de familias pobres del ámbito rural a este territorio y el surgimiento y expansión de los solares como la típica vivienda donde habitaba este grupo humano. Según Chailloux la mayoría de las familias que vivían en esos solares eran negras o mulatas, y convivían con diferentes vicios como la prostitución, el juego y enfermedades, así como sus empleos fundamentales estaban asociados a diferentes servicios domésticos que le brindaban a la burguesía (Chailloux, 1945: 138-149).

El estudio más citado de la época, por la cantidad y calidad de la información que relevó sobre la pobreza rural en Cuba, fue la encues-

ta a trabajadores rurales realizada por la Agrupación Católica Universitaria en 1957. Algunos de sus resultados pueden ser cuestionables, en particular los análisis que hacen sus autores de las respuestas de los campesinos sobre el papel del gobierno y de los sindicatos en la solución de sus problemas; se apresuran a realizar afirmaciones en base a datos que pueden tener diferentes lecturas y que exigen ser valorados en relación a otras fuentes que expliquen mejor el contexto institucional del mundo político y laboral de esos trabajadores. No obstante, y a los efectos de este trabajo, nos interesa destacar los datos de las condiciones de salud y su vínculo con la miseria que viven los trabajadores rurales de Cuba, de cuyo análisis se infiere como principal conclusión que la pobreza generaba un perfil de enfermedades transmisibles. Entre las que más frecuentemente se padecían identificaron la tuberculosis pulmonar, fiebre tifoidea, paludismo y el parasitismo intestinal. Los factores que afloran como posibles causas se refieren tanto a la precaria calidad de la atención a la salud de ese sector, como a las malas condiciones de su vivienda y alimentación (Agrupación Católica Universitaria, 1972: 196-203).

Aunque no puede considerarse una investigación típica, un documento de referencia obligada sobre el tema es *La historia me absolverá* de Fidel Castro, reconocido también como el proyecto político que guiara el accionar del movimiento 26 de Julio, organización que encabezó las transformaciones políticas y económicas que se produjeron a partir de 1959 y la lucha insurreccional a fines de esa década. En el mismo se caracteriza la miseria en que vive la clase trabajadora y se proponen medidas de significación estructural para su erradicación; el concepto de desarrollo y pobreza que subyace en el texto presupone una visión integral en tanto se plantean soluciones económicas, políticas y sociales dentro de las cuales se identifican las de salud. Afirma Fidel Castro: "El problema de la tierra, el problema de la industrialización, el problema de la vivienda, el problema del desempleo, el problema de la educación y el problema de la salud del pueblo; he ahí concretados los seis puntos a cuya solución se hubieran encaminado resueltamente nuestros esfuerzos, junto con la conquista de las libertades y la democracia política"(Castro, 2007: 38). En relación a la salud se señala la responsabilidad del Estado en la situación de insalubridad en que vive el pueblo, la alta mortalidad entre niños, la falta de medicinas y la falta de acceso a los servicios de salud, todos factores que explican la miseria de la clase trabajadora. Sin embargo, su mayor importancia radica en que es el primer documento político en Cuba que se plantea como objetivo central la erradicación de la pobreza teniendo en cuenta las particularidades del contexto histórico cubano.

El hecho de que estos documentos citados recojan un análisis del estado de salud de familias de trabajadores donde se describen los perfiles de sus enfermedades vinculándolos a su situación de pobreza se debe también al desarrollo que la Higiene social y la epidemiología habían alcanzado en Cuba a través de la obra de sus más connotados propulsores.

Las estadísticas de salud eran escasas para la época, pero las ciencias de la salud —aunque de manera modesta— habían acumulado un conocimiento y una práctica de combate a enfermedades transmisibles, que provocaron durante varios siglos altos niveles de mortalidad, y cuya etiología estaba asociada a la interacción de factores biológicos y sociales que se visibilizan en los estudios realizados por figuras tan importantes como Tomas Romay, Carlos J. Finlay y Gustavo Aldereguía. Común a los tres fue la labor de crear instituciones de salud pública que ayudaron al control de las epidemias y a la divulgación científica de sus causas y formas de erradicación, en la cual fue esencial una concepción de higiene, rehabilitación y prevención. En cada momento de su historia, los tres contribuyeron al desarrollo de la medicina social tanto en el plano de su institucionalidad como en el estudio social del origen y propagación de enfermedades como viruela, fiebre amarilla y tuberculosis, entre otras.

El enfoque social más completo y contemporáneo lo encontramos en la obra de Aldereguía, relacionado con el análisis de la tuberculosis. En 1930 publica su *Estudio sobre tuberculosis*, en el cual reconoce que una visión integral del enfermo de tuberculosis requiere un conocimiento de su medio social: "el hogar del tuberculoso". Y en 1961, en su trabajo *Epidemiología y tuberculosis* afirma que: "A la enfermedad social —y lo es la tuberculosis— le corresponde la higiene social, que es: 1) una higiene de masas, cuya aplicación no puede ser asegurada por el individuo ni la familia; 2) una higiene que teniendo en cuenta la desigualdad económica de las clases, en una palabra el hecho de que hay ricos y pobres, compense las desigualdades desde el punto de vista de la higiene. Se ha podido afirmar que la Higiene social consiste en la igualación de las clases en relación a la salud" (Delgado, 1990: 151). Aldereguía se muestra así como precursor de la escuela marxista de higiene, pues considera que las enfermedades transmisibles se erradicarán con la superación de las desigualdades sociales. Su labor política y los diversos artículos que publica también lo identifican en este campo ideológico de la salud. Sus propuestas de organizar en 1961 una atención comunitaria y familiar al tuberculoso —donde el Estado tendría la responsabilidad fundamental en el cuidado de la salud del pueblo— se adelantan a los principios que luego definirían al sistema de salud pública en Cuba.

La historia de la pobreza en Cuba, y sus vínculos con la superación de las desigualdades en salud, comenzó a escribirse con más profundidad un tiempo después de haberse iniciado la Revolución Cubana, que comenzó en 1959. El interés por su investigación nace de la necesidad de enfrentarla y de la oportunidad que creó el gobierno revolucionario cubano que se instaló en el poder, con el giro en su política social. De un lado, por el estímulo a la investigación social que se deriva de las transformaciones educativas y culturales que se inician en esa década y, por otro, del nuevo enfoque igualitario de la política económica y social.

Cualquier estudio que pretenda dar cuenta del desarrollo de los enfoques de las ciencias sociales en Cuba, posterior a la reforma educativa realizada en las universidades en 1962, debe tener en cuenta la introducción del pensamiento marxista como herramienta de interpretación dominante de la realidad social en la formación de los egresados de todas sus disciplinas. De ello no se concluye que se haya creado un pensamiento homogéneo y que no exista diversidad de interpretaciones entre los intelectuales cubanos sobre su historia o que sea excluyente el estudio de otros paradigmas. Aunque ese no es objetivo a dilucidar en el presente trabajo, sí se quiere dejar sentado que eso significó la construcción de una plataforma teórico-ideológica entre los intelectuales cubanos, que explica ciertas semejanzas en sus interpretaciones sobre la pobreza y, en general, en los estudios sobre desigualdades sociales.

Los nuevos enfoques son un reflejo de las transformaciones que se sucedieron en todos los ámbitos de la sociedad. En la década del sesenta el gobierno cubano instalado en el poder dirige una revolución socialista que reconoce al marxismo-leninismo como sustrato ideológico de todo su accionar, y cuyo proyecto político identifica la igualdad de oportunidades, la justicia social y la lucha contra toda forma de discriminación social como objetivos del desarrollo.

Las décadas del sesenta y del setenta fueron períodos dedicados a la reflexión sobre cómo se van produciendo los cambios en la estructura socioclasista en Cuba, resultado de la transformación radical que significó la Revolución socialista en todos los campos de acción: la política, la economía, la cultura y en la sociedad. El análisis de la superación de la pobreza es parte del discurso, en particular cuando se abordan los cambios en la situación del campesinado y de la clase obrera de la industria urbana y del campo. Una obra de referencia obligada y muy citada fue *Cuba, en el tránsito al socialismo*, de Carlos Rafael Rodríguez.

Varios textos publicados por Ileana Rojas y su grupo de investigación de la Universidad de La Habana reflejan enfoques e intereses te-

máticos que prevalecieron en esta época, en particular el debate sobre la teoría de la estructura social en relación a los procesos de homogeneización en el socialismo.

Una característica de la producción de este período es la fuerte influencia del pensamiento marxista soviético, que llegó a través de la colaboración de investigadores y profesores de las universidades de ese país en la enseñanza superior y la entrada de las publicaciones de Editorial progreso. Uno de los libros de referencia de este tipo de investigación fue *La teoría marxista de las clases sociales y la estructura de la sociedad contemporánea*, de Ricardo Burguete. La influencia de esta ciencia introdujo cierto optimismo dogmático entre los investigadores sociales cubanos, que se concretaba en la creencia de que la sociedad marchaba hacia la homogeneidad social y las contradicciones sociales habían desaparecido con el derrumbe del sistema capitalista. Una mejor explicación sobre el valor que en esta y sucesivas etapas tuvieron los estudios sobre desigualdades puede encontrarse en la obra *Desarrollo, desigualdad y políticas sociales. Acercamientos desde una perspectiva compleja* de Mayra Espina(Espina, 2010).

En las ciencias de la salud sucede otro tanto, entre 1981 y 1983 se realiza una divulgación intensa de trabajos de autores de los países socialistas, en particular de la Unión Soviética y la República Democrática Alemana, a través del Instituto de Desarrollo de la Salud (Ochoa, 2009:91). Además de la publicación titulada *Higiene social* y las sucesivas que recogen artículos de autores soviéticos, se imprime y comercializa el libro *Sociología para médicos* de un colectivo de autores alemanes.

Cuando se evalúa el potencial de la ciencia social en Cuba durante los últimos cincuenta años, no se puede desconocer que un problema que ha gravitado sobre su consolidación ha sido la carencia de publicaciones y la falta general de recursos para las investigaciones. Esa escasez se profundizó durante la década del noventa, cuando se ahonda el bloqueo norteamericano y se desmonta la colaboración con el bloque socialista.

Durante la década del ochenta las publicaciones sobre pobreza en Cuba siguen centradas en documentar el proceso de superación de esa situación en la clase trabajadora cubana, y la repercusión que la nueva política económica y social tiene sobre el mismo, el cual se representa como un fenómeno heredado de la sociedad capitalista. En este período varios informes de instituciones gubernamentales y científicas patentizan las características del proceso.[1] Lo que distingue a esas pu-

1 Ver Instituto de Desarrollo de la Salud: estudio acerca de la eliminación de la pobreza crítica en Cuba: aspectos de salud pública. MINSAP, La Habana, 1982; Insti-

blicaciones de las anteriores es que el análisis de la pobreza está en el centro del debate, aunque el enfoque tenga los mismos objetivos que las investigaciones anteriores.

Un libro de referencia obligada en esa etapa es *Erradicación de la pobreza en Cuba*(José Luis Rodríguez y George Carriazo, 1987). Se trata de una visión marxista que caracteriza la situación de miseria en que vivió la clase trabajadora cubana durante los cincuenta años de República neocolonial, y cómo esa realidad es fruto del desenvolvimiento de un modelo de capitalismo subdesarrollado y dependiente. Se explica la pobreza como un reflejo social del subdesarrollo, y este como efecto de una economía deformada. Definen la pobreza "como estado de carencia de lo necesario para vivir, es pues un concepto históricamente condicionado [...] surge como parte de un proceso de diferenciación social, que engendra la riqueza en un polo y la miseria en otro y que se genera a partir de condiciones de explotación que resultan típicas sólo en ciertos sistemas sociales" (Rodríguez y Carriazo, 1987: 11). Aunque los autores refieren la necesidad de un abordaje múltiple de la pobreza y de su expresión material y espiritual, el estudio se enfoca en los aspectos económicos y sociales a través de indicadores que se infieren de la teoría clásica de las necesidades básicas: empleo, ingresos, alimentación, educación, vivienda, seguro social y salud. Desde un enfoque multidimensional de la pobreza podría decirse que está ausente la reflexión sobre la privación que experimentaba la clase trabajadora cubana en relación a sus derechos políticos de libertad y participación en un sistema democrático corrupto como fue el sistema político cubano que imperó hasta 1959. Faltaron valoraciones sobre la ausencia de garantías para la vida, en una sociedad que se caracterizó por la inseguridad desde todos los puntos de vista. O sea que se obviaron los aspectos políticos y subjetivos de la pobreza en que vivían los cubanos en el sistema capitalista.

En relación a los aspectos de salud, la explicación se dirige a cuestiones esenciales pero insuficientes en la caracterización de los problemas que en ese área enfrentan los pobres. Se aborda la precariedad de las instituciones de salud antes de la Revolución, poniendo énfasis en la peor situación que experimentaban los habitantes en zonas rurales, las dificultades en el acceso a los servicios de salud privado y mutualistas que tenían las personas de más bajos ingresos y cómo ello se reflejaba en los índices generales de esperanza de vida, mortalidad infantil, mortalidad materna y en las tasas de mortalidad de dos enfer-

---

tuto Central de Ciencias Pedagógicas: La eliminación de la pobreza crítica en Cuba. MINED, La Habana, 1982; y Ministerio de la Construcción: Informe sobre la erradicación de la miseria en Cuba, La Habana, 1982.

medades transmisibles: gastroenteritis y tuberculosis. El estudio cita los datos de morbilidad rural que recoge la encuesta mencionada de la Agrupación Católica Universitaria.

Sin lugar a dudas, la escasez de estadísticas hace muy difícil la caracterización de la pobreza en Cuba antes de 1959, pero un abordaje teórico y metodológicamente más complejo de la relación entre pobreza y salud en los primeros cincuenta años del siglo XX sigue siendo un tema pendiente de la historia de la salud en Cuba, la cual se ha centrado más en el proceso de institucionalización de las prácticas médicas, de la labor de médicos insignes y del impacto de las transformaciones revolucionarias en el estado de salud de la población.

El objetivo central del libro es explicar el proceso de erradicación de la pobreza en Cuba posterior al triunfo de la Revolución, y el papel que desempeñó la política económica y social cuya interacción presupone un concepto integral del desarrollo que tiene su pilar en la creación de una sociedad justa, de trabajadores y basada en la solidaridad, o sea en el carácter socialista de su construcción. El esquema conceptual y de indicadores que se usan para la explicación de ese proceso es el mismo que se implementó para describir la pobreza anterior a 1959.

El análisis que aquí se realiza sobre los aspectos de salud que ayudan a comprender la superación de la pobreza remiten a dimensiones esenciales que deciden en la elevación de la calidad de vida de la población, tales como: a) el nuevo papel del estado en la promoción de salud, b) el proceso de reformas de la salud y los beneficios que reportaron para los cubanos, entre los que se incluye el tema del acceso masivo a servicios de mayor calidad; c) el reflejo de los cambios en la política y la organización del sistema de salud en las estadísticas que caracterizan el estado de salud de la población. El texto recoge además datos históricos de la reforma de salud, que han sido de gran valor para la presente investigación.

No obstante, el alcance de las conclusiones sobre el proceso de erradicación de la pobreza en Cuba es limitado pues se evalúan solo los efectos positivos del impacto de las transformaciones y no sus contradicciones; no se tiene en cuenta que la superación de las desigualdades no se produce de manera homogénea en todos los espacios territoriales ni grupos humanos; que la desventaja social de partida influye en la asimilación distinta de los cambios y en el progreso real de superación de las desigualdades sociales. En el área de salud, por ejemplo, la no erradicación del problema de precariedad de muchas viviendas ha sido esencial en el mantenimiento de altas tasas de morbilidad y problemas de salud entre la población, como las diarreas, las dolencias respiratorias y los accidentes.

Creo que en los años ochenta faltó también una evaluación crítica de las ciencias sociales sobre la economía cubana, y los posibles efectos que sobre la calidad de vida de la población podría tener el mantenimiento de una economía importadora, en particular en el área de los alimentos, que fue la que mayor repercusión tuvo, durante el período especial, para su estado de salud. La posterior crisis de los años noventa puso en evidencia las debilidades de la economía de la isla, sustrato esencial de cualquier proceso de desarrollo social.

A fines de los ochenta había surgido la percepción de que la pobreza se había erradicado en Cuba, debido a la idea dominante de que ese no era un problema del socialismo donde la mejoría de la vida de la clase trabajadora era parte de un proceso de homogenización social. Ello explica que aún bien entrado los años noventa la producción de investigaciones sobre desigualdades sociales superaba ampliamente las de pobreza. Instituciones como el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, la Universidad de La Habana, el Instituto de la Demanda Interna y el Centro de Investigaciones de la Economía Mundial hicieron contribuciones esenciales en cantidad y calidad a la explicación sobre los cambios en las relaciones socioclasistas en Cuba. Una amplia gama de esos estudios fueron analizados, y sus aportes resumidos en el citado trabajo de Espina (2010).

Una excepción de este período fue la investigación realizada por el Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna (ICIODI) sobre las condiciones de vida en macizos montañosos, la cual revela diferencias entre zonas rurales y urbanas respecto al consumo y la vivienda. En los noventa el ICIODI —con mucha experiencia acumulada sobre las condiciones de habitabilidad de la vivienda— publicó una metodología que es muy utilizada por los investigadores cubanos en el estudio de esta necesidad básica.

No es posible mencionar la variedad de investigaciones que concuerdan en reconocer que los años noventa son un momento de cambios en la sociedad cubana, que no dejan de reflejarse en la evolución del pensamiento social y de los nuevos temas que emergen con más fuerza.

Esa fue una década de apertura a la colaboración más intensa con las ciencias sociales latinoamericanas, norteamericanas y de Europa Occidental. Durante esos años Cuba también reforma su política económica, la cual incluye la reestructuración e incentivación de sus relaciones con el mercado de países capitalistas europeos y de la región, en la medida en que se lo permitió el bloqueo económico de EE.UU.

Aunque se mantuvieron los enfoques de política social y su prioridad en la concepción cubana del desarrollo, las reformas económicas tuvieron un impacto multiplicador de las desigualdades sociales. La

autora cree que la vulnerabilidad, el riesgo o algunas dimensiones de la privación humana se mantuvieron durante las tres décadas anteriores de la Revolución, a pesar del discurso sobre la tendencia hacia la homogeneidad social; lo cual no contradice reconocer que fue sustancial el avance hacia la equidad social.

Un imperativo de fines del siglo XX y del primer decenio del XXI ha sido la apertura de la ciencia social cubana al enfoque de la diversidad, sin abandono de la comprensión marxista, la cual asimila de manera dialéctica y mediante el compromiso político de defensa de una sociedad basada en la igualdad de oportunidades, los diferentes paradigmas que se han construido durante varios siglos de desarrollo en las variadas disciplinas sociales. La asimilación de una dialéctica entre igualdad y diferencia ha sido decisiva para la apertura que se ha producido en la investigación sobre desigualdades sociales y, en particular, en el desarrollo de los estudios sobre pobreza.

La investigación sobre pobreza en Cuba durante ese período se fue consolidando tanto en lo cuantitativo —con el incremento de publicaciones, disciplinas, autores e instituciones que se suman a su quehacer— como desde lo cualitativo, enriqueciendo con nuevas propuestas el debate sobre su conceptualización y el uso de metodologías para acometer su medición o interpretación de los datos. Una característica de ese debate ha sido el consenso para buscar una explicación sobre este problema social teniendo en cuenta las singularidades históricas de su evolución y expresión contemporánea, sin desdeñar los debates internacionales sino que por el contrario se observa una asimilación de los enfoques más actuales que reflejan una perspectiva integral de su estudio y que pueden contribuir a explicar las peculiaridades del caso cubano.

Dentro de los estudios de desigualdades nos interesa hacer referencia a los tres informes sobre desarrollo humano en Cuba publicados en 1997, 1999 y 2003, debido al alcance que tuvo la dimensión salud en la explicación de ese proceso.

El debate en el discurso científico y político sobre la superación de las desigualdades en Cuba siempre ha estado asociado a la explicación sobre el desarrollo, se caracteriza por la defensa a su concepción humana y contribuye a su valoración integral. Ya antes de la publicación del Primer Informe de Desarrollo Humano del PNUD, en 1990, los investigadores cubanos distinguían *crecimiento* de *desarrollo* y valoraban positivamente una noción compleja, humana e integral de su explicación, correspondiente con la política gubernamental. La investigación aquí citada de Carriazo y Rodríguez es un buen ejemplo de ello. Los tres informes de desarrollo humano de Cuba continúan esa tradición de la ciencia cubana y la enriquecen teórica y metodológicamente.

El Informe de Desarrollo Humano de 1996 es, de los tres, el único que incorpora un análisis de la pobreza en Cuba con fines de esclarecimiento metodológico. Difícilmente se pueda considerar un estudio sobre pobreza, pero propone un reajuste al cálculo del Índice de Pobreza por Capacidad (IPC) que aparece en el informe de 1996 elaborado por el PNUD[2]. Este último arrojó un valor de 7,8 que colocaba a Cuba en la mejor décima posición, pero lo construyeron en base a estimaciones que no se ajustaban a los datos de fuentes cubanas, y que no eran confiables. El informe de Cuba estimó un valor del IPC de 1,97. Además, en el análisis sobre la salud, como área básica del desarrollo humano, se reconoce el efecto que la crisis de los noventa trajo en las condiciones higiénico-ambientales del país y del estado de salud de la población, amenazando la estabilidad de su nuevo perfil epidemiológico y creando una situación de riesgo para la población. Se visibiliza la situación desventajosa de la vivienda, la proliferación de barrios insalubres y los índices aún no satisfechos de acceso al agua potable.

En la construcción de un conocimiento sobre la relación entre desigualdades sociales y salud, los tres informes tienen un valor incalculable. López, uno de sus autores, propone también un Índice de Desarrollo Humano Modificado (IDHM) cuyo cálculo arroja un valor menor que el del PNUD, pero coloca a Cuba en una mejor posición. A diferencia del cálculo del IPC, este sí parte de un cambio en el enfoque metodológico (CIEM, 1997: 109-117). El informe ofrece también un balance crítico sobre el desarrollo de las políticas económicas y sociales y su impacto en el bienestar de la población. Dado el avance que para la fecha han alcanzado las estadísticas de salud en Cuba, brinda una apreciable cantidad de datos que se desagregan territorialmente por provincias o por zonas rural y urbana. El documento es muy prolífico en argumentos que demuestran las contradicciones que en 1996 se experimentaban en Cuba respecto al estado de salud de la población y el peso que tiene en su bienestar, lo cual fue posible gracias a que en su colectivo de autores participaron investigadores expertos en salud pública que dominan los temas de desarrollo (CIEM, 1997: 54). Quizás el aporte más notable de la investigación es la propuesta de un índice de desarrollo humano territorial para Cuba cuyos valores reflejan las diferencias aún importantes entre la capital y la región oriental del país (CIEM, 1997: 89).

---

2 Recordemos que en este índice dos variables de salud desempeñan un papel decisivo (% de niños menores de 5 años con bajo peso y % de partos no atendidos por personal calificado). La propuesta cubana comparte y se adecúa al uso de esas variables, pero con valores diferentes según fuentes cubanas.

La investigación sobre desarrollo humano de 1999 asume el análisis teórico de la equidad como condición esencial del desarrollo, no basta con la articulación entre las estrategias económicas y sociales, se requiere de una distribución justa de los recursos. En sus fundamentos teóricos se deja entrever un discurso crítico que denuncia la globalización neoliberal y sus repercusiones para la profundización de la brecha entre países pobres y ricos. La exclusión no es sólo un problema de los países pobres, sino también de los de alto nivel de desarrollo. La equidad se define como un concepto de múltiples dimensiones que comprende la igualdad de oportunidades y de acceso, tanto como la distribución del consumo, la riqueza y el capital humano (CIEM, 1999:52). Como el anterior, el informe de 1999 hace un recuento sobre el comportamiento de las políticas y sus efectos sobre la equidad en Cuba.

Los mayores aportes de esta investigación se hallan en el campo metodológico de la medición. Además del análisis crítico al índice de desarrollo humano, y cómo refleja la posición de Cuba, recoge las diferentes propuestas de índices de distintos países latinoamericanos para medir el desarrollo humano, cuestionadoras del controversial IDH del PNUD. Nuevamente López propone un Índice de Inequidades en Salud, integrado por doce indicadores del estado de salud de la población y sus determinantes. Los resultados se conjugan con un indicador que cuantifica el logro del ingreso en la equidad en salud. Otras propuestas metodológicas novedosas fueron las aplicaciones de dos nuevos índices sobre salud reproductiva formulados por *Population Action International*: Índice de Riesgo Reproductivo e Índice de Opciones Anticonceptivas; y un tercero nacional a cargo de Yera y Vivanco, denominado Índice de Salud Reproductiva; todos en el campo temático de la relación entre salud y desarrollo. Y finalmente se cierra la propuesta con dos índices de desarrollo humano que incorporan la dimensión equidad: uno se aplica a los países de América Latina y otro (Índice Territorial de Desarrollo Humano y Equidad, ITDHE), a las provincias del país. No se trata de las disparidades entre provincias, sino al interior de esos territorios, medida a través de ocho dimensiones que recogen diferentes aspectos del desarrollo humano (CIEM, 1999: 162). Ninguna investigación anterior ni posterior hizo tanto esfuerzo por integrar la salud y la equidad como dimensiones para la medición del desarrollo. Gracias a ello se pudo demostrar estadísticamente que la equidad tiene un peso importante en el desarrollo humano, las provincias con más equidad son las que logran un desarrollo humano más integral.

El último informe se publicó en 2003, hace ya nueve años, aunque dedicado a exponer los logros de Cuba en relación al de-

sarrollo de la ciencia y la tecnología, y cómo ha contribuido al bienestar de la población, se continúa la línea de medición del desarrollo humano mediante el ITDHE. Se demuestra que existe una mejoría para 2001 en casi todos los indicadores que integran ese índice, menos para la circulación mercantil minorista en la cual se observan brechas más acentuadas entre las provincias (CIEM, 2003:149).

En resumen, los informes de desarrollo humano en Cuba son un buen ejemplo de colaboración entre ciencias sociales y ciencias de la salud en el empeño de lograr un análisis integral del desarrollo y de las desigualdades. Se les puede objetar que no incorporan indicadores más micro vinculados al funcionamiento de la familia, ni se plantean la realización de estudios empíricos que podrían ayudar a revelar información específica sobre grupos familiares diferentes por sus condiciones de vida. Para la medición del ITDH, el del año 2003 sustituyó el indicador *Población con acceso a electricidad* por *Cantidad de viviendas electrificadas*; aunque un sendero puede ser el de considerar más a la vivienda como componente del estudio de la pobreza familiar, no es la única de las dimensiones que influye sobre su descripción y explicación. El estudio de la pobreza actual en Cuba ha sido un tema ausente en estos informes.

A partir de 2005, y siguiendo esa línea de continuidad de la colaboración cubana en la investigación social con organismos internacionales que también se dedican a la producción científica sobre desarrollo y equidad, se han publicado tres informes sobre el cumplimiento de Cuba de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Todos son valiosos por el análisis que hacen sobre los enfoques de la política gubernamental y su contribución al cumplimiento de Cuba al Objetivo 1 sobre erradicar la pobreza extrema y el hambre, también por la solidez de sus argumentos en relación a los aspectos positivos del proceso y los datos que recoge. En el informe de 2010 se afirma que: "En Cuba no se presenta la pobreza extrema caracterizada por privaciones que afectan el desarrollo de las capacidades y el bienestar básico de las personas, ni la desprotección social […]" (Cuba, 2010: 6). Aún cuando coincidimos en que el caso cubano se distingue, entre otras cosas, por no ser una situación extrema la que viven sus pobres con relación a otras naciones de la región y de los países desarrollados, gracias a las protecciones sociales que los benefician, sería recomendable explicar lo que hace la política social sobre ese segmento social específico que identifican las investigaciones en Cuba y que ya hoy se reconoce su situación de precariedad y distintividad frente a otros grupos de la sociedad cubana, así como incorporar el análisis de los perfiles que ya se han ido definiendo.

Es imprescindible decir que el discurso sobre la pobreza en Cuba comenzó con el uso de conceptos que trataban de recoger el significado peculiar que tiene su expresión concreta en el país. Así, en sus primeros escritos, se hablaba de población en riesgo, con desventaja social, y familias de más bajos ingresos(Torres, 1993; Ferriol *et al.*, 1997 y Togores,2001). En la medida que se avanzó en el conocimiento sobre las manifestaciones reales y complejas del fenómeno a nivel nacional y de localidades, se fue asimilando la multidimensionalidad de su comprensión teórica y metodológica; sólo entonces se incorporó al léxico el término de *pobreza con protección* por su mayor adecuación a la realidad cubana (Ferriol *et al.*, 2005). Ello entraña el reconocimiento a la existencia de un segmento de la población con privaciones humanas diversas pero que cuentan con apoyos importantes del Estado que les llega por diversas vías, en particular los de la política social, previendo así situaciones extremas como el hambre, el analfabetismo o la mortalidad por enfermedades evitables.

Siempre es posible hacer lecturas disímiles de un concepto, desde nuestro punto de vista nos parece más adecuado el término de *pobreza con protección* que *población en riesgo*. Este último pareciera referirse a un estado de cosas que está por suceder, no que se está experimentando, mientras que el primero reconoce que las personas viven ya ciertas privaciones, experimentan carencias, pero no llega a ser una situación crítica porque cuentan con ciertas garantías que la atenúa y evitan que caigan en la pobreza extrema.

Sin lugar a dudas, la influencia del enfoque relativo, complejo y múltiple de la pobreza subyace en este concepto, que contradice el criterio de una definición universal, absoluta y reducida a ingresos. Presupone que todo estudio de pobreza debe hacerse en relación al contexto histórico en el que se produce esa realidad y debe considerar el valor de una política social basada en el universalismo, como la de Cuba.

De dicha posición se infiere también la posibilidad de operar con diversos conceptos de pobreza que aunque tengan ciertas bases comunes, puedan tener significados diferentes determinados por las particularidades de los entornos que reflejan.

Entre las ciencias sociales, la investigación económica en Cuba es una de las áreas pioneras y de mayores logros en el estudio de la pobreza, tanto en términos de cantidad de investigaciones, como de calidad de sus análisis. Por supuesto, con una fuerte influencia de los enfoques que dan valor a la pobreza de ingreso, lo cual es lógico en la formación de un economista, pero sin desdeñar el significado que tienen los aspectos sociales de su comprensión. Varios centros y autores han realizado las más significativas contribuciones: el Instituto de

Investigaciones de la Economía Nacional (INIE), la Oficina Nacional de Estadística (ONE) y el Centro de Investigaciones de la Economía Cubana de la Universidad de La Habana (CIEC).

¿Qué han aportado al análisis de la pobreza los estudios económicos en Cuba y cómo incorporan la dimensión salud?

En primer lugar, la construcción de un cálculo de referencia para entender cómo se comporta en Cuba la línea de pobreza basado en el método del ingreso y de la canasta básica y, que recoge las especificidades del contexto del mercado cubano, su economía y sistema de protección social. Eso fue posible debido a la sistematización que los economistas hicieron sobre una buena parte de la producción teórico-metodológica que se ha ido produciendo a nivel internacional (Ferriol, 1997 y Ferriol*et al.*, 2004).

En segundo lugar, examinar a la familia como unidad básica del cálculo, y de toda la investigación y análisis sobre la desigualdad, porque allí es donde se integran los ingresos, se produce el consumo y se elaboran las estrategias de vida para el enfrentamiento a los efectos de las crisis (Ferriol, 2003 y Rosales, 2008). Ello la obliga a combinar los aspectos conceptuales del debate con la investigación empírica del comportamiento del fenómeno en los hogares, aunque prevalece el método cuantitativo de indagación. Los cálculos de pobreza se hicieron en base a las Encuestas sobre la Situación Económica de los Hogares que realiza la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Esto significa un avance con relación a los estudios macroeconómicos, pero sigue siendo un uso reducido del concepto de familia y de su potencial para explicar todas las aristas de la pobreza, se entiende a la familia solo como unidad de consumo y gasto.

En tercer lugar, han construido un perfil sociodemográfico y económico sobre la pobreza en Cuba de las dos últimas décadas y de sus movimientos. La comparación con la región ha permitido identificar algunas semejanzas, e importantes diferencias con los perfiles socioeconómicos de los pobres de América Latina (Ferriol *et al.*, 2004).

En cuarto lugar, al ser este área pionera en la introducción del debate sobre la pobreza en Cuba, debe destacarse el significado que ha tenido la sistematización teórica que ha realizado de la discusión internacional sobre el tema y sus diferentes conceptualizaciones. La formación marxista y la asimilación de la crítica al debate neoliberal le permite asumir una comprensión más compleja de la pobreza que, aunque le da mucho valor a la relación consumo/ingresos, tiene en cuenta las peculiaridades de la situación económica y demográfica, el papel que el trabajo desempeña en la vida de su población y las particularidades de la interacción entre su política económica y social.

La investigación económica sobre pobreza en Cuba presenta un balance sobre las garantías sociales y las particularidades de la política social, así como su repercusión sobre la vida de los pobres. El análisis contempla la consideración de los cambios en el contexto histórico, la explicación de la necesidad y consecuencias de la reforma económica y social de la década del noventa y cómo el Estado protegió siempre en los peores momentos de la crisis esos logros sociales (Ferriol, 1998;Ferriol*et al.*, 2004y Pérez, 1998).

Entre las áreas que se consideran protegidas se halla la salud. Se aprecia la importancia que tienen los altos valores de gastos en salud del Estado, incluso en las circunstancias más críticas de la crisis económica, actitud que destaca por su singularidad frente al comportamiento de otras experiencias regionales, que en situaciones similares tienden a reducir gastos. Se estima también la sostenibilidad del enfoque de una política pública de amplia accesibilidad de la población a los servicios y recursos de salud. Y se afirma que los gastos de salud, como los de vivienda y educación en que incurre un pobre en Cuba, tienen poco peso determinado por la gratuidad de los servicios y otras medidas de protección que los reduce (Ferriol, 1998). A diferencia de estudios anteriores, los que cubren la década del noventa del siglo XX son más agudos en su análisis crítico sobre el impacto que la reforma económica trajo sobre la calidad de vida de la población e identifican reducciones en el consumo alimentario con su efecto sobre la salud nutricional de diferentes grupos, reconocen la repercusión social de las carencias en salud, además de demostrar cómo se crean desigualdades por la distribución diferente de los ingresos.

La autora de este trabajo, aunque comparte ese criterio de la diferencia entre el gasto de salud en que incurre un pobre que debe pagar los servicios, y otro que está liberado del mismo, considera que en las circunstancias actuales del país —con una vida cotidiana vulnerada por el impacto del bloqueo y la crisis de la economía— no se puede desestimar las inseguridades que se generan en los gastos familiares en salud. No debe darse por sentado que no existen secuelas negativas derivadas de la conexión entre las condiciones de vida material y el estado de salud de las familias pobres, es necesario ponderar todas las contradicciones del proceso. En otros momentos nos referiremos con más profundidad al tema, pero se requiere aquí meditar que la inseguridad en la vivienda y el ingreso está provocando la formación de un cuadro de morbilidad en hogares de pobres, cuya atención provoca gastos en salud muy diversos y más altos, con respecto a otros hogares que no tienen esa carga de morbilidad y gozan de mejores ingresos; mientras que por otro lado la carencia de recursos en salud está pre-

sente en el mercado farmacéutico[3] y en todos los servicios, lo cual obliga a las familias a realizar gastos, no sólo en medicinas sino también en transporte, apoyo a la hospitalización de un familiar, cuidado de los ancianos, discapacitados, enfermos crónicos, etc. La pobreza genera enfermedades crónicas como las de salud mental, las cuales crean dependencias a los psicofármacos, solo por citar un ejemplo. Sería conveniente que se apreciara mejor el significado de esos gastos en relación a la carga de morbilidad que se da en una familia, y el peso que tienen en los ingresos.

Otro grupo de investigaciones sobre pobreza en Cuba son las de corte sociopsicológico, que se apoyan preferentemente en metodologías cualitativas, en los estudios de caso y le dan mucho valor a la familia como unidad de análisis de investigación. Entre ellas destacan las investigaciones de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales de Cuba de la Universidad de La Habana, el Instituto de Antropología y el Grupo de Familia del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS).

Siguiendo una línea de análisis más sociológica, y con un enfoque semejante, aunque más integrativo que el de las investigaciones económicas, se encuentran los estudios realizados por Mayra Espina. A diferencia de la investigación de familias pobres, Espina desarrolla una visión más macro sobre los condicionamientos y características de este fenómeno social, aportando juicios sobre el desarrollo de las políticas sociales y sus impactos en el consumo social y su estructura. Entre sus objetivos se halla la integración de los resultados de investigaciones de distintas áreas de conocimiento, aportar al perfil de la pobreza en Cuba, comparar sus particularidades con los pobres de la región y una sistematización crítica a los enfoques de la política social, acompañada con propuestas para su renovación (Espina, 2008; Espina, 2010).

La investigación sobre familia en Cuba se expande a fines de la década del setenta y es, principalmente en sus comienzos, de corte sociodemográfico. La necesidad de evaluar los cambios demográficos asociados a la reducción de la fecundidad y a las transformaciones socioeconómicas que se habían producido en el país, determina su emergencia. Más tarde se sumarían a esa producción disciplinas como la psicología y la sociología.

A fines de la década del noventa, cuando aparecen los estudios de pobreza en Cuba, la investigación en familia gozaba de buena salud y se había consolidado. Existían resultados importantes en el campo del estudio de la familia como unidad doméstica y de sus funciones, las

3 Un mercado que también se divide en moneda nacional, divisa e informal.

que bajo la influencia de los conceptos *Modo de vida* y *Condiciones de vida*, habían logrado caracterizar los cambios y contradicciones que experimentaba la familia cubana(Reca *et al.*, 1990 y Fleitas, 2005b).

El desarrollo de una naciente historia social en Cuba asociada a los estudios de familia, da cuenta de una reconstrucción de esta entidad entre los negros esclavos y libres que pudiera contribuir al esclarecimiento de una historia de la pobreza del siglo XIX, toda vez que la esclavitud colocó en esa condición a esos grupos humanos. Gracias a ello, la historia de la familia cubana va dejando de ser una narración de las relaciones de parentesco de las élites gobernantes en los diferentes siglos, para ir dando cuenta de las desigualdades entre grupos familiares, no sólo a través de los indicadores de sus condiciones de vida material, sino también de muchas otras dimensiones más relacionadas con las singularidades de esta estructura, tales como las formas de sus uniones, sus prácticas maternales y paternales, sus nociones y tradiciones culturales y familiares, entre otras.

Los estudios actuales de familias pobres destacan por el más estrecho vínculo que logran desarrollar entre estos dos conceptos. En una entrevista para esta investigación, Zabala afirma que "es justamente por ese camino que yo he trabajado el tema de pobreza. […]yo veo el nexo de familia y pobreza en que para definir tanto el bienestar como la privación de las personas es necesario estudiar las condiciones de la familia, incluso hay indicadores que son muy útiles para esto[…], además de los ingresos el tema hábitat, porque la familia, definida bajo ese criterio de hogar, vive en un espacio determinado que es su hábitat, y la vivienda es importante por sus condiciones estructurales, de acceso al agua, de saneamiento, de equipamiento, de mobiliario, de disponibilidad de espacio como tal, todas esas condiciones definen también la situación de pobreza o no de una familia" (Zabala, 2012). Colocarse en la dimensión familiar ha obligado a sus investigadores a ubicarse en una mirada holística tanto desde una perspectiva institucional como grupal; [4]considerar, por tanto, los factores externos: económicos, políticos, culturales y sociales del contexto, como las determinantes internas de la reproducción familiar de la pobreza.

El núcleo duro de los resultados de estas investigaciones está en las interpretaciones que hacen sobre nuevos indicadores que tradicionalmente no tienen en cuenta los economistas, como las percep-

4 Los estudios de familia que se ubican en perspectiva institucional por lo general privilegian una visión de la relación de la familia con el contexto histórico y otras instituciones. Mientras que la mirada grupal se desarrolló potenciando los análisis que se centran en los factores internos de la familia, cómo se vinculan entre sí y contribuyen a su desarrollo. Ambas visiones se concilian hoy en la investigación de familia.

ciones de los pobres sobre su condición, las diferentes dinámicas que construyen las familias en la precariedad de su vida cotidiana, los conflictos generacionales y de género asociados a los procesos de distribución del poder, patrones de emparejamiento, edad a la primera maternidad, tasas de fecundidad entre mujeres, etc. Un aporte de las investigaciones de Zabala está en plantearse estudiar la reproducción generacional de la pobreza desde la perspectiva familiar, teniendo en cuenta el ciclo vital de una familia y las relaciones de parentesco tanto en la pareja como en las paterno-filiales. Las historias de vida de familia recogen datos relevantes que ayudan a comprender historias reales de procesos familiares de lucha para salir de la pobreza, pero también de la recurrencia de patrones culturales que los obliga a retornar o impiden una movilidad ascendente sostenida (Zabala, 2010). Por primera vez se incluye la voz de los pobres sobre la percepción que tienen de su condición y cómo tratan de salir de ella con estrategias disímiles. Se explica la interacción entre factores subjetivos y objetivos que generan la pobreza (Zabala, 2009); así como la interrelación entre factores individuales, familiares y sociales los cuales permiten apreciar que la exclusión social no es un fenómeno intrínseco a la pobreza en Cuba (Zabala, 2010: 188).

La línea familiar de investigación ha sido también un puente para interpretar los vínculos entre raza y familias pobres, sus antecedentes históricos relacionados con la esclavitud y las ideologías racistas que lo sustentaron, así como las expresiones contemporáneas de discriminación en las relaciones interpersonales y familiares. Se intenta develar cómo la discriminación racial puede ser un factor que alimenta la pobreza, y viceversa (Zabala, 2008).

En esa misma dirección el Instituto de Antropología trabaja con información empírica sobre los perfiles de familias pobres en territorios de la capital, caracterizando diversos procesos familiares, la raza y la religión (Rodríguez *et al.*, 2008). La investigación de Alturas del Mirador, de corte antropológico, muestra que aún en las condiciones de la pobreza se pueden observar diferentes situaciones territoriales y de vida de los pobres cubanos, y que en reiteradas ocasiones la precariedad está determinada por la migración desordenada y la improvisación de barrios insalubres. (Rodríguez *et al.*, 2004).

Los intentos de integrar datos sobre diferentes contextos y sus interrelaciones, a través de un estudio de familia, se observan también en la investigación que publicó el Grupo de Familia del CIPS en 2010. Su novedad, con relación a otros estudios, es el abordaje más profundo sobre la crisis en el fondo habitacional y su repercusión para la vida cotidiana de la familia cubana, reconociendo las diferencias entre zonas rurales y urbanas. Se trata de una visión crítica

que considera no sólo los determinantes económicos, sino también jurídicos, migratorios, de política social. No es un estudio de pobreza, tal y como lo hemos definido aquí, sino más bien un análisis sobre la situación actual de la familia cubana y sus cambios, que reconoce y explica la existencia de ese segmento familiar en la actualidad, a partir de una variedad de fuentes, y las desigualdades que aún imperan intra y entre familias (Chávez *et al.*, 2010).

Varios estudios relacionados con la vivienda, su precariedad y entorno ambiental fueron impulsados por el Grupo de Desarrollo Integral de la capital. Se logran realizar diagnósticos de diferentes municipios sobre los barrios insalubres que para 1996 se afirma que sumaban 153, en los que vivían 62.000 personas que representaban el 3% de la población de la capital. Se identificaron un conjunto de características al interior de los solares y ciudadelas, como el hacinamiento, los problemas de convivencia por el uso colectivo de baños, lavaderos y cocinas, las malas condiciones ambientales, etc. (Grupo de Desarrollo Integral de la Capital, 1996). Lo que refleja la persistencia de un problema social que existe desde hace mucho tiempo y que fuera documentado en la obra de Juan Chailloux sobre los horrores del solar.

A pesar de que muchas de estas investigaciones abordan temas intervinculantes con salud, ninguna se plantea como objetivo el estudio del estado de salud de los pobres. Si nos atenemos al concepto de salud como "bienestar", sin lugar a dudas está en el centro de todas las investigaciones, pero en relación a los aspectos específicos que tienen que ver con los servicios, gastos, morbilidad y mortalidad que vive ese grupo como resultado de sus condiciones de vida material y espiritual, sólo encontramos referencias a una comprensión de la salud como área protegida y libre de contradicciones, asociada al acceso gratuito a los servicios y al alto gasto sostenido del Estado.

Que el vínculo entre salud y pobreza es escaso en los estudios cubanos sobre estas familias, es algo en lo que coinciden los expertos entrevistados: "conceptualmente, explícitamente no aparece el tema de familia en la mayoría de las definiciones de pobreza y el tema de salud menos" (entrevista a Zabala, 2012). "No conozco dentro de los economistas estudios que hagan referencia a la relación entre pobreza y salud, solo de manera indirecta" (entrevista a Munster, 2012).

No se trata sólo de las ciencias sociales, sino también de las ciencias de la salud. El Dr. Adolfo Álvarez, experto en investigación sobre determinantes sociales de la salud, afirma que "realmente este no fue un tema priorizado en los estudios dentro del sector de la salud, sobre todo por una serie de conquistas que logró el proceso social que estaban dirigidas a la eliminación de las desigualdades y las diferencias a nivel de la población. Lamentablemente el periodo especial tuvo un

efecto importante en las condiciones de vida de la población cubana, en la organización de los servicios, y en una serie de elementos, que sin dudas ha llevado a que un grupo de autores, fuera del sector, vean la pobreza. O sea, en el caso de salud no hay tantos estudios relacionados con pobreza y salud directamente, aunque sí de condiciones de vida; o sea el término que se usa en salud para estudiar este tema es básicamente *condiciones de vida* y ahí aparece una de las personas que hay que mencionar, y que para nosotros es una de las pioneras en este tema en el país: María Elena Astraín, una bioestadística de formación, igual que María del Carmen Pría, las dos desde que estaban en la entonces Facultad de Salud Pública empezaron a desarrollar un modelo para estudiar salud y mortalidad según condiciones de vida. Creo que fue muy importante el estudio de la profesora María Elena porque permitió estratificar los municipios del país en un momento concreto y su punto de partida fue las condiciones de vida que existían" (entrevista a Álvarez, 2012).

En 1998 se publicó en la Revista de Salud Pública un resultado de investigación sobre mortalidad y diferentes condiciones de vida donde se acepta como punto de partida la idea de que los problemas de salud tienen un comportamiento desigual en diferentes grupos de población y que las desigualdades traducen diferenciales en las condiciones de vida, así como las respuestas sociales en salud deberán considerar estas diferencias sociales para enfrentar las inequidades en salud (Astraín *et al*., 1998: 24).

El estudio se basó en el cálculo de un Índice de Condiciones de Vida (ICV) que contemplaba cuatro dimensiones: procesos ecológicos, biológicos, de la conciencia y la conducta y económicos. Se asumió como referencia también el Índice de Desarrollo Humano. Luego de obtenerse una distribución de varios municipios seleccionados para el estudio según tres estratos: a) Buenas condiciones de vida, b) Regulares condiciones de vida y c) Malas condiciones de vida, se correlacionaron las tasas de mortalidad por diferentes grupos de edades y sexo con las condiciones de vida según estratos. La conclusión más importante que se obtuvo fue que el estrato A presentó mayores tasas de muerte asociadas a enfermedades en condiciones de mayor desarrollo y envejecimiento, tales como: enfermedades del corazón, cerebrovasculares y diabetes; mientras que la mortalidad en edades prematuras fue mayor en el estrato C, donde las condiciones de vida son peores (Astraín *et al*., 1998).

Años después María Elena Astraín —en su trabajo *Situación de salud según condiciones de vida*— presenta un diseño de investigación que sigue la metodología planteada en varios estudios realizados por la Facultad de Salud Pública durante la década del noventa

sobre las condiciones de vida en municipios de varias provincias del país, la cual le permitió obtener un análisis de las desigualdades territoriales en Cuba para 169 municipios del país. De ello se derivó un Índice de Condiciones de Vida cuya medición arrojó que un total de 59 municipios proporcionan condiciones de vida desfavorables, los cuales representaban el 35% de todos los municipios del país, con un valor en el índice entre 0,40 y 0,18. Todos los municipios de la capital y cabeceras de provincias, un total de 55 que representan el 32,5%, son los que mejores condiciones de vida tienen, con valores de entre 0,80 y 0,56. Entre los medianamente favorables se encuentran 55 municipios de todas las provincias del país, menos de la capital (Astraín, 2004).

Esta investigación es otro buen intento por integrar indicadores de salud con aquellos que tradicionalmente se han concebido para medir las condiciones de vida material. Tal y como lo enfoca la autora, consideramos que las condiciones de vida no se reducen a las condiciones de la vivienda y los indicadores socioeconómicos; coincidimos en que muy diversos indicadores de salud que describen el estado de la salud de la población deben formar parte de un estudio de bienestar material y espiritual, o en su defecto de la privación o pobreza. Pero en su propuesta algunas definiciones son dudosas, tales como la denominación de *biológico* a indicadores que también reflejan aspectos sociales de la salud, como el porcentaje de la población con 60 años y más; o reducir los indicadores de conducta y conciencia a deserción escolar y potencial delictivo. Hay muchos intentos fallidos en la ciencia social de querer medir un fenómeno tan complejo como la conciencia, más productivo sería trabajar a favor de la triangulación de técnicas que proponga un uso más adecuado de los indicadores en relación a la naturaleza de cada uno: cuantitativo o cualitativo. En cuanto al aspecto de la conducta, desde nuestro punto de vista se pueden incorporar indicadores de salud. Sin lugar a dudas, del comportamiento desfavorable de estos indicadores en un grupo de localidades puede inferirse la probabilidad de hallar allí situaciones familiares de pobreza más agudas que las que se describen entre las familias de la capital, que gozan del beneficio de un entorno territorial de acceso más favorable a servicios sociales.

En 2001, un estudio de otro colectivo de médicos relacionó condiciones de vida y salud materno-infantil siguiendo la metodología de investigación del estudio de Astraín sobre el ICV, obtuvo que el comportamiento más desventajoso de la mortalidad infantil, del índice de bajo peso al nacer, los valores más altos en muerte fetal y de mayor mortalidad materna se encontraban en el estrato III, de peores condiciones de vida (Batista *et al.*, 2001).

Estos estudios pioneros en salud son relevantes porque muestran el grado de asociación directa entre condiciones de vida desfavorables y las tasas más altas de mortalidad general y de salud materno-infantil, y por tanto la relación estrecha entre las desigualdades en las condiciones de vida material y las inequidades de salud en Cuba.

Otra importante investigación sobre desigualdades sociales e iniquidades en salud se realizó por el Grupo de determinantes sociales de la salud que dirige el Dr. Adolfo Álvarez, del Instituto de Higiene y Epidemiología. La investigación contempló una medición de diferentes variables demográficas, económicas, de condiciones de vida y salud, según el coeficiente de Gini y el índice de concentración a las provincias cubanas entre 2002 y 2008. Estos son índices muy tratados en la literatura económica y salubrista sobre desigualdades. El informe aportó varias conclusiones esenciales: 1) los mayores gastos en salud en la capital, por la concentración de instituciones de salud de segundo y tercer nivel que aún posee; 2) se distribuyen de manera uniforme la hipertensión arterial, el sedentarismo, el sobrepeso, y el mayor diferencial es el alcoholismo entre los indicadores de riesgo; 3) no se observan diferencias notables en el coeficiente de Gini entre territorios en relación a los daños a la salud, aunque sí hay diferenciales en las tasas de homicidios y de neumonía e influenza, influenciadas por la variable socioeconómica; 4) fuerte diferencial en la tasa de mortalidad materna y 5) valor elevado del Gini en discapacidad (Alvarez *et al*., 2011). El estudio no dice, sin embargo, en qué territorios prevalecen los problemas de salud que no tienen distribución uniforme.

Vale la pena destacar también el incremento de las indagaciones empíricas entre los estudios de la tuberculosis; determinado por la elevación de sus tasas y la preocupación que ha generado entre los científicos de la salud. Un artículo sobre los factores sociales de la tuberculosis en el municipio de 10 de octubre de la capital muestra, mediante un estudio comparativo entre familias con enfermos de tuberculosis y otras sanas, el alto grado de asociación entre esta enfermedad, las malas condiciones de la vivienda, la higiene del hogar y personal y el hacinamiento (Muñoz y Fernández, 2010). También la presentación de un estudio de casos en el territorio de La Habana Vieja, en el cual se detectaron los mismos factores de riesgo que los mencionados en la exploración anterior (Formental y Arnold, 2004).

En la década de los noventa el Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano de la Universidad de La Habana impulsó la investigación sobre diferencias territoriales en condiciones de vida, salud y medio ambiente. Se indagó sobre la distribución intraterritorial de grupos de enfermedades. Iñiguez ha estudiado la concentración y dispersión de enfermedades como la tuberculosis, la neuropatía epidé-

mica y la leptospirosis en diferentes asentamientos mediante el uso de los sistemas de información geográfica (Iñiguez, 2009). La investigación del centro se ha ocupado del análisis de las desigualdades espaciales aportando una reflexión sobre la coexistencia de diferencias heredadas y sobreimpuestas durante la crisis de los noventa. En contraste con las investigaciones de Astraín, para estas autoras el territorio suele ser una unidad más pequeña o más amplia, pero que configura una distribución espacial mucho más compleja de la desigualdad. Los diferentes indicadores como situación de la vivienda, dinamismo socioeconómico, percápita de ingresos familiares o consumo, pueden tener diferentes comportamientos por áreas (Iñiguez, 2004).

Por la importancia que tienen para el desarrollo de un país y el bienestar de las familias, el análisis de la distribución desigual del comportamiento de la morbilidad, la mortalidad, y otros problemas de salud y su relación con las condiciones de vida material que viven los individuos y familias, deberían estar más presentes en la agenda de investigación de los salubristas cubanos. Pero la tendencia de la investigación en las ciencias de la salud en Cuba apunta hacia otros tópicos. Durante la presente investigación se hizo una revisión a un total de 414 artículos publicados en siete revistas entre 2008 y 2012. Se seleccionaron por el sistema de cuotas, y se escogió un 10% para cada una. Véase el cuadro siguiente:

Cuadro 1

Presencia del enfoque relacional entre desigualdades en salud y socioeconómicas en revistas médicas cubanas seleccionadas.

No	Revistas médicas	Total de publicaciones digitalizadas en portal de Infomed	Artículos seleccionados		Asocian situación de salud con condiciones de vida material		Asocian situación de salud con pobreza/desigualdad	
			Total	*%*	*Total*	*%*	*Total*	*%*
1	Higiene y Epidemiología	464	46	10	4	8,6	3	6,5
2	Medicina General Integral	1.401	140	10	15	10,7	0	0
3	Salud pública	791	79	10	7	8,9	9	11,4
4	Alimentos y Nutrición	346	35	10	1	2,9	0	0
5	Sexología y Sociedad*	353	35	10	0	0	1	2,8
6	Salud y trabajo	227	23	10	0	0	0	0
8	Ginecología y Obstetricia	562	56	10	1	1,8	0	0
	Total	4.144	414	10	28	6,8	13	3,1

*De esta revista solo los tres números del año 2007 no están digitalizadas y se obtuvieron impresos en el centro de documentación de la institución que publica: CENESEX.

Durante los cincuenta años de consolidación del sistema de salud en Cuba, la salud pública y el enfoque social en la medicina se ha ido consolidando, ello se refleja en el incremento de la cantidad de publicaciones y revistas que lo potencian y la variedad de temas que abordan. También se plasma en el prestigio que revistas cubanas como la de Salud Pública, entre otras, ha alcanzado a nivel nacional e internacional.

No obstante, una de las críticas permanentes a la medicina, y sus diferentes especialidades, es la debilidad del enfoque social en sus estudios. Todavía hoy, concluida la primera década del siglo XXI, las ciencias médicas siguen centradas en el enfoque biologicista. Durante el proceso de elección del grupo de revistas fue necesario descartar, por ejemplo, la Revista Cubana de Medicina Tropical, por la casi nula presencia de artículos que incorporan la visión social a la explicación de la etiología de las enfermedades transmisibles. Fue también difícil hacer una selección de años más amplia en la de Alimentos y Nutrición y Ginecología y Obstetricia, para llegar a la cuota establecida.

Puede deducirse entonces que a pesar del incremento que han tenido temas como el de condiciones de vida, desigualdades y pobreza en las publicaciones de diversas disciplinas sociales, en las médicas son más escasas. Sólo se identificaron cuatro investigaciones cuyos aportes fueron ya comentados, de las cuales tres se publicaron en dos de las revistas aquí citadas: Salud Pública e Higiene y Epidemiología, en otros períodos históricos. Las estadísticas del Cuadro 1 reflejan la escasa presencia de este tema en la agenda de la investigación en salud.

Tópicos sobre las determinantes sociales en salud que se hallan más frecuentemente en esas producciones:

1. El estudio específico de la salud de grupos humanos como población, con la finalidad de identificar las tendencias de comportamientos, hábitos y estilos de vida no saludables, entendidos como factores de riesgo, entre los cuales siempre aparecen: tabaquismo, nutrición, control de la hipertensión arterial, hiperlipidemias, sedentarismo, alcoholismo, obesidad y algunas prácticas de salud en carácter preventivo.
2. Estudios sobre el comportamiento de la morbilidad, mortalidad u otras variables del estado de la salud, según sexo, edades y territorios. Prevalecen los de corte descriptivo que caracterizan la distribución de esos indicadores, pero no explican su asociación con las determinantes socioculturales. Cada una de estas dimensiones no siempre se comprenden en toda su complejidad social de condicionamientos económi-

cos, psicológicos, culturales y políticos que las definen. En la investigación sobre desigualdades en salud se debería sustituir más *sexo* por *género* y *edad* por *generación*, y además incorporar las dimensiones de *clase* y *raza* en la explicación de las inequidades en salud.

3. Evaluaciones de programas concretos, de servicios de salud, participación de la población, y de la política de ese sector en determinados períodos, así como sus efectos para la salud de la población. Tema ascendente debido a la prioridad que ha tenido el perfeccionamiento del sistema de servicios de atención a la salud.
4. Investigaciones sobre los conocimientos médicos y las capacidades creadas para el ejercicio eficiente de la profesión, así como también sobre los conocimientos y percepciones de la población sobre enfermedades.
5. Análisis de la situación de la salud de grupos familiares. Se continúan perpetuando esquemas de la dicotomía familiar: disfuncional y funcional, y sobresalen las relaciones entre indicadores de salud y demográficos.
6. Debate conceptual sobre las determinantes sociales de la salud.
7. La prevención como fenómeno social y de salud.
8. Estudios sobre poblaciones específicas en riesgo más desde los enfoques de estilos de vida, pero que no incluyen la pobreza como un condicionante.
9. Los estudios de casos con enfoque psicosocial, que no valoran el peso de las condiciones económicas en las enfermedades que describen y se centran más en otras dimensiones individuales y familiares.

Esta investigación coincide con algunos artículos de resúmenes de investigación que señalan la prevalencia de los estudios descriptivos frente a los explicativos. También observa un predominio del uso de métodos estadísticos cuya aplicación unilateral simplifica con frecuencia el análisis social y limita el estudio de los factores asociados a la subjetividad y de la influencia de los componentes estructurales como determinantes sociales de la salud. No hay una apropiación de los enfoques de triangulación que incorporan metodologías diversas, y son escasas las investigaciones que declaran aplicaciones de técnicas cualitativas.

El peso que cada uno de estos tópicos puede tener en cada revista varía de acuerdo al objetivo de cada una, pero de manera general son

los más constantes. Las Revistas de Medicina General Integral, Salud Pública e Higiene y Epidemiología

son las más receptivas a la inclusión del debate sobre desigualdad en salud, al menos las que tienen más en cuenta determinantes sociales como los ingresos y las malas condiciones de la vivienda, entre otras, para el análisis del estado de salud de diferentes grupos humanos. A pesar de la relación estrecha entre alimentación y determinantes sociales de la salud, fue la Revista de Alimentos y Nutrición, entre las seleccionadas, la que menos artículos registró con este tipo de enfoque social.

EN RESUMEN, ¿CUÁL ES EL PERFIL DE LOS POBRES EN LA CUBA DE HOY QUE PUDIERA INFERIRSE DE LAS INVESTIGACIONES SOCIALES Y DE SALUD MENCIONADAS?

a. Lo primero que se requiere decir es que la mayoría de los indicadores que describen el perfil se refiere a la pobreza urbana, porque a diferencia de la reflexión sobre pobreza en Cuba antes de la Revolución, lo que se ha documentado con mayor amplitud y agudeza de análisis hasta el momento es sobre grupos que viven en territorios urbanos. Se debe tener en cuenta que el 75% de la población del país reside en zonas urbanas (ONE, 2009). No obstante, y aún cuando la investigación de Astraín sobre condiciones de vida no distingue entre zonas urbanas y rurales, es interesante que ubica en situación desfavorable un total de municipios que en 2002 abarcaban la mayor cantidad de asentamientos rurales en cada una de las cinco provincias de la región más oriental del país: los de Granma el 55,8%, Guantánamo el 80%, Santiago de Cuba el 58,8%, Holguín el 68,7% y las Tunas el 91%.

b. La mayor cantidad de población pobre se hallaba en 1996 en la región oriental (21,7) (Zabala, 2010: 84). En la investigación de Astraín el 59,3% (35) de todos los municipios en condiciones de vida más desfavorables son de esa región, y ellos representan el 65% de sus municipios (Astraín, 2004). Los tres Informes de Desarrollo Humano de Cuba también ubican a esa región con los índices de menor desarrollo.

c. La tendencia al mayor incremento está en la Capital del país. En 1988 la población en riesgo era un 4,3% y en 1996 el 11,5% (Ferriol, 1998: 10). En 2001 se calculaba en un 20% (Ferriol, 2004).

d. Se trata además de una pobreza con protección, debido a la amplia cobertura de acceso a los servicios de salud, de edu-

cación y seguridad social que brinda el Estado, en base a un enfoque de universalidad. Esa es una constante de la política en todos los períodos históricos, incluso durante la crisis de los noventa. Y gracias a ello no se perciben situaciones extremas como el hambre y la elevada mortalidad, y más bien se da la paradoja que muchos indicadores de bienestar mejoran durante el período.

e. Los valores de pobreza son bajos en cualquiera de las propuestas de índices que se han formulado, tanto por investigadores nacionales o internacionales, en particular comparados con la región. El dato más reciente que se encontró fue el del Informe de Desarrollo Humano publicado en 2005, se refiere al Índice de Pobreza Humana que según estimados coloca a Cuba en la 5º mejor posición de los países en desarrollo, con un valor de 4,8%. Sólo cuatro países de América Latina y el Caribe clasifican en mejores posiciones: Uruguay, Chile, Costa Rica y Barbados.

f. En la década del noventa se observa un incremento de la pobreza de ingresos. En 1986 el coeficiente de Gini calculado por Zimbalist (1989) era de 0,22. En 1988, según Ferriol (1998) la población con ingresos por debajo de la línea de pobreza llegaba a un 6,3%, y ya en 1996 alcanzaba la cifra de 14,7%. Un factor importante fue la reducción del salario real, que en 1989 era de 131pesos y pasó a 83 en 2000 (Togores y García, 2004); 9). El salario ha sido durante varias décadas la fuente esencial de formación de los ingresos de las familias cubanas.

g. Durante la década que dio inicio al siglo XXI los estudios reflejan una situación aparentemente estacionaria, aunque una investigación que retomaremos en próximos apartados lo cuestiona a partir de los valores del umbral diferentes que aporta para el presente decenio.

h. De todas las dimensiones de la pobreza material, la que afecta a una población más amplia es la precariedad de la vivienda y la carencia de bienes. La política de la vivienda no ha logrado superar el problema del déficit habitacional y la cantidad de viviendas en mal estado sigue siendo alta; y el mercado de venta de bienes domésticos siempre ha sufrido restricciones en Cuba por cuenta de la dependencia a la importación y las limitaciones que impone el bloqueo norteamericano. Otra dimensión es la de los ingresos, existe un segmento más pequeño

con pobreza de ingresos que también son los más vulnerables en su estado nutricional debido a sus limitaciones en el acceso a alimentos que se venden en los mercados con precios libres, ya que desde 1997 se conoce que sólo alcanzaba a cubrir el 55% de la canasta básica (Ferriol, 1998). En la capital se ha venido produciendo una tendencia al incremento de la desigualdad por ingresos.

i. En el perfil sociodemográfico de las familias pobres en Cuba se pueden encontrar algunas o varias de estas características: 1) hogares con un tamaño grande, 2) predominio de familias extensas, 3) donde hay una natalidad mayor del promedio nacional, 4) donde residen personas de la tercera edad solos o compartiendo con otros miembros, 5) existen varios miembros dependientes de los que aportan ingresos, 6) prevalecen personas con niveles escolares primarios y medios, nivel ligeramente inferior al promedio nacional 7) es frecuente en hogares dirigidos por mujeres solas, dependientes o con una situación precaria en el mercado laboral debido a sus bajos ingresos, 8) sobrerrepresentación de negros y mestizos. Características que los asemejan a los de los hogares pobres en América Latina.

j. Aunque son escasas las investigaciones que relacionan salud y condiciones de vida, las que se han publicado muestran que a pesar de la protección social, el amplio acceso a los servicios de salud y los altos gastos en salud, se identifican, en los territorios con peores condiciones de vida, un mayor valor de: 1) la mortalidad prematura por diferentes enfermedades, 2) el embarazo temprano y tardío, 3) el alcoholismo, 4) la mortalidad infantil, 5) el bajo peso al nacer y 6) la mortalidad materna. Y aunque sus valores son bajos si se comparan con otras regiones del mundo, debería considerarse profundizar en su análisis con vista a diseñar una estrategia particular de trabajo en salud que contribuya a la superación de la pobreza como determinante social de los índices de salud. No siempre los indicadores se mejoran invirtiendo en tecnologías costosas, con frecuencia se obtienen buenos resultados en la relación costo-mejoría de la salud cuando se invierte en la prevención primaria: en el bienestar de las personas vulneradas.

k. Estas familias se mueven entre las diversas formas de dependencia del Estado y la búsqueda de estrategias para la supervivencia.

LA RELACIÓN ENTRE POBREZA Y GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN SOCIAL. Los Estudios de género en Cuba se expanden con la aparición de las Cátedras de la Mujer en diferentes universidades del país durante la década de los noventa del siglo XX, y con el apoyo de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC). Antes ya existían resultados de investigaciones sobre los cambios que había experimentado la situación de la mujer cubana, pero estaban centrados en el sujeto femenino y no en su comparación con los hombres. Desde entonces diversas instituciones se han sumado a la práctica de incorporar la perspectiva de género en sus investigaciones o sistemas de capacitación/formación, y esta se ha ido expandiendo a numerosas disciplinas y a los más variados temas.

En la década de 2000, la crítica de género a la construcción de las relaciones de hombres y mujeres en Cuba se consolidó con el conocimiento de las teorías de las masculinidades. Hoy existe una literatura más fortalecida en calidad y cantidad sobre estudios de mujer, género y masculinidades. Se han creado numerosos equipos de estudio sobre género que desarrollan actividades docentes, de investigación y formulación de proyectos para intervenciones en áreas muy diversas. Entre las instituciones y equipos con resultados destacados en el estudio de las desigualdades de género, además de las cátedras, se hallan: el equipo del Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana, el Centro de Estudios sobre la Mujer de la FMC, el Grupo de Estudios de Género y Salud de la Escuela de Salud Pública, el Centro Nacional de Educación Sexual, entre otros. La producción de conocimiento sobre género en el país es mucho más amplia y abarca prácticamente a todas las disciplinas, incluye también a la historia, la literatura y la comunicación; lo que significa que las instituciones que han contribuido a crear conciencia y visibilizar los avances y problemas en las desigualdades de género que aún prevalecen en el país pueden ser mucho más que las citadas.

Si se acepta que un Estudio de género pretende dar cuenta de la desigualdad entre hombres y mujeres en una estructura social específica: laboral, familiar y regional, o en su vínculo con otras construcciones sociales: raciales, de clase, etarias; los estudios de género en Cuba pueden considerarse que contribuyen al desarrollo de la investigación sobre desigualdades sociales, independientemente de su enfoque parcial, integral o disciplinar. Incluso podrían incluirse los que se centran exclusivamente en las mujeres, que son de más larga data, dada la contribución que han hecho en torno al esclarecimiento de la relación entre política económica y social y los cambios que se han producido en uno de los sujetos políticos protagónicos de las transformaciones que ha experimentado el país en los últimos cincuenta años. Lamentablemente la ciencia cubana ha heredado un problema que aún per-

siste en la ciencia social internacional: la separación entre el enfoque de clase, el de género y otras desigualdades sociales. Eso significa que aún persisten las investigaciones que pretenden dar cuenta de los cambios en la estructura social con pobres análisis sobre la incidencia que tiene el cambio en las relaciones de género en las transformaciones clasistas y, por otro lado, las y los estudiosos del género no incorporan a sus estudios una valoración más compleja de las otras discriminaciones que viven los hombres y las mujeres en Cuba. Reconocemos que hay algunos intentos de avanzar en la articulación de la relación entre raza y género, de estudios sobre mujeres campesinas, pero no estudios con análisis integrales de los cambios en la estructura social contemporánea en Cuba. La historia social parece que avanza mejor planteándose ese reto para el estudio del siglo XIX.[5] Sus publicaciones aportan nuevos análisis al ámbito de la salud reproductiva, sobre las diferencias y semejanzas de situaciones que viven las mujeres en relación a su condición de clase y raza, en particular las mujeres negras y mulatas pobres (esclavas o libertas).

¿Pero qué entendemos por un Estudio de género? En Cuba, como en otras latitudes, el feminismo se ha debatido en diferenciar un "Estudio de la mujer" de un "Estudio de género". La investigación en el área de desarrollo da cuenta muy claramente de esa diferencia. Los Estudios de género presuponen la comparabilidad de las situaciones de mujeres y hombres, se enfocan en esa construcción como fenómeno relacional y enfatizan en ella como un proceso de interacción que reproduce la dominación masculina y coloca en condiciones de subordinación a las mujeres. El análisis de su deconstrucción implica demostrar cómo se produce el proceso de empoderamiento del sujeto subordinado: las mujeres.

El feminismo a partir de los noventa elaboró una metodología y teoría para el desarrollo del tema de la *feminización* de la pobreza. Tres cuestiones son esenciales en su comprensión a los efectos de este trabajo: 1) las relaciones de género acentúan la pobreza, 2) los hogares pobres no son homogéneos hacia su interior, y 3) la pobreza femenina no es igual que la masculina. En las más recientes publicaciones la feminización no es sinónimo de crecimiento cuantitativo

5 Véanse las publicaciones que en este siglo han aparecido de historiadoras como María del Carmen Barcia: la otra familia. Parientes, redes y descendencia de los esclavos en Cuba; Ana Vera: La familia cubana en perspectiva. Propuesta de periodización para cinco siglos de historia y algo más; María de los Angeles Meriño y Aisnara Perera: Matrimonio y familia en el ingenio: una utopía posible, La Habana (1825-1886). Estas dos últimas investigadoras tienen una mayor producción que podría destacarse como un resultado que articula, desde la dimensión familia, tres tipos de desigualdades: clase, raza y género.

de pobreza femenina, aunque con frecuencia la literatura demuestra que así sucede. Lo más significativo es comprender cómo la cultura patriarcal determina efectos diferentes y estos pueden ser más letales para las mujeres.

Nuestro punto de partida es, por tanto, que no todos los estudios sobre pobreza que se han producido en el país, por el simple hecho de mencionar los cambios que han repercutido en la situación de las mujeres cubanas, pueden reconocerse como un estudio con perspectiva de género. Es importante que se demuestre cómo los factores asociados al sistema patriarcal y sus cambios inciden sobre la superación y/o producción y reproducción de la pobreza.

La investigación que articula género y pobreza en Cuba abarca una cantidad menor de publicaciones que la citada sobre pobreza, desigualdades sociales y de género; pero ya está en desarrollo y ha logrado revelar interesantes conclusiones.

Los informes sobre desarrollo humano en Cuba incorporaron la discusión acerca de la medición de los avances en materia de relaciones de género, pero no establecen relaciones entre pobreza y género. Sucede otro tanto en los informes de Cuba sobre el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, abarcan un análisis importante para comprender cómo la política social y económica contribuye a la equidad de género y el impacto positivo que tiene sobre los indicadores que pide evaluar este tipo de informe para dar cuenta de los avances en el cumplimiento de las diferentes metas, muchas de las cuales están asociadas al bienestar de las mujeres y de su salud.

En la literatura sobre familia un problema es la concepción central de hogar como unidad de parentesco. Toda estructura familiar es, además de una entidad diferenciada por parentesco, un sistema desigual de género y generación. Tales categorías se articulan y producen relaciones de conflicto. En los enfoques funcionalistas tradicionales se inculcaba que los procesos de integración social son excluyentes de la conflictividad, cuando en realidad las relaciones de género, como otras, se integran como relaciones de conflicto. No hay contradicción entonces entre unidad y conflictividad o desigualdad, lo que se trata es descubrir qué tipo de conflictividad propicia esa integración como un sistema. Hay una herencia de la cual resulta difícil desentenderse.

Uno de los problemas de la investigación sobre familia en Cuba está en asumir a la familia como una entidad homogénea, el enfoque más arraigado ha sido el de parentesco; aunque corresponde reconocer que con la aparición de los Estudios de género se fue expandiendo el criterio de estudiar la división sexista del trabajo hacia el interior de los hogares y explicar la participación en ella de las mujeres y cómo la afectaba en su movilidad social. Creo, sin embargo, que se debe avan-

zar más en la comparabilidad entre la participación de los hogares dirigidos por hombres y los encabezados por mujeres, y su diferente relación con los espacios públicos; también en la construcción de metodologías que permitan profundizar en lo que se entiende por jefatura como indicador empírico que intenta medir la complejidad de las relaciones de poder en la familia. Por otro lado, es necesario pensar que la comparación de datos entre hombres y mujeres se debe realizar en el marco de relaciones que definen unidades diferenciadas de parentesco. Muchas investigaciones describen los datos que se levantan sobre las mujeres y los hombres como población estudiada, o como parte de familias, pero no dentro de la relación de pareja.

La producción de dos investigadoras destaca por las asociaciones que logran entre género y pobreza en Cuba: María de Carmen Zabala y Victoria Pérez.

Zabala ofrece una sistematización sobre la discusión teórica y metodológica internacional entorno a la relación entre género y pobreza, los diferentes enfoques, sus puntos de desencuentros, y los aportes que ha significado al debate de la pobreza. Su trabajo es un referente bibliográfico para los que se inician en la investigación del tema, que además identifica los aspectos cruciales del concepto de *Feminización de la pobreza*.

Un aspecto importante de esta publicación para los estudios de familia en Cuba es el análisis conceptual complejo de la categoría "Jefatura de hogar". Su definición en el país está muy influenciada por la investigación demográfica, que se ha centrado en la declaración del entrevistado pero con una previa definición de los encuestadores, que hace algunas décadas se precisaba por su condición de jefe de núcleo de la libreta de abastecimiento, mientras en el censo de 2002 se condicionaba a su papel en la toma de decisiones del hogar; clara tendencia a la simplificación empírica de lo que en realidad representan las relaciones de poder. Se afirma que al igual que en los estudios de familias latinoamericanas, las investigaciones cubanas apuntan a encontrar diferencias entre lo que se declara y el funcionamiento de algunos hogares.

Zabala se interesa también por su asociación con la monoparentalidad, un fenómeno muy extendido en Cuba, y que parte de la investigación "familista" latinoamericana la concibe como una condición que profundiza la desventaja social de las mujeres.

De su investigación se infiere el papel que la política social y económica jugó en la formación de un contexto de protección que disfruta la mujer cubana, que ha creado oportunidades para ella y fomentado capacidades. Pero también se señalan las desigualdades que aún se reproducen en el empleo, las estructuras de dirección y

otras condicionantes de género estructurales, todas las cuales siguen colocando en una posición de desventaja a las cubanas con respecto a los hombres.

Del estudio sobre la relación entre jefatura femenina de hogar y monoparentalidad se obtiene un perfil demográfico diferenciado de las mujeres en esos papeles. Un grupo de ellas se halla en situación de vulnerabilidad en relación a cuestiones esenciales como los bajos niveles escolares, de calificación, la maternidad temprana y la no inserción laboral; un segundo grupo de mujeres jefas de hogares monoparentales que son profesionales en condiciones socioeconómicas sin dificultades importantes.

En fin, Zabala nos ofrece una caracterización de la subjetividad de las mujeres jefas de hogares que viven en condición de pobreza, sobre sus representaciones de la pobreza, componentes afectivos, los valores que lo acompañan y la estigmatización.

En su caracterización se visibiliza la singularidad del caso cubano, el no reconocimiento de su condición de pobres, aunque así sea desde el punto de vista material, y la identidad con la ideología de la igualdad que ha fomentado la Revolución durante más de cincuenta años. Pero también realza su condición genérica tradicional de mujeres-madres-solas que se sienten el centro de sus familias y que experimentan diversas emociones traumáticas que resultan de vivir las tensiones que propician las carencias (Zabala, 2009).

En una segunda publicación, la autora retoma a las familias pobres para valorar dimensiones más amplias que integran procesos subjetivos y objetivos. La interacción entre las condiciones materiales precarias y los estilos de vida que la refuerzan, las estrategias de supervivencia que construyen. La investigación se centra más en la familia y, no tanto en la jefatura femenina, aunque ella es mayoría en la muestra que se selecciona para el estudio empírico. Nuevamente se destaca la matrifocalidad como una característica presente en esas unidades, los patrones reproductivos de las mujeres de maternidad temprana, la división sexista del trabajo, los bajos niveles de ocupación femenina, y el papel decisivo de las mujeres en la implementación de las estrategias de sobrevivencia cotidiana y en todo el funcionamiento familiar. Un resultado contrastante es la alta participación de la mujer en el hogar, frente a la baja participación social y comunitaria. Zabala concluye afirmando: "en la sociedad cubana difícilmente podría hablarse de un proceso de feminización de la pobreza, ya que las mujeres tienen similares oportunidades que los hombres para la educación y el empleo, reciben un salario similar al de los hombres, y tienen amplias garantías de servicios básicos […]. Sin embargo, lo anterior no contradice en modo algu-

no el hecho de que en determinados sectores, como el estudiado, la mujer jefa de hogar presente una situación vulnerable, en lo cual influyen no solo condiciones materiales, sino también de otra índole" (Zabala, 2010: 161).

Victoria Pérez, economista del Instituto Nacional de la Economía Cubana, ha ejecutado dos investigaciones sobre pobreza y género. En la de 1998 la autora polemiza sobre la feminización de la pobreza y la posibilidad de su hallazgo o no en Cuba. Sus conclusiones son las mismas que Zabala, el entorno de oportunidades con que cuenta la mujer cubana, aún en las difíciles condiciones económicas que la afectan, no permiten aseverar que este sea un proceso que defina su condición de riesgo (Pérez, 1998: 92).

Coincido con el carácter complicado del análisis de la realidad cubana actual, reconozco las amplias oportunidades que las mujeres tienen gracias a la política revolucionaria y la necesidad de su consideración al evaluar un fenómeno que ha sido más bien fruto de un proceso de expansión de políticas de ajuste neoliberal. Los valores altos del IDG y el IPG lo refrendan, pero además reflejan una distribución más justa de recursos que en países con mayores ingresos. Creo, no obstante, que la sociedad cubana no ha llegado aún al punto en que se puede hablar de una óptima equidad de género, aún existen brechas de género en el empleo, los servicios básicos de apoyo a la vida doméstica están deprimidos, hay desigualdades en la familia, en el acceso a la tierra, y en otras áreas. No siempre las mujeres están en condiciones de aprovechar las oportunidades que brindan las políticas, ni estas tienen el enfoque de género que exige tratar a las personas de acuerdo a las diferencias de partida.

Las propias autoras muestran diferencias importantes entre hombres y mujeres hacia el interior de los hogares pobres, que colocan en mayor desventaja a las mujeres. Ese es un aspecto clave de la feminización de la pobreza. Otro es la más alta presencia de hogares dirigidos por mujeres entre los pobres, aunque Victoria Pérez afirma que era baja en 1998 con sólo un diferencial de 2,3%; 15,8% de mujeres vivían esa situación contra un 13,5% de hombres (Pérez, 1998: 76).

Sin embargo, creemos necesario el estudio comparativo entre hogares dirigidos por hombres y por mujeres, para profundizar en las disímiles aristas de este proceso y llegar a conclusiones más apegadas a la complejidad del proceso.

LA INVESTIGACIÓN SOBRE DESIGUALDADES DE GÉNERO Y SALUD EN CUBA

Si se acepta que la exclusión social ha sido una norma que ha determinado la vida de las mujeres a lo largo de la historia, en todas sus

diversas construcciones: raciales, territoriales y de clase; hay que reconocer que las mujeres pobres no son las únicas que experimentan desigualdades en salud, y que el género podría ser una determinante de mayor alcance que el de la pobreza.

Si bien no se encontraron estudios sobre pobreza femenina en Cuba que explicaran la relación con el estado de salud de las mujeres, sí hay investigaciones que se plantean exponer los avances que se han logrado en la equidad de género en salud, así como las desigualdades que aún persisten.

En la literatura feminista internacional se ha diferenciado el enfoque de mujer y el de género; en el campo de la salud sobre todo por el énfasis que el segundo hace en los aspectos de las desigualdades socioculturales, y atendiendo a la carga que tiene el primero del enfoque biomédico. La transversalización del género al estudio de procesos de salud también muestra diversos enfoques: 1) uno centrado en la situación de la salud de las mujeres y las determinantes de género, 2) otro que establece comparaciones explícitas entre hombres y mujeres, destacando semejanzas y desigualdades, y 3) se ha llamado enfoque de masculinidades, por estar centrado en el estudio de los hombres.

Leticia Artiles explica mejor los inicios del proceso de iniciación de la producción científica en salud y género en Cuba cuando apunta: "A partir del año 1995 empieza a desarrollarse por parte de la gente de los Centros de Salud Mental —creo que hay que destacar mucho el papel de Ada Alfonso y de Celia Zarduy— el tema de género en el sector salud. Yo creo que también el Ateneo Juan Cesar García de la Sociedad de Salud Pública y la Red de Género de ALAMES, empezamos a hacer una actividad previa al año 2000, se inicia sobre todo en áreas específicas. Un área específica fue en aquel momento la Sociedad Cubana de Medicina Familiar, que emprendieron con talleres que contaban con un buen apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, de manera que se introdujeron estos temas, y se empezó a sensibilizar a grupos específicos, y consecuentemente aparecieron algunas publicaciones producto de este mismo trabajo de formación, de sensibilización, muy focal; yo diría que se comenzó a ver la salud desde otra mirada (entrevista a Artiles, 2012).

El análisis que realizamos a las revistas ya citadas y que aparecen nuevamente en el Cuadro2, muestra cómo goza de mejor salud el tema de *género* frente al de *condiciones de vida* y *pobreza*.

Cuadro 2
Presencia del enfoque de género en revistas cubanas de salud seleccionadas.

No	Revistas médicas	Artículos seleccionados		Artículos con enfoque de género	
		Total	%	Total	%
1	Higiene y epidemiología	46	10	4	8,7
2	Medicina general integral	140	10	13	9,3
3	Salud pública	79	10	17	21,5
4	Alimentos y nutrición	35	10	2	5,7
5	Sexología y sociedad*	35	10	32	91,4
6	Salud y trabajo	23	10	4	17,4
8	Ginecología y obstetricia	56	10	4	7,14
	Total	414	10	78	18,8

La investigación de salud en Cuba sobre cualquier tema, se ha caracterizado durante estas cinco décadas por la defensa de la misma como derecho humano, y ese enfoque ha prevalecido en referencia al de eficiencia económica. Es también la filosofía dominante en la política de salud, lo cual no excluye la identificación de posturas contradictorias, pero que resultan eventuales ante la abrumadora realidad de la noción de bienestar humano. También pueden explicarse por el difícil escenario nacional e internacional que vive Cuba desde los años noventa.

Otra característica que atañe a las investigaciones sobre salud en todas las áreas es el incremento del uso de estadísticas desagregadas por sexo que describen el comportamiento diferenciado del estado de salud de hombres y mujeres, si bien es menor la presencia de la comprensión del papel de los factores de género en la etiología de las enfermedades y la mortalidad. Gracias a ello se han podido construir perfiles de salud de hombres y mujeres, e iniciar estudios sobre la distribución diferente de la mortalidad, las causas de muerte, erigir hipótesis sobre el comportamiento estacionario de la brecha de la esperanza de vida (Fleitas, 2010; Castañeda *et al.*, 2010). O bien elaborar panoramas sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, su mortalidad por diferentes causas y los años de vida perdidos (Torres y Gran, 2004). Las estadísticas han contribuido a conocer las diferencias territoriales de esos perfiles y por grupos de edades.

Sin embargo, un problema de la investigación de género en salud es la necesidad de un mayor trabajo interdisciplinar, como lo reclama su visión holística. En una investigación presentada por la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), en la Conferencia Internacional sobre Investigación en Salud para el

Desarrollo —celebrada en Bangkok en el año 2000— se afirma que: "La investigación en salud con perspectiva de género se realiza principalmente en las ciencias sociales con bajos niveles de interdisciplinariedad con las ciencias biomédicas y con bajos niveles de interlocución o diálogo con los investigadores de las ciencias médicas. Las investigaciones epidemiológicas no incorporan el enfoque de género a pesar de lo enriquecedor de considerarlo en los perfiles epidemiológicos" (González y Sánchez, 2000). Esta es una afirmación aplicable al caso de Cuba.

¿CUÁLES DISCIPLINAS DE SALUD HAN LOGRADO UNA TRANSVERSALIZACIÓN DE GÉNERO?

El área que más conocimiento ha producido sobre los logros en equidad de género y salud y sus desigualdades es la de sexualidad y reproducción. Como se puede ver en el Cuadro 2, más del 80% de los artículos con enfoque de género abordan temas de salud sexual y reproductiva. Se aclara qué revistas son las que más avanzan en el estudio de esas desigualdades. La de Sexología y sociedad está más enfocada en ello, y dado que sus temas centrales son los de salud sexual y reproductiva, de alguna manera determinan que esta sea un área privilegiada en relación a la consolidación de este enfoque. La Revista Cubana de Salud Pública dedicó uno de los números de 2006 a la salud sexual y reproductiva, de dieciséis artículos publicados diez abordaron el tema de la sexualidad y tres lo hicieron desde una mirada de género.

La compilación de Álvarez y Rodríguez titulada *La investigación en salud sexual y reproductiva*, recoge una serie de investigaciones de diferentes entornos latinoamericanos. El concepto de género que define de partida asume aspectos que invitan a la polémica, el atributo de género referido a los aspectos biológicos; la identidad de género, que sintetiza el comportamiento enseñado y las interrelaciones entre hombres y mujeres; y los roles de género, asociado a las actividades que realiza cada uno en relación al género (Alvarez *et al.*, 2004: 13). Entre las cuestiones que no compartimos está la de definir los atributos biológicos como parte del género, ello no ayuda a distinguir la especificidad del género frente al sexo, su relativa autonomía; lo segundo es que no queda explícito el papel de las dimensiones estructurales de la política, la normatividad jurídica, los mecanismos económicos y de sistema, como determinantes de género.

El libro publica dos excelentes trabajos sobre la naturaleza de cada tipo de investigación: cuantitativa y cualitativa, pero desaprovecha la oportunidad de incluir los aportes de la Teoría de género a la medición de las desigualdades y al análisis comprensivo de esos pro-

cesos socioculturales. Su mayor valor está en la divulgación de varios artículos sobre estudios de sexualidades masculinas: 1) de prácticas e ideas sexuales entre adolescentes, jóvenes y adultos hombres y 2) de la infertilidad masculina. (Calero *et al.*, 2004; González *et al.*, 2004; García y Padrón, 2004). A través de todos se patentiza la presencia de la cultura patriarcal en las prácticas sexuales y los imaginarios de esos grupos de hombres, los problemas de salud mental que afrontan cuando viven situaciones como la infertilidad, y el vínculo con el proceso de aprendizaje del rol instrumental que les asigna esa cultura.

Los estudios sobre masculinidades en el país son de muy reciente elaboración, se iniciaron en la década que acaba de concluir, pero son aún exiguos en salud. El Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) se puede considerar una institución de referencia en el estudio de masculinidades, por ser esta una línea priorizada en la última década entre sus publicaciones. No obstante, el peso de la investigación sobre sexualidad de los hombres casi siempre ha estado vinculada a su papel como agentes transmisores de enfermedades sexuales, muy en particular sobre VIH/Sida, o en los estudios de diversidad; hay carencias de las indagaciones sobre la repercusión que la cultura patriarcal tiene sobre su mortalidad prematura y los perfiles de su morbilidad.

Artiles es una voz autorizada con una larga experiencia en la introducción del enfoque de género en salud, durante toda una década fue la coordinadora de la red de género de ALAMES en Cuba. Su investigación sobre género y salud ha girado sobre varios tópicos entre los cuales tres son los más destacados:1) el análisis crítico a las políticas de salud, 2) el estudio de la mujer climatérica y 3) la formación en género y salud.

Su investigación antropológica de género sobre la mujer de edad mediana se desarrolló a través de la primera experiencia de consulta de atención a la mujer climatérica en el Hospital González Coro, del municipio Plaza en La Habana. Experiencia que impulsó un equipo multidisciplinar, y a partir de la cual se creó el Modelo de Atención a la Mujer Climatérica en Cuba que se ha extendido a otros hospitales. En cuanto a enfoque, la investigación fomentó el análisis interactivo biológico/social/genérico/etario, y demostró el papel de las condiciones de vida como determinantes de la salud en la mujer climatérica, en particular de los roles de género y los conflictos que de su ejercicio se derivan (Artiles, 2007). Los ejes teóricos que sustentan ese enfoque de la mujer climatérica son expuestos por Artiles en *Nudos críticos y capitales en las mujeres de edad mediana*: 1) su concepción como problema de salud; 2) que transcurre durante la transición a la fase no reproductiva del ciclo vital y que implica cambios hormonales; y en el

cual inciden 3) la historia de vida sociopsicológica descrita por la mujer, 4) sus construcciones subjetivas sobre la menopausia y 5) sus capitales individuales, económicos, culturales y sociales (Artiles, 2010: 5).

Un resultado en el tema fue la investigación empírica de Lugones y Heredia en tres municipios de la capital con una muestra de 450 mujeres, en la cual se halló un grado significativo de asociación entre el incremento de los síntomas psicobiológicos del climaterio y el entorno familiar y laboral desfavorable, en particular entre las mujeres posmenopáusicas. El análisis diferenciado entre mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas, permitió obtener información sobre cómo la situación desfavorable del entorno laboral acrecienta aún más la intensidad de los síntomas del climaterio en mujeres de más edad o posmenopáusicas (Lugones y Heredia, 2009); mientras que en una investigación realizada en Plaza a 112 mujeres, se obtuvo que un entorno disfuncional de la familia, por el no cumplimiento de su función económica, estuvo asociado a un síndrome climatérico severo (García y Navarro, 2011).

No quiere decir esto que todo lo que se ha publicado sobre la mujer climatérica se haga desde esa perspectiva teórica, aún algunos estudios en la década de 2000 se quedan en la descripción del síndrome climatérico de acuerdo a la intensidad de los síntomas y a las enfermedades crónicas que lo acompañan, y sin indagar sobre los factores económicos, culturales y sociales que inciden (Corral y Pérez, 2009).

La mujer, y su reproducción, han estado presentes como foco de la investigación de sexualidad. Si bien la reducción de la mortalidad infantil ha sido un objetivo primordial para mejorar la calidad de vida de la infancia, ella no ha quedado relegada a un segundo plano. El índice de bajo peso al nacer ha sido un tema de constante investigación y se asocia con factores de riesgo del embarazo; pero también la calidad de vida de la embarazada, las complicaciones de su salud y el efecto sobre su mortalidad se asumen como una necesidad de estudio para mejorar su bienestar.

La investigación en salud en Cuba no está eximida de la centralidad en el enfoque de mujer que no incorpora el género. Es mucho más antiguo ese tipo de investigación de salud sexual y reproductiva, y ella sigue prevaleciendo en el discurso. Eso sucede, por ejemplo en numerosos estudios cubanos de fecundidad que solo dan cuenta de la variabilidad estadística y no se adentran en las determinantes socioculturales.

Una buena parte de los artículos publicados por las revistas revisadas están orientados a la salud de la mujer y no asumen perspectiva de género, tal realidad es evidente en la Revista de Ginecología y Obstetricia. Durante la investigación ampliamos la revisión de sus artí-

culos a una totalidad de 86 entre 2009 y 2011, y encontramos 54 que abordaban diferentes temas de reproducción y 31 dedicados exclusivamente al análisis de la morbilidad en la sexualidad. De ellos, sólo cuatro asumían el enfoque de género, asociados a materias como la violencia contra la mujer y el análisis de salud de la mujer climatérica.

La Revista de Medicina General Integral se encamina a la divulgación de temas de salud asociados al nivel de atención primaria, donde la familia y la comunidad son escenarios importantes de generación de salud y enfermedad. Treinta y tres de sus artículos abordaban diferentes asuntos de reproducción y sexualidad de la mujer, y trece incorporaban el enfoque de género. El envejecimiento es uno de los tópicos de interés para el médico de la familia que empieza a explicarse como un proceso desigual de género. En esta publicación también se destacaron por la transversalización los temas de violencia y mujer climatérica.

Durante décadas hubo una clara inclinación hacia la investigación en el área reproductiva que contribuyó a fortalecer el papel de la mujer como madre, así como también favoreció una mejora en la calidad de vida de la embarazada. En los últimos años se ha ido acrecentando el número de publicaciones sobre sexualidad, pero se observa que aún no escapa a la influencia dominante del tema reproducción, pues una sensible cantidad de ellas siguen dirigidas a explicar las conductas irresponsables vs. responsables en la sexualidad, y su repercusión en la reproducción y aborto a edades tempranas. En síntesis, el análisis de las prácticas sexuales previas al embarazo están conectadas al esquema de conocimiento: "sexualidad responsable en función de reproducción sana". Incluso, una porción sustancial de las investigaciones sobre enfermedades como la diabetes, migraña, desnutrición, hipertensión arterial, obesidad, cardiopatías, epilepsias o problemas de salud como el alcoholismo y los hábitos de fumar entre mujeres, tienen un peso relevante entre los estudios de salud reproductiva de las embarazadas.

Los estudios de género sobre sexualidad documentan ampliamente el papel desigual de hombres y mujeres en el uso de la anticoncepción, y la repercusión que esa práctica tiene para su salud sexual y reproductiva (Fleitas, 2001). Es muy amplia la literatura de salud en Cuba que cubre la preocupación sobre esa práctica calificada de irresponsable y sexista entre adolescentes. Se ha investigado la maternidad adolescente como un fenómeno cultural de género que atenta contra el bienestar de las mujeres y compromete su autonomía, la que estadísticamente —y por sus efectos sociales— tiene una mayor incidencia en la mujer que en el hombre(Fleitas, 2000). Es extensa la cantidad de trabajos sobre los efectos positivos que la práctica insti-

tucionalizada del aborto séptico en Cuba ha tenido sobre la reducción de la mortalidad materna, así como el riesgo que conlleva su uso como método entre las mujeres, en particular para las adolescentes (Gran, 2005; Alvarez y Salomón, 2012).

Entre la Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia, por un lado, y la de Sexología y Sociedad, existe una diferencia sustancial de perspectiva de análisis de la salud sexual y reproductiva. La primera se concentra en el enfoque biomédico y la segunda se encarga de difundir los resultados de investigaciones sociales en salud, entre las cuales es dominante la visión de género. La especialización de enfoques dificulta la necesidad de integrar una mirada en salud que privilegie una explicación interactiva de los factores biológicos y socioculturales del género, este enfoque sigue brillando por su ausencia.

La reflexión de las repercusiones que la violencia doméstica tiene para el país, en particular sobre el proyecto de emancipación de las mujeres, y cómo refleja las desigualdades de una cultura patriarcal de dominación que aún prevalece en el hogar cubano y la sociedad, se ha ido consolidando en la ciencia social y de la salud, desde que se inició en la década de los noventa. Una pionera en el estudio de la violencia en Cuba es Clotilde Proveyer, miembro del Equipo de Estudios de Género del Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana. Entre sus resultados más recientes se halla una sistematización de los estudios de violencia donde afirma que: "En el caso de Cuba, muchas de las formas que adquiere la violencia contra la mujer no se practican, por ejemplo: la mutilación genital femenina, el tráfico de mujeres, el infanticidio femenino, el acceso diferencial a los alimentos, así como el control coercitivo sobre la reproducción ejercido tanto por individuos como por el Estado, etc., ya que algunas son propias de otras culturas, y otras han sido eliminadas o atenuadas en virtud de las transformaciones ocurridas en la situación social de las mujeres luego del triunfo revolucionario de 1959" (Proveyer *et al.*, 2010: 66). La forma más frecuente en el país —según la autora— es la violencia intrafamiliar contra la mujer y la niña. Su investigación revela el efecto que sobre la mortalidad y la salud mental de las mujeres tiene el fenómeno, así como su significado estadístico menor para Cuba, cuando se analiza comparativamente con otras realidades de la región y de Europa (Proveyer, 2010).

Dos instituciones cuyas exploraciones sobre violencia contra la mujer han aportado importantes conclusiones son el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas y el Centro Nacional de Educación Sexual. En el primer caso sus conclusiones se infieren de un estudio sobre violencia intrafamiliar, fenómeno cuya presencia es reconocida en todos los territorios del país; ligado al arraigo de repre-

sentaciones familiares que legitiman el castigo como método de educación; y a la reproducción de una cultura sexista. Tres ejes de análisis se desarrollan sobre la violencia: 1) su transmisión intergeneracional, 2) la alternancia de roles de víctima y victimario en las mismas personas a través del funcionamiento de la familia y 3) el vínculo entre la violencia familiar y social (Tenorio, 2008: 106). En cuanto a la producción de la segunda institución, sus últimos resultados están muy enlazados con el proyecto de diversidad sexual que desarrolla. Los estudios de casos evidencian la reproducción de una práctica homofóbica que aún caracteriza al funcionamiento de la familia y la sociedad cubana. La violencia de género, basada en patrones de una cultura patriarcal heterosexual, se reconoce entre o sobre los homosexuales, y ello tiene implicaciones para la salud mental de quienes la viven (Alfonso, 2011). La revista del centro contribuye a la divulgación de estudios de casos en diferentes regiones del país que demuestran la expansión que tiene el fenómeno de la violencia, ratifican la desventaja del sujeto femenino involucrado en esa relación, y cómo está presente en todos los grupos de mujeres con independencia de su situación ocupacional (Toirac *et al.*, 1998; Hernández y Hernández, 2011).

Entre los salubristas cubanos se ha acrecentado el interés por la investigación sobre violencia contra la mujer en adultas, niñas y adolescentes. Se menciona su baja incidencia en el país, se exponen sus efectos para la salud, en la transmisión de enfermedades sexuales, cómo debe ser su manejo cuando es una niña o adolescente, sus repercusiones para el sueño y las relaciones sociales (Peláez, 2009 y 2010).

Las revistas médicas también recogen una gama amplia de resultados en salud mental intervinculantes con la problemática de la violencia de género. Dan cuenta de la repercusión que tiene la violencia sobre la subjetividad de la mujer, describen las formas que involucran estrategias psicológicas como las del abuso emocional, la manipulación e intimidación y sus efectos sobre la autoestima y el sufrimiento de las mujeres. Se identifican diferencias entre la violencia sobre los hombres, ejercida más frecuentemente por otros hombres —y de más impacto para su mortalidad— y la ejercida sobre las mujeres, que procede de victimarios masculinos y tiene un mayor costo para su morbilidad. Ha sido más estudiada la repercusión que tiene la violencia sobre la mujer que sobre el hombre.

En el último lustro se ha incorporado un nuevo tema: la infertilidad como problema de salud. Esta investigación, aunque incipiente, se ha desarrollado privilegiando el paradigma cualitativo y la teoría de género. Entre sus conclusiones se hallan: el análisis de su desigual repercusión entre hombres y mujeres, los conflictos que genera en la relación de pareja, las percepciones diferentes entre hombres y muje-

res sobre ella, su mayor crecimiento entre las mujeres, cuya cultura patriarcal, que aún prevalece en la familia y la pareja sexual, la obliga a vivir experiencias de mala salud reproductiva que desembocan en esa situación, o porque las contradicciones del proyecto de emancipación: incorporación al trabajo público vs. centralidad de vida doméstica, la hace tomar decisiones de postergación de la maternidad en edades más cercana a los 35 años cuando empieza a declinar la actividad reproductiva en las mujeres (Díaz y García, 2010;Álvarez, 2011). También se han revelado las particularidades de su abordaje desde los servicios de salud y los beneficios que reciben las parejas, las implicaciones que tiene en la relación médico-paciente, en particular ha sido crítica la investigación sobre el modelo hegemónico biomédico que concibe la infertilidad como un problema físico (Díaz y García, 2011). El centro de salud que ha lidereado esa investigación y más experiencia acumula en la atención ha sido el Instituto Nacional de Endocrinología.

Vinculado también a la salud reproductiva han estado los estudios sobre una de las principales causas de muerte en Cuba: el cáncer. La preocupación por la incidencia que tiene el cáncer de mama, de próstata y cérvico-uterino en la mortalidad y morbilidad de hombres y mujeres ha propiciado este tipo de investigación, entre cuyos resultados se hayan las comparaciones estadísticas de su prevalencia frente a otros tipos de cáncer, los análisis diferenciales según sexo, por regiones, raza y edades, los años de vida perdidos, y los factores de riesgo reproductivo y sexuales, tales como: edad menárquica, lactancia materna, paridad, antecedentes materno-filiales de las patologías, edad al parto, edad menopaúsica, actitud ante la detección precoz y su vínculo con estereotipos de género (Argote *et al.*, 2010; Domínguez *et al.*, 2009).

Un área sensible al género con amplia producción en el país ha sido la de salud mental. Su característica esencial es que ha estado conectada a disímiles investigaciones, algunas de las cuales se han citado ya en este trabajo. No sólo la investigación sobre violencia está interesada en develar el impacto sobre la mente humana de ese fenómeno, es notable el número de investigaciones que en casi todos los temas de sexualidad y reproducción se plantean explorar las determinantes subjetivas del género: las representaciones sociales de adolescentes, jóvenes y adultos de diferentes sexos sobre su sexualidad y reproducción, los impactos emocionales que provocan de manera desigual en hombres y mujeres las enfermedades de diversa índole, la incidencia de los factores subjetivos del género en la producción de enfermedades, etc. Una investigación pionera fue "Género: salud y cotidianidad en Cuba", de las compiladoras Celia Zarduy y Ada Alfon-

so (2000). Aunque ha sido importante el vínculo entre salud mental, género, sexualidad y reproducción, algunos autores ya apuntan a investigar otras áreas de relación de la salud mental como la del trabajo (Guerrero *et al*., 2002).

El impacto que las condicionantes de género tienen sobre la mortalidad y morbilidad de hombres y mujeres no sólo se refleja en su sexualidad, reproducción y salud mental, también incide sobre muy diversas enfermedades y problemas de salud que no tienen la misma acogida en las publicaciones de salud en Cuba. Existen áreas de salud que no han sido sensibles a una transversalización de género, sólo se conocen los diferenciales estadísticos de comportamiento de la enfermedad según sexo, pero no se tiene certeza, por falta de investigación, de cómo inciden los roles de género, las diferentes condiciones de vida familiar y laboral en que participan hombres y mujeres, y la influencia de los diferentes componentes estructurales. Entre estas áreas se hallan: 1) los estudios sobre las enfermedades cardiovasculares, de hipertensión arterial, de enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus; 2) los de salud ocupacional; 3) de nutrición; y 4) los de salud ambiental, por mencionar solo algunos.

La investigación en salud nutricional en Cuba ha avanzado mucho en los estudios sobre el crecimiento de diferentes grupos humanos, sus mediciones antropométricas, y las enfermedades que caracterizan al estado nutricional de la población cubana, la comorbilidad entre enfermedades nutricionales y otras que deciden el perfil de mortalidad entre cubanos. Se ha afirmado de manera reiterada que la obesidad y la anemia son dos enfermedades más relevantes que la desnutrición en el país. En la década del noventa se realizó un estudio nacional sobre la vulnerabilidad alimentaria que arrojó desigualdades entre las regiones, de manera particular una situación de mayor riesgo en las provincias orientales, y entre embarazadas y niños recién nacidos y menores de cinco años. Se ejecutó de manera conjunta entre el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Instituto de Planificación Física de Cuba (IPF). No puede considerarse un estudio de pobreza, pero evidenció la delicada situación que se produjo en el país durante ese período y la necesidad de tomar decisiones políticas para mejorar los indicadores de salud materna e infantil. Aunque el peso de los indicadores de riesgo recayó sobre factores naturales, se consideró que la baja participación femenina en el empleo en 52% de los municipios de la región afectaba su autonomía y eso era un factor de riesgo para su nutrición y la del niño. También se tuvieron en cuenta por un informe de consultoría del PMA otro conjunto de problemas que persisten en la distribución igualitaria de los beneficios y su peor repercusión para la mujer (PMA e IPF, 2001: 102-103).

Las publicaciones sobre nutrición en Cuba enfatizan en la distribución de las enfermedades nutricionales según sexo, y la escasa diferencia. Estudios sobre lactancia materna y nutrición de la mujer embarazada no reconocen una práctica sexista sobre la distribución de alimentos. Sin embargo, en un país donde se atiende de manera diferencial a las embarazadas, se obtienen datos constantes de la situación vulnerable de mujeres que ingresan a los hospitales maternos para lograr un mejor balance nutricional y tener un parto con calidad, lo cual significa que sí existen repercusiones desiguales entre hombres y mujeres debido a la vulnerabilidad alimentaria en la familia. Aunque los problemas no tengan el mismo efecto como los que declaran los informes mundiales de mayor hambre para mujeres y niños en otras regiones y países del mundo. Se requiere, por tanto, de una profundización en los factores de género y su interacción con los biológicos que pueden estar incidiendo en esa desigualdad. La investigación sobre pobreza podría arrojar más resultados, si incorpora la perspectiva de género y salud nutricional.

En salud ocupacional se ha prestado más atención a la relación de los factores químicos con las enfermedades profesionales y los accidentes laborales y se han subestimado los riesgos asociados a los factores psicosociales, entre los cuales se halla el género. No obstante, merece mencionarse el avance que se ha logrado en el vínculo entre desigualdades de género en las condiciones de trabajo, por un lado, y, por otro, la identificación de la mayor incidencia de algunas enfermedades oftalmológicas como el pterigión en hombres (Rojas, 2009); los riesgos psicosociales laborales y extralaborales según sexo y la distribución diferente de las patologías psiquiátricas en hombres y mujeres (Guerrero *et al*., 2002); la exposición ocupacional, las neoplasias malignas y su repercusión en la invalidez total y temporal por sexo (Linares, 2004);la relación entre morbilidad ocupacional e invalidez temporal según sexo (Hernández, 2009); envejecimiento y trabajo(López, 2010; Díaz *et al*., 2010); y la asociación entre invalidez, jubilación y las diferentes repercusiones entre hombres y mujeres(Rodríguez *et al*., 2009).

El desbalance entre los estudios de salud sexual y reproductiva y los de salud ocupacional es evidente, pero obedece al más débil desarrollo de esta última disciplina o, quizás, a la centralidad que han tenido en la evaluación de salud los aspectos sexuales y reproductivos. En salud ocupacional las escasas investigaciones de género han demostrado interés tanto por el estudio de la morbilidad ocupacional femenina como la masculina y sus diferentes repercusiones.

El fenómeno del envejecimiento poblacional ha fomentado un incremento importante de las investigaciones sobre el tema. Como se

puede inferir de la exposición hecha hasta el momento, este ha sido un tema sensible al género, asociado tanto a cuestiones de salud reproductiva como ocupacional, de nutrición, etc.

En la línea de investigación que los salubristas cubanos han desarrollado sobre condiciones de vida se encuentra una investigación que pudiera considerarse el antecedente más sustancial de la presente. Desarrollada por un colectivo de investigadoras de la Escuela Nacional de Salud Pública sobre la interacción entre condiciones de vida, género y vejez en tres territorios del municipio de Guanabacoa de la capital. Combina técnicas cualitativas y cuantitativas, e incorpora a la medición de las desigualdades de género la construcción del Índice de igualdad de 65 años y más. La conclusión más relevante es la asociación estrecha que se encontró entre condiciones de vida desfavorables y desigualdades de género: las ancianas que más maltrato recibían, tenían más sobrecarga de trabajo y más enfermedades padecían, estaban en el consultorio con familias en condiciones de vida desfavorables. El índice de igualdad arrojó el menor valor en esa área de salud, un 0,40 (Castañeda *et al*., 2009).

Definitivamente, también existe una esfera de indagación que ha sido sensible a la transversalización del género, que pudiera nominarse bajo el título más general de "Estudios sobre procesos de empoderamiento de la mujer en salud", derivados sobre todo de su creciente participación y protagonismo como gestora de salud. Engloba múltiples aspectos dado que nos encontramos en sociedades complejas que operan bajo una división del trabajo, en la que el género es una de tantas. Se trata del análisis crítico a la historia de la participación femenina y masculina en los procesos de institucionalización de la salud en Cuba, de los cambios que se han producido en su protagonismo de los últimos tiempos, del papel de cada uno de los sexos en la estructura ocupacional del sistema de salud y el enfoque de género a la política de salud. Dado que la presente investigación concibe un apartado para el desarrollo de la política de salud en Cuba en los últimos cincuenta años, esa polémica se reflejará más adelante.

Con respecto a la política de salud se puede afirmar que una parte importante de los estudios valoran los efectos positivos que ella ha provocado sobre el estado de la salud de hombres y mujeres, referidos al potencial de distribución de recursos que desarrolla un sistema único de salud que tiene como principios de organización el acceso gratuito, la equidad y el protagonismo gubernamental, pero consideran que son menores los balances críticos a los programas y a la debilidad de sus enfoques en relación a la transversalización de género. Una experta en el tema, cuando se le pide que valore si la política de

salud en Cuba incorpora el enfoque de género, afirma: "No, no incorpora el enfoque de género, las políticas de salud en Cuba son ciegas o neutrales al género, como les quieras llamar. Y son neutrales porque creo que también se deben a las bondades del sistema. El hecho de la gratuidad, de la cobertura completa, garantizar la atención materno-infantil, la atención a los niños, incluso medicalizar estos procesos con un exceso de atención para garantizar que los indicadores de mortalidad no crezcan, que yo creo que es muy bueno, aún bajo condiciones económicas bastante fuertes, no se diferencia el género, el género se sigue asociando en el mejor de los casos a la mujer y ni siquiera queda explícito en ninguna de las políticas de salud, ni en las estrategias, ni en ninguno de los objetivos estratégicos que tiene el Ministerio de Salud, ni siquiera en los de la salud pública hasta 2015. Porque se piensa que como todos tenemos derechos no se ve la diferenciación en salud" (entrevista a Artiles, 2012).

La propia Artiles —en un artículo publicado en 2012— define las fortalezas del sistema cubano que favorecen la incorporación de género, los avances en la introducción de este enfoque en la formación de recursos humanos a nivel central y de diferentes direcciones, su introducción a la construcción de estadísticas, en la definición de una línea de investigación y los retos para su aplicación en las políticas, los servicios y la evaluación de la salud (Artiles, 2012).

Finalmente, en "Bases para su aplicación en el sector de la salud" —una de las últimas publicaciones sobre género, escrita por Alfonso y Artiles— ofrece una serie de definiciones clave para el aprendizaje de la teoría de género en salud; se articula con la teoría de las determinantes sociales de la salud, explica su conexión con varias de ellas y cómo el género, en tanto categoría analítica, ayuda a develar la incidencia de los factores socioculturales en la producción de la enfermedad y la mortalidad. Se trata de un libro valioso que debe contribuir a la formación de recursos humanos en la transversalización del género a la investigación, formulación de proyectos, atención a la salud, la docencia y evaluación de programas (Alfonso y Artiles, 2011).

POLÍTICA DE SALUD, REFORMA SANITARIA Y SUPERACIÓN DE LA POBREZA EN CUBA

TRANSFORMACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL EN LA DÉCADA DEL SESENTA

La política de salud desempeña un papel decisivo en el bienestar de la población, el análisis de los efectos que ella provoca, positivos o no, es una reflexión antigua y consensuada desde el momento en que se reconoce como una de las determinantes sociales de la salud.

La concepción moderna de *salud pública* exige que la política de salud actúe de manera coordinada con otras. Si nos adscribimos al concepto de salud de la OMS, que la define como el completo bienestar físico, psicológico y social; y aceptamos que la Salud Pública es, como la entendía Terris: "la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal, organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrolla la maquinaria social que asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de su salud"(Terris, 1992); tenemos que aceptar el enfoque intersectorial para alcanzar una condición óptima en salud de la población. Decir que hay salud para todos es también reconocer que es un problema de todos.

Por eso, aún cuando la investigación pretende dar cuenta de cómo contribuye la política de salud a superar la pobreza, no puede desconocer el escenario socioeconómico en que se definieron sus enfoques fundamentales, porque se retroalimentó de él y ayudó a consolidarlo.

El desarrollo económico, social y político de Cuba desde hace más de cincuenta años sigue unos derroteros que lo diferencian sustancialmente de la historia de cualquiera de los países de la región latinoamericana y caribeña. Las transformaciones que se iniciaron en 1959 y continuaron durante sucesivos años de la década del sesenta, permitieron que la sociedad transitara del capitalismo al socialismo, y se planteara una plataforma de desarrollo en base a la igualdad social. Cuando los gobiernos latinoamericanos en el poder optaban por una vía neoliberal, creyendo que el crecimiento era la respuesta para la superación de la pobreza, el gobierno de Cuba optó por un socialismo cuyo enfoque de desarrollo combinaba crecimiento económico con distribución de la riqueza, lucha contra la discriminación racial, regional y sexual. El socialismo cubano se organizó sobre la base del papel regulador central del Estado en la vida económica y social del país. Una política social y económica única y centralizada.

La investigación histórica y económica abunda en la explicación de ese proceso de transformaciones en todas las esferas de la vida y su repercusión en el bienestar de la población (Rodríguez y Carriazo, 1987; Rodríguez *et al.*, 1985). Es esencial poner énfasis en que si bien diversos indicadores sociales reflejan un proceso de redistribución

de la riqueza y de homogenización social, eso no sucedió de manera inmediata, el efecto de las medidas que combaten la discriminación, y que tienen un arraigo cultural, son de más largo plazo, y no me refiero sólo a las que tienen que ver con lo espiritual. Para que la mujer se pudiera incorporar masivamente a un empleo con calidad diferente fue necesario primero un avance progresivo en su educación, sólo por poner un ejemplo.

Por otro lado, todo proceso revolucionario es traumático desde el punto de vista familiar, de clase, género, etc.; porque implica cambios ideológicos con respecto a los valores dominantes, a los estilos de vida y compromisos con las instituciones políticas, las transformaciones radicales potencian los conflictos entre los miembros de diferente sexo, generaciones, clase, regiones, razas. Los estudiosos de la familia en Cuba han venido haciendo énfasis en que la transición al socialismo implicó el cuestionamiento de un tipo de familia que mejora la condición de la mujer pero genera importantes contradicciones que repercuten en su bienestar y de la familia. Esa situación de conflicto se reflejó en el incremento de las migraciones durante varios períodos.

La ideología que sustenta un cambio se evidencia sobre todo en la situación de quienes resultan los principales beneficiarios, en cómo y cuánto se benefician, más allá de la retórica sobre socialismo o capitalismo.

El capitalismo que se construyó en la primera mitad del siglo XX en Cuba, y que fuera el punto de partida que generó la necesidad de la transformación radical, era una sociedad subdesarrollada con índices que reflejaban una notable presencia de la pobreza extrema. Esa miseria humana entonces se expresaba en la precariedad del empleo de un segmento amplio de los trabajadores, sus bajos ingresos, la inseguridad de la vivienda, los problemas de acceso al agua, a la alimentación, el hambre en las zonas rurales, grandes carencias ambientales en el hogar, la inseguridad política generalizada y violación constante a las libertades, la certeza de morir por ideas políticas contrarias a la dictadura establecida en 1952, los altos índices de analfabetismo, bajo y precario empleo femenino. Segmentos importantes de la población padecían de una privación humana total. El Cuadro 3 resume algunos de esos datos que la ilustran:

Cuadro 3
Comportamiento de algunos aspectos de la pobreza humana en Cuba antes de 1959.

Aspectos de la privación	%
Empleo 1957	
Desocupados	16,4
Trabajadores parcialmente ocupados	10,1
Ocupados sin remuneración	7
Total	33,5
Ingresos 1958	
Salario mínimo nominal	
Para zonas urbanas	80-85
Para zonas no urbanas	75
Índice de **condiciones de vida 1957**	
Costo de la alimentación	241,70
Salarios	319,10
Presupuesto de familias con bajos ingresos en la ciudad de La Habana en 1955	
Alimentación	55,1
Vivienda	11,2
Ropa y zapatos	6,7
Otros gastos	27
Educación	
Analfabetismo 1953	23,6
Matrícula escolar primaria 1958	45,2
Vivienda 1953	
Mal Estado en zonas urbanas	46,6
Mal Estado en zonas rurales	74.2
Viviendas alquiladas	36,1

Fuente: Rodríguez y Carriazo, 1987: 13-22.

Uno de los aspectos de la privación humana que caracterizaba a esa sociedad era la profunda inequidad que generaba entre hombres y mujeres. Una situación más precaria experimentaba la mujer en todos los órdenes. En 1953 las mujeres representaban sólo el 17% del total de la fuerza de trabajo. De todas las mujeres que trabajaban en servicios ese año, las empleadas de servicio doméstico privado representaban el 79,6%. La prostitución era una actividad bastante extendida en el país y constituía una fuente de ingreso importante para las mujeres (Pavón, 1977).

La desigualdad salarial era más severa aún que la ocupacional, se infería no sólo del predominio de las mujeres en ocupaciones peor remuneradas, sino también de que las mujeres que tenían iguales empleos que los hombres no recibían iguales salarios.

Antes de la Campaña de Alfabetización de 1961 en Cuba, se realizó un censo de analfabetismo que arrojó como resultado que el 56,7% de ellos eran mujeres (Randall, 1975).

Si las investigaciones históricas demuestran que la situación de miseria del trabajador rural de entonces era peor que la del trabajador en zonas urbanas, se infiere de ello que la condición de la mujer rural era aún más frágil que la de su homóloga en zonas urbanas. En 1953, sólo un 5% de las mujeres de áreas rurales eran parte de la fuerza de trabajo agrícola. El censo de ese año clasificó al 86,4% de las mujeres cubanas de todas las áreas como "no activas económicamente" (Larguía y Dumoulin, 1983).

La precariedad en el empleo, el salario y la educación aumenta el grado de dependencia de la mujer en el hogar, a la luz de la teoría contemporánea sobre feminización de la pobreza, la mujer cubana de entonces era mucho más pobre que el hombre, y más que las mujeres cubanas de hoy que se hallan en esa condición.

Miseria y desigualdad de género son dos formas de expresión de las inequidades que se retroalimentan; durante el proceso de transformaciones revolucionarias que se sucedió durante la década del sesenta, la superación de la pobreza exigía trabajar, por tanto, en el adelanto de la mujer. En una fecha tan temprana como el 1º de enero de 1959, Fidel dijo en una alocución al pueblo de Santiago de Cuba: "La mujer es un sector de nuestro país que necesita ser redimido, porque es víctima de la discriminación en el trabajo y en muchos otros aspectos de la vida" (Castro, 2006).Las transformaciones dirigidas a superar las inequidades de género también se desarrollaron paralelamente a las que tenían como objetivo poner fin a la pobreza extrema, y con frecuencia ambas se entremezclaban.

¿CUÁLES FUERON LAS MEDIDAS DE CARÁCTER ECONÓMICO Y SOCIAL QUE GENERARON UN ESCENARIO DE MAYOR BIENESTAR HUMANO PARA EL PUEBLO, A PESAR DEL ENDURECIMIENTO PROGRESIVO DEL BLOQUEO ECONÓMICO?

Con vistas a resumir un análisis ampliamente trabajado en la literatura histórica sobre la Revolución, procedemos a agruparlas en:

1. Las dirigidas a reconstruir las relaciones de poder en Cuba, empoderando a sectores amplios del pueblo a través del estímulo a su participación y organización política. Las mujeres se integraron en la Federación de Mujeres Cubanas y en muy diversas organizaciones sociales y políticas.
2. Las económicas, encaminadas a cambiar el régimen de propiedad y fortalecer el papel del Estado en la economía, las

cuales se sustentaron en la transformación del enfoque de la política económica.

3. Las que tenían un efecto inmediato sobre la calidad del bienestar de la población, que incidieron en la redistribución de la riqueza (rebajas de alquileres, precios de libros, tarifas de teléfonos, eléctricas, medicinas, adopción del sistema de racionamiento, nuevos proyectos de vivienda, la reforma agraria que libera a los campesinos del pago de rentas).
4. Las que pretendían mejorar la situación laboral de los trabajadores para superar la precariedad del empleo, los salarios y el casi inexistente régimen de seguridad social, que potenciaron la igualdad de sexo en el empleo y los salarios.
5. Las que se realizaron en el campo de la cultura y la educación, que tuvo entre sus acciones más importantes la campaña de alfabetización, donde la mujer se inició como sujeto protagónico colectivo, y recibió doble beneficio: como alfabetizada y alfabetizadora. Y todas las que continuaron ejerciendo un efecto de superación de sus capacidades, hasta el punto que de un país con pobre participación de las mujeres en las universidades se pasó, en dos décadas, a la feminización de la educación superior. Hecho que fue posible gracias al acceso gratuito a todos los niveles de enseñanza y a otras reformas educativas.
6. Las que se implementaron para garantizar un clima de seguridad nacional determinado por las tensiones que generaban las agresiones del Imperialismo que ponían en peligro la vida de las personas.
7. Las que crearon un marco de protección jurídica a los derechos de todos los trabajadores, y de manera especial a los más vulnerables: las mujeres y los niños.

Todas contribuyeron a crear un escenario social, político, económico y cultural diferente en Cuba. Un socialismo cubano cuyo concepto de desarrollo tiene como pilares la independencia y la protección a la seguridad nacional, el papel fundamental del Estado en todas las esferas de la actividad humana, el valor agregado del desarrollo social cuyo sustento es el principio del universalismo o la igualdad de oportunidades, y la necesidad de que todo ello se proyecte en el campo de la economía como su sustrato.

La reforma en salud fue parte de ese proceso, los nuevos conceptos que en ese área se introdujeron fueron efecto, y a la vez causa, de

los procesos políticos y económicos que se fueron consolidando durante las tres primeras décadas de la Revolución cubana.

CÓMO CONTRIBUYÓ LA REFORMA EN SALUD A LA SUPERACIÓN DE LA POBREZA Y LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO. SALUD PARA TODOS ES LA CLAVE

La situación de pobreza en que vivía parte del pueblo cubano en la década del cincuenta del siglo XX, no sólo se caracterizaba por la pobreza de ingresos o la privación de una vivienda digna, también se manifestaba como privación de salud.

La escasez de información estadística en salud que existe de este período hace difícil su análisis, incluso los censos de Cuba son escuetos en el análisis del estado de salubridad de la población, si se compara con la cantidad de datos que ofrecen de la industria y la población. El desarrollo de las estadísticas reflejaba las áreas que eran de interés para aquellos gobiernos.

No obstante, de un informe elaborado por encargo del Colegio Médico Nacional se conoce que las carencias en salud eran parte de un problema más general que esa institución bautizó como "crisis médica", caracterizada por la precariedad del ejercicio de la profesión, la escasez de empleos, los bajos salarios, la emigración de su personal hacia el exterior, la débil organización hospitalaria, poco desarrollo de los seguros de salud, desigual distribución de los médicos y servicios de salud por territorios, encarecimiento de la atención médica producto del desarrollo de su calidad, débil papel del Estado en la atención médica, bajo presupuesto del Estado dedicado a la sanidad que entre 1956-1957 fue sólo el 7,15% del total (Torras, 1972). A lo que se añadía un sistema de medicina privado y público centrado en la curación, un mercado farmacéutico controlado por firmas extranjeras y con precios altos para las medicinas, la ausencia de programas nacionales para enfrentar la grave situación epidemiológica y la prevalencia de un perfil de enfermedades transmisibles.

El trabajo de Jacinto Torras recoge los datos de la distribución de los gastos en salud de una encuesta sobre presupuesto familiar aplicada por el Banco Nacional de Cuba en 1952 (ver Cuadro 4 en página siguiente).

El total de gastos es de $ 78,98, y hay que tener en cuenta que el salario mínimo en zonas rurales era entonces de $ 75, y en zonas urbanas de $80-85, lo que significa que aunque el gasto más apreciable en las familias promedio era el de alimentación y vivienda, no era despreciable lo que se invertía en salud.

La encuesta a trabajadores rurales de la Agrupación Católica Universitaria realizada entre 1956-1957 recoge muy bien la situación de

salud en el campo. Los datos sobre salud dicen que las familias campesinas encuestadas padecían o habían padecido en un 14% de tuberculosis, 13% de tifoidea, 36% se hallaban parasitadas, 31% tenían paludismo; y sólo el 8% había recibido asistencia gratuita del Estado. Dado que en salud la higiene y la alimentación son esenciales, la encuesta indagó sobre esos indicadores y obtuvo que el 63,9% no tenía inodoro ni letrina en la casa, el 82,62% no poseía ducha, el 88,60% obtenía el agua de un pozo, y padecían de un déficit de mil calorías diarias que se reflejaba en la desnutrición, caída de los dientes y envejecimiento precoz (ACU, 1972). En varios estudios económicos se demuestra que la pobreza de ingreso y la más aguda privación humana se concentraba entre los trabajadores rurales.

Cuadro 4
Gastos familiares en salud (1952)

Rubros de salud	$	%
Pagado a médicos por consultas, visitas, etc.	13,44	17
Recibos de clínicas o asociaciones benéficas	31,16	39,4
Laboratorios clínicos	2,04	2,6
Aparatos ortopédicos y otros equipos	0,30	0,4
Medicinas nacionales	13,97	17,7
Medicinas extranjeras	9,68	12,3
Dentistas	6,24	7,9
Otros gastos de hospitalización	2,15	2,7
Total	78,98	100

Fuente: Torras, 1972.

Enfermedades como la tuberculosis tenían también alta incidencia entre trabajadores urbanos. El Dr. Edilberto González apunta que "la tuberculosis era muy frecuente entre los tabaqueros como gente pobre, porque además compartían un área de trabajo artesanal que no eran lugares pequeños, pero estaban muy hacinados y fíjese que en 1882 fue cuando se descubrió el bacilo de la tuberculosis y casi 20 años después los trabajadores de ese sector mandaron a un médico santiaguero a estudiar esas cosas allá en Europa para venir a trasladarlas para acá y allí se fundó la primera liga y a partir de entonces se desarrolló en todo el país, eso lo pagaban los propios trabajadores más las personas que abonaban dinero en la liga, ya fue muy avanzado después de Machado creo, por los años treinta,

que se fundó el consejo que ya tenía" (entrevista al Dr. Edilberto González Ochoa, 2012).

La marginalidad que sufría un tuberculoso en esa época la describe este médico de la siguiente manera: "la situación era que una vez tuberculoso en Cuba, gente pobre, estaba condenado a la muerte y era frecuente que en las provincias orientales, centrales, sobre todo en los campos, cuando un familiar era tuberculoso obviamente estaba condenado a morir, porque había dos disyuntivas o por lo menos dos alternativas; la familia se hace cargo del enfermo que pronto tendría que dejar de trabajar por dos razones: se sentía débil pero además cuando se enteraban en los lugares que estaba tuberculoso lo despedían y nadie quería un trabajador tuberculoso en su fábrica o en su tienda y además en la casa lo aislaban" (entrevista al Dr. Edilberto González Ochoa, 2012).

El problema de la inequidad en salud obedecía más al bajo acceso que la población tenía sobre sus beneficios. Es el caso de la escasa cobertura de la vacuna BCG para que los pobres pudieran protegerse contra la tuberculosis, y de las pruebas fotorradiográficas que ayudaban a identificar la magnitud de su expansión. Esa situación determinó que la tasa de mortalidad para esta enfermedad en 1959 fuera de 27,7 por cada 100.000 habitantes (Beldarraín, 2012).

Un estudio sobre la pobreza crítica en Cuba, en sus aspectos de salud, recogió los siguientes datos sobre esta década:

Cuadro 5
Indicadores de salud

Indicador de salud	Tasas
Esperanza de vida	62,3 años en 1950
Mortalidad infantil	40,0 por 1.000 nacidos vivos en 1958
Mortalidad materna	118,2 por 10.000 nacidos vivos en 1960
Tasas de mortalidad por	
Gastroenteritis	41,2 por 100.000 habitantes en 1958
Poliomielitis*	4,3 por 100.000 habitantes en 1959
Enfermedad diarreica aguda**	58,1 por 100.000 habitantes en 1962

Fuentes: (Instituto de Desarrollo de la Salud, 1982) *(Ferrer y Más, 2011)**(Rojas y López, 2000).

Si los datos de salud que se ofrecían eran pocos, la desagregación de esas estadísticas según sexo era más pobre aún, a lo sumo se recogían los de población y empleo. El informe citado refleja una alta tasa de mortalidad materna en 1960, año en el que aún se padecían las consecuencias sociales del sistema de salud heredado.

En 1958 Cuba contaba con diez hospitales maternos y se calculaba que sólo el 20% de las mujeres tenían atención durante el embarazo, situación que era más crítica en zonas rurales (Pavón, 1977:89). Las mujeres entonces padecían mucho más que los hombres todo el impacto que la crisis médica generaba en la familia, debido a su rol tradicional de cuidadoras y su alta condición de dependientes de la figura masculina, dominante como jefe de hogar en una entidad muy patriarcal; experimentaban el riesgo de contraer las enfermedades de transmisión que prevalecían, y además la desatención a su salud reproductiva, lo que se reflejaba en los altos valores de mortalidad infantil y materna.

Se sabe que para esa fecha en Cuba el aborto estaba generalizado pero era ilegal, que existían clínicas privadas que lo practicaban, pero también se hacía en locales sin las condiciones mínimas de higiene, lo que entrañaba un alto riesgo de muerte para las mujeres, sobre todo las pobres que no podían pagar los precios de las clínicas privadas. El número considerable de mujeres dedicadas a la prostitución permite presumir el riesgo en que muchas de ellas estaban de contraer enfermedades de transmisión sexual, y morir por esa causa. La novelística cubana refleja muy bien cómo las desigualdades en el matrimonio, incluso de familias de clase alta, contribuían a que las esposas contrajeran las enfermedades sexuales que sus maridos portaban debido a la práctica sistemática de promiscuidad sexual con prostitutas.

Los cambios radicales en la política y la economía siempre están asociados al nacimiento de nuevas ideas y prácticas en la medicina, o viceversa. La medicina social nació en Europa cuando se producían las revoluciones políticas e industriales que contribuyeron al nacimiento de las sociedades capitalistas que allí prevalecen hoy. Se puede afirmar que ella también es hija del gran movimiento de la Ilustración en la ciencia social y de salud.

La reforma sanitaria cubana que se desplegó en los años sesenta se realizó en un contexto internacional y regional diferente al que vivieron los países latinoamericanos que emprendieron sus reformas a partir de los ochenta. La cubana marchó en otra dirección y fue profundamente radical, al punto que el término "reforma" parece no ajustarse a la naturaleza de las modificaciones que promovió, no obstante la autora prefiere usarlo haciendo esta salvedad.[6]

---

6 En 1995, en la reunión especial sobre reformas del sector Salud se consensuó la siguiente definición: proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector Salud, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

La reforma de salud en Cuba tuvo carácter socialista y provocó una gran transformación en el sector, su naturaleza y enfoque es coincidente con el de las transformaciones que se sucedían en los otros ámbitos de la sociedad ya explicados.

La ideología de la socialización de la medicina inspiró la reforma sanitaria. El objetivo fue crear un Sistema Nacional de Salud: único y estatal, en el cual desaparece, como forma dominante, la propiedad privada sobre los servicios de salud, la industria y comercialización de los medicamentos. La reforma estuvo impulsada por un enfoque humanista de la salud que se concretó en su reconocimiento como derecho para todos.

El escenario de definición de esa nueva salud fue también un espacio de conflictos entre neocolonia-medicina privada, de un lado, y nación-socialista-medicina para todos del lado que se estableció como hegemónico. Sucedió entonces, que cuando los intereses que pretendían mantener a Cuba en el estatus de neocolonia fueron tomando medidas en el campo de la salud que tenían un efecto negativo sobre la población, el nuevo gobierno dio respuestas de radicalización de sus posiciones a favor de una medicina social y humanista.

La medicina humanista está en el enfoque de salud del nuevo liderazgo político del movimiento que impulsó la revolución. La radicalización de su práctica por vías estatales y socialistas fue una respuesta a la reacción de los consorcios norteamericanos que veían sus intereses lesionados ante un escenario diferente de la salud. El espacio de la nueva medicina fue de confrontación de clases, de eliminación de la explotación del médico por el médico, de la lucha por la igualdad en el campo de la salud como proceso de trabajo, no solo entre médicos, sino entre profesionales de la salud.

La historia de Cuba recoge la importante participación de los médicos en la guerrilla, como profesionales de la salud y guerrilleros, el caso del *Che* es sólo uno de tantos. Esa realidad permitió organizar hospitales y dispensarios en zonas de guerra que brindaban atención a los heridos y a los campesinos y sus familias por muy diversas enfermedades, el acceso gratuito y las primeras acciones de prevención que los caracterizó, empiezan a definir lo que sería la nueva salud.

Las acciones de la Reforma se pueden agrupar de la siguiente manera:

1. El primer paso de la reforma, una vez que el nuevo gobierno se instala en el poder, estuvo dirigido a la lucha contra la corrupción en el sector.
2. El desarrollo de los recursos humanos, inspirado en la reforma educativa y cultural que vive el país y que se hacía extensiva a

la salud, y a la necesidad de atender el déficit de personal por cuenta del éxodo de profesionales.

3. Se trabaja en lograr una normatividad de más calidad, tanto económica como médica, y en el desarrollo de las estadísticas.
4. Introducción de la planificación como estilo de trabajo en salud. Se crea una dirección adscrita a la Vicedirección económica del MINSAP y se construye el primer plan. Más tarde aparece la filosofía de construcción de programas para atender problemas de salud específicos.
5. Se produce una reorientación de la práctica curativa hacia la preventiva, sin abandono de la primera.
6. La constitución del Sistema Nacional Único, a partir de la Ley de Salud Pública de 1961. La socialización de la medicina no fue fruto de una transformación tan radical e inmediata, que en otras esferas sí sufrió la propiedad como resultado de las nacionalizaciones socialistas. Aquí se preservó la consulta privada y el mutualismo hasta 1970. Pero el Estado asumió el papel fundamental en el impulso a todas las actividades de salud.
7. La descentralización en su gestión, aunque se mantiene centralizado en las decisiones de política que permiten expandir todas las acciones a lo largo de los territorios del país.
8. Se impulsa la participación popular en las actividades de salud pública que benefician directamente al pueblo. Se involucra a las organizaciones de masas en diferentes campañas de salud. Gracias a este enfoque surge la Brigadista Sanitaria, creada conjuntamente con la Federación de Mujeres Cubanas, y que en la práctica fuera cualquier mujer que en la comunidad estuviera dispuesta a apoyar los programas sanitarios que creaba la Revolución; se inició su participación por el de vacunación. Las organizaciones de masas constituyeron frentes con funciones de salud. La participación del gremio en el respaldo a la reforma y la consolidación de una dirección de carácter progresista en el Colegio Médico.
9. Se impulsa la intersectorialidad del trabajo en salud, conjuntamente con el Instituto Nacional de la Reforma Agraria, las organizaciones de masas, se le otorga al MINSAP actividades de control de la salud de los trabajadores de la industria, apoyo multisectorial a las campañas de vacunación desde 1962.
10. La formación de nuevas instituciones de investigación y el incremento de la inversión en esa área de salud; cuya primera

acción fue la fundación del Consejo Científico en 1962. Y luego la creación de laboratorios en todo el país.

Todas las acciones mencionadas tuvieron un efecto importante sobre la reducción de la pobreza y las desigualdades, en tanto contribuyeron a definir un sistema de salud con preeminencia del Estado, participación popular y filosofía de equidad en salud. Pero algunas incidieron más directamente en la accesibilidad y disponibilidad de los recursos de salud, logrando una redistribución de los mismos, ellas fueron:

1. Establecimiento del acceso gratuito a los servicios por decreto ministerial de 1960, la cual tuvo un efecto benéfico para toda la población.
2. El desarrollo del sistema de salud primaria que hizo posible un incremento del acceso acercando el servicio a la familia y una mayor presencia de médicos involucrados en la atención. En 1964 se plasma con la construcción del Policlínico Integral.
3. Mejoría del salario de los trabajadores de la salud, de su situación con el empleo y la vivienda.
4. Se incrementa el presupuesto del Estado dedicado a salud.
5. Se incrementa el número de camas en los hospitales del Estado.
6. La consolidación del servicio médico rural durante el período, mediante la construcción de nuevos hospitales rurales y la inauguración del primer hogar materno en 1962. Este servicio estaba encaminado a cubrir el déficit de instalaciones sanitarias en el campo y atender las peores condiciones sanitarias en que vivía esa población.

La contribución que el personal de salud hizo a la superación de la pobreza extrema trascendió su habitual trabajo de atención a la salud de la población. Dejemos hablar a uno de los protagonistas de ese período que dirigió los procesos de cambio en salud en la región de Oriente: "Cuando llegué al servicio rural, estaba empezando a aplicarse la Ley de reforma agraria, y en los primeros días de aplicación de la reforma agraria, estaba en lo que se llamaba la zona O-28 […] asimilé la idea de que aquello era un programa único, Reforma Agraria, Educación y Salud, esas tres cosas eran la misma cosa. Me comporté frente a esos fenómenos como la misma cosa, tanto, que trabajé con los maestros rurales y trabajé con gente de la Reforma Agraria, en cosas de ellos. Y en aquel caserío, un médico era un genio con lo que sabía, comparado con los que vivían allí. Entonces los ayudaba a redactar documentos,

a verificar una cuenta, cosas sencillas, ayudaba a los maestros. Ya no estaba en Baracoa cuando la gran campaña de alfabetización, ya había sido trasladado a la ciudad de Bayamo como coordinador de los médicos rurales de una parte de la Sierra Maestra. Fui alfabetizador en la ciudad de Bayamo en un barrio de gente pobre donde los que tenían trabajo trabajaban en la fábrica de lácteos, la compañía era la Nestlé, con una gran fábrica de leche condensada, leche evaporada, etc., ésa fábrica sigue ahí. En ese barriecito en un cobertizo que había acerca de la fábrica, por la noche alfabeticé (entrevista al Dr. Francisco Rojas Ochoa, 2012).

El trabajo intersectorial en salud fue decisivo en este período. El propio Rojas Ochoa lo confirma: "El padrino del servicio médico social rural en Baracoa no fue nadie de Salud, ni nadie de otro organismo que no fuera el jefe de la zona de desarrollo agrario O-28 de Baracoa, Carlos Chain Soler [...], fue el padrino de nosotros, el que nos consiguió los recursos que nosotros necesitábamos. El hospitalito de Imias, nos lo construyó el MICONS, no lo construyeron los constructores, el hospitalito de allí fue una construcción de la sociedad del pueblo, movilizada, organizada y dirigida por José M. Miyar (Chomy)" (entrevista al Dr. Francisco Rojas Ochoa, 2012).

Una cualidad de la reforma ha sido su carácter sostenido durante varias décadas, ello ha hecho posible el perfeccionamiento del sistema en base a estos pilares. El nivel de atención primaria, tan importante para cumplir el objetivo de salud para todos, tuvo dos momentos posteriores de progreso que se tradujeron en mejoría del acceso: en 1974 la transición al Policlínico Comunitario y en 1984 la aparición del Médico de la Familia, una institución que acerca aún más los servicios médicos generales y de enfermería a la familia. Si exploramos varios indicadores de recursos económicos en función de la salud podemos observar cómo van mejorando en cada período histórico en que se fortalece la accesibilidad y disponibilidad de recursos en salud.

El gasto del presupuesto del Estado también se va acrecentando durante el período. Antes de 1959 el presupuesto asignado a la salud pública era de 22.670.000 pesos anuales. En 1981 se había incrementado a 558.931.100 pesos, representando un 15% del total de los gastos del Estado (Instituto de Desarrollo de la Salud, 1982). En 1994, a pesar de haberse iniciado ya el período especial, el gasto para salud ascendió a 1.061,1 millones de pesos, un 17% del total (CIEM, 1997). El gasto por habitante también evoluciona de 3,72 pesos en 1959 a 98,56 en 1990 (MINSAP, 2007:129).

Cuadro 6
Evolución de algunos recursos en salud

Indicadores	1970	1980	1990
Médicos por 10.000 habitantes	7,2	15,6	36,5
Consultas externas por 100 habitantes	251,5	308,3	453,4
Ingresos hospitalarios por 100 habitantes	12,6	13	15,2

Fuente: MINSAP, 2007.

Durante los años setenta el enfoque humano de la política de salud se ratifica. En 1975 se dedicaron dieciséis tesis del Primer Congreso del Partido al tema de salud. Todas refuerzan el enfoque de salud pública, de prevención, de acceso universal e importancia del nivel de atención comunitaria o primaria. Se hacen referencias especiales a los ancianos, los niños, las mujeres y, en general, a los trabajadores. Las tesis abarcan todas las actividades en salud desde la mejoría a la asistencia, en la prevención, la investigación, la educación del graduado en salud, en la organización del sistema y modernización de la industria. Refrenda el carácter humano de la salud en Cuba, la preeminencia del estado en el desarrollo de esta actividad social y su preocupación por la salud del pueblo. También se hace referencia al control de las epidemias y su erradicación.

El carácter socialista e igualitario del sistema de salud, así como la protección a la salud de los trabajadores como obligación del Estado, fueron refrendadas en la Constitución aprobada en 1976. El Artículo 50 establece el derecho de todos a que se atienda y proteja su salud.

En 1978, cuando la OMS realiza la Conferencia de Alma Ata sobre atención primaria, ese nivel estaba consolidado en Cuba como el más importante en los servicios de salud, se había extendido a todo el país el modelo del policlínico en la comunidad.

Desde 1964, cuando se crea el primer modelo de policlínico este ya incluía el enfoque de programación y definía trabajar con varios programas de salud como el de Control de enfermedades transmisibles, Materno-infantil, Asistencia médica al adulto, Asistencia estomatológica, Higiene de los alimentos, entre otros.

La introducción de la programación durante las tres décadas, combinada con los enfoques de prevención y equidad social y su control por el subsistema primario de atención, contribuyó a la superación del cuadro de enfermedades que determinaba el precario estado de salud de la población en la década del cincuenta, en particular de los pobres. Uno de esos programas fue el de Inmunización, el cual se

conformó en 1962 y estaba dirigido a la prevención de cuatro enfermedades: poliomielitis, difteria, tétanos, tosferina y una forma clínica grave: la meningitis tuberculosa.

Cuadro 7
Enfermedades transmisibles eliminadas en Cuba, según años

Enfermedades	Año
Poliomielitis	1962
Difteria	1979
Sarampión	1993
Tos ferina	1994
Rubeola	1995

Fuente: Torres *et al.*, 2011.

Ese programa ha sido evaluado recientemente como el más exitoso del país por convertir a Cuba de un país importador de vacunas a exportador y favorecer el cambio del perfil epidemiológico de enfermedades transmisibles a crónicas no transmisibles (Rojas, 2011). Ha contribuido a que las vacunas no sólo sean una fuente de salud para la población, sino también un producto que impulsa a la industria nacional de biotecnología y vía para obtener recursos materiales para el desarrollo.

Otro programa de salud que ayudó a la superación de la pobreza fue el de Tuberculosis, aprobado en 1963. La clara comprensión que entre los salubristas existía sobre la incidencia que esa enfermedad tenía entre las familias pobres, influyó en la decisión de llevar a cabo acciones en territorios donde prevalecía la pobreza extrema, como fue el caso de la Ciénaga de Zapata. La investigación nacional masiva mediante la técnica de la fotorradiografía la dirigió el Dr. Gustavo Aldereguía, quien encabezaba el Departamento de Tuberculosis del MINSAP y era considerado el tisiólogo más importante de Cuba (Beldarraín, 2011). El Dr. Edilberto Ochoa —que fue fundador de este programa— afirma que "en las zonas rurales como política se hacían radiografías de tórax utilizando un equipo que era móvil, que era un equipo de rayos X montado en un camión, en un ómnibus grande, y eso se llevaba a las zonas más apartadas donde en esos momentos no llegaban los servicios, te estoy hablando del año 1963,1964. Sobre todo en las áreas rurales, en la Sierra Maestra se hizo, en el Escambray, en Pinar del Río, en la sierra del Rosario para cubrir todas las áreas campesinas

y hacer la búsqueda de la tuberculosis entre los pobladores y tratar a los enfermos tuberculosos" (entrevista al Dr. Edilberto Ochoa, 2012).

La estrategia de combate a la tuberculosis reflejaba los nuevos enfoques que empezaban a prevalecer en epidemiología. Su resultado fue una detección de 4.958 casos en 1965, valor tope que luego fue reduciéndose cuando se comenzó a trabajar en la vacunación masiva del BCG. En 1961 la tuberculosis estaba entre las 10 primeras causas de muerte —con una tasa de 17,1— mientras que a principios de los noventa su incidencia era sólo de 0,5 (Torres *et al.*, 2011).

El Dr. Edilberto Ochoa describe el proceso de su masificación: "todos los trabajadores eran convocados y tenían que tener un carnet de salud que consistía en estar al día en las inmunizaciones que correspondían, además de un examen físico y una radiografía de tórax, precisamente buscando las lesiones tuberculosas y otras enfermedades del pulmón como por ejemplo el cáncer pulmonar y entonces había que renovarlo a principio de año, dependiendo de la edad cada 5 años" (entrevista al Dr. Edilberto Ochoa, 2012).

Una medida dirigida a neutralizar los efectos sociales que generaba la tuberculosis entre quienes la padecían fue en 1969 el acuerdo entre el MINSAP y el Ministerio del Trabajo de establecer el tratamiento obligatorio de la tuberculosis pulmonar a todos los trabajadores garantizándoles el 100% de su salario, con lo cual su familia no quedaba abandonada cuando el enfermo se veía necesitado de un ingreso o de renunciar temporalmente al trabajo para restaurar su salud.

Existen enfermedades que han sido estigmatizantes para quienes la padecen, que profundizan la pobreza debido al aislamiento que provoca en el enfermo; la tuberculosis es una de ellas. El Dr. Edilberto comenta cómo también la política de salud se dirigió a superar esa actitud: "una de las cuestiones más duras que tuvimos que vencer en aquel tiempo fue en primer lugar cambiar 180 grados los mensajes que se daban y educar primero al personal médico, al sistema de salud y a la enfermera que tenía que llegar a la comunidad, a transformar la idea estigmatizadora de siglos que obligaba a segregar a los enfermos de tuberculosis hasta dentro de su propia vivienda" (entrevista al Dr. Edilberto Ochoa, 2012).

La estrategia que hoy tiene el Programa Nacional de Inmunización es muy clara en la definición de sus principios fundamentales: 1) vacunación dirigida a toda la población, 2) totalmente integrado a la atención primaria de salud, 3) activa participación comunitaria y 4) los servicios son gratuitos (Rojas, 2011: 52).

La visión de programación en salud se ha ido fortaleciendo debido a la eficacia que ha demostrado en la mejora de los indicadores de salud de la población. De apenas unos pocos programas que existían

en la década del sesenta se ha pasado a la elaboración de programas por enfermedades. Muy diversos problemas de salud en Cuba tienen como referente un programa que define objetivos, acciones e instituciones nacionales de todos los niveles de salud, en particular el primario, para su detección precoz y tratamiento. No es necesario que la enfermedad esté entre las primeras causas de muerte, porque la lepra es una enfermedad de baja endemicidad y cuenta con un programa.

El cambio que se produjo en los indicadores más importantes que definen el estado de salud de la población es un efecto de la reforma.

En relación a la etiología de la mortalidad se puede afirmar que: las dos principales causas de muerte en Cuba desde antes de la reforma siguen siendo las del corazón y los tumores malignos. Del tercer lugar fueron desplazadas en la década del ochenta las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) por las Enfermedades Cerebrovasculares. En 1975, la mortalidad por enfermedades infecciosas parasitarias era el 1,3% del total de las defunciones del país, en 1990 el 0,6% (MINSAP, 2007: 83).

Cuadro 8

Evolución de las tasas de las principales causas de muerte

Causas	1970	1981	1993
Enfermedades del corazón	148,2	176,1	199,2
Tumores malignos	98,7	109,6	128,5
Enfermedades cerebrovasculares	60,1	56,4	68
Influenza y neumonía	42	39,9	46,7
Accidentes	36	39	51,6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	-	-	24,4
Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares	23	26,2	31,3
Diabetes Mellitus	9,9	12,5	21,3
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	11,8	21,7	21,7
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6,7	6,2	9,5

Fuente: MINSAP, 2007: 33.

Se reduce la incidencia de las enfermedades transmisibles, pero se acrecienta el peso de las no transmisibles de manera sostenible. Estudios de salud se lo atribuyen al envejecimiento de la población, que transitó de un índice de 0,242 en 1970, a 0,523 en 1990 (MINSAP, 2007:22). Cuba adquiere desde entonces un patrón de enfermedades de países con alto nivel de desarrollo social. Lo que no quiere decir

que los pobres no experimenten estas enfermedades o que las mismas estén vinculadas a factores ajenos a la pobreza.

La *esperanza de vida* es un indicador de calidad de vida, su comportamiento evolutivo también sintetiza la prioridad de la inversión en salud durante estos años.

Cuadro 9
Evolución de la esperanza de vida durante el período

Años	Valores
52-54	62,29
69-71	70,04
88-89	74,75

Fuente: MINSAP, 2007: 15.

Se observa un incremento sostenido de la esperanza de vida que en 1971 sobrepasó los 70 años. La reducción en la mortalidad infantil pesa sobre el crecimiento de la esperanza de vida, y refleja las ventajas en salud de las que disfrutan los niños cubanos.

Cuadro 10
Evolución de los indicadores de mortalidad de Cuba

Indicadores	1970	1980	1990
Mortalidad infantil (por mil nacidos)	38,7	19,6	10,7
Mortalidad del menor de cinco años	43,7	24,2	13,2
Mortalidad bruta por mil habitantes	6,3	5,7	6,8

Fuente: MINSAP, 2007.

La mortalidad infantil se redujo tanto en el menor de un año como en el de cinco, a unos valores tan bajos de los cuales se puede inferir el papel que los servicios de salud estaban desempeñando en la superación de las desigualdades de perfiles epidemiológicos entre niños de diferentes territorios y grupos familiares. Sin embargo, la mortalidad general mantuvo cifras con discretos incrementos que se asocia al envejecimiento que ya estaba avanzando (Rojas, 2009: 172).

Quiere decir que cerrando la década de los ochenta, e iniciando los noventa, los valores de salud también atestiguan el bienestar con equidad que había alcanzado la población cubana. El ya citado

coeficiente de Gini calculado por Zimbalist para 1986 de 0,22 refleja la reducción de las desigualdades sociales. La población en riesgo en zonas urbanas —según Ferriol— en 1988 era de 6,3% (Ferriol, 1998).

Pero incluso en la estructura de los ingresos y gastos de los hogares, la salud tuvo su repercusión contribuyendo con la reducción de los precios de las medicinas en la red de farmacias, el acceso gratuito a los servicios de salud y la amplia cobertura de medicamentos y vacunas gratuitas que se entregaban a través de la atención hospitalaria y de los Programas de Inmunización contra las enfermedades transmisibles.

La incidencia de esas gratuidades en la superación de la pobreza es valorada por el Dr. Rojas Ochoa, en particular lo que significó desde los primeros años de la reforma: "todo el servicio de salud, todo el servicio de educación, todo lo que hacía Bienestar Social con sus agentes comunales, y algunas cosas de las que podía el propio organismo de la Reforma Agraria eran gratuitos, allí no había que pagar nada, no había que pagar médico. Teníamos un caudal de productos que daba el Ministerio de Salud Pública que se entregaban gratuitos. Cuando se abrieron los hospitales rurales y dispensarios médicos no se cobraban las medicinas a la población rural. En la pequeña farmacia en el hospital se entregaban productos recetados por los médicos sin venderlo. Entonces hubo un impacto económico enorme, la familia se vio libre de los gastos de salud, como se vio libre de los gastos de educación. Los que no tenían educación, que eran tan pobres que los muchachos no iban a la escuela, tuvieron escuela sin pagarla y los que estaban pagando algo por la escuela dejaron de pagarla. O sea que eso significó un impacto económico, sobre todo, ¡mira! Salud, Educación, Bienestar Social e INRA, cuatro ramas, cuatro organismos del estado haciendo cosas, tres de ellos 100% gratuitas y el INRA con algunas gratuitas" (entrevista al Dr. Francisco Rojas Ochoa, 2012).

El grado de homogeneidad territorial que se alcanzó en diversos indicadores de salud, refleja también la influencia de la reforma en salud en la superación de las desigualdades sociales. Se debe tener en cuenta que uno de los problemas al inicio del cambio era la enorme distancia entre el desarrollo de la salud en la capital del país (Ciudad Habana) y el resto de los territorios. El cuadro que a continuación se expone recoge el comportamiento de los valores de varios indicadores a inicios de los años noventa. Este ya es un año en que comienza la crisis económica, pero sus efectos se reflejan sobre todo a finales de la década, y cómo veremos más adelante no afectan estos indicadores.

Cuadro 11
Situación del comportamiento de varios indicadores de salud por provincias a inicios de los años noventa

Provincias	MI* 1990	Mortalidad menor de 5* 1990	EV** 1994-95	Proporción adultos mayores*	TBN*** 1995
Pinar del Río	8,3	9,4	75,32	1,4	14,2
La Habana	9,8	11,1	74,99	1,7	14,1
Ciudad Habana	10	12,1	73,86	1,8	12,5
Matanzas	12	14,3	74,43	1,7	13,4
Villa Clara	7,6	10,3	76,52	1,9	11,9
Cienfuegos	9,9	11,8	75,85	1,7	13,2
Santi Spíritus	7,7	9,2	76,46	1,7	12,8
Ciego de Avila	11,6	14,5	75,36	1,8	12,9
Camagüey	11,4	14	74,98	1,5	12,4
Las Tunas	12,9	15,3	75,99	1,2	13,7
Holguín	12	14,5	76,57	1,4	13,0
Granma	13,6	16,4	76,46	1,1	14,5
Santiago de Cuba	11,4	14,6	75,11	1,1	14,2
Guantánamo	10,8	15,2	75,98	1,1	16,6
Isla de la Juventud	10,4	13,2	74,83	0,6	-
Cuba	10,7	13,2	74,83	1,5	-

*(MINSAP, 2007) **(ONE,2007b) ***(CIEM,1997).

Mortalidad Infantil (MI), Esperanza de Vida (EV) y Tasa Bruta de Natalidad por mil habitantes (TBN).

Es interesante observar cómo el indicador de esperanza de vida tiene la cifra más baja en Ciudad Habana, y territorios que antes mostraban una desventaja mayor en salud —como el caso de Pinar del Río— tienen mejores valores en la mortalidad infantil del menor de un año, del menor de cinco y en la esperanza de vida.

Aunque estos valores no significan la superación de todas las diferencias territoriales, sus cantidades máximas colocan a esas localidades en buenas posiciones para la época, incluso para la actualidad. En 1990, la más alta tasa de Mortalidad Infantil del menor de un año (MI) la tenía Granma con 13,6; si se compara ese valor con los que en 2010 muestran 198 países en torno a ese indicador, ese territorio ocuparía la posición 70 (MINSAP, 2010).

El bajo comportamiento de la Tasa Bruta de Natalidad refleja la amplia cobertura de la anticoncepción y del aborto como práctica realizada en hospitales a la que accedían por igual todas las mujeres de diferente raza y estatus social.

LOS AÑOS NOVENTA. LA POLÍTICA DE SALUD COMO MURO DE CONTENCIÓN HACIA UNA POBREZA EXTREMA

En la década del noventa se inició en Cuba una crisis económica que obligó a replantear el enfoque de la política económica, con la finalidad de evitar que la misma tuviera una peor repercusión que la que alcanzó a tener sobre la calidad de vida del pueblo. Los cubanos hemos llamado a esta etapa "Período especial" con el fin de destacar el carácter transitorio de sus medidas y las secuelas que las mismas provocarían. Sin embargo, a la luz de más de 20 años, cuando algunos de sus impactos más profundos se lograron superar, aún prevalecen prácticas, enfoques de política y problemas que parece tienen un carácter más duradero.

Los estudios de Ferriol y otros investigadores del INIE y el CEEC sobre pobreza, contribuyeron a visibilizar la evolución de las desigualdades que se acrecentaron en Cuba, y en el territorio de la capital durante este período. Los cálculos para 1996 muestran que la pobreza se incrementó en zonas urbanas en un 14,7%. De todas las regiones, la Oriental revelaba los porcentajes más altos (21,7) (Ferriol, 1998). En 1999 el incremento llegó al 20%, también en zonas urbanas aunque —según Ferriol— comparativamente con cinco países latinoamericanos Uruguay, Bolivia, Colombia, Ecuador y Panamá, era el segundo más bajo. El coeficiente Gini subió a 0,38 con relación a la década anterior pero seguía siendo el más bajo entre los cinco países mencionados (Ferriol, 2005).

Un estudio económico más reciente sobre la pobreza de ingresos en Cuba afirma que el umbral se halla en $841,40, que si el salario medio mensual fue de $460 en 2011, y más del 43% de los ocupados tienen un promedio inferior a este, por tanto el porcentaje de pobreza debe ser superior al aquí citado (Sandoval, 2011). El autor no ha calculado ese porcentaje, y reconoce como todos los investigadores de pobreza que este es un fenómeno peculiar en Cuba que no se expresa de la misma manera que en América Latina debido a la protección que goza la población cubana en educación, salud y seguridad social.

Existe un consenso que los problemas fundamentales de la pobreza en Cuba a partir de los noventa pueden entonces identificarse en: 1) insuficientes ingresos, 2) insuficientes alimentos y 3) deterioro de la vivienda y del transporte. Una encuesta aplicada por Ferriol en Ciudad Habana que indagaba entre un segmento de la población sobre los problemas de la vida cotidiana, identificó a estos como los principales (Mattar y Álvarez, 2004: 84).

La política de salud y la económica no fueron ya tan sincrónicas en sus puntos de vista como en las tres primeras décadas. Mientras que, por un lado, la política económica intentaba crear un modelo

con capacidad para insertar a Cuba en el mercado capitalista internacional, permitía la formación de sociedades anónimas, la inversión de empresas con capital extranjero, fomentaba el cuentapropismo, liberaba la tenencia de divisas y creaba varios tipos de mercados que operaban en diferentes monedas, por mencionar algunas de las medidas que se tomaron en el período. Por el otro, la política de salud se reafirmaba en sus mecanismos de distribución, de reforzamiento de la equidad en un escenario donde los recursos empezaron a ser más escasos y las necesidades se acrecentaban.

La introducción de nuevos enfoques en la economía no significó la renuncia al socialismo; la propiedad social siguió en manos del Estado, lo cual fue importante para el manejo central de los recursos de acuerdo a criterios de prioridad; las medidas de protección a los trabajadores sobre el empleo y la jubilación que se alcanzaron en décadas anteriores se preservaron y algunas, como las de maternidad, se ampliaron.

Sin embargo, dimensiones de la vida cotidiana familiar y laboral se vieron afectadas: los salarios reales se deterioraron, el mercado racionado de alimentos se redujo progresivamente hasta el punto que hoy la libreta por sí sola no cubre la canasta básica, sólo algunos alimentos que son vitales en la comida de los cubanos pero que no satisfacen todas las necesidades, ni ofertan la variedad de productos que se requiere para cubrir las 2.500 calorías diarias que exige una dieta saludable. Según el estudio de Sandoval, la libreta aporta sólo el 41,2% de las calorías recomendadas (Sandoval, 2012).Ello significa que la población debe buscar en otros mercados para completar la canasta básica, y requiere para ello tener varias fuentes de ingresos, en particular divisas.

Frente al impacto que la crisis económica generaba en la vida cotidiana de los cubanos y en las instituciones de educación, salud y laborales, el sistema de salud innovó perfeccionando los pilares que lo definieron en la década del sesenta, no se los cuestionó, sino que los fortaleció; pero a su vez buscó alternativas económicas que se ajustaran al momento.

Entonces, por un lado, la política de salud se tradujo en consolidar los procesos de descentralización de los servicios en la atención primaria, la práctica de la intersectorialidad, profundizar en el trabajo de prevención y en el modelo de lucha antiepidémica y buscar nuevos mecanismos que generaran más equidad en base a superar la desigualdad, o sea trabajar mejor en acciones focalizadas sobre los grupos más vulnerables. Sin embargo, para poder resolver el problema de la enorme escasez de insumos y divisas que se generó en el sector y enfrentar la atención a la salud de la población con calidad, introdujo

un mercado de venta de medicinas en esa moneda, organizó servicios pagados de atención a la salud de extranjeros que los solicitaban, y priorizó el desarrollo de la industria de la biotecnología como fuente para adquirir divisas e invertirlas en la atención gratuita de la salud del pueblo. Se busca eficiencia económica pero sin desmedro de la equidad en salud, se reafirma el espíritu de Alma Ata.

En ese enfoque radica el milagro de la capacidad de un sistema, acosado por las tensiones de la escasez de recursos, sus efectos visibles sobre los servicios de salud y el incremento de las demandas en la atención para continuar avanzando, en esas circunstancias, en el mejoramiento de los indicadores de salud de su población.

¿QUÉ PROBLEMAS DE SALUD SE TUVIERON QUE ENFRENTAR DURANTE EL PERÍODO Y CÓMO SE RESOLVIERON?

El impacto que la vulnerabilidad alimentaria provocó en el país se presentó al inicio del período desatando la epidemia de la neuritis óptica y periférica.

Entre 1988 y 1990 se reportaba una oferta de 3.130 calorías diarias para la población, que cubría el 137% de las necesidades nutricionales. En 1993, en apenas tres años, el consumo de energía se redujo a 1.863 calorías, lo que representaba el 78% de las necesidades medias (CIEM, 1997). La política económica gubernamental enfrentó esta situación con cambios en la política monetaria y del mercado.

El sistema de vigilancia epidemiológica instalado fue decisivo para su detección. En abril de 1993 se identificaron 25.959 casos, de los cuales la mayoría era del tipo óptico (Antelo, 2001: 163). La brevedad de la identificación de tal magnitud de casos se logró gracias al Modelo del Médico y Enfermera de la Familia, que ya estaba extendido por todo el país.

El Dr. Miguel Márquez, quien coordinara desde la Oficina de la OPS en Cuba las acciones para el diagnóstico de la etiología de la neuropatía y las acciones de apoyo de la cooperación para su solución, afirma que: "con las autoridades cubanas y todos los equipos de salud logramos construir el andamiaje para la neuropatía epidémica, jugamos un papel importante tanto en concientizar al mundo del problema de la epidemia, como en la movilización de más de 200 científicos, entre ellos cuatro premios Nobel, para trabajar junto con los cubanos, y se abrieron las puertas para los compañeros cubanos para que fueran a ver, analizar y profundizar sus estudios, incluso a los propios Estados Unidos. La primera vez que vimos actuar con honradez científica al gobierno estadounidense, cuando nos autorizaron a establecer relaciones con dos de sus grandes institutos; el Centro de control de enfermedades trasmisibles de Atlanta y el Instituto Nacional de Salud.

De manera que se movilizaron recursos que se necesitaban para hacer los estudios y cuando se descifró la causa, todo lo que pudimos se invirtió para la producción de las vitaminas del complejo "B" (entrevista al Dr. Miguel Márquez, 2012).

En el Taller Internacional sobre neuropatía epidémica en Cuba, la evaluación científica que se hizo de la enfermedad concluyó confirmando la hipótesis tóxico-nutricional-viral. El hábito de fumar, que ha sido una constante señalada como problema de salud de la población cubana, apareció nuevamente como un alto factor de riesgo combinado con la afectación del consumo de alimentos (Márquez, 2001:192-193).

La voluntad política del gobierno de proteger la salud de la población, la existencia de un Sistema de Salud Único con fortalezas en la atención primaria, la visión integral de la salud que acompañó el proceso de detección, investigación-diagnóstico, definición de acciones conjuntas con la cooperación internacional, y posterior producción nacional del complejo vitamínico, más su distribución masiva y educación sanitaria en la población, fueron las claves para su eliminación en corto tiempo como problema epidemiológico.

En el país no se ha logrado erradicar el hábito de fumar y sólo se obtienen muy discretos avances. Ello se debe a la contradicción que existe entre el desarrollo económico y el desarrollo de la salud que se manifiesta en torno a la producción y consumo del tabaco. Por un lado, su producción tiene un fuerte arraigo cultural, emplea a un número importante de trabajadores e ingresa una cantidad sensible de recursos en divisas, todo lo cual incide en el estímulo al consumo; y por otro, un enfoque de prevención y promoción de salud que pone énfasis en la necesidad de erradicar el hábito de fumar y reducir su consumo, porque lo considera una causa de importantes enfermedades que determinan el perfil de la mortalidad.

Se ha calculado que el consumo diario de una caja de cigarros a los precios vigentes es de $231,60 al mes, y el de dos cajas $463,20. Si el salario promedio es como afirma Sandoval de $460 en 2011, entonces se convierte en un doble problema de salud, porque a largo plazo genera enfermedades mortales, pero a corto plazo disminuye los ingresos que se pueden utilizar en alimentación. Un estudio reciente sobre el consumo de cigarros muestra un decrecimiento en 2010 a 1.363 unidades en la población de 15 años y más (de 2.164 que se consumían en 1985). En 2010, el gobierno decide suprimir su venta del mercado racionado, medida que tiene un efecto positivo de reducción del consumo per cápita a 4 diarios; pero que incide en su encarecimiento y por tanto afecta la economía de aquellos que decidieron no renunciar a fumar (Suárez, 2012). Este gasto que tantas

implicaciones tiene para la familia cubana no se ha considerado en los estudios de pobreza.

La vulnerabilidad alimentaria se reflejó también en el estado nutricional de varios grupos, de manera particular en las embarazadas y recién nacidos. En 1990 la cantidad de nacidos vivos con bajo peso se había reducido hasta 7,6% (de 9,7% en 1980). A partir de esta fecha empezó a subir hasta llegar a un pico de 9% en 1993 y 8,9% en 1994. Desde entonces se observa una reducción hasta su valor actual de 5,3% (MINSAP, 2007:122). El sistema de vigilancia en salud detectó la situación de inseguridad alimentaria que sobretodo se creó en las provincias orientales. El gobierno, junto con el Ministerio de Salud Pública, Planificación Física y la Cooperación Internacional, a través del Programa Mundial de Alimentos, tomaron medidas para solucionar el problema, entre las cuales se pueden mencionar un diagnóstico que permitió tener un "Mapa de la vulnerabilidad alimentaria del país", y en particular de la región oriental; acciones específicas sobre los grupos más afectados, de incremento en cantidad y calidad de los alimentos que recibían gratuitamente para mejorar su estado de salud.

Desde 1962 se fueron creando los Hogares Maternos que se extendieron a lo largo del país hasta llegar a la cifra de 335 en 2008(MINSAP, 2008:159). Surgen con la finalidad de aumentar el indicador de partos institucionalizados de embarazadas que vivían en zonas rurales distantes y montañosas para facilitar su traslado al hospital materno. Durante los años noventa estas instituciones asumieron la atención a todas las embarazadas que tenían déficit nutricional, lo cual era un riesgo para su salud y la del niño.

La infraestructura y el equipamiento de los Hogares Maternos se vieron afectados de manera sensible en los noventa. Durante el primer lustro de 2000, la estrategia de cooperación descentralizada entre el MINSAP y UNICEF para la región oriental contribuyó a dotarlos de equipamientos y a mejorar su estado constructivo. La innovación institucional acompañó a esa estrategia, con la creación de las Casas Maternas que protegían la salud de las madres desnutridas o con anemia sin necesidad de un ingreso en el hogar. De esa manera se le garantizaba acceso a los alimentos, previendo que en la situación de vulnerabilidad alimentaria la madre repartiera la dieta que se le asignaba entre los miembros de su familia y subestimara su situación nutricional como embarazada. A través de estas instituciones se organizó la psicoprofilaxis a las embarazadas en lactancia, para mejorar su cultura en salud materna y garantizó acceso gratuito a servicios médicos nutricionales y de diagnóstico (Fleitas, 2005c).

Una de las determinantes de la salud y la pobreza es la dimensión medioambiental, la cual se vio sensiblemente dañada durante la déca-

da de los noventa. La escasez de recursos hizo decrecer las inversiones en la infraestructura de los territorios urbanos y ello produjo un deterioro del medio ambiente que obligó a las instituciones de salud a invertir de manera sistemática en campañas para la erradicación de nuevas epidemias como la del dengue. Los avances en investigación del Instituto Pedro Kourí fueron esenciales para mantener bajo control la epidemia, así como la acción coordinada de esta institución con la red de servicios de atención primaria y de todos los niveles de atención. El Modelo de lucha antiepidémica de Cuba contempla principios de trabajo que se aplican de forma secuencial por etapas: 1) cobertura a todo el territorio de la vigilancia, 2) alerta a todas las estructuras de salud, 3) conducción del proceso por el gobierno nacional con trabajo intersectorial y multidisciplinario, 4) alerta a la población para su participación y educación y 5) asimilación de las enseñanzas que deja la epidemia (Rojas, 2009). Ese modelo ha ido mejorando en las sucesivas campañas para reducir la incidencia del mosquito que lo trasmite y atender a los enfermos.

La labor de esa institución ha sido también esencial en el control de la tuberculosis y del SIDA durante la etapa. En el caso del SIDA se mantiene una baja prevalencia. Apenas se descubrió esta enfermedad en el país, se aplicó el modelo de atención sanatorial y más tarde se transitó al ambulatorio con atención comunitaria, aplicando la investigación masiva y con acceso gratuito a los tratamientos y atención para todos los enfermos.

La tuberculosis tuvo un repunte entre 1992 y 1995, cuando comenzó nuevamente su descenso. La tasa más alta fue la de 1994, que llegó a 1,0 por cien mil habitantes: 0,9 pulmonar y 0,1 extrapulmonar. Las tasas más altas —según edades— se hallan entre los adultos de más de 65 años. De acuerdo a su distribución por provincias, los territorios más afectados fueron Guantánamo con 1,7; Ciudad Habana y Cienfuegos con 1,5 cada una, Santiago de Cuba con 1,4 y Villa Clara con 1,3 (González *et al.*, 2003). Estos valores no la colocan entre las principales causas de muerte, pero son indicativos de un retroceso de la calidad de vida de los grupos que padecen la enfermedad, y un alerta ante el riesgo de su conversión en epidemia, que no sucedió por la intervención rápida del sistema de salud. En 2011, la tasa se redujo a 0,3 (MINSAP, 2011:50).

No se puede desconocer que la tuberculosis está íntimamente asociada al hacinamiento en las viviendas y que su avance es un problema que no sólo no se ha resuelto sino que se ha agudizado en el país. Pero el Dr. Edilberto González además considera que existieron otros factores que incidieron: "En Cuba se dañaron enormemente los servicios de salud en la atención primaria, todavía no se han acabado

de recuperar, se acabaron los reactivos, las láminas para hacer los estudios, los rayos X, entonces eso se dañó completo, la búsqueda de la tuberculosis y la investigación se hicieron totalmente insuficientes y yo hice un modelo causal, en ese tiempo cuando me pidieron que estableciera una idea de la relación causal que estaba determinando eso en ese momento. En ese año (1992) me llamaron para trabajar en tuberculosis otra vez porque yo estaba trabajando en infecciones respiratorias agudas. La tuberculosis había bajado mucho, sin embargo la neumonía se mantenía como la cuarta causa de muerte y me habían pedido en la década de los ochenta que trabajara en la neumonía infantil, pero me llamaron para que mi grupo trabajara en la tuberculosis y lo primero que me pidió el director en el ministerio fue que hiciéramos una hipótesis de las posibles determinantes del alza de la tuberculosis en ese momento. Entonces nosotros le planteamos ni cortos ni perezosos que en Cuba habían influido dos cosas que interactuaron para dañar la vigilancia y el diagnóstico: en primer lugar la caída de la capacidad importadora del país, porque todos los insumos para la fabricación de los medicamentos los comprábamos en la RDA, entonces si la materia prima no entraba no se podía fabricar, todo eso se dañó, y en segundo lugar la prioridad que tenía el programa de tuberculosis a finales de los años ochenta había caído enormemente, de una primera prioridad que teníamos en el año 1963 ahora no había ninguna porque toda la prioridad del dinero se le había dado al SIDA, el VIH que venía para arriba como epidemia y por supuesto se había reservado la fuente de dinero para el programa principal que tenía salud pública que era el de la mortalidad infantil, todo el mundo entiende eso, para proteger a la población más desvalida. Son los niños y las madres con los impactos esos y como enfermedad infecciosa la que estaba surgiendo que era el VIH/SIDA […] se triplicó el riesgo de ocurrencia de la tuberculosis en menos de tres años y entonces se volvió a analizar el problema en el MINSAP y se recuperó la prioridad, porque la economía no se podía recuperar, fíjese que yo le estoy diciendo que habían dos cuestiones que las dos tienen que ir juntas, tienes dinero pero no tienes prioridad, si tienes prioridad y no tienes dinero tampoco funciona, son las dos cosas al mismo tiempo, que tiene que influir en los servicios, esas cosas interactúan […] se volvió a reunir a todos los especialistas que trabajaban, los asesores se reunían dos días sesionando allá, me invitaron a mí para trabajar en eso otra vez y se elaboró un nuevo programa de trabajo con las políticas de ese periodo, ya había médico de familia, entonces había que rescatar la atención primaria y se hizo un nuevo programa de tuberculosis y una de las cosas que no se pudo trabajar —y yo estoy abogando por eso ahora— es fortalecer enormemente el enfoque intersectorial, porque

en 1995 la economía no favorecía nada de eso, ahora yo creo que sí se entiende porque hasta tenemos promotores otra vez de tuberculosis" (entrevista al Dr. Edilberto González Ochoa, 2012).

El trabajo de salud en atención primaria es más efectivo —afirma el Dr. Edilberto—, pero requiere de un mayor nivel de gastos porque antes se atendían 28 dispensarios, ahora son más de cuatrocientos policlínicos y los consultorios asignados con sus médicos y enfermeras para ayudar en el pesquisaje y mantener el control sobre la enfermedad (entrevista al Dr. Edilberto González Ochoa, 2012). Los valores de la tasa de morbilidad también se redujeron de 10,1 en 2000 a 6,7 en 2011 (MINSAP, 2011).

El deterioro de la infraestructura pública y de la vivienda para el acceso al agua potable y el saneamiento coinciden con el ligero incremento de la mortalidad, y de la alta morbilidad por diarreas y parásitos. Su prevalencia sigue siendo baja frente a otras causas de muerte, pero reflejan la situación de deterioro de la vida cotidiana. En 1990 la tasa de mortalidad era de 4 por cien mil habitantes, en 1993 de 7,5 y luego se vuelve a reducir a 2,3 en 2011. La mayor tasa en 2011 la tiene La Habana con 2,9 (MINSAP, 2011: 88-89). La atención gratuita y comunitaria es garantía de que una alta morbilidad en diarreas no derive en alta mortalidad. En 2011 la tasa de morbilidad por enfermedades diarreicas agudas fue de 58,3 por cada mil habitantes (MINSAP, 2011:107).

La práctica de la intersectorialidad se fue retomando, y a fines de 2000 se programaron inversiones en diferentes territorios del país para mejorar los indicadores de acceso al agua y saneamiento. En 2009, Cuba alcanzó a tener un 94,5% de población con acceso a agua potable, con conexión domiciliaria en áreas urbanas un 86,5%, y un 38,6% en áreas rurales. Los datos evidencian que la peor situación se vive en zonas rurales, y allí también existe el mayor riesgo de que se propaguen infecciones. Pero no reflejan un problema que se ha hecho constante en zonas urbanas, que es el deterioro de las conexiones domiciliarias y de la infraestructura, y el despilfarro de agua en un momento de escasez, debido a variabilidad del comportamiento de las lluvias y las sequías. El cambio climático y su repercusión sobre la agudización de eventos naturales que se venían presentando hace algún tiempo, son factores a los que ha tenido que darle respuesta el gobierno y la política de salud.

En saneamiento se han logrado valores mayores de cobertura nacional (96,6%), pero la realidad en diferentes territorios es desigual, no sólo si se trata de un área urbana o rural, sino también en localidades de distinta calidad en cuanto a su urbanización. En algunas edificaciones de la Habana Vieja, por ejemplo, la población

buscando solucionar los problemas que ocasiona el uso de baños colectivos, y las roturas de las redes de evacuación de las aguas residuales, han realizado construcciones desordenadas que repercuten en la higiene familiar.

A nivel nacional está en marcha un Programa de control sanitario del agua que tiene como propósito contribuir a elevar el nivel de salud y bienestar de la población mediante acciones de prevención, vigilancia y control de la calidad del agua para consumo humano.

La coexistencia durante estos años de varios factores contradictorios, convirtió el mantenimiento y progreso de los indicadores de salud en todo un reto. Por un lado, el envejecimiento de la población continuó acrecentándose y la mayor demanda que ello significó de atención. El empeoramiento de la situación ambiental y la vulnerabilidad alimentaria crearon también nuevas demandas. Sin embargo, los presupuestos en salud se redujeron ligeramente en 1991 y 1992, y aunque luego alcanzaron algunos incrementos, no fueron suficientes por un tiempo para recuperar la calidad de las instalaciones que se deterioraron. La merma de la calidad de los servicios no fue igual para todas las instituciones, porque la búsqueda de mecanismos de autofinanciamiento en divisas colocó en mejor posición a algunas instituciones de salud, lo cual también introdujo tensiones con la demanda de atención en los servicios que estaban en mejores condiciones. El ordenamiento territorial de los servicios se quebranta debido a que la población prefiere buscar un médico conocido que esté en un hospital donde el servicio sea de más calidad.

Entre 1990 y 1995 se afectó el gasto en medicamentos, la política de salud promovió el desarrollo de la Medicina natural y tradicional y la venta controlada de medicamentos en la red de farmacias para evitar la especulación y su disponibilidad para los enfermos. Hoy se ha recuperado el gasto en medicamentos, pero aún existen problemas de escasez y se mantienen controlados un grupo de ellos por prescripción médica.

Como parte de la lógica de captación de divisas se creó un mercado de medicamentos en varias tiendas, con acceso limitado a quienes tienen esa moneda. Algunos medicamentos sufrieron incrementos de sus precios en moneda nacional, pero se mantuvo una cantidad apreciable a precios bajos y subsidiados por el Estado. Del mismo modo son gratuitos todos los servicios de diagnóstico.

A partir de 2003, el gasto en salud se acrecienta de manera sostenida, en ese año se rebasó la cifra de dos millones, que en 2011 llegó a casi cinco millones, lo que significó $438,36 de gastos por habitante (MINSAP, 2011: 141). En estos momentos se ejecuta un plan de inversiones que rescata la calidad constructiva de los servicios y de su equipamiento.

Aún en los años de mayor profundidad de la crisis económica la salud siguió siendo una prioridad en la inversión de determinadas áreas que son importantes para garantizar el amplio acceso a los servicios. En 1990 la cantidad de habitantes por cada médico era de 274 y en 2011 mejoró hasta llegar a los 143 (MINSAP, 2011: 146).

La inversión priorizada en el programa materno-infantil permitió mejorar de manera sostenida los indicadores de salud de la mujer embarazada y de la infancia. La tasa de mortalidad infantil de 2011 alcanzó la cifra de 4,9 por mil nacidos vivos, siendo en 1990 de 10,7. Otro tanto se observa con la del menor de cinco años, que el pasado año fue de 6. En la comparabilidad con América Latina ningún país la supera, y en relación a 195 naciones, se ubica en la posición 30 (MINSAP, 2011:223).

El 100% de cobertura que Cuba ha mantenido en la vacunación del sarampión la hace cumplidora de esa meta dentro de los Objetivos del Milenio. Mientras que la reducción sostenida de la mortalidad de los niños menores de cinco años le permite alcanzarla para 2015.

Un problema pendiente de solución en salud es la desventaja que experimentan los trabajadores del sector en los salarios, estímulos y otras condiciones de trabajo, con respecto a otros grupos laborales. Durante la crisis, los trabajadores de la salud, como los de otros sectores, sufrieron la desvalorización de su salario real y empeoraron sus condiciones laborales. En la medida que las inversiones en salud han ido mejorando la infraestructura de hospitales, policlínicos y consultorios de médicos de la familia, ello ha redundado en la rehabilitación de algunos aspectos de las condiciones de trabajo; pero la capacidad de compra del salario real no se recupera, y la dedicación del médico tiempo completo al trabajo le imposibilita acogerse al régimen de pluriempleo que se está expandiendo entre los trabajadores de otras entidades.

La gratuidad de la salud ha tenido un enorme impacto positivo en la salud de los cubanos, es un pilar incuestionable, gracias al cual se han mejorado todos los indicadores de salud en las condiciones aquí descritas y se ha garantizado que la pobreza de ingresos que viven algunas familias no se refleje en niveles altos de mortalidad. Pero los conceptos de eficiencia económica no han tenido igual desarrollo, no se ha fomentado una cultura de la eficiencia económica entre sus trabajadores, no se ha trabajado lo suficiente sobre los costos de la salud.

A nivel internacional, en el mundo de la salud se observa un deterioro de las prácticas clínicas en beneficio de enfoques de diagnósticos que confían ciegamente en los resultados de las tecnologías, ello ha redundado en un encarecimiento de la medicina. El sistema de salud

cubano no está al margen de ese proceso. Entre los factores implicados en este proceso se hallan el resquebrajamiento de la relación médico-paciente, el menosprecio por el valor del interrogatorio y el examen físico —vale decir del componente clínico de la medicina— y la utilización cada vez más irracional de la tecnología, sobre todo la más sofisticada y cara para llegar al diagnóstico (Díaz *et al.*, 2011).La paradoja reside en que eso ocurre en un país de ingresos medios y que apuesta por la prevención que es menos costosa, aunque su valor fundamental está en ofrecer salud a la persona. Buscar mayores niveles de eficiencia fortaleciendo la formación clínica de los médicos debe ser una estrategia del sistema porque además coincide en que también contribuye a mejorar la calidad de la atención.

El envejecimiento en Cuba determinó que los objetivos de la política de salud fueran considerando cada vez más de manera específica e importante la atención diferenciada a este grupo de la población. La aprobación en la década del setenta del Programa del adulto mayor fue un paso en ese sentido. Durante los años noventa, la expansión de los servicios de medicina natural y de rehabilitación —que tienen entre los ancianos a importantes consumidores— también ha contribuido a mejorar problemas de salud específicos para esas edades.

A partir de los años ochenta se fortaleció su atención en el nivel primario, se crearon espacios para mejorar la rehabilitación física y mental del anciano, es el caso de los Círculos de Abuelo en la comunidad. Se invirtió en la construcción de instituciones donde los ancianos pasan parte de su tiempo diario y reciben atención sanitaria. En la agenda de los trabajadores sociales ha sido importante la atención a los ancianos solos.

Durante el período se acrecentó el monto de la jubilación, cuyo valor medio hoy es de $244,86, aún insuficiente para la satisfacción de la canasta básica de alimentos.

A pesar de la innovación en la atención del anciano, evaluaciones territoriales del Programa del adulto mayor en Cuba han arrojado dificultades en la calidad de la atención a este grupo, determinadas por carencias de recursos humanos expertos y diferentes insatisfacciones entre los ancianos con ese servicio (Miranda *et al.*, 2009).

No han tenido la misma prioridad en inversiones, para mejorar su estado constructivo, los Hogares de Ancianos. Existen experiencias innovadoras en La Habana Vieja en el área constructiva que se adaptan a los requerimientos de esas edades, pero son excepciones.

Problemas de salud como la demencia senil y el Alzheimer se incrementan en la sociedad, complicando la vida familiar y de la mujer trabajadora. La ausencia de servicios especiales que brinden cuidados para esas personas influye en que las mujeres cuidadoras de ancianos

postrados en una cama vivan el conflicto entre mantener un trabajo, necesario para obtener ingresos, y las exigencias de un cuidado que pide dedicación a tiempo completo y gastos elevados para garantizar cierta calidad de vida a la persona enferma.

El programa debería incorporar una visión diferenciada de este grupo teniendo en cuenta los aspectos de género y de clase que afectan de manera sensible a este segmento de la población. Considerando que en estas edades se crean vulnerabilidades socioeconómicas que los colocan en condiciones de pobreza, y que las mujeres tienen problemas de morbilidad específicos y forman la mayoría de los ancianos, correspondería incorporar acciones de política y de investigación, así como recursos específicos que contribuyan a reducir esas desigualdades.

En resumen, la contradicción más importante que vive la sociedad cubana actual está en construir un modelo de economía que le permita crecer de manera sostenida y obtener suficientes recursos que le admitan llevar a cabo sus ambiciosos programas de salud, en particular hacer sostenible la meta de Salud para Todos.

A pesar de los problemas que la economía enfrentó durante el período, y los retos que tuvo que vencer en salud, el Índice de Desarrollo Humano en Cuba continuó evolucionando positivamente: de un valor de 0,677 en 1990, se pasó a un índice de 0,776 en 2011 (IDH, 2011: 149).

¿ENFOQUE DE GÉNERO EN LA POLÍTICA DE SALUD?

La política de igualdad de oportunidades hacia la mujer que se desarrolló a partir de los años sesenta del siglo pasado es parte y consecuencia de la concepción general de desarrollo humano que se fomentó desde esa época en Cuba. Sin la revolución cultural—en la educación, el empleo, en la política y el fomento a la participación de la sociedad civil— no hubiera sido posible el progreso de la mujer en cuanto a salud.

Esas transformaciones hicieron posible que la situación de la mujer cubana en la actualidad se caracterice por (ONE, 2008):

1. En la educación:

- Una alta presencia de ellas en todos los niveles de enseñanza, y de manera particular en las universidades del país como estudiante. En el curso 2007/2008 representaban el 48,5% de los graduados de la primaria; 48,9% de los de la secundaria; 79,2% del preuniversitario y 67,7% de la educación superior.
- Su participación como docentes de la educación es elevada: en el curso 2000/ 2001 era del 78,6% en el nivel de enseñanza

primaria; el 67,2% de la secundaria; el 44,6% en los preuniversitarios y el 48,8% de la educación superior.

2. En el empleo:

- En 2008 eran el 37,9% del total de ocupados y 46,7% de los ocupados en el sector estatal civil.
- Con una tasa de participación de 59%, menor aún que la de los hombres que era de 86,6%, pero elevada comparativamente con años anteriores.
- Menor presencia en el sector no estatal: 17,4%.
- En 2002 tenían una mayor presencia en el sector Servicios: 45,5%.
- En 2008 se concentraban —según la estructura ocupacional— en las ocupaciones administrativas (60,2%) y técnicas (59,6%). En el sector estatal civil esas cifras son mayores: 80,8% y 65,7% respectivamente.

3. En la política:

- En el proceso electoral de 2007 de las Asambleas Municipales del Poder Popular representaban el 27,3%.
- En 2007/2008, en las provinciales, el 40,6%.
- En esa misma fecha como diputadas a la Asamblea Nacional, el 43,3%.
- Comparativamente esa participación política colocaba a las cubanas en el cuarto lugar a nivel mundial.
- En 2009, entre los presidentes y vicepresidentes de los diferentes niveles de esta estructura eran: Consejos Populares (31%), Asambleas Municipales (23,9%), Asambleas Provinciales (14,3%), Consejo de Estado (22,6%)y entre los ministros y viceministros el 32,7%.

En el Informe de Desarrollo Humano de 2009 Cuba ocupaba la posición 29, según el Índice de Potenciación de Género, con un valor de 0,676 entre 182 naciones (IDH, 2009: 200). En ese documento, el Índice de Desarrollo de Género calculado para Cuba en 2007 la colocaba en la posición 49 con un valor de 0,844 (IDH, 2009: 195).

Esos logros no sólo se deben a la política gubernamental, sino que son el resultado de la organización de las mujeres por la conquista de

sus derechos. La integración de las organizaciones femeninas en 1960 en la Federación de Mujeres Cubanas fue un factor determinante en el cambio de la situación de la mujer, su conversión en una organización de masas potenció la participación de las mujeres como nunca antes se había alcanzado en la sociedad cubana. Cuando en 1995 se realiza la Conferencia Internacional de Beijing, Cuba había superado muchas de las formas de discriminación que se identificaron.

Por eso, aunque en el discurso específico sobre salud de la primera etapa de la reforma la mujer aparece mencionada sobre todo como cuidadora de la salud de la familia, eso no significa que se desconocieran sus derechos a la participación en la salud pública.

La historia visible sobre el desarrollo de la salud pública en Cuba es aún de hombres que desempeñaron un papel destacado en la medicina, la epidemiología, la salud pública y la higiene social. Es imprescindible una reconstrucción de la misma que tenga más en cuenta el papel del cuidado familiar y, en particular, de la contribución de las mujeres a la salud pública y a todas las áreas de salud. Incluso hoy, cuando se ha logrado un progreso importante de su participación, la reconstrucción sobre su papel en la historia de la salud sigue siendo insuficiente. Escasas publicaciones mencionan a mujeres de diferentes épocas, y han debido vencer numerosos obstáculos para empoderarse en el sector, no pocas rompieron reglas para insertarse en una medicina dominada por hombres. La investigación histórica se concentra más en su protagonismo en la época actual, que sin lugar a dudas experimentó un cambio notable.

De épocas anteriores a 1959 se conoce, pero no siempre se visibiliza, el importante papel que tuvieron las comadronas en la atención a la salud reproductiva de las cubanas durante siglos. Sucede también con las curanderas en el siglo XVII; enfermeras a partir del XVIII y durante las guerras de independencia, y a fines del XIX con las que irrumpieron en las aulas de las carreras de Farmacia y Medicina (Bombino, 2006). A pesar de esos discretos avances, la división sexista del trabajo en salud se mantuvo de manera invariable durante los primeros cincuenta años del siglo XX.

El censo de 1943 recoge que las mujeres representaban al 100% de las comadronas, el 67,47% de las enfermeras, el 46,79% de los farmacéuticos y apenas el 4,58% de los médicos (República de Cuba, 1943:1035).

Los datos citados nos permiten inferir que la política de salud hacia las mujeres da un vuelco en Cuba a partir de 1959, antes de esa fecha la mujer sufría todas las marginaciones posibles, y si era de clase baja, su exclusión en salud era mayor.

En el nuevo escenario de transformaciones que se desarrolló durante la década del sesenta, la política de salud también incorpo-

ra un enfoque de igualdad de oportunidades para las mujeres que es relevante en varias aspectos: 1) se legaliza e institucionalizan los servicios médicos para la práctica abortiva, rompiendo con la regla que durante siglos le escamoteó a la mujer el derecho al control sobre su cuerpo; 2) se organiza el Programa materno-infantil, que crea cobertura de atención gratuita para todas las mujeres y establece las normas para el seguimiento del embarazo y su obligatoriedad, con vistas a lograr un parto y nacimiento con calidad, 3) se promueve de manera sostenida la participación de la mujer en la salud, tanto en la salud comunitaria a través de las organizaciones de masas, como en los diferentes niveles de las estructuras del sistema de salud.

Los beneficios en salud que generó la reforma impactaron a todas las mujeres sin distinción de edad, raza y territorio. Un efecto positivo del programa se reflejó en el indicador de nacidos vivos en instituciones de salud, el cual progresó de 91,5% en 1970, a 99,8% en 1990 (MINSAP, 2007:16).

En 1974 el Ministerio del Trabajo aprobó la Ley 1.263 que amplía la protección a la madre trabajadora y su hijo. Le concedió entonces una licencia retribuida de 18 semanas, el pago de 6 días de consulta médica durante el embarazo y 12 días durante el primer año de vida del niño para su atención pediátrica. La misma tuvo un efecto positivo para las mujeres de todos los sectores, incluyendo a las trabajadoras de la salud.

Esa Ley ha sido sucesivamente cambiada, y cada vez lo ha hecho favoreciendo a las mujeres trabajadoras en su salud reproductiva. En la actualidad las cubanas tienen derecho a una maternidad de seis semanas antes del parto y doce semanas postnatales con retribución igual al promedio de los ingresos que recibe, del 60% después de haber cumplido esas doce semanas y hasta el año de vida del niño. En 2003 se introdujo una modificación que le otorga derecho al padre de sustituir a la madre en el cuidado del niño y de acogerse a la licencia hasta el año de vida del niño. Esa licencia se hizo extensiva recientemente a las trabajadoras por cuenta propia.

El Programa materno-infantil ha tenido máxima prioridad durante cincuenta años. Como ya se mencionó, éste fomentó la expansión de los Hogares Maternos mejorando la calidad de la atención a la mujer embarazada, incluso durante el período especial. La evolución de los ingresos refleja el incremento de la cobertura de atención a mujeres con necesidades especiales. Su extensión también contribuyó a la incorporación de las comadronas en los servicios de salud.

Cuadro 12
Evolución de los ingresos en los Hogares maternos

Años	Tasa de ingresos por 100 nacidos vivos
1975	12,8
1980	19,1
1990	24
2011	43,9

Fuente: MINSAP, 2011: 190.

La política de igualdad de oportunidades que generó la revolución educacional y laboral durante este período fue creando condiciones para un mayor acceso de la mujer al empleo en salud. En el curso escolar 1976/77, las mujeres representaron el 47,25% de los graduados de Ciencias Médicas; en el curso 1988/89 eran el 69% y en 2007/2008 fueron el 81,4%. O sea que se observa un crecimiento sostenido (ONE, 2008:48).

El Cuadro 14 recoge el progreso de la representación de la mujer como trabajadora del sistema de salud.

Cuadro 13
Evolución de la participación de la mujer en salud

Años	%de mujeres en salud
1976	66,2
1980	69,3
1990	72,4
2011	69,8

Fuente: MINSAP, 2011:142.

En 1976 las mujeres formaban la mayoría de los trabajadores de la salud, pero la calidad en el progreso de su participación se produjo a partir de las décadas del ochenta y el noventa. Incluso durante el período especial cuando la vida cotidiana de la familia se complicó, su participación continuó ascendiendo.

Cuadro 14

Evolución de la presencia de la mujer como médico en el sector

Años	% de mujeres médicos
1953	6,5
1980	36
1990	48,7
2011*	60

Fuentes: ONE, 2008:58 *MINSAP, 2011:149.

En el área de salud se ha avanzado mucho en la construcción de una división del trabajo más equitativa por sexo, aunque también se continúan observando algunas distinciones basadas en parámetros sexistas. En 2011, en pediatría las mujeres eran el 69,8%, pero en cirugía pediátrica representaban el 33,3%. Su participación en Cardiología (29,2%) es baja frente a especialidades como Higiene (58,7%), Epidemiología (58%) y Nutrición (80%); pero es menor aún cuando se compara con su participación en Cirugía Cardiovascular (7,4%) o en Neurocirugía (19,3%) y Ortopedia y Traumatología (11,3%), (MINSAP, 2011: 148)[7]. Entre las diferentes especialidades, se observan diferencias entre los roles clínicos y quirúrgicos, más abundantes los primeros entre mujeres y los segundo entre los hombres, la especialidad de pediatría refleja muy bien esa dicotomía pues se trata de una especialidad donde la mujer es mayoría y las razones históricas de su identificación con la misma han estado asociadas a su rol de cuidadora de niños. Esas diferencias se hacen más sustanciales cuando se valora la profesión de enfermería, donde las mujeres son el 85,7%, en ninguna especialidad médica ellas alcanzan esos niveles de participación. Eso significa que en el ámbito de la salud aún estarían sucediendo fenómenos de segregación ocupacional horizontal.

Se conocen las distinciones de prestigio que los médicos hacen entre sus diversas profesiones, los hombres prevalecen entre los cirujanos, que son las categorías ocupacionales de más prestigio. Se presume que varios factores de género pueden estar incidiendo en ello: la reproducción de una tradicional participación masculina que repercute en la selección de las especialidades, las exigencias de tiempo de dedicación que pide la cirugía y, por tanto, menor presencia en los hogares donde las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras,

7 El Anuario recoge los valores absolutos, la autora realizó los cálculos porcentuales.

estereotipos sobre que las cirugías requieren mayor esfuerzo físico y la debilidad de las mujeres limita su participación. De todas formas este es un campo de investigación que requiere mayor exploración.

En Medicina General Integral se habían graduado hasta 2008 un 64,9% de médicas. Esa es la especialidad de los médicos de familia, lo que hace presumir el peso que ellas tienen en el sistema de atención primaria, que es un nivel decisivo para poder alcanzar valores altos de salud y prever enfermedades. Su mayor presencia en la salud comunitaria no ha sido suficientemente estudiada, pero hipotéticamente algunos de los factores mencionados como la menor disponibilidad de las médicas para la dedicación a tiempo completo a esa profesión tal como lo exigen los hospitales podrían estar incidiendo, junto a la cercanía al hogar que la consulta del médico de familia garantiza.

Esto podría parecer contradictorio con el hecho de que las mujeres fueron en 2006 el 51,7% de los colaboradores en programas de cooperación internacional. Pero hay que tener en cuenta que a veces la familia está dispuesta a cuidar los hijos que están a cargo de las mujeres en misiones, se asume como un apoyo temporal, no definitivo.

Los avances en el empoderamiento de las mujeres cubanas en salud, así como las desigualdades que aún prevalecen, también se revelan en el campo de su participación en los niveles de dirección.

A nivel de país, en 2007 había un 26% más de mujeres dirigentes que en 1998 y por cada 100 hombres dirigentes hay 45 mujeres cuando 10 años atrás eran 39 (Munster, 2012: 21), mientras que en 2008 las mujeres dirigentes eran el 38,26%.

En el sector de salud, las médicas dedicadas a actividades de organización y administración en 2011 eran el 54,8% del total de todos los dedicados a esa actividad (MINSAP, 2011: 148). Una investigación sobre la situación de las mujeres cubanas en 1999, arrojó que su participación en el MINSAP en cargos de dirección era del 42%. La mayoría de las mujeres dirigentes eran enfermeras jefas de sala, y otras se encontraban en la dirección de hospitales y policlínicos. Sólo el 14,3% eran directoras provinciales de salud(Álvarez *et al.*, 2000:221). Hasta la fecha, a pesar del alto porcentaje de mujeres ocupadas en el sector, ninguna mujer se ha desempeñado como ministra, y sólo hoy uno de los vice ministerios lo ocupa una mujer. Esos son signos de segregación vertical.

No todas las instituciones de salud tienen la misma situación. Epidemiología es un área con amplia participación femenina, la mujer tuvo un temprano acceso a la dirección como especialistas en administración de salud, en la década del setenta por primera vez una mujer asumió la conducción del Instituto de Higiene. En la década del ochenta hubo un auge de la participación de la mujer en la con-

ducción de los servicios y la docencia. Después de 1990 se mantuvo su incremento con énfasis en la dirección de los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología (CPHE) y las vice direcciones de los Institutos de Investigación. Por primera vez una mujer del área presidió la Sociedad Cubana de Higiene y Epidemiología (Fariñas, 2011).

Teresa Lara publicó recientemente una investigación donde incluye una interpretación gráfica sobre el Diamante del empoderamiento de las cubanas en el poder: político, económico, toma de decisiones y conocimientos, y este arrojó que las mujeres sólo superaban a los hombres en conocimientos (Lara, s.f.: 98). Quiere decir que este es un fenómeno nacional que trasciende al sector salud.

Las contradicciones que generan las pautas sexistas en la distribución del trabajo deberían considerarse a la hora de balancear las causas que inciden en el logro de la calidad de los servicios de salud. Digamos que si el personal de salud no se siente satisfecho con su salario, con las condiciones de trabajo, pero también presenta dificultades en su vida cotidiana, eso se verá reflejado de alguna manera en la calidad del servicio que brinda, en la comunicación con el paciente.

Las contradicciones de género en el servicio de salud se complican si atendemos mejor a la importancia que tienen algunos razonamientos. Es el hecho de que siendo la mujer la mayoría de los que usan los servicios de salud, son también una mayoría de mujeres las responsables de la calidad de la atención médica, en un país donde la vida cotidiana se torna difícil para el traslado al puesto de trabajo por falta de transporte. La construcción de las casas de los médicos de familia cerca de los consultorios resolvió el problema del traslado a una parte de los médicos, cuya residencia y lugar de trabajo coinciden en un mismo territorio y en algunas ocasiones esa ha sido la explicación que han dado algunas mujeres médicos para lograr su ubicación en el nivel primario y no secundario, pero no lo resuelve para la totalidad de los que trabajan en ese nivel, ni en los restantes; por otro lado, como mujeres también experimentan las tensiones de la vida cotidiana que el mercado genera cuando se trata de cumplir el rol de cuidadora buscando comida "barata y nutritiva" con un salario que no alcanza para acceder a comprar toda la comida del mes en ese mercado.

Es necesario considerar también que durante el período se deterioraron los servicios que prestan auxilio a los trabajadores para poder cumplir con el funcionamiento de la vida doméstica. Se redujo considerablemente la dinámica de construcción de círculos infantiles y de servicios de lavandería y tintorería. Todo ello ha redundado en una mayor carga para las mujeres trabajadoras, a las cuales no son ajenas las profesionales del sector.

Las situaciones de sobrecarga que viven las mujeres que trabajan en salud también tiene un costo para su salud y ello se refleja en la cantidad de mujeres que piden certificados. Una investigación puntual realizada en el Instituto Nacional de Salud de los trabajadores de Cuba sobre la morbilidad por incapacidad temporal entre 2005 y 2007, arrojó un predominio del sexo femenino que superaba el 65% (Hernández *et al*., 2009).

En 2006, un estudio del Instituto de Estudios e Investigaciones del Trabajo en Cuba sobre 10 Organismos, concluyó que la brecha salarial fue desfavorable para las mujeres cubanas en un 2% menos que los hombres, a excepción del Ministerio de Educación. Las afectaciones salariales por ausencias al trabajo fueron: problemas de enfermedad (60%), cuidado de hijos y familiares (22%) y licencia por maternidad (18%), (Proveyer *et al*., 2010: 39).

Esto significa que aunque en el sector se logra igualdad en materia de empleo porque se cumple la ley de igual empleo/igual salario; por otras razones: 1) mayor representación en ocupaciones de menor remuneración (mayoría de mujeres enfermeras, por ejemplo) y 2) mayores ausencias en el trabajo, podría estar incidiendo en una diferencia salarial en el sector entre hombres y mujeres.

El Anuario Estadístico de 2011 dice que el salario promedio del sector salud en 2010 —junto al de otras entidades de servicios sociales— era de $425, por debajo de la media nacional y representando un 97% con respecto a ese promedio. En este grupo de entidades además se concentran la mayoría de las mujeres trabajadoras del país (ONE, 2011:166).Estas afirmaciones no son definitivas porque no es pública toda la información que exige este análisis, pero la que existe permite hacer algunas inferencias.

¿Cómo pueden alternar las mujeres médicos sus roles y sobrellevar la carga que ello significa, logrando calidad de vida en la cotidianidad de lo doméstico y laboral? El Estado cubano puede lograr una mejor eficacia en el desempeño del profesional de la salud si invierte en la mejoría de su salario, en las condiciones de trabajo y con una política diferenciada en el acceso de sus trabajadores a los servicios sociales domésticos que mejoran su disponibilidad para el trabajo.

Sin lugar a dudas, el logro de la equidad de género en salud pasa por el empoderamiento de la mujer en el sector salud como profesional y dirigente, pero exige una transformación de sus papeles domésticos para evitar el costo que la sobrecarga significa para su salud y lograr sostenibilidad de su participación en la esfera pública.

El mundo ha conocido diversas alternativas: la de mejorar el proceso de prestación de servicios a la familia, asumiendo el estado el papel que históricamente se le ha asignado a las mujeres; la de fomentar

una industria de construcción de bienes que reducen el tiempo invertido en el trabajo doméstico y verlo como una inversión a la mejoría de las condiciones de trabajo y, una tercera, plantearse acciones de promoción de salud dirigidas al cambio en la cultura de las relaciones de género bajo el mismo enfoque de intersectorialidad con que se tratan otras dimensiones de la salud de las mujeres. En el caso de Cuba sería más inteligente combinar todas esas vías.

La promoción de salud con enfoque intersectorial dirigida a formar una nueva cultura de género en la familia hoy día tiene un doble objetivo: primero, el de favorecer una mejor calidad en la prestación del servicio de salud de su personal y, segundo, el de fortalecer el papel de la familia como productora de salud. Las políticas de salud, buscando reducir los costos de estadía de los enfermos en los hospitales, han generado nuevos procesos de atención al anciano, al enfermo terminal, al discapacitado y al convaleciente de una enfermedad que antes requirió cirugía o un tratamiento con ingreso, para depositar en la familia la responsabilidad de la atención a la salud. Tal medida acrecienta el papel de la familia como componente de apoyo a la salud, pero hace muy difícil el desempeño de la mujer trabajadora, cualquiera sea la institución donde se desempeñe, sobrecargándola aún más de actividades.

Es importante que en el sector salud se logre un enfoque de las políticas con perspectiva de género, que se desarrolle una visión sobre el vínculo estrecho entre el mundo público de la salud y el doméstico, sin dicotomías que lleven a subvalorar un espacio con relación al otro. Las políticas de salud deben darle mayor valor a la familia en sus diseños y contemplar acciones encaminadas a promover una nueva calidad de las relaciones de género y generacionales como dimensión de una calidad de vida. Tal enfoque podría contribuir a encontrar el camino hacia una nueva calidad en la atención a la salud en un mundo donde mujeres y hombres son seres interactuantes entre espacios relacionados con un idéntico fin: el de lograr una equidad de género en la atención a la salud para alcanzar un bienestar para hombres y mujeres.

La historia de la salud en Cuba está íntimamente ligada al empoderamiento del sujeto femenino en muy diversas esferas de la actividad humana, es parte de un proceso más general de construcción de una sociedad que ha convertido la equidad en un valor, pero que no por ello deja de tener costos contradictorios. La superación de la discriminación de género se tiene que hacer alterando las dicotomías: vida pública/hombres/producción vs. vida privada/mujeres/reproducción. Alterar algo que está tan arraigado genera costos sociales positivos y negativos (Fleitas, 2010).

El papel de la mujer profesional de la salud en la investigación es un reflejo del proceso de empoderamiento de la mujer en el sector. En la presente investigación se hizo evidente cuando realizamos el análisis de contenido a las siete revistas de salud seleccionadas. El siguiente cuadro así lo recoge:

Cuadro 15
Participación de profesionales de la salud según sexo en publicaciones seleccionadas de siete revistas (2008-2012)[8], en %

Nº	Revistas médicas	Hombres	Mujeres
1	Higiene y epidemiología	53,4	46,6
2	Medicina general integral	38,75	61,25
3	Salud pública	38	62
4	Alimentos y nutrición	48	52
5	Sexología y sociedad*	32,6	67,4
6	Salud y trabajo	27,7	72,3
8	Ginecología y obstetricia	37,7	62,3
	Total	48,2	51,8

Fuente: Elaboración personal.

En seis de las siete revistas ella es absoluta mayoría como autora de publicaciones, en cinco los porcentajes de participación están por encima del 60%. Es significativo que las mujeres alcancen un porcentaje mayor entre los que publican en las dos revistas que tienen como temas centrales los de salud sexual y reproductiva, cuando en un área como Ginecología y obstetricia los hombres médicos dedicados y especializados en Cuba son mayoría, con 66,6 y 68,5% respectivamente (Anuario Estadístico de Salud, 2010: 138). En general, la participación femenina en la investigación en salud es relevante, por eso también será importante que ella se apropie de la perspectiva de género en salud.

En la década de 2000 también se avanzó en la inclusión del género en entidades particulares que dirigen diversos procesos de salud: investigación, docencia, prevención y promoción. Es el caso del Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud (CNPES), Centro Nacional de Prevención de las Infecciones de Transmisión Se-

8 No abarca a la totalidad de los artículos de esos años sino a una cuota del 10% que se seleccionó con relación al total de todos los colocados por cada una en www.infomed.sld.cu. Se hizo la selección en esos años, preferentemente entre 2010-2011. Cuando la cantidad no completaba la cuota se seleccionaban entre 2008 y 2009.

xual (CNPITS), Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), la Escuela de Salud Pública (ENSAP); se crearon las Cátedras de la Mujer en las Universidades Médicas y se formó la Red de Género en Salud. En todas esas entidades se organizaron procesos de formación de recursos humanos en género (Artiles, 2012).

A pesar de los avances, en el sector salud aún no existe una Política de Género específica, aunque de plantearse su elaboración existe un enorme potencial de aplicación dado que la existencia de un Sistema Nacional Único facilitaría su transversalización a todos los procesos.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOMBRES Y MUJERES EN CUBA. SEMEJANZAS Y DESIGUALDADES

La política de Salud para Todos en Cuba tuvo un efecto de transformación de la salud de hombres y mujeres contribuyendo a su evolución positiva, diferentes estudios sobre la salud de cubanos y cubanas lo demuestran en base a un amplio análisis estadístico comparativo. ¿Pero cómo ha sido ese efecto para unos y otras? Ha sido semejante, diferente o ambas cosas?

Si la política de salud se basa en el principio del universalismo es de esperar que se hayan producido ciertas aproximaciones y que se hallen semejanzas en los perfiles. Pero como en la sociedad aún persisten importantes desigualdades de género y la propia política de salud no incorpora este enfoque, entonces también es posible encontrar diferencias de género en el estado de salud de hombres y mujeres.

Una comprensión comparativa de género en salud implica un razonamiento sobre las semejanzas, asimetrías y factores de género que determinan el estado de salud de unas y otros. Supone reconocer que el género es un determinante de la salud, o que los factores de género son transversales a todas las determinantes sociales de la salud, que a su vez repercuten sobre la morbimortalidad de hombres y mujeres creando perfiles específicos. Ese es nuestro punto de partida.

Entonces, para el análisis de género, las estadísticas desagregadas por sexo en relación al comportamiento de los diferentes indicadores que describen el estado de salud son importantes, pero insuficientes; se requiere de estudios que den cuenta sobre las relaciones entre las determinantes estructurales de género y el comportamiento de los indicadores del estado de la salud de hombres y mujeres. Una parte importante del capítulo I de esta investigación se dedicó a explicar cuáles pueden ser esas determinantes de género y cómo interactúan con los factores biológicos del sexo.

La capacitación en género a los recursos humanos en salud ha ido rindiendo frutos en cuanto a resultados de las investigaciones. Un reto sigue siendo la "comparabilidad", pues existe una amplia bibliografía que

viene explicando hace más tiempo la salud de las mujeres, pero hay más lagunas en el comportamiento específico de la salud de los hombres.

EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN EN CUBA. LAS SEMEJANZAS DE PERFILES ENTRE HOMBRES Y MUJERES.

La posición 49 que Cuba alcanzó durante el presente milenio en relación a su IDG es una clara expresión de los avances en la igualdad de oportunidades, y puede interpretarse como un resultado del comportamiento semejante en el indicador que más pesa sobre ella: la Esperanza de vida.

Cuba alcanzó en décadas anteriores un perfil epidemiológico clásico de un país con alto desarrollo humano, entre otras razones por haber logrado una mayor esperanza de vida en su población, reducir las tasas de mortalidad y lograr una prevalencia de morbimortalidad de enfermedades crónicas transmisibles. A pesar de las circunstancias adversas a que se sometió la población durante el período especial, y las que aún vive hoy, ese sigue siendo el perfil dominante.

¿QUÉ DICEN LAS ESTADÍSTICAS SOBRE LAS SEMEJANZAS DE LA SALUD DE HOMBRES Y MUJERES DURANTE LA PRESENTE DÉCADA?

La Esperanza de vida (EV) revela el progreso en el bienestar alcanzado por hombres y mujeres en Cuba. En 2011, la información disponible para los años 2005-2007 apuntaba hacia un promedio de 77,97 años(MINSAP, 2011: 19). Desde 1952 hasta la fecha, la esperanza de vida ha tenido un progreso de 16 años para ambos sexos. Los demógrafos cubanos afirman que su crecimiento es poco común y alto, a un ritmo de 0,22 años por cada año que pasa (ONE, 2004).

Su evolución se ha producido en un escenario donde hay una mejor distribución de los recursos y el avance se observa también en todos los territorios del país. La información sobre el panorama territorial de Cuba nos dice que para 2008/2009, con el mismo promedio de Esperanza de vida nacional ya citado, la provincia que menor valor alcanzó en el indicador fue Ciudad Habana con 76,81 y la de más alto fue Las Tunas con 79,28 (ONE, 2010a:19).

El promedio nacional coloca a Cuba en la tercera mejor posición entre los países latinoamericanos, sólo por debajo de Chile y Costa Rica, con 79 años cada una. El promedio de Las Tunas —una de las provincias de menor desarrollo humano en Cuba según los IDH— estaría a la cabeza junto a Chile y Costa Rica. Mientras que Ciudad Habana tendría por delante a cinco países latinoamericanos. El valor de casi 78 ubica a Cuba en una situación próxima a los 80 años, promedio que también representa la esperanza de vida que disfrutan los habitantes de las naciones de mayor nivel de desarrollo humano.

La elevación de la esperanza de vida sucede gracias a la notable reducción sostenida que se ha experimentado durante cincuenta años en la mortalidad infantil de ambos sexos en casi todos los territorios de Cuba. La tendencia de ese comportamiento se mostró en el apartado anterior durante las tres primeras décadas hasta el primer lustro de los noventa, aquí destacamos la permanencia de ese proceso terminada la primera década del presente siglo.

Cuadro 16

Mortalidad infantil entre 2000 y 2011 según territorios de Cuba

Territorios	2000* < 1 año	2011** < 1 año
Cuba	7,2	4,9
Pinar del Río	5,9	4
Artemisa[a]	-	3,9
La Habana	7,5	4,3
Mayabeque[a]	-	5,7
Matanzas	6,4	5,4
Villa Clara	5	5,4
Cienfuegos	5,4	5
Santi Spíritus	6,2	5,9
Ciego de Avila	8,1	4,4
Camagüey	7	5,6
Las Tunas	7	3,5
Holguín	7,3	4
Granma	8,2	4,4
Santiago de Cuba	8,7	5,9
Guantánamo	9,1	6,1
Isla de la Juventud	4,9	7,9

Fuentes:*MINSAP, 2008: 53, **MINSAP: 2011:30.

[a] Ambos territorios en 2000 integraban una sola provincia cuya tasa fue de 7,6, un valor menor al que ambas poseenen la actualidad.

Casi todas las provincias muestran una tendencia a la reducción, sólo Villa Clara registra un ligero incremento al iniciar la década actual, y sí es más importante el de la Isla de la Juventud. Destaca el mayor decrecimiento de las tasas de las provincias orientales, las que tradicionalmente tenían las cifras más altas y que forman parte de la región evaluada por su menor desarrollo humano.

La reducción de la mortalidad infantil se produjo tanto en niñas como niños. Las primeras redujeron el valor de 5,9 por mil nacidos

vivos en 2000, a 4,3 en 2011. Los varones de 8,4 a 5,5. Ese es un comportamiento estándar en todos los grupos de edades infantiles. La tasa del menor de cinco años se redujo de 9,1 en 2000 a 6 en 2011 (MINSAP, 2011a:57).

La comparabilidad de la mortalidad infantil por provincias, sexo y grupos de edades infantiles arroja el mismo patrón de reducción y aproximación en todos sus valores.

Durante la década la etiología de la mortalidad infantil de ambos sexos mantuvo un comportamiento semejante. Las dos causas de muerte fundamentales en el menor de un año fueron: 1) Afecciones del período perinatal con 2,5 y 2) las malformaciones congénitas con 1,1.

En esta primera etapa de la vida, Cuba ha logrado que la mortalidad infantil se produzca por causas que no son evitables y en la que los factores biológicos tienen un mayor peso.

En las edades de 1 a 4 años —aunque con una prevalencia baja de 0,6— los accidentes parecen tener más significado como causa de muerte. El cuidado infantil desempeña aquí un papel más esencial que se acrecienta con la edad de los niños, pues entre 5 y 14 años, en 2011, se colocó en el segundo lugar después de los tumores con una tasa de 3,4 por cada cien mil habitantes(MINSAP, 2011a: 66). La sobrecarga que las mujeres trabajadoras experimentan por vivir solas o tener parejas que no comparten la carga doméstica con ellas, es un factor a tener en cuenta como una determinante de los accidentes que provocan mortalidad o morbilidad. El otro factor probable pueden ser las deficiencias constructivas de las viviendas.

En la medida en que los factores sociales pesan más en la mortalidad, la brecha de género se acentúa. En el trienio 2008-2010 los accidentes fueron la principal causa de muerte para varones de 5 a 9 y de 10 a 19 años, con tasas de 6,6 y 12,4 respectivamente; mientras que las mujeres tuvieron tasas de 3,3 y 3,9 para una y otra edad (MINSAP, 2011c: 67).

La educación sexista de la infancia, que aún existe en algunas familias cubanas, puede estar incidiendo en este indicador. Investigaciones realizadas por la autora recogen que entre las mujeres cuidadoras de sus hijos hay aún criterios de que el varón es de la calle y la niña de la casa. La mortalidad crece cuando el varón se hace más adulto y pasa más tiempo en la calle, donde el riesgo por accidentes de muy diverso tipo, frecuentemente con transporte terrestre, es mayor.

La tasa de mortalidad bruta general para ambos sexos muestra entre 2000 y 2011 valores de incremento tanto para los hombres —de 7,5 a 8,3 por mil habitantes— como para las mujeres—de 6,2 a 7,2— (MINSAP, 2011c: 28). Se observa un incremento en el riesgo de morir

por varias causas, esta situación se corresponde con el envejecimiento poblacional.

Las principales causas de muerte para las edades adultas de ambos sexos en 2011 eran: 1) las enfermedades del corazón, 2) tumores malignos, 3) enfermedades cerebrovasculares, 4) influenza y neumonía y 5) accidentes (MINSAP, 2011a: 32). Ambos sexos mueren por enfermedades crónicas no trasmisibles. Durante la década de 2000 a 2010, las tres primeras representaron el 55% de las muertes en el país.

En Cuba, que se distingue por una política de inversión diferenciada sobre la salud reproductiva de la mujer, la mortalidad materna deja de ser una causa principal de muerte, y ello influye en el patrón de semejanzas con los hombres. En la estructura sobre las 35 causas de muerte de la mujer cubana en 2011, la muerte materna tenía una tasa ajustada de 1,0 por cada 100 mil mujeres, que la colocaba en el puesto 23 (MINSAP, 2011a: 52).

La tasa de años de vida potencialmente perdidos se redujo entre 2000 y 2010 para ambos sexos en relación a enfermedades como las del corazón, influenza y neumonía, accidentes y lesiones autoinfligidas intencionalmente (MINSAP, 2011c:73). Pero para ambos también resultó un incremento de años perdidos por tumores malignos.

La Razón estandarizada de Mortalidad (REM) de 2010 con relación al año 2000 expresa resultados favorables en casi todas las causas de muerte.

La morbilidad de hombres y mujeres también se asemeja cuando se asumen estilos de vida comunes, es el caso de los hábitos de fumar y beber, o porque se pueden vivir condiciones económicas similares que inciden en su estado de salud. De hecho, en ambos sexos se observan patrones de crecimiento de la hipertensión arterial y de diferentes tipos de cáncer. Tales semejanzas en la morbilidad explican las similitudes en las causas de muerte.

TENDENCIAS DIFERENCIADAS EN LOS PERFILES DE SALUD DE HOMBRES Y MUJERES EN CUBA. LOS DETERMINANTES DE GÉNERO

En el Informe de Desarrollo Humano de 2011 Cuba clasifica en la posición 58 de la menor desigualdad de género entre 187 naciones, con un valor de 0,337. Quiere decir que Cuba ha avanzado mucho en la superación de las inequidades, las cuales de todos modos siguen estando presentes (IDH, 2011:157).

La cultura patriarcal sigue instalada en el comportamiento de la familia cubana, en las relaciones entre sus hombres y mujeres. No se ha logrado desplegar una política óptima con enfoque de género, que contribuya a erradicar todas las desigualdades que aún persisten en la distribución de los recursos y en la cultura organizacional que prevale-

ce en las estructuras laborales. Las investigaciones aún dan cuenta de la presencia del conflicto entre lo público y lo privado, lo cual no sólo trae desventajas para las mujeres, sino que también incide sobre el papel de los hombres en la familia. Y todo ello tiene un costo para la salud.

Las diferencias en salud entre el sexo femenino y masculino emergen cuando se realizan diferentes comparaciones de la esperanza de vida al nacer de la población cubana. De una simple confrontación entre los valores de la EV de mujeres y hombres en 2007 podría deducirse mayor ventaja femenina, pues ellas arriban a los 80 años, y los hombres aún se mantienen por debajo, con un valor de 76,5. Ese es el primer rasgo distintivo del perfil.

Pero la mejor posición de las mujeres sobre los hombres en la EV siempre está presente hasta en los países donde existe una brecha reducida de menos de dos años, con bajo desarrollo humano y sobremortalidad femenina. Se reconoce que en ello incide la ventaja biológica que tiene la niña de una mayor sobrevivencia antes del año de vida, la cual se reduce con la edad y el peso que adquieren progresivamente las desigualdades de género en salud.

Los estudios sobre esperanza de vida en Cuba han visibilizado varios problemas en su comportamiento, que indican desventajas para las mujeres:

1. Que la brecha del diferencial de la EV entre la población masculina y femenina cubana durante más de cincuenta años se ha mantenido casi estacionaria en alrededor de tres años; solo recientemente llegó a los 4 años. Algunos estudiosos creen que debe ser mayor dada la inversión que se ha hecho sobre la salud de las mujeres y la similitud entre los indicadores de salud de Cuba con las naciones de alto desarrollo humano donde la brecha es mayor de cinco años, y hasta de siete años en algunos países. Aunque esta situación es muy variable, porque naciones como Suecia y Australia tienen una brecha semejante a la de Cuba: 4,4 y 4,6 respectivamente, de acuerdo a los valores de los Cuadros 17 y 18.
2. Que la brecha del diferencial de la EV por grupos de edades se va estrechando aún más en la medida que avanza la edad, sobre todo a partir del grupo de 50-54 años. En 2005-2007, entre las edades de 1 a 4 era de 3,97, en 50-54 de 3,08 y a partir de los 55 se ubica por debajo de 3 años y sigue decreciendo (MINSAP, 2011c: 30-31).
3. El incremento de la sobrevivencia de las mujeres hasta los 55 años es menor si se compara con el de los hombres.

4. La comparación territorial en la EV de los hombres cubanos arroja diferencias de hasta tres años entre provincias, mientras que entre las mujeres es más homogénea, ya ocho provincias sobrepasaron los 80 años de vida para las féminas. El diferencial en Ciudad Habana en el período 2005-2007 era de 5,7 años y 2,8 en Guantánamo. Los autores del texto apuntan que el valor de Ciudad Habana está influenciado por la mayor sobremortalidad de los hombres de la capital. Ese análisis perfectamente podría ser planteado en términos opuestos para Pinar del Río, Camagüey y Santiago de Cuba (sobremortalidad femenina), ya que el diferencial de la brecha está por debajo del promedio nacional, y la esperanza de vida de la mujer es menor de 80 años (ONE, 2007a: 28-30). Estas son provincias con menor nivel de desarrollo humano, y se conoce que existe una relación directa entre los indicadores de desarrollo humano y la superación de las inequidades de género.

Si se compara la EV de los hombres y mujeres de Cuba con naciones que tienen mejores valores se obtienen resultados interesantes.

Cuadro 17

Esperanza de vida al nacer de los hombres en varios países seleccionados (2009)

Nº	Países	Esperanza de vida al nacer
1	Islandia	80,2
2	Hong Kong China (RAE)	79,3
3	Suiza	79,2
4	Australia	79,1
5	Japón	79,0
6	Suecia	78,6
7	Israel	78,5
8	Noruega	78,2
9	Canadá	78,2
10	Italia	78,1
11	Nueva Zelandia	78,1
12	Singapur	77,8
13	Malta	77,7
14	Países Bajos	77,6
15	España	77,5
16	Francia	77,4
17	Irlanda	77,3

Nº	Países	Esperanza de vida al nacer
18	Chipre	77,3
19	Reino Unido	77,1
20	Austria	77,0
21	Alemania	77,0
22	Grecia	76,9
23	Estados Unidos	76,7
24	Emiratos Árabes Unidos	76,5
25	Cuba	76,5

Fuente: IDH, 2009: 195.

Al comparar la EV de la población masculina de Cuba con la de los hombres de otros países se reconoce su ubicación en la posición 25, a una distancia de 3,7 años del mejor valor, ostentado por Islandia. Los cubanos tienen la más alta EV de todos los hombres de América Latina.

Cuadro 18

Esperanza de vida al nacer de las mujeres de varios países seleccionados (2009)

Nº	Países	Esperanza de vida al nacer
1	Japón	86,2
2	Hong Kong China (RAE)	85,1
3	Francia	84,5
4	Suiza	84,1
5	España	84,0
6	Italia	84,0
7	Australia	83,7
8	Islandia	83,3
9	Suecia	83,0
10	Canadá	82,9
11	Finlandia	82,8
12	Noruega	82,7
13	Israel	82,7
14	Singapur	82,6
15	Austria	82,5
16	Bélgica	82,4
17	República de Corea	82,4
18	Alemania	82,3

Nº	Países	Esperanza de vida al nacer
19	Nueva Zelandia	82,1
20	Luxemburgo	82,0
21	Irlanda	82,0
22	Países Bajos	81,9
23	Chipre	81,9
24	Portugal	81,8
25	Eslovenia	81,7
26	Chile	81,6
27	Reino Unido	81,5
28	Estados Unidos	81,3
29	Costa Rica	81,3
30	Malta	81,3
31	Grecia	81,3
32	Cuba	80,6

Fuente: IDH, 2009: 195.

La comparación internacional de la EV de las mujeres cubanas las coloca en una posición de menor ventaja frente a la confrontación internacional de la EV masculina de los cubanos, ella se ubica en el lugar 32 y a una distancia de 5,6 años con respecto a Japón, país que tiene el más alto valor de la EV femenina. En América Latina se encuentra en el tercer lugar, luego de Chile y Costa Rica.

En resumen, la ventaja de la población femenina en Cuba en relación a la EV es relativa, hay razones que apuntan a que pudiera ser mayor dados los niveles de desarrollo humano alcanzados. ¿Qué respuestas se encuentran en la evolución de la mortalidad?

DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD

El segundo rasgo del perfil diferencial de la salud entre hombres y mujeres reside en la prevalencia de la tasa masculina de mortalidad, ellos mueren más que las mujeres en todas las edades y todos los territorios del país y tienen las mayores tasas de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP).

Cuadro 19
Tasa bruta de mortalidad según sexo y provincias

Provincias	2000-2002		2008-2010	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Pinar del Río	7,0	5,8	8,1	6,7
Artemisa	8,4	6,6	7,9	6,8
La Habana	8,9	8,1	10,0	9,6
Mayabeque	9,4	8,0	9,1	7,9
Matanzas	8,4	6,7	9,0	7,6
Villa Clara	8,3	6,9	9,6	8,1
Cienfuegos	7,6	6,5	8,3	7,2
Santi Spíritus	8,0	6,6	8,7	7,6
Ciego de Avila	7,5	5,6	8,4	6,9
Camagüey	7,3	5,7	8,3	7,1
Las Tunas	6,2	4,6	7,4	5,6
Holguín	6,5	5,2	7,5	6,1
Granma	6,4	5,2	7,2	6,0
Santiago de Cuba	6,5	5,3	7,4	6,1
Guantánamo	5,9	4,7	6,7	5,6
Isla de la Juventud	5,2	3,8	6,8	5,0
Cuba	7,5	6,2	8,4	7,3

Fuente: MINSAP,2011c: 61.

Los datos del Cuadro 19 corroboran la prevalencia masculina en la mortalidad. Sin embargo, entre 2000 y 2010 se produjo un mayor incremento de la tasa bruta de mortalidad de las mujeres (1,3), mientras que el de los hombres fue de 1,2. Se puede observar que en Artemisa mientras se reduce la mortalidad masculina se acrecienta ligeramente la femenina. En La Habana, Matanzas, Cienfuegos, Ciego de Ávila, Camagüey y Guantánamo se incrementan ambas tasas, pero la de las mujeres en todos los casos es superior. De lo cual resulta que siete provincias tuvieron mayores aumentos de la tasa de mortalidad en mujeres y, entre todas, La Habana alcanzó el mayor valor.

Se observa en la evolución de las tasas de mortalidad por sexo una reducción del diferencial de mortalidad entre hombres y mujeres: en 1990 era de 1,6, en 2000 de 1,3 y en 2010 de 1,1. Luego de dos décadas es posible afirmar que se manifiesta una tendencia al mayor incremento de la mortalidad femenina frente a la masculina.

Se afirma que el incremento de la mortalidad está asociado al envejecimiento, y puede que así sea en general, de hecho los hombres

de 60 años viven menos que las mujeres de esas edades. Pero no creemos que siempre el mayor envejecimiento femenino sea una razón del crecimiento de su mortalidad.

Si se comparan los índices de envejecimiento de cada provincia con las tasas brutas de mortalidad se encontrará que no siempre las provincias que han incrementado más la mortalidad femenina son las más envejecidas, a excepción del caso de La Habana (20,1%) que es la más envejecida después de Villa Clara. Incluso esta provincia en 2011 tiene el mayor porcentaje de envejecimiento (de 21,4% de su población) y ella aportó una mayor mortalidad de hombres.

En el año 2010, las provincias con una mayor tasa de mortalidad en las edades comprendidas entre 50 y 64 años eran Habana (9,3), Matanzas (9,0), Ciego de Ávila (8,3), Artemisa (8,2) y Camagüey (8,0), todas del grupo de las que lograron mayores incrementos en la mortalidad femenina (MINSAP, 2010:30).

Cabría preguntarse si la situación explicada en el estado de salud de las mujeres tendría que ver con los efectos que el período especial impuso a su vida cotidiana en las condiciones históricas de un contexto donde prevalece una cultura patriarcal familiar y se generan nuevas exigencias de las instituciones públicas que las acogen debido a un proyecto de liberación, que aunque la ha hecho más independiente del hombre y le ha permitido experimentar mejoras en su formación cultural, ha sido en ocasiones a costa de la renuncia o postergación de la maternidad, de reducir su tiempo libre, de vivir situaciones estresantes y costosas para su salud.

En el año 2010 se observa una sobremorbilidad masculina por cáncer. Este esquema está vinculado al de la mortalidad. ¿Cómo se diferencia la mortalidad por diferentes causas de muerte entre hombres y mujeres?

Cuadro 20

Tasa de mortalidad por causas de muerte y según sexo (2009-2011)

Causas	2009			2011		
	M	*F*	*Razón M/F*	*M*	*F*	*Razón M/F*
Enfermedades del corazón	207,6	190,1	1,1	205,5	189,4	1,1
Tumores malignos	217,5	163,3	1,3	220,8	166,2	1,3
Enf. cerebrovasculares	81,8	85,4	1,0	73,8	80,0	0,9
Influenza y neumonía	45,8	41,7	1,1	49,5	47,9	1,0
Accidentes	46,8	39,5	1,2	44,1	38,9	1,1

Causas	2009			2011		
	M	*F*	*Razón M/F*	*M*	*F*	*Razón M/F*
Enf. crónicas de las vías respiratorias inferiores	32,1	24,4	1,3	33,8	28,0	1,2
Enf. de las arterias, arteriolas y vasos capilares	22,6	21,0	1,1	24,1	21,1	1,1
Diabetes Mellitus	16,2	27,2	0,6	15,0	24,9	0,6
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	20,3	6,0	3,4	21,5	5,6	3,9
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	14,5	5,3	2,8	14,1	4,8	3,0

Fuente: MINSAP, 2010: 32 y MINSAP, 2011a: 32.

Aunque en el perfil de enfermedades de ambos prevalecen las crónicas no transmisibles, estructuralmente no se comportan igual para un sexo y otro. La Razón de mortalidad masculina/femenina ayuda a comprender la letalidad de cada enfermedad y sus variaciones. Si el valor es próximo a uno o está por debajo, es más letal para las mujeres.

La principal causa de muerte para las mujeres son las enfermedades del corazón, mientras que para los hombres son los tumores malignos. La razón de tasa se mantiene igual del 2009 a 2011 para ambas enfermedades, se reducen las tasas para ambos sexos entre las enfermedades del corazón. Aunque crece la tasa de tumores entre hombres, desplazando a las enfermedades del corazón al segundo lugar, cosa que no sucede entre las mujeres.

Un factor de género incide en el comportamiento de los tumores malignos, que desfavorece a los hombres. El pesquisaje que ellos se hacen de la próstata casi siempre sucede tardíamente debido al rechazo a la prueba del tacto rectal y al desconocimiento de que hoy existe otra forma de diagnóstico, tiene que ver con la resistencia a consultar con el médico sus problemas de salud por la errada creencia de que es mostrar signos de debilidad, también por las presiones del trabajo que siempre priorizan. Este fue el segundo tipo de cáncer que mayor tasa tuvo en 2011 con un 46,7 por cada 100 mil hombres. Mientras que el de mama incidió en un 24,7 por cada 100 mil mujeres, el del cuello de útero 8,1 y el de otras partes del útero 10,3. Siendo varios órganos los afectados por la mujer, no llegan a reunir la cantidad de defunciones que acumulan los hombres por el cáncer de próstata. La mortalidad masculina por esta enfermedad sólo es superada por el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón que alcanzó ese año una tasa de 56,7 por 100 mil hombres. Las investigaciones sobre el consumo de tabaco en Cuba siempre dan al hombre como el principal consumidor activo, y

a la mujer pasiva. El tabaco está considerado el principal agente etiológico del cáncer de pulmón para hombres y mujeres.

En la población femenina de Cuba también este tipo de cáncer aporta la mayor tasa de mortalidad por tumores, aunque con un valor menor que la masculina, ella fue en 2011 de 32,1 por 100 mil mujeres. Entre las mujeres cubanas se da la peculiaridad de su doble exposición por ser fumadora activa y, además, la más expuesta en los hogares al humo de tabaco. Investigaciones sobre la incidencia de esta enfermedad en mujeres cubanas y europeas observan una mayor afectación entre las cubanas (Domínguez *et al.*, 2011).

Según el Dr. Rojas Ochoa, el alto comportamiento de esta enfermedad podría ser una de las posibles explicaciones del diferencial reducido en la mortalidad entre cubanas y cubanos, pues al compararse la tasa de mortalidad de las cubanas por este cáncer con la de mujeres de otras partes, se observa que esa enfermedad tiene una mayor incidencia en las cubanas (entrevista al Dr. Francisco Rojas, 2008). Entre 1997 y 2002 Cuba mostraba —entre 29 países de América Latina— el tercer valor más alto de la tasa de mortalidad por neoplasias malignas de la tráquea, los bronquios y el pulmón. Comparativamente con Trinidad y Tobago, país cuyo diferencial de Esperanza de vida era entonces de 6 años, las cubanas alcanzaban una tasa de 23 por 100 mil habitantes y las mujeres de ese país de 4,1 (UNIFEM, 2005).

El tabaquismo es también un problema de salud que repercute en la mortalidad por enfermedades del corazón. Los signos diferenciales entre hombres y mujeres se hallan en que, por un lado ha sido la principal causa de mortalidad masculina a lo largo de varias décadas, mientras que, por otro, se observa un incremento en los últimos tiempos entre mujeres cuyas edades están entre los 50 y 59 años (período menopáusico). En el trienio 2008-2010 la tasa de estas mujeres se cuadruplicó frente a sus congéneres de 40 a 49 años. Ningún otro grupo de hombres y mujeres tuvo tales incrementos (MINSAP, 2011c: 63).

Todas las enfermedades del corazón tienen mayores tasas de mortalidad entre los hombres, pero el diferencial M/F se reduce entre las isquémicas crónicas y las hipertensivas. La mayor morbilidad de estas enfermedades entre mujeres grava su peor calidad de vida.

En el Cuadro 20 se infiere por la Razón de Masculinidad que las dos enfermedades que provocan más muerte entre mujeres son las cerebrovasculares y la diabetes. De 2009 a 2011 se acrecentó la letalidad para las mujeres de la influenza y la neumonía, así como de las enfermedades crónicas por vías respiratorias inferiores, debido a un mayor incremento de la tasa femenina que la masculina; mientras que entre los accidentes fue por un mayor decrecimiento de la tasa entre hombres.

Las enfermedades cerebrovasculares en 1990 abarcaron al 9,6% del total de las defunciones por diez causas de muerte; en 2001 fueron el 10,2% y en 2011 el 11,7%. Su crecimiento ha sido sostenido, aunque no alto. En 1992 estas enfermedades cambiaron de un patrón masculino a uno femenino. El aumento de las tasas se ha dado a expensas del grupo de más edad (80) entre mujeres, que son mayoría en la población envejecida. En el caso de los hombres su aumento se produjo en el grupo de 60 a 79 años. Las mujeres aportan la mayor tasa de mortalidad por enfermedades oclusivas (33,1) y los hombres las hemorrágicas (23,4), (MINSAP, 2011a: 82).

Si se agrupan en una sola categoría las muertes por accidentes, lesiones autoinfligidas y por agresión, todas de naturaleza violenta, se obtienen resultados que corroboran el clima de seguridad que impera en el país y que beneficia a ambos sexos. Comparadas todas ellas de conjunto frente a cada una de las tres enfermedades, su incidencia es menor.

Pero cuando las defunciones se comparan entre hombres y mujeres se corrobora la tesis de que el mundo de los hombres es más violento que el de las mujeres. El 67,2% de las muertos en 2011 por esas tres causas eran hombres, y el 32,8% mujeres. Llama la atención el contraste de las cifras comparativamente con otras causas de muerte. Los accidentes son la cuarta causa de muerte entre hombres, y la quinta entre mujeres; las lesiones autoinfligidas el séptimo lugar para hombres y el décimo para mujeres, y las agresiones el 12º y 17º lugar, respectivamente. Siempre la violencia ocupa una posición de mayor riesgo para los hombres, pero depende del mundo de violencia que ha creado su cultura de dominación.

La desigualdad en violencia no tiene que ver sólo con este aspecto que pone en desventaja a los hombres, sino con su participación en la muerte de las mujeres. Las investigaciones sobre violencia siempre identifican al hombre como el principal maltratador de las mujeres, y responsable de su muerte cuando la violencia llega a situaciones extremas. Mientras que se sabe que con frecuencia la muerte de los hombres es responsabilidad de individuos de su propio sexo. En 1982, una investigación realizada por un equipo de sociólogos en una unidad de la empresa eléctrica en Ciudad de La Habana, que tenía entre sus objetivos indagar sobre el uso de los medios de protección, detectó que entre los linieros su no utilización obedecía a un patrón cultural machista que le exigía colocarse en una situación límite de riesgo para demostrar su valor y hombría.

Un tercer rasgo diferenciador del perfil de salud de hombres y mujeres es que las mujeres son las que aportan los índices más altos de morbilidad, eso permite deducir su peor calidad de vida. Los es-

tudios de morbilidad por sexo se basan en el análisis de los registros de pacientes dispensarizados. Los mismos arrojan que enfermedades como la hipertensión arterial, el asma bronquial, las infecciones respiratorias agudas, las diarreicas agudas, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica, diabetes, herpes zoster y hepatitis viral se padecen más entre mujeres. Mientras la sobremorbilidad de los hombres se produce en otras enfermedades más letales y de transmisión sexual (MINSAP, 2011c).

El incremento de las enfermedades discapacitantes físicas y mentales es un fenómeno que en Cuba, como en otros países, se vincula al proceso de envejecimiento que vive la población, en particular la femenina. Se comprende que la mayor longevidad de la mujer puede verse como un factor que la favorece biológica y socialmente, de hecho el envejecimiento está asociado a la inversión que se ha hecho en relación a la mejoría de la salud de la población, de la cual la mujer se ha visto beneficiada con un incremento en su esperanza de vida.

Sin embargo, ¿en qué condiciones arriba la mujer a esas edades en Cuba? Los estudios gerontológicos con perspectiva de género son escasos en el país pero apuntan ya algunas diferencias que comprueban la existencia de factores socioculturales como determinantes de una mayor incidencia de la discapacidad física y mental entre las mujeres cubanas mayores de 60 años. Las mujeres cubanas ancianas tienen 2,4 veces más probabilidad de padecer demencia y 3,7 veces el Alzheimer por menor calidad de vida. La calidad de vida deteriorada de la mujer de edad avanzada se observa en enfermedades como la osteoporosis, asociada a hábitos nutricionales que generan discapacidad física y fracturas frecuentes (MINSAP, 1999). Las fracturas de cadera a esas edades son entre las mujeres una causa de muerte importante, en 2001 la tasa femenina casi duplicaba a la masculina, 141 y 75 respectivamente (MINSAP, 2002). En 2001 los registros sobre enfermedades en pacientes de 60 años y más, mostraban un cuadro de mayor prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles entre mujeres de esas edades, en particular de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, asma bronquial, enfermedad cerebrovascular e hipercolesterolemia (MINSAP, 2002). Pasemos revista a algunas áreas de salud sensibles al género para conocer su comportamiento diferencial.

SALUD NUTRICIONAL

Muchas de las enfermedades mencionadas tienen una etiología nutricional. La hipertensión arterial, diversas enfermedades cardiovasculares y la diabetes son algunas de ellas. La comorbilidad es una

constante combinada entre las enfermedades nutricionales, las cardiovasculares y del sistema endocrino.

En el diabético las células del organismo son resistentes a la acción de la insulina y la obesidad es un factor que contribuye a ello.

El estudio de la morbimortalidad de la diabetes en Cuba la identifica como una enfermedad de alta prevalencia entre las mujeres. En el decenio 2000-2010 se produjo un incremento en la tasa de mortalidad de 17,4 a 27,1. La tasa de morbilidad en 2011 para mujeres y hombres era de 55,8 y 35,7por mil habitantes, respectivamente. Es la tercera enfermedad más frecuente en el país con una tasa de 45,7. La hipertensión arterial ocupa el primer lugar (201,2) y le sigue el asma (91,5), (MINSAP, 2011a:111).

La tasa de mortalidad por diabetes se eleva cuatro veces cuando se pasa del grupo de 40-49 a 50-59, en el trienio 2008-2010, precisamente en el grupo donde se producen cambios importantes en el ciclo de vida. Entre los hombres el mayor riesgo de morir se acrecienta entre los 70 y 79 años.

El aumento de la grasa abdominal es un indicador de la obesidad y el sobrepeso, y la antropometría ha encontrado una forma de evaluarla a través de la medición del índice de cintura/cadera. Un estudio en La Habana entre 3.727 adultos de 20 a 59 años, a los que se les tomó medidas de las circunferencias de la cintura y la cadera, de su peso y talla, permitió conocer que en la población cubana crecen los valores de cintura/cadera con la edad y que el mayor porcentaje de grasa corporal en el abdomen lo tienen las mujeres, por tanto ellas poseen mayor riesgo de padecer enfermedades como la diabetes, la hipertensión y otras cardiovasculares (Berdasco *et al.*, 2002).

El sedentarismo, la obesidad y el sobrepeso, muy interconectados entre sí, tienen una ocurrencia mayor entre la población femenina en Cuba y aumentan con la edad (MINSAP, 1999: 50). Detrás del sedentarismo y la obesidad pesan los roles de género asignados a la mujer, los cambios hormonales que las acompañan a determinadas edades y la falta de tiempo para poder realizar ejercicios físicos. La investigación realizada por la ONE sobre el uso del tiempo entre hombres y mujeres en cinco municipios de Cuba, demuestra que esta no es una actividad priorizada entre las mujeres, tanto de zona rural como urbana, que amas de casa y trabajadoras remuneradas dedican mucho tiempo a la vida doméstica y, entre las segundas, el tiempo es más escaso porque deben compartirlo con el dedicado al trabajo remunerado. La investigación concluyó que las mujeres sólo disfrutan del 70% del tiempo libre de los hombres (ONE, 2002: 73).

La obesidad está determinada por la mala alimentación, la mayor ingestión de carbohidratos y azúcares, y el desorden alimentario. La

combinación de una dieta poco sana con sedentarismo ha estado más presente en la vida de las niñas que en la de los niños. En 2006, un estudio del Instituto de Nutrición en Yaguajay las identificó como las más vulnerables por la combinación de esos dos factores.

La obesidad precoz en niños y niñas ha determinado el interés por el estudio de la incidencia de ella en la morbilidad obstétrica. En un Policlínico de Matanzas se realizó una investigación sobre la obesidad en embarazadas y arrojó que el número de mujeres que conciben una gestación con IMC superiores a 29 Kg/m² se ha incrementado, aparejado esto con el incremento de la edad materna. Un 14,3% de las embarazadas eran obesas y en ellas se detectó mayor frecuencia de enfermedad hipertensiva (Sardiñas *et al.*, 2010).

La carencia nutricional más importante del país es la deficiencia en el hierro. Una investigación de 2000 del instituto mencionado, realizada en diferentes entidades laborales y grupos ocupacionales, concluye que las mujeres son las más afectadas en un 31,1%, y los hombres en el 17,4%. En su publicación se citan investigaciones que la precedieron en los años noventa en regiones de Matanzas, Ciudad Habana y Pinar del Río donde la mujer siempre aparece con los mayores porcentajes de anemia o deficiencia en el hierro (Reboso *et al.*, 2000).

En 2011, las tasas ajustadas de mortalidad por anemia y desnutrición son de las más bajas. La de anemia es equivalente entre hombres y mujeres, y la de desnutrición es ligeramente superior en los hombres: 0,3 por cada 100 mil hombres (MINSAP, 2011a: 50 y 52).

La vulnerabilidad alimentaria en la década de los noventa provocó desnutrición entre las embarazadas de la región oriental y un incremento en el índice de bajo peso al nacer, fenómenos que resultaron de un mayor impacto en un escenario de partida de mayor desventaja. La situación no se reflejó tan crudamente en la tasa de mortalidad materna debido a la ventaja que tienen las mujeres cubanas de contar con la institución de los Hogares Maternos, los cuales rectifican el desbalance nutricional que trae la embarazada y mejoran la calidad de vida con que ella accede al parto.

Sucede también que en condiciones de vulnerabilidad alimentaria las mujeres refuerzan sus roles de cuidadora y pudieran estar distribuyendo la dieta de alimentos que el estado les ofrece para paliar la situación alimentaria de la familia, en particular allí donde también hay niños y ancianos. Esa proyección de cuidadora y la escasez de alimentos ricos en vitaminas y hierro, afectan la calidad de su nutrición.

El último dato con que se cuenta es de 2006 y revela que las mujeres que comenzaron su embarazo con bajo peso eran el 15,7%; en el primer trimestre de gestación se reportaron con anemia 12,1%, y en el tercer trimestre el 23,4%(República de Cuba, 2010: 34).

La vulnerabilidad alimentaria también ha afectado a las mujeres ancianas. La evaluación del estado nutricional de los adultos mayores de un consultorio del médico de la familia en Centro Habana en 1999 arrojó que un 70% de los ancianos estaban mal nutridos, de ellos el 24,6% por defecto, en particular varones, y el 44,2% por exceso, con mayoría de mujeres (Pita, 1999).

La escasez que aún existe de productos cárnicos, vegetales y frutas, y sus altos precios en el mercado que limitan su accesibilidad, repercuten en la calidad nutricional de la dieta de los hogares. Si las investigaciones de pobreza reconocen que la situación de los ingresos es más baja en los hogares dirigidos por mujeres, es de esperar que ellas muestren mayores desventajas en su estado nutricional.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El estudio de la salud reproductiva de la población masculina y femenina en Cuba arroja avances y desigualdades que aún sobreviven en el presente milenio.

La salud reproductiva de los hombres ha sido poco estudiada. La investigación y la política de salud se han concentrado en las mujeres, en vista de la necesidad de su atención especial. Eso limita el alcance del balance de género que pueda hacerse en esta área, aunque no resulta imposible aproximarnos a identificar algunas diferencias.

Se han realizado acciones de política para promover participación de los hombres durante el embarazo, el parto y la maternidad, tanto en el sistema de salud como en la legislación, pero los progresos son insuficientes. En esta segunda década del siglo XXI se dan pasos hacia la investigación reproductiva de los hombres.

En una caracterización del perfil de mortalidad de mujeres es esencial considerar el comportamiento de la tasa de mortalidad materna. En Cuba ella refleja la calidad de vida lograda por la mujer cubana en la atención a su salud reproductiva, en particular por la disminución de la tasa de mortalidad directa. En la estructura de 35 causas de muerte ella ocupa el 23º lugar, luego entonces no tiene un peso decisivo en las defunciones femeninas. Pero conocemos que la mortalidad materna genera situaciones catastróficas en la familia y en el cuidado infantil, y toda muerte, cualquiera sea su causa, es importante.

No obstante los avances, se observan ciertas irregularidades en el comportamiento tanto de la directa como de la indirecta. En el trienio 2009-2011 se produjo una reducción de la tasa general.

Cuadro 21

Evolución de la tasa de mortalidad materna (MM) en Cuba

Años	Tasa directa	Tasa indirecta	Total
1980	52,6	7,3	59,9
1990	31,6	10,2	37,9
2000	32,8	7,7	40,4
2009	30,0	16,9	46,9
2010	29,7	13,3	43,1
2011	31,6	9,0	40,6

Fuente: MINSAP, 2011a: 90 y MINSAP, 2011c: 96.

En el continente americano, según datos disponibles de la OMS (2008), Cuba ocupaba la 7º posición de la menor razón de muertes maternas de 35 naciones, y se hallaba entre los que tenían un promedio por encima de la media regional (OMS, 2011: 26).

A pesar del buen comportamiento en la región, no es una Meta del Milenio con posibilidades de cumplirse para 2015 si se mantienen los problemas que gravitan sobre las causas directas e indirectas. Para la reducción de las tasas es necesario lograr un trabajo más focal sobre las principales causas directas, que son las que aportan mayores valores: complicaciones del puerperio (9,8); las hemorragias (7,5); complicaciones del trabajo de parto y del parto mismo (5,3); de la embolia obstétrica (4,5); infecciones puerperales (4,5) y del embarazo ectópico (3,0). Entre las indirectas se hallan las enfermedades infecciosas y del sistema respiratorio: 1,5 cada una (MINSAP, 2011a: 90).

El trabajo en salud debe realizarse también de manera diferenciada por provincias, debido a que siete de ellas tienen tasas muy por encima de la media nacional; en el resto, los valores son tan bajos que compensan el promedio nacional de 40,6. Esas provincias son Artemisa (85,5); Mayabeque (71,5); Santiago de Cuba (61,4); La Habana (59,2); Las Tunas (58,7); Camagüey (51,9) y Cienfuegos (43,2) (MINSAP, 2011a: 92).

La mujer cubana mantiene hoy bajos niveles de reproducción, determinados por la interacción de varios factores: mayores expectativas de realización personal independientes de la maternidad, dificultades en la vida cotidiana sostenidas por más de cincuenta años que se han agravado en algunos períodos, sobrecarga de roles derivada de la combinación entre un proyecto de emancipación y la vieja centralidad de su papel en la familia, y criterios más exigentes de cuidado infantil

que definen la calidad de vida de sus hijos, criterios derivados de la política social, en particular de la salud, que hacia la infancia se ha desarrollado. Cada uno de estos factores puede estar presente en grado diferente en diversos grupos de mujeres cubanas, pero de alguna manera pesan sobre la cotidianidad de sus vidas. Todos ellos reflejan la coexistencia de patrones patriarcales de vida reproductiva con los nuevos de equidad, matizados por el contexto histórico específico de la realidad cubana. Ante esa situación específica la estrategia de la mujer cubana ha sido la reducción de su fecundidad, lo cual ha sido posible por el entorno de oportunidades que ha tenido en cuanto a acceso amplio a la anticoncepción y atención de los servicios de salud a esa necesidad.

En 1990, la tasa de fecundidad general era de 62,1, en 2011 fue de 45,3. Tanto la tasa global de fecundidad como la bruta de reproducción reflejan el no reemplazo de la población que se viene produciendo desde hace varias décadas. En 2011, sus valores se ubicaban en 1,77 y 0,86 respectivamente (MINSAP, 2011a: 21). Su reducción está presente desde principios del siglo pasado, y se aceleró a partir de la década del setenta, ese fenómeno ha influido en un lento crecimiento de la población cubana.

El decremento se ha producido en todos los territorios del país —en zonas urbanas y rurales, en todos los grupos ocupacionales y etarios— y es el mejor indicador que expresa la homogeneidad que se alcanzó en relación al proyecto de emancipación de la mujer en todos sus grupos, así como el impacto de las restantes causas.

La Tasa Global de Fecundidad en Cuba en 2011 representa una de las más bajas del mundo, y es la más baja de América junto a la de Canadá (MINSAP, 2011a: 223).

Durante décadas el grupo etario de mayor aporte a la reproducción ha sido el de 20-24 años. En el período 1970-1982 el descenso de la fecundidad fue acompañado de su rejuvenecimiento, al punto que las adolescentes sobrepasaron las tasas del grupo de 25 a 29 años. En 2009, esa contribución fue del 32,6% de todos los nacidos vivos (ONE, 2009c). Si se suma con la del grupo inferior se obtiene un valor de 47,7% de niños nacidos de madres menores de 24 años. Desde 1990 se produce un incremento en la edad media de la fecundidad que refleja una tendencia a la dilatación de la fecundidad. El Cuadro 22 recoge esos cambios en la estructura de la fecundidad por edades de la madre.

Cuadro 22

Evolución de la Tasa específica de fecundidad según edad de la madre

Grupos	1953	1960-65	1975	1985	1990	1995	2000	2005	2011
15-19	58,9	119,7	127,3	92,9	77,5	60,2	49,6	44,9	57,3
20-24	205,6	266,4	179,3	126,8	113,9	91,4	96,5	93,0	111,6
25-29	203,6	237,9	118,3	95,7	97,4	78,8	89,2	81,3	98,2
30-34	138,9	164,8	69,8	46,5	56,1	46,8	55	53,2	57,1
35-39	79,1	100,9	37,4	18,5	17,5	17,1	22,4	21,9	24,8
40-44	28,7	36,3	13,5	3,9	3,3	2,5	3,8	4,1	5,0
45-49	4,2	8,1	2,3	1,2	0,3	0,5	0,2	0,2	0,3

Fuente: Raúl Hernández. Aspectos relevantes de la transición demográfica. CEDEM. p.8, Cuadro 3. ONE. Anuarios demográficos de 1998, 2000 y 2003. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud, 2011.

A partir de 1966 se experimentó un decrecimiento de la fecundidad en todos los grupos de mujeres en edad fértil, a excepción del grupo de las adolescentes cuyo incremento sostenido la ubica en 1975 en la 2º posición en la estructura de la fecundidad específica. El descenso de la fecundidad en ese grupo—desde la segunda mitad de la década del ochenta hasta 2006— la colocó en la cuarta posición detrás del grupo de 30 a 34 años. Desde 2007 se observa un repunte que llega hasta 2011 y la coloca nuevamente en una 3º posición de la estructura de la fecundidad específica.

No debe olvidarse que los estudios de familias pobres en Cuba identifican la maternidad adolescente como un problema frecuente en estos hogares, lo que no quiere decir que sea privativo de ellos. De hecho la autora de este trabajo en 2000 realizó un estudio comparativo entre una zona rural y urbana, y detectó que la maternidad precoz se encontraba en hogares distintos por su procedencia social: de trabajadores de los servicios, operarios, intelectuales y con los más diversos niveles de vida (Fleitas, 2000).

El principal problema de salud de las madres adolescentes ni siquiera es la posibilidad de parir un hijo con bajo peso, pues el índice mayor lo alcanzan las que están en edades reproductivas óptimas. Tiene que ver sobre todo con su salud psicológica y social, una práctica maternal temprana obliga a la adolescente a transitar de una relación de dependencia material y espiritual paterno-filial en su familia de origen, a una relación de pareja donde la adolescente se ubica en una posición subordinada de dependencia. Esto sucede en el mejor de los casos, cuando no va acompañada también de una situación de pobreza y de soledad. En 2009 las madres adolescentes que eran trabajadoras del hogar representaban el 51,4% del total.

En 2009 las madres adolescentes representaban el 85,6% de todos los que fueron padres a esas edades, lo que da la medida de que la paternidad en la adolescencia es un problema sobre todo femenino.

El perfil de la madre adolescente en ese año se caracterizaba en un 74% por ser mujeres en unión consensual; una alta concentración de ellas en la región oriental donde todas las provincias aportaban tasas por encima de la media nacional; una mayor representatividad en zonas rurales (20,5%) y una mayoría dedicadas al trabajo del hogar, las estudiantes apenas eran el 29% y las trabajadoras remuneradas el 19%. La mayoría se halla en una relación con hombres de entre 20 y 29 años; la distancia de la edad entre mujeres adolescentes y sus parejas masculinas es mayor que en otros grupos de mujeres.

El Cuadro 23 da una noción de cómo se comporta en el presente siglo la estructura de edades de la fecundidad por sexo. Los padres adolescentes aportaron el 2,6% de los nacimientos, mientras las mujeres el 15,4%.

Cuadro 23

Aportes en % a los nacimientos según edad de la madre y el padre[9](2009)

Edades	Aporte en % (madres)	Aportes en % (padres)
≤ 19	15,4	2,6
20-24	32,6	17,9
25-29	23,9	21,1
30-34	16,2	18,6
35-39	9,9	15,5
40-44	1,8	8,0
45-49	0,1	2,9
50-54	0	0,7
55-59	0	0,3
60-64	0	0,1
65 y más	0	0,1
No informado	0	12,2
Total	100	100

Este dato refleja el patrón de relaciones de pareja predominante donde el hombre suele ser mayor que la mujer, aunque hay que considerar que esa situación ha ido cambiando en muchas parejas. Mientras las mujeres aportan la mayor cantidad de nacimientos entre 20 y 29 años, los hombres lo hacen entre 25 y 34 años, hay un desplazamiento de cinco años. El porcentaje de padres no informados refleja la cantidad de hombres que están ausentes en el nacimiento de sus hijos y que probablemente lo estarán durante su crianza.

9 Construido por la autora a partir de los datos del Anuario demográfico 2009 de Cuba.

El perfil de las mujeres madres en 2009 se caracteriza por ser de mujeres en edades de 20 a 29 años en unión consensual (68,6%), con preuniversitario terminado (58,1%) y trabajadoras remuneradas (52,2%).

El Cuadro 24 permite comprender cómo la reducción de los nacimientos en la presente década no tiene que ver sólo con la incorporación al trabajo. El mayor incremento de los nacimientos se da precisamente entre mujeres trabajadoras remuneradas, pues una mejor posición económica permite enfrentar las exigencias del cuidado de un niño.

Cuadro 24
Evolución de los nacimientos de acuerdo a la condición económica de la madre entre 2003 y 2009[10]

Situación ocupacional	2003		2009	
	Total	*%*	*Total*	*%*
Trabajadoras remuneradas	52.813	37,4	67.913	52,2
Trabajadoras del hogar	81.515	57,7	51.895	40,0
Otra situación	6.948	4,9	10.228	7,8
Total	141.276	100	130.036	100

La reducción de la fecundidad en Cuba tiene dos determinantes esenciales: el uso de anticonceptivos y la práctica del aborto. Desde la década del noventa se observa un incremento sostenido en la cobertura de anticoncepción (de un 70 a un 77,8% de la población femenina que declara usar algún método anticonceptivo). El uso de anticonceptivos es de más amplia cobertura que el aborto. ¿Pero cómo inciden las determinantes de género en esta práctica?

Diversas encuestas revelan un incremento del uso del condón luego de varios decenios de fuertes campañas para fomentarlo. En 1993 el 4% de la población femenina declaraba usar el condón con su pareja, cifra que trepó hasta el 12,5% en 2011 (MINSAP, 2011a:193). Pero lamentablemente el condón sigue estando en el imaginario de hombres y mujeres como un método para evitar las enfermedades de transmisión sexual, no para planificar los hijos deseados. Tanto hombres como mujeres creen que recae sobre la mujer la responsabilidad de controlar los embarazos.

La planificación familiar sigue siendo en Cuba un problema femenino. En la década de 2000 se produjo un decremento en el uso de los dispositivos intrauterinos —que en 1993 tenían una cobertura del 70% y bajaron a 51,3%en 2011— y en la esterilización femenina, que bajó de 21 a 19,2%. La reducción no afectó el peso de los anticonceptivos femeninos,

10 Construido por la autora a partir de los datos de los Anuarios demográficos de 2003 y 2009.

pues dos de ellos —píldoras e inyecciones— ampliaron su cobertura, aunque los DIU y la esterilización siguen manteniendo los valores más altos.

Esa responsabilidad no compartida incide en el comportamiento de las tasas de aborto que no logran establecer una tendencia sostenida a la reducción, en la década que concluyó se produjo un incremento en todas las tasas.

Cuadro 25

Evolución de los abortos inducidosen el decenio de 2000

Años	Tasa por 1.000 mujeres*	Tasa por 100 partos	Tasa por 100 embarazos
2000	23,0	52,7	34,5
2005	19,1	51,5	33,8
2011	26,7	63,0	38,4

Fuente: MINSAP, 2011a:192.

* Mujeres de entre 12 y 49 años.

El aborto entre adolescentes—una edad donde la práctica es más riesgosa— mantuvo valores altos. Durante el decenio mostró un comportamiento estable y culminó 2010 con 33,3 por mil mujeres de 12 a 19 años (MINSAP 2011c: 97).

El abuso del aborto como método anticonceptivo, la prolongación de la edad materna combinada con una exposición más larga a diferentes métodos anticonceptivos, así como el incremento de las enfermedades de transmisión sexual producto de las relaciones sexuales inestables, promiscuas y basadas en una cultura de la subordinación, repercuten cada vez más sobre los índices de diferentes enfermedades tales como la infertilidad femenina y el cáncer de cuello de útero.

El cáncer de mama y el cérvico-uterino son causas de muerte que reflejan las desigualdades de género que en salud persisten en todos los continentes, están muy vinculadas a la calidad de la vida sexual y reproductiva de las mujeres y tienen un peso relevante en los valores que muestran las tasas de mortalidad y morbilidad femenina.

El cáncer de cuello de útero tiene baja prevalencia sobre la mortalidad femenina por la amplia cobertura de su Programa Nacional de detección precoz y la eficacia que ha demostrado tener, pero su morbilidad y las secuelas que trae la histerectomía para el funcionamiento del sistema endocrino, lo hacen un problema de salud importante en las mujeres cubanas.

A pesar de ese bajo perfil general, en las edades de 30 a 44 años es la enfermedad fundamental entre diferentes tipos de cáncer, con una tasa en 2011 de 23,1 por cien mil mujeres de esa edad; seguida por el cáncer de mama con 21,9. A esas edades las tasas de morbilidad de los hombres se asocian a enfermedades provocadas por el hábito de fumar (cáncer de pulmón); mientras que las mujeres están viviendo las

secuelas de una vida reproductiva de mayor desventaja. Entre los 45 y 49 años, las cubanas experimentan una mayor morbilidad por cáncer de mama (79,7) y el cáncer de cuello de útero pasa a una cuarta posición con 36,4, pero sus valores siguen siendo altos. En 2010 se obtuvo un 75,5% de detección entre los casos examinados, la cifra más baja de la década, pero aún elevada. A pesar del éxito del programa, en el decenio que concluyó la tasa se incrementó de 7,2 a 8,1.

En ese año se realizaron 4.284 histerectomías que representan el 4,5% de todas las intervenciones quirúrgicas en los hospitales generales. En los hospitales ginecobstétricos las operaciones de histerectomía y sobre el cuello uterino fueron el 38% del total de las operaciones elegidas. Aunque el porcentaje parece bajo, es necesario hacer constar que se ubican en el sexto lugar, luego de las masivas operaciones de ojos, dientes y vesícula que se realizan en el país, después que se introdujo la cirugía de mínimo acceso y se creó el programa de pesquisaje oftalmológico masivo a la población, en particular a los ancianos (MINSAP, 2011a).

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte entre las mujeres en América Latina. Su determinante social se vincula con la falta de acceso de las mujeres a servicios que garanticen el control periódico y la mamografía para una detección precoz y preventiva de esa enfermedad. Es significativo, sin embargo, que un país como Haití, donde se reconoce existen desigualdades notables en el acceso a la salud, tenga la tasa más baja en 2005(1,5) y Uruguay —que muestra los mejores indicadores de salud en el continente— logre la tasa más alta (36,6). Otros factores pueden estar influyendo en las estadísticas, y uno puede ser la falta de control sobre la enfermedad(Fleitas, 2010).

De acuerdo a los datos de ese año, Cuba se ubica en el sexto lugar de la mayor tasa de mortalidad femenina por esa causa con 19,1 —a pesar de que existe un programa nacional que da cobertura a la prevención temprana de ese cáncer— y al cual deben tener acceso todas las mujeres, dada la gratuidad del servicio (Milosavljevich, 2007). Durante la primera década del nuevo milenio la tasa de mortalidad de ese tipo de cáncer creció de 18,2 a 24,7 por cada 100 mil mujeres en 2011 (MINSAP, 2011a:78). En 2010 se realizaron en Cuba1.926 extirpaciones electivas de lesiones de mama. La práctica de la mastectomía se ha ido reduciendo debido a la posibilidad de detección precoz del cáncer (MINSAP, 2011a: 182-184).

La infertilidad es otro problema de salud sexual y reproductiva, consecuencia de los factores biogenéricos mencionados. Se acrecienta en el país tanto en mujeres como entre hombres, si bien es un problema que afecta fundamentalmente a las mujeres. De una investigación realizada en el Hospital Hermanos Amejeiras en 2011, institución centro de referencia para la atención a ese problema de salud, se obtuvo que de 150 parejas que trataban su infertilidad, en el 84% de ellas fueron las mujeres

quienes presentaron esa situación. Un médico de prestigio en el tema, el Dr. Gómez Alzugaray, afirma que se estima existen 50.000 parejas en Cuba que necesitan reproducción asistida (Álvarez, 2011: 32).Algunos autores afirman que la infertilidad en Cuba podría tener una incidencia en la población de 12-14% y entre sus causas fundamentales se halla una infección de transmisión sexual, la *Trichomonas vaginalis*. Un estudio del Instituto Nacional de Endocrinología encontró que entre las causas que afectan la infertilidad masculina se hallan la sepsis urinaria, la varicocele, las ITS y el alcoholismo; mientras que en las mujeres predominan la sepsis urinaria, las ITS y la inflamación pélvica (Rojas *et al*., 2002).

El alcoholismo es una práctica sobre todo masculina causante de muchas enfermedades. Un buen observador que camine por los bares de cualquiera de las ciudades de Cuba lo puede corroborar, pero los estudios de diferentes enfermedades y problemas de salud también se encargan de darnos estadísticas. La mayoría de los accidentes están asociados al alcoholismo masculino, también las agresiones y la cirrosis hepática, entre otras. Todas ellas de mayor incidencia entre hombres. Una investigación de 2000 sobre la neuropatía epidémica arrojó que el 45,2% de los enfermos era alcohólico, y que los hombres duplicaban a las mujeres (Bonet *et al*., 2000).

LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) forman parte del grupo que más morbilidad provoca de todas las transmisibles. La mortalidad y morbilidad vistas todas en su conjunto son de baja prevalencia en el país, si bien las ETS tienen una incidencia en la morbilidad sensible por su número, como por su efecto en la salud sexual y reproductiva.

En 2011, la tasa estimada de mortalidad de las enfermedades transmisibles —sumada a las perinatales y las de muerte materna— produjo un valor de 58,7 por cada 100.000 habitantes, con una mayor incidencia en los hombres (63,4% frente a 54 en las mujeres). Las enfermedades transmisibles fueron responsables del 7,4% de todas las defunciones en 2011 (MINSAP, 2011c).

En Cuba las enfermedades transmisibles —tanto las sexuales como las de otro origen— expresan un patrón esencialmente masculino.

La tuberculosis muestra para todo el decenio un perfil prevalente masculino en su mortalidad y morbilidad, característica que se repite desde 1943.

La investigación sobre tuberculosis en Cuba no ofrece pistas que permitan evaluarla desde una perspectiva de género, más allá de las estadísticas diferenciadas que evidencian una mayor recurrencia masculina. Puede parecer paradójico, porque entre sus determinantes sociales está el hacinamiento, siendo este un problema presente en las

viviendas de familias pobres, que con frecuencia se afirma están dirigidas por mujeres, o cuentan con una membresía de mayoría femenina.

Cuadro 26
Evolución de la tuberculosis en el decenio 2000-2011 según sexo

Sexo	Tasa morbilidad		Tasa mortalidad	
	2000	*2011*	*2001*	*2011*
Femenino	4,6	3,4	0,1	0,1
Masculino	15,8	9,9	0,3	0,3
Total	10,1	6,7	0,2	0,2

Ambas tasas se calculan por 100 mil habitantes de su sexo.

A nivel mundial se reconoce una asociación entre el VIH/Sida y la tuberculosis. El Programa Nacional de Tuberculosis afirma que los incrementos en una y otra no están asociados. Sin embargo, aunque la comorbilidad TB/VIH es baja se detectan algunos incrementos entre 2000 y 2008 de 1,2% a 8,7% respectivamente (MINSAP, 2009).

El VIH/Sida es otra de las Enfermedades de Transmisión Sexual que ha tenido prioridad en la política de salud, que se caracteriza por su lento crecimiento y su predominio entre hombres homosexuales y bisexuales. En 2007 el 81% de los seropositivos eran del sexo masculino (OXFAM, 2008). Su prevalencia ubica al país con un patrón de baja transmisión, y el seguimiento del sistema de salud a la mujer embarazada la protege parcialmente de su incidencia durante el embarazo pero no soluciona el riesgo que entraña una relación sexual sin la protección del condón.

Un problema de género en salud radica en cómo la cultura patriarcal coloca a la mujer cubana en situación de riesgo ante el contagio de enfermedades trasmisibles sexualmente (ETS). Las enfermedades de transmisión sexual son más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres, así lo corrobora la citada encuesta de salud reproductiva (ONE, 2004b). Pero la vulnerabilidad de la mujer radica en que se contagia, en la mayoría de los casos, sin ser la causante directa de una actitud irresponsable en la construcción de una relación sexual extramatrimonial, sino por no utilizar condón en el marco de una relación supuestamente confiable.

La blenorragia en 2010 alcanzaba una tasa de 26,8 por 100 mil mujeres y 48,1 por 100 mil hombres; mientras tanto la sífilis arrojaba 10,0 por 100 mil mujeres y 15,7 por 100 mil hombres (MINSAP 2011c).

SALUD MENTAL

El problema de salud mental más generalizado, y que está instalado en la vida cotidiana de los cubanos, es el estrés. No tiene que ver con la vida

moderna, sino con la crisis económica, un bloqueo que dura más de cincuenta años, ambos con consecuencias directas sobre la precariedad de la vida cotidiana. Ese problema afecta a hombres y mujeres, pero de manera diferente y en relación a sus roles de género. En los hombres es la ansiedad e insatisfacción por no cumplir con su rol instrumental y protector de la familia, que en algunos se resuelve abandonando sus responsabilidades. Con frecuencia muchos problemas de salud mental se asocian al alcoholismo, que se convierte en un estilo de vida.

Entre las mujeres es más frecuente la baja autoestima y sentimiento de incapacidad ante la vivencia de problemas como la violencia de género, los conflictos entre las exigencias de un modelo de buena madre y buena trabajadora que no se cumplen y, la autoculpa que ello genera. La pobreza, la vulnerabilidad alimentaria que acompaña a los pobres y a muy amplios sectores en grados diferentes, refuerza el estrés de la cotidianidad.

El envejecimiento trae como resultado el mayor incremento de una población vulnerable a los problemas de salud mental que se reflejan en la autoestima, la mayor depresión y que en algunos casos acaban en el suicidio. En el trienio 2008-2010 el grupo donde existe una mayor prevalencia de la tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas es entre los hombres de más de 80 años (con 94,6), le siguen los hombres de 70 a 79 con 54,3. Ambos grupos ostentaban tasas mayores en el bienio 2000-2002.

La mayor mortalidad masculina esconde que los problemas de depresión son más profundos y expandidos entre las mujeres, que intentan suicidarse pero con métodos menos efectivos que los hombres.

Pero el envejecimiento tiene doble repercusión sobre la salud mental de las mujeres, no sólo afecta a las ancianas, que son la mayoría en ese grupo, sino también a las mujeres que desarrollan roles de cuidadoras de ancianos y discapacitados por diversos problemas de salud.

El concepto integral que aquí hemos sostenido de la salud, nos permite inferir que todas las enfermedades que se han mencionado tienen repercusión sobre la salud mental de hombres y mujeres. Los infartos dejan secuelas en los hombres que limitan su vida activa, situación que los coloca en el rol de enfermo-hombre débil, y eso tiene un costo para su salud mental.

Una enfermedad que deja importantes secuelas en la salud mental de las mujeres es el cáncer de mama. Muchas mujeres logran sobrevivir a la intervención quirúrgica pero la pérdida de un seno o las extirpaciones parciales provocan situaciones traumáticas que están asociadas a los estereotipos que la cultura femenina construye sobre la mama como símbolo de belleza y reproducción; también generan problemas de comunicación en la pareja. La incertidumbre de una posible metástasis posterior a una operación tiene un efecto en la psiquis del enfermo de cáncer, ya sea hombre o mujer.

La infertilidad tiene también un costo mental elevado para las parejas, que luego de una larga espera y de ensayos infructuosos que no terminan en embarazo, finalizan con la relación. Mientras dura, se enfrentan a diferentes problemas de salud mental, tales como el efecto psicológico y traumático del diagnóstico, el que luego acompaña al largo tratamiento y al enfrentamiento público en la familia y la sociedad. Hombres y mujeres viven esa realidad de salud en relación con sus aprendizajes de roles reproductivos de lo que significa para ellos ser un hombre/padre o una mujer/madre.

En Cuba, algunos estudios señalan que entre los hombres se experimentan sentimientos de inferioridad y daños a la autoestima por su cuestionamiento a la capacidad reproductiva íntimamente vinculada a la erectilidad y a la cultura de la paternidad (Díaz y García, 2010).

La mayor morbilidad de la mujer cubana, su rol central de cuidadora, la frecuente asunción de su fragilidad como sexo, así como los conflictos que experimenta en la cotidianidad de su vida, permiten inferir que esta es un área de salud donde ella tiene mayores desventajas porque una cantidad superior de mujeres viven sus diferentes expresiones y de una manera más sostenida.

Los estudios de violencia en Cuba también han dado cuenta sobre las secuelas que este fenómeno trae en la subjetividad cuando la mujer sobrevive al maltrato. De hecho se afirma que la forma de violencia más extendida es la psicológica, basada en el desconocimiento a la mujer y su autodesvalorización (Proveyer, 2010).

Cada uno de estos razonamientos nos permiten aseverar que aunque la Reforma de Salud y el desarrollo de una Política de Salud para Todos sostenida durante cincuenta años han creado condiciones de equidad y de calidad de vida que se reflejan en un sentimiento de seguridad y permiten evitar que se vivan las secuelas psicológicas que producen los altos niveles de mortalidad, en particular entre niños y madres, aún prevalecen desigualdades que se deben atender de manera específica con un enfoque de género incorporado a la política de salud.

La pobreza también tiene un efecto sobre la salud mental y el estado de salud general y es también uno de los problemas que requiere atención particular. Las respuestas a cómo se vinculan salud y pobreza se pueden encontrar en el Estudio de Casos que mostraremos a continuación.

Capítulo III

ESTUDIO DE CASOS

RELACIÓN ENTRE POBREZA URBANA Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD EN FAMILIAS DEL CONSEJO POPULAR[1] DE SAN ISIDRO

EL CONSEJO POPULAR DE SAN ISIDRO. CONDICIONES DE VIDA DEL BARRIO: OPORTUNIDADES Y CARACTERÍSTICAS DE SU POBLACIÓN

TERRITORIO Y POBLACIÓN

La Habana Vieja es uno de los 15 municipios de la capital y uno de los territorios que le dio origen. Ella abarca una superficie territorial de 4,37 km² en la cual estaba radicada en 2010 el 4,2% de la población de la capital, con una densidad de 20.751 hab/km². Es el segundo municipio más pequeño de la ciudad, pero el de más alta densidad poblacional.

El Municipio de la Habana Vieja está dividido en siete consejos populares, cinco de los cuales forman lo que se denomina el Centro Histórico de La Habana, declarado por la UNESCO en 1982 Patrimonio Cultural de la Humanidad. San Isidro es uno de los consejos que queda enclavado dentro del perímetro del Centro Histórico, y por tanto se beneficia del Programa Integral de Recuperación económica, social y cultural que dirige la Oficina del Historiador. Abarca 0,3 km²

1 El término "Consejo Popular" hace referencia a un espacio socio-administrativo de los recursos territoriales, a la estructura básica del Poder Popular.

del territorio y uno de sus límites colinda con la Avenida del Puerto, que circunda a la Bahía de La Habana. Se ubica en el extremo sur del Centro Histórico, la Avenida de Paula es una de las calles que lo identifica. En 2011, la población de San Isidro era de 11.836 habitantes (Revuelta *et al*., 2012).

El predominio de las mujeres en La Habana y en el municipio de La Habana Vieja es una singularidad del perfil demográfico de su población. En el año 2010, la población femenina de La Habana Vieja representaba el 51,5% (ONE, 2010c). Un 76,6% de las mujeres cubanas residen hoy en zonas urbanas, esa es una cifra ligeramente superior al porcentaje de población que vive en esas áreas, existe una tradición entre las mujeres cubanas de migrar a los territorios urbanos, dadas las mejores oportunidades de empleo y vida que pueden encontrarse allí. A nivel de país la población femenina representaba el 49,9% en 2011 (MINSAP, 2011:15).

El Censo de 2001 del Centro Histórico de La Habana Vieja es la publicación más actualizada con mayor cantidad de datos sobre el Consejo. En ese año Belén y San Isidro formaban un Consejo integrado y la información por tanto abarcaba a la población de ambas localidades. ¿Qué características nos indica ese instrumento que tenía la población de esa localidad?:

1. Identificó que un 52,1% de su población era de sexo femenino y este era el de mayor relación de masculinidad. Datos recientes del Plan Maestro de la Oficina del Historiador sobre el barrio reportan un 52,5% de mujeres.
2. Desde el punto de vista de la edad, para ese año la población anciana era el 15,9%, por debajo del porcentual municipal (17,5). Los varones predominaban en las edades más jóvenes y las mujeres en las más adultas. La población entre 0 y 14 años era del 18,3%.
3. Si se valora la distribución de la población según su raza, se observa un predominio de las no blancas: 55,2%. Entre las mujeres ese porcentaje era ligeramente superior: 56,6%. Si desagregamos todas las razas y las combinamos con el sexo, obtenemos que los tres grupos que prevalecen son mujeres blancas con 22,5%; hombres blancos con 21,48% y mujeres mestizas con un 19% (Oficina del Historiador, 2001: 6)[2].
4. Al valorar la situación conyugal de la población, tan necesaria

2 Esos datos fueron calculados por la autora en base a datos de esa fuente.

para conocer los procesos de emparejamiento y las relaciones familiares, se obtiene que para ese año los tres grupos más importantes, identificados en orden decreciente, eran: parejas casadas con 35,4%; solteros con 31,2% y unidos con un 14,3%. Aunque la mayoría de sus miembros mantienen algún lazo conyugal, es elevado el número de mujeres solas —54,2% en relación a la población masculina en esa condición— y 27,3% frente al total (Oficina del Historiador, 2001: 8).

5. En la estructura de los miembros de la familia por parentesco parecen prevalecer los hogares extensos y compuestos, lo que se puede inferir de la alta presencia de personas que se declaran en categorías de otros parientes, nietos, nueras/yernos y no parientes.
6. Un porcentaje más bajo que el municipal en limitados físico-motores y mentales.
7. Es el Consejo que tiene más población inmigrante de otras provincias, en particular de la región oriental del país y con una mayor inmigración de mujeres.

POLÍTICA TERRITORIAL DE DESARROLLO HUMANO.

El territorio de la Oficina del Historiador (OH) tiene un tratamiento especial en la política de gobierno que le confiere autonomía económica, lo que facilita su gestión para el desarrollo local. A ello se suma la posibilidad de construir relaciones con la cooperación internacional mediante la elaboración de proyectos cofinanciados por la entidad nacional y la extranjera.

Se ha dicho con certeza, y lo han corroborado las evaluaciones periódicas a que se han sometido numerosos proyectos, que la OH impulsa un programa que tiene enfoque integral, humano y con perspectiva de desarrollo local.

El desempeño de la economía del municipio está basado fundamentalmente en los servicios, con una creciente concentración de esta actividad en las instalaciones turísticas, comerciales e inmobiliarias de la Oficina del Historiador, que tributan sus ganancias principalmente al proyecto de recuperación físico-social del Centro Histórico. El desarrollo económico local se concibe en base a un enfoque de economía solidaria, no sólo por ser fuente de financiamiento del proyecto cultural y social del territorio, sino por los lazos que sus entidades económicas propician con las de carácter social y cultural de manera directa.

El Órgano Superior Local del Poder Estatal en el municipio de La Habana Vieja es la Asamblea Municipal del Poder Popular, la cual

es elegida cada dos años y medio. Dicha Asamblea estaba compuesta por 83 delegados en el período electivo que está concluyendo, y de estos 27 son mujeres en representación de cada una de las circunscripciones en que se dividen los consejos populares del municipio. Los principales actores en la elaboración y ejecución de las políticas, estrategias y planes de desarrollo municipal son la Asamblea Municipal del Poder con su Consejo de la Administración y la Oficina del Historiador de la Ciudad.

En 1993 el Consejo de Estado decidió aprobar el decreto Ley 143 que le da carácter de "Zona priorizada para la Conservación", la cual da cobertura legal para impulsar el programa de desarrollo integral y sostenible. En 1995 se declara "Zona de Alta Significación para el Turismo". En esas condiciones surge el Plan de Desarrollo Integral del Centro Histórico, que fue propuesto a partir de los resultados que arrojó un diagnóstico participativo y que, por tanto, no es sólo fruto de los profesionales y dirigentes del territorio que se involucraron en su diseño, sino también de su población.

Ricardo Maceda declara que: "Nunca en mi vida vi tanta coherencia en un programa, tanta integralidad, tanto humanismo, tanta consagración, tanta pasión y amor a nuestros semejantes. En ningún otro lugar me sentí tan útil, eso no ha sido por obra y gracia del Espíritu Santo. Se debe a una persona que como ser humano al fin con defectos y virtudes ha sido el fundador y guía de lo que hoy se conoce como la Oficina del Historiador, un incansable luchador por hacer realidad los sueños, hombre cabal y honrado, que sabe lo que quiere y lucha a brazo partido por ello […]. Nadie ha hecho tanto por los pobladores de La Habana Vieja como el Doctor Eusebio Leal, y no solo dentro del centro histórico, de otras partes de la ciudad también, en todos los municipios de la capital hay una huella de la OH. La OH para mí es un proyecto eminentemente cultural y de salvaguarda del patrimonio histórico tangible e intangible, que creó sus estructuras de apoyo para hacerlo sostenible y sustentable, que se basa en el amplio conocimiento de sus empleados para realizar los estudios con oportunidad y racionalidad, te hablo del plan maestro que es quien define la ruta por donde ha de andar la obra restauradora, te hablo de la dirección de inversiones que lleva adelante los planes y procesos constructivos, te hablo de la dirección de proyectos quien plasma gráficamente las ideas de las inversiones, te hablo de las empresas constructoras que hacen posible la realización de más de 200 obras anuales, te hablo de la dirección de museos que muestra toda la historia atesorada y protegida por siglos, donde en cada museo hay aulas donde los niños reciben clases, te hablo de la dirección de comunicaciones que da a conocer a través de revistas como *Opus Habana* y la emisora Habana

Radio la vida del centro histórico y de los principales acontecimientos de la cultura nacional, te hablo de la compañía Habaguanex, sostén económico principal de la OH, con sus cadenas de hoteles, tiendas y disímiles comercios, la agencia de viajes San Cristóbal que promueve el turismo en el centro histórico, te hablo de la dirección administrativa que tiene a su cargo la logística de la entidad. Todo, todo lo que se hace en la OH se refleja en el propio centro histórico para beneficio de sus pobladores y la nación. No he visitado otros centros históricos pero creo que es único el caso donde viven tanta cantidad de personas que se integran y forman parte del gran espectáculo" (Maceda, 2012).

El carácter integral del desarrollo es consecuente con la línea de país, y se concreta en la articulación de los proyectos económicos, sociales y culturales. La visión humana se basa en que el centro del desarrollo territorial es mejorar el bienestar de su población, priorizando los intereses de los grupos vulnerables, a partir de un diagnóstico de sus necesidades y con carácter participativo.

Para impulsar la obra se fundó la Oficina de Cooperación Internacional que ha actuado, junto al gobierno local, en el marco de un programa de cooperación internacional denominado Programa de Desarrollo Humano Local (PDHL). Durante los catorce años que duró ese programa se lograron muchos éxitos en el trabajo de articulación con las diferentes modalidades de la cooperación, en particular se consolidaron las relaciones con la cooperación descentralizada, se innovó en las metodologías de gestión para el desarrollo y se obtuvo una fuente de financiamiento externo, que junto a la local y nacional hicieron posible la restauración del Centro Histórico (Portieles, 2005).

Hasta 2007, en el marco del PDHL de La Habana Vieja se habían ejecutado en ese territorio 120 proyectos con la coparticipación del Gobierno Local, la Oficina del Historiador y 62 actores de la Cooperación Descentralizada (Giordana, 2007: 104-105).

La estrategia de desarrollo de este programa incluye una línea de acción de transversalización de género que ha logrado sensibles resultados en el adelanto a la mujer, elaboración de una estrategia de equidad de género territorial y el impulso a buenas prácticas de proyectos como el de la Hermandad de Bordadoras y Tejedoras.

SITUACIÓN SOCIAL

El comportamiento de los indicadores educacionales del consejo refleja el impacto positivo de los procesos de cambio en la educación y adquieren sus singularidades.

En 2001, la población que residía en San Isidro mostraba valores educacionales consecuentes con la media nacional, de prevalencia de 25,4% de nivel de secundaria y 22,1% de preuniversitario. Los porcen-

tajes de graduados de la educación superior son inferiores a los del municipio. Las mujeres alcanzan los mejores valores en la medida que crece el nivel educacional, lo mismo sucede a nivel nacional. Igualmente el índice de analfabetismo, aunque bajo, es el mayor del Centro Histórico con un 0,23%. Un dato importante es que entre la población de 6 a 30 años, un 45,2% no estaba estudiando al aplicarse el censo, los porcentajes de hombres y mujeres son casi iguales, y la mayoría es mayor de 15 años (Oficina del Historiador, 2001).

A pesar de los avances que se habían alcanzado en la década del noventa en materia de educación en todo el municipio, una parte de sus instalaciones estaba en un estado de deterioro enorme, que progresivamente ha ido restaurando la Oficina. En el área de educación y cultura se han impulsado proyectos muy novedosos que han recibido premios internacionales, como los Museos-Escuela. En 2010, el Centro Histórico contaba con 59 instituciones de enseñanza de diferente tipo (ONE, 2010c).

No pudimos obtener información específica del Consejo sobre los indicadores básicos de salud, pero la situación de salud de todo el territorio de La Habana Vieja igualmente refleja el impacto de la política nacional. En 2005, todo el municipio estaba cubierto por 120 consultorios de médicos de familia, cuatro Policlínicos Comunitarios(uno especializado en urgencias), una Clínica de Medicina Natural y Tradicional, un Hogar Materno, un Centro Comunitario de Salud Mental, un Centro Geriátrico y un Centro de Rehabilitación para niños discapacitados (Portieles, 2005: 19).

En 2010, en el municipio nacieron 848 niños que representaban el 0,3% de los nacimientos de ese año en el país, y el 4,3% de los nacidos en La Habana. La tasa bruta de natalidad fue de 9,32 por mil nacidos vivos, ligeramente superior a la de La Habana, que era de 9,2.

Mientras las defunciones de La Habana en ese año fueron el 23,7% de todas las que ocurrieron en el país, en La Habana Vieja se produjeron 1.034 defunciones que representan el 1,1% de las del país y el 4,8% de La Habana. La tasa bruta de mortalidad fue de 11,37 por mil habitantes, superior a la de la provincia, de 10,1 (ONE, 2010b y 2010c).

Con vistas a mejorar la calidad de los servicios sociales se han realizado diversos proyectos en el territorio. El peso que Educación y Salud han tenido en el Programa de Recuperación del Centro Histórico ha sido superior en monto financiero y cantidad de proyectos, con respecto a los que directamente impulsan la economía local. Entre los proyectos de salud destacan el apoyo a la Rehabilitación de la red de farmacias, al Centro Comunitario de Salud Mental, Restauración del Policlínico de Urgencias y de su Laboratorio, construcción de una sala de Fisioterapia de la clínica de Medicina Natural y Tradicional, Centro Polivalente de la Tercera Edad, restauración de consultorios del médico de la familia, de

la Casa del abuelo de San Isidro, creación del Centro de Rehabilitación Integral Diurno para la Tercera Edad, entre otros.

A pesar de la política de apoyo a los servicios, se producen en la comunidad de San Isidro problemas de salud que no siempre son reflejados en los anuarios y sí en los diagnósticos locales. Algunos de esos problemas fueron referidos por la Presidenta de su Consejo Popular en el proceso del diagnóstico que realizó un grupo de investigadores del proyecto sobre adolescentes que se lleva a cabo en La Habana Vieja. Entre los problemas principales del barrio que según esa líder comunitaria enfrentan las familias, están el alcoholismo de los padres —fundamentalmente de los hombres—, la violencia intrafamiliar —sobre todo el abuso sexual a niños, y en particular a niñas—, prostitución entre las madres y promiscuidad sexual producto del hacinamiento la cual tiene un impacto en la salud mental de los niños. Los problemas de higiene en la calle también son frecuentes, motivados por el mal hábito de algunos pobladores de arrojar la basura a la calle tirándola desde las ventanas (Revuelta *et al*., 2012).

Un estudio sobre la vivienda en La Habana Vieja afirma que —asociado a la situación precaria que se vive— se observa en el territorio desorden social, delitos, violencia intrafamiliar y callejera y una fuerte economía informal (Oficina del Historiador, 2008).

Sobre el Consejo de San Isidro, el inversionista principal —al abordar la situación de la vivienda y las características de su población— dice: "Sentimos un profundo dolor cuando vemos familias sobre todo de la tercera edad con bajísimos ingresos en las precarias condiciones en que viven, niños en condiciones de inminente peligro por el estado de deterioro de sus viviendas, mujeres sobre todo jóvenes que paren viviendo en condiciones tremendamente difíciles, ese dolor se multiplica sobre todo cuando sabemos que no podemos hacer nada por ellos porque las posibilidades de solución son muchísimo menores que el drama que se nos presenta. Te voy a poner un ejemplo: en un solar o ciudadela como suele llamársele, donde entré sin ser invitado en el mes de julio de 2007, aquello estaba tétrico, la edificación era una casona del siglo XIX prácticamente en ruinas, declarada inhabitable en agosto de 1994, vi a varios niños y mujeres, y solo a dos hombres, uno de ellos padre de un niñito de apenas seis años y el otro un señor, que según los propios vecinos casi siempre andaba borracho y que para abrir la puerta de su casa debía levantar el techo. Me preguntaron qué iba a hacer yo allí y les contesté que desgraciadamente nada podía, que solo podía estar con ellos en los momentos de peligro solo por solidaridad, les pregunté donde estaban los hombres y me contestaron que estos se fueron ante la difícil situación, pero que ellas estaban dispuestas a trabajar. Muchas de estas personas tenían

algún grado de parentesco. Era la ciudadela de Jesús María 12 (ya con tristeza sabía que no estaría en el centro de nuestras prioridades), fíjese si aquello me impactó que recuerdo bien que pregunté cuántos núcleos había y me dijeron que eran nueve, cuatro en planta baja, dos en el primer nivel donde vive el alcohólico, dos en el segundo nivel y uno en la azotea. Conté ese día doce mujeres, cinco niños y dos hombres. Una mujer relativamente joven me invitó a pasar a su cuarto, me quedé impresionado de lo limpio con sus cortinitas en aquel caserón casi cayéndose, recuerdo que le pregunté si trabajaba en un círculo infantil, me contestó que sí y yo le dije que no era adivino era que había visto una taza de baño pequeñita de esas que se ponen para los niñitos de 1 a 5 años de vida. Recuerdo que le dije a la presidenta del Consejo popular que estaba conmigo ese día que ese era un asunto que el gobierno debía valorar pues nosotros nos demoraríamos en llegar a esa calle. Te pongo estos ejemplos para que veas lo heterogéneo o la diversidad de formas de vivir y actuar, te puedes encontrar aquí de todo, las más disímiles situaciones. Realmente las familias de menores ingresos, las más humildes, son las que tienen peores condiciones de vida, solo te puedo decir que es un porcentaje importante en el territorio, con independencia de todo lo que se ha realizado en este sentido" (Maceda, 2012).

El impacto de la situación económica del país en el territorio se representa en el Cuadro 27, que recoge los datos de la distribución de la población por actividad económica.

Cuadro 27

Población según actividad económica y sexo

Situación económica	Varones	%	Mujeres	%	Total	%
Estaba trabajando	2.537	77,4	1.765	54,6	4.302	66,1
Quedó disponible	39	1,2	37	1,1	76	1,2
Buscaba trabajo por haberlo perdido	36	1,1	16	0,5	52	0,8
Buscaba trabajo por primera vez	24	0,7	16	0,5	40	0,6
Pensionado o jubilado	59	1,8	43	1,3	102	1,6
Rentista o con ayuda económica	6	0,2	3	0,1	9	0,1
Trabajadoras del hogar	8	0,3	981	30,3	989	15,2
Estudiante	142	4,3	159	4,9	301	4,6
Incapacitado para el trabajo	50	1,5	29	0,9	79	1,2
Otras situaciones	376	11,5	186	5,8	562	8,6
Total	3.277	100	3.235	100	6.512	100

Fuente: Censo de 2001 de la Oficina del Historiador, 2001, p. 26.

Lo que estos datos significan se sabe cuando se comparan con los nacionales. A nivel de país el 84,1% de los hombres en edad laboral estaban trabajando en 2001, en San Isidro trabajaban el 77,4%. Las mujeres sin embargo, a nivel nacional tienen una cifra menor (50,1%) que las que trabajan en el Consejo (54,6%). Las cifras nacionales promedian una situación de territorios urbanos y rurales y San Isidro es un territorio urbanizado que refleja un mejor contexto en el empleo femenino. En el país ese año las mujeres representaban el 35,5% de los ocupados, en San Isidro el 41%. El análisis más pertinente es que tanto a nivel nacional como de localidad los porcentajes más bajos de ocupación siguen reflejando la dependencia económica de las mujeres. Si consideramos en la categoría de dependientes a los que trabajan en el hogar, los incapacitados, los disponibles que buscan trabajo por haberlo perdido, o lo buscan por primera vez, y los estudiantes, tenemos que las mujeres en San Isidro forman el 19% de ese grupo y los hombres el 4,6% en 2001 (ONE, 2006).

La división sexista del trabajo entre los residentes hombres y mujeres del consejo San Isidro/Belén se refleja en la distribución de las ocupaciones: los hombres trabajan en su mayoría en ocupaciones de obreros y las mujeres en el rubro servicios.

Datos del Anuario de La Habana Vieja del 2010 permiten reconocer en el territorio un coeficiente de carga o relación de dependencia elevado, de 617 por cada mil habitantes, es alto el número de personas dependientes en los hogares del miembro o miembros proveedores. En 2001 ese coeficiente de carga, aunque alto, era en San Isidro/Belén menor que en La Habana Vieja y en Ciudad Habana (Oficina del Historiador, 2001:4).

El deterioro del fondo habitacional es el problema social más grave de toda La Habana Vieja, y también del Consejo. El estudio publicado en 2008 sobre la vivienda en el municipio identifica un 59% de las viviendas en mal estado, agudizado por las 1.218 ciudadelas que representan el 50% del total de las viviendas del territorio. También cita fuentes del censo de 2001, el cual reconoció un total de 3.612 viviendas en San Isidro, de las cuales un 50% estaban localizadas en ciudadelas y un 70% en regular y mal estado constructivo (Chinea *et al.*, 2008:43). De lo que se infiere que en cuanto a este problema la situación de esta localidad es peor que en otros Consejos.

Su gravedad no obedece sólo a la cantidad de viviendas y personas que viven esa realidad, sobre todo a las secuelas que trae para su bienestar. Su inversionista lo ilustra según la experiencia que ha tenido con los pobladores del barrio cuando dice: "para mí lo más terrible que puede vivir un ser humano es la inseguridad. El peligro consciente que representa que un día el techo de la casa se desplome sobre tu

familia. Eso genera un estrés y a veces deriva en situaciones serias de salud mental de las personas, que se pueden transformar también en padecimientos físicos del cuerpo, de eso saben mucho más los médicos. Eso es para mí lo que más negativamente impacta a las familias, hay que ver los ojos de las mujeres cuando amenaza la lluvia, que tienen que hacer verdaderas obras de ingeniería para cubrir o proteger de las goteras o chorreras, o lo poco que a veces tienen. A veces no queda lugar para ubicarse sobre todo cuando eso ocurre de noche. Es terrible, y luego la incertidumbre de lo que sucederá cuando escampe, hay quien conoce del riesgo pero tiene la esperanza que el techo aguante un poco más, la situación de los albergues es muy compleja y muchas veces tienen condiciones similares al inmueble de donde salieron, eso sin contar que tampoco existen las capacidades que son demandadas por los dictámenes técnicos" (Maceda, 2012).

El estudio de la vivienda de La Habana Vieja identifica las causas de ese fenómeno a nivel de todo el municipio cuando asevera: "El deterioro acumulado en numerosas edificaciones, principalmente ciudadelas y cuarterías, fuerte impacto de la autoconstrucción informal sobre las viejas edificaciones, inmigración desde otras provincias y las limitaciones económicas de los noventa, tras décadas sin dar prioridad a la rehabilitación en las políticas habitacionales, han provocado el aumento de ese déficit, tanto en el aspecto cualitativo como en el cuantitativo" (Chinea *et al.*, 2008:11).

Entre las principales afectaciones a la vivienda se halla el hacinamiento, la insuficiente iluminación y ventilación, la humedad, el deterioro de la red hidrosanitaria, las construcciones informales sin asesoría técnica, en particular las barbacoas y las construcciones de las azoteas que provocan insalubridad y sobrecarga para los edificios viejos.

El estudio reconoce que esos problemas de la vivienda crean riesgos para la salud, en particular en la población anciana que ha crecido en la localidad. La precariedad de las condiciones económicas de su población ha sido un motivo por el cual el financiamiento a la recuperación de la vivienda lo ha tenido que asumir la Oficina.

Existe un Programa Nacional de la Vivienda que ha realizado acciones constructivas en el territorio, pero que no satisfacen la demanda acumulada. Hay un conjunto específico de problemas en La Habana Vieja que imponen la búsqueda de soluciones y enfoques particulares para ese programa; el Inversionista Principal del Barrio de San Isidro entre 2007 y 2011 afirma que: "A quien tenga conocimiento del territorio le será fácil comprender que el centro histórico de la ciudad es uno de los lugares en que se hace más difícil desarrollar acciones constructivas por la estrechez de las calles y sus aceras, la colindancia de sus edificaciones de muros medianeros, con escasos

lugares para el almacenamiento de recursos y para el emplazamiento de equipos de la construcción, eso indudablemente encarece el coste de operaciones de cualquier acción constructiva y presupone mayores tiempos de ejecución. Tampoco existe la disponibilidad en el territorio de capacidades de acogida para las personas a las que se les reparará la edificación donde residen convirtiéndose en una problemática adicional a tener en cuenta. Es por ello que dentro de la gestión inversionista todos estos aspectos han tenido que estudiarse en profundidad" (Maceda, 2012).

La Oficina del Historiador cuenta con una estrategia de rehabilitación de sus inmuebles, pero la mayor cantidad de sus recursos durante el período se han dirigido al desarrollo económico para fomentar una economía local que pueda hacer autosustentable el proyecto de recuperación del centro histórico, y a los servicios sociales: educación, salud y otros. Entre 1980 y 2001, de las 845 viviendas rehabilitadas del consejo, el 75,9% eran por esfuerzo propio (Oficina del Historiador, 2001: 36).

En 1996 se puso en marcha, después de un diagnóstico territorial, un Programa de Rehabilitación Integral en el Barrio de San Isidro, que ha pasado por varios momentos. Una respuesta a cómo se fue materializando en San Isidro la estrategia de rehabilitación constructiva durante el periodo 2007-2011 la explica el inversionista del barrio: "Se realizaron en el territorio las siguientes acciones por la dirección de inversiones: se construyó en la calle Paula (Paula 109-111 antigua ciudadela en ruinas) una residencia protegida para la tercera edad con catorce viviendas, como parte del programa de protección al adulto mayor, se rehabilitaron totalmente en la calle Paula tres viviendas (Paula 115) colindante con la residencia protegida de la tercera edad. Se rehabilitaron tres edificios de la calle Paula y Habana con cuatro viviendas beneficiadas, y rescatada una edificación del siglo XVIII en ruinas utilizada para el desarrollo de la cultura, específicamente la pintura. Se realizó la rehabilitación capital en seis viviendas en la calle Habana 1022-1024, estas viviendas se rehabilitaron con los residentes dentro del inmueble, demoró dieciséis meses la ejecución de los trabajos, un verdadero récord teniendo en cuenta las difíciles condiciones en que se realizaron los trabajos, donde desde los entrepisos hasta las cubiertas de las edificaciones se hicieron nuevas. De igual forma se desarrollaron cuatro viviendas en la calle Picota 256-258. Se construyeron seis viviendas dúplex en la esquina de san Isidro y Compostela, donde la demolición de un edificio en ruinas fue convertida en micro vertedero. Se construyeron veintidós viviendas de tránsito en San Isidro 219, se construyó una escuela secundaria básica con capacidad para ochocientos cincuenta alumnos, un anhelo de varios años de los

pobladores, se rehabilitó totalmente un círculo infantil con capacidad para ciento cincuenta niños, se construyó la sede de la brigada José Martí de instructores de arte y se construyó una nueva vivienda en la zona de un edificio en ruinas del que se rescataron sus fachadas, se construyó el centro de atención a la población desprotegida o vagabundos conocida como la sede de la comunidad de San Ejido (fundada en Roma). También se reconstruyeron los Parques del Holocausto y del Agrimensor donde se exponen seis locomotoras de vapor rescatadas para el patrimonio industrial del país. Se restauró y puso en explotación la planta baja de más de una hectárea de la edificación de los antiguos almacenes de San José donde más de ciento veinte artesanos y artistas exponen y comercializan sus obras, también brindan sus servicios la agencia San Cristóbal y ETECSA[3], CADECA[4] y la compañía Habaguanex" (Maceda, 2012).

Una ventaja con relación a la vivienda en el Consejo es que sólo una décima parte paga alquiler, y en el 44,8% de los casos sus residentes son propietarios. Las imágenes que ofrecemos a continuación son del Proyecto de Atención a los ancianos de San Isidro.

La importancia del proyecto de atención a los ancianos en La Habana Vieja radica en que combina todos los niveles de intervención del Programa del Adulto Mayor del MINSAP. Se han construido dos Hogares de Ancianos bajo nuevos conceptos que mejoran la situación de la vivienda de ese grupo, rompen con los conceptos viejos de reclusión en un pabellón, pues se les entregan apartamentos con las condiciones requeridas para la edad y con garantía de un servicio de salud que radica en el edificio. Se solucionan dos problemas: el servicio de salud y la vivienda.

Otra dificultad que presentan los hogares de San Isidro, después de la precariedad de la vivienda, y en conexión con ella, es el acceso al agua potable y el saneamiento. La situación del barrio es mejor que la del Consejo de Jesús María, pero no deja de ser preocupante cuando se conoce que el 22,3% de los hogares en 2001 tenían la pila fuera de la vivienda, en el 28% de ellos se almacenaba el agua en tanques, mientras que en el 7,8% la llegada del agua era irregular.

Una investigación realizada en una circunscripción[5] del Consejo de Jesús María sobre desigualdades de género en el acceso al agua potable, demostró que de 166 familias encuestadas, 75,3% vivían dife-

---

3 Siglas de la Empresa de Teléfonos y Comunicaciones de Cuba.

4 Siglas que identifican la institución financiera donde se realizan los cambios de moneda en Cuba.

5 Es un área territorial más pequeño que el Consejo que se ha definido para el proceso electoral y también para funciones de la distribución de los recursos locales.

rentes irregularidades con el acceso al agua. Las mujeres eran las más impactadas por esa situación de muy diversas maneras: 1) porque cargaban a la par de los hombres; 2) por los problemas de salud que les generaba a ellas y a su familia; 3) porque se afectaban los tiempos de realización de las tareas domésticas, de las cuales eran las máximas responsables, y debían reordenar sus tiempos en función de la llegada del agua; 4) debían compartir todas esas complejidades que introducía la situación crítica del acceso al agua en la casa con las responsabilidades en el trabajo ya que muchas de ellas eran trabajadoras; y 5) porque los hogares dirigidos por mujeres eran los que tenían la peor situación (Fleitas y Voghon, 2011).

El saneamiento puede ser un problema más complicado que el del acceso al agua en los hogares de San Isidro, debido a que la construcción desordenada de los sanitarios trae malos olores que contaminan el ambiente de los hogares. La necesidad de privacidad familiar en ese servicio motivó que muchas familias se dieran a la tarea de colocar tasas dentro de los cuartos donde existe hacinamiento, las soluciones constructivas no han sido las mejores y colocan a las familias en situaciones de riesgo para su salud.

Entre 2008 y 2009, el Gobierno del municipio junto a la Oficina del Historiador concibió para San Isidro un plan de construcción de una nueva red hidráulica, de gas y comunicaciones, y reparación de las tuberías sanitarias, que benefició a sesenta y nueve viviendas radicadas en seis cuadras de la calle Paula. Mejoraron su calidad de vida 447 hombres, 512 mujeres y 245 niños que habitaban en esas viviendas. Acerca de la complejidad de esa inversión, Maceda plantea que se realizó la coordinación con las empresas de Aguas de La Habana, del gas y de comunicaciones; se ejecutó en toda la calle Paula desde Desamparados hasta Ejido (seis cuadras) la sustitución de la acometida de agua realizando los entronques de las futuras inversiones, se le dio mantenimiento a las viejas acometidas de alcantarillado que por razones económicas era imposible sustituir teniendo en cuenta que la prioridad está en la red de deposición final, la cual tiene un proyecto en ejecución a lo largo de la Avenida del Puerto; se restituyó completamente el abasto de gas y se soterraron las redes de telefonía. Ello implicó a cinco empresas trabajando en el mismo espacio y cualquiera presupone los conflictos y la actividad intensa de arbitraje que tuvimos que realizar por espacio de más de un año, significó levantar todo el pavimento de las calles y las aceras para poder realizar las acometidas hacia el interior de las viviendas tanto de agua como de alcantarillado, gas y telefonía (Maceda, 2012).

Otros indicadores que amplían la caracterización de los hogares es el comportamiento de la energía con que se cocina y el tipo

de local en que se realiza esa actividad. El censo de 2001 coloca al Consejo en mejor situación que otros de La Habana Vieja, pero el total de viviendas que presentan alguna situación irregular entre las siguientes: no tiene cocina (68), es de uso común (62), están fuera de la vivienda (147), representan el 8,6%. Aunque allí donde existe una cocina el gas manufacturado es la energía típica para cocinar, es el caso del 91,5% de los hogares.

Las carencias ambientales de los hogares no tienen que ver con la energía, sino con el desorden constructivo en los sanitarios que se han intentado convertir de uso colectivo a uso exclusivo; combinado con la humedad por el mal estado técnico de las construcciones, los problemas de ventilación y el hacinamiento.

Aunque escasean las investigaciones de salud territoriales publicadas, una realizada por un grupo de investigadores del Instituto de Higiene y Epidemiología entre 2000 y 2001 en La Habana Vieja, constató una fuerte asociación entre las condiciones físicas de los hogares, las condiciones sociales de la familia y los hábitos tóxicos, por un lado, y la morbilidad por el otro. El estudio pretendía dar cuenta de la morbilidad de los niños y adolescentes, que son con frecuencia los que más padecen el impacto negativo de la mala calidad de vida en los hogares.

Se obtuvo una asociación significativa entre las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y factores como: fumar dentro de la vivienda, hacinamiento, violencia intrafamiliar, tipo de ventilación de la vivienda, edad del niño y escolaridad de la madre. Mientras que para las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), la asociación fue la continuidad del suministro de agua, su frecuencia, tipo de suministro, presencia de animales domésticos, edad de niños y adolescentes, escolaridad de la madre y pobreza percibida.

Entre las condiciones desfavorables de los hogares, las tres más importantes fueron la presencia de vectores dentro de la vivienda (91,4%), fumadores dentro de la casa (74,9%), y problemas estructurales inadecuados (68,4%). Para los factores sociales desfavorables de las familias: el consumo de alcohol (67,4%), padres divorciados y separados (55,5%) y violencia intrafamiliar (29,1%), (Collado *et al*., 2004).

Los datos de diversas fuentes aquí expuestos reflejan los distintos problemas de bienestar que las familias de San Isidro padecen, y cómo se atenúan gracias a la presencia de políticas nacionales y territoriales con enfoque humano. Más, si bien la oportunidad de vivir en un entorno territorial con un programa de desarrollo local sostenible y con enfoque de equidad social es una ventaja que se traduce en beneficios que no tienen los habitantes de otras localidades de Cuba; no es un factor que los libere totalmente de experimentar diferentes

circunstancias que colocan a sus familias en la pobreza, en tanto aún los problemas acumulados no han encontrado ni soluciones familiares ni de gobierno.

La exposición que se hará a continuación sobre la pobreza que experimentan las familias en San Isidro, se refiere a un universo limitado de ellas. No se pretende llegar a ninguna conclusión tendencial o generalizadora del fenómeno, pero tampoco se quiere minimizar la importancia social que tiene lo singular: una familia pobre. En una sociedad humana todos cuentan, y cada familia pobre es un reflejo de que los procesos sociales de desarrollo no lograron la suficiente eficiencia social como para brindar bienestar para todos.

PERFIL DE LOS HOGARES SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO. POBREZA DE INGRESOS Y PRIVACIÓN HUMANA. DESIGUALDADES DE GÉNERO

ACERCA DEL DISEÑO DEL ESTUDIO EMPÍRICO

Sabina Alkire afirma que tener una carencia no es ser pobre, que es necesario tener una tercera parte de ella para ser identificado como pobre (Alkire, 2012).Esta es una idea centrada en una perspectiva de la cantidad, que aunque puede considerarse para decidir sobre los hogares que viven en condiciones de pobreza, por sí sola, sin un análisis integral y cualitativo de las condiciones de vida de las familias, de las limitaciones que tienen en determinados ambientes para desplegar su potencial humano, no determina esa situación. No obstante, las familias que aquí son objeto de estudio cumplen ese requisito.

Para determinar si los hogares estudiados eran pobres, el punto de partida fue la multidimensionalidad de la precariedad que experimentan las familias seleccionadas para el estudio. Pretendíamos dar respuesta a varias preguntas que elaboramos en el proyecto de investigación:

1. ¿Cuál es el perfil de salud de las familias seleccionadas para el estudio que viven en situación de pobreza en el territorio de San Isidro?
2. ¿Cómo se distingue y/o asemeja el perfil de salud de los hombres y mujeres de esas familias?

Para dar respuesta a esas interrogantes era necesario primero proceder a estudiar la pobreza material de las familias, para luego dar cuenta de su morbilidad. Y al final explorar la incidencia de

los determinantes de género en la diferente forma de experimentar la pobreza y los problemas de salud en los hogares dirigidos por hombres y encabezados por mujeres. Como un punto de partida del proyecto era ver la pobreza en el contexto histórico de Cuba, que cuenta con una política social de protección, se hizo necesario también explorar si esas garantías llegaban a los hogares estudiados.

El estudio se basó en la triangulación metodológica de datos que se construyeron a partir de diferentes técnicas. Se aplicó una Encuesta de Hogares y otra segunda para recoger información sobre salud, con lo cual se pretendía dar cuenta de la relación entre condiciones de vida material y perfiles de salud según género. Con vistas a profundizar en esa relación se aplicó también el Método de historias de vida. Las historias se reconstruyeron a partir de los datos que se relevaron por la entrevista en profundidad, el análisis a documentos personales y fotos, más algunas informaciones de las encuestas.

Para la Historia de vida se utilizó la técnica de análisis de contenido siguiendo tres niveles importantes: factual, simbólico y relacional en la vida de hombres y mujeres. Cada técnica requirió pensar el segmento de la población a la que se iba a aplicar. Los criterios y métodos de selección variaron según el tipo de técnica y los objetivos que nos propusimos con ellas.

La selección de la muestra a encuestar fue del tipo no probabilístico. Como no se tenía información previa de las familias en condición de pobreza, se estableció un criterio de cuotas para las encuestas de hasta 40 familias. Se trató que las proporciones de hombres y mujeres fueran equivalentes (20 familias dirigidas por mujeres y 20 por hombres), pero no se logró esa exactitud, no sólo porque la mayoría de los hogares en la localidad son dirigidos por mujeres, sino porque fue difícil contactar a los hombres en el hogar. La muestra de hogares dirigidos por hombres fue necesario ajustar porque después del trabajo se iban para los bares, o sencillamente no regresaban a la casa hasta muy tarde.

En la provincia de La Habana y en el municipio de La Habana Vieja, según el Anuario Estadístico de Territorios de 2009, las mujeres eran el 51,8% y en el municipio el 51,6%(ONE, 2009:2-3). El censo de 2001 realizado en La Habana Vieja recoge que en el Consejo de San Isidro las mujeres eran el 52,1% (Oficina del Historiador, 2001:3). Ellas son el 58,7% de los jefes de núcleo (Oficina del Historiador, 2001:9).

El criterio para la identificación de las familias pobres fue que sus condiciones de vida se caracterizaran por al menos dos de al-

gunas de las privaciones materiales: bajos ingresos, precariedad de la vivienda, escaso patrimonio material, problemas con el acceso al agua y saneamiento. Dada la información más completa que se obtuvo sobre el estado de la vivienda en el barrio a través de informantes clave, la vivienda fue un criterio fundamental para la selección de la muestra.

Para las historias de vidas la selección de la muestra se hizo según un criterio intencional, se pretendía dar cuenta de un análisis más profundo de las desigualdades entre hombres y mujeres en las familias pobres y se escogieron cuatro personas: dos jefas y dos jefes, cuyas situaciones fueron típicas en el sentido de pobreza. En todos los casos, las personas se seleccionaron en base al consentimiento previo, capacidad para comunicar y dar respuesta a los temas que se investigaban. Por eso las técnicas para las historias de vida se emplearon al final, luego de concluir la aplicación de las encuestas.

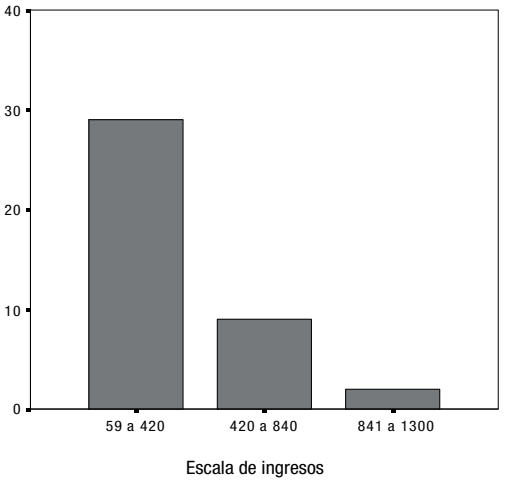
¿CUÁL ES EL ROSTRO DE LA POBREZA DE LOS HOGARES SELECCIONADOS PARA EL PRESENTE ESTUDIO?

Los estudios sobre pobreza de ingresos en Cuba fueron intensos en la década del noventa, pero en el decenio de 2000 no se le dio un seguimiento al cálculo de la línea de pobreza; las investigaciones que se publicaron durante ese período que acaba de concluir han tenido como referencia los cálculos de la década que le precedió. La más reciente propuesta es del economista Raúl Sandoval, que por ser la más cercana y evaluar la evolución que han tenido determinados indicadores de los salarios y la canasta básica nos parece la más realista.

El Anuario Estadístico de Cuba de 2011 declara que el salario medio para ese año se situaba en $455 (ONE, 2011). Si el cálculo de Sandoval para la canasta alimentaria es de $420 y la relación entre gastos de alimentos y total de gastos de consumo definen la línea de la pobreza en Cuba en $841,40; el 95% (38) de los hogares de este estudio se hayan por debajo de esa línea, y el 72,5% (29) apenas llegan a cubrir la canasta básica alimentaria. El 62,5% (25) tienen ingresos per cápita de $300 o menos. Y este indicador alcanza un valor promedio de $349 en estas familias. El Gráfico 1 muestra muy claramente en qué grupo de ingresos se concentran las familias (ver Cuadro 1 en página siguiente).

Uno de los factores que pesa en los bajos ingresos de estas familias es la carga de dependientes. De un total de 137 personas, el 46,71% (64) no tiene ningún ingreso. El cuadro que se muestra a continuación recoge la estructura ocupacional de los miembros de las familias.

Gráfico 1



Cuadro 28

Distribución de las ocupaciones de los miembros de las familias

Categoría ocupacional	Frecuencia	Porcentaje
Obrero	8	5,8
Técnico	3	2,2
Servicio	16	11,7
Trabadora del hogar	26	19,0
Desocupado	7	5,1
Cuentapropia	10	7,3
Presos	4	2,9
Jubilado	21	15,3
Estudiante	23	16,8
Profesional	5	3,6
Menor de cinco años	5	3,6
Militar	4	2,9
Discapacitado	5	3,6
Total	137	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Hogares.

La cifra más elevada está entre estudiantes y menores de cinco años que suman 20,4%, y le siguen las trabajadoras del hogar[6] que representan el 19% . La población menor de 16 años representa el 17,5%. Parte de esa población dependiente son también los discapacitados, presos y desocupados, que totalizan un 11,7%. Entre las trabajadoras del hogar, cuatro realizan trabajo informal cuyos ingresos del mes declararon, pero se trata de un ingreso inestable y muy bajo.

Del cuadro puede también inferirse que entre las ocupaciones que aportan ingresos, las que tienen los valores mayores de ocupados son los jubilados y trabajadores de los servicios, ambas categorías con bajos ingresos. No es despreciable el número de cuentapropistas, pero no están entre las categorías que recaudan ingresos importantes, de hecho sólo dos de ellos no se ubican en el umbral de la pobreza.

El análisis de la estructura de las fuentes de ingresos también arroja información sobre las ocupaciones que tienen un mayor peso en la formación de los ingresos en los hogares y de alguna manera explican su precariedad.

En el 57,5% de los hogares (23) el ingreso se produce a través de las pensiones, le sigue el salario en cup[7] en un 55% (22), el trabajo informal en el 30% (12), por cuenta propia en el 27,5% (11) y las remesas en un 20% (8).

Se sabe que la divisa define hoy la calidad de las condiciones de vida de las familias cubanas. Una entrada con cierta estabilidad es decisiva para cubrir la canasta alimentaria y otros gastos esenciales para la reproducción de la vida cotidiana, incluyendo los de medicina y transporte, entre otros. Una característica de los ingresos en cuc[8] en estas familias es su reducido número e inestabilidad. Sólo 8 familias declararon recibir el mes anterior ingresos en esa moneda, para un 20%. De ellas, en 5 casos el monto oscilaba entre 10 y 25 cuc. En los ocho casos se afirmó que no era mensual, ni tenía una periodicidad.

Dos de las autoras de las historias de vida que aparecen en el último epígrafe de este capítulo reflejan fielmente el comportamiento de la entrada de divisas en estas familias, ellas dicen al respecto: "Mi hermano estuvo una vez para ayudarnos una vez que mandó 100 dólares, otra vez mandó 50 dólares y mi hermana se comunicó y más nunca ha llamado" (Carmen); "A mi otra hija yo no le pido la pobre, su marido trabaja, ella está en España, pero España está pasando por una situación muy dura y ella no puede mandarle el dinero a la nieta,

---

6 Comúnmente llamadas"amas de casa". Aquí simplemente queremos reconocer que es una trabajadora aunque no se le pague por ello.

7 Moneda nacional en pesos.

8 Moneda nacional que se usa como parámetro de conversión en divisas.

tuvo que entregar la tienda y me dice mami la cosa aquí en España está que echa candela" (Blanca).

La estructura de los gastos promedio en que incurren estas familias se recoge en el siguiente cuadro.

Cuadro 29

Tipos y montos de gastos mensuales declarados por las familias

Aspectos	Gasto mensual en la vivienda	Gasto mensual en servicios a la vivienda	Gasto mensual percápita en alimentos	Gasto mensual en salud en los hogares	Total de gastos del mes per cápita
Familias	2	40	40	38	40
Media	32,15	49,75	360,47	70,35	406,61

Un beneficio que reciben estas familias es que la mayoría tiene en usufructo gratuito sus viviendas y, por tanto, sólo dos declararon pagos por ese concepto, lo que determina que el monto de los gastos por vivienda sea el más bajo. Otro gasto bajo es el que resume el pago por todos los servicios: de agua, gas, electricidad y teléfono. Los dos primeros representan un beneficio, pero el penúltimo refleja también carencia, pues una buena parte de las viviendas de las familias estaban poco iluminadas por falta de ventanas y bombillos, mientras que el último es sólo de un número reducido de hogares.

El mayor porcentaje de los gastos mensuales de estas familias se concentra en la alimentación, con un percápita de $360,47 y le siguen en importancia los gastos en salud. No se consideraron para medir otros tipos de gastos, porque estos son los que más pesan en las mensualidades de los ingresos. El deterioro que observamos en las formas de vestir de muchos de los miembros de las familias y de sus hogares nos permite deducir que no son frecuentes los gastos en vestuario personal y familiar.

El 67,5% (27) de las familias declaran gastos en alimentos por debajo o próximas a un percápita de $420. De ese grupo, el 62,5% (25)está por debajo o igual a $360. Otras 11 familias —un 27,5%— incurren en un gasto per cápita de alimentos que oscila entre $421 y $840. De lo cual se deduce que el 95% (38) de las familias tienen gastos mensuales de alimentos por debajo de $840 percápita.

Cuando se evalúa el total de los gastos por persona se obtiene que el 90% de los hogares (36) están por debajo de la línea de pobreza que aquí se ha definido.

En algunas familias se observó que el monto de los ingresos declarados estaba por debajo de los gastos, pero en un 52,5% (21) se identifica una correspondencia entre lo que se declara y lo que se gasta y todas ellas pertenecen al grupo de más bajo ingreso. Hay que tener en cuenta que con frecuencia algún miembro de estas familias realiza trabajo informal para poder cubrir sus gastos y no siempre todos están dispuestos a declarar el total de lo que ingresaron en el mes. En ocasiones no lo controlan, pues se trata de un trabajo inestable, de riesgo y de pocos ingresos, casi siempre lo que se declara es el ingreso estable.

Ninguna de las familias expresó que pasaba hambre, de hecho la mayoría de las personas encuestadas afirmaron haber comido más de una vez cuando se les pidió en la encuesta de salud que describieran los alimentos que habían ingerido el día anterior según el tipo de comida. Una de las informaciones que se obtuvo es la comida que en el día más priorizan.

Cuadro 30

Distribución de la población según tipo de comida realizada el día anterior

Tipos de comidas	%
Desayuno	80
Merienda	60
Almuerzo	92,5
Merienda	47,5
Comida	97,5
Merienda antes de acostarse	45

La estructura de la ingesta diaria responde al patrón nacional de los tipos de comidas que priorizan los cubanos, con un ligero predominio de la comida nocturna.

Cuando se les preguntó la frecuencia con que hacían esas comidas diariamente, entonces los valores porcentuales bajaron en todos los tipos y se mantienen por encima del 50 por ciento el almuerzo (70%) y la comida (87,5%), con énfasis en esta última.

La encuesta se aplicó durante los días festivos de fines de julio, cuando normalmente las familias tratan de garantizar los mejores alimentos. También en varios casos se pudo constatar que algunas de esas comidas las hicieron en otras casas, y en otros por la solidaridad del centro de trabajo. La historia de vida de Blanca[9] es un ejemplo de

9 Léase el epígrafe 3.4 de este capítulo.

inseguridad alimentaria que no llega al hambre por la solidaridad casi diaria de su colectivo laboral y de los vecinos. En el caso de Carmen también se reflejan episodios en su vida donde vivió experiencias de carencia de alimentos.

La vulnerabilidad alimentaria se refleja sobre todo en la ingesta diaria o frecuente de estas familias, donde se nota la ausencia de alimentos que son importantes para la salud. El Cuadro 31 recoge cuáles son los alimentos que más consumen[10].

Cuadro 31
Frecuencia de distribución de los alimentos (en %)

Comidas	Todos los días o frecuentemente	Algunas veces o nunca
Arroz	90	10
Frijoles	27,5	72,5
Viandas	40	60
Carnes	57,5	42,5
Vegetales	25	75
Frutas	37,5	62,5
Dulces	27,5	72,5
Leche	40	60
Yogurt	17,5	82,5
Pan	87,5	12,5
Pastas	17,5	82,5
Refrescos	72,5	27,5
Jugos	42,5	57,5
Aceite	87,5	12,5
Mantequilla	10	90
Azúcar	62,5	37,5
Café	72,5	27,5
Té	5	95
Maíz	5	95
Huevo	62,5	37,5
Cereales	2,5	97,5

10 Aunque la frecuencia que aquí aparece se obtuvo de manera independiente por cuatro valores, aquí los presentamos de manera resumida agrupando todos los días con “frecuentemente” y “algunas veces” con “nunca”.

El cuadro refleja la baja ingesta de frutas, vegetales, frijoles, maíz, cereales, leche, sus derivados y viandas, todos esenciales para una dieta saludable. Dos productos que en la historia del consumo alimentario de los cubanos han sido importantes son los frijoles y las viandas, y aquí aparecen con bajos valores. Los alimentos más frecuentes son los que tienen un mayor peso en el mercado racionado: arroz, pan, aceite, azúcar, café y huevos. Excepción del refresco que cuesta entre uno o dos pesos, se vende en muy diversos establecimientos, y se usa como sustituto de la leche como así lo refieren muchos de los encuestados.

Las carnes no tienen un bajo valor, pero su consumo es inferior al huevo, al café, al refresco; el 42,5% solo la consume alguna vez o nunca. Cuando a los encuestados se les preguntó sobre la satisfacción con la alimentación diaria, el 60% dijo estar insatisfecho. Un tipo de respuesta frecuente fue:"Aquí en general no nos alimentamos como debemos porque no tengo dinero, a veces ni para champú. Quisiera comprar hígado y divertirme pero no puedo". Otra menos frecuente: "Es lo que está a mi alcance. A veces quieres las cosas, tienes el dinero y no las puedes tener porque no las hay". En el primer caso la limitación es el ingreso, que es la más generalizada en estos hogares, en la otra es la disponibilidad de alimentos, que también es una dificultad en el mercado cubano en determinados tipos de productos, pero que es un factor secundario para este grupo con respecto al ingreso.

El 65% afirmó que si tuviera que mejorar la dieta lo haría incorporando carne, este fue el alimento cuya ausencia o poca frecuencia de su consumo provoca las mayores insatisfacciones. Otros alimentos a pesar de su baja presencia en la dieta no provocaron esas insatisfacciones, lo que tiene que ver con las tradiciones alimentarias de los cubanos. Esta insatisfacción obedece a que algunos tipos de carnes no son frecuentes en la comida de estos hogares, tales como el pescado, la de res y el cerdo. Las dos primeras porque no están disponibles en el mercado de moneda nacional y la tercera porque su precio es muy elevado para los ingresos que tienen estas familias. Las carnes que más frecuentemente ingieren son los derivados del cerdo, el picadillo y el pollo, parte de las cuales reciben por el mercado racionado.

Al referirse a las comidas que hicieron el día anterior se comprueba que el almuerzo y la comida de la noche son los tipos fundamentales de comidas para los miembros de estos hogares, con un mayor énfasis en la comida de la noche. Ocho de los encuestados no desayunaron, cinco tomaron refresco y uno agua con azúcar, aunque más tarde comieron algo más sólido durante la merienda. Quince de ellos dijeron tomar leche, y el alimento de mayor ingesta fue el pan. Los alimentos más frecuentes que declararon haber ingerido el día anterior durante el almuerzo fueron el arroz, las proteínas de origen

animal: el huevo y el picadillo, de ensalada el aguacate y de vianda el plátano, siempre frito, y el boniato. Durante la noche se reitera el menú en varios hogares: el arroz sigue siendo el más popular, el cárnico ahora está entre el picadillo y el pollo, la ensalada y la vianda el mismo tipo de alimento.

La privación fundamental de estos hogares no son los ingresos y la alimentación, tiene que ver con la falta de una vivienda digna, "la casa". Cuando a alguien le mencionan esa palabra se imagina enseguida un lugar confortable para descansar después de una jornada agotadora de trabajo, para conversar con la familia sobre lo vivido durante el día y la tarde o sobre los planes del fin de semana, para ver el programa de televisión que le ayudará a relajar o retomar la lectura del libro que es de su interés momentáneo. En algunos casos, incluso, puede ser hasta para realizar un trabajo inconcluso del día, pero que espera ejecutar con más tranquilidad en un ambiente de sosiego y con buenas condiciones. Ese ideal de "casa" no es el que disfrutan las familias que formaron parte de esta investigación.

Aún cuando casi todos los hogares tienen el baño dentro de la vivienda (87,5%), eso no significa que hayan resuelto el problema de saneamiento. En la mayoría de los casos no se trata de un cuarto dedicado a esa actividad, sino de una taza que se coloca en cualquier parte de la casa sin una puerta o una pared, incluso hasta al lado del fogón. Esa situación afecta la privacidad, en el caso de que la persona estuviera recibiendo una visita y el dueño o la visita tendría necesidad de acudir al baño, el otro tendría que salir de la casa; también genera carencias ambientales por los malos olores que se mezclan con los de los alimentos. Las tupiciones en las tuberías son constantes y los obliga a tirar el agua que se usó para bañar y que se acumuló en una palangana hacia fuera del edificio, o se usa para descargar el baño. El inodoro puede estar tupido y las necesidades se hacen en un recipiente y se tiran en una bolsa de nylon.

Las malas condiciones de la vivienda que hemos identificado en casi todos los casos obedece más que nada a dos factores: el estado físico pésimo en que se encuentran las viviendas (97,5%) y la ausencia de una distribución adecuada de sus componentes estructurales (95%). Esta última situación obedece a que el 80% de los hogares son habitaciones de solares en las cuales se han construido barbacoas de madera destinadas a servir de dormitorios, pero en las que no se logra privacidad para dormir, vestirse, ni para mantener relaciones sexuales. Otro tipo de construcción que es frecuente es la de pequeños cuartos improvisados en azoteas.

Lo que esta situación de la vivienda significa para quienes la viven lo expresa bien una de las protagonistas de las historias de

vida: "Uno de los obstáculos que yo tengo en mi vida es la vivienda, si yo viviera en bajos mi mamá hubiese podido caminar o podría luchar por caminar, porque no es lo mismo bajar una escalera que caminar de una cuadra a la otra, mami estuviera hoy por hoy caminando, la vecina del fondo le dio eso mismo que a mami y ya está normal, no le quedó nada jorobado y las dos juntas cayeron con la misma enfermedad y la hermana se la llevo para Bahía, la china ya camina" (Carmen).

La inseguridad que viven los moradores de esas habitaciones, de perder todos sus bienes si ocurre un derrumbe, en primer lugar la propia vivienda; de morir si están bajo su techo; de lidiar con la estrechez de un cuarto donde todo se concentra en el mismo espacio, los niños no pueden jugar, los ancianos caminar y es muy difícil realizar las tareas del hogar. El efecto negativo más constante es el de los disímiles problemas de salud que acarrea, en particular trastornos mentales.

La vida moderna —con sus tecnologías que simplifican el desarrollo de las actividades domésticas, ahorran tiempo y hacen más confortable la vida cotidiana— está ausente de estas casas. Se puede inferir lo que significa para las mujeres que tienen roles asignados de trabajadoras del hogar en términos de tiempo invertido en esas labores.

En las edificaciones donde viven estas familias existen conexiones domiciliarias para el acceso al agua en el 72,5% de los casos (29), cinco no tienen tuberías (12,5%) y seis están fuera de su vivienda (15%). Pero como la entrada del agua tiene horarios limitados es necesario almacenarla y casi todos se han visto en la obligación de realizar inversiones para instalar tanques dentro de la casa, en una pequeña azotea, en el pasillo, o sea de manera desordenada, todas las cuales contribuyen a la sobrecarga que experimenta el edificio. Una característica que se identificó a partir de la observación es la falta de higiene en los lugares donde se ubican los tanques, la suciedad de todos los recipientes que se usan para almacenar agua e incluso la falta de tapas en algunos. Esas condiciones que provocan riesgo de contaminación, que en el 40% de los casos afirmó haber padecido en alguna ocasión. Algunos hogares hacen invenciones para resolver el problema empleando mangueras que sustituyen a las tuberías conectadas a motores para impulsar el agua para que llegue a un tanque instalado en la casa. El fregadero a veces es una palangana plástica a la que se le echa el agua para fregar, porque no existen las tuberías que permiten acceder a este líquido para la realización de esta actividad.

Entre las dificultades con el agua, los problemas constructivos que padecen las viviendas y las limitaciones de los ingresos, resulta difícil mantener la higiene del hogar en óptimas condiciones. En el 72,5% la higiene se reportó entre regular y mala.

Los problemas ambientales se detectan también en la suciedad que se acumula en las edificaciones, provocados por el mal hábito de tirar la basura por las ventanas. Y contrastan con una mejor limpieza de las calles donde funciona un programa territorial para mantener la limpieza.

Los dos indicadores que mejor se comportan en el análisis de las carencias ambientales de la vivienda es la energía con la que cocinan, que en el 100% de los casos es gas licuado, y la electricidad que posee el 100% de los hogares. Sin embargo, con relación a la electrificación ocurre que el 70% cuentan con una iluminación regular o mala por falta de bombillos que no pueden comprar por los precios altos que tienen en el mercado, además de la falta de ventanas que no permiten una mejor circulación del aire.

Los problemas de humedad que generan las construcciones, junto a la falta de ventilación y los olores por el mal saneamiento no propician una buena calidad del aire e influyen en la frecuencia de las enfermedades respiratorias. En el 62,5% de estos hogares se declara que alguno de sus miembros ha padecido o padece enfermedades respiratorias crónicas.

Todos estos indicadores integrados en una dimensión denominada "condiciones de la vivienda", permitieron distribuir los hogares entre un 77,5% que viven en mala situación y un 22,5% en condiciones regulares.

Un rasgo de estas familias pobres es la carencia de activos: el 82,5% no posee cuenta de ahorro; el 75% dice que ningún miembro de su familia posee otra vivienda, y cuando esto sucede casi siempre es la pareja que vive en otra vivienda con su familia de origen; el 92,5% no posee ningún negocio particular, el 100% no tiene computadora y el 87,5% no posee ningún medio de transporte, los que declararon tener se refieren a una bicicleta.

La situación con la tenencia de bienes domésticos no se comporta tan críticamente como la de los activos y la vivienda, pero tampoco es óptima. Si clasificamos los bienes domésticos en aparatos eléctricos y mobiliario, tendríamos que calificar el segundo de crítico y el primero de una situación regular. El 85% de los hogares tienen una enorme escasez de muebles y los que tienen están muy deteriorados. En cuanto al equipamiento electrodoméstico se distribuye de la siguiente manera:

Cuadro 32
Distribución de equipos domésticos esenciales para la vida cotidiana

Equipamiento	%
Refrigerador	90
Televisión a color	82,5
Ventilador	92,5
Radio	37,5
Teléfono	27,5
Plancha	72,5
Lavadora	62,5

Como se puede observar, la posesión de bienes esenciales es alta, incluso en algunas familias se encuentran otros como grabadoras, videos y batidoras, entre otros.

Esa mejor situación se debe a la sustitución que se realizó hace pocos años de algunos equipos a la población por el programa de trabajadores sociales, con beneficios de facilidad de pago. Se pudo identificar que los refrigeradores estaban casi todos en óptimas condiciones, aunque cuatro familias carecían de él. Con relación al resto de los equipos con mucha frecuencia se trata de bienes muy usados, modelos viejos que ya están obsoletos en el mercado internacional y nacional, aunque funcionando.

Los hogares aquí descritos tienen diversas carencias en la mayoría de los indicadores que definen su nivel de vida: 95% en pobreza de ingresos, el 100% graves problemas con la vivienda, el 97,5% padece enfermedades asociadas a la mala calidad nutricional, el 85% posee un mobiliario de mala calidad, la mayoría de las familias no poseen activos, el 100% presentan dificultades de diferente índole con dos de los servicios ambientales: agua y saneamiento.

La pobreza de estos hogares no es la de los indigentes o pobres de otras latitudes. Como se ha afirmado en otros apartados, gozan de una protección que les permite comer todos los días, los que trabajan tienen garantía de la seguridad social, los que se enferman cuentan con servicios gratuitos de atención primaria y secundaria a su salud, los niños tienen cobertura total de acceso a la educación primaria y la pobreza escolar sólo está presente en ocho miembros adultos de siete hogares: dos analfabetos y seis adultos sin terminar la primaria. Si se analiza ese dato como hogares, representa el 17,5% de ellos; si se interpreta con relación a la población igual o mayor de 12 años, constituyen el 6,6% de sus miembros.

El comportamiento de la escolaridad en esta población es más baja que la media nacional que se encuentra entre secundaria y nivel

medio superior. Aquí el grueso de la población en edad escolar se halla por debajo de la secundaria terminada, y representan el 55% (72). Los niveles escolares más frecuentes se comportan en el orden siguiente: secundaria, 33% (43), primaria 27% (35)y preuniversitario 21,4%(28).

Es interesante que al explorar en las encuestas la percepción que tienen sobre sus condiciones de vida el 57,5% la consideró aceptable, mientras que el 42,5% se reconoce como pobre. Es probable que tenga que ver con el concepto de pobreza que manejan pues cuando se les pidió profundizar identificaban pobreza con indigencia. Tener una vivienda con problemas que generan inseguridad y padecer escasez de ingresos no parece ser suficiente para considerarse pobre. Existe también una cierta confusión entre la pobreza y la dignidad pues algunos creen que declararse pobre es admitir alguna condición indigna o de marginalidad.

Entre las características sociodemográficas de la población se identifican las siguientes:

1. *Sexo*. Un 56,2% de los individuos de la muestra son mujeres. Cifra superior al porcentaje de la población femenina en La Habana Vieja y a nivel nacional.
2. *Edad*. Los dos grupos de edades que prevalecen son: 60 y más, con 24,1% y 0 a 11 años con 11,7%. La edad promedio es de 40 años, y la modal 42 años. El 50% de los jefes de hogares se hallan en las edades de 60 y más. El dato de la prevalencia de ancianos refleja una presencia mayor de las personas de este grupo entre las familias pobres de San Isidro si se compara con el 18% de su presencia a nivel nacional en 2011 (MINSAP, 2011:16).De todas formas este territorio tiene una de las poblaciones más envejecidas de los cuatro municipios que forman la zona céntrica de Ciudad Habana.
3. *Raza*. En orden decreciente: los negros son el 39,4%, los mestizos el 33,6% y los blancos el 27%. Ese orden de la estructura en porcentajes también caracteriza la raza del jefe de hogar: negro (45%), mestizos (35%) y blanco (20%). El 77,5% mantiene patrones de endogamia racial. No existen datos recientes que permitan comparar estas cifras. La fuente más cercana es el censo de 2002 donde la población blanca alcanza la cifra del 65%, la negra el 10% y la mestiza el 25% (Censo, 2002).
4. *Situación conyugal.* El 34,3% son solteros, el 21,9% casados y el 16,1% unidos. Entre los jefes de hogares la situación que prevalece es la ausencia de una pareja estable o sin pareja: el 52,5% son solteros, separados, divorciados y viudos; mientras que el 47,5% es casado o unido. Según el perfil construido por

Franco y Alfonso para los Jefes de Hogares cubanos a partir del censo de 2002, los unidos y casados predominan entre los Jefes (77,8%), pero es mayor el porcentaje de mujeres jefas solteras, divorciadas, separadas y viudas que de casadas y unidas (56,7%), (Franco y Alfonso, 2008: 18).

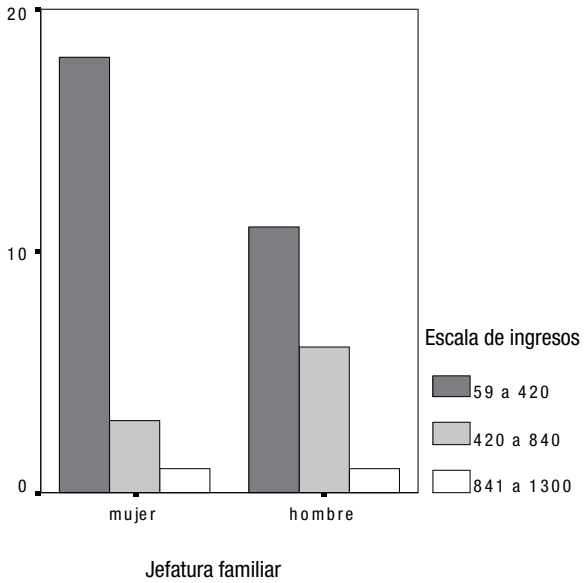
5. *Estructura familiar según parentesco.* La estructura más usual en estos hogares es: extensa incompleta (45%); unipersonal (15%); conyugal y nuclear incompleta (10% cada una). El 55% de los hogares están constituidos por familias monoparentales. Los parientes que prevalecen en los hogares son los hijos (26,3%), esposos (13,1%) y nietos (10,2%). Dato que se diferencia del censo citado del 2002, el cual recoge que el tipo de hogar que prevalece en Cuba es el nuclear (53,8%). A nivel nacional ha ido creciendo la monoparentalidad en los hogares cubanos pero no es tan elevada como entre estas familias pobres. El perfil descrito por Franco y Alfonso sobre Jefatura de Hogares en Cuba arroja que es cinco veces mayor la monoparentalidad en los hogares dirigidos por mujeres que entre los dirigidos por hombres (Franco y Alfonso, 2008: 17).
6. *Tamaño de la familia.* Es ligeramente superior a la media nacional. El promedio es de 3,4. Existe un valor máximo de nueve miembros para una familia y un valor modal de dos miembros en diez familias.

¿QUÉ DIFERENCIAS HAY ENTRE LOS HOGARES DIRIGIDOS POR HOMBRES Y MUJERES, Y HACIA SU INTERIOR?

En el proceso de construcción de la muestra se pretendió mantener una cuota semejante para Jefes de Hogares Femeninos y Masculinos, pero fue absolutamente imposible lograrlo de manera exacta por dos razones:1)la población femenina del territorio excede a la masculina, hecho que también sucede con respecto a la conducción de los hogares y 2) la resistencia que los hombres hicieron a la colaboración, el desconocimiento que tenían sobre los hogares y el poco tiempo que pasan con sus familias, no solo porque trabajan sino porque después del trabajo acostumbran a reunirse con sus amigos en los bares. Fue necesario reconstruir la muestra de hogares dirigidos por hombres para poder finalmente contar con 22 hogares encabezados por mujeres que representan el 55% y 18 hogares dirigidos por hombres, que equivalen al 45%.

La primera de las desigualdades que se detecta tiene que ver con los ingresos, los hogares dirigidos por mujeres están más representados en el estrato más bajo, en el que apenas se accede a cubrir la canasta básica de alimentos.

Gráfico 2



Los ingresos per cápita que están por debajo de $200 se concentran en 15 hogares; el valor mínimo de $65 es de un hogar encabezado por una mujer y en ese grupo más bajo los hogares de mujeres son el 66,7%.

Los hogares dirigidos por mujeres tienen dos condiciones que acentúan esa situación: 1) un promedio de dependientes de 1,7 por hogar frente al 1,2 de los hogares masculinos, con el 65% de los que no aportan ingresos (trabajadoras del hogar, estudiantes y menores de cinco años), y 2) el tamaño promedio de los hogares dirigidos por mujeres es de 3,6 y el de los hombres de 3,2, en tanto los hogares mayores de cinco miembros son en su mayoría conducidos por mujeres.

El Cuadro 33, que ilustra la estructura ocupacional por cada tipo de hogar según sexo del jefe, expresa muy nítidamente dónde viven aquellos miembros que tienen las ocupaciones que más ingresos aportan.

Las ocupaciones que prevalecen en el más bajo estrato de ingresos son los trabajadores del rubro servicios y los jubilados. La primera es la más representada en los hogares dirigidos por mujeres, en el caso de los jubilados la totalidad de los que son miembros de esos hogares sus ingresos se ubican en el estrato bajo, mientras que en los hogares de hombres algunos están en el estrato superior.

Cuadro 33
Distribución de las categorías ocupacionales de la población según jefatura de hogar

Categorías ocupacionales de los miembros del hogar	Hogares de jefatura femenina		Hogares de jefatura masculina		Totales	
	T	*%*	*T*	*%*	*T*	*%*
Obrero	2	25	6	75	8	100
Técnico	1	33	2	67	3	100
Servicio	12	75	4	25	16	100
Trabadora del hogar	17	65,4	9	34,6	26	100
Desocupado	4	57,1	3	42,9	7	100
Cuentapropia	6	60	4	40	10	100
Presos	3	75	1	25	4	100
Jubilados	8	38	13	62	21	100
Estudiante	13	56,5	10	43,5	23	100
Profesional	3	60	2	40	5	100
Menor de cinco años	4	80	1	20	5	100
Militar	4	100	0	0	4	100
Discapacitado	3	60	2	40	5	100
Total	79	57,7	58	42,3	137	100

Cuadro 34
Distribución de los gastos promedio según Jefatura de Hogar (en pesos)

Tipos de gastos	Hogares de jefatura femenina	Hogares de jefatura masculina
Gasto mensual en servicios a la vivienda	29,34	20,42
Gasto mensual percápita en alimentos	218,38	142,08
Gastos de salud en los hogares	37,12	33,22
Percápita del total de gastos del mes	246,94	159,66

En ambos tipos de hogares es bajo el gasto en servicios generales a la vivienda, pero en el de las mujeres es ligeramente superior. Aunque el hogar que menos gasto tiene es dirigido por una mujer y los dos de más gastos son dirigidos por hombres.

En alimentos también los hogares dirigidos por mujeres tienen los cincos hogares de menor gasto, pero alcanzan un mayor promedio total percápita, como lo refleja el Cuadro 34.Entre un total de 38 hogares (95%) que declararon gastos en salud, los dirigidos por mujeres alcanzan mayores valores debido a una más alta morbilidad.

No se puede desconocer que en esos hogares está la mayor cantidad de dependientes que almuerzan y comen en el hogar; tienen también el número más elevado de niños y es alto el de ancianos, grupos que generan gastos importantes en alimentación y salud.

Otro argumento que ayuda a explicar el peso de gastos totales que cargan los hogares de jefatura femenina se asocia al indicador de la estructura del parentesco. El 57,1% (21)de las familias numerosas son de jefatura femenina, ellas representan el 54% de todos los hogares dirigidos por mujeres. Una de las figuras presenteses la madre de la jefa de hogar, casi siempre una mujer anciana que requiere cuidados especiales por los problemas de salud que padece y que es atendida por su hija. La historia de Carmen es típica en ese sentido: "Yo antes trabajaba en el centro de elaboración de Santa María, que está detrás del trébol, cuando trabajaba no pasaba trabajo porque ganaba $10 cuc y mi salario, y en mi casa la que resolvía era yo, hace 8 o 9 años que mami enfermó. Tuve que dejar de trabajar y la situación económica empeoró".

Un factor que tiene una mayor repercusión en estos hogares es el de la monoparentalidad, con un valor de 64% con relación al total de las familias con esa característica. La sobrecarga de trabajo doméstico se genera por la combinación de varios factores: soledad, mayor cantidad de miembros, en particular por la responsabilidad en la actividad del cuidado a los hijos, los nietos y los ancianos. Todo ello hace muy difícil la incorporación de las mujeres al trabajo, requiere de horarios más flexibles que casi siempre existen en actividades de profesionales y no en ocupaciones donde se pueden emplear estas mujeres. La necesidad de estar cerca del hogar las obliga a decidirse hacia el trabajo informal que puede abandonarse cada vez que sea necesario, porque el de cuentapropia requiere inversiones en recursos que no tienen y también un tiempo del que no disponen.

En la distribución de los alimentos también se observan diferencias deducibles de una mayor pobreza de ingresos en los hogares de mujeres y de los factores familiares ya mencionados.

Cuadro 35

Tipos de comidas ingeridas por las jefas y jefes de hogares (en %)

Tipos de comidas	Jefas de hogares	Jefes de hogares
Desayuno	73	89
Merienda	45,4	72
Almuerzo	95,4	94,4

Tipos de comidas	Jefas de hogares	Jefes de hogares
Merienda	41	55,5
Comida	95,4	100
Merienda nocturna	45,4	44

La comparación entre hogares en torno al consumo alimentario arroja más semejanzas que diferencias, tanto unas como otros priorizan las mismas comidas en el día. Existe una ligera diferencia con el desayuno que podría deducirse de la carga que las mujeres comienzan a tener desde que se levantan cuando deben atender a los niños con vistas a prepararlos para la escuela, o realizar los cuidados que a esa hora exigen los ancianos enfermos; en esos casos casi siempre priorizan el desayuno de las personas que están bajo sus cuidados. En el caso de las mujeres que trabajan es doble la presión pues deben trasladarse a sus centros de trabajo luego de dejar a los niños en la escuela. Muchas de estas mujeres adelantan el trabajo doméstico en las mañanas para aligerar la carga cuando regresen de su trabajo. Si además el agua llega a la casa en la mañana, deben priorizar la actividad de almacenarla combinándola con el resto de todas las cosas que deben hacer. Otra puede ser la escasez de alimentos para el desayuno y como siempre priorizar a los que cuida.

Los patrones de ingesta de los jefes de ambos sexos se asemejan también. Se observa el déficit de consumo de vegetales, frutas y frijoles y la mayor presencia de los productos de la canasta racionada. En cuanto a la satisfacción con la alimentación, las jefas de hogares afirman sentirse en un 40% más satisfechas con lo que comen, mientras entre los hombres sólo el 22,5% se siente satisfecho.

Jefas y Jefes de hogares respondieron a la pregunta de la distribución de los alimentos que en sus hogares siempre se hace equitativamente, pero en principio esa respuesta no es aceptable para todos porque en las dos historias de vida de mujeres afloran patrones de prioridad a los enfermos, a los niños y los ancianos. Blanca le da la comida a su nieta que le envían del trabajo y renuncia a comer; Carmen se pasa varios días sin comer cuando cuida a su madre anciana en el hospital porque no tiene dinero ni quien la sustituya en esa tarea. Si se hubiera encuestado a más personas estamos convencidas de que estas anécdotas hubieran sido más frecuentes pues tienen que ver con la cultura del cuidado en la que se socializan estas mujeres desde la infancia en una “maternidad consagrada”.

Las desigualdades se acentúan también porque además de cuidar, ellas llevan el peso de todas las actividades domésticas y, en particular, son las que desarrollan las tareas relacionadas con el proceso de la confección de la dieta, la compra e higiene de los alimentos. En el 70%

de los hogares las mujeres son las que cocinan y en el 15% de los casos lo comparten entre mujeres y hombres. En el 65% de las ocasiones ellas son las que friegan y solo en un 15% de los casos lo comparten entre hombres y mujeres. Donde más participan los hombres es en el acto de la compra, los problemas de disponibilidad en el mercado obliga a las familias a realizar esta actividad de manera más colectiva y construyendo estrategias muy diversas de búsqueda de alimentos. Pero incluso en el proceso de la compra las mujeres tienen mayores aportes: en el 37,5% de los hogares lo hacen las mujeres, en el 27,5% se comparte la actividad y en el 25% la ejecutan sólo los hombres.

Esta desigualdad es mayor en los hogares dirigidos por mujeres por la baja presencia masculina, que ha abandonado los hogares y se desentiende hasta de su manutención.

La sobrecarga que la mujer tiene en las tareas del hogar se produce también hacia el interior de los hogares dirigidos por los hombres y abarca a todas las actividades, no sólo a las mencionadas. El Cuadro 36 visibiliza muy bien la desigualdad hacia el interior de los hogares y en relación a la jefatura.

Cuadro 36

Distribución de la participación de hombres y mujeres en diferentes actividades del hogar de acuerdo a su clasificación por jefatura según sexo (en %)

Actividades	Jefatura femenina			Jefatura masculina		
	Mujeres	*Hombres*	*Compartida H/M*	*Mujeres*	*Hombres*	*Compartida H/M*
Confección de los alimentos	86,4	0	13,6	61,1	22,2	16,7
Fregar	82	0	18	66,7	22,2	11,1
Compra en el mercado	59	9	32	28	50	22,2
Limpiar la casa	73	4,5	23	61,1	22,2	16,7
Pagar las cuentas	68,2	9,1	22,7	22,2	55,6	22,2
Cargar agua	31,8	41	18,2	0	77,7	33,3
Lavar	82	9	9	66,7	22,2	11,1
Arreglos de la vivienda	18,2	73	9	5,5	83,3	11,1

En el cuadro se percibe la asimetría en la participación de las mujeres en todas las actividades de los hogares de jefatura femenina, aunque se acentúa en las concebidas como tradicionales para las mujeres. Pero la división sexista del trabajo también se observa en las familias dirigidas por hombres, los mayores porcentajes de participación de las mujeres en las actividades diarias así lo confirman. El sexismo se justifica por las relaciones tradicionales que prevalecen de hombre proveedor y mujer trabajadora del hogar en cinco casos, aun cuando

se requiere de otro ingreso para aliviar la situación económica. O por la sobrecarga de las mujeres que trabajan en la calle y son el centro de las tareas del hogar en otros dos casos. Todas estas desigualdades son expresión de la prevalencia de la cultura patriarcal en todas las familias, lo cual explica la mayor carga de morbilidad de las mujeres jefas y de las que viven en los hogares dirigidos por hombres.

El tiempo que las mujeres dedican a sus hogares, sean jefas o no, trabajen solo en el hogar o lo compartan con otras actividades extradomésticas, las hacen las apropiadoras por excelencia de sus espacios y, por ende, las que recepcionan los mayores impactos de su estado físico precario, estrechez, problemas de acceso al agua, al saneamiento, de poca iluminación, las carencias ambientales, esas son sus condiciones de trabajo. Tal realidad determina que las mujeres sufran más que los hombres la privación de una vivienda digna.

Aunque la precariedad de la vivienda está generalizada en todos los hogares, la investigación arrojó que la situación es más aguda en los hogares dirigidos por mujeres, tanto en relación al estado físico como a la distribución de sus espacios internos (cuartos, baño, cocina, etc.). El 59,1% de los hogares dirigidos por mujeres están en mal estado constructivo, mientras que en el caso de los hombres es el 33,3%. El 73% de los hogares de mujeres tiene una deficiente distribución de los espacios, impera la promiscuidad, mientras que eso sucede en el 66,7% de los hogares dirigidos por hombres. La valoración integral de todos los aspectos que caracterizan las condiciones de la vivienda arroja que el 47,5% de los hogares en situación de precariedad son encabezados por mujeres y el 30% por hombres.

La posesión de bienes domésticos favorece a las mujeres en todos los hogares en el sentido de ser sus dueñas en la mayoría de los casos, explicable porque todos son instrumentos necesarios para realizar su actividad en el hogar. Hasta el aparato de DVD—concebido de forma clásica como un bien destinado a la recreación—es percibido por la protagonista de una de las historias de vida como un equipo que la ayuda a cuidar a su madre paralítica: "porque mami cuando la enfermedad quería tirarse de ahí para abajo, no se podía quedar sola por miedo a que se tirara por ahí para abajo y entonces había que buscarle en qué entretenerse y ella se entretiene demasiado con eso, porque con ese dinero en vez de comprarme un DVD me hubiese comprado cualquier otra cosa" (Carmen).

Esa es, no obstante, una ventaja relativa, ya que estamos hablando de equipamiento viejo en todos los casos, y en circunstancias como las que explica Carmen, de un equipo prestado. Eso mismo sucede con el mobiliario roto y escaso.

El perfil ocupacional de los jefes de hogares que mostramos —donde prevalecen las mujeres como trabajadoras del hogar, en los servicios y jubiladas— se explica por el comportamiento de la escolaridad.

Como se conoce, Cuba es un país que ha hecho una inversión importante a favor de la escolaridad de su población y ha logrado la feminización de sus universidades y del nivel medio superior de la enseñanza. Sin embargo, en este grupo de familias pobres la desventaja escolar de las mujeres jefas de hogar es vital, ellas son el rostro del bajo porcentaje de escolarización.

Cuadro 37
Escolaridad de los jefes de hogares

Niveles de escolaridad	Mujeres jefas de hogares		Hombres jefes de hogares	
	T	*%*	*T*	*%*
Analfabeto	1	2,5	0	0
Primaria sin terminar	2	5	0	0
Primaria Terminada	5	12,5	2	5
Secundaria	6	15	4	10
Medio Superior	6	15	9	22,5
Universidad	2	5	3	7,5
Total	22	55	18	45

Las jefas de hogares no sólo ostentan los más bajos niveles escolares sino que su representación en los altos niveles también está por debajo de los hombres.

Aunque no se han hecho historias de vida de todas ellas, las que aquí se recogen son representativas de vidas reproductivas tempranas que contribuyeron a apartarlas de una carrera escolar y luego determinaron sus fluctuaciones laborales, sus permanencias por largo tiempo como trabajadoras del hogar, la dependencia económica y búsqueda incesante de parejas que le resuelvan la salida de la pobreza.

Esta no tiene que ser necesariamente la escolaridad promedio de las mujeres jefas de hogares en Cuba, se trata de hogares pobres donde las circunstancias que viven las mujeres pueden en algunos aspectos asemejarse a los patrones culturales de género de otras familias con jefatura femenina, pero se diferencian sustancialmente en otros muchos, como es el caso de la escolaridad. Un estudio sobre los perfiles de los jefes de hogares en Cuba a partir de los datos del censo de 2002, refleja que las mujeres en esa posición aventajan a los hombres en los niveles medio superior y superior, aunque también en el número de las que no han completado los cinco primeros años (Franco y Alfonso, 2008:18).

Que las mujeres jefas de hogares vivan situaciones de mayor vulnerabilidad se entiende porque ellas son en su mayoría trabajadoras

del hogar sin remuneración, tienen más baja escolaridad que los hombres y los empleos a los que pueden aspirar —cuando el rol de cuidadoras se lo permite— son de menores ingresos. Se trata de mujeres en muchos casos mayores de 60 años, con altos niveles de morbilidad y sin pareja. Veamos agrupadas en el Cuadro 38 las dimensiones que definen ese perfil de los jefes de hogares.

Cuadro 38

Perfil de los jefes de hogares según algunas dimensiones seleccionadas (en %)

Dimensiones	Mujeres jefas de hogares	Hombres jefes de hogares
Edad media	59 años	55 años
60 y más	27,5	22,5
Situación conyugal		
Soltera(o)	36,4	17
Casada(o) y/o Unida(o)	36,4	61,1
Divorciada(o) y/o Separada(o)	13,6	11,1
Viuda(o)	13,6	11,1
Ocupaciones		
Trabajadora del hogar	41	0
Jubilada(o)	27	39
Servicio	18	6
Profesional	5	0
Obrero	0	28
Cuentapropia	9	17
desocupado	0	11
Raza		
Negro	45,4	50
Mestizo	41	22
Blanco	13,6	28

Los datos del cuadro responden las razones por las cuales son más pobres los hogares dirigidos por mujeres. Ellas son mayoría en las ocupaciones no remuneradas, en las peores remuneradas y en un 63,6% están solas para enfrentar la vida cotidiana. Mientras que los hombres casi todos están empleados y en mejores labores, y además tienen pareja.

Del cuadro se infieren también las razas que prevalecen, ellas son en su mayoría negras y mestizas: 86,4% de los hogares dirigidos por mujeres, y representan el 47,5% de todos los hogares.

Las mujeres que contaron su historia entran en esas categorías de jefas de hogares. Cuando se les hizo las entrevistas no disponíamos aún del perfil que aquí se ha construido, pero al conocer su coincidencia nos aventuramos a considerar que sus trayectorias pueden ser representativas de lo que las mujeres pobres, solteras, divor-

ciadas, separadas o viudas —que además se dedican al trabajo del hogar ya cuidar a los otros— pueden haber vivido para llegar a esa situación de pobreza.

La carga de morbilidad que empeora la situación de vida de las jefas de hogares no sólo tiene que ver con las enfermedades nutricionales, muchas otras definen perfiles distintivos entre ellas y los hombres. El estado de salud diferente está asociado a sus estilos de vida y a la cultura de género que se van apropiando a lo largo de sus vidas, él también nos ayuda a comprender por qué aún en la pobreza los hogares dirigidos por mujeres tienen una mayor desventaja.

LA MORBILIDAD DE LAS FAMILIAS POBRES EN SAN ISIDRO. DESIGUALDADES DE GÉNERO Y SALUD

¿CUÁL ES EL PERFIL DE SALUD DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE POBREZA EN EL BARRIO DE SAN ISIDRO?

Los estudios de pobreza en Cuba han construido un perfil de las familias pobres en relación a la precariedad de sus viviendas, sus ingresos, las dificultades en el acceso al agua potable, al saneamiento y al patrimonio material; también ya se encuentran publicaciones que introducen el estudio de las dimensiones subjetivas y del funcionamiento de los hogares y explican las desventajas de las mujeres jefas de hogares pobres. Pero en ningún caso encontramos resultados que diseñen los perfiles de salud para ellos y por eso esta investigación se trazó ese conocimiento como una meta a alcanzar.

Tres condiciones que experimenta este grupo influyen en que existan ciertas semejanzas en sus perfiles: una de ellas es vivir la pobreza, la segunda es experimentarla en Cuba, en un país donde la inversión que se ha hecho en salud ha contribuido a liberar a sus ciudadanos, pobres o no, de sufrir determinadas enfermedades y, la tercera, consiste en el alto envejecimiento de su membresía, el 24,1% tiene más de 60 años. Valor elevado si se compara con el índice municipal de 2010 que es de 18,9% o el nacional para zonas urbanas de 2011, de 18,5% (ONE, 2011:22)[11]. El 50% de los jefes de estos hogares se hallan en ese grupo etario.

El cuadro que a continuación mostramos resume todas las enfermedades declaradas por los jefes de hogares que padecen ellos y los miembros de sus hogares.

11 Ambos porcentajes fueron elaborados por la autora a partir de las cifras totales de esas fuentes.

Cuadro 39
Distribución de la morbilidad por jefes de hogares, población según sexo y tipos de hogares según jefatura (en %)[12]

Enfermedades	% con relación al total de jefes de hogares			% con relación a la población total			% con relación a la cantidad de hogares		
	JM	*JH*	*T*	*M*	*H*	*T*	*HJF*	*HJM*	*TH*
Cardiovasculares	10	10	20	7,3	5,8	13,1	25	15	40
Tumores malignos	0	0	0	3,6	2,2	5,8	10	7,5	17,5
ECV	7,5	2,5	10	3,6	2,9	6,5	20	2,5	22,5
Influenza y neumonía	2,5	7,5	10	5,1	3,6	8,7	17,5	12,5	30
Discapacidad por accidente	7,5	0	7,5	5,8	2,2	8	20	5	25
Enfermedades crónicas respiratorias	20	5	25	12,4	8	20,4	27	17,5	45
Arterias	5	0	5	1,5	0,7	2,2	7,5	0	7,5
Anemia	5	0	5	1,5	0,7	2,2	7,5	0	7,5
Diabetes Mellitus	12,5	7,5	20	7,3	3,6	10,9	15	15	30
Desnutrición	0	2,5	2,5	1,5	0,7	2,2	5	2,5	7,5
Obesidad	2,5	5	7,5	2,9	1,5	4,4	5	5	10
Enfermedades digestivas infecciosas	15	5	20	5,8	2,9	8,7	15	7,5	22,5
Gastritis	17,5	2,5	20	5,1	2,2	7,3	17,5	5	22,5
Enfermedad crónica del hígado	7,5	7,5	15	3,6	2,9	6,5	15	7,5	22,5
HTA	30	25	55	19,7	9,5	29,2	42,5	35	77,5
Artrosis	25	12,5	37,5	14,6	3,6	18,2	30	25	55
Enfermedad mental crónica	0	5	5	2,2	2,9	5,1	5	10	15
Estrés	30	22,5	52,5	13,1	8	21,1	32,5	25	57,5
Enfermedades renales	5	5	10	2,9	2,2	5,1	10	7,5	17,5
ITS	0	5	5	0	2,2	2,2	0	7,5	7,5
Agresiones	2,5	2,5	5	1,5	0,7	2,2	2,5	5	7,5

Si atendemos a la distribución de las enfermedades que aparece en el Cuadro 39 de acuerdo a las tres dimensiones propuestas: Jefe de Hogares, Población que forma los hogares y Hogares afectados, se observa una alta prevalencia de las enfermedades que están directamente

12 Jefas Mujeres(JM), Jefes Hombres (JH), Mujeres (M), Hombres (H), Hogares de Jefatura Femenina(HJF), Hogares de Jefatura Masculina (HJM), Total de Hogares (TH).

asociadas a las malas condiciones de vida, tales como: la mala calidad nutricional y las carencias ambientales. La hipertensión arterial se halla en el primer lugar, pues en un 77,5% de los hogares hay miembros que la padecen (el 55% de sus jefes y el 29,2% de su población). Las enfermedades respiratorias en el segundo lugar, con un 62,5% (25) de los hogares que las declaran y las nutricionales con el 55%. Le sigue el estrés: 52,5% presente en los jefes de hogares, en el 21,1% de su población y afectando al 57,5% de sus hogares, en tercer lugar la artrosis: en el 37,5% de los jefes y el 55% de los hogares, y en cuarto lugar las cardiovasculares.

La alta presencia de hogares con jefes que padecen hipertensión arterial explica los valores elevados de las enfermedades cardiovasculares y, aunque con menor repercusión, las enfermedades cerebrovasculares. Esta es una enfermedad provocada por diversos factores sociales entre los que se encuentran los malos hábitos de vida como el de fumar y el alcoholismo, la mala alimentación y las situaciones estresantes. A su vez ella genera una mala calidad de vida para quien la padece.

Varias de las enfermedades del cuadro tienen relación directa con la nutrición, la vulnerabilidad alimentaria en estos hogares está generando morbilidad nutricional, que al agruparse todas se colocan en un segundo lugar de mayor prevalencia. De los 40 hogares estudiados,22 declaran enfermedades directamente relacionadas con ese problema: anemia (10), desnutrición (3), obesidad (4) y diabetes (12). Este es un porcentaje alto para una muestra pequeña, si se compara con los datos nacionales que se citaron en el capítulo anterior. Se debe tener en cuenta que el estudio no contempló la introducción de métodos de medición corporal y, por tanto, se manejaron datos a partir de enfermedades ya diagnosticadas por el personal de salud y mediante declaración del encuestado, algunas de las cuales se pudieron comprobar por simple observación.

Son altos los valores de hogares donde sus miembros padecen otras enfermedades que tienen relación con problemas de mala nutrición, además de la hipertensión arterial, la gastritis y enfermedades infecciosas digestivas, en el 22,5% cada una. Si se suman todos los hogares que tienen algún miembro padeciendo esas enfermedades obtenemos un valor del 97,5% (sólo en un hogar ningún miembro presenta estos problemas de salud nutricional). En el 65% de los casos hay comorbilidad determinada por la coexistencia de más de una de estas enfermedades, en ocasiones hasta cuatro de ellas. La historia personal sobre la salud de Blanca muestra padecimientos de hernia hiatal, gastritis crónica, úlcera y anemia. En la de Carmen, su hija, la madre y ella padecen de obesidad con hipertensión para los tres casos.

Al preguntarles a los Jefes de Hogares si las condiciones en que vivían tenían un impacto en los diferentes problemas de salud que habían experimentado, el 70% respondió positivamente en algunas de las situaciones que recogemos en el Cuadro 40.

Cuadro 40
Problemas de salud y condiciones de vida (en %)

Problemas de salud y su relación con diferentes condiciones de vida	% que responden positivamente
Parásitos y diarreas por problemas de agua	32.5
Respiratorios por carencias ambientales	32,5
Mentales por malas condiciones de vida	27,5
Accidentes por malas condiciones de la vivienda	32,5
Nutricionales por escasez de ingresos y acceso a alimentos	15

Fue bajo, sin embargo, el porcentaje de los que perciben alguna asociación entre mala alimentación y los problemas de salud que padecen, casi siempre porque consideran que el problema nutricional se asocia a pasar hambre y reconocen que esa no es una dificultad en sus hogares.

La morbilidad por accidentes que el cuadro recoge se refiere a personas que experimentan una discapacidad. En los relatos de las historias de vida y en las encuestas de salud afloraron anécdotas sobre las lesiones provocadas por frecuentes accidentes caseros que son un efecto de la mala calidad constructiva de las viviendas, de sus escaleras, del desprendimiento de falsos techos o alguna parte de ellos. También se interrelacionaron diferentes problemas de salud a disímiles situaciones de vida que padecen estos hogares. Pero dejemos hablar a los protagonistas de esas anécdotas:

> Una vez me caí en la calle por el efecto de las pastillas, tomarlas me da mareo. Cuando termino de comer me duermo y eso me paraliza la digestión. Me estre≠so porque me falta el dinero y me preocupo por qué es lo que van a comer mañana (Caso1,J. M.); El estrés es una suma de dificultades que afecta el corazón y los nervios. Para no tener problemas nutricionales yo soy jubilado y tengo que trabajar. La humedad en el ambiente me provoca problemas respiratorios (Caso 2, J. H.); Sí, la humedad y el polvo me afectan la salud por los problemas alérgicos que presento aunque tengo tratamiento de vacuna semanal y pastillas que tomo diariamente por indicación de la alergista (Caso 6, J. M.); Me caí de la escalera y me hice un esguince

> en la pierna y el otro día me caí y me fracturé la muñeca. Me cayó un pedazo de cartón tabla en la cabeza, no fue grave. La humedad influye en mi asma (Caso 18, J. M.); Cuando tenía la filtración dentro de la casa siempre estaba enferma de vómito, diarrea y la peste daba asco. Mi hijo siempre tenía catarro por la humedad dentro de la casa. La pared me cayó arriba hace 8 años y provocó una lesión en la rodilla y estuve con yeso 21 días y ahora tengo que operarme (Caso 23, J. M.); Hay un salidero en la barbacoa que eso afecta la construcción y puede provocar derrumbe, eso sí es problema para la salud de uno y por la humedad. En cualquier momento mi salud se afecta o la de mi nieta que vive aquí, por problemas de derrumbe. Uno se pone a pensar en la mala situación en la que vive y provoca estrés. Uno no quiere vivir dentro de la pobreza. No hay baño, afecta tener que hacer las necesidades en un cubo y luego tirarlo para la calle, eso es estrés y la tupición es terrible. Me baño y tengo que salir para afuera a botar el agua, eso no es bueno para la salud. Hay contaminación en el patio por el agua que tiran de arriba, las personas no se la van a tragar, la tienen que votar (Caso 26, J. M.).

La elevada cantidad de jefe de hogares y de personas que padecen artrosis se vincula con la prevalencia del envejecimiento y la humedad que existe en todos los hogares. La alta morbilidad se explica también por el indicador "gastos de salud", que resulta el segundo de mayor importancia para todos los hogares después de los alimentos. El 95% afirmó realizar gastos mensuales en medicinas, y esa periodicidad es equivalente para todos los hogares. El 90% satisface sus tratamientos con medicinas compradas en los diferentes mercados nacionales, principalmente del Estado, y no recibe ninguna remesa médica.

A pesar de la alta morbilidad que se observa entre los jefes de hogares, sólo un 55% valoró su estado de salud entre regular (45%) y malo (10%). El 45% dice que la percibe bien y que sus enfermedades están controladas. Esto está asociado a que no todos los jefes de hogares confrontan los mismos problemas cotidianos, no viven la misma situación precaria de la vivienda, de su salud personal y de los miembros de sus hogares; de hecho son los hogares encabezados por las mujeres los que confrontan las mayores desventajas en relación a la pobreza material, como ya se demostró, y consecutivamente, los que también acumulan los índices más elevados de morbilidad. También a la seguridad que sienten de que serán atendidos en los diferentes servicios de salud cuando su situación se agrave.

Del Cuadro 39 se pueden deducir las *diferencias del perfil de salud* en relación a la distribución de las enfermedades y de acuerdo a las tres categorías que seleccionamos para ello:

1. La hta, que es la enfermedad más frecuente, afecta a un porcentaje mayor de Jefas, de la población femenina, y por ese motivo se ven afectados una mayor cantidad de los hogares dirigidos por mujeres.
2. Las enfermedades nutricionales impactan a la misma cantidad de hogares dirigidos por mujeres que por hombres, la disparidad se hace evidente cuando se comparan los sexos de esos enfermos más allá de su pertenencia a un tipo de hogar: 19 mujeres y 5 hombres, para un 14% y 4%, respectivamente. Si a estas enfermedades les sumamos otras de vínculo indirecto como la hta, gastritis y las infecciones del aparato digestivo, encontramos que se ven afectadas 16 jefas de hogares que representan el 40% del total y el 73% de las mujeres en esa condición, y 14 jefes que constituyen el 35% de total y el 78% de los jefes.
3. Si valoramos la distribución de todas las enfermedades mencionadas en relación a la población según sexo obtenemos que de 77 mujeres, el 61% padece alguna de ellas, mientras que entre los 60 hombres, un 37% manifiesta síntomas. La mayor letalidad la viven las mujeres de todos los hogares, pero en particular las de los hogares dirigidos por mujeres por el alto nivel de comorbilidad.
4. Las enfermedades crónicas respiratorias son más frecuentes entre las jefas de hogares, la población femenina y los hogares dirigidos por ellas.
5. Las enfermedades cardiovasculares y las cerebrovasculares manifiestan un porcentaje más elevado entre jefas de hogares y en los hogares dirigidos por mujeres.
6. La influenza y la neumonía afectan a una mayor cantidad de hogares dirigidos por mujeres.
7. La discapacidad por accidentes afecta a una mayor cantidad de hogares dirigidos por mujeres, a las jefas y a las mujeres. Si se agregan los otros accidentes esta situación se acrecienta, situación que obedece a la mayor precariedad de las viviendas en que viven las mujeres y su presencia más frecuente debido a sus roles de cuidadoras.
8. El estrés también predomina entre las jefas, mujeres y hogares dirigidos por ellas.
9. La mayor cantidad de ancianos están en los hogares de jefas, aunque hay más cantidad de jefes ancianos que jefas. La artro-

sis es una enfermedad que predomina en los hogares dirigidos por mujeres, que representan el 30 % del total.

Una desigualdad deducible de las cuatro historias de vida y de algunos datos de la encuesta de salud es que la violencia es un factor determinante en el mundo de los hombres. La violencia en las relaciones entre hombres provoca situaciones de riesgo que los coloca al borde de la muerte o genera problemas graves de salud mental, y todas esas experiencias han generado diferentes secuelas para la salud. Los hombres se mueven entre la posición de víctimas y victimarios, y siempre es resultado de un enfrentamiento entre hombres. Las historias de vida de José y Pedro son una evidencia contundente de la socialización de la violencia en que han vivido desde la infancia, de su cultura patriarcal y la repercusión que tiene sobre la salud de ambos.

La violencia que las mujeres de estos hogares han vivido las ha puesto en casi todos los casos en la posición de víctima (véase la historia de vida de Carmen). En el caso de un Jefe de Hogar, declara de su actual esposa: "Ella cumplió 12 años en prisión para mujeres por homicidio. Mató a su esposo por abuso y violencia en el hogar por parte de él hacia ella. Actualmente se atiende con psiquiatría del Hospital Calixto García cuya consulta es un viernes al mes. A cada rato le dan crisis y en ocasiones le tengo que dar un boca a boca porque le falta el aire. Yo lo hago todo en la casa, la tengo como una reina" (Caso 40).

Los problemas de salud mental afloran por motivos diferentes cuando se trata de jefes hombres o de mujeres. Y en esas anécdotas se identifican las desigualdades de género. En el primero de los casos asociado a la violencia y a su rol instrumental, en el segundo al de cuidadoras.

Estas son las expresiones de diferentes Jefas de Hogares: "Me estreso porque no sé qué voy a comer mañana, qué le doy de comer a mis hijos, si se demoran mis hijos me altero" (Caso 1). "Mi estrés dura años, mi hijo preso, mi hija murió, mi nieto preso" (Caso 20). "Padezco de los nervios hace 37 años, desde que murió mi mamá y mi hija que tenía 35 años" (Caso 23). "Desde 1992 el problema fundamental de estrés lo tengo porque me preocupa si este cuarto se cae, la situación de cómo estoy viviendo. A veces me despierto alterada por algún ruido" (Caso 26). "Durante 13 años padecí estrés por discusión con mi esposo, él me agredió, me apuñaló porque estaba discutiendo,era alcohólico"(Caso 31).

Por otra parte, estos son los motivos más frecuentes entre las escasas respuestas de los Jefes de Hogares: "Producto de todas las situaciones que uno vive para trabajar, para conseguir comida" (Caso 2). "La sinusitis no me permitía respirar y no podía dormir.

No podía conseguir trabajo ni resolver nada, literalmente no puedes hacer nada" (Caso 3). "Problemas mentales por cinco años debido a la guerra"(Caso 37).

Los estilos de vida que se reconocen como factores de riesgo, tales como el alcoholismo y el tabaquismo, arrojaron resultados desiguales entre los hogares dirigidos por mujeres y por hombres. El porcentaje de prevalencia general de ambos es significativo si se tiene en cuenta que tratamos con familias pobres, que reducen la cantidad de dinero para comprar alimentos y otros bienes necesarios para la vida cuando invierten en fomentar el hábito de fumar o de ingerir alcohol. En un 60% de los hogares se incurren en esas prácticas, el hábito de fumar se detectó en el 47,5% de los hogares, y el de beber en el 45%.

Visto su comportamiento de manera independiente, se constata que el 36,4% de las jefas de hogares fuman, mientras que sólo el 18% bebe. Entre los jefes de hogares el 61,1% fuma y el 77% bebe con mucha frecuencia. Este último problema obligó a la autora de este trabajo a replantear la muestra de hogares dirigidos por hombres, pues resultó difícil encontrar una hora en el hogar para poder realizarles la encuesta o la entrevista en profundidad. El alcoholismo entre algunos jefes de hogares está muy vinculado al fracaso laboral y a la violencia, el caso de José es típico (véase "Historia de vida"). En la exposición de su relato José narra sobre frecuentes acontecimientos de salud (accidentes, infartos y peleas violentas que pusieron en riesgo su vida) asociados a su práctica de alcoholismo. Su historia refleja una cultura aprendida de alcoholismo, un tío que le enseña a beber alcohol desde pequeño como parte del aprendizaje de una cultura de la masculinidad).

Un dato singular que marca diferencias importantes —y en el cual se debe profundizar en el futuro— es que los hogares dirigidos por mujeres han vivido con más frecuencia el impacto que genera la mortalidad, además de que trae para ellas mayores secuelas mentales. El 59% de las jefas han experimentado el deceso de algún familiar cercano, algunas de ellas la muerte prematura de hijas(os), de madres y padres. Mientras que eso sólo sucede entre el 11,1% de los jefes. Aunque no se puede saber si tiene que ver con la historia de pobreza, sí se logra inferir que el vínculo más estrecho con la familia de origen a través del aprendizaje del rol materno de cuidadora, hace más vulnerable a las mujeres a la recepción de la muerte de un pariente cercano. La mortalidad de los padres, hijos y nietos tiene implicaciones emocionales profundas pero también puede acarrear graves problemas en la infancia, como cuentan las historias de las mujeres de esta investigación, o problemas de salud como afirma la siguiente mujer: "Se quemó mi nieto, eso no se me quita de la mente,

yo misma tuve que apagarlo, me traumatizó y comencé a padecer del corazón por ese motivo" (Caso 26).

Por eso el criterio que aquí hemos manejado para identificar las desigualdades en salud no tiene que ver sólo con la cantidad de hogares, sino con las complicaciones que trae para la vida cotidiana de las mujeres que son las cuidadoras, situación que se agrava en el caso de las jefas porque nueve de ellas no tienen ingresos propios, son trabajadoras del hogar dependientes y deben realizar trabajos informales para enfrentar la carga que implica el cuidado de sus enfermedades y tratamientos, además de los del resto de los enfermos de su familia. Incluso algunas empiezan a depender económicamente de sus hijos e hijas.

Esa carga de mayor morbilidad que enfrentan las jefas de hogares se recoge en el indicador de gastos del Cuadro 34, superior al de los jefes. De los cinco hogares que incurren en la mayor cantidad de gastos en medicina, cuatro son de mujeres; con respecto al total de gastos en salud también es un hogar dirigido por mujeres el que invierte la mayor suma mensual.

Debido a su rol de cuidadoras, las jefas de hogares se muestran más conocedoras de los problemas de salud de los miembros de sus hogares, de sus esposos y de los propios. La encuesta de salud a hombres se llenó con ellos, pero en no pocas ocasiones fue la esposa quien aportó algún dato sobre su estado de salud y el de la familia. Las mujeres demostraron ser más abiertas a reconocer las enfermedades que padecen y visualizar la relación entre las condiciones de vida y los problemas de salud. Ellas pasan más tiempo en los hogares y viven el impacto mayor de esas malas condiciones de vida. El 81,8% de las jefas de hogares reconoce la directa relación que hay entre sus problemas de salud y las condiciones en que viven, mientras que eso sólo sucede en el 66% de los hogares dirigidos por hombres. Cada uno representa con relación al total de 40 hogares un 45% y un 30%, respectivamente. La mayoría de los que enriquecen la información con anécdotas, explicando cómo interactúan sus problemas de salud con la pobreza en que viven son mujeres, tal y como se refleja en los casos citados anteriormente.

Ellas son también las que acuden con más frecuencia a los servicios de salud, no sólo por la mayor morbilidad, sino también para llevar a otros miembros de la familia o para diagnosticar sus enfermedades. El 59% de las jefas de hogares llevan a los niños al médico, y sólo un Jefe de Hogar reconoció que participaba de esa actividad. El 77,3% de las Jefas de Hogar llevan al médico a sus ancianos, y sólo dos Jefes de Hogar afirmaron que ellos cumplían con esa responsabilidad. Las mujeres hicieron uso de los servicios de salud en el último año un promedio de 9 veces, mientras que los hombres lo utilizaron

un promedio de 3,2 veces. El 68,2% de las jefas han hecho uso de los servicios de salud, frente al 66,6% de los jefes.

La centralidad del papel de cuidadoras de la salud de los miembros del hogar, que desempeñan todas las mujeres Jefas o no, es un factor influyente en su mala calidad de vida. A la sobrecarga de trabajo de las tareas domésticas de las cuales ellas son responsables, se le suman las del cuidado de la salud de los enfermos dentro de los hogares. El 32,5% de las jefas de hogares asumen solas esas tareas, apenas el 15% lo comparte con hombres de sus hogares. Pero el dato más relevante es que en el 45% de los hogares estos son roles exclusivos de mujeres, mientras que en el 32,5% se comparte entre hombres y mujeres. Sólo en cinco hogares, habitados sólo por hombres, es una tarea de autocuidado que le corresponde asumir. Cuando se detallan las actividades de cuidar a un niño o anciano enfermo: velar por él durante la noche, cuidar que cumpla su tratamiento y que se alimente, los porcentajes de participación de las mujeres se elevan y se profundizan las diferencias. Eso ocurre en el 95% de todos los hogares donde hay niños y ancianos.

La principal desigualdad de la salud reproductiva de las mujeres deriva de esa centralidad en el cuidado de los otros, y de las implicancias que tiene para el abandono de su cuidado. Ese deterioro de la salud que llega con el tiempo y la incidencia de múltiples factores se puede ver nítidamente en las historias de vida de Blanca y Carmen, como en todos los valores que reflejan la alta morbilidad de las mujeres.

En la historia de la salud reproductiva y sexual de estos jefes y jefas de hogares también afloran diferencias asociadas a la socialización de una cultura patriarcal de la sexualidad y la reproducción.

Algunos indicadores de la salud reproductiva como el de la edad menárquica y la edad de la primera eyaculación se comportan como los valores nacionales promedio que para la población femenina y masculina han construido las investigaciones antropológicas y médicas en Cuba. Las jefas de hogares tienen un promedio de edad menárquica de 12,5 años mientras que los varones experimentan su primera eyaculación a los 13 años. La mayor precocidad de las mujeres está determinada por factores biológicos, según investigaciones a nivel nacional y mundial. En las historias de vida no se observó ninguna práctica de diferenciación sexista alimentaria que favoreciera a una u otro.

La educación sexista que viven hombres y mujeres en sus familias de origen, como lo muestran los relatos de vida, sí explica las diferencias en la edad de la primera relación sexual. Para las jefas fue un promedio de 18 años, y para los jefes los 13 años. En el caso del promedio de las jefas se hace más elevado porque siete de ellas vivieron esas experiencias entre los 21 y 25 años, pero el 68% lo hicieron antes de los 19 años, la edad modal era de 16 años.

La precocidad de los hombres en la relación sexual es una demostración de la asunción de una cultura de la masculinidad que se refleja en la coincidencia de la edad promedio de la primera eyaculación con la de iniciación a las relaciones sexuales, no median años entre una edad y la otra. Mientras que entre las mujeres sí hay años de por medio, incluso entre las que fueron más precoces.

El contraste más evidente de cómo la cultura patriarcal establece distinciones entre hombres y mujeres —de mayor control hacia ellas y más libre albedrío para los hombres— lo ofrece el seguimiento al indicador promedio de relaciones sexuales que ha construido a lo largo de su vida. Para los hombres jefes se comportó en 32,18 parejas y para las mujeres en nueve.

A pesar de la mayor libertad de la que gozan los hombres de este estudio durante su vida sexual, el costo es muy elevado cuando se usa de manera irresponsable: uno de ellos contrajo el SIDA, otros dos han adquirido otras enfermedades infecciosas de transmisión sexual, y en un caso es el precio de la soledad que paga por la historia de su alcoholismo, la inestabilidad y el abandono de su familia.

El promedio de hijos entre los hombres es de 1,83 y entre las mujeres es elevado para la media nacional (3,05). Las tasas nacionales que se citan en apartados anteriores reflejan que las mujeres cubanas no llegan a dos hijos por mujer desde hace varias décadas. Sin embargo, aquí las jefas se sobrepasan. Existe una diferencia entre el promedio de hijos de las jefas con edades superiores a los 60 años y las que están por debajo de esa edad, las primeras tienen un promedio de 3,7 hijos y las segundas de 2,6.

No hay estudios nacionales sobre salud reproductiva masculina que ayuden a la comparación. A la autora de este trabajo le resulta dudoso el dato promedio de hijos por hombres. La inestabilidad de parejas, el número elevado que se declara y la cultura de delegar la responsabilidad del control de la fertilidad sobre las mujeres bien pudo haber generado hijos desconocidos no informados por las mujeres, en el caso de que no hubieran terminado en abortos, de hecho el 30% declara que sus parejas se realizaron al menos uno.

Durante varias décadas las mujeres cubanas han contado con un amplio acceso a anticonceptivos y a servicios de aborto gratuito e institucionalizado en el sistema de salud. Las jefas de esta muestra afirman en un 73% de los casos que usaron durante su vida algún tipo de método anticonceptivo y el 25% se ha practicado al menos un aborto. El promedio de abortos es de 1,8 por mujer.

El uso más frecuente de anticonceptivos femeninos y la práctica del aborto denotan que la responsabilidad en las relaciones de pareja de estas jefas ha recaído sobre ellas. El 50% de las jefas y el 39% de los

jefes declaran no haber usado nunca condón. Los jefes creen que es responsabilidad de las mujeres y algunos afirman: "Porque ella es la que se lo tiene que poner" (Caso 16); "Aunque ella tiene un tanto más de responsabilidad, pero ella no te dice que tiene anillo o usa cualquier otro método" (Caso 2); "Ella se cuidaría para no embarazarse"(Caso 10);"Si lo queremos evitar jugamos con su ovulación o ella se pone anticonceptivos"(Caso 32).

El 70% de todos los jefes declaran que hoy no usan anticonceptivos por muy diversas razones, sobre todo por ser ancianos, por la estabilidad de la relación de pareja y confianza en su fidelidad. Solo dos hombres jefes de hogares muestran indicios de irresponsabilidad porque dicen no usarlos porque no les gusta, uno afirma: "que si se presenta la relación aprovecha y que pase lo que sea" (Caso 5) y otro que "para eso existen otras actividades sexuales de menor riesgo" (Caso 2).

El conocimiento sobre anticoncepción no es un problema en este grupo de jefas de hogares, es amplio y sobre muy disímiles tipos, en particular siguen siendo los más populares los diu, las pastillas y el condón. El obstáculo a una salud reproductiva más sana, que es sinónimo también de responsabilidad y planificación, está en factores de género como la más elevada carga de compromiso para la mujer en esa planificación y en la crianza de los hijos.

La libertad de que gozan las mujeres en el control sobre su cuerpo entraña el costo de una mayor responsabilidad en la planificación de la reproducción. Incluso en la sociedad cubana, donde se han logrado avances notables en los derechos de las mujeres, el impacto que implica asumir hijos en soledad sigue siendo aún mayor que los riesgos que entraña el aborto y el uso prolongado de anticonceptivos.

Las diferencias de edades son importantes porque marcan momentos distintos en el comportamiento de la fecundidad de las mujeres cubanas. La generación de 60 y más años pudo tener sus hijos en las década de 1970 cuando la tasa global de fecundidad era de 3,94, su patrón reproductivo se asemeja al de la época. Pero la más reciente tiene un promedio superior al nacional de las décadas posteriores (ONE, 2008: 15).

Una paradoja es que los hombres jefes de hogar deseaban tener un promedio de tres hijos y se quedaron por debajo, mientras las jefas deseaban como promedio dos hijos y una buena parte superó esa cifra.
Si la edad al inicio de una vida reproductiva fue precoz y se acompaña con relaciones inestables, no es de extrañar que a pesar del uso de la anticoncepción y de los abortos inducidos el promedio de hijos sea alto.

Las diferencias en la edad al tener su primer hijo de jefas y jefes podría explicar la distinción en el promedio de hijos. Los jefes se inician a los 27,8 mientras que las mujeres a los 21, diferencia que

responde a un patrón sexual patriarcal, las mujeres tienden a buscar hombres más adultos porque están mejor colocados en el mercado, pueden desempeñar más eficientemente su rol de protectores, y los jóvenes evaden los compromisos reproductivos tempranos o se convierten en padres ausentes.

Sin embargo, en el grupo de los jefes que han tenido hijos (15), hay cuatro que fueron padres adolescentes, que representan un 26,6%, valor elevado para una muestra tan pequeña si se compara con las bajas cifras nacionales.

Entre las jefas, quienes vivieron maternidades tempranas representan el 42,8%, cifra que corrobora lo que de manera constante aflora en las investigaciones sobre pobreza entre hogares dirigidos por mujeres, que la pobreza femenina está asociada a un patrón de maternidad precoz. La edad promedio de maternidad en este grupo fue de 16,6 —dos casos se iniciaron a edades como 12 y 15, en el grupo de más riesgo para la salud— y la edad modal fue de 17.

El inicio temprano de la carrera reproductiva produce el riesgo de tener una mayor cantidad de hijos, situación que entre mujeres que viven la pobreza y la soledad de la crianza de sus hijos puede contribuir a acentuar esa posición o a impedir salir de ella. El promedio de hijos entre jefas de hogares que fueron madres precoces es de 4,1, el más elevado de todos los promedios de hijos que hemos calculado, mientras que el de las jefas de hogares que se iniciaron a la maternidad a partir de los 21 años es de 2,5.

Existe una relación estrecha en estos hogares entre maternidad precoz y pobreza escolar y de ingresos. Los tres casos de pobreza escolar que mencionamos antes forman parte de este grupo. De hecho la primaria sin terminar o terminada es la escolaridad más frecuente entre ellas, muy por debajo de la escolaridad promedio de las mujeres cubanas. Cuatro casos arribaron al nivel medio y tres al nivel medio superior pero no lo concluyeron. La deserción escolar y la no continuidad de estudios está íntimamente relacionado con el patrón de ocupación: mayoría trabajadoras del hogar, una que se ocupa en los servicios (limpieza), dos cuentapropistas y una jubilada (categoría esta última que habla de su condición pasada de trabajadora pública pero que con un nivel de primaria terminado y una pensión de $242 no debió ser una ocupación de altos ingresos, como tampoco lo son las de las cuentapropistas).

La presencia de una mayor escasez de ingresos en estos hogares es la evidencia más importante de la situación de pobreza. Los ingresos percápita de siete de los casos oscilaron entre $125 y $242, en la escala más baja que se definió en esta investigación. Solo dos casos se ubican en la escala intermedia con ingresos de $533 en un caso y $705

en el otro. En todos los casos por debajo del umbral de la pobreza y con un promedio de $270,31 por debajo del promedio que se calculó para todos los hogares.

La coincidencia en los hogares de jefas que fueron madres adolescentes, de una mayor pobreza de ingresos y baja escolaridad con el predominio de la raza negra (6) y mestiza (2), apunta a concluir que la desigualdad racial puede ser junto a la de género un probable factor de profundización de la pobreza.

La comparación entre los rasgos de estos hogares y los de hombres que también fueron precoces en su vida reproductiva tiende a confirmar aún más la desventaja de este grupo y el peso de las determinantes de género.

Estos jefes de hogares alcanzan un promedio de edad de inicio a la paternidad de 18, superior al de las jefas. Tienen un promedio de hijos alto (3), pero menor que ellas. Todos se encuentran unidos o casados, llegaron a concluir niveles de escolaridad entre secundaria y preuniversitario, tres están trabajando y uno es jubilado, y el promedio de ingresos es superior a los hogares de las madres adolescentes y ligeramente superior al del promedio de todos los hogares, $465. Aunque como la mayoría de los jefes, se encuentran por debajo de la línea de la pobreza. Se trata también de negros y mestizos.

Desde nuestro punto de vista eso significa que para saber aprovechar mejor las oportunidades de empleo y acceso a la educación que brindan las políticas es importante superar las desventajas que la cultura patriarcal produce en las familias cubanas. La centralidad que los roles familiares tienen en la vida de las mujeres y la división sexista del trabajo que aún impera, junto a los estereotipos de la maternidad y la paternidad, de la sexualidad femenina y masculina, impiden que las mujeres puedan convertir las oportunidades en capacidades y salir de la pobreza más profunda en la que están en relación a los hombres.

En salud, el riesgo reproductivo mayor que estas mujeres han presentado en sus vidas no ha sido el del embarazo y el parto, sino el de la crianza de sus hijos y la atención a su familia durante una vida cotidiana en condiciones de pobreza con protección.

El 62% de las mujeres jefas que tuvieron hijos afirmaron no haber presentado ninguno problema de salud durante el embarazo y el parto. Un 38% dijo que sí, y los problemas mencionados fueron: embarazo ectópico (1), hta (2), anemia (1), hipotiroidismo (1), desgarro del cuello del útero (1), amenaza de aborto (1) y diabetes gestacional (1). En ningún caso se experimentó una vivencia de mortalidad infantil, lo que se corresponde con el seguimiento al embarazo que tienen las mujeres cubanas de todas las edades y, en particular, las que se hallan en edades de riesgo como las adolescen-

tes. En el grupo de 9 jefas madres precoces, 4 presentaron algunas de las dificultades mencionadas.

La cantidad de partos sin lugar a dudas provoca un desgaste en la salud de la mujer, pero no tiene un efecto mayor que el de criar tres o más hijos, y sobre todo en las condiciones descritas de privación de una vivienda digna, de ingresos por debajo de la línea de pobreza, de problemas diversos de salud, carencia de bienes y una falta total de autonomía para tomar decisiones.

Todos los datos expuestos apuntan a considerar una desventaja más profunda para las jefas de hogares en relación a ingresos, condiciones de la vivienda, ocupación, alimentación, participación en el trabajo doméstico, carga en el cuidado de la familia y estado de su salud. No se trata de un perfil distinto de la pobreza, sino de una situación de mayor privación humana que contribuye a reproducir el régimen patriarcal.

Difícilmente pueda considerarse que las jefas de hogares están empoderadas por el simple hecho de que la familia las coloca en esa condición, que en la mayoría de los casos se explica a partir de la posesión de una vivienda que es gratuita, pero no ofrece seguridad y sí define su condición de privación humana.

Las historias de vida de cuatro jefes de hogares que mostramos a continuación revelan nuevas aristas de argumentos que corroboran la hipótesis de que la desigualdad de género hace más pobre a las mujeres, así como las desigualdades en salud repercuten sobre la pobreza y acentúan las diferencias de género.

HISTORIAS DE VIDA DE SALUD Y FAMILIA ENTRE MUJERES Y HOMBRES JEFES DE HOGAR

La Historia de vida es un método muy empleado en diversas ciencias sociales. Independientemente de la variedad de sus formas y usos, hay cierto consenso acerca de que se trata de un procedimiento a partir del cual se obtienen datos cualitativos que requieren ser interpretados y no analizados estadísticamente. Hay una más larga experiencia de su utilización en Historia y Antropología. En Sociología se usó por primera vez en la década del veinte en la Escuela de Chicago, una de las obras que contribuyó a dar a conocer su potencial fue *El campesino polaco en Europa y América*.

Hoy, su difusión es amplia e incuestionable el valor que tiene para el estudio de la subjetividad, de los cambios que se producen en la vida cotidiana de las familias, de diferentes colectivos humanos y de las personas, para profundizar en las experiencias que viven esos grupos en determinadas épocas históricas: de salud, políticas, profesionales, entre otras. Es muy variada la temática que las historias

de vida pueden abordar como fuente de obtención de datos y forma de interpretarlos.

En esta investigación las historias de vida se construyeron fundamentalmente en base a entrevistas en profundidad. Las fotografías que con el consentimiento de sus protagonistas se pudieron tomar de sus entornos, datos recogidos mediante la encuesta de hogares y de salud que brindan información sobre sus condiciones de vida y enfermedades que padecen y las observaciones que se realizaron a sus domicilios y a los entrevistados fueron fuentes complementarias.

La reconstrucción de los datos de las entrevistas se realiza en tercera persona, preserva la identidad de sus protagonistas y pretende dar cuenta de un relato sobre el entrelazamiento que han tenido, a lo largo de sus vidas, las condiciones materiales en que han vivido y la morbilidad, así como otros sucesos de su salud. Hay diálogos, la mayor cantidad, que se preservan textuales porque son una evidencia de su cultura de género y de la pobreza. En no pocas ocasiones los testimonios hablan por sí solos de las características de la pobreza y de las desigualdades de género que definen las prácticas de vida de sus protagonistas.

Para narrar la historia se tuvo en cuenta el ciclo vital que describen los individuos a lo largo de sus vidas: nacimiento, vida en la familia de origen, vida adulta y formación de una nueva familia; tratando de transmitir no sólo los acontecimientos factuales que dinamizan sus vidas sino también los significados que les confieren, las diferentes experiencias de salud y vida cotidiana y el impacto en sus relaciones sociales. En algunos momentos no era posible mantener una secuencia cronológica rígida porque lo más importante era que las personas se detuvieran en el significado que para sus vidas tuvieron determinados procesos que han vivido.

La hipótesis que da sentido a estos relatos es que hombres y mujeres no viven de igual manera la pobreza, ni padecen los mismos problemas de salud. Las desigualdades de género hacen más letal la pobreza que viven las mujeres jefas de hogares si las comparamos con los jefes de hogares hombres.

LA HISTORIA DE VIDA DE PEDRO

Pedro nació en Granma, en el seno de una familia de campesinos pobres. Vivían en un bohío, en condiciones pésimas, y tenían carencias de todo tipo. Su padre era un trabajador agrícola que no ganaba lo suficiente para mantener a los siete miembros de la familia. La primera enfermedad que él recuerda de esa época la padeció a los siete años y fue el sarampión, después adquirió una infección en los riñones que pudo superar.

Pedro recuerda el divorcio de sus padres como un acontecimiento "catastrófico", cuyo principal responsable fue el padre "por andar de farandulero", su mamá se quedó sola en aquellos tiempos, su padre —que era quien mantenía a todos— los abandonó y la madre optó por emigrar a La Habana. Entonces él tenía 12 años, estaba estudiando, dejó la escuela en el noveno grado y se puso a trabajar con 14 años sin tener edad laboral. El padre le puso como condición que si dejaba la escuela tenía que trabajar y optó por trabajar con él. Durante esa etapa convivió con su hermana y el otro hermano, todos eran muy jóvenes. Trabajaba con su papá, se iba desde las cinco de la mañana con él y regresaba a las ocho o nueve de la noche, trabajaba como operador de tractor arando tierra, tirando caña cuando era tiempo de zafra y dice que 'así sucesivamente se fue forjando, hasta actualmente que no estoy trabajando directamente con el Estado pero bueno hasta ahora lo mío ha sido trabajar'".

Para Pedro esa experiencia significó una buena enseñanza, porque aprendió a realizar cosas que le daban autonomía, él cuenta que: "ahora usted ve a un hombre tirado por ahí que no sabe cocinar, planchar, coser, ese hombre se desespera, todo eso me valió para mucha enseñanza precisamente para eso, porque yo he estado en lugares solo, he tenido que cocinar, he tenido que lavar, he tenido que coser, he tenido que hacérmelo todo y no he tenido problemas de ningún tipo, a pesar de los problemas que tuve que pasar cuando era niño, pero me ha servido de mucha experiencia".

A los dieciséis años le dio un preinfarto cuando trabajaba con el padre, Pedro lo describe: "estaba viviendo en Oriente manejando un tractor, roturando tierras y me dio un dolor no tan fuerte, pero yo lo sentí, seguí normal y a los cinco minutos me dio más fuerte y ahí gracias a Dios yo pude maniobrar el equipo y paré y cuando ellos me vieron que yo estaba recostado en el timón con la mano en el corazón, ellos corren y me ven que estoy llorando prácticamente del dolor, de ahí mi padre corre y entre él y un tío mío que venía atrás con otro tractor arando, me bajan del equipo ese y me llevaron para un lugar en un carro que le dicen Vado del Yeso, un hospital que hay ahí, me hicieron un reconocimiento urgentemente, inmediatamente en una máquina de esas que te saca el papel ese y me dio positivo, bueno ahí me dieron dos meses de reposo".

Un año antes, a los 15, se casó con su primera relación oficial, que era una mujer que le llevaba 11 años. Con ella partió para La Habana luego de ese problema de salud.

Al año de estar en La Habana regresa a Oriente, y lo llaman al Servicio Militar. Le dieron la baja médica al descubrirle el problema en la coronaria, pero él insistió pues quería participar en la guerra de Angola.

Pedro narra ese episodio de su vida: "yo dije me voy, hablaron con mi abuela que vivía allá, ya mi mamá vivía aquí, con mi papá que si ellos se hacían responsables y ellos dijeron que sí, que si yo quería irme ellos firmaban, ellos firmaron, yo firmé y me montaron en una guagua, la previa la hice en Morón, un mes en la previa de entrenamiento y cuando pasé el mes en Morón me trajeron para Loma Blanca. Allí estuvimos como dos o tres días y de ahí para Angola. En Angola pasé dos años y cuatro meses, en realidad tenía que pasarme dos años, pero como estaba en Menongue, en Cuito Cuonavale, que fue la última guerra en Angola, yo participé en la liberación de Angola, liberé Namibia, liberé el *apartheid* de Sudáfrica que fue cuando Nelson Mandela cogió el poder".

Durante ese período Pedro pasó varias enfermedades: le dio paludismo, tuvo ameba, estuvo enfermo de los nervios y regresó con cicatrices del impacto de un proyectil. En Angola el paludismo le dio cinco veces, la última vez fue la más mala, Pedro narra la última experiencia de paludismo: "yo me levanté por la mañana y estaba en mi posición y le digo al Teniente que me siento muy mal, me dijo tu no tendrás paludismo y yo le dije qué paludismo es dolor de cabeza lo que tengo, pero ya al otro día amanecí con vómitos y diarreas y cuando me voy a levantar de la cama caigo de frente desmayado, de ahí ellos corren conmigo, me llevan para el puesto médico de Menongue en Cuito, donde me ponen sueros y empiezan los recursos conmigo y estuve en el hospital ese como veintipico días ingresado con el paludismo ese cerebral, te puedo decir que no me dejó secuelas".

Otra enfermedad que reconoce como un problema de salud que se repite es la de los nervios, dice que "después que tú entras ahí estas alterado, hay a quien se le desarrolla más por algún motivo, yo mismo que era chofer tenía que estar todo el día arriba de un camión, que si para aquí y para allá, que había que hacer caravana, que si llegaba un helicóptero, que si la merienda, que si el almuerzo, que si había que buscar agua para las posiciones, que si transporta combatientes para tales posiciones, y eso era desde que tú te levantabas a las cinco de la mañana hasta las dos o las tres de la mañana montado arriba de un camión dando rueda para aquí y para allá, no es fácil, imagínate esa mecha no la aguanta todo el mundo, yo vi gente ahí llorar, enfermo. Yo llegué muy alterado, hacía cosas que no me daba cuenta y la gente me lo decía, estaba durmiendo por la noche y me sobresaltaba, a veces alguien me hablaba y yo brincaba y me decían coño mira cómo estás asustado, y la guerra sí me dejó secuelas, se me cayó el pelo y me estuvieron tratando, me dieron unas pastillas ahí y ya después el pelo empezó a renacer y actualmente estoy calmado gracias a Dios, los nervios es una enfermedad que es sumamente mala, eso te tiene sobresaltado la vida entera".

Pedro percibe que esas enfermedades lo han afectado seriamente porque regresó de Angola en una forma física diferente, nunca más engordó, su salud mental también se afectó porque le tocó estar todo el tiempo bajo el fuego, desde que llegó a Menongue, y vivir tiempo bajo tierra, afirma que "el frío, los animales, las enfermedades, todo estaba en contra mía".

A pesar de esa experiencia traumática, con alegría y orgullo habla de su participación en la guerra y de las tres medallas que se ganó. Su regreso a Cuba fue en 1989, de manera inmediata recibió tratamiento psicológico y comenzó a trabajar en la Habana Vieja en diversos oficios: como masillero, restaurador, carpintero en blanco, plomero, electricista.

Después de su regreso tuvo varios casamientos, estuvo viviendo un tiempo en el Vedado y en 1994 retorna a San Isidro, al edificio en el que vive su mamá y donde continúa morando como jefe de hogar.

Tiene la experiencia de trabajar con contratistas particulares con quienes cobraba semanalmente $900 y a veces $1.200. Cuenta que se creó un problema con los contratistas, que Monumentos ya no quería hacerle contratos, pero él no quería trabajar para el Estado, dice "yo era libre de mi vida y yo estaba donde yo quisiera, que esto es libre que aquí no hay nada obligado y si no quiero trabajar con el Estado porque no me rinde, el sustento económico no me da, cómo yo iba a trabajar con el Estado y menos obligado, y entonces me dijeron que si no era así no podía trabajar con contratistas particulares, yo le dije pues mira entonces me voy a trabajar por fuera, porque yo no voy a trabajar con ustedes, recogí mi expediente que lo tengo ahí y opté por trabajar por la calle, ahora salió esta última ley que planteó Raúl de que los contratistas si trabajas con ellos tiene que garantizarte incluso hasta los años de retiro. antes no era así y yo perdí una pila de años precisamente por eso, ahora tuviera una pila de años trabajados en el expediente porque no había salido esa ley y todos esos años se han perdido y actualmente ya tú ves estoy aquí trabajando por fuera. Yo trabajé en la empresa SERCOMAR restaurando toda la punta del malecón, porque allí si me fue bastante bien trabajando con el Estado, yo no sé ahora pero te atendían bien, desde el vestuario hasta los materiales y lo económico".

A su regreso de Angola en 1996, Pedro vivió la experiencia de la cárcel. El aprecia que se cometió una injusticia, que le dieron seis meses de cárcel por gusto, pero no quedan claras las circunstancias y los motivos. Se siente resentido porque no tuvieron en cuenta su trayectoria, y no recibió apoyo de la asociación de combatientes: "no miraron que yo tenía mis antecedentes limpios, no miraron esa trayectoria y entonces fue cuando yo me desilusioné, para qué, de qué me sirve

todo esto, porque esto me sirve para un tipo de problema, para ver mi trayectoria de vida en la sociedad, que yo fui a la casa de combatientes aquí y se lo planteé, de qué me sirve esto, qué aval tengo yo con esto, qué representa esto, cuando se comete esto, donde está reglamentado que tiene que estar dos meses en un calabozo y después cuando vine al juicio libertad inmediata hasta con carta de libertad y todo como si hubiera cumplido una sanción y de qué me sirve a mí esto, entonces yo no pertenezco más a la asociación de combatientes, ellos hablaron conmigo. Mi padrastro, que en paz descanse, él fue custodio del ministro. Era policía, tenía más de 20 años de pertenecer a eso y pertenecía a la asociación de combatientes con nosotros, entonces ellos hablaron conmigo y yo les dije no, no, no, porque cuando yo tengo un problema es cuando yo necesito que la asociación de combatientes me apoye y la asociación de combatientes no hizo nada, no hizo absolutamente nada, al contrario a quien yo vi cuando me tenían detenido allí".

Durante el tiempo que estuvo preso cuenta la experiencia de una enfermedad que él no logra identificar: "cogí la enfermedad, no sé cómo se llama esa enfermedad, yo sé que entraba por los tobillos, yo estaba sentado que iba a comer y me dio un dolor en los tobillos que aquello fue terrible y a las 9 en el recuento, me recogieron desmayado, me enviaron al puesto médico de la prisión, me subió la fiebre a 40 y después me bajaba, deshidratado completamente, entonces al otro día tuve visita de mi mamá, le decían el beriberi, me dio terrible".

EDUCACIÓN FAMILIAR Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En el imaginario de Pedro hay incorporado un discurso de la "igualdad familiar", del que se infieren las diferencias sexista en el hogar de origen: "A nosotros nos criaron en un sistema hasta donde pudieron, nos criaron conjuntamente, no hubo diferencias en que aquel era menos y el otro era más y de que aquel tenía más preferencia y el otro no, cuando ellos hacían alguna compra material, era para todos, para los cinco y todo lo que mi papá conseguía lo conseguía para todos, nos criaron en un sistema de humanidad, no nos enseñaron a ser egoístas ni a creerse más que esto y lo otro, un sistema positivo, cuando se enfermaba alguno de nosotros, mi mamá que era la que principalmente estaba en la casa —porque mi papá siempre trabajaba— ella acudía inmediatamente al hospital y ella no tenía preferencia para ninguno de sus hijos, para ella todos siguen siendo iguales a pesar de la edad que tenemos ya. Bueno, en cuanto a mi hermana ella sí era más celosa en el cuidado, ellos los dos eran más celosos en ese aspecto con la hembra, porque tú sabes que a veces cuando la hembra se disloca como digo yo a veces son hasta más malas que los varones, cuando cogen caminos de esos y entonces en ese aspecto ellos fueron más

celosos, le celebraron sus 15, me acuerdo, no era que tuviera más preferencia pero era la única hembra y usted sabe cómo es eso y en ese aspecto ellos tuvieron más cuidado. Cuando mi madre vino a vivir para La Habana buscó a la hembra, fue cuando yo me quedé solo allá con mi papá que me puse a trabajar y ella trajo a la hembra y trajo a mi hermano menor que es jefe de almacén, ellos dos eran los que convivían con ella aquí, después vino mi hermano que es el que vive arriba. A mí me trajo esa muchacha con la que me había casado".

Pedro valora que en su casa no hubo distribución sexista en los alimentos: "La distribución de alimentos siempre se hizo mutuamente, normalmente, si mi mamá cocinaba carne, ella le servía la ración a todos por igual, si tú comías más que el otro ella le echaba más, si te quedabas con hambre ella te repetía, pero nunca hubo diferencias de ella en ese aspecto. Todo fue compartido de uno para el otro y del otro para el otro".

Los padres de Pedro tenían un control mayor sobre la vida sexual de su hija, él dice que "no es una opción sino una obligación, porque es la hembra y entonces suceden cosas con la hembra que no se puede hacer cuento, porque el varón puede ser de la calle y puede cometer una locura, pero la hembra es la que va a recibirlo todo y entonces ahí es donde vienen los problemas y entonces ese control lo tenían ellos dos y realmente fue positivo, porque la hembra gracias a dios no tuvo ningún tipo de problema, se casó aquí en La Habana y tuvo un niño que perdió a los 19 años por leucemia, ella ha sido estable en su matrimonio y sigue trabajando".

Su vida sexual la describe de "más caliente, porque fui un poco más desarrollado en la calle, me relacioné más con el sexo contrario, tuve más relaciones que ellos, porque mira yo te voy a poner un ejemplo, mi hermano mayor que vive en Oriente ahora es que tiene dos niñas y ya él va para los 50, mi hermano que vive aquí arriba, ese muchacho desde que conoció a esa señora, ha sido la única y ya llevan como 20 años de estar juntos y mi otro hermano que es el menor ha tenido sus cosas, pero bueno no como yo, yo fui el más salido del plato. Mira yo hubiese tenido un millón de hijos con las mujeres que yo he tenido pero sin embargo he sabido triunfar, porque es como te digo, hay hombres que hacen hijos y se despreocupan y no le importa dejarlo regado, eso para ellos es normal, no les interesa nada, yo no nací con ese estilo, yo dije que si iba a tener uno, dos, tres o cuatro, los que tuviera yo iba a estar al lado de ellos en todo momento, porque eso lo hice yo y ese es mi criterio personal".

La primera relación que Pedro tuvo dice que "fue muy bonita, un cambio en mi vida, una enseñanza, porque era mayor y tenía mucha más experiencia". Cuando terminó con ella empezó una carrera de

relaciones que asevera "todas han sido oficiales, es decir he convivido con ellas, no he tenido una por aquí y otra por allá".

La cultura marchista en la que Pedro se ha formado se evidencia en sus construcciones sobre la sexualidad, sobre esa parte de su vida dice que: "no he padecido enfermedades de transmisión sexual. Hoy cuando vas a un local que está abierto hay un cartel que te exponen ahí con letras bien claras de las enfermedades que hay, entonces por mediación de eso yo me he regido mucho, ya hoy en día tú no puedes andar como hacía antes, dislocado, metiéndote aquí, metiéndote allá, porque si te gustó aquella ya le vas para arriba, porque si aquella te facilitó, ya tú tienes que ir para allá mandado, zumbado de cabeza, ya hoy día tú tienes que tratar de hacer una relación fija y mucho más ahora, ya tú no puedes estar tirándote a lo loco, es como montarte en un motor y dale para allá hasta que llegue la gasolina, ya no, hoy tú tienes que ponerle límite a la vida. Me gusta que cuando yo tenga una relación la mujer me respete, no es cuestión de machismo, yo también la respeto y me gusta mucho el control, yo cuando tengo una relación oficial me gusta el dominio, porque cuando hay dominio hay respeto y cuando hay respeto se hacen las cosas bien, hay disciplina y todo se lleva bien y mi forma de convivir con la mujer siempre ha sido esa, no he sido violento con ella, he tenido mis percances y mis problemas como cualquier matrimonio pero no he llegado a ejercer la violencia con ella y siempre me ha gustado conversar y saber hasta qué punto se puede llevar la relación positivamente".

VIVENCIAS DE LA PATERNIDAD Y EL OFICIO DE JEFE DE HOGAR

En 2004, su primera experiencia paterna es traumática pues el niño muere a los dos meses de nacer, y se resiste a hablar de ello. Antes de haber pasado el tiempo necesario posterior a su cesárea para parir un nuevo hijo, la mujer de Pedro se practica un aborto por recomendación médica. Él lamenta el aborto porque supo que era una niña, pero en aquel entonces optó por apoyarlo para no poner en riesgo la salud de su mujer. Al año nació su único hijo, que dice fue planificado entre los dos. Nació de siete meses, estuvo casi dos meses en una incubadora, nació con reforzamiento en los pulmones y bajo peso, con cuatro libras y pico.

El nacimiento de su único hijo fue en Oriente, en Bayamo. Piensa que ser padre es algo muy importante en su vida, que le produjo un cambio psicológico "total muy positivo", que aparece una nueva obligación. Según él, "ya esto no es un juego, no es un muchacho que compraste en la tienda y lo pusiste ahí, desde el momento que la mujer está convencida y te dice que es tuyo, ya tú tienes que prepararte psicológicamente para ver lo que tienes que hacer, cuando ese

niño venga a la luz del día y ya tú tienes que optar en buscar y seguir desarrollándote no pensando en ti, pensando en él, si es con tu pareja normal, sabes que la cabecera de esa familia eres tú, es un cambio psicológico total".

La llegada del niño fue un festejo. Pedro recuerda que llegó a la casa de su suegra cantando la canción de Rubén Blades que dice "llegó mi niño, abran los balcones caballeros que en la fiesta pago yo, y entonces voy cantando esa canción y llevaba una botella de ron en la mano y me preguntan, bueno y qué, y digo, llegó mi niño abran los balcones caballeros que en la fiesta pago yo y entonces ellos no entendían, pero negro, dime como está y digo no oyen la canción, interpreta, que nació mi niño, nació varón y fueron momentos de alegría, no es porque haya sido varón, porque bueno desgraciadamente ella abortó una hembra, para mí hubiera significado lo mismo la hembra que el varón, no tenía preferencia por ninguno, si hubiese sido hembra lo hubiera recibido con los brazos abiertos igual, no tuve preferencia buscando un varón, yo siempre se lo decía a ella, lo que venga está bien, a mi no me interesa nada de eso, pero bueno suerte que nació el varón".

Estuvo trabajando y conviviendo con su mujer e hijo cerca de dos años en Oriente. Se separó por causa de la infidelidad de ella y regresó a La Habana. Unos años después Pedro decidió ir a buscar a su hijo, había ahorrado un dinero para comprarle ropa e irlo a buscar. Contó con el apoyo de su mamá y hermano. Lo trae a La Habana con el consentimiento de la madre del niño y buscó el apoyo del CDR, asevera que "si ella trataba de oponerse yo estaba dispuesto a buscar un abogado, iba a hacer los trámites necesarios, en las malas condiciones que vivía él, parecía un niño del Tercer Mundo y no era un cuento de cuando me llamaban por teléfono y me lo decían, ella era una muchacha joven, después que estuvo conmigo se volvió a tirar para la calle del medio como dice uno, que lo mismo se empata con aquel, que se empata con otro y no está mirando si ese hombre es bueno o si es malo, si es un vago, si es un diablo y entonces el niño andaba detrás de ella como un perrito, pasando veinte mil necesidades, hasta que yo dije, ya yo estoy bien físicamente, hice un trabajito, me busqué unos quilos y lo traje hasta el sol de hoy. Vamos para dos años o más y ella no se preocupa por llamarlo".

A Pedro le ha tocado vivir la prueba de varias separaciones, cómo vive esta última y los problemas psicológicos que le generan se aprecia en su discurso: "Eso ha cambiado mucho en mí, porque ella prácticamente ha abandonado al niño, apenas lo llama ya va para dos años y tanto que ella no ha hecho el intento de venir a visitarlo, se preocupa muy poco por él, totalmente se ha despreocupado del niño, que yo pensé otra cosa de ella y me ha demostrado que ha sido otra y yo he

tenido posibilidades de estar casado en mi casa, he tenido posibilidades de tener una compañera aquí, pero todo eso me ha causado a mí cierta distancia, ya pienso que si voy a tener otra mujer y hace lo mismo y entonces voy a caer en lo mismo y entonces me he dicho que para estar mal acompañado es mejor estar solo, yo pudiera tener una compañera muy buena pero ya tengo eso por dentro que me ha afectado psicológicamente. Ahora estoy solo y tranquilo. No me he sentido cómodo, sinceramente. En mis relaciones anteriores me sentía bien, estaba más confiado, pero vuelvo y le repito esto, me siento distante y he tenido algunas relaciones por la calle pero no me siento bien, no me siento cómodo porque no existe la confianza".

La familia en la que convive Pedro hoy está integrada por su hijo, la madre y un tío. Cada uno de sus miembros padece diversos problemas de salud. Su madre tiene problemas con los riñones y está enferma de los nervios; su hijo es asmático y el tío tiene retraso mental. La madre es quien se encarga del cuidado del niño.

A la década del noventa Pedro se la representa como un período crítico. Tuvo la necesidad, para buscar comida, de salir a Bainoa, Santiago de las Vegas y Güira de Melena, esa etapa la valora como la "más dura después del triunfo de la Revolución", sobre el momento actual dice: "ahora no tenemos esas grandes condiciones como se ve pero tampoco podemos decir que estamos contra la pared, siempre se va adelante poco a poco. Durante estos años yo he tratado de seguir trabajando, he tratado de buscar una vía de desarrollo familiar, hemos tenido muchos desbalances y ha habido muchas promesas pero al final del caso no se ha cumplido nada y he tenido que salir adelante por mis medios siempre dentro de lo legal, nunca fuera, trabajando.

Aunque en muchas ocasiones cuando habla sobre su vida, reconoce el apoyo familiar, parece que no ha contado con el capital social extrafamiliar para salir adelante en su vida, ello se percibe cuando afirma: "No tuve apoyo en ningún sentido, ese es el mayor obstáculo que yo he tenido y, en segundo, le voy a decir que he trabajado bastante y no he tenido, le voy a decir ni un empujoncito por mediación de nadie y han sido obstáculos primordiales que yo he pasado, porque es lo que yo digo, todo lo que haces no lo haces por interés no lo haces porque tú estás pidiendo nada ni quieres otorgar nada pero tan siquiera debería haber una gratificación algún día, digamos que no me lo des todo pero un apoyo aunque tenga que pagarlo, yo no quiero nada regalado, pero un empujoncito como digo yo, no he tenido apoyo de nada, incluso porque ahora mismo yo me encuentro desvinculado del Estado y entonces fui a esa empresa y no hay plazas, caballero como que no hay plazas de albañilería aquí, no, no hay plaza, hasta que no haya nuevos pedidos y yo le dije yo tengo un

expediente, yo trabajé en esta empresa y prácticamente soy fundador de esta empresa, yo tengo cinco evaluaciones en ese expediente, yo no soy un simple ayudante, yo soy un profesional, yo soy un operario, no que mira compadre, que ya esto no es esa empresa ahora es Puerto Carena, y digo: lo que sea, a mí no me interesa como si es el del lechero, porque no hay plaza para un ciudadano cubano, bueno no hay plaza, esa es la respuesta que me dieron".

La situación económica de esa familia es precaria, su ingreso per cápita es de $285. Pedro está enfermo y se dedica al trabajo informal, se le dificulta mantener un trabajo legal que no ponga en riesgo su salud y que le permita cubrir las necesidades de una familia con una alta carga de dependientes: un tío de 54 años con retraso mental, una madre anciana con una pensión de $240 y un niño de seis años. A la pobreza de ingreso se suman las malas condiciones de la vivienda. Su familia reside en una habitación en mal estado constructivo. En la alimentación de la familia abundan los carbohidratos y escasean las carnes, los vegetales y las frutas. Sin embargo, poseen un conjunto de bienes domésticos adquiridos durante su vida que la hace menos precaria.

Pedro percibe que las cosas han cambiado favorablemente en el lugar donde nació, pero no era así cuando decidió migrar a La Habana para prosperar, entonces la capital tenía mejores condiciones económicas que las que hoy tiene.

Cuando llegó por primera vez a la ciudad su vida cambió económicamente para mejor. Pero hoy, si gana $800 no le rinde en La Habana como en la región de Oriente, de donde procede. Allí dice que se gasta menos, que su papá y hermano tienen finca, y se consiguen las cosas sin tener que comprarlas, mientras que en la capital tiene que comprarlo todo.

Hace cuatro años el médico le diagnosticó una hernia que adquirió trabajando cuando cargaba unas viguetas de prefabricado. Le recomendó operarla y no volver a hacer fuerza, pero confiesa que tiene necesidad de seguir trabajando en la construcción que es a lo que se ha dedicado durante toda su vida y no conoce otro oficio, por tanto no siempre cumple con el tratamiento.

Hace dos años tuvo un accidente. En su oficio se realizan actividades de alto riesgo, pero su conducta irresponsable —que él ve como una demostración de valor— lo coloca en peligro de una muerte por accidente. Él no se percata del riesgo, y asocia ese comportamiento a las secuelas que la guerra le dejó en su salud mental. Dice: "Sí, muchas personas al ver mi actitud se reían a veces porque pensaban que yo lo que estaba era filmando, me entiende, a veces hacía cosas que la gente lo veía que no era normal, pero no me doy cuenta, porque uno

viene con esa psicosis y hace disparates, donde yo trabajaba a veces me tiraba de los andamios y la gente decía está loco, tirarse de un andamio a dos metros de altura y a veces me ponía en los andamios a 3 y 4 metros de altura a bailar allá arriba y todas esas piruetas locas yo la hacía y para mí era normal, me subía en condiciones que muchos de mis compañeros no tenían coraje para subirse para hacer el trabajo y yo me subía para allá arriba, para mí era normal, pero después fui reaccionando poco a poco, fui calmándome, yo decía caballeros no puede ser, esas cosas una las tenía que hacer en Angola casi que obligado, de lo contrario te cogía el guao, por instinto de conservación, tú tenías que lanzarte por ahí para allá y tenías que hacerlo, te rompiste un hueso pero estás vivo, malo que te cogiera una bomba y un plomazo eso te quita la vida, nosotros a veces teníamos que comer en las trincheras, te echabas eso en la cantimplora ahí y tenías que comer y dormir ahí, muchas veces nosotros lo hicimos".

Su mamá se operó de los riñones hace dos años, ella venía padeciendo de ese problema desde joven. Su esposo, que vivía también con ella, murió a los 56 años de un problema renal, le hicieron hemodiálisis durante cuatro años.

Pedro reconoce que todos estos problemas de salud personal y familiar son trascendentales en su vida. Percibe que lo limitan financieramente, y en lo familiar siente que es difícil porque al verse imposibilitado de trabajar, otros tienen que hacerlo por él, que aunque se convive con las enfermedades, no encuentra palabras para expresar lo que siente, solo que es "duro".

La hernia obligó a Pedro a buscar un empleo más adecuado que no lo afectara, pero no ha sido fácil para él encontrarlo: "Hubo una posibilidad, fui a una empresa que andaban captando un ayudante de almacén, pero cuando vieron el problema que tenía, la hernia, no me captaron, porque dicen que no podía hacer fuerza, la doctora no se hizo responsable de darme el alta para trabajar en ese puesto de trabajo, lo lamenté mucho porque era un trabajo bueno, un trabajo tranquilo, donde no iba a estar para aquí y para allá, porque aquí en las obras te mueven mucho, para donde quiera, era un trabajo fijo y me imposibilitó eso, yo quería el trabajo ese".

Para él significa mucho ser hombre, porque como hombre aprecia que ha aportado mucho a esta sociedad, dicho en sus palabras: "he tenido la virtud de apoyar a otras naciones, también como hombre me siento contento de haber nacido así, porque he sido uno de los principales colaboradores en esta sociedad, en muchas cosas, para la economía del país precisamente y para otros renglones, he tenido la virtud que me han localizado para algunas actividades que son labores que el hombre hace, que no puede hacerlo en algunas circunstancia el sexo

contrario, me entiende, gracias a dios por haber nacido macho, varón, masculino, como dice la gente".

Hoy, considera que vivir en esas condiciones de limitaciones "no es desesperante pero sí preocupante", porque no siempre puede salir con su hijo, llevarlo a la playa, lo limita la situación económica, pues salir con él implica pensar en lo que el hijo le va a pedir y que él no puede gastar.

Él es un hombre integrado que participa en el Comité de Defensa de la Revolución y afirma que siguió perteneciendo a la Asociación de combatientes, considera que vive como cualquier otro ciudadano cubano.

No se considera una persona pobre, no "como se vive en otros lugares del mundo", afirma que en Cuba no hay pobres, se valora de bajo nivel. Para él "ser pobre es una persona que no tiene ingreso social, es una persona que está pidiendo limosna en una calle, que no tiene recursos, pero nosotros no somos pobres, mi hijo tiene un par de zapatos, tiene una vivienda, gracias a Dios tiene estudio, tiene un médico y tiene esos ingresos sociales, me entiende, tiene un televisor, tiene un DVD, de vez en cuando mi hermano me apoya mucho, que es el que vive arriba, mi mamá, la mujer del primo mío, cuando yo estoy en situaciones económicas, se van con ellos, me lo llevan por aquí, me lo llevan por allá y es un apoyo, eso no significa que seamos pobres, eso es como una persona normal que convive en este país, que bueno no tenemos ese gran ingreso económico, pero podemos ir llevando la vida relacionada como está el sistema". Y en ese sentido reconoce que la política territorial de la Oficina favorece a niños y ancianos.

Para Pedro las condiciones de vida no afectan su vida sexual según él "la vivienda es muy diferente a la relación que usted tenga con una pareja, porque usted puede vivir debajo de un puente, pero se puede llevar bien con esa muchacha y convive y no le importa que esté bajo un puente, yo nunca catalogo eso como un objetivo dentro de las relaciones sexuales, para mí eso es independiente, siempre y cuando me sea fiel y me sienta bien correspondido". Pero si considera que esas condiciones lo afectan en el ejercicio de su paternidad: "Como padre sí porque yo quisiera tener en este apartamentico otras condiciones materiales, para transformarlo y tenerlo más bonito, pero bueno no he tenido esa suerte de poder conseguirlo, la situación económica no me ha dado para tanto a pesar de todo, no te digo que no, yo he trabajado con material de la construcción pero yo no tengo que coger nada, porque yo no soy de esos que hay en la construcción que me llevo un saco de cemento, yo siempre pienso que me van a coger deja eso ahí que no me voy a llevar nada. He tenido a veces la posibilidad de pasar por un lugar y he tenido las ganas de traerle algo al niño y no

he podido por mi situación económica, yo he visto otras cosas, yo he estado en tiendas al lado de una gente que han estado comprando una cosa y yo me quedo mirando así y digo, coño no puedo hacerlo porque no puedo llegar hasta ahí, sin embargo he visto a otras personas comprando eso y me ha dado hasta sentimiento porque lo primero que pienso es en él, ya veremos en otros tiempos que pasa".Pero lo que a Pedro no le falta es una percepción optimista sobre su vida y esperanzas de que todo debe cambiar para mejor.

HISTORIA DE VIDA DE JOSÉ

José nació en un pueblo de campo en Matanzas. Cuando apenas tenía seis años de edad su padre —quien había sido veterano de la guerra de Independencia— falleció. Unos años después, en 1959, cuando apenas era un adolescente también fallece su madre. Y entonces sus hermanos mayores se hicieron cargo de su crianza.

Con todos sus hermanos formaba una familia de ocho miembros, las mujeres trabajaban en casas particulares como cocineras y mozas de limpieza. Los hermanos varones se empleaban en el corte de caña, en la albañilería, pero nunca les permitieron a los más pequeños trabajar, los obligaban a estudiar.

José recuerda anécdotas de su hermano mayor: "Mi hermano un día me dijo a donde tú vas con ese maletín, porque a mí me captan y yo tenía que ir de Colón a Jovellanos, me dijo no, no mi hermano tú tienes que seguir el estudio, porque en aquella época tenías que cogerla, también estaba en un colegio de música ahí, pero en esa época no daba la música, no, tenías que buscar un oficio". Por eso se incorporó a un taller de mecánica para poder ayudar a la familia a buscar dinero.

José también estudió por entonces masonería en la escuela de la logia; acerca de la relación entre religión y revolución comenta que "había problemas de la diferencia entre el Estado y la masonería, pero hoy estamos bien porque mirándolo bien desde épocas atrás los grandes héroes de nuestra patria, Martí, Maceo, Máximo Gómez, Juan Gualberto, eran masones y era el lugar donde ellos podían desarrollar sus funciones, era dentro del marco de la masonería donde se podía hablar, hacían sus cosas. Yo fui iniciado antes de la Revolución un 14 de febrero del año 1957 y ya me sorprende la Revolución".

La casa en la que entonces vivía la familia de José era de tablas y estaba ubicada en el pueblo de Colón. En ella aún vive uno de sus hermanos, que ellos llaman "el cuartel" porque es el punto de encuentro de todos. José recuerda que su familia era muy unida.

Cuando termina el séptimo grado de la secundaria, migra a La Habana para continuar estudiando un oficio que le permitiera empezar a trabajar. Comenzó a trabajar a los 18 años, después de haber

estudiado técnico industrial. Lo enviaron para Camagüey donde trabajó en el Instituto Nacional de Recursos Minerales, en las perforaciones de pozos petroleros. José rememora aquella época laboral con un salario nominal que le rendía mucho, y apenas era de algo más de $160.A los seis años de trabajo se traslada para trabajar en Recursos Hidráulicos, en la entonces llamada Isla de Pinos. Y luego retorna a La Habana a los talleres centrales de esa entidad.

En 1968 conoció a la que fue su esposa, con la cual se casó en 1975 después de tener a su única hija en 1973. Durante un largo período de su vida no constituyeron un hogar fijo, de viernes a domingo dormían en la casa de su suegra y de lunes a viernes en su habitación de San Isidro. Esa situación se mantuvo así porque su esposa debía compartir sus deberes como hija de una madre anciana, con los de directora de círculos infantiles.

José adquiere el carné del partido en 1977, cuando era dirigente sindical de su empresa. De esa época preserva gratos recuerdos: "había otra fe, terminaba, hacía mi trabajo sindical y después por la tarde, entonces los dirigentes íbamos a hacer nuestro trabajo de dirigente y por la tarde nos montábamos en una máquina y a cumplir la norma que estaba establecida en el centro de trabajo, te das cuenta, y las cumplíamos, esos son procesos lindos, por lo menos yo lo veo que antes trabajábamos con una satisfacción de madre, todo eso son cambios".

Sus remembranzas de la infancia y de diferentes momentos y experiencias de su vida se asocian a representaciones de la pobreza, para él "hay muchos tipos de pobres, mientras yo pueda luchar, lucho, el pobre es de luchar, de sacrificio, porque yo no quisiera estar viviendo aquí así, quisiera una mejoría, más amplitud, que yo invite a mi casa a un conversatorio, coño que pueda tener mi poder adquisitivo que no me da, porque la vida ha aumentado, dentro del marco de esa situación que uno va viviendo apretadito, apretado, pero bueno, gracias a la vida, al estado cubano nosotros por ejemplo, nuestro estado por lo menos nos da algo para sobrevivir y lo demás tenemos que inventarlo, sin hacer travesuras dentro del orden, te das cuenta, yo me siento bien, porque quiero decirte yo andaba sin zapatos muchas veces, a jugar pelota sin zapatos y eso, yo viví eso, ahora a los muchachos se lo ponen todo y hacen la mierda que hacen y así sucesivamente, mis hermanos cuando podían me compraban un pantalón y una camisa y el otro un par de zapatos y así sucesivamente, ellos me decían mira a ver si te sirve este y yo decía sí este mismo, ya me voy y así viví una vida agradable, mis hermanos no fueron hostiles, chacales ni nada de eso. Yo soy pobre y dentro del marco de mis posibilidades trato de mejorarla, de enmendarla, yo quisiera estar en la última onda, pero la vida me demuestra que no podemos porque tengo que adquirir otras

cosas más importantes para continuar la vida, no me he desesperado, me recuerda un dicho un refrán verdadero que todos experimentamos, bueno la semana que viene voy a cobrar y me voy a comprar el pulovito bonito ese y cuando sacaba la cuenta mía y no me daba, decía no importa para otra semana y así sucesivamente".

Cuando habla de la pobreza, también se mezclan sus recuerdos de cuando estuvo en Angola. Y continúa: "la pobreza es fea, pobres son los negros angolanos de allá, coño esos si eran pobres y luchaban cuando yo los veía a las dos o las tres de la mañana que yo estaba de guardia y venían subiendo con su canasta con un frío que le traqueteaba y yo con veinticinco mil cosas, yo no puedo desvestir un santo para vestir a otro, pero a veces teníamos panes y eso y le dábamos".

En la década del ochenta José cumplió misión en Angola como cooperante a enseñar en el trabajo de máquinas y herramientas. Las situaciones de pobreza que allí vio lo marcaron en su vida, él recuerda a Nicolás y Eduardito y comenta "qué será de la vida de esos muchachos, si están vivos, viejitos o si los mataron"—digo yo—, a mi me marcó mucho, había mucha pobreza, eso sí es pobreza, eso sí es pobreza porque por lo menos aquí tenemos al menos un pedazo de pan garantizado y allí era de madre, nosotros íbamos para el trabajo y llevábamos un pan preparado para la merienda y dije coño esto es mierda, como yo voy a estar comiendo y tú mirándome, por lo menos tengo que compartir y yo le decía, oye Eduardito y Nicolás mañana les voy a traer una cosita pero no le digan nada a nadie, porque eran muchos, y los llamaba y les decía vengan para acá, vamos a hacer un coro y le decía al jefe oye estoy con los muchachos, dábamos una vuelta hasta que se lo comieran y me decían bueno José cuando te vayas para Cuba, cuando cojas la maleta yo me meto adentro y tú cierra, me dejan un huequito para cuando el avión haga así, son cosas de amor, de afecto y cariño, porque yo les tenía lástima, de madre".

José recuerda que su primer problema de salud fue durante la década de los sesenta, se le presentó una úlcera y gastritis por la práctica del alcoholismo. Sobre su enfermedad dice: "tomaba más ron que el carajo, je je, tomaba más ron que la fábrica Arrechabala, después que yo terminaba a las tres de la tarde ya tú sabes y cuando termino a las cinco de la tarde que llego al cajón me tomo mi medicina y ahorita me voy y me echo mi *drinki* y me siento a leer el periódico allá abajo".

La violencia es parte de la vida de este hombre, las anécdotas que hace de su vida laboral así lo reflejan: "Mira se me quedó una anécdota del año setenta, te voy a poner esta, ese año ahí en Paseo y Zapata, yo estoy de jefe de un grupo de ensamblaje, estábamos ensamblando las perforadoras de abrir pozos de agua, nosotros teníamos copado toda esa zona hasta la Timba, ese centro operaba las 24 horas del día,

hay un compañero ahí, un singao es lo que era, maricón, porque él acostumbraba a faltar el respeto, yo no te falto el respeto para que tú no me lo faltes a mí, déjame ver como fue el problema ese, ese problema fue el 24 de febrero de 1970 fue el día del accidente, día marcado para la historia, fue marcado para la guerra de Independencia, fue por unas herramientas, ¡ah compadre!, si tú no estás trabajando con esas herramientas, porque tú puedes ser capitán pero yo soy jefe de esta batería aquí y tú estás subordinado a las órdenes mías, tú después que termines, había muchos militares, después que tú termines eres militar, pero allá adentro tú estás subordinado a lo que te mande a hacer, el trabajo que te toca con la batería, mira fulano esto y esto y esto. No, tú eres un comemierda y digo más comemierda eres tú chico, óyeme fíjate como es, así mismo, que a los hombres se le respeta, siempre te respeto y nos tomábamos un trago, pero yo nunca te he faltado el respeto ni nada de eso, tú estás loco ni nada de eso, a mí tú me respetas, así, entonces eso fue como a las nueve de la mañana y ya él cogió y se fue, vino como a las tres de la tarde y le dije no puede hacer lo que le dé la gana, yo por lo menos hago el reporte que tú te fuiste a tal hora, tenías que habérmelo comunicado y dice na, y digo mira compadre si yo te llego a faltar el respeto, porque yo soy ante ti, el tipo era un mulatón, el tipo era grande, yo me hubiera fajado contigo y me hubieras desbaratado todo, porque tú sabes que tú no tienes razón, tú me desbaratabas pero yo me iba a fajar contigo y ahora tú vienes y me dijo está bien chico, tú tienes razón, ya no vamos a discutir más, ve para donde tú mismo estabas y cuando doy la espalda me mete un tiro en la espalda, que me rozó el hueso de la pelvis, son cosas que te van marcando, estuve sin caminar como dos o tres meses, me atendió el Dr. Martínez Páez, en el Fructuoso Rodríguez".

En el entorno familiar de José hay más de una vivencia violenta. Él cuenta de una sobrina que apreciaba mucho y que se dio candela por motivos de amor, y falleció. De sus primos que compartían el alcohol con él y también fallecieron.

El problema de alcoholismo que enfrenta este hombre dura varias décadas y es responsable de varios problemas de salud, familiares y laborales que ha tenido que afrontar a lo largo de toda su vida. Pero José cree todo lo contrario, que "las enfermedades no han afectado mi vida personal, ni familiar, cuando el médico te dice a ti no debes hacer esto, yo no lo hago porque tengo muchas ansias y deseos de seguir viviendo y dar un poquito más". Ese es un discurso que se contradice con las experiencias de tratamientos abandonados que ha narrado en el transcurso de esta historia de vida.

En la década del noventa se le declaró una hipertensión, de ese momento cuenta que "estaba en los preparativos de un curso esco-

lar, cuando estaba en el Palacio de los pioneros, entonces estábamos pintando, yo llevaba un poquito de diluyente, pero el diluyente era candela, y siempre con la puerta abierta y yo estoy pintando y cuando terminé de pintar, que realmente no terminé de pintar, me voy a levantar, parece que me faltó el aire y me doy un golpe en la cabeza y entonces me salvo por este muchacho que se llama Miguelito, y me dice qué tú haces acostado en el piso, y enseguida corrieron conmigo para el Julio Trigo, me metieron en terapia intermedia, ahí estuve tres días, ya después me bajaron a sala, estuve como veintipico de días adentro, desde entonces tengo problemas de presión".

Luego de esa experiencia, estuvo ingresado en el cardiovascular para atenderse su enfermedad del corazón, y se sometió a una operación. José no sólo es un alcohólico sino también un gran fumador, durante la entrevista la tos lo acompaña de manera permanente. Él fuma y toma desde temprana edad, tenía trece años cuando el tío político lo enseñó a fumar: "yo trabajaba, me ponía y esmerilaba, tú sabes lo que es esmerilar, sábado y domingo era para buscar los dos o tres kilitos y entonces mi mamá estaba viva todavía, me decía Pepito tú fumas, no mami, ven acá y esa picadura, porque por dos kilos te daban tres cigarros, entonces mi tío llegaba y decía vaya para que fumes un poco de tabaco ahí, esmerilando o sacando una caja de velocidad o sacando un motor o limpiando, desde esa fecha yo no he dejado de fumar. Desde ese mismo tiempo, tomar, tomar yo le llamo, hacíamos una chiringuita, eso era aguardiente agua con azúcar hielito y limón, vamos a hacer un chiringón, cuanto tú tienes diez kilos, porque nos tomábamos dos o tres traguitos y de ahí para la casa, nos tomábamos dos o tres traguitos, de madre, cuando salíamos de la escuela, antes de irnos a bañarnos, acuérdate que tenemos las jevitas".

Está claro que el proceso temprano de socialización en la familia lo forjó en una cultura masculina donde las relaciones sexuales venían acompañadas del aprendizaje de fumar y beber alcohol, junto a las exigencias de formarse en el rol instrumental. La bebida para él es un hábito formado, que aunque cree que puede vivir sin él, no lo abandona, y desde su construcción masculina nos dice: "lo que no se te puede caer como decimos nosotros es el palo, pero dejar la bebida, dejar el tabaco".

A pesar de que las condiciones económicas de la década del noventa empeoraron en el país, José se ha beneficiado de la gratuidad de los servicios de salud que no distinguen en Cuba si eres pobre o tienes dinero. Al salir del hospital recibe un tarjetón donde se controla que él reciba a un precio módico, y de manera segura, sus medicamentos. La crisis económica repercute en la atención a la salud y el gobierno ha tomado la medida de controlar la distribución de los medicamentos para garantizar su acceso a los más necesitados.

Su actitud irresponsable ante la enfermedad queda clara cuando relata que "a nosotros nos determinan patologías pero nosotros mismos nos echamos la tierra arriba, yo hace rato no me controlo la presión, yo sé cuando tengo la presión alta, pero también llevo una vida bastante adecuada, no debo agitarme, no debo incomodarme por gusto".

En la década de 2000, nuevamente estuvo ingresado en el Calixto García y cuenta "por poquitico me voy del aire, la fumadera, la tomadera son venenos, por descuido mío, me dijeron por poquitico se muere, los pulmones, la falta de aire y da la casualidad que yo todos los días a las seis de la mañana me ves haciendo ejercicios, los médicos me dijeron, oye deja la fuma, no estés fumando tanto, la primera vez que estuve ingresado en el Julio Trigo el médico también me decía oye no fumes tanto, después me dio confianza el sobrino mío que es enfermero intensivista, me dijo te salvaste, tío no puedes estar tomando tanto por poquito te vas del aire, hablando en plata por poquitico me voy del aire".

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La historia de su vida sexual se caracteriza por la inestabilidad y una visión de la mujer como sexo inferior. Para narrar sus relaciones sexuales hace uso de un arsenal de metáforas que describen como él ve a las mujeres. José dice que "hay mujeres muy quimicosas, le gusta que el hombre tome, cuando vaya a tomar que tome en su casa, hay cosas que el hombre hace que la mujer no puede hacer, otras que el hombre hace y la mujer lo hace, pero hoy en el estado actual de la sociedad, si depende, sí está en dependencia del concepto, yo me tiro el traste este que tengo aquí con una facilidad y la mujer no lo puede hacer, ambos cumplen funciones. Yo he tenido parejas muy buenas, hay otras que son guachachas, de esas que tú llegas y las tiras, como si cogieras un saco de papás y la tiraste en el caldero, eso es producto de emocionalmente conocer más a su compañera, a la pareja, coño esta me gusta por aquí, para mí el concepto es de que el hombre debe estudiar a su pareja, donde le molesta, donde tú le diste, donde le di, ese es el crayón y tú le haces mierda y ella sigue contigo porque sabe que tú le das donde es. Quien lleva el control yo creo que es el hombre, es el que debe siempre manejar la guagua, es quien lleva el timón, entonces tú conoces esa carretera dónde hay un bache, donde hay un pare, cómo reaccionar, y yo he tenido buenas, pero he sido muy puto, he tenido dos o tres jevas, que si tú no aprovechas tu juventud, tu adolescencia es igual que nada". En total reconoce haber tenido aproximadamente unas veinte relaciones de pareja.

La vida sexual de José comenzó —según él mismo explica— en la adolescencia. Cuando aún era joven contrajo una enfermedad de

transmisión sexual, la gonorrea. La adquirió en sus visitas a los prostíbulos que existían en Cuba antes de la Revolución. Sobre esa experiencia cuenta: "yo iba al vayú, usar preservativo, na, na, na y llevaba un lavadito, te desinfestaba y había un sistema de salud, de atención a esa gente, que la que no estaba en regla, eso era día por día, pasaba el médico ese al chequeo".

En épocas más recientes sí ha usado condón porque como él dice: "hay que tener mucho cuidado, por eso yo en un momento determinado llego, se me olvidó, voy al portafolio mío y ahí tengo, y si se me olvida, yo no sé si voy al combate o no voy al combate, porque yo no puedo estar en la guerra sin fusil. Uno tiene que tener el cuidado ese hasta con la propia mujer de uno. Tú no sabes en qué momento tienes que presentar credenciales, te voy a decir para que tú veas cómo es la cosa, estoy haciendo un trabajo ahí en la Avenida del puerto y entonces viene una mulatona, qué clase de mulatona, y le dije oye china, yo ví que se sentó al lado mío, me prestó conversación, yo le dí conversación, bueno en resumen, digo vamos a hacer algo mami, tú sabes cómo somos nosotros los hombres, donde me la dan la tomo y tú no tienes preservativo, dice la verdad que ustedes los viejos son putos, nosotros no tenemos nada, sabiduría, sabemos cómo está el sistema actual, yo no te puedo meter eso por ahí si no me recubro y es más que no me pongo uno, me pongo dos, el indicativo tuyo, me dijo no coño no, la verdad que las jevas son del carajo, después me vio otra vez y ya más nunca la he visto, na que fue una cosa así al momento, una necesidad, fíjate que son cosas que tú la vas comparando, digo esta es puta, esta no es puta, putas son todas las que abren las patas, pero no".

La jerga de José es despreciativa hacia las mujeres y también elude los compromisos. Según él, "había una jevita, yo le decía yo no puedo ser marido tuyo, tú me gustas a mí, ella no llegaba a 30 años, yo no te puedo mantener, pero no puedo, tú puedes tener tu marido, tú me gustas como mujer pero yo no puedo mantenerte, búscate un hombre que te mantenga y tú de la puerta para afuera puedes hacer lo que te dé la gana, aquí los únicos pantalones son los míos, entonces encontró un buen muchacho y dije mira cuida a ese hombre".

Después que se separó de su mujer, estuvo unido con otras mujeres pero él dice que esas relaciones eran "algo lay". En la familia de origen de este hombre los varones no pueden jugar a las casitas, cuando jugaban afirma que siempre el macho era él, yo soy el papá, siempre decía yo soy el papá. Su memoria preserva imágenes de juegos que compartían sus hermanos y hermanas. A los varones les inculcaban el respeto a sus hermanas, pero también la obligación de protegerlas.

José recuerda que la educación que recibió en su infancia era igual para niños y niñas en la distribución de los alimentos, todo lo

que se colocaba en la mesa se repartía igual: "yo me recuerdo que cuando ponían un plato de potaje, un plato de harina con boniato y eso, ahí hay tantos pedazos uno para cada uno, el plato fuerte se distribuía y lo que te tocó te tocó. Las cosas se repartían equitativamente, era parejo para todo el mundo".

La figura de José se muestra más humana cuando se refiere a la paternidad, aunque no abandona sus enfoques sexistas. Dice que "ser padre es una de las grandes glorias de todo ser humano, ser padre es grande, al ser padre uno se siente con una mayor responsabilidad independientemente de que hay algunos que no pueden procrear, pero los han criado y lo sienten, porque para mí no hay diferencia ninguna, hay una hija que yo la estoy esperando, que yo le digo mi yuca, eso para mí, no es mi sangre, biológicamente, no es mi sangre pero la quiero y ella me quiere a mí, porque todo lo que tuve en las manos se lo di". Sobre su hija consanguínea dice: "Ella tiene su marido y no se gobierna, porque yo le digo cuando me va a pedir un consejo, le digo chica tú me disculpas tú eres mujer y mayor de edad, y le sigo recalcando, el día que tú no quieras estar más con tu marido no le pegues tarro, a los hombres no se le pegan tarros, dile oye fulano no me gustas y por tanto se acabó". Resulta contrastante que él mantiene relaciones con mujeres casadas, pero le preocupa que su hija le sea infiel a su marido.

José recuerda que a inicios de 2000 —cuando se separó de la madre de su hija—vivían en Lawton y tenían muchos años de matrimonio, pero según él se separó porque "su madre se metía en todo y el hermano de ella que no vivía ahí, que vivía en Centro Habana, yo saqué mi cuenta y dije, aquí el que sobra soy yo, yo nunca me di baja de la libreta".

Entre los acontecimientos menos gratos de su vida menciona la separación primero de su mujer, y luego su muerte. Así lo expresa: "Cuando me separé de mi mujer significó un cambio para mí, producto que ella no podía abandonar a su mamá, porque yo venía para acá, ella venía aquí hasta los otros días, coño, hasta que se fue, si estuvo en la libreta, ella tenía su llave, y yo la llamaba, ya están todos tus mandados encima de la mesa, me decía no sé cuando vaya, voy a mandar a fulano, el obstáculo fue el hermano ese que se murió, que estaba obstruccionando, no ayudó a su propia madre, yo no podía decirle a ella de que viniera para acá, por la sencilla razón de que ella no abandonaba a su mamá. Ya cuando falleció su mamá estaba la nieta y yo estaba complicado también, ya nosotros no estábamos haciendo contacto sexual, no lo hacíamos, nos tratábamos y nos ayudábamos". Hoy José se considera viudo, a pesar de haberse separado de su esposa antes de ella haber fallecido de cáncer, pero no vive con su hija —según él— por incompatibilidad de caracteres.

José sabe que en ningún centro de trabajo está permitido tomar. En el año 2008, José vivió una experiencia laboral que cambió su vida, y la recuerda con amargura. Entonces trabajaba en el Palacio de los Pioneros y estaba en los preparativos de inicio del curso escolar. Se había tomado unos tragos porque era el cumpleaños de un compañero y el director le detecta el aliento etílico y por eso lo sanciona. José dice que la medida que se tomó con él fue exagerada, que le implicó rebaja de salario y traslado del puesto de trabajo por seis meses. Le rebajaron el salario en $100, y él devengaba una cantidad de $390. Luego de cumplir la sanción lo enviaron para la CUJAE[13], a la escuela del azúcar.

A la edad de setenta años se mantiene aún fumando y tomando y ese estilo de vida ha afectado su situación de salud, la que a su vez repercute en su actual condición económica. José rememora su anécdota laboral más reciente: "Mira antes de ayer mismo yo consigo otro trabajito para aliviar la vida, pero qué, yo era ayudante de cocina, fregador, aquí en el gobierno municipal, bueno son calderitos y yo te friego porque eso no es un demérito tú te das cuenta, coño pero empecé a hacer peso y solo estuve una semana, toda esta parte de acá del costillaje me dolía, y dije no puedo más compadre yo no puedo cambiar salud por dinero, negro aquí hace falta otro brazo más, si fuera entre dos personas, era más fácil, los empresarios por reducir una plantilla, que se joda el otro, tú te das cuenta. Si la plantilla lleva dos personas, dos personas y así ya estoy recuperado y ahora me cogió la gripe esta".

La vida de José es solitaria, desde muy temprano se va a comprar su ron y no termina de tomar hasta entrada la tarde. Gana una pensión de $488 por su jubilación, vive en una habitación en mal estado, casi no posee bienes, apenas un refrigerador, televisor, una radio y una plancha. Se alimenta mal, muy esporádicamente come carne, vegetales y frutas, su dieta diaria es de arroz, pan y azúcar. No se siente satisfecho con lo que come, pero invierte una parte de su salario en mantener un estilo de vida que sólo le trae problemas de salud.

HISTORIA DE VIDA DE BLANCA

Blanca nació en 1950 en el seno de una familia de trabajadores en la provincia de Holguín, en la región oriental, tuvo una infancia buena porque sus padres trabajaban, ella afirma que "en casa no faltaba el desayuno, el almuerzo y la comida". Su papá era un trabajador agrícola, laboraba en el campo cortando caña, sembrando maíz. Su mamá trabajaba como cocinera en una casa particular.

13 Centro Universitario José Antonio Echevarría.

Cuando Blanca nació lo hizo en una familia nuclear de cinco miembros formada por sus padres y hermanos, todos pequeños porque otros ya habían salido del hogar casados y tenían hijos. Su madre comenzó precozmente a tener hijos. El padre de Blanca falleció cuando ella tenía 10 años, y su mamá quedó sola con sus hijos, empezaron a vivir de un dinero que le pagaban mensualmente a la madre por el fallecimiento del padre.

La memoria infantil que ella preserva es de una infancia sin hambre, con una vivienda decorosa y con juguetes que los "Reyes" le traían. Vivían en una casa construida de mampostería y techo de fibrocem, enclavada en una finca donde sembraban viandas y otros cultivos, y criaban animales. Blanca trabajó con su papá desde pequeña tumbando caña, recogiendo caña, aguacate, viandas, de todo. Afirma que "para mi mamá y papá todos eran iguales y llegaban mis hermanas con los hijos chiquitos, se recibían igual, la casa era grande. Todos trabajábamos parejo, recogíamos caña lo mismo los varones que las hembras, que si había que amontonarla, la amontonábamos, la recogida del maíz, todo, todo lo compartíamos igual, no había diferencia ninguna, mi mamá corría con todos por igual, mi mamá cuidaba lo mismo a los varones que a las hembras, nosotros ni los varones ni las hembras pedíamos dinero ni nada. En la casa cada una tenía un cuarto, la casa de nosotros era bastante grande, mi papá y mi mamá tenían su cuarto aparte, yo mi cuarto aparte, mi hermanito su cuarto aparte mi hermanita su cuarto, los otros ya vivían con su mujer, las otras con su marido, vivían en distintos lugares, mi hermana Hilda vivía en Camagüey, la otra vivía en Banes, el otro vive en Antilla".

Esa historia se completa más adelante cuando Blanca reconoce que no pudo estudiar y que fue alfabetizada en 1961.A los 12 años ella migra para La Habana con su madrina; pero a los 15 su madrina se va para Estados Unidos y la deja con otro familiar. Dice Blanca que: "ella me convidó pero yo le dije que no tenía nada que buscar allá y que mi familia estaba toda aquí, entonces yo vivía en la azotea en un cuarto por allá arriba y después bajé para el cuarto piso".

Blanca recuerda que llegó a La Habana en 1962, entonces el edificio era un hotel. En la azotea vivía una señora pariente de su madrina que la acogió en su seno. En aquel entonces el inmueble pasa al gobierno y se hizo usufructo gratuito, el dueño se fue para Estados Unidos y pasó al control de viviendas. Según Blanca tenía la apariencia de un palacio.

La vida laboral de Blanca fue precoz, se inició a la edad de 16 años. La llegada de su mamá de la región oriental con su hermanita fue la que hizo posible esa incorporación. Pero la migración de la madre obedeció a la muerte prematura de su hermano de 16 años que

fallece de un infarto al subir el pico turquino. La madre se afectó tanto que decidió traerla para La Habana.

A los 18 años nuevamente un fallecimiento estremece la vida de Blanca, en esta ocasión el de su madre, con apenas 50 años. Su deceso se produjo por un infarto, fue una muerte inesperada que afectó su salud mental, ella misma afirma que "comencé a padecer de los nervios, con mucha presión nerviosa, tuve muchos ingresos y crisis nerviosas". Situación de salud que se ha reiterado a lo largo de su vida y se mantiene hasta la actualidad, al punto que acumula un total de seis ingresos en el Hospital psiquiátrico de La Habana en la sala Gustavo López, Blanca describe cómo la impactó la muerte de su madre: "me puse mal, me puse seca, me daba por estar en la cama, no comía nada, solo tomaba café y cigarro, yo no quería comida, hasta que me ingresaron".

Sus ingresos en el psiquiátrico se alternaron con sus partos. En el último ingreso Blanca cuenta que le prometió a su difunta hija que cumpliría con los tratamientos para evitar nuevos ingresos. Hace 12 años que no ha tenido otro ingreso y continúa su tratamiento médico, que ella nombra "las pastillas de la alegría porque le levantan las defensas, le dan ánimo y la ponen en acción".

Pero dejemos hablar a la protagonista de esta historia sobre su salud, los tratamientos, el uso que hace de los servicios de salud, los efectos que tienen las enfermedades sobre su vida: "Desde mi infancia hasta acá sí ha cambiado mi vida, antes yo no padecía de nada, yo estuve barriendo calles, no estaba enferma, no tenía nada, le prometí a mi difunta hija que yo no iba a ingresar más en el hospital y no ingresé, llevo un plan de nitrazepam y amitriptilina pero no la tomo porque me da mucho sueño y ahora sí estoy bastante alterada por el problema de la cervical, la artrosis que tengo en el brazo que casi no lo puedo mover y tengo un tratamiento que me he tomado como un promedio de 60 pastillas de metocarbamol y no me ha hecho nada, yo veo que no me ha hecho nada porque decirte una cosa por la otra, la mec lisina si me ha quitado bastante el mareo, porque me iba de cabeza, precisamente el coronel donde yo trabajo (Unidad de operativa de criminalística) me vio que venía bajando por San Isidro y me dijo vieja hasta cuándo y le dije coronel por ahora no porque todavía yo no tengo alta no me han dado el calor, no me han dado nada de eso y me dijo no importa no tienes problema, cuando te mejores si te incorporas bien y si no vamos a ver qué hacemos y a mí me parece que yo no voy a poder limpiar más".

A los 50 años Blanca comenzó a padecer de una hernia hiatal y de gastritis crónica, a la que más tarde se sumó la úlcera. Blanca cuenta cómo fue que le diagnosticaron todos esos problemas: "me empezaron

unos dolores en la boca del estómago, será parásito y fui al médico, me hicieron una pila de análisis y de cosas, si comía me caía mal, si tomaba agua me daba dolor, si tomaba refresco me daba dolor en la boca del estómago, yo no como en ningún lado, solo en los puestecitos del gobierno que venden en vasitos, como yo barría calles, un día estaba privada y me toco el estómago y viene mi hija y me dice yo te voy a llevar al Calixto porque los médicos de por aquí no dan con lo que tú tienes, dicen que no tienes nada. Entonces vamos para el Calixto García, allí me vio un cirujano, me dijo usted padece de algo y le dije que de apéndice y de vesícula. Me dijo:¿cuándo te operaron del apéndice?, y le dije que a los nueve años;¿y de la vesícula?, y yo le digo que llevo como unos treinta años de operada estaba jovencita cuando me operaron de la vesícula, y me tocó y me dijo tienes una hernia hiatal y me dijo que no se opera y me dio un tratamiento. Fui también al Hermanos Ameijeiras, por el policlínico, me hicieron una endoscopía y el médico dijo que tenía una hernia hiatal y gastritis crónica, después me apareció la úlcera, yo tengo un plan de cimetidina. Pero no como ahora que me atacó al duro".

En la historia de salud de esta mujer coexisten diversas enfermedades, su situación mental no la abandona aun bajo tratamiento, se agrava cada vez que aparece otro problema de salud. Según ella: "Los médicos son muy buenos, por ejemplo el ortopédico es muy buen médico, cuando yo estaba llorando él se me acercó y me dijo no llores que el mismo dolor te ha alterado, fíjate que yo no estaba tan alterada y estoy alterada, las piernas se me aflojan y me pongo muy nerviosa, me tengo que tomar un nitrazepam por la noche, anoche no me lo tomé porque tenía que levantarme temprano para ir al fisiatra y me dio 15 días de reposo y me mandó el collarín este que me dijo que me lo quitara porque me estaba haciendo daño, me hace una pintica por todo esto y me dijo te voy a dar 21 días más porque no estás bien, me tiró una placa y me dijo que así no podía trabajar y me dio turno para el 31. Ese día yo me levanté tempranito y cuando llego la recepcionista me dijo que hasta el jueves no viene el fisiatra".

La carga de morbilidad de esta familia es alta, hay bastantes problemas distribuidos en diferentes miembros, una hija es asmática y seis nietos padecen la misma enfermedad. La propia protagonista de esta historia ha mencionado varios padecimientos, a los que se suman desde hace cuatro años la artrosis cervical. "Mi salud no es buena, porque tengo artrosis generalizada en la cervical, hace 35 días que yo no trabajo, estoy bajo certificado médico, hoy precisamente la fisiatra no vino que tenía que verme, ahora hasta el jueves, mi salud no está buena estoy pésimamente mal, anoche no podía dormir por los dolores de cabeza, tuve que salir afuera, buscar dos pastillas de

dipirona para poder dormir. Mira, yo estuve hace algunos años con este mismo problema, me dieron calor, láser, y mejoré bastante, pero después volví a caer en crisis, al año y medio volví a caer en crisis hace tres años, al año y medio volví a caer en crisis de nuevo, me hicieron radiografías y el médico me dijo que tenía artrosis generalizada y me preguntó qué hacía y yo le dije que limpiaba en la estación de Picota, yo limpio bastante, las oficinas, el centro operativo, el teatro. Tuve bastante crisis, me duró un mes hasta julio; ya yo no sentía dolor y estuve como un año y medio que no me sentí crisis y ahora vuelvo a sentir la crisis peor que la del principio y la segunda vez, esta tercera vez me ha cogido hasta las piernas".

Blanca tiene un hijo adoptivo homosexual que tiene tratamiento psiquiátrico, ella asocia su enfermedad mental con el deseo de ser mujer, pero lo más importante son las tensiones que le trae a esta mujer la carga de ese hijo y la repercusión en su salud mental. Al respecto cuenta: "Yo vivo con mi hijo que tiene 30 años y con mi nieto, ese que tiene problema mental que cree que es mujer, se pierde, aparece o lo traen. Eso empezó como a los seis años, se lo notaron en la escuela y entonces dijeron que había que mandarlo a una escuela especial, lo mandaron para una escuela especial que está en Prado de ahí pasó creo que como con ocho años lo mandaron para Esteves una escuela especial también que está en el Cerro y ahí yo iba a buscarlo. El único problema es que cree que es mujer, parece que eso es por los problemas que lo afectaron, yo no sé dicen que la mamá lo dejó, ella tomaba pastillas, yo lo crié desde la edad de un año. Cuando él tenía un promedio de 14 años y yo iba a buscarlo a la escuela de la Víbora hasta que yo le enseñé cómo se cogía la guagua, un día lo veo caminando raro como si fuera una mujer, partido como está ahora, lo vi caminando como una persona que no es normal, el papá un día le dijo yo te voy a conseguir una novia, tenía como 17 años, y le dijo no yo no quiero novia y yo le digo ves lo que yo estoy diciendo, después vino un pajarito que le decían Chaquira y que anda por ahí a veces e hizo amistad con esa gente y como yo soy así que me llevo bien con todo el mundo, él me pide un vaso de agua y me dice él se llama Yaser y yo le digo cómo es que tú lo conoces porque él no salía de aquí y me dijo yo lo conozco a él de vista, un día se lo llevó sin permiso mío y yo buscando a Yaser por toda la cuadra y buscándolo tres días, cuando regresó le dije, por donde tú ibas, te voy a meter en Dragones (esa es la estación de policía), cuando te meten para la unidad tu vas a saber lo que es bueno. Ya empezó a perderse y lo han vestido de mujer y es lo que te dije ahora se cree que es mujer. El sábado por la noche yo le dije vaya a dormir y me dijo tu siempre estás mandándome a dormir porque él está parando allá atrás en el cuarto con mi hijo, yo no voy a

dormir porque aquí no hay llave, cuando él se acuesta yo me acuesto aquí pero por la mañana yo voy a abrir y voy a poner el pomo de agua en el frío y veo que el ventilador está parado y digo ya este cogió calle, se fue el sábado y apareció ayer lunes a las 5:00am y anoche se acostó tardísimo, a las 5:00am, tú viste que yo me fui y vine.

A la mamá sinceramente yo quisiera entregárselo pero no puedo porque ella pobrecita está inválida. Su mamá nunca se ocupó de él, jamás, los que nos ocupamos de él somos su papá y yo. Él tiene tratamiento psiquiátrico hace rato, yo creo que desde que tenía ocho años y ahora son otros psiquiatras nuevos. Lo llevamos porque se alteraba y hablaba cosas que no tenía que hablar y se ve por arriba de la ropa que ese muchacho no está bien, se ponía agresivo, a veces cuando yo quería hablar con él me decía no me hables déjame tranquilo, ya no me preguntes más, él no le va arriba a la gente, si no lo tocan él no le va arriba a la gente, se pone pesado, ahora tiene 26 años y está igual, entonces una vez se lo mandamos a la mamá para allá y estuvo como dos meses y se le fue a la mamá, estuvo perdido por ahí, Miguelito el marido de la mamá lo encontró en una cafetería de esas tomándose un trago de ron con dos muchachitas más, lo cogen para eso, lo cogen para bailar, una vez lo cogieron y lo metieron en un problema grave también que hay que esperar el juicio, aunque él tiene todos los papeles de psicología. Él si sabe regresar, el problema es que él hace rechazo a esto porque dice que la familia no lo quiere, la familia sí lo quiere, lo que pasa es que él tiene eso en la mente, todos juegan con él, la hermana, la otra juega con él, él piensa que no están jugando que lo están haciendo creyendo que lo van a agredir, que le van a dar, aquí nadie le da, nadie lo maltrata, no le dan, yo lo llamo si tengo desayuno, toma este vaso de yogur, cómete este pan.

Él va a una *paladar*[14] donde una muchacha lo quiere mucho ahí en Jesús María, le dan comida, le dan almuerzo, un día me dijeron ven, eran como las nueve de la noche y yo voy para Jesús María y estaba en la paladar con una saya, una blusita, un cintillo y un churre, tú crees que una persona que esté bien de la cabeza duerma en los portales lleno de orine, con peste, él no puede estar bien de la cabeza. Le digo papi tienes un mal olor arriba y entonces en un pasillo ahí en Compostela le dije quítate esa saya, se la quitó y se puso un short azul y le dije vamos para que te bañes, se dio un tremendo baño le di las pastillas que tengo en el frio allí, se tomó sus pastillas y se quedó dormido y como a la semana y pico se volvió a desaparecer, yo creo que él se siente mejor en la calle con el grupo de gente esa de Colón, de los sitios de todos esos lugares que hay un mal ambiente, que los mucha-

14 Se le llama así a restaurantes particulares donde venden comida.

chos están en la calle y bailando por aquí y bailando por allá, que son parejitas de jóvenes que lo cogen para eso, un día se me perdió y voy bajando por Cienfuegos, baje por aquí y bajé por Montes a comprar unas cosas y yo veo a un grupo de muchachos en Cienfuegos entre Gloria y Apodaca, un grupo así, un coro y dije qué habrá pasado ahí y me acerqué y decían dale duro, dale duro, hasta abajo, hasta abajo, hasta abajo y voy para allí y era él y le dije tú llevas 17 días perdido y tú bailando aquí y les dije ustedes son unos abusadores eso no se hace, ahí es donde lo agarré y lo traje para la casa, él va para la casa de la tía allá atrás, él le hace rechazo a esto aquí adentro.

Las relaciones con el papá son buenas, él lo lleva al médico, al psicólogo, al psiquiatra, lo lleva al médico si se siente mal, a veces soy yo quien lo llevo y el papá le busca la medicina, todo lo que le pueda buscar el papá se lo busca, el papá es custodio de aquí de la clínica dental de Zulueta.

Toda esta situación a mí me afecta, sobre todo cuando se pierde, porque le puede pasar algo por la calle, sobre todo en la noche tarde que hay gente que tú no sabes quiénes son y se puede meter con alguno, darle un mal golpe y a veces anda sin carné, no coge carné, no coge nada, ha votado como cuatro carnés, le hice un cartoncito con fecha de nacimiento, tomo y folio y le puse una foto y todo lo votó.

Eso me estresa, aunque yo diga que no me voy a preocupar por él porque lo de él es descaro ya, porque él se pierde porque quiere perderse, pero yo pienso que si le pasa algo malo, ya cuando cae la noche me pongo a pensar que si alguien me le hace un cuento y me lo lleva por ahí en un ambiente de esos y si le hacen esto y si le hacen lo otro y ya pienso cosas malas, hay calles que pasas y hay policías pero hay donde no hay. Donde hay policías no hay problemas, pero donde no hay sí puede haber problemas, lo meten en una escalera, le hacen cualquier cosa pensando que tiene dinero en el bulto, que tiene esto, que tiene lo otro y me le pueden dar un janazo, ese problema me ha alterado mucho los nervios, si estoy pensando en él porque es como si fuera mi hijo".

En la historia de Blanca afloran los vínculos entre los problemas múltiples de salud que padece esta mujer y sus roles laborales y familiares, en particular las condiciones de vida en que los desarrolla. La sobrecarga de trabajo ha sido una constante en su vida, su actitud de cuidadora, la preocupación y ocupación de los problemas de una familia numerosa son determinantes sociales que agravan su situación de salud.

"Cuando yo trabajaba barriendo calles, no me sentía nada, la hernia la tenía tratada y no me dolía tanto, merendaba, tenía un buen salario, porque estaba en el Plan Aurora, cogíamos un buen salario, yo

me alimentaba bien, yo me comía un pan con jamón, me tomaba un batido de mamey y yo seguía barriendo y no tenía el dolor, el médico me dijo siempre que tenía que tener algo en el estómago para que me diera ese dolor.

A mí se me agudizó el problema de la artrosis aquí en la unidad, mucha cargadera de cubos de agua, el trapeador. La unidad estuvo arreglándose y mudaron a los policías para Dragones, se quedó el Centro penal y entonces estaban arreglando todo, haciendo los calabozos, nosotros sacábamos lo que había en los calabozos, la otra compañera y yo sacábamos las cajas con escombros y los bajábamos por las escaleras, hacía mucha fuerza, un día yo me resbalé, habían unos andamios ahí y me resbalé y me aguanto de un andamio y siento una cosa que me traqueó. Empezamos a limpiar cuando salíamos de vacaciones como éramos dos nada más, cuando salía María de vacaciones yo me metía la limpieza completa. Aquí en la vivienda yo no hago esfuerzo a mí me entra agua ahí mismo y lleno las cositas de ahí y aquí cuando se arregló y pintó fueron mi hijo y mi nuero, yo no cargué ni este cubo de agua.

Un vez se cayó un pedazo de pared cuando estaba limpiando y me cayó en la rodilla, el bloque me cayó aquí, se me hinchó y mi hija me llevó al médico con el novio, con el español, todavía no se habían casado entonces, me llevaron para el Calixto García y me hicieron una placa me dijeron que tenía problemas en el líquido y me pusieron un yeso, estuve 21 días. Pasó un tiempo bien, pero después se me hinchaba y hace como ocho años, se me inflama, yo me tenía que operar pero no me voy a operar, a mí lo que más me preocupa es mi cervical.

No sé cuáles fueron las causas de mi padecimiento de la hernia, yo no sé por qué me dieron esos dolores, yo comía variada mi comida, yo almorzaba normal un poquito como siempre, yo nunca comí mucho y mi comida normal, yo me alimentaba bien eso a lo mejor fue alguna fuerza que yo hice con algún tanque de basura y no me di cuenta, yo una vez sentí un pequeño dolorcito cuando levanté un tanque, pero no le di importancia y pasó el tiempo y fue cuando empecé a sentir dolores más fuertes y más fuertes. El médico no me dijo la causa dice que a veces salían por salir, lo único que me dijo el médico era que tenía artrosis generalizada por la placa que me hizo, él me preguntó si yo trabajaba mucho y dónde y yo le dije que limpiaba en la unidad de Picota y me dijo puede ser eso.

Yo he tenido situaciones duras, que no he tenido nada de comer, que me han faltado días para cobrar y mi hija no ha tenido tiempo de mandarme el dinero y yo he llegado aquí y hemos cazado algo en el comedor y la traemos para la casa y a veces no, a veces no alcanza, son muchos compañeros y a veces no alcanza y yo me he sentado aquí

y digo, bueno no tengo nada que comer y me como un pedazo de pan y un vaso de agua con azúcar y ya, pero ningún vecino se enteró, ni mi familia tampoco, ni me van a resolver un peso ni me van a dar un plato de comida, ni nada yo me callo la boca me tranco aquí y mañana si tendré. En la vida real es así.

Tuve anemia hace como un año y pico o dos, tuve la hemoglobina baja porque fue como ahora, yo me pongo a fregar en la cocina y me dicen blanquita almuerza y le digo no quiero almuerzo, que no tengo hambre, tenía la hemoglobina en 8 puntos, con 61 años, yo creo que era porque no almorzaba, era que no me entraba hambre, yo desayunaba porque nosotros desayunábamos ahí por la mañana y se me pasaba el horario de almuerzo a veces soltaba a las doce y media y ya no tenía hambre, pero me decían blanquita tienes que almorzar y yo decía es que no tengo hambre, o me comía unas tostadas que estaban en el horno con un poco de refresco y ya me llenaba con eso porque yo tenía el estómago reducido y con cualquier cosita me llenaba.

Mis enfermedades no han afectado mis relaciones con los vecinos o con la familia, yo mis problemas no los cojo con nadie, ni con la gente en mi trabajo ni con mi familia ni con nadie, mis problemas son míos, yo me siento mal y enferma yo me voy a trabajar, cuando tengo fiebre y gripe así mismo me voy a trabajar, yo no voy al médico, sintiéndome con fiebre yo me he levantado a las cuatro de la mañana y me he bañado y a las 5:20am yo he estado en el trabajo, entro a esa hora, cuando los instructores empiezan a caminar y a meterse en las oficinas ya está todo limpio y a las 7:00am cuando empiezan a subir ya yo tengo todo limpio; un ejemplo hoy termino ocho oficinas y cuando termino el despacho voy para la sala operativa, después voy para la oficina del coronel, la de Florecita, la del otro coronel, son varias oficinas, las escaleras, los baños.

Yo cuando veo un nieto mío con asma ya me pongo mal, mi salud no está muy buena que digamos y a veces quisiera estar sola, descansar pero no puedo, no puedo, por ejemplo viene mi nieta y yo no voy a dejar de atenderla, llega el otro y entonces tengo que atenderlo.

Yo lo que necesito es tranquilidad, a veces tengo ganas de irme para casa de mi hermana, pero en casa de mi hermana hay problemas también para que me voy a meter ahí, más problemas, la hija está mal de la cabeza, vino de Guantánamo ya enferma, mi sobrina la que vive en Camagüey ha entrado un poco en camino, Sandra no está muy bien no tiene trabajo, mi sobrino es un alcohólico, mi hermana casi no ve, meterme allí para qué. Antes de ir para Guatepeor me quedo en Guatemala, si voy para Amargura es la bulla de los muchachos, mi nieto trabaja, la mujer es buena gente, pero no es igual que tu casa, yo digo ahora voy a cerrar la puerta y me voy a acostar hasta la una o dos de la tarde y es mi casa pero en otra casa no lo puedo hacer.

Yo he trabajado demasiado y necesito un descanso, yo quisiera descansar pero no aquí, ve a buscarme un cigarro, ve. No me gustaría estar aquí, me aburro bastante, ahora a esperar al fisiatra para darme los calores y a ver si determina si puedo continuar trabajando, si me retiran por enfermedad, yo no sé, yo creo que la casa me molesta. A mí el estudio no me entra, ya mi cabeza no está para eso".

Un problema de salud constante en la vida de esta mujer es la historia de mortalidad de familiares muy cercanos. Durante su infancia vio morir al padre, en la adolescencia sufrió el trauma de la muerte de la madre, y a los 50 años una de sus hijas muere en sus brazos. Blanca explica lo que para ella significó la muerte de su hija: "cuando murió mi hija también me afectó, la sacaron muerta de acá arriba del primer piso, se le tupió la válvula, ella llevaba doce años con la válvula, tú te acuerdas de aguas mansas, yo estaba tirada ahí viendo la novela en el televisor Caribe que estaba aquí, viene una sobrina mía de Ciego de Avila con el esposo y me saluda y me preguntan por mi hija y le digo está allá arriba, estaba flaquita había bajado cantidad, ella se puso gorda y después empezó a bajar de peso, y me dicen llama a la desgraciada esa para darle un cigarro y entonces ella baja y le dice primo dame dinero para comprar cigarro y mi sobrina le da un dinero y ella compra cigarros, se van mi sobrina y mi sobrino y ella me dejó tres cigarros, al poco rato como a las 3:40pm baja mi nieta corriendo y me dice corre abuelita que a mi mamá le dio una cosa, yo subo corriendo y cuando subo mi marido la tenía por aquí agarrada y le digo Anita mija qué tú tienes, pero cuando le toco el fondillito se había orinado y dije mi hija se murió y me dicen que cómo y le dije mi hija está muerta, está muerta, yo baje corriendo la doctora vivía enfrente y le dije Leidi corre que mi hija se me murió, entonces ella corre y rápidamente la montan en un carro y ella iba morada y cuando llega al hospital ella estaba muerta. Eso me afectó mucho, lo de mi papá me afectó también pero como yo era una niña, no comprendía nada de eso, pero yo era bastante adulta cuando murió mi mamá y mi hija hace doce años, lo he sentido mucho, a cada rato viene mi nieta y sus hijas que son chiquitas, al menos le pusieron el nombre de mi hija, yo he pasado muchos problemas".

Las redes de apoyo son importantes para Blanca, una de ellas ha sido su familia (de origen y procreación) y otra su colectivo laboral, ella es parte de esa red, con frecuencia ella recibe y da apoyo, porque la comorbilidad es elevada en su protagonista y en la familia. Cómo interpreta esas vivencias Blanca: "Todos mis hijos son buenos conmigo, mis nietos y mi biznieta. Cuando yo tengo un problemita y me siento mal ellos acuden, vienen a verme me dicen mami vamos al médico, no ya yo fui y a veces mi hija que es la abuela de la niña que

vive en el cuarto piso tiene un problema en un seno, no sé si se lo van a operar o no, ya una vez la fueron a operar en el Ameijeiras y ahora tiene como dos y esperamos a ver, le mandaron un tratamiento y dice ella que siente que no le ha bajado nada y probablemente la sometan a otra operación, yo a ella no le pido la pobre, su marido trabaja, ella está en España, pero España está pasando por una situación muy dura y ella no puede mandarle el dinero a la nieta, tuvo que entregar la tienda y me dice mami la cosa aquí en España está que echa candela, por lo menos aquí en Cuba nosotros nos defendemos un poquito más, ahora mismo en un país extranjero no es igual que Cuba, porque ahora mismo yo necesito cuatro pesos un ejemplo, no tengo dinero para comprarme un pedacito de pan y pasas tú que te conozco ya y te digo seño tu me podrías regalar dos pesos y vienes tú y me dices sí toma, en el extranjero no, en el extranjero tú no puedes hacer eso, pasa él y le digo tú no tienes nada o me puedes resolver aunque sea 20 pesos y me dice ¡cómo no, toma!, aquí el cubano es distinto. En la unidad donde trabajo yo no tengo problema, porque ahora por ejemplo yo no tengo dinero hasta el cobro y yo le digo al mismo coronel préstame cien pesos hasta el cobro y me dice tú no tienes problema vieja, coge los cien pesos, a Martica la de información, préstame cincuenta pesos cuando cobre te los doy, toma y cuando cobro le digo al coronel mire coja los cien pesos, mira Martica los cincuenta pesos, tengo mi camino abierto, tú me entiendes y en otro país tú no lo puedes hacer. Yo aquí a los vecinos nos les pido nada, solo le doy a mi nieta y mi hija me pide agua y le digo ahora te la tiro por la ventana si me hace falta un poquito de almuerzo porque en ese momento no tengo nada y voy ahí a la unidad y le digo a la gordita amiga mía le digo vaya allí a la unidad y dígale que me manden un poco de almuerzo y a las doce del día mi nieta va para allí y me mandan el almuerzo".

La nieta de Blanca, que es obesa y tiene once años, trajo huevos hervidos de la unidad militar donde trabaja su abuela, cosa que hace con frecuencia pues aunque ella está de certificado, en su trabajo conocen la situación crítica en que vive y colaboran con la alimentación. La niña comió pero Blanca no.

A mis hijos yo les doy consejos, trato de ayudarlos en lo que pueda y yo creo que ahora me merezco me den una manito el que pueda, yo creo que si yo he ayudado a mis hijos ellos me deben ayudar un poquito, porque cuando yo traje a mi mamá para acá no la dejaba trabajar, la que trabajaba era yo, aquí el hombre y la mujer en esta casa soy yo, yo le decía que cuando yo llegara y comiéramos nos íbamos para el cine, a ella le gustaba mucho el cine, la película de Julio Iglesias cuando empezó a ella le gustó mucho y la repetía y yo le decía el dinero es tuyo, yo le decía saca la cartera que tienes ahí y mete ese dinero que

es suyo y me decía pero mira cuántos hijos tienes ahí y yo digo los hijos son para ayudar a la mamá, cuando ellos no tienen para sacar los mandados yo les digo coge esos diez o veinte pesos, pero si tú pariste tienes que sacrificarte ayudar a tus hijos y darle educación, y a mis hijos yo los eduqué los hice hombres y mujeres, ya yo no tengo que estar pendiente de nada, si ellos se enferman y tengo que estar en el hospital los ayudo, a mis nietos si no están en ese momento yo corro con ellos y los llevo al hospital, si hay que inyectarlos o ponerle una cosa yo se la pongo. Yo le puedo cuidar a los hijos un día pero no todos los días, a veces por ejemplo la nieta de mi hija se pasó aquí el día hasta el otro día a las once de la mañana y yo la bañé y me dijo que linda estoy y vi que no la venían a buscar y yo dije tengo que llevarla para casa de su abuela porque yo tengo que descansar".

Las relaciones laborales no son para Blanca sólo una fuente de apoyo, también de estímulo y mejoría de sus condiciones de vida: "El coronel dijo, como a la Blanquita nunca se le ha dado nada vamos a darle el ventilador, en enero me dieron el ventilador lo tuve que ir a buscar, me han dado la Orden 2 —que es dinero además de mi salario, un estimulo de $720— como tres veces, nos dan la jaba de comida también, antes eran todos los meses ahora cada dos o tres meses, depende, ahí viene pollo, perro, aceite, arroz, chícharo, azúcar, jabones. Eso ayuda muchísimo. Yo en mi trabajo no tengo problemas.

Yo me siento bien siendo mujer, yo no sé por qué pero trabajo como si fuera un hombre, a mi me da lo mismo que me digan vamos para un cañaveral, por eso yo creo que el trabajo no hace daño, pero cuando uno va pasando esta edad ya la salud no es igual, el almanaque va caminando y dice el cuerpo estoy aquí y empiezan todos los dolores extraños esos, pero en el centro de trabajo que más beneficio he tenido ha sido este, porque en comunales al principio nos daban una jaba de aseo, ya después empezaron a quitarla, pero aquí la Orden 2 me la han dado varias veces, la última Orden 2 que me dieron fue hace dos años. Mi comportamiento es bueno, no discuto con nadie, la disciplina es muy bonita es lo mejor que hay, aunque tú vivas mal, en un solar más malo que haiga, yo creo que la disciplina es muy bonita, no tiene nada que ver el solar donde tú vivas con la disciplina.

Es también un refugio la religión, que ella vive como la mayoría de los cubanos que tienen creencias religiosas: "yo soy religiosa, mis santos los vas a ver ahí, soy creyente, no soy de esa gente que anda por ahí con el Cristianismo ni la Biblia ni nada de eso, eso yo lo tengo ahí porque eso me lo dio mi madrina, la que se fue para el norte, murió allá en el norte, la difunta Ofelia y desde entonces yo hace muchos años tengo mi bóveda, esos Testigos de Jehová, que Dios me perdone y el Cristianismo, esas cosas no me interesan, yo creo en Dios, ¡sí, cómo

no!, yo lo que digo que esas muelas que ellos dan del Cristianismo, yo no, yo tengo otra forma. Yo no voy a ninguna Iglesia y nunca he recibido nada de ellos. Yo lo único que le pido a mis santos que están ahí, lo que hago es rezar y pedirle a mis santos, más nada".

Los vecinos que conviven en el edificio no parecen ser una red de apoyo para la sobrevivencia de esta mujer, como sí lo es la familia y el colectivo de trabajo. Los problemas en la interacción con los vecinos se vinculan al desorden social que impera en relación a la higiene. Blanca, que además se ha dedicado a mantener la higiene pública, se preocupa por el estado de deterioro de las viviendas y los malos hábitos de higiene que alteran la convivencia. "Esto era distinto seño, para que le voy a decir una cosa por otra, esto se cuidaba mucho, no había falta de salud, aquí muy poca gente se enfermaba, nos enfermábamos porque todo el mundo tiene que enfermarse, pero no había la cosa que hay hoy en día en este edificio, este edificio sinceramente no lo han cuidado, es una falta de higiene, este patio mira como está, yo con mil sacrificios hoy limpié este patio y ya tiraron agua con orine para abajo, la escalera está en mal estado, aquí la gente no cuida nada, tiran jabas con basura en la escalera, te tiran basura para el patio, o sea que aquí todo ha cambiado mucho, hace un promedio de trece años este edificio estaba maravillosamente bien, nosotros tendíamos en el patio, no pasaba nada, no te tiraban los paquetes de caca, no te tiraban orine, no te tiraban nada y de allá para acá tú no puedes tender en el patio, te tiran el agua de orine y tú tienes que quitar la ropa.

Los vecinos que no cuidan, se han ido unos cuantos de los viejos, aun quedamos algunos, no vamos a echarle toda la culpa a los nuevos, porque la mayoría de los nuevos trabajan, eso es más de los viejos que otra cosa, porque un día yo estaba limpiando el patio y me tiraron un agua del segundo piso y yo subí y era Juana y le dije Juana me bañaste y dice es agua limpia y le dije tienes que fijarte y mirar para abajo cuando se está limpiando o cuando se está lavando o cuando se va a tirar un cubo de agua porque abajo la que limpia el patio y vive allí soy yo, porque hay mosquitos, hay dengue y enfermedades, entonces ella me dijo que la disculpara y no tiró más agua, pero del primer piso llueve el agua sucia y el baño que tiene esta gente ahí que está tupido y ya tu sabes cómo es la cosa, todo ese orine para abajo, acabado de limpiar el patio tú sientes fuacata, te mandan agua y te tiran de todo, hasta paquetes de comida, jabas de comida te tiran, no lo cuidan sinceramente. Yo quisiera irme de aquí, ya yo no estoy contenta con este edificio, solamente por el cambio que ha dado el edificio, yo aquí no visito a nadie, no me meto en casa de nadie, yo de mi casa a mi trabajo y de mi trabajo a la casa o usted me ve sentada ahí, yo aquí no visito ni a mi hija que vive en el cuarto piso, que es la abuela de la niña, ni

a mi hija que vive en el tercer piso, yo de ahí para arriba no subo y aquí abajo somos vecinos buenos, porque este muchacho trabaja en la escuela, la otra trabaja aquí en las ferromozas, la otra muchacha siempre está para Guantánamo que su mamá está enferma, la dentista de aquí al lado es maravillosa no se mete con nadie tampoco, por lo menos aquí abajo nosotros nos llevamos bien, no hay una bulla, no hay un escándalo, no hay un radio alto puesto, aquí a las 9:00pm tú te puedes acostar con tranquilidad que los televisores no se oyen, se ponen bajito, esto aquí en planta baja es una maravilla. Aquí llenaron esto de humo fumigando y al otro día los mosquitos igual, por qué por el patio, si usted viera la mosquitera que hay en el patio.

Yo soy una madre que a mí todo el mundo me admira, a mi todo el barrio me quiere, ¿Blanquita como estás, cómo están tus hijos, cómo están tus nietos, Blanca como estás?, me vienen a ver del trabajo, ¿Blanquita descarada cómo andás? y le digo más descarado eres tú y se ponen a estar chivando conmigo, yo soy una madre ejemplar, he atendido a mis hijos, ellos no son falta de respeto, no como las generaciones de hoy, a mi nieto yo lo tengo que regañar fuerte, mis hijos nunca le faltaron el respeto a nadie, porque si este le faltaba el respeto yo le decía ven y le digo te me sientas en esa litera y de ahí no te pares hasta que yo me acuerde que tu existes, yo no fui nunca de maltratarlo ni de darle golpes, al niño no se maltrata para que aprenda".

Una vez más la memoria de Blanca evoca su infancia al evaluar las escasas oportunidades de estudio que tenían los niños cubanos antes de la Revolución, sueña con lo que hubiera querido ser y proyecta las expectativas que tiene con sus nietos en un nuevo contexto de oportunidades: "Nosotros no tuvimos la oportunidad de hoy en día, esa oportunidad que tiene la juventud hoy en día, los niños, porque cuando éramos niños nuestros padres ganaban un salario pero era pésimamente para vivir para la ropa para la comida para los zapatos, pero para la escuela no, la matrícula era paga, había que pagarla y yo a veces me paraba en la acera y miraba los niños, cómo jugaban dentro de la escuela, cómo escribían. Si yo tengo este quinto grado super malo, lo cogí con este gobierno, con las brigadas Conrado Benítez que iban a las casas a alfabetizar, yo hubiera querido tener una carrera bonita, yo me metía mucho en los hospitales, tenía amistades desde niña con médicos y con enfermeras cuando me operaron de la apendicitis y yo no salía del hospital y yo decía quiero ser enfermera y me decían tu quieres ser enfermera, sí y un médico me iba a pagar los estudios pero se tuvo que ir y mi aquello era que quería ser enfermera, toda mi vida quise ser enfermera, pero bueno llegué hasta el quinto grado nada más y se chivó todo, pero a mí me encantaba, veía cómo inyectaba, aprendí con una enfermera a inyectar, aquí vivía una enfermera aquí

atrás, Barbarita, ahora vive en Centro Habana, me decía ven para que me inyectes y yo le decía tengo miedo y ella me decía ven que eso es fácil, ya yo tengo la jeringuilla esterilizada, ya lo tengo todo y es penicilina y yo le dije no que va y ella me dijo ven inyéctame y tenía un algodoncito con alcohol de 90º y me dijo niña si tú tienes una mano suave y eso que no eres enfermera y ya cuando le tocaba a las 12:00pm me llamaba, vamos para que me inyectes. Si yo hubiera nacido en este gobierno hubiera sido enfermera o doctora, sí porque nadie sabe, nací en un gobierno tan degenerado que imagínate tú, no es fácil, hoy en día los muchachos tienen bastante oportunidad de estudiar, de coger una buena carrera, yo hablo con mis nietos y los siento y le digo a una tú tienes 15 años, tu puedes coger una buena carrera, aprovecha tu juventud, coge una buena carrera, la que te guste, ingeniera, telegrafista, si quieres ser enfermera, la carrera que más te guste cógela con esta misma yo hablo, es cantante, canta bello, está gordita y ha cogido premio otras veces, en el García Lorca, en el Teatro América, en Bellas Artes, sí, sí, es una carrera muy bonita, no importa que tú seas gorda con el tiempo tú bajas de peso, ahora están de vacaciones, sigue tu carrera artística si es lo que te gusta, allí en la unidad se pone a cantar y todo el mundo la aplaude, porque todas las canciones se las aprende de memoria, la nieta mía que se fue para España ella pasó un curso de enfermera pero se casó con un español y se fue, entonces allá no se desenvuelve, a los chiquitos les digo que estudien para que cojan buenas carreras, no como yo".

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A los 10 años Blanca tuvo su menarquía. Ella lo relata así: "me asusté, estábamos un grupo de muchachos jugando, eso fue en Oriente, estábamos jugando en las casillas de los trenes de carga que dejaban ahí y cuando me tiro siento algo y digo hay yo pensaba que me había reventado y fui corriendo para la casa y dije mamita me reventé, ahí estaba mi hermana que falleció y me dice muchacha ya mataste el macho y yo le dije que yo no había matado ningún puerco y me dijo si es que ya eres señorita y ya me enseñaron cómo era que se ponían las cosas en aquella época, vaya me asusté en ese momento. En aquel tiempo yo no pensaba nada, siempre estaba jugando, me seguía sintiendo niña".

Sobre su primera relación sexual dice que "sentí miedo, pero bueno seguí mi paso para adelante, estaba enamorada, bastante enamorada, tenía 12 años y sinceramente no me fui porque no quería abandonar a mi mamá y no me gustaba irme, yo no me voy, me decía que allá iba a vivir bien y yo vivir bien a dónde, él se fue del país, me dijo allá vas a vivir bien, y yo le dije a dónde y me dijo en los Estados Unidos y yo le dije, yo voy a vivir bien allá, mi país es este donde yo nací donde

me crié, yo soy cubana, yo no soy extranjera, yo quiero vivir aquí, mi mamá está aquí, yo no quiero vivir fuera, mi familia toda está aquí.

Mi primera relación fue bastante dolorosa después se me fue quitando todo aquello, yo casi ni recuerdo las cosas. Él era muy bueno conmigo, estaba bien era muy cariñoso y amoroso y me fui un tiempo para Luyanó para la casa de los padres de él, estuve un tiempo por allá, mi mamá se quedó solita allá, a mí el trato de su madre no me gustó y vine para mi casa, esos son sus nietos, como me va a tratar mal, a mí no me gusta que me traten mal, ellos estaban haciendo los trámites para irse, se fueron todos".

Blanca valora que varias de las relaciones que tuvo con diferentes hombres fueron buenas, la peor fue con el último. Que en todos los casos las relaciones se basaron en la atracción y no en el interés. Ella afirma que se cuidaba mucho de tener relaciones amorosas en el cuarto por la falta de privacidad y que hace 13 años no mantiene relaciones con ningún hombre.

El cambio en su vida sexual llegó con su última pareja: un hombre violento y alcohólico. La ruptura con ese hombre estuvo motivada por el maltrato hacia su hijo: "cuando el niño empezó a crecer quiso hacerse el más hombre que nadie a darle golpes al niño y le dije al niño tú no me lo tocas, es un niño de dos años no le puedes dar ni esta nalgada, el niño fue creciendo estaba en una escuela especial porque era muy lento escribiendo y no podía estar en una escuela normal, entonces él un día llegó de la escuela, él era tranquilo en la escuela, no era revoltoso, era un muchachito normal, era lento de aprendizaje, no tenía problema ninguno, lo que era lento de aprendizaje y un día llegó con el uniforme un poquito sucio y le dijo mira cómo tienes ese uniforme y le dije no, si la que le lava el uniforme soy yo y no le vas a dar ni una nalgada, ese es hijo mío y tuyo también pero lo parí yo y yo soy la que le lava la ropa a él, ese es el hijo más chiquito, el último. Me decía, este chiquito es un pesado y yo nada de eso, tú lo ves así calladito, así es todo el día, él se metía en el baño y se bañaba él solito, mami el calzoncillo y el short, toma aquí lo tienes y se sentaba a ver la televisión, él no molestaba, se sentaba aquí, yo cerraba la puerta.

Otros motivos fueron la infidelidad y el alcohol: "ya yo lo veía indiferente, parece que había otra, parece no…¡había otra! Una vez estaba durmiendo y yo le cogí un papel en la camisa y vi la dirección, le dije a mi hija vamos a esta dirección y fuimos, subimos allá arriba, toqué la puerta, me salió una señora mayor y le dije quiero hablar con su hija, porque esa no podía ser porque estaba muy mayor, sí, sí cómo no, y le dije a la mujer, usted está con Juan, me dice quién eres tú, le dije la hermana de Juan. Después le dije a él ya contigo no tengo nada que hacer, vas a convivir aquí hasta que tu mamá y tu hermana y tus

hermanos se pongan de acuerdo contigo y vayas para tu casa, estuvo un año y en ese año empezó con el alcohol y un día le dije hasta aquí, se acabó esto, quiero que te vayas de aquí. De ahí para adelante dije no quiero más nada con nadie, al niño lo voy a criar sola con mi trabajo y le voy a dar educación.

Tuve varias discusiones con él, se metió a alcohólico y yo lo saqué de aquí, le dije vete para tu casa, mi hijo tenía 13 años y ya tiene 30. Desde que se metió a inspector empezó a beber y venía borracho y quería romper las cosas que no compraba y yo le decía si eso no lo compraste tú, eso yo lo compré con mi trabajo, tú no puedes romperme nada, ya empezaron las cosas entre él y yo cuando venía con sus borracheras, andaba con mujeres por ahí y yo hacía un año que no quería nada con él aunque convivía aquí, andaba con cualquier mujer en Monte y Cienfuegos y yo no quería coger una enfermedad, discutíamos cada vez que venía borracho y yo lo sacaba para afuera o llamaba a un policía y él se iba para casa de su difunta mamá, al otro día venía más tranquilo y entonces por la noche venía con su borrachera hasta que yo le dije que se fuera que se acabó esto y hombres aquí adentro no quiero. No quiero saber nada, mi marido es mi trabajo, ese es mi esposo, mi trabajo. Me siento bien así".

Yo nunca tuve ningún problema en mi vida sexual, yo no iba al médico, yo tuve una vida sexual normal, con mis parejas compartíamos, si yo cobraba primero lo compartíamos igual que cuando él cobraba, con todos lo que este último falló últimamente y ha venido a hacerme la vida imposible y yo lo he votado de aquí, porque no ayuda al hijo en nada, le mandan dinero de afuera y él no le da ni este medio al hijo.

La cultura de la maternidad de Blanca es de una mujer consagrada a la crianza de sus hijos. Como su madre, Blanca comenzó una vida reproductiva muy precoz. Su primera hija la parió a los 13 años, después consecutivamente se fue llenando de hijos hasta llegar a ocho de cinco parejas masculinas diferentes. Blanca evoca la historia de su vida reproductiva:"Mi hija mayor es prematura, yo venía bajando las escaleras y me caí, tenía seis meses, pesó dos libras, cuando vine a coger la niña, yo la ví en la incubadora en Maternidad de Línea, yo preguntaba seño cuál es mi niña y me decía si tú eres una niña qué haces aquí, me decía si tu eres una niña y yo decía sí está bien pero yo vengo a ver a mi niña y me preguntó cómo se llamaba y le dije Lina, espérate es esa, dije hay no esa no es mi hija, está muy chiquitica, pero dice esa sí es tu niña y me la viró para que la viera y dije hay si no tiene pelo y me dice que es prematura y yo lloraba y le preguntaba al doctor usted cree que mi hija se me salve y me dijo que se iba a salvar y me metieron mentiras en mi familia porque me dijeron que yo era ochomesina y que había pesado poquito y cuando a la niña le dieron de

alta como a los dos meses, hasta que cogió las cuatro libras y media. A mí me dieron el alta y la dejaron ahí, pero yo todos los días estaba allí sentadita en un banquito esperando que me dejaran entrar para ver a mi niña, yo le decía al doctor, yo quiero ver a mi muñequita y me decía sube, él tenía un trato muy bueno y yo decía mira le está saliendo pelito ya y me decía viste y una noche yo estaba sentada en el balcón así, pensando en la niña y llega un telegrama que la fuéramos a recoger y le dije mamita vamos a recoger a la niña y ella, no te desesperes, corre a coger la cartera con las cositas de la niña, ella era una muñeca para mí, yo era una niña también, pero sentía el placer de tenerla cargada, de bañarla y le decía a mamita, déjame bañarla, ella me decía tú no sabes y yo que sí que ya aprendí, está bien báñala y yo la bañaba y era flaquita, flaquita, después se me puso bella, a ella no le faltaba la leche ni ningún alimento, ya a los tres meses comía malanga con carne, mi mamá le hervía la carne con la malanga, no le pude dar el pecho a esa fue a la única que no le di el pecho porque era prematura, a los prematuros no se le daba el pecho antes, le daban leche de las mamás y eso, cuando tenía seis meses era un tronco que yo no podía con ella.

Luego salí embarazada y yo no lo sabía, me enteré con los vómitos y se me fue la regla y me sentía mal y mi mamá me preguntó si yo veía la regla, ya yo estaba casada con el padre de mis tres hijos, vivíamos en un cuartico atrás y ella vivía adelante en otro cuartico, me uní, no me casé legalmente, me faltaban dos meses para los 13 años, después salí embarazada de mi segunda hija, los demás maravillosamente. Mi segunda hija pesó 5 libras, el tercero pesó 7 libras. Ser madre es lo más lindo de la vida, yo creo que el que no quiere un hijo no quiere a nadie, si tú vas a ser madre para abandonar a tus hijos entonces piénsalo primero, no lo voy a parir, existen los médicos y el legrado, para abandonarlos y matarlos de hambre, es mejor que no lo tengas. Mi mamá tuvo 12 hijos y a los 12 los crió, se le murieron 3, el primero se le murió creo que de una neumonía, Alejandrito, Emiliano se murió de resentimiento cuando parió a Emilia, comenzó a darle la espalda como de un añito y medio no quería comer no quería tomarse la leche, cuando él sintió el grito de la otra hermanita, empezó a hacerle rechazo a la leche a la comida lo llevaron al médico y el médico dijo que no tenía enfermedad ninguna, que no padecía de nada y así se fue poniendo flaquito y mi mamá cogía unas yerbas que había en el campo que abrían el apetito, yo no sé muy bien como fue la cosa, comió unos días pero ya después, parece que cogió una anemia y se murió.

Yo creo que cuando un hijo empieza a moverse en la barriga de uno empieza a quererlo, ese que aborté iba a ser el cuarto de él, Dios lo quiso así, como la muerte de mi hija, como yo he sentido esa muerte, tan buena, compartía lo bueno y lo malo conmigo, me decía mamita

te sientes mal, te voy a hacer un té, me decía mamita te sientes mal, estoy campana, mentira, tú dices eso para no asustarme, ella siempre estaba pendiente de mí, ella era muy apegada a mí, todo lo compartía conmigo, si tenía un dólar decía la mitad para ti y la mitad para mí, si tenía dos era uno para mí, ella trabajaba en el barrio chino. Esta que vino ahora, la jabá que trabaja en los peritos es muy apegada a mí también, el marido es marinero, ella bebe mucho, yo le digo no bebas más chica, hay mami no empieces, no bebas más hija, no bebas más, la bebida no te trae nada bueno y tú fumas, está bien yo fumo pero cuando yo estoy alterada fumo mucho, pero cuando yo no estoy alterada, un cigarro cuando me acuerdo y café cuando me acuerdo, pero cuando estoy alterada fumo mucho y tomo café, la que está en España es muy apegada a mí también, mamita chuli pa aquí, mamita chuli pa allá, cuando ella vino el año pasado a la primera puerta que llegó fue aquí, mamita a las 5:00am, hay quien me llama, me tiré rápido, mi mamita chuli, mi mamita chuli y me abrazaba y dije hay mi madre qué gorda y empecé a abrazarla.

La carencia de una vivienda digna aparece en su relato como un problema viejo desde que los niños eran pequeños, entonces el problema mayor era el hacinamiento, hoy el deterioro del inmueble después de tantos años de no tener un mantenimiento.

"La estrechez del hogar me ha afectado un poquito pero no cogí lucha con eso, porque después mis hijos fueron buscando su casa, hubo un tiempo donde todos convivíamos aquí, imagínate yo verlos dormir en el piso en grupos, eso nos afectaba mucho también, un poco aquí un poco allá arriba, en colchonetas con sábanas. Yo ahora duermo en el piso de la barbacoa, sin colchón, yo no puedo dormir con colchón y sin almohada, yo me tiro con una sábana en el piso porque yo no puedo dormir en cama por la cervical.

Vivir en la estrechez me alteró algunas veces, porque yo tenía una litera ahí y otra ahí porque la capacidad era esta, los varones dormían arriba y las hembras dormían para acá, eran tres literas, yo decía Dios mío si yo tuviera una casa mis hijos vivirían más amplios, que pudieran tener un patio para jugar, no tener que estar molestando a los vecinos, aunque nunca molestaron pero bueno siempre los muchachos buscan la calle para jugar, ellos nunca jugaron en la calle en el salón jugaban a las casitas y yo lavando por acá, habiendo cosas por acá y yo para el trabajo y mi mamá en la casa, ya fueron creciendo y haciendo su vida.

Un obstáculo en mi vida es la estrechez de la vivienda, yo pensaba mucho en los muchachos en la hora de salida de la escuela que si iban directo para la casa, no se fajaban, se llevaban bien. La chiquita sí tuvo muchos ingresos pues era asmática lo heredó de su papá, yo

quería salir de aquí por ella, como esto aquí era muy húmedo, no hay ventilación ninguna. Entonces yo quería que me dieran algo, aquí no hay ventana ninguna esa que está ahí pero no entra aire ninguno. Usted ve el calor que hace aquí, cuando hay frío esto es una nevera, aquí hay que taparse con dos colchas y sientes frío.

En el cuarto este donde yo vivo crié a todos mis hijos hasta que se fueron casando, que me quedó aquí nada más que uno y el nieto. La habitación esta no está muy buena que digamos, se filtra por la parte del baño, no está en buenas condiciones mi cuarto ni el resto de los cuartos de este edificio, ni el patio, todo aquí está en malas condiciones, el edificio está en malas condiciones por las escaleras.

Yo me dedico a mi trabajo, mi hija me arregló un poco aquí, arreglar un poco esto, cambiar, aunque no me vaya de aquí, la situación es muy dura, hay muchos albergados, cuando el ciclón aquel, hay muchos albergados, casas derrumbadas, que la gente necesita también, porque yo tengo un techo, hay gente que no lo tiene, por los derrumbes y las cosas que ha habido, yo quisiera mejorar mi situación aquí adentro, yo mejorando mi situación aquí adentro, la tubería esa que se filtra, arreglando un poco ya lo que me queda por vivir".

Como muchas mujeres que han tenido que enfrentar la crianza de tantos hijos, Blanca ha tenido una vida laboral intensa y fluctuante. Ha desempeñado trabajos disímiles, pero con frecuencia en ocupaciones clásicas para mujeres con bajo nivel escolar. Blanca nos dice al respecto: "Yo lo que he hecho ha sido trabajar. Trabajé en Bainoa, estuve dos años allí sembrando árboles, cuando la siembra de bolsitas y eso, de ahí fui pesquera de Regla hasta que murió mi mamá, armaba cajas de camarones y pesaba o me iba para eso del atún, cualquier lugar. Cuando murió mi mamá yo tuve que dejar el trabajo ese, me quedé en la casa y lavaba y planchaba para la calle como cuatro años, hasta que ya pude encaminarme y trabajar de nuevo, empecé a buscar trabajo, ya mi hija estaba grande y me cuidaba los muchachos, la otra estaba grande también, se cuidaban aquí, se iban para la escuela, cerraban la casa, yo iba a trabajar en barrido de calles, cuando aquello no era el Plan Aurora, allí ganábamos poco, ganábamos como dos y pico en la quincena, al cabo de los años vino Aurora, estuve trece años barriendo calles y llevo nueve en la unidad y tengo que ir a comunales a buscar los años esos a ver si me puedo retirar".

Blanca reconoce las actitudes discriminatorias hacia el negro, pero ella no se ha sentido discriminada, "ni por ser mujer o ser mestiza, para mí todo el mundo es igual, blanco, prieto, rubio, albino, todo el mundo es igual, si somos personas de carne y hueso y llevamos el mismo camino, todos vamos para el mismo lugar, blanco, negro, japonés o chino, mi abuelo era chino. Yo he visto muchachas por ahí,

yo he estado sentada ahí y ha pasado un muchachito de color y le dice mulatica y le dicen ha échate paya so negro, un día pasaron unos muchachitos, tendrían unos 15 años por ahí y yo estaba sentada porque ni tenía sueño y estaba de vacaciones y dije yo no voy a ver novela ni nada, me voy a sentar aquí a coger fresco y pasaron dos mulaticas muy bonitas pelito largo y dice uno mira que linda, niña ven acá dime tu nombre y ella le dice mira negro y dije hay Dios, como dice una hermana mía, no hay lengua que habló que Dios no castigó, y yo le digo porque tú dices eso y ella, tú no te acuerdas de la prima de nosotros, digo cuál, Lerina, tú no te acuerdas que le tiraba a los negros, esa vive en Camagüey y digo sí, como no voy a acordar de mi prima hermana, yo quisiera que veas con quien vive, es un tizón".

¿Cómo ve Blanca la pobreza y en particular su situación? Reconoce que vive en malas condiciones pero su visión de pobreza es la del indigente que no vive en pobreza extrema."No, mi seño, yo soy una persona humilde, rico aquí no hay nadie, todos somos iguales, unos un poquito mejor otros un poco más mal, soy una persona pobre pero con dignidad.

No es pobreza. Hay personas que están viviendo en una situación, que tienen menos posibilidades son como decir un poquito, cómo explicarlo, es decir que no tienen aquel problema tan grande, aquella situación tan grande como la tienen algunos y otros que tienen como decirte que tienen facilidades de resolver más cosas y viven un poquito mejor, pero verdad que estamos un poquito, porque pobre si se ve bastante en la calle, pero dentro de una casa hay gente que vive bien, que viven muy mal, como yo.Yo no vivo bien pero pobreza no.

Hasta ahora aquí en Cuba yo no he visto una pobreza-pobreza, ni de rico, si tú tienes cuatro pesos más que yo tú no puedes ser más rica que yo, todos somos iguales. Hay personas que tienen dinero, que viven su vida, porque tienen facilidad de tenerlo, porque tienen familia que lo ayuda bastante, que se desenvuelven como pueden de cualquier manera. Mira yo no soy rica ni pobre, pero entre esas facetas yo vivo bastante bien.

Hay personas que viven un poquito mejor otras más mal que la otra en relación con la vivienda. Ahora mismo por ejemplo mi nieta que viene y no la puedo dejar vivir aquí, a veces no, a veces la dejo dormir aquí, porque hay condiciones que son pésimas. Como ahora por ejemplo que no estoy trabajando, tengo que cobrar certificado, tú sabes que el certificado no es como el salario completo, ya es menos y ya de ahí yo me tengo que desenvolver con el poquito salario que me van a dar. La situación aquí en este edificio es pésima, yo quisiera vivir en otro lugar, yo le tengo mala voluntad a esto.

Yo entiendo por pobreza aquella persona que no tiene donde vivir, que vive bajo un puente, que está pasando trabajo en la calle, que como se hacía antes en el gobierno de antes, que botaban a la gente

para la calle, a nosotros no nos botaron porque teníamos recursos propios, sacaban a los vecinos para la calle y entonces vivían bajo un puente, que la gente le daba un plato de comida a fulano, nosotros, mi mamá misma ayudaba a los muchachos dándole comida para los familiares, eso era en épocas de atrás, en el otro gobierno, pero ya yo no veo eso aquí en Cuba, lo que yo veo por ahí pasando trabajo son gente que son alcohólicas que duermen en los portales porque son alcohólicas, tienen su casa y la abandonan y se tiran a la mala vida, a la borrachera y esas cosas, pero para mí todos los cubanos somos iguales, vivimos en otro sistema, ya la Revolución no puede hacer más de lo que ha hecho, digo yo. No porque me sienta más revolucionaria que otros, yo soy revolucionaria y mi familia todos fueron revolucionarios, yo tengo un hermano que luchó en la sierra, que se fue para la sierra jovencito y si tuvo una casa de dos plantas fue porque el gobierno se la dio, porque él vino de la sierra y paró aquí en La Habana.

Pobreza-pobreza yo le llamo al que está en la calle pidiendo cuatro pesos para poder sobrevivir con todos los hijos, porque mira yo una vez estuve barriendo calles y vi a una señora que tenía tres niños y estaba pidiéndole a los extranjeros, una prieta ella gordita, si estaba bastante joven que no tenía esa necesidad de llevar a esos niños a pedir allí y los extranjeros le daban cosas".

Blanca no reconoce su pobreza, pero el per cápita de ingresos de su hogar es de $230. De ella dependen su hijo que está desocupado y su nieto que es enfermo mental. Ella misma nos ha dicho de las veces que no come, su única comida más frecuente es la de la noche. La ayuda que recibe del trabajo en alimentación le permite sobrevivir pero no es garantía de una seguridad alimentaria. Las múltiples enfermedades que padece reducen sus ingresos porque no puede trabajar y está de certificado. Está privada de una vivienda digna y ni siquiera tiene un refrigerador para almacenar la comida.

La historia de vida se interrumpe por la aparición de un ratón, que es una evidencia del riesgo que vive esa familia de adquirir enfermedades trasmitidas por un roedor, Blanca dice: "tú estás oyendo, eso que suena es un ratón por los tragantes pero como yo tengo uno de esos ahí, eso es un ratón que está loco por entrar pero no puede, porque yo tengo uno de eso allá dentro, por la pila no puede salir, hay ratones como loco en los tragantes esos y van correteando por todo eso por ahí".

HISTORIA DE VIDA DE CARMEN

Carmen rememora su infancia a través de muchos recuerdos desagradables: "me crié separada de mi mamá y de mi papá, con mis tíos y abuela, pasé trabajo porque era como si estuviera huérfana y tenía

que depender de otras personas. Mi mamá y mi papá vivían juntos pero se separaron y mi papá se fue a vivir para una vaquería que tenía por el trabajo, por San Nicolás para allá y mi mamá vino para La Habana y nosotros nos quedamos con mi abuela, a mi papá lo molestábamos, cuando hacía falta 60 pesos, nos daba los 60 pesos, nos pasaba quincenalmente 60 pesos y nos compraba la ropa y los zapatos, también la comida, mi papá siempre trabajó duro en la finca, mi papá fue cortador de caña y siempre luchó duro por nosotros. Entonces vivíamos en Campo Florido y mi abuela tuvo que hacerse cargo de nosotros, porque mi abuela por parte de padre no quiso quedarse a cargo de nosotros y una tía por parte de madre y abuela se hicieron cargo de nosotros y pasamos mucho trabajo, éramos tres hermanos, uno que vive en Guanabo, uno que estuvo en Miami y yo. Mi madre vino para acá porque no le gustaba vivir en Campo Florido, éramos tres hermanos y no sé por qué no nos trajo con ella ".

Vivía en una casa grande, con una familia numerosa, pero la orfandad es un trauma que la marca:"vivíamos con mi tía y sus hijos, ella tenía sus hijos, nosotros no teníamos quien nos atendiera y mi abuela que estaba viejita era la que nos atendía, nos faltaba afecto y atención, eso yo no quiero para mis hijas, las sobreprotegí para que no pasaran trabajos ni los que yo pasé. Papi nos atendía económicamente, pero ellos no estaban juntos, estaban separados. Mami iba a vernos, pero cuando uno no tiene a mami para todo es malo, para la escuela es malo.

Al principio de estar con mi abuela quien cocinaba era mi tía, lo mejor era para sus hijos, para su gente, cuando era pollo lo único que comíamos eran las alas y el carapacho de atrás del cuello, era lo que nos tocaba siempre a nosotros, también a mi abuela, mi tía y mi otra tía las otras gentes cogían el rastrojo, si hacía un dulce era igual, lo mejor para su gente y un pedacito que nos tocaba a nosotros, porque ella era la que lo hacía que repartía y cogía la mayor parte. A nosotros nos tocaba limpiar la casa que era grandísima, una semana era mi hermana y la otra era yo, sus hijos nunca limpiaron, ella tenía una sola hija hembra y nunca limpió la casa, porque la otra tía tenía a su hija en un cuarto con su marido y ellos se hacían las cosas aparte, pero nosotros teníamos que limpiar toda la casa sin ayuda de nadie, mi abuela lavaba hasta que nosotras empezamos a hacerlo cuando ya mi abuela estaba muy vieja".

Los lazos afectivos más fuertes de Carmen durante su infancia los construyó con su abuela, de ella recuerda "mi abuela era mi mamá, era mi confidente, mi todo, ella me apoyaba mucho". Esos lazos se hicieron fuertes porque la abuela se convirtió en la figura protectora como así se infiere de la remembranza de un suceso traumático de su

infancia que ocurrió viviendo en casa de una hermana de su abuela: "él me tocaba y yo quería hablar con mi mamá y con mi abuela, hasta que mi abuela me sacó de allí, dormida me tocaba el esposo de mi tía, yo no hablé con mi tía, yo quiero ver a mi abuela, yo quiero ver a mi abuela y mi abuela me trajo con ella, se lo conté a mi abuela y a más nadie porque no me iban a creer, yo era la extraña ahí, ellos eran una familia y tal vez para mi prima era normal que su papá se pusiera, porque se lo hacía a ella, pero para mí no era normal y cuando yo me desperté que empecé a notar, yo ya hice el primer show de mi vida y por eso digo que no debo dejar a mi nieta con nadie porque el familiar más cercano puede hacerle cualquier cosa, que no puedes gritar ni hacer nada, yo tenía como cinco años, pasé el preescolar allí. Me tapaba la boca y me regañaba, entonces tú le coges miedo, mi abuela era mi salvadora, mi todo".

Pero de su abuela también tiene una representación de una persona poco comunicativa, tradicional y en ocasiones dura. Sobre ella y su menarquía comenta: "Me hubiera gustado en mi primera menstruación estar con mi mamá, porque cuando tuve mi primera menstruación, yo pensaba que me estaba muriendo, mi primera menstruación creo que fue con nueve años, yo estaba sentada en un marquito en un quicio de la puerta de la casa y estaba con los pies abiertos y me miro tenía todo esto embarrado de sangre y me toco y voy corriendo adonde está abuela y entonces abuela no me explicó y me dijo ya no puedes jugar con varones, mi abuela estaba chapada a la antigua, me dijo tienes que ponerte esto, y va a ser todos los meses ya eres señorita y ya más nada. No como yo con mis hijas. Con nueve años, que fue cuando tuve mi primera menstruación, no sabía de nada, y de ahí en adelante la cosa se puso más dura, mi abuela debajo de la saya me ponía unos chores empatado con otro, era un infierno ser señorita, para mí aquello era malísimo, sin embargo con mis hijas no porque yo estaba ahí para apoyarlas para decirles y siempre han podido contar conmigo para todo, siempre he sido su mamá y su papá".

En su familia de origen se practica una educación sexista. Carmen recuerda que: "Los varones no podían jugar con las niñas, mi abuela decía que no porque los varones pensaban de otra forma, si jugábamos a las casitas había que estar controlando eso, abuela era muy controladora, nos controlaba en todo, mi hermanito era el más chiquito.

A las fiestas íbamos todos juntos y virábamos todos juntos o no va nadie, abuela era chapada a la antigua, tenías que estar con short abajo, no podías estar con los pies abiertos, cuando iba mi amiguita a la casa se ponía a oír de qué se hablaba y cuando se iba decía puta, esa chiquita no sirve, ella formaba un escándalo.

De la escuela normal, de la secundaria, de las fiestas y si fulano está enamorado de fulana y mi abuela salía que para qué, que a veces hasta le daba a la gente, la gente decía que mi abuela estaba loca. Mi hermano era más malcriado, le daban más atención porque era el más chiquito, pero también pasó trabajo.

Yo conocí a mi abuelo paterno cuando era muy pequeña, a mi papá le dieron casa ahí en Campo Florido, él se llevaba a mi hermana y a mi hermano, a mí no porque yo había salido embarazada y me tenía que quedar con mi abuela y nosotros sellamos todas las camas todas las cosas, para ir para la casa nueva, pensando que nosotros nos íbamos los tres porque éramos unidos y cuando yo lo tenía todo recogido me dijo, tú no, te quedas y mi hermana dijo si ella no se va nosotros no nos vamos y por eso me llevó para allá, pero lo tenía que hacer todo, me fui por la perreta de mi hermana y mi hermano, viví allá hasta que conocí al papá de esta, cuando a papi le dieron la casa ya yo estaba embarazada y cuando nos fuimos ya yo había parido, ya tenía mi niña y él parece le daba pena con las amistades y no me quería aceptar, pero después que yo fui para allá tenía que limpiar, cocinar, hacer todo lo de la casa, mis hermanos estudiaban. Mi hermana después se becó y yo lo hacía todo, venía con los amiguitos de la escuela y yo le lavaba toda la ropa de la beca, cuando eso mi papá vivía solo, no tenía madrastra ni nada.

Mi hermano hacía lo que le daba la gana, mañana traía a Juanita y pasado a Periquita y nunca le dijo nada, a mi hermana sí cuando mi hermana tuvo el primer novio y cuando quiso cambiar papi le decía ven acá mija, tú no porque eres hembra, tu hermano es porque es macho".

Desde pequeña comenzó a realizar trabajos de limpieza para buscar dinero a cambio. "Cuando nosotros estábamos chiquitos íbamos para casa de esa tía de mi mamá, hermana de mi abuela y nosotros limpiábamos y ella nos daba dinero para arreglarnos las uñas, $5 o $10, que cuando aquello era dinero, nos daba según como ella estuviera, le limpiábamos la casa, le fregábamos y nos daba dinero, así cualquier vecino que quisiéramos se lo hacíamos".

La precocidad en la sexualidad y la reproducción parece una constante en la vida de estas mujeres. Aparece en el caso de Carmen a edad muy temprana como en la anterior historia de vida: "Me casé demasiado joven, de 14 para 15 años salí embarazada, pensando que eso iba a solucionar mi problema".

Esa maternidad repercutió en la deserción escolar y tiene consecuencias para muchos aspectos de su vida, de los problemas de salud reproductiva que debió enfrentar y los empleos a los que pudo aspirar. Carmen dejó los estudios en 8º grado y varios años después fue que

concluyó el noveno grado que le exigían en el trabajo, y que es su actual nivel escolar.

Durante su primer embarazo hizo un intento de suicidio: "me quise quemar, porque mi tío me dio y no tenía a donde virarme y quise quemarme, pensé que era alcohol y era luz brillante lo que hizo fue que se encendió el ajustador y el blúmer, estaba embarazada pero no casada, él vivía en su casa y yo en la mía. Mi abuela no lo permitía, le tiraba cosas cuando iba, vivíamos separados, hasta que nos separamos, yo crié a mi hija sola y con mi abuela. Cuando salí embarazada intenté suicidarme porque no tenía apoyo de nadie, yo salí embarazada y la hija de este señor también salió embarazada, pero no vivía ahí, vivía en San Antonio de los Baños, pero era otro trato, ella salió embarazada y metió la pata igual que yo, pero sus padres la tratan con tremendo cariño, por la parte de acá mis tíos le compraban pañales y a mí no, mi tía comentó con mi mamá que no tenía que haber metido la pata, porque mi prima la metió pero ella es sietemesina, y mi mamá le dijo si ella era sietemesina porque no se metió una yuca, mi mamá era así de ocurrente. Aunque estuviera embarazada no podía salir, cuando yo estaba embarazada, mi abuela nos daba, mi abuela era de madre, yo estuve como una semana viviendo en casa de una amiguita mía, la mamá me tuvo como una semana en su casa, hasta que mi abuela fue y me dijo que fuera para la casa que iban a cambiar las cosas, cambió más o menos, pero cambió bastante, no estaba como antes. Después de ese intento de matarme, más nunca lo intenté, la mamá de mi amiguita habló conmigo y me decía que lo que pasó ya pasó y que cuando tuviera mi hijo todo iba a cambiar, ella hablaba mucho conmigo, era una madre más moderna, hablaba mucho con su hija".

De Campo Florido migraron para Alamar, "una persona inteligente de vivienda le convenía la casa de mis abuelos e hizo una trampa y nos mandó a nosotros para Alamar y ellos se quedaron con la casa y vinimos para Alamar a un apartamento de tres cuartos, doce personas". Entonces su abuela muere porque según Carmen "la mudada le afectó mucho, aquello no era campo, la de Campo Florido era una casa grande de madera, mi abuela iba para el patio, sembraba, atendía los animales y al pasar para un apartamento en un tercer piso lo que hizo fue afectarla, murió de melancolía, todavía pudiera estar viva".

La maternidad le permitió a Carmen olvidar sus carencias afectivas pero también le impuso sacrificios y la obligó a iniciarse en el mundo laboral, ella lo expresa así: "Ser madre es lo mejor que le puede pasar a una mujer, se te olvida todo, todo lo que tú puedes haber pasado, eso es lo más lindo del mundo, porque ya tú no piensas en ti, piensas en sacar esa criatura adelante y yo empecé a trabajar con 16 años en un taller de costura y te da motivos de seguir luchando por la vida".

Todo lo que yo pasé, hasta donde me han alcanzado las manos, hay otras cosas que no he podido, carecieron de otras cosas que nunca les pude dar, cuando yo vivía en el campo, vivía en un cuartico y no pudieron tener muchas cosas que a esa edad hubieran querido tener, juguetes sí porque yo se los buscaba, yo siempre trabajé para ellas, para que no pasaran trabajo, tal vez no podían tener un juguete de 10 dólares, pero sí uno de un peso, traté de que no le faltara nada y sí mucho cariño, lo que yo no tuve se los di a ellas, yo siempre las quise por igual, la mayor tiene celos de la chiquitica, era más enfermiza, ella siempre sintió celos porque esta era la más enfermiza, muchas cosas que no podía hacer y acá protesta que yo le di mucha libertad a la otra, porque podía hacer muchas cosas que yo no podía hacer, tuvieron lo que yo nunca tuve, más que todo tienen afecto y cariño.

Mis hijas estuvieron con su papá hasta los siete años, nosotros estábamos separados pero viviendo juntos, yo estuve aguantando por ella, con el de la grande si terminamos rápido, menos de un año, de meses, cuando la niña nació ya no estábamos".

Tres años después de tener a su primera hija, a los 18 años, Carmen se casó con el que es padre de su hija más pequeña, y sólo entonces dice que mejoró durante algún tiempo su vida. A esa edad tuvo su última hija, lo que significa que ambas fueron concebidas durante la adolescencia. Durante algunos años dejó de trabajar hasta que el matrimonio terminó cuando tenía 22 años y al separarse del padre de su hija se reinserta en el mundo laboral.

La maternidad precoz tuvo un costo para Carmen, a los 20 años tuvo que someterse a una histerectomía, desde entonces ha presentado problemas hormonales y se convirtió en una mujer obesa. El rechazo a la gordura se transformó también en un problema de salud mental para ella.

"Yo tendría como 25 o 24 años cuando ingresé en el Ameijeiras, pero iba y venía y entonces la psicóloga me decía que los nervios te los podías controlar tú misma, piensa en la persona que más tú quieres y yo tengo que salir por esto y si yo me enfoco, que no voy a salir si me enfermo más de los nervios, entonces eso me ayudó demasiado a salir de todos los problemas que tengo, eso te crea un complejo, yo no era gorda, a mi me hicieron la histerectomía con 21 años y eso te va marcando y empecé a engordar y a engordar, cuando tú te haces eso puede darte por bajar o engordar creo que son las hormonas, yo ya lo acepté, yo antes sí tenía complejos, la gente me miraba en la calle sin decirme nada y yo sentía complejo, si me molestaba y yo paso y siento el chuchu, pero ya me hago idea que esa persona no existe, que no está señalándome, unos se ríen otros se meten conmigo, la que a veces coge lucha es mi hija, la otra, mi otra hija es gordita pero no tanto

como nosotras, ahora también tiene hecha una histerectomía, ella tenía un fibroma, yo tenía fibroma y quiste en el ovario, la otra hija más chiquita tiene útero fibromatoso y eso hizo que pariera ahora temprano porque y si no podía parir después y no le pasara como yo que a los 20 años no tenía nada y así si pasa algo ya tiene su primer nene".

A esa edad cuando Carmen enfrenta una crisis nerviosa, también se le declara una hipertensión arterial: "Yo padezco de la presión, mi presión es emotiva, después de los 24 o 25 años, si cojo un arranque de esos me sube, si estoy muy alegre también me puede subir, si tomo leche con chocolate me sube la presión porque ya soy hipertensa, pero es emotiva, soy obesa e hipertensa".

Así como el cuidado materno ha sido una fuente de placer para Carmen, el cuidado de su madre la ha colocado en una situación precaria y de tensiones familiares. Hace nueve años su mamá enfermó, como lo recuerda Carmen: "sufrió una isquemia cuando vivía en este cuartico y tuve que venir a cuidarla, ella primero vivió en Villegas y después vino para aquí. Yo venía de Alamar, donde vivía, los viernes cuando salía del trabajo y le preparaba algo de comida, veía si le faltaba dinero o algo, ella no trabajaba, era costurera, ella cosía aquí en la casa y vendía refresco y cosas así, ella trabajó hace tiempo y dejó de trabajar, yo siempre la he atendido porque es mi mamá. Yo vivo con mami porque mi hermana quiso ponerla en un asilo, yo no lo permití, mi hermana nos ayuda, vive en Guanabo, ella vivía con nosotros normal, pero ella vive bien y no le interesa esto, ella viene una vez al mes y le trae cinco dólares y a veces se pasa hasta dos meses sin venir, trae seis bistecsitos de puerco, y le dice mami como tú estás y se va. Mi hermano estuvo para ayudarnos una vez que mandó 100 dólares, otra vez mandó 50 dólares y mi hermana se comunicó y más nunca ha llamado, yo se la puse a ella para que viera que tenía dificultad al hablar y yo siempre trato de salir a resolver, a ella no le falta su plato fuerte, su aquello y lo otro porque sí lo necesita.

Puedo estar en estrés, pero doy gracias a la vida porque tengo a mi mamá viva, tengo a mi papá vivo, lo ayudo como pueda igual que ayudo a mi mamá, tengo a mis hijas que doy gracias a Dios por tenerlas. Yo tengo dos hijas y cuatro nietos y lo mal que me pueda sentir pienso en ellas, y entonces ya con eso me siento mejor. Cuando mami se puso así enferma, entré en un estado de nervios malo, malo, pero siempre pensaba que tengo que estar bien porque mis hijas me necesitan, mis nietos me necesitan, te aferras a lo que tú quieres en la vida y vas saliendo de eso.

Ella estaba bien y hace un mes le dieron unas convulsiones y mi hermana y yo tuvimos tremenda discusión porque yo la llamé y le pedí que viniera para que me ayudara porque la iban a ingresar y me dijo

que ese era mi maletín, esa fue la discusión, después nos entendimos y sigue con esa cosa que como mi mamá no nos crió no tiene que ocuparse de ella, dice que su familia se compone de sus hijos y su marido, quiere decir que ni yo ni mami".

Carmen cuenta con la colaboración de sus hijas y de su actual pareja, pero ella es el centro de todos los procesos de cuidado. Cuida a su madre, a su nieto, a sus hijas y atiende la casa de su esposo en la noche. "Mi hija me ayuda bastante, demasiado, conmigo vive una sola de mis hijas, la otra vive en Alamar, yo vivía en Alamar pero en un cuarto, por ese apartamento me dieron un cuarto y ahí yo dejé a mi hija con sus tres hijos, cuando yo vine a cuidar a mami con la más chiquita que era menor de edad cuando eso y me quedé a vivir aquí de eso hace como siete u ocho años, nueve años por ahí.

Las dos me ayudan yo llamo a la mayor y le digo tengo un problema y ella arranca para acá y me ayuda, la chiquitica me ayuda porque está aquí, yo aunque no me case más, tengo que seguir adelante, porque mi mamá se va y si se me va mi hija tengo que seguir luchando. Yo tengo pareja que ayuda bastante, nosotros nos conocemos hace como ocho años pero de ahí a vivir juntos va a ser dos años, yo me voy por las noches a quedarme con él, yo estoy aquí todo el día y dejo la comida hecha hasta que mi hija venga del trabajo y cuando ella llega todo el mundo está bañado y todo hecho y me voy y viro al otro día por la mañana, le hago las cosas también a él allá y al otro día vengo para acá. Yo también cuido a mi nieto porque no tiene círculo y cuando tiene algún problema que no puede ir al círculo yo me encargo, él va al círculo pero hubo un cambio de círculo, porque allí en el círculo de Compostela había muchos insectos y mosquitos y él es alérgico y venía con ronchas con humor y entonces lo cambiamos para este círculo, ya vino el cambio y ahora empieza el lunes".

Esas funciones de cuidadora Carmen las comparte con trabajos informales que la ayudan a sobrevivir, pero que afectan su salud porque le roba tiempo al descanso. Sus narraciones nos ayudan a comprender el concepto que tiene de la pobreza: "Yo me considero pobre, más que pobre porque la vivienda y lo poquito que tengo lo he tenido que arañar demasiado, como no estoy trabajando para cuidar a mi mamá he tenido que trabajar por la izquierda, de noche, de madrugada, sacrificar mi sueño, para poderme ganar cinco pesos, tres pesos, he trabajado en lonches, no sé, personas que tienen demasiado trabajo y me llaman, el primo Luis y el padrino de Yuver, preparando pan es como una cafetería, yo soy dulcera y si tengo que hacer dulces lo hago, si hay un cumpleaños voy a su casa y le hago un *kake*, pero sacrifico la madrugada esa, eso no es fijo es cuando se presenta, tengo que depender de la manutención que le dan a mami que le dan ciento cua-

rentipico pesos, que eso no alcanza para nada, para comprar ese DVD fue reuniendo peso a peso y el TV es prestado y tiene la bocina rota y cuando vengan, aquí lo que había era un TV chiquitico que cuando mi mamá se enfermó nos trajeron ese que cuando le dé la gana me lo pueden quitar, es de una cuñada de mi hermano, se compró quitándole un peso a esto a lo otro para que cuando la niña esté aquí no tenga que molestar a nadie y mami misma que va a ver, porque mami cuando la enfermedad quería tirarse de ahí para abajo, no se podía quedar sola por miedo a que se tirara por ahí para abajo y entonces había que buscarle en qué entretenerse y ella se entretiene demasiado con eso, porque con ese dinero en vez de comprarme un DVD me hubiese comprado cualquier otra cosa. Yo lo que no he podido entender nunca es, no es que yo le tenga miedo a nadie ni nada, por qué no se pueden equilibrar las cosas en la vida, no sé porqué tú tienes mucho y yo poco, esto está mal manejado, yo no entiendo muchas cosas que no te puedo explicar".

La carga del cuidado y la atención a su madre en las condiciones económicas y de vivienda que vive generan crisis nerviosas en Carmen y otros problemas de salud. Asumir el cuidado de su madre ha significado un giro total en su vida. Dejemos que ella cuente sus experiencias de cuidado y salud:"Lo de los nervios se agudizó cuando mami se enfermó, a ella le han dado paros y neumotórax. El SIUM[15] no la quiere bajar porque pesa mucho, tienes que contar con los vecinos para que te ayuden a bajarla, el médico sí, tú le mandas un recado y él sube.

Yo antes trabajaba en el centro de elaboración de Santa María, que está detrás del trébol, cuando trabajaba no pasaba trabajo porque ganaba $10 cuc y mi salario y en mi casa la que resolvía era yo, hace ocho o nueve años que mami enfermó, tuve que dejar de trabajar y la situación económica empeoró.

La jefa de personal quiso ayudarme y me mandó para aquí para el Sevilla, nunca me pude incorporar al Sevilla porque no tenía quien me cuidara a mami, inclusive yo tuve aquí a una muchacha para que la cuidara yo le pagaba mis $10 cuc, pero mami no se adaptó a ella y era llorando y llorando y yo le preguntaba qué pasó y la muchacha no me sabía responder, ella la dejaba sola y se iba y cuando yo llegaba, ella llegaba. Cuando dejé de trabajar me cambiaron para la zona seis de Guanabo, presté servicio también en la CUJAE, cuando venían los eventos esos de los estudiantes y tuve que pedir la baja, también fui camarera, me fui cambiando de trabajo para ver si me podía acomodar, pero no me pude acomodar y tuve que pedir la baja.

---

15 Siglas que identifican al sistema de ambulancias que trasladan a enfermos graves o discapacitados a los servicios de salud.

Se hacían dulces, era una dulcería y se hacía comida también, todo lo que salía para la playa se hacía en ese centro de elaboración, todas las comidas, todo, todo, todo. Si tú querías comer pollo, si querías un tatianof, te lo comías allí, lo que tú querías comer, allí fue donde pasé el curso de dulcera, yo económicamente estaba bien, yo no puedo decir que pasé el periodo especial, ya yo trabajaba ahí y no sabía lo que era un periodo especial, con lo que es comida yo nunca pasé trabajo.

Después que empecé a trabajar no estaba mal, yo fui auxiliar pedagógica y después trabajé en ese centro de elaboración que me vino de maravilla. Desde hace ocho años para acá fue que empeoré en la vivienda y la economía por la enfermedad de mi mamá. Si mi mamá no estuviera enferma yo estaría trabajando, yo sé hacer de todo, pero aquí el agua es malísima, viene el agua todos los días pero no tienes como subirla, hay que cargarla o que un vecino te haga el favor de darte un poco de agua cuando pongan el motor de ellos, es así tienes que pedir las cosas de favor, los dulces no se pueden hacer aquí porque como se friega todo es mucha agua la que hay que usar.

Mi mamá enfermó cuando tenía 52 años, antes de eso padecía de la presión y colesterol, ella era de buen cuerpo, estrecha por aquí y fondilluda, ahora es que está obesa, ella lo que era ancha de caderas, el asma era hereditario, mi abuelo, todo el mundo es asmático. Ella no tenía un control de alguien que le dijera no comas esto o lo otro, ella hacía lo que le daba la gana y comía. Yo venía un viernes y se portaba bien y me iba un lunes y quién le controlaba su vida, le gustaba el alcohol eso le gustaba que era una barbaridad, ella que yo sepa no tenía pareja. La isquemia de mi mamá fue de un atracón que se dio con carne de puerco, ya ella había tenido la presión alta y ella no se dio cuenta, no se tomó las pastillas.

Si por ejemplo me dicen, oye estás bajando a mi me da por comer más y es come y come, no tengo control, es ansiedad, también la gordura me afecta la respiración. Hay hipertensos flacos pero la obesidad arrastra muchas enfermedades.

Ahora también padezco de artrosis, de hecho no puedo abrir y cerrar pomos de agua, ni exprimir mucho, limpio y friego porque si no… pero me duele. Padezco desde hace poco, de eso debe ser de cuando yo hervía que tú metes la mano en agua caliente y después en agua fría, eso dicen que afecta mucho los huesos y desde un tiempo para acá hace como un año me estoy sintiendo que no puedo abrir los pomos de agua, tengo que coger una pinza para que la pinza me ayude, yo tengo 44 años y si Dios quiere el mes que viene voy a cumplir 45, hay cosas que hace dos años ya no puedo hacer. Las piernas me duelen, después que yo me caí de la escalera esta y de aquella y el pie a veces

no me responde, yo nunca fui al médico y si me enyesan el pie, yo una vez estuve enyesada aquí con tendinitis de los dos brazos, pero pasaba mucho trabajo para bañar a mami, él no quería que a la niña la bañara, me tuve que quitar el yeso porque yo soy el cuerpo de esta casa.

La enfermedad de mi mamá me tronchó la vida, me paró la vida, no era rica pero no vivía mal, ella nos está oyendo, ella no es boba, fue como si te amarraran las manos y los pies, ella me la jodió cuando se fue y ahora me vuelve a joder, porque cuando tu pares es para atender a tus hijos y darle todo lo que le puedas dar, mi papá era el hombre más bueno del mundo, ella lo dejó porque le dio la gana, ella no puede decir nada y después ella se enfermó y yo no iba a permitir que la metieran en un asilo, ella fue la que me dio la vida.

Cuando mami se enfermó no tenía casi ayuda, comía arroz con salsita, yo le daba la carne a mami y a mi hija y yo comía el arroz con salsita del pollo o asarlo con sazón y darle lo mejor a mami, si había un huevo darle ese huevo a mami y nosotros comíamos cualquier cosa. Sí he pasado trabajo, de aquí para afuera nadie se enteró, no le toqué la puerta a nadie y ya después hice más o menos con esta vecina de abajo una amistad y nos intercambiamos, tú tienes esto y yo esto, cuando ellos no tienen yo les doy, cuando yo no tengo, ella siempre está pendiente de eso, si hace un poquito de sopa ella le da a mami y si yo hago algo aquí le doy a ella, pero de decir no tengo, trato de resolverlo, si tengo que llamar a mi hermana le digo para hoy no tengo, ni tengo ya donde buscar y ella a veces me dice tú siempre estás en lo mismo, le digo es tu mamá tienes que ayudarme, ella vive mejor que yo, pero esto es una responsabilidad que es de las dos o de los tres, mami estuvo en el Calixto García dos meses y cuatro en el Julito Díaz. Yo sola, mi hermana iba una vez a la semana, que eran los jueves, me daba tres dólares y me traía el plato de comida, el de ese día, en el Julito Díaz cuando eso no le daban comida al acompañante, comía lo que mi mamá dejaba, hice relaciones con la pantrista y cuando sobraba la comida me daba un poquitico, porque esos tres pesos no me alcanzaban para comer la semana entera, mi hija más chiquita estaba en el pre y la grande tenía un niño chiquito y no podía hacer ese viaje. Un día una tía mía se quedó con mami de un día para otro en el hospital, para yo poder dormir en la cama y hacer cosas aquí que tenía que hacer, después no salí más, no tuve relevo, fue cuando estuvo grave, grave con la isquemia, yo luchando con ella hasta que mírala, bueno no le ha repetido más nunca.

Mi situación también ha afectado mis relaciones de pareja, porque nadie está para eso, y las relaciones me duran un año, dos años, tres años pero no me duran más, hasta que dije no voy a estar con más nadie hasta que apareció este, nosotros nos descargábamos, estuvi-

mos siete años en esa descarga, hasta que él tuvo una separación con su pareja y habló conmigo si me interesaba formalizarme con él y dije vamos a probar, porque todo el mundo no interioriza este problema, hasta ahora me va bien, él es muy comprensivo.

Ahora no estoy estable pero con la relación que tengo con mi pareja es lo mejor que me ha pasado en la vida, me siento super bien, todo está bien, pero tengo este problema y los viajes estos del Cerro a La Habana y de La Habana al Cerro y llega un momento donde digo ya no puedo más y tengo que tratar de controlarme porque a veces la cojo con aquel por allá y él no tiene la culpa y entonces me controlo, él no me hace caso y se va, porque él no tiene la culpa se aburre y se cansa y yo viro para atrás, es como si nos estuviéramos volviendo locos, no me la puedo llevar para el Cerro, aquello es un derrumbe, era un edificio y se derrumbó las partes de arriba y él está viviendo allá abajo, está apuntalado y todo, él vivía con la abuelita que también estaba postrada como de 93 años y la mamá se la tuvo que llevar para su casa, yo no puedo llevar a mami para allá con miedo a que aquello se vaya a caer, a ver cómo tú vas a sacar dos viejos de ahí.

A él no le gusta estar aquí, a pesar de que esto tiene dos cuarticos uno chiquito y este otro más grande, cuando la niña salió embarazada e hice un cuartico para ella y no para mí, este era el mío, que yo se lo di a ella que era el más grandecito para que cupiera la cuna y cogí ese más chiquito".

El significado de la maternidad que posee está mujer la mantiene en sus conflictos del cuidado, vive traumáticamente el abandono materno, pero siente la obligación de atender a su madre, así como el amor a sus hijas y el cuidado por ellas lo usa como estrategia para enfrentar sus crisis nerviosas.

Las exigencias del cuidado de una persona incapaz para moverse y sin autonomía empeoran las condiciones de salud de su cuidador y hacen difíciles las relaciones entre cuidador y enfermo, eso es lo que se puede inferir de la vida de Carmen como cuidadora de su madre.

"Yo peleo demasiado, yo trato de llevarla mejor, pero cuando estoy estresada sí peleo, lo que ella hace a diario, si se ensucia o si se orina, ese día me molesta más, y me pongo tú tienes que hacer esto, no hagas lo otro, pero a veces digo:¡me pasé! Después reacciono y ya voy más o menos, a veces tengo que regañarla porque no hay necesidad de ensuciar, cagarte, tienes que ayudarme en esa parte, porque tú tocas la niña y cosas que la niña puede tocar y es lo que le explico más o menos y ella entiende y a veces cuando tiene problemas contigo lo hace más. A veces hace cosas que me dan asco decir y tengo que írselo negando, porque es donde mami se… para qué contarte, si lo hace adrede a veces, cuando ella quiere hacer que las personas se sientan mal, yo dor-

mía en el suelo aquí para que cuando ella se fuera a orinar estar ahí y no la subía para allá arriba, porque si le daba esa cosa de nuevo como yo la siento, la enfermera fue la que me sacó de ese estrés, la enfermera me dijo tienes que dormir en tu cama, te pones fuerte y la sacudes, ella es tu mamá y está enferma. Y así fue como me pude sobreponer, porque me daba unas galletas de madre y lo que tenía era lástima que le fuera a volver a dar y ella con la enfermedad percibe eso y la enfermera me dijo tienes que ponerte fuerte. Yo le doy gracias a mi jefa de personal, y la quiero como una madre que me ayudó mucho, mucho, mucho, ella cuando yo empecé a trabajar ahí, me decía yo tengo unas ganas que logres la estabilidad tuya y cuando me empecé a enfermar de los nervios, ella venía y me apoyaba mucho, yo le daba golpes a la pared con la cabeza y me decía tienes que sobreponerte y me hablaba mucho a pesar de que yo misma me hablaba yo también.

Los hijos se quieren más que a tu mamá, que todo, los hijos es la mejor felicidad que te puede dar la vida, cuando crecen es otra cosa, yo no tengo quejas de mis hijos, la mayor tiene mucho carácter es más, yo soy feliz de esas dos hijas que me dio la vida.

Yo estoy un segundo plano, si ellas están bien yo estoy bien, yo no soportaría la pérdida de un hijo, no sé cómo me cogería eso, yo vivo por ellas, respiro por ellas, son mi razón de vivir, me puede faltar mami me va a doler, pero mis hijas es el apoyo que siempre he tenido, ellas siempre están ahí, yo me he aferrado a eso para seguir adelante. A mami si está ahí yo tengo que seguir luchando por ella, le pido a Dios que le de salud y que me de salud a mí para poder seguir lidiando con ella y mi salud va cada día más para abajo".

La historia de esta familia de mujeres se caracteriza por una alta carga de morbilidad y precocidad en el padecimiento de enfermedades. No sólo Carmen y su madre presentan problemas de salud, sus hijas también padecen de enfermedades y viven una vida de riesgos.

A mi hija, además del asma, a veces le sube la presión, ella no va al médico, cuando sale del trabajo a veces tiene la presión alta, ella debe atenderse por el médico porque ella tiene herencia de diabético y de hipertenso por parte de padre, esa gente todos están muertos y sin patas, al papá le han cortado los pies. Ella tiene que hacerse un chequeo de la presión y del azúcar. Hace dos años atrás que hemos notado lo de la presión, puede ser que anteriormente lo haya tenido, cuando viene del trabajo parece que viene con mucha carga y empieza a pelear porque esto no está hecho y ese estrés le sube la presión, ella va a cumplir 25 años, ella es también obesa, ella con nueve meses pesaba 35 libras, siempre estaba ingresada por asma, reforzamiento en los pulmones, en un año tuvo dieciséis ingresos, me la remitieron para el William para hacerle pruebas, a pesar de eso siempre estaba

gordita, se ponía flaca en ese tiempo que estaba y volvía otra vez para atrás, subía rapidísimo pero ella no tiene ese complejo de gordura ni nada, ella no es complejista, vive su vida y lo que le gusta se lo pone, ella me pregunta si le queda bien, si le queda bien se lo pone pero ella no es complejista como yo, yo me miro diez veces en el espejo y salgo a veces con una ropa y si me miran por la calle viro para atrás y me la quito, ella no, se lo pone y ya.

Ahora yo voy al médico, me dicen no puedes hacer peso, no puedes hacer lo otro, qué hago, no puedo hacer más nada, tengo que seguir con lo que tengo, para qué voy a molestar al médico, gastar papel por gusto y tinta si yo no puedo hacer nada de lo que él me va a mandar, tengo que seguir con el mismo estrés con la misma ansiedad y todo lo que tengo. A veces me tomo el meprobamato, no me gusta tomar pastillas, pero no tomo nada, yo quisiera hacerme un chequeo, no puedo hacerlo tampoco, mi descarga normal, mi esposo le van a dar una casa en Varadero por el trabajo y yo no puedo ir, este maletín de quien es, es mío con rueditas, todavía no se lo he dicho, no sé cómo decírselo todavía porque esta es la primera vez, si se me diera ir, yo quisiera llevarme a mi hija, a mi nieta y a la otra. A mi hermana cuando se lo dije, me dijo yo no puedo porque no puedo dejar de trabajar, yo tengo que dejar a mi hija sola en la casa, es decir que para ahí no me puedo virar, no sé deja cuando llegue el momento qué pasa, tal vez a lo mejor hay capacidad para mí y para él y pueda contar con él y si no es así, vamos a ver qué pasa.

Carmen percibe las desigualdades entre hombres y mujeres y vive cotidianamente las actitudes discriminatorias hacia su obesidad y raza. Los estereotipos raciales y del cuerpo han tenido un costo para sus relaciones de pareja. A pesar de esas realidades y de sus complejos, no ha sido despreciable el número de parejas que ha tenido en su vida. Ha vivido también experiencias de violencia y separaciones, pero no ha renunciado a una relación que le proporcione placer y una salida a la situación en que se encuentra. Ella participa de una cultura de la subordinación femenina centrada en el cuidado.

"Mira, los jóvenes cuando me ven se ríen en mi cara, te señalan, a veces me molesta pero no puedes estar fajada con el mundo, yo cojo y viro la espalda, yo sé que es conmigo pero no puedo hacerle caso sigo haciendo otra cosa, mirando otra cosa, entiendes, pero tengo que seguir viviendo, entonces no debiera salir a la calle, si vas para una parada caminando y eres el foco, incluso cuando yo me monto con mi esposo en la moto, yo tengo demasiada cadera y me monto en la moto y todo el mundo tiene que mirar eso, al principio me sentía mal, no quería montarme en la moto, no, no, no yo me voy en la guagua, pero

por qué, y me dice tú eres muy complejista. Me dice tú no puedes vivir para la gente, tú tienes que vivir para ti.

Ser mujer ha significado tener mis hijos, preocuparme de ayudar a las personas a mi mamá misma, no tengo más que decirte, si volviera a nacer quisiera ser hombre, se pasa menos trabajo, el hombre nada más se dedica a trabajar, a buscar dinero para la casa, él no tiene que estar que si mami, que si esto, la mujer pasa más trabajo que el hombre en todo. Sí, como mujer he tenido la posibilidad de tener a mis hijos, cuidar a mi mamá y mi abuela y a los que lo necesiten, se enferma alguien y al que ir para el hospital voy para allá, el hombre no tiene tanta responsabilidad, no piensa tanto, la mujer es la que más se sacrifica en la vida, es más sacrificada, no le tira a los hombres, me entiende, no pasa tanto trabajo como uno, desde que tu mamá te hizo pasas trabajo, no como el hombre, el niño no tiene que cuidarse de que no lo violen, no pasa trabajo igual que la hembra, ni cuando menstrúan, ni cuando paren, no tienen que parir, no tienen que hacer nada.

Yo empecé la primera relación porque pensé que me iba a cambiar la vida, que mi situación, todo, iba a tener una casa, una responsabilidad, yo no tenía nada de eso, no le caía bien a mi suegro porque mi pareja era blanca y mi hija era negra, yo era negra y por problemas raciales no caía bien, cuando yo iba ahí de visita era como si yo fuera un bicho, en esta relación que tengo ahora también, mi suegra es, los negros no, mi pareja es blanca y la primera relación que tiene con negra, él me gustaba y bueno si me acepta bien y si no también, él me apoya demasiado, cuando su mamá hace una payasada él la pone en su lugar sin faltarle el respeto, yo siempre le digo es tu mamá, esa es su opinión y tienes que entenderla y respetar lo que ella diga, yo voy ahí y me hace comida, hablamos, pero él nunca había estado con una persona de color, mi pareja tiene 42 años.

Mi primera pareja me decía: si tú me dejas nadie va a cargar contigo con dos hijos, si te pusiste un poquito más gorda, si estas así. Con el papá de la más chiquita, cuando nosotros nos peleamos, me dijo quién va a cargar contigo con dos hijos si me dejaba, tenía miedo, con esa barriga así picada, esto, lo otro y le demostré a través de los años que sí. Ahora le dice a sus otras relaciones que lo mejor que ha tenido en su vida he sido yo. Yo he tenido que sobreponerme a muchas dificultades en la vida, lo hago porque tengo a mis hijas ahí y hay que seguir por ahí.

Con mi segunda pareja, al que le aguanté villas y castillas, él fue administrador de pizzería, de la rotonda de Cojimar, de la pizzería de Cojimar, y eran mujeres y mujeres y mujeres, él no tomaba, llegamos a discutir bastante hasta que dije me voy, me voy y me fui. Yo un día le di con una botella en la cabeza, le di porque ya no podía más, no

el problema es que yo lo vi, no que me lo dijo fulana, yo te vi, de que no te llamé fue otra cosa, pero yo te vi, estabas metido en el cuarto con una gente, yo te vi cuando entraste y me fui, él me dio que toda esa gente eran unas chismosas y unas breteras y me fue para arriba, no me dio, él sí tuvo una pareja que le daba golpes, a mí no porque él no es mi mamá ni mi papá, tú me diste y yo te di, esa fue la gota que derramó la copa, ya había mucha falta de respeto y empecé a vivir con una tía mía en Guanabacoa y empecé a dar tumbos, estuve aquí como 15 días y después me fui para Campo Florido, porque no quería virar para Alamar y de Alamar para acá, aquí nunca me ha gustado vivir porque no hay agua, una cochinada tremenda, por mucho que tú quieras tener esto recogido y limpio no lo tienes nunca.

Nunca tuve problemas después de la separación, yo lo he ayudado con su mamá, cuando su tía se enfermó yo me mandaba para allá y la ayudaba, cuando la mamá estaba con cáncer yo la recogí y la llevé para mi cuarto en Campo Florido y la atendí hasta que se murió, porque nadie de sus hermanos quiso recoger a la madre, él estaba con una pareja que decía que esa no era su mamá y como no era la mamá de la pareja no podía quedarse con la mamá de él, la otra hermana porque no podía porque trabajaba y entonces le dije no es mi mamá y fue malísima conmigo esa suegra, mala, mala, pero yo la recogí y me la llevé y la atendí y bien, nunca la maltraté. Ella me trató mal en el sentido que me buscó muchos problemas con su hijo, yo vivía en su casa con su hijo y me decía que yo le pegaba los tarros al hijo, esas son cosas le decía a mi hija, que mi familia venía a traerme chismes, no podía recibir visitas de mi familia, decía que mi familia venía a decirme cosas y cuando mi mamá iba allá y el hermano mío que se fue para afuera, no quería a nadie de mi familia, fue super mala, apoyaba a todas las queridas que tenía el hijo, cuando ella estaba enferma me pedía perdón, perdóname por todo lo mala que fui contigo. Que te perdone yo, que te perdone Dios, yo te hago esto de corazón porque yo soy así. Y dicen que se murió diciendo mi nombre.

A mí siempre me ha gustado que el hombre lleve el control de la pareja, porque si lo llevo yo para qué quiero un hombre al lado mío, un muñeco. Pero no con violencia, alguien que yo respete, que pueda contar con esa persona, que no sea un muñeco, como esas parejas que la mujer le da golpes al marido, que lo maltrata, no discuto, puedo tener algún problema, no sé, que él tenga cualquier problema y tengo que hablar, parece que los años me han dado más experiencia y hablo demasiado.

En el acto sexual el control me gusta compartido, para que no sea aburrido ni monótono. Mi primera relación sexual no fue buena, yo pensaba que era otra cosa, no sabía nada de eso y le cogí miedo al hom-

bre, yo disfruté más con la segunda pareja que tuve que con la primera, con esa segunda pareja yo descubrí lo que era hacer el amor, no era un sufrimiento como yo lo pensaba porque siempre era con dolor, él supo llevarme al convencimiento de que eso no era lo que yo imaginaba.

Mira nosotros estuvimos la primera vez cuando él tenía 23 años y yo tenía 14. Él psicológicamente me fue conquistando hasta que pasó y no me gustó y ahí salí embarazada enseguida, en aquella época no se hablaba de protección, no se hablaba de eso, mi abuela nunca hablaba nada de esto, esto no se puede porque no se puede y no te explicaba por qué no se podía, te daba permiso para ir a una fiesta y tú sabes que las fiestas empiezan a las diez de la noche y mi abuela me decía a las seis de la tarde vete para la fiesta, allí no había nadie y a las ocho de la noche decía vamos, a la hora que empieza a llegar la gente, esas eran las fiestas mías, aún cuando tenía la hija mía mayor había que pedir permiso para ir a las fiestas, yo le hacía tremendo caso a abuela.

Siempre mis parejas han sido mayores que yo, a mí me gusta que me enseñen no tener que enseñar, como no tenía esa experiencia y vas adquiriendo conocimientos, pero con el primero nunca supe, a pesar de que me gustaba y lo quería y mi mamá me decía, está feo, todo el mundo decía que era feo, le decían el hombre lobo, es el segundo esposo, me gustaba, era cariñoso, yo siempre desde chiquita dije que quería un esposo como mi papá, bueno, cariñoso, me gustaba el cariño paternal, por eso buscaba hombres mayores y el papá de mi segunda hija tenía muchas cosas de papi, de cómo se comportaba, en cómo llevar una casa, lo que era mujeriego, todos lo hacen porque aquí no hay ningún santo, pero ya cuando tú empiezas a hacerlo al descaro que las personas están mirando no, y nos separamos.

Me hice un rivanol y un legrado, porque no podía tenerlo, el rivanol me lo hice del papá de la segunda relación que él no tenía hijos y después me hice el legrado y después es que tuve a mi hija, me decidí por él porque él lo pedía y me lloraba y me decía por favor para sentir lo que era padre porque las parejas que ha tenido eran mayores que él y tenían hijos grandes pero ninguno de él, los abortos era porque yo no podía, sí tenía una tenía vecinas que me hacían ropita y me decía ven para que veas lo que te hice para la niña y yo siempre la tenía bonita, yo vivía para esa niña y no quería tener más complicaciones, además era casado con una señora ahí y no quería romper eso y él me decía que su relación no servía y la mujer no podía parir, también tomaba, yo no quiero seguir con ella y entonces había muchas faltas de respeto entre ellos dos, bueno yo me fajé con ella, ella no quería dejarlo, entonces nosotros nos peleamos debido a eso, él no sabía que me había hecho el rivanol, para él yo todavía estaba embarazada y ella fue a reclamarme y yo le dije que ya estábamos peleados y ella no

entendió y nos fajamos a las manos y después de eso seguí por rabia y además porque me gustaba y lo quería y seguí con él y ella se fue y salí embarazada rápido al mes ya estaba embarazada otra vez, el aborto fue después de la niña, el rivanol fue entre las dos niñas, cuando empecé con los problemas y aparecieron todos esos quistes ahí fue cuando me vaciaron. Cuando tuve la niña él vivía en su casa y yo en la mía, él decía que su mamá estaba vieja, que no iba a conocer sus nietos y no era malo porque estaba pendiente de mi hija mayor, qué le faltaba, qué le hacía falta, en la comida en la alimentación, en todo, entonces empecé a sacar cuentas, no es malo, no esto, no lo otro y me lo dejé, inclusive él le compraba las cosas a las dos por igual, los cumpleaños se celebraban, una nació en febrero y la otra en septiembre, se hacían dos cumpleaños al año, siempre unidas, esta cumplía dos años y le celebraba el año a esta y todo era doble.

Nunca he tenido enfermedades sexuales, yo empecé con mucha menstruación y dolores y yo pensé que estaba embarazada otra vez, yo cuando la niña estaba menstruando y estaba embarazada, empecé a ir al médico y fue cuando me ingresaron y me vaciaron, el médico me dijo si tú prefieres vivir unos años más o dejarte eso allá adentro, yo me imaginaba que tenía cáncer, o dejarte eso ahí y que se convierta en malo y vivir hasta que eso reviente y entonces la psicóloga habló conmigo, yo también tenía miedo porque a uno no le habían explicado las cosas y tu vas oyendo de fulana, a mengana y a siclana, pero nunca había vivido esa experiencia. Ni antes ni después de la operación se vieron afectadas mis relaciones sexuales. Esta es mi pareja número siete, no han sido estables las anteriores. Esta relación es muy complaciente es una gente que tiene mucho control.

En su familia, Carmen no es la única mujer que tiene una relación de pareja basada en la violencia, o que debe enfrentar la carga del cuidado: "Sí, yo estaba contenta que no cabía en mí, mi hermana imagínate, la doctora decía tú pariste y tu hermana la pujó, mi hermana no, no eso era lo más grande del mundo por mi hija, aparte que era bella, mi hija era preciosa, mi hermana el embarazo lo vivió junto conmigo. Mi hermana y yo nos distanciamos después que ella parió, cuando ella hizo su familia, desde pequeñas estuvimos juntas inclusive cuando ella tuvo una relación antes del padre de su hijo, yo me metí en todas las broncas de sus parejas, porque mi hermana es más, aguanta más y ella tenía un marido que la golpeaba y yo iba para allá y me metía para adentro de la casa, todo el mundo me tenía miedo, yo no soportaba eso y mi hermanito iba conmigo.

Después que empezó con esta relación vive más para su familia, es más conservadora de su familia, yo estuve ahí cuando parió su primer niño y cuando parió el segundo yo estaba en el hospital, ella

estaba sin trabajar porque perdió el trabajo y yo la apoyé económicamente, canastilla y eso que había que comprar y yo salía adelante con ella, cuando parió su segundo niño ahí estaba yo también, se operó y allí estaba yo. Ella ha estado cuando tuve a mis hijos".

Siempre yo pienso mucho las cosas, el miedo todo fue estando ya en el hospital, cuando decidieron operarme, el médico me dijo hay que operarte por esto y esto y me dijo qué tú prefieres ver a tus hijas grandes o quedarte en la mitad y yo le dije pa adelante, la psicóloga me ayudó mucho, me habló, que eso era mi mente, cuando tú estás haciendo el sexo esos órganos que están allá adentro no realizan ninguna función y me explicó una pila de cosas que yo entendí.

Me alegro de haberme operado en ese momento, he vivido con mis hijas, he vivido con mi nieta y he podido disfrutar de mami, no quisiera morirme pero si me toca, he vivido y estoy viviendo, yo vivo la vida como si fuera el último día.

Uno de los mayores dilemas de Carmen está en las malas condiciones de su vivienda. Por mucho tiempo ha vivido en un cuarto hacinada y en mal estado constructivo, allí tuvo a sus parejas y a sus dos hijas, hoy vive con una hija, una nieta y su madre anciana y paralítica, todas mujeres. Los problemas constructivos de la vivienda interfieren en el cuidado de la anciana: "Si yo hubiera tenido una casa más grande mi hija estuviera viviendo conmigo y hubiera podido ayudarla como ayudo a esta pero estamos lejos, ahora ella vive en Alamar y yo vivo aquí con mami, me gustaría vivir con mi familia, darle mi apoyo, que no estén solas, aunque la otra tiene ya 29 años quisiera ayudarla, nada más que puedo ayudarla cuando viene o yo voy allá y yo le digo Tata pásate una semana aquí conmigo, porque la extraño".

Uno de los obstáculos que yo tengo en mi vida es la vivienda, si yo viviera en bajos mi mamá hubiese podido caminar o podría luchar por caminar, porque no es lo mismo bajar una escalera que caminar de una cuadra a la otra, mami estuviera hoy por hoy caminando, la vecina del fondo le dio eso mismo que a mami y ya está normal, no le quedó nada jorobado y las dos juntas cayeron con la misma enfermedad y la hermana se la llevo para Bahía, la china ya camina, aquí los médicos no suben, para subirlos eso es tremendo, al principio la fisiatra del trabajo de mi prima que venía a hacerle los ejercicios, nadie está para eso, no están obligados, el de aquí nunca vino, después pusieron a un profesor que ahora se fue para Venezuela, que venía todos los días a hacerle los ejercicios, después le quitaron eso y él venía consciente a veces dos días a la semana y él decía son las escaleras, es mucha escalera. Además de las enfermedades mi problema es de vivienda, yo quisiera este mismo cuartico pero en bajos, yo no estoy pidiendo un palacio, pero en bajos. Esto está demasiado chiquito, este

edificio es demasiado viejo, se filtra todo, una cochinada tremenda esa muchacha descarga el baño allá arriba y nos los descarga aquí abajo toda esa fetidez cae para acá abajo. Mami está postrada, si ella tiene un espacio donde moverse ella pudiera caminar, eso dijo el fisiatra cuando vino, aquí no hay donde moverse, tu vas a ver si te pueden resolver y te dicen que hay casos peores que este y vas y te quejas y es lo mismo y entonces quién va resolver tu problema, no han hecho nada. Si hubiera tenido condiciones adecuadas de vivienda hubiera tenido quizás mejores oportunidades de tener una vida sexual, porque la distancia es lo que destruye, tú viviendo en un lado y yo en otro, se tienen que aburrir. Mis condiciones de vida siempre han estado marcando mi relación de pareja".

Los problemas de Carmen no sólo son de vivienda, ella es jefa de hogar pero depende económicamente de su hija y de la pensión que le dan a su madre anciana, su consagración al cuidado de su madre y nietos le impiden conseguir un trabajo estable por eso acude al trabajo informal.

"Para tratar de cambiar mis condiciones de vida he trabajado mucho y he luchado demasiado, si tengo que vender un pirulí, vendo un pirulí, no cosas malas, no me meto en nada, en cosas que no se puedan hacer, lo mismo te hago un *kake*, me busco los cuatro pesos, yo sé que no hay comida, yo sé que tengo que buscarla para que coman. Ahora en este momento me gustaría incorporarme a trabajar, yo puedo trabajar todavía, como único puedo trabajar es de noche y que mi hija se quede aquí y yo poderme ir a trabajar".

En ese hogar formado por mujeres el ingreso per cápita es de $210. La vulnerabilidad alimentaria la padece sobre todo la protagonista de la historia porque prioriza a la nieta, la hija y su madre y ella siempre es la última en la distribución de los alimentos. El desorden alimentario ha sido una constante en su historia de cuidado y explica la obesidad. La enfermedad de la madre demanda un gasto elevado en medicinas. Tiene problemas con el acceso al agua y debe cargarla desde la planta baja, pero ella tiene problemas de artrosis. En su casa se observó la presencia de bienes domésticos fundamentales, pero algunos de ellos son en calidad de préstamo.

Aunque es dramática la situación de esta mujer, e insuficiente el apoyo que recibe. Las políticas territoriales de apoyo a las personas discapacitadas la han ayudado a enfrentar las exigencias que impone este tipo de cuidado. Al respecto Carmen comenta: "La gente del convento de Belén[16] me ayudó y bienestar social me ayuda con la manten-

16 Proyecto comunitario donde se concretan diversas acciones de apoyo a los adultos mayores. Abarca una buena parte de todas las formas de atención que propone el

ción de mami y una vez al año te dan diez metros de tela antiséptica y diez jabones y un hule para la cama. La ayuda del convento de Belén es grande, me dan una bolsa de leche cada vez que entra una donación, una latica chiquita esa de atún, sábanas, toallas. Ellos te la dan en fechas señaladas, el 8 de marzo, el día de las madres y para fin de año, esas son las tres fechas que ellos te dan algo y para fin de año te dan una botella de vino, en un nylon así, dos sábanas, toallas un sobrecito de natilla cosas así, si necesitas algo le llevas el certificado de lo que te haga falta y ellos tratan en lo que donen de dártelo, aquí no me cabe una cama fowler y no he podido buscarle una cama mejor a mami, esa la trajo una vez mi hermana, dan las sábanas, culeros desechables por el momento no porque ella va al baño, cuando necesitaba los culeros yo no pertenecía al convento de Belén, pero esa gente te ayudan bastante. Estos nylon son porque se filtra toda la casa, se moja desde ahí hasta aquí. Yo los beneficios que he recibido han sido por mi mamá, yo no he recibido, yo cuando esté más vieja me inscribiré ahí, porque ya mi mamá está ahí, en el convento de Belén, yo cuando esté ya más vieja voy ir allí y me inscriben, porque mi mamá ya pertenece ahí".

También las relaciones de vecinos han sido importantes para ella: "Yo me llevo bien con todo el mundo, yo no tengo enemigos, me llevo bien con todo el mundo, con los vecinos y todos nos ayudamos unos a otros y cuando a mi mamá le dio eso la vecina de al lado fue y arrancó con mi mamá, sí porque yo no vivía aquí y estuvo en el hospital hasta que yo llegara, los vecinos son como la familia.

Las enfermedades no han afectado mis relaciones con los vecinos, mis vecinos son, tienen sus días, son como decir venáticos y ya yo sé lidiar con eso, si me saludan digo eh cómo estás y si no trato de adaptarme, pero si hay problemas tú le puedes tocar que están ahí. Ellos ponen la música alta, mami tiene que estar tranquila, y fui más o menos hablando, educándolos y me tocaban a la puerta cuando había fiesta y mami psicológicamente se preparaba, yo cerraba la puerta que se oye igual pero menos. Aquí todos son unidos a pesar de la cantidad de vecinos que hay, todos son, cuanto tú caes en desgracia te ayudan".

¿QUÉ INFERENCIAS SE PUEDEN HACER DE TALES NARRACIONES?

En todas las historias se vislumbra el apoyo social de diferentes actores: la familia, los vecinos, los colectivos laborales o el Estado con sus programas nacionales y territoriales. Por eso ellas confirman la realidad de una pobreza distinta en Cuba. No hay hambre, se come diariamente, pero no se come con calidad, y esa calidad puede ser peor de un hogar a otro.

Programa nacional del adulto mayor.

Los cuatro hogares tienen más de una dimensión material, del conjunto de las que caracteriza a la pobreza, en situación precaria: bajos ingresos, malas condiciones de vivienda y escasa posesión de bienes, y no nos estamos refiriendo sólo a los electrodomésticos sino también al mobiliario. Simultáneamente las enfermedades crónicas están presentes y afectan las condiciones de vida, generan privación humana a pesar del acceso a los servicios de salud, y a su vez la morbilidad está siendo afectada por esas condiciones de vida.

Todos los hogares relatan una infancia que transcurre en familias de trabajadores, la mayoría con carencias importantes, y en varios casos acompañadas de una mortalidad de alguna de las figuras paternas.

Sin dudas, los hombres y las mujeres de estas historias proceden de familias patriarcales donde impera el sexismo en la división del trabajo y lo asimilan de manera tan natural que no se percatan de esas diferencias, las cuales se esconden detrás de una idea de igualdad para todos sus miembros. No es el caso de Carmen, que percibe la desigualdad que le ha tocado vivir aunque no logra identificarla con su género femenino.

Las historias que se relatan responden a preguntas muchas de ellas similares pero que tienen respuestas distintas porque las vidas son diferentes. La sexualidad se diferencia entre hombres y mujeres en cómo la viven y la perciben, y está determinada por el patrón patriarcal de hombres libres y activos y mujeres controladas y reproductoras.

Entre los dos Hogares de Jefatura Masculina y los dos de Jefatura Femenina se observa una diferencia importante en la forma de experimentar la pobreza. Aún siendo las mujeres Jefas de Hogar, su situación de dependencia económica es una realidad. No sólo viven en hogares con menores ingresos, sino que ellas deben realizar trabajo informal para poder mejorar la situación económica de la familia. Las narraciones de sus historias laborales reflejan que se han colocado en empleos tradicionales, peor remunerados, son más inestables y pierden más dinero porque los roles de cuidadoras y la morbilidad las obliga a abandonarlos o a pedir certificados.

La carga de morbilidad de los Hogares dirigidos por mujeres es superior, incluso las vivencias de mortalidad. Se trata de hogares donde predominan mujeres en edades adultas, ancianas y niñas o niños, hay una mayor carga de dependientes, una mayor cantidad de niños. Las historias visibilizan los diferentes roles de género y cómo ellos interactúan con la morbilidad generando perfiles diferentes. Incluso cuando se trata de ver comparativamente los problemas de salud mental que los cuatro jefes de hogares padecen.

Los hombres se mueven en un entorno de violencia, alcoholismo o malos hábitos tóxicos, cada uno de estos factores repercuten en los

diferentes problemas de salud que han enfrentado. El factor fundamental que ha incidido sobre la morbilidad de estas dos mujeres es la cultura desigual del cuidado en la que han vivido desde su infancia, los valores patriarcales de la maternidad, las desigualdades de género en la vida sexual y reproductiva. Las mujeres sufren la violencia de los hombres, el acoso sexual, el abandono familiar y de la pareja, son precoces en la maternidad y tienen que vivir el costo de un ciclo del cuidado que no termina, que le genera sobrecarga y empeora su calidad de vida. Varias generaciones de mujeres viven en la historia de ambos hogares una situación de morbilidad que se reproduce en torno a la salud sexual y reproductiva.

Las mujeres de esta historia ya son mayores de 60 años, superaron a sus madres que murieron precozmente. Pero la precaria calidad de vida que tienen, acentuada por la comorbilidad de enfermedades crónicas, es probable que no les permita llegar a la edad promedio de los 80 años que ya ha logrado la mujer cubana.

UN INTENTO POR CONCLUIR

Retornar a los orígenes de la producción de un conocimiento es un ejercicio saludable que inmuniza contra el dogmatismo y los enfoques reduccionistas en el pensamiento.

El siglo que vio nacer a la salud pública y a las ciencias sociales modernas fue rico en ideas que colocaron a la pobreza como determinante de la salud y a esta como una dimensión que describía el grado de depauperación en que vivía la clase trabajadora. La célebre frase que inicia esta investigación de Johann Peter Frank sintetiza el espíritu de la nueva medicina social frente al principal problema social que generó el capitalismo desde su período de acumulación originaria: la pobreza.

Los pioneros de la medicina social y de las ciencias sociales comprendían que la pobreza era un fenómeno multidimensional, aunque no le dieran ese nombre, la conectaban con el régimen económico y la indolencia del estado frente a la situación que vivía la clase creadora de la riqueza; consideraban que su existencia se caracterizaba por la precariedad de una vida llena de necesidades esenciales insatisfechas que los colocaba en riesgo de morir. El análisis de la insalubridad en que vivía la clase trabajadora, como un rasgo que definía su condición de pobreza, es fruto del enfoque interactivo que entre estos fenómenos subyacía en ese pensamiento médico y social. Quienes construyeron las mejores descripciones de las relaciones que existían entre miseria y salud fueron herederos de la Ilustración que creían en la necesidad de crear un mundo mejor para los pobres.

Lamentablemente la historia de ese saber se interrumpe y se imponen otras lecturas de la etiología de las enfermedades y de las expli-

caciones sobre pobreza, sus caminos se hacen divergentes y en su lugar se evoluciona hacia una interpretación economicista de la pobreza que se concentra en el ingreso como unidad de medida e indicador que describe la situación de los pobres.

La hegemonía de la epidemiología bacteriana se mantuvo por largo tiempo sin reacciones contestatarias por parte de la medicina social hasta que nuevamente la historia real de las enfermedades, de la situación de insalubridad de los hospitales y de la propia pobreza propició la convergencia entre ciencias sociales y de la salud en el siglo XX. En esas circunstancias apareció la sociología médica como disciplina y el pensamiento crítico en salud que retoma la investigación sobre la relación entre estructura social, estructura económica y salud. Desde entonces no se detienen las ciencias sociales de la salud en la producción de un conocimiento social en salud, el paradigma de las determinantes sociales es una de sus más importantes contribuciones contemporáneas.

La concordancia más fructífera es la que se produce en los Informes de Desarrollo Humano del PNUD, bajo el paraguas de una comprensión humana del desarrollo que es sostenida por la teoría de las capacidades de Amartya Sen. A los efectos de esta investigación lo relevante de la propuesta es que el desarrollo deja de ser un problema exclusivo del crecimiento y se valoriza el papel de la educación y la salud como dimensiones del bienestar de las personas y las naciones. En su defecto la pobreza multidimensional aparece como diversas privaciones, una de las cuales es la salud.

El punto de vista histórico y relativo de la pobreza en este rico debate teórico — que se ha desarrollado desde los noventa y que tiene como fin superar las visiones parciales y reducibles a la medición— ha permitido también aceptar la diversidad de su expresión y la necesidad de emplear nuevos enfoques que respondan a esas diferencias. El concepto de *pobreza con protección* llama la atención sobre privaciones que no llegan a situaciones extremas como el hambre, la cual se produce en circunstancias de un entorno con ciertas protecciones para los pobres.

La multidimensionalidad de la pobreza no tiene que ver sólo con los diversos indicadores a través de los cuales se mide y describe la forma como se manifiesta sino también con su perfil humano, con la definición de quienes según sexo, raza u otros tipos de condicionantes sociales, la padecen con más frecuencia o de manera más letal. Como una forma de expresión de la desigualdad, la pobreza interactúa con otros constructos sociales que definen otros tipos de desigualdades prevalecientes en las sociedades contemporáneas, y que pueden convertirse en determinantes adicionales.

La teoría feminista ha construido una herramienta eficaz para entender las implicaciones que tienen las condicionantes socioculturales en las diferentes situaciones que viven hombres y mujeres. Luego de un largo camino recorrido por el feminismo desde el siglo XIX, en la década del ochenta del siglo XX surge la Teoría de género. El concepto pudo haber nacido en la psicología, pero la teoría es una construcción del movimiento político y académico que defendió los derechos de las mujeres, construyó una crítica contra la hegemonía del pensamiento androcéntrico, dominante en la ciencia social desde sus inicios.

Los aportes del feminismo a las ciencias de la salud son diversos y anteceden a la Teoría de género. Fue necesario que antes desmontara la visión misógina que reduce a la mujer a su condición natural y legitima un orden injusto y, en su lugar, construyera una nueva racionalidad crítica con el sistema patriarcal dominante. En ese primer momento se demostró el dogmatismo subyacente en las tesis que reducían la sexualidad femenina a la reproducción, que describen a la mujer como un sexo débil, o intentan explicar el cuerpo femenino por la morfología masculina que se erigía en el modelo de la ciencia biomédica de los siglos XVIII y XIX. La reivindicación de la mujer como ciudadana, con derecho al voto y su reconocimiento como sujeto con razón, le abrieron a las mujeres las puertas a la educación superior, se hizo posible así su acceso a las carreras de Medicina y de otras ciencias sociales y naturales.

La investigación con perspectiva de género ha aportado un conocimiento que ha enriquecido el enfoque social en todas las ciencias de la salud. Los argumentos a favor de la distinción entre sexo y género ayudan a perfilar las bases sociales de las desigualdades en salud, que se identifican en procesos de dominación/exclusión que experimentan las mujeres y que inciden sobre su situación de salud, así como los hombres padecen también sus efectos negativos de una cultura que le resta años y calidad de vida. El género se concibe como una construcción sistémica que es transversal a todos los procesos de salud, económicos, políticos y culturales. Propone un análisis dialéctico entre lo biológico y lo cultural en el estudio de las enfermedades. Alerta acerca de los sesgos de género en la construcción de un conocimiento científico y en las políticas de salud. No comparte el reduccionismo metodológico que enclaustra la explicación de los datos al imperio de las matemáticas y permite reconocer otras alternativas metodológicas.

Tales presupuestos epistemológicos y metodológicos contribuyeron a construir un perfil de salud para hombres y mujeres y realizar un balance crítico sobre las políticas de salud acompañado con nuevas propuestas que formulan objetivos de igualdad de oportunidades en relación a los presupuestos, a los procesos de formación de los re-

cursos humanos, a la división del trabajo en los sistemas de salud, entre otros. La investigación de género ha penetrado en diversos campos de la salud: en salud sexual y reproductiva, en la epidemiología de las enfermedades infecciosas, en nutrición, salud mental, salud ambiental y sobre la violencia y sus implicaciones para la salud.

La concepción de que las desigualdades de género en salud no actúan de manera pura —sino que se articulan con otras desigualdades de raza, edad, territorio y clase— es el punto de partida de la tesis de la feminización de la pobreza y de sus implicaciones para la salud de mujeres y hombres.

Las desigualdades de género en salud involucran a los hombres y mujeres de todas las categorías sociales, pero las que implican a los pobres colocan a las mujeres en mayor desventaja por ser el sexo inferior y además pertenecer a un estrato bajo.

La investigación sobre pobreza, género y salud revela cómo la retroalimentación entre pobreza y salud en los hogares dirigidos por mujeres profundiza la pobreza y empeora la salud. El factor salud no está aislado de las condiciones de género. Entre los pobres las mujeres están más desposeídas de recursos, tienen menos capacidades y menos oportunidades para salir de ella; las historias de sus vidas reproductivas, de cuidadoras, la carga que significa criar hijos en soledad en sociedades donde los hombres tienen más oportunidades de empleo y educación, determinan la letalidad de su pobreza y sus perfiles de salud.

La "feminización de la pobreza" no es una tesis que se reduce a sostener que existe un incremento de los hogares pobres dirigidos por mujeres. Es sobre todo una propuesta para entender la dialéctica de la relación entre género y pobreza: ambos se determinan mutuamente.

La pobreza impacta sobre el proceso de reproducción de las mujeres, de sus hijos y de las familias. La mala salud reproductiva, nutricional, mental y ambiental es una constante en sus vidas que coexiste con la pérdida de años de vida, la sobremortalidad infantil y la comorbilidad.

¿Cómo romper el círculo vicioso? Con políticas que tengan enfoque de género, de igualdad de oportunidades. La política ha sido considerada una determinante social de la salud desde el siglo XIX cuando los salubristas de entonces reclamaron mayor intervención del Estado en el control y erradicación de las enfermedades que padecían los pobres y la necesidad de mejorar los servicios para lograr una adecuada calidad a su atención. La idea de que es posible garantizar Salud para Todos sin la intervención del Estado es ridícula e ilusa, no se concilia con las mejores experiencias históricas en salud que demuestran que allí donde el Estado desempeñó un papel activo en salud se lograron mejores avances en la equidad.

Las políticas económicas son esenciales para la superación de la pobreza porque ellas definen las reglas en torno al empleo, los ingresos y las condiciones laborales que determinan el nivel y la calidad de vida de los diferentes grupos humanos. Pero las políticas de salud pueden acrecentar o reducir los gastos del hogar, inciden sobre los estilos de vida y el estado de salud de sus miembros, fenómenos que tienen una repercusión sobre las capacidades humanas de los individuos. Si la salud se deteriora, si se adquiere una enfermedad crónica, eso se refleja en el empleo, en los ingresos, en toda la actividad humana. Está comprobado que graves problemas de salud pueden provocar movilidad social descendente.

La salud es un derecho y este es un punto donde no es posible admitir un criterio divergente o relativo. Toda política de salud debe sostenerse sobre el principio del universalismo. Todos los seres humanos requieren de un servicio de salud con calidad que satisfaga la atención a sus problemas. Pero no todos tenemos las mismas necesidades porque somos distintos en edad, género, en relación a la calidad del estado de nuestra salud, por ocupaciones, etc. Eso significa que las políticas de salud no deben focalizarse en la capacidad adquisitiva de los enfermos sino en sus necesidades, porque las condiciones sociales y biológicas en las que nos reproducimos son diferentes. Las desigualdades provocan que se acumulen insatisfacciones que desaniman a las personas que viven las desventajas y ello puede requerir una mayor intervención en salud. Por eso en materia de política, las soluciones y enfoques extremos conducen a errores que generan efectos negativos sobre la salud y el bienestar de las personas. La universalidad de un enfoque es tan importante como establecer prioridades que favorezcan a algunos grupos con situaciones específicas.

Cuba tiene una historia de políticas con enfoque de igualdad que ha combatido la discriminación de raza y sexo. El universalismo ha sido un principio de toda su política social y, en particular, de la salud.

La preocupación por la pobreza está presente en la investigación antes de que la política considerara incluirla para plantearse su superación. El giro que se produjo en la historia de Cuba en la década del sesenta—con la aparición de un sistema más justo de carácter socialista que se derivó de un cambio en las relaciones de poder y en la elaboración de un enfoque más humano de la política del gobierno—hizo posible la coincidencia entre perspectiva política y de investigación social. Los estudios de pobreza entonces se plantearon la misión de documentar los procesos reales de superación de la pobreza que se estaban desarrollando en un contexto de transformaciones radicales donde el desarrollo colocaba a las personas como protagonistas del cambio social.

El incremento de estos estudios, de sus más variados y complejos análisis, se produjo en la década del noventa cuando la pobreza parece revivir con otros perfiles. Entonces se hizo nuevamente necesario un cambio en la política económica para poder enfrentar el recrudecimiento del bloqueo, la pérdida del mercado de intercambio que Cuba tenía con los países socialistas y los efectos que todo ello generó en la economía. En todas las investigaciones de esta década y de las que continuaron, se reconoce el sentido humano de la política social cubana, el papel que desempeñó, junto a la política económica, en la superación de la pobreza heredada de la sociedad capitalista, y su rol de protectora en las nuevas condiciones de reemergencia de la pobreza.

Los estudios sobre pobreza en Cuba han construido un perfil de los pobres radicados en zonas urbanas. La concentración de la población en estas áreas, determinados procesos de urbanización y el impacto de la situación económica en esos territorios inclinó la balanza hacia una más numerosa indagación sobre ese tipo de pobreza. Considero que aún no es pertinente aventurar alguna afirmación sobre la mayor precariedad en un medio urbano con respecto al rural, o viceversa.

El perfil de los pobres en Cuba se caracteriza por su mayor presencia en zonas urbanas de la región oriental, aunque en el primer decenio del siglo XXI parece que existe una tendencia al mayor incremento en la capital. Esta última afirmación debería confirmarse con investigaciones sobre pobreza en las capitales de las provincias de esa región. Se trata, como se ha dicho, de una pobreza que no llega a situaciones extremas debido a las protecciones universales que garantizan las políticas. Se observa una tendencia al incremento de la pobreza de ingresos que llega hasta nuestros días y se reitera en el estudio de casos de esta investigación, el límite del umbral involucra una cantidad de mayores ingresos para cubrir la canasta básica y para llegar a una vida sin privaciones fundamentales. Esa situación de precariedad que viven los pobres tiene carácter multidimensional, se relaciona con la privación de una vivienda digna, carencias de bienes, problemas de insalubridad de las viviendas y de los entornos territoriales y vulnerabilidad alimentaria.

En relación a las características sociodemográficas se afirma que la mayor pobreza se halla en los hogares dirigidos por mujeres, de raza mestiza y negra, en ellos prevalecen las personas dependientes que no aportan ingresos, son familias de tamaño grande en comparación a la media nacional y con frecuencia monoparentales del tipo extenso. Otro rasgo también es la alta prevalencia de la maternidad adolescente, que contribuye al agravamiento de su condición socioeconómica.

Algunos de esos estudios incorporan la perspectiva de género y explican desde variadas dimensiones socioculturales que las mujeres

jefas de hogares viven una pobreza más letal, pero consideran que la tesis de la "feminización de la pobreza" no se aplica al caso cubano.

Durante el proceso de investigación no se encontró publicación alguna, ni resultado de investigación que pretendiera exponer la relación entre pobreza, género y perfiles de salud de hombres y mujeres en Cuba. Los expertos entrevistados confirmaron esa situación.

La reflexión sobre la desigualdad en salud sobrepasa a la de pobreza y salud. En Cuba sí existen abundantes resultados en la investigación feminista sobre salud que apuntan a develar los cambios que se han producido en hombres y mujeres, sus semejanzas y desigualdades, sobre todo en salud sexual y reproductiva y menos en otras áreas. Destacan entre ellos los estudios sobre la mujer climatérica que reflejan la importancia de un enfoque interactivo entre procesos biológicos/sociales/genéricos/etarios, para obtener una visión más integral de la salud de las mujeres. Las investigaciones en ese área revelaron que los entornos laborales y familiares con situaciones desfavorables acrecentaban el síndrome climatérico. La investigación en este campo continúa focalizada en la reproducción más que en la sexualidad y en las mujeres más que en los hombres. Se observa una especialización en la salud de hombres y en la de mujeres, y menos estudios comparativos.

Aunque todavía muchas áreas de la salud no han sido sensibles al análisis de género, se observa cierta diversificación en la última década cuando aparecen nuevos temas de interés como el envejecimiento entre hombres y mujeres, los procesos de empoderamiento de la mujer en el sector salud, los enfoques de la política y los procesos de formación con perspectiva de género entre sus profesionales.

La novedad del estudio que aquí se presenta consiste en revelar la imbricación entre pobreza, género y salud a través del análisis de la política de salud y sus efectos positivos sobre la superación de las desigualdades de género y pobreza. Así como explicar en ese contexto de protección que genera la política cómo aún sobrevive de manera distinta la pobreza en hogares encabezados por hombres y mujeres. Y a pesar de la protección en salud, esta es una dimensión que también caracteriza su vida precaria.

La reforma de salud en Cuba ha sido un proceso sostenido durante los últimos cincuenta años. Se inició durante la década del sesenta pero en sucesivos momentos el enfoque de reforma se ha impuesto ante la necesidad de perfeccionar el sistema de salud en los principios que se definieron en su primera etapa.

El Sistema Único de Salud en Cuba es fruto de las sinergias que se crearon entre las transformaciones de salud y las del contexto económico, político, social y cultural del país durante los primeros años de la Revolución. Los pilares organizativos y de enfoque de política

se basan en: 1) el papel del Estado como proveedor de salud a través de todas las actividades que se requieren para promover salud, 2) el universalismo de su política, la que tiene como fin superar las discriminaciones que se producían al interior de sus instituciones y en las prácticas de interacción con sus pacientes, 3) el ordenamiento territorial y la distribución igual de recursos de salud en todos los territorios, 4) el fortalecimiento de los servicios de salud a todos los niveles con énfasis en el de atención primaria, 5) desarrollo de la calidad de la atención a través de todas sus actividades aunque de manera acentuada en la prevención y promoción de la salud, 6) la introducción de una filosofía programática que es garantía del carácter nacional de su política y de su repercusión territorial, 7) promoción de la participación en salud como un aspecto decisivo del trabajo en atención primaria y de la formación de una cultura de la salud en el pueblo y, 8) estimular la investigación en salud y el desarrollo de una industria nacional que proporcione recursos al país para que haga sostenible esta filosofía de la salud.

Las políticas de salud durante más de cincuenta años no sólo han creado un entorno protector con el enfoque de gratuidad y su amplia accesibilidad a servicios y medicamentos. Los conceptos de salud que prevalecieron, hicieron posible que muchos de sus primeros programas contribuyeran a la superación de la privación de salud que padecían los pobres y a cambiar el perfil de salud de la población cubana en general. Ofreció la oportunidad de disfrutar de una vida más larga y saludable, la principal capacidad que necesitaban los trabajadores y sus familias para salir de la indigencia, la inseguridad y el hambre, para poder trabajar y tener ingresos. Los programas de vacunación, materno-infantil y de tuberculosis son los tres que aportaron resultados más relevantes en la superación de la pobreza extrema.

La práctica de la intersectorialidad de la política de salud contribuyó a forjar una salud pública como responsabilidad de toda la sociedad. La igualdad de oportunidades en salud reforzó la ideología de la equidad social que perdura en la práctica política de todos los momentos de la Revolución.

Se ha hecho costumbre en el mundo que cada vez que se avecina una crisis económica el costo de la misma la carguen las personas más humildes por cuenta de las políticas de ajuste que se generan para disminuir los costos en salud, educación y todas las prestaciones sociales. La década del noventa en Cuba es singular en su enfoque porque ante la crisis económica sin precedentes que se vivió en el país y que por supuesto afectó al sector salud, educación y todos los servicios sociales, la política de salud se mantuvo invariable en su enfoque de salud para todos. Se adoptaron medidas económicas que tuvieron

un impacto generador de desigualdades, en salud algunas también para recaudar divisas para el sector. Pero los pilares mencionados que dan sentido a la política de salud desde los años sesenta, más bien se perfeccionaron, buscando atenuar el efecto que producían las nuevas circunstancias económicas.

La permanencia de ese perfil de salud hasta la actualidad y la constancia de una política de salud que se mantuvo monitoreando y combatiendo todas las emergencias que se crearon producto del impacto de la crisis en la nutrición y en la calidad de vida de los cubanos es una prueba de que el sistema único es eficaz aunque tenga contradicciones y debilidades. La historia de la salud desde los noventa, que aquí se recoge, ofrece suficientes evidencias del desastre epidemiológico que se hubiera generado por el impacto de la crisis económica, de no existir ese enfoque de política y el sistema de salud único.

La pobreza de los años noventa no puede considerarse nueva en el sentido de que eran nuevos pobres, sino la forma en que la experimentaban. Aún cuando es posible encontrar en muchos hogares una repentina caída del nivel de vida, las cuatro historias de vida que se realizaron demuestran que esos dos hombres y mujeres procedían de hogares de trabajadores que vivían en la pobreza, quizás en unos más aguda que en otros, pero en todos se detecta vulnerabilidad en sus familias de origen, que logran superar parcialmente en la medida en que la Revolución les genera ciertas oportunidades, algunas de las cuales supieron aprovechar y otras no.

Las políticas sociales y económicas deben incorporar el enfoque de género si quieren contribuir a que ciertas oportunidades públicas sean aprovechadas por grupos que sufren más desventajas como las mujeres. No es suficiente con dar empleo y escolaridad, es importante forjar una cultura de la equidad de género en la familia para que ellas pueden conciliar todos sus roles y además tener tiempo para el autocuidado. Cuando eso suceda, quizás, la reducción de la fecundidad al mínimo o su renuncia deje de ser una estrategia de las mujeres de todos los grupos.

En la década del noventa lo que se había erradicado en Cuba era la pobreza extrema. Pero un problema como la posesión de una vivienda insegura se mantuvo y empeoró *a posteriori*. La escasez de bienes en los hogares era una característica del patrimonio de muchas familias que viven en una economía que había sido asediada permanentemente por el bloqueo. Las dificultades con el acceso al agua potable y saneamiento, aunque mejoraron de manera sensible en algunos territorios, en otros se agravaron ante las escasez de recursos para el mantenimiento de las infraestructuras públicas y de las viviendas. Fenómenos naturales como la sequía la profundizaron aún más.

La política de salud, la económica y toda la política social colocó en condiciones de más igualdad a familias y grupos humanos porque distribuyó recursos, propició la organización de diversos grupos para su participación en un proyecto que generaba oportunidades para todos. Creó, en el promedio de la población de diferentes territorios, razas, género y grupos ocupacionales, más capacidades de salud, de educación, empleo y un sistema de protección jurídica que los reconoce a todos como iguales ante la ley.

En salud significó un cambio en el perfil de su población de una más alta mortalidad a uno de baja mortalidad y de una etiología donde prevalecían las enfermedades transmisibles a otra de enfermedades crónicas no transmisibles, patrón semejante al de países de alto nivel de desarrollo humano.

A pesar de los cambios en el perfil de salud de los cuales se beneficiaron hombres y mujeres, la investigación en salud permite identificar diferencias entre ellos, que están determinadas por la cultura patriarcal que aún prevalece en los estilos de vida de cada uno, en la distribución sexista de roles, en las situaciones sociales desiguales que viven y la subjetividad. Los hombres aportan una mayor mortalidad, pero en el último decenio se observan mayores incrementos en la mortalidad femenina. Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida pero la brecha casi se mantiene estacionaria. Las mujeres poseen los valores más altos de la morbilidad entre las enfermedades que son más frecuentes en el país. Aunque ha crecido la calidad de vida reproductiva de las mujeres cubanas debido a la inversión que la política de salud ha realizado en ese área, las cubanas enfrentan mayores responsabilidades de género en la reproducción y ello tiene un costo para su salud más elevado que entre los hombres.

Entendemos que el estudio de la salud de la población arroja datos que pueden ampliarse en el futuro, como lo es la mayor desventaja de las mujeres en la distribución de alimentos en los hogares. Este es un fenómeno que puede tener una explicación a partir de las conclusiones que arrojan los estudios de género sobre la mayor pobreza en hogares dirigidos por mujeres, valdría la pena continuar profundizando en esa línea de investigación para obtener informaciones más seguras. Otra línea no abierta sobre la relación entre inseguridad de la vivienda y jefatura de hogares según género también ayudaría a completar un perfil de la pobreza en Cuba, toda vez que esta parece ser una de las privaciones fundamentales.

El punto de vista metodológico de la presente investigación es el de la pertinencia de los Estudios de casos. La sociedad no es el resultado de una gama de procesos que determinan la naturaleza de su existencia en virtud de tendencias universales. El acento en la regularidad

de los procesos que propició la mentalidad positivista en la ciencia creó una idea simplificada de la sociedad como suma mecánica de los individuos. Desde nuestro punto de vista la sociedad puede estar presente en lo más singular, sus contradicciones reflejarse en la vida cotidiana de una persona, una familia, de un pequeño colectivo sin desmedro a su esencia única e irrepetible. Lenin decía en su obra *En torno a la cuestión de la dialéctica* que lo singular existe en relación a lo universal y lo universal a través de lo singular (Lenin, 2000). Lo que para nosotros significa que aunque los pobres del presente estudio no resuman la variedad de situaciones que se pueden encontrar en torno a la pobreza en el país, sí ayuda a caracterizarla.

Otra tesis que se deriva de esa contradicción es que —aunque el estudio de casos de hogares pobres no determina que esa es la situación promedio del bienestar de las familias en la sociedad cubana— las condiciones de pobreza que viven las personas en esos hogares obedecen a desigualdades y desventajas que no han desaparecido de la sociedad cubana y que determinan su reproducción. Todas sus características están en relación con el entorno social en que se produce.

El estudio de las condiciones de vida y salud de los pobres que integran las 40 familias —22 de las cuales son encabezadas por mujeres y 18 por hombres— da muchas evidencias a través de todas las fuentes de que se trata de una pobreza con protección no sólo por la presencia constatable de las políticas nacionales en el territorio donde viven las familias, sino por las propias de una localidad donde funciona un programa de desarrollo humano y de defensa al patrimonio cultural e histórico. No necesariamente todas las familias pobres en Cuba experimentan ese doble beneficio.

Las historias de vida evidencian el diverso uso que han hecho sus miembros de los servicios de salud, de las opiniones que prevalecen sobre la atención, así como la fuente de la encuesta de salud. La estructura de los gastos refleja el beneficio de tener una vivienda gratuita y el gasto bajo en salud si se compara con los gastos que algunos pobres deben hacer en las economías de mercado cuando enfrentan los altos niveles de morbilidad que padecen. El alto porcentaje de mujeres que declaran que no tuvieron problemas en el parto obedece a la prioridad del programa de salud materno-infantil y su total cobertura nacional.

La caracterización de la situación alimentaria, aunque con vulnerabilidad, no llega a situaciones extremas, y así lo valoran sus pobladores. Los índices de escolaridad —aunque inferiores a otras familias cubanas y al promedio nacional— muestran un valor de pobreza escolar bajo. Los perfiles de salud también reflejan un cuadro de enfermedades donde el riesgo de morir no es mayor o igual a los que viven

en pobreza extrema. La protección social se visibiliza en las pensiones que disfrutan todos los jubilados, aunque sus importes no siempre sean suficientes para cubrir la canasta básica.

Las redes de solidaridad familiar, laboral y entre vecinos son también una fortaleza construida por una sociedad que ha propiciado a través de las organizaciones de masas los procesos de comunicación entre todos estos colectivos humanos y una cultura de la cooperación. En los hogares estudiados se constata más de una carencia, situación que nos permite aseverar que se trata de pobreza multidimensional.

La investigación tomó como referencia la construcción de un umbral diferente a otros estudios porque los anteriores habían sido definidos en la década de los noventa y la situación económica ha variado. Hoy es menor el porcentaje de lo que cubre el mercado racionado de la canasta básica de alimentos, es más bajo el valor de compra del salario real, se mantiene la vulnerabilidad alimentaria determinada por la falta de disponibilidad de algunos alimentos necesarios, el acceso es desigual entre grupos con diferentes ingresos y los precios de algunos alimentos determinan su distinto consumo. El 95% de las familias estudiadas padecen de pobreza de ingresos, el 72,5% apenas cubren la canasta de alimentos y un 62,5% no logran cubrirla de acuerdo a los ingresos estables.

Varias características de los hogares contribuyen a reforzar esa situación. El elevado número de personas dependientes que no aportan ingresos o son muy bajos, que los ingresos están determinados por la moneda que menos valor tiene en el mercado pues quienes participan son obreros y trabajadores de los servicios que en su mayoría no reciben pagos en divisas y el tamaño de las familias es ligeramente superior al nacional.

La estructura de gastos de las familias refleja el peso que tiene el consumo de alimentos en esos hogares. De las carencias de bienes mobiliarios, activos y la alta presencia de equipos electrodomésticos viejos y usados, es posible deducir que el consumo de alimentos no brinda la posibilidad para otras opciones. Sin embargo, ese consumo se ve afectado por estilos de vida insanos que se identificaron en el 60% de los hogares. La situación de vulnerabilidad alimentaria se concreta en la dieta que predomina en la familia donde son escasos los alimentos esenciales para una ingesta sana como las frutas, los vegetales y algunos tipos de carnes como el pescado, la de res e incluso la carne de cerdo por lo cara que es. La similitud entre los tipos de alimentos que prevalecen en la comida y lo que se distribuye por el mercado racionado demuestra lo importante que sigue siendo para estos hogares esa protección, pero también la privación que padecen. La morbilidad nutricional ocupa el tercer lugar en el cuadro de en-

fermedades que padecen los miembros de estos hogares, el 55% de los hogares declararon enfermedades como desnutrición, obesidad, anemia y diabetes.

La privación humana que más impacto genera en estas familias es la inseguridad de la vivienda. En la mayoría de los casos es en usufructo y casi todos se sienten sus propietarios, pero el 77,5% viven en malas condiciones afectados principalmente por problemas estructurales graves que de manera cotidiana ponen en peligro su vida por la posibilidad de un derrumbe y de sufrir accidentes, por las filtraciones que provocan humedad, los problemas del saneamiento debido al desorden constructivo, el hacinamiento y dificultades con el acceso al agua suficiente para realizar las actividades del hogar y la higiene personal.

Las enfermedades respiratorias son el grupo de las que ocupan el segundo lugar en el cuadro de enfermedades de esta población. Un 62,5% de los hogares dicen que al menos uno de sus miembros la ha padecido, de ellos el 45% son crónicas y el 30% ha padecido neumonía. Los accidentes que han provocado discapacidad se encuentran en el 25% de los hogares, pero muchos otros refieren diversos accidentes que han provocado molestias en sus vidas. Casi todos ven el problema de la vivienda como un obstáculo para sus vidas, les provoca estrés. Este es motivo fundamental de esa enfermedad que declaran el 52,5% de los jefes de hogares asociado a que el ingreso no les alcanza para vivir y deben buscar fuentes alternativas que son informales, no constantes e inseguras.

El evento más importante de morbilidad que se detectó en este grupo de hogares es el de la hipertensión arterial, que como se conoce se identifica como una enfermedad de países desarrollados, pero ya no se excluye que pueda estar influyendo también entre los pobres y afecta de manera sensible su calidad de vida. En el 77,5% de los hogares hay uno o más miembros que la padecen, su alta presencia es —junto a la de otras enfermedades— la convicción de la privación de salud que existe a pesar de la protección social.

Un dato de interés que arrojan todas las fuentes consultadas para construir este perfil es la comorbilidad que prevalece entre miembros de los hogares y en muchos de sus jefes. Se infiere de las historias de vida de los cuatro casos seleccionados para el estudio, pues múltiples enfermedades los acompañan a lo largo de sus vidas, que se incrementan por determinantes asociadas a las malas condiciones de vida material y a los insanos estilos de vida.

Los hogares aquí estudiados tienen otros rasgos que completan su perfil, como el de distinguirse por un nivel bajo de escolaridad frente al promedio nacional, incluso porque un pequeño porcentaje de sus jefes se caracterizan por la pobreza escolar. En su mayoría son hoga-

res formados por familias negras y mestizas, con altos porcentajes de solteros, separados, divorciados y viudos que definen la monoparentalidad de su estructura de parentesco, además de la convivencia de parientes con vínculos consanguíneos de primer y segundo grado. En la privación de la salud y la pobreza material de estos hogares resulta indiscutible la influencia que tienen los factores de género, que operan en el presente y el pasado.

Las desigualdades de género afloran en las historias de vida como problemas constantes a lo largo de sus biografías, que no sólo actúan como determinantes de la pobreza actual sino también de la que no fue posible superar. Las mujeres construyeron historias de vida de maternidad temprana que las apartó de la formación de capacidades que culturalmente les hubieran permitido obrar con autonomía, lo cual explica que no hayan aprovechado las oportunidades que en las décadas sucesivas se crearon para ellas en la educación. La historia de alcoholismo, infidelidad y violencia de los hombres también pesa en el fracaso laboral, familiar y los problemas de salud que les impiden afrontar una vida segura y con más calidad.

Hombres y mujeres de estos hogares fueron socializados en una cultura patriarcal de lo femenino y lo masculino que explica las historias tan divergentes en salud y la mayor pobreza multidimensional que viven los hogares encabezados por las mujeres. Estas familias son las más representadas en los estratos bajos de los ingresos en los que apenas se accede a cubrir la canasta básica. En ellos se encuentran la mayor cantidad de dependientes, una buena parte de los cuales son las propias jefas cuyo trabajo fundamental es el hogar y el cuidado de la familia, es mayor la cantidad de sus miembros, quienes aportan los ingresos están en los trabajos o jubilaciones pero pagados, poseen la mayor cantidad de hogares extensos y monoparentales.

El consumo de alimentos arroja un mayor gasto en los hogares dirigidos por mujeres pues allí está la mayor cantidad de personas que almuerzan y comen, por lo que se supone que si son los de menos ingresos es donde se producen las mayores tensiones que pueden tener una salida a través de una distribución desigual de la alimentación. Las encuestas no arrojan evidencias de patrones diferenciadores pero sí las dos historias de vida y en detrimento a la alimentación de las mujeres cuidadoras. La morbilidad nutricional mostró patrones similares en cuanto a cantidad de hogares dirigidos por hombres y mujeres, pero la población femenina de todos los hogares se halla más afectada que la masculina.

La población femenina y las jefas de hogares son las más afectadas por los diferentes tipos de enfermedades, en particular la enfermedad que más padecen es la hipertensión arterial. Otra singularidad es

que entre ellas se detecta con más frecuencia la presencia de más de una enfermedad (comorbilidad), hecho que se refleja en los mayores gastos en salud que deben afrontar esas familias.

Las mujeres de todos los hogares son las más afectadas en todos los sentidos, son las que han desarrollado menos capacidades para salir de la situación en que se encuentran —la pobreza escolar y los más bajos valores de escolaridad están entre mujeres jefas de hogares—, ellas son la mayoría de los dependientes que no tienen capacidades para obrar con autonomía porque además de no tener ingresos deben cuidar a los enfermos, niños y ancianos de sus hogares. Ellas son las que llevan la sobrecarga de todas las actividades del hogar, no solo las que directamente tienen que ver con el cuidado.

Los patrones de sexualidad y reproducción de los jefes de hogares, tanto a través de los datos de la encuesta de salud como de los relatos, reflejan los modelos sexistas en que se forjaron los hombres: de infidelidad, inestabilidad de la relación de pareja, precocidad en la relación, tardía vida reproductiva y desentendimiento ante el control de su fertilidad, todos los rasgos que vienen asociados a una comprensión de realización de la masculinidad.

Sus perfiles de salud se caracterizan por la mayor prevalencia de hábitos tóxicos que comprometen la salud y un mundo de violencia, esta característica del mundo de los hombres contrasta mucho con el de las mujeres en estos hogares. Mientras que las mujeres viven experiencias de sexualidad más tardía pero sobrecargada de la responsabilidad ante el control de la reproducción, y al mismo tiempo comienzos más tempranos en cuanto a reproducción.

Las diferencias de perfiles más profundas se obtuvieron cuando se compararon los hogares dirigidos por padres que fueron adolescentes y las jefas madres adolescentes. La importancia de este análisis se infiere por la peor privación que viven las jefas de estas familias en todos los sentidos: en ingreso, escolaridad y morbilidad. La peor consecuencia que se puede esperar de un embarazo precoz —en el contexto de un sistema de salud que da cobertura de atención al embarazo de mujeres en situación de riesgo— es de índole sociocultural. Sus historias y las informaciones recogidas de todas las jefas en esa condición a través de todas las fuentes, muestran que se libraron de la muerte materna e infantil pero no de sufrir pobreza y falta de autonomía.

BIBLIOGRAFÍA

Agrupación Católica Universitaria 1972. "Encuesta de trabajadores rurales 1956-1957" en *Revista Economía y desarrollo*,12.

Alfonso, Ada y Zarduy, Celia (comps.) 2000 *Género: salud y cotidianidad* (La Habana: Científico Técnica).

Alfonso Dubois, 2001 "La tensión entre medición y definición en el concepto alternativo de pobreza y bienestar del desarrollo humano" en Pedro Ibarra y Koldo Unceta (eds.) *Ensayos sobre desarrollo humano* (Barcelona: Icaria).

Alfonso Ada, 2011 "La violencia sale del closet" en *Revista Sexología y Sociedad* (La Habana: CENESEX).

Alonso Aurelio, 2002 "La pobreza vista en tres escalas. Reflexiones sobre el Caribe hispano". Ponencia presentada en Taller Internacional Estrategias de reducción de la pobreza en el Caribe. Los actores externos y su impacto en la reducción de la pobreza en el área (CLACSO/CROP/Cips/CIEI).

Alkire, Sabina 2012 "Tener una carencia no es ser pobre" en www.revistahumanum.org. Entrevista realizada por Patricia Clarembaux (Venezuela: PNUD).

Álvarez, Mayda *et al.* 2000 *Situación de la niñez, la adolescencia, la mujer y la familia en Cuba* (La Habana: Editorial de la Mujer).

Álvarez, Elena y Mattar, Jorge (coords.) 2004 *Política social y reforma estructural: Cuba a principios del siglo XXI*(MéxicoD.F.: CEPAL/ INIE/PNUD).

Álvarez, Luisa y Rodríguez, Aida (comps.) 2004 *La investigación en salud sexual y reproductiva. Propuestas metodológicas y experiencias* (Ciudad Habana: Publicaciones Azucareras).

Álvarez, Luisa y Salomón, Nelli 2012 "El aborto en adolescentes en un contexto legal" en *Revista Cubana de Salud Pública*, 1.

Álvarez, Adolfo *et al.* 2011 "Diferenciales de salud y una aproximación mediante el empleo del coeficiente Gini y el índice de concentración en las provincias cubanas" en *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 49, 2.

Álvarez, Alina 2011 *Desigualdades de género e infertilidad como problema social de salud. El caso del Hospital Hermanos Amejeiras*. Tesis de Diploma (Ciudad Habana: Universidad de La Habana).

Anderson, Jeanine 1993 *La feminización de la pobreza en el Perú* (Lima: GREDES).

Antelo, Jorge 2001 "Discurso pronunciado por el Viceministro de Salud Pública de Cuba, ante el plenario de la 46º Asamblea Mundial de la Salud que se efectuó en Ginebra el 4 de mayo de 1993" en Márquez, Miguel *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Cuba 1989-1996* (Ecuador: Universidad de Cuenca).

Añé, Lía 2000 "La reforma económica y la economía familiar en Cuba" en *Reforma económica y social en América Latina y Caribe. Cuatro casos de estudio: Colombia, Costa Rica, Cuba, México* (Bogotá: Tercer Mundo).

Argote, Luana *et al.* 2010 "Factores de riesgo del cáncer de mama en pacientes diagnosticados en el Hospital Julio Trigo" en *Revista cubana de salud y trabajo*, 1.

Artiles, Leticia 2007 "Las condiciones de vida como determinantes del proceso salud-enfermedad en la mujer climatérica" en Artiles, L.; Navarro, D.; Manzano, B. (coords.) *Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social* (La Habana: Editorial Científico Técnica).

Artiles, Leticia y Alfonso, Ada 2011*Género. Bases para su aplicación en el sector de la salud* (La Habana: OPS/OMS).

Artiles,Leticia 2012 "Incorporating a Gender Perspective into Cuba's Health Sistem: Realities and Challenges" en *Review Medic*, 2.

Arriagada, Irma 2006 "Dimensiones de la pobreza y política desde una perspectiva de género" en *Revista de la CEPAL*(Santiago de Chile, CEPAL).

Astelarra, Judith 2005*Libres e Iguales. Sociedad y política desde el feminismo.* (Ciudad Habana: Editorial Ciencias Sociales).

Astraín, María Elena*et al.*1998 "La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida" en *Revista de Salud Pública*.

Astraín, María Elena 2004 "Situación de salud según condiciones de vida" en Martínez Silvia *et al.*(comps.) *Análisis de situación de salud* (La Habana: Ciencias Médicas).

Azize, Yamila*et al.* 1994 *Mujer y ciencia. Investigación y currículo* (Puerto Rico: Colegio Universitario de Cayey, Pro Mujer).

Baliño, Gerardo 1991 *La distribución de los ingresos en Cuba* (La Habana: INIE).

Balderraín, Enrique 2006 *Los médicos y los inicios de la antropología en Cuba* (Ciudad de La Habana: Ediciones Pontón Caribe).

Barbieri, Teresa 1992 "Sobre la categoría de género. Una introducción teórica-metodológica" en *Revista Internacional de Sociología* (México DF).

Batista, Ricardo *et al.*2001 "Condiciones de vida y salud materno-infantil" en *Revista Cubana de Salud Pública.*

Beauvoir, Simone de 1998 *El segundo sexo*(Madrid: Ediciones Cátedra).

Beldarraín, Enrique 2012 "La lucha antituberculosa en la primera década de la salud pública revolucionaria" en *Revista Cubana de Salud Pública*.

Berdasco, Antonio *et al.*2002 "Circunferencia de la cintura en adultos de Ciudad de la Habana como indicador de riesgo de morbilidad" en *Revista Cubana de Alimentos y Nutrición.*

Berriot, Evelyne 1992 "El discurso de la medicina y de la ciencia" en *Historia de las mujeres. Del Renacimiento a la Edad Media*, tomo III (Madrid: Taurus).

Boltvinik, Julio 1992 "La medición de la pobreza en América Latina" en *Comercio Exterior* (México DF).

Bombino, Yenisei 2010 "La mujer como protagonista en la gestión de salud en Cuba: una mirada histórico-sociológica" en *Selección de lecturas de sociología y políticas de salud* (La Habana: Editorial Félix Varela).

Bonet, Mariano *et al.* 2000 "Neuropatía epidémica cubana: algunos factores de riesgo en la población" en *Revista Cubana de Medicina Tropical*.

Breilh, Jaime 1991 *La triple carga. Trabajo, práctica doméstica y procreación: deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*(Quito: CEAS).

Breilh, Jaime 1993 "Género, poder y salud. Aportes críticos a la construcción (intergenérica) de una sociedad sin subordinaciones" (Quito: CEAS).

Breilh, Jaime 2003 *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*(Buenos Aires: Lugar Editorial).

Briceño, R.; Bronfman, Mario y Bonilla, E. 1998 Investigación en ciencias sociales y salud. Coordinación de Investigación. División de Salud y Desarrollo Humano (Washington, D.C.: OPS-OMS).

Bronfman, Mario y Castro, R. 1993 "Teoría feminista y Sociología Médica. Bases para una discusión" en *Cuadernos de Salud Pública*(Río de Janeiro).

Bronfman, Mario 2003 *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil* (Morelos: Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias).

Capote, Roberto 1979 *La evolución de los servicios de salud y la estructura socioeconómica en Cuba* (La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud).

Castellano, Pedro 2009 "Evaluación de la situación de salud y sus tendencias en grupos de población" en Francisco Rojas y Miguel Márquez (comps.) *Alames en la Memoria. Selección de Lecturas*(La Habana: Editorial Caminos).

Castañeda, Ileana *et al.* 2009 "Diferencias de género en las edades del ciclo vital de 65 años y más en el municipio de Guanabacoa" en *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

Castañeda, Ileana *et al.* 2010 "Perfiles de género y salud en Cuba" en *Revista Cubana de Salud Pública*.

Castillo, Marcelina 2003 "Conceptualización de pobreza desde la perspectiva de género"en *Población y desarrollo*(Tegucigalpa: Argonautas y caminantes).

Castro, Fidel 2006 "Alocución al pueblo de Cuba" en Federación de Mujeres Cubanas *Fidel Castro Ruz. Mujeres y Revolución* (La Habana: Editorial de la Mujer).

Castro, Fidel 2007 *La Historia me absolverá* (Cuba: Ciencias Sociales).

Castro, Fidel 2009 "Discurso en Reunión Nacional de Médicos" en Rojas, Francisco (comp.) *Fundamentos políticos ideológicos de la salud pública revolucionaria cubana* (La Habana: Editorial Ciencias Médicas).

Centro Estudios de la Mujer/Federación de Mujeres Cubanas 2000 *Situación de la niñez, la adolescencia, la mujer y la familia en Cuba* (La Habana: Editorial de la Mujer).

Centro de Investigaciones de la Economía Mundial 1997 *Investigación sobre el Desarrollo Humano en Cuba 1996* (La Habana: Caguayo).

Centro de Investigaciones de la Economía Mundial 2000 *Investigación sobre Desarrollo Humano y equidad en Cuba 1999* (La Habana: Caguayo).

Centro de Investigaciones de la Economía Mundial 2003 *Investigación sobre Ciencia, Tecnología y Desarrollo Humano en Cuba 2003* (La Habana: Caguayo).

Collado, Ana María *et al.* 2004 "Condiciones de vida y morbilidad en niños y adolescentes en el municipio de la Habana Vieja" en *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*.

Comisión Económica para América Latina 2010 *Población y salud en América Latina y Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos* (Santiago de Chile: Cepal).

Corrales, Ariadna y Pérez, Julia 2009 "Clasificación del síndrome climatérico en mujeres de edad mediana, Ciudad Habana, 2003" *en Revista Cubana de Medicina General Integral*.

Cuba 1961 Ley Nº 959 del 1º de agosto de 1961. Gaceta Oficial del 3 de agosto.

Cuba 1976 Constitución de la República de Cuba.

Cuba 1983 *Ley Nº 41 de Salud Pública* (La Habana: Gaceta Oficial).

Cuba 2005 *Primer Informe de Cuba. Objetivos de desarrollo del Milenio.* (Ciudad Habana: INIE).

Cuba 2010 *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe*. (Cuba: Palacio de las Convenciones).

Chailloux, Juan 1945 *Síntesis histórica de la vivienda popular* (La Habana: Jesús Montero).

Chávez, Ernesto 2003 *El combate contra la pobreza en Cuba. Políticas públicas y estrategias familiares* Seminario Internacional: "El rol del Estado en la lucha contra la pobreza"(Recife, Brasil: CLACSO-CROP).

Chávez, Ernesto *et al.* 2010 *Las familias cubanas en el Parteaguas de dos siglos* (Colombia: CIPS-UNICEF).

Chinea, Madelín *et al.* 2008 *Lecciones y alternativas sobre el problema habitacional en La Habana Vieja. Enfoque desde la perspectiva de reducción de riesgo* (La Habana: Escadón Impresores).

De la Torre, Ernesto *et al.* 2005 *Salud para todos. Sí es posible* (La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública).

Delgado, Gregorio 1975 "Curso de Historia de la Administración Pública" en Instituto de Ciencias Médicas de La Habana. Fac. de Salud Pública (La Habana) en www.infomed.sld.cu.

Delgado, Gregorio 1990 "El pensamiento y la acción médico-social del doctor Gustavo Aldereguía" en *Conferencia leída en taller*(Cienfuegos)www.infomed.sld.cu.

Díaz, Mareelen 2008 "Investigación sobre grupos familiares en un cuarto de siglo" en *Cuadernos del CIPS. Experiencias de investigación social en Cuba* (La Habana: CIPS).

Díaz, José *et al.* 2011"Bases y particularidades del método clínico en la atención primaria de salud" en *Revista Cubana de Medicina General Integral.*

Díaz, Zoe y García, Daylin 2010 "Cultura sobre maternidad y paternidad y su repercusión en la concepción de la infertilidad" *en Revista Cubana de Salud Pública*.

Díaz, Waldo*et al.* 2010 "Envejecimiento e invalidez. Nuevos retos para la sociedad cubana" en *Revista Cubana de Salud y Trabajo*.

Domínguez, Emma *et al.* 2009 "Carga del cáncer ginecológico en Cuba" en*Revista Cubana de Salud Pública.*

Domínguez, Emma *et al.* 2011 "Años de vida saludable perdidos por cáncer de pulmón en Cuba por años seleccionados" en *Revista Cubana de Salud Pública.*

Duarte, Everardo 2009 "Tendencias y perspectivas en ciencias sociales en salud en América Latina: una visión general" en Rojas, Francisco y Márquez Miguel (comps.) *Alames en la memoria. Selección de Lecturas* (La Habana-Caminos).

Durán, María de los Ángeles 1983 *Desigualdades sociales y enfermedad*. (Madrid: Tecnos).

Durán, María de los Ángeles 1999 *Los costes invisibles de la enfermedad.* (Bilbao: Fundación BBV).

Durkheim, Émile 1967 *De la división social del trabajo* (Buenos Aires: Shapire).

Engels, Federico 1974a "El Origen de la familia, la propiedad privada y el Estado" en *Obras Escogidas*, tomo III (Moscú: Editorial Progreso).

Engels, Federico 1974b *La situación de la clase obrera en Inglaterra* (La Habana: Ciencias Sociales).

Espina, Mayra 2004 *Política de atención a la pobreza y la desigualdad. Examinando el rol del Estado en la experiencia cubana*. *Informe de investigación* (La Habana: CLACSO-CROP).

Espina, Mayra 2010 *Desarrollo, Desigualdad y políticas sociales. Acercamientos desde una perspectiva compleja* (La Habana: Publicaciones Acuario).

Fariñas, Ana Teresa 2011 "La presencia de la mujer en la gestión en el área de la higiene y la epidemiología en Cuba, 1959-2009" en *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología.*

Federación de Mujeres Cubanas 2002 *Plan de acción nacional de seguimiento a la conferencia de Beijing, R.P. China 1995* (La Habana: Editorial de la Mujer).

Femenías, María Luisa 1994 "Mujer y jerarquía sexual en Aristóteles. Un salto necesario" en Eulalia Pérez *Conceptualización de lo femenino en la filosofía antigua* (Madrid: Siglo XXI).

Ferriol, Angela *et al.*1997 *Efectos de política macroeconómica y social sobre los niveles de pobreza. El caso de Cuba en los años noventa* (La Habana: INIE/CIEM).

Ferriol, Angela 1998 *Pobreza en condiciones de Reforma económica: el reto a la equidad en Cuba*(Ponencia al XXI Congreso de Lasa, INIE).

Ferriol, Angela 2001 "El modelo social cubano: Una aproximación a tres temáticas" en debate en *revista Cuba: Investigación económica*.

Ferriol, Angela 2003 "Ingresos y desigualdad en la sociedad cubana actual" en Menéndez Manuel (comp.) *Los cambios en las estructuras socioclasistas* (La Habana: Ciencias Sociales).

Ferriol, Angela *et al.*2004 *Reforma económica y población en riesgo en Ciudad Habana*. Informe de investigación. Instituto de investigaciones Económicas, Centro de Estudios de Población y Oficina Nacional de Estadísticas.

Ferriol, Angela *et al.*2005 *Política social: el mundo contemporáneo y las experiencias de Cuba y Suecia* (La Habana: INIE).

Fleitas, Reina 2000 "Identidad femenina y maternidad adolescente". Tesis de doctorado (La Habana).

Fleitas, Reina 2001 "Género y salud reproductiva en la Cuba de los años noventa" en Lundy Collen y Vasallo Norma (eds.) *Mujeres Cubanas. Historia, contradicciones y cambios contemporáneos* (Canadá: Carleton University).

Fleitas, Reina 2002 "Género y pensamiento médico. Hacia un nuevo enfoque de la salud femenina" en revista *Sexología y sociedad*.

Fleitas, Reina 2004 "La movilización de la mujer como gestora de salud en Cuba" en *Revista de Salud Pública*.

Fleitas, Reina 2005a "Las tradiciones teóricas de la sociología de la familia" en Fleitas, Reina (comp.) *Selección de lecturas de Sociología y Política de Familia* (La Habana: Félix Varela).

Fleitas, Reina 2005b "La sociología de la familia en Cuba" en Fleitas, Reina (comp.) *Selección de lecturas de Sociología y Políticas de Familia* (La Habana: Félix Varela).

Fleitas Reina 2005c Informe de Evaluación de la Estrategia de Cooperación descentralizada de UNICEF para la región oriental (Cuba: UNICEF).

Fleitas, Reina (comp.) 2010 *Sociología y Políticas de Salud. Selección de Lecturas* (La Habana: Félix Varela).

Fleitas, Reina 2010 "Salud y mujer en Cuba: equidad vs.inequidad" en Proveyer Clotilde *et al.*, *50 años después: mujeres en Cuba y cambio social* (Ciudad Habana: Oxfam Internacional).

Fleitas, Reina y Voghon, Rosa 2011 "Desigualdades de género en el acceso al agua potable en el barrio de Jesús María" en Fleitas, Reina y Romero, Magela (comps.) *Familia, Género y Violencia doméstica. Diversas experiencias de investigación social* (La Habana: Instituto Juan Marinello).

Fondo de Población de las Naciones Unidas 2005 *Estado de la población mundial 2005.La promesa de igualdad. Equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio* (New York: UNFPA).

Fondo de las Naciones Unidas para el adelanto de la mujer 2005 UNIFEM *Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores básicos*(UNIFEM,UNFPA, OPS-OMS).

Fourier, Charles 1961 "Envilecimiento de la mujer" en Pedro Bravo *Socialismo Premarxista. Antología del Pensamiento Político*, Volumen I (Caracas: Universidad Central de Venezuela).

Fraisse, Geneviéve 1993 "Del destino social al destino personal. Historia filosófica de la diferencia de los sexos" en George Duby y Michelle Perrot *Historia de las mujeres*, tomo IV (Madrid: Taurus).

Franco, María del Carmen y Alfonso, Alina 2008 *El perfil sociodemográfico de los hogares cubanos. Análisis por territorios* (La Habana: ONE).

García, Juan César 1993 *Pensamiento social en Salud en América Latina*. (México DF: McGraw Hill).

García-Moreno, Claudia 2000 *Violencia contra la mujer. Género y equidad en salud* (OPS, Harvard Center for Population and Development Studies).

Giner, Salvador *et al.*(eds.) 2001 *Diccionario de sociología* (Madrid: Alianza).

Giordana, Emanuele 2007*Cooperación e innovación.* El Programa de Desarrollo Humano Local (La Habana: PNUD).

Gómez, Elsa 2000 "Equidad, Género y Salud: Mitos y Realidades",intervención en el VIII Congreso de ALAMES y XI Congreso de la Asamblea Internacional de Políticas de Salud (La Habana, Cuba).

González A.y M. Sánchez 2000 "La investigación en salud para el desarrollo y el enfoque de género: una contribución necesaria para la equidad en salud en Conferencia Internacional sobre Investigación en Salud para el Desarrollo, (Bangkok: RSMLAC) Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

González, Edilberto y Armas, Luisa s.f.*Tuberculosis*. *Procedimientos para la vigilancia y control experiencia cubana* (La Habana: IPK).

González, Edilberto *et al.* 2003 "Mortalidad por tuberculosis en Cuba, 1902-1997" en *Revista Cubana de Medicina Tropical.*

Gordon, David y Spicker, Paul (eds.) 1999 *The international glossary on poverty* (Bergen: CROP).

Gran, Mirian 2005 *Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad. Cuba 1995-2000* (La Habana: MINSAP).

Granda, Edmundo 2009 *Salud y la vida* (Quito: Organización Panamericana de la Salud).

Grupo para el desarrollo integral de la capital 1996 *Estrategia de desarrollo económico y social para La Habana* (La Habana: Grupo para el desarrollo integral de la capital).

Guerrero, Elvis *et al.*2002 "Hacia una perspectiva de género en la psicopatología ocupacional. Riesgos psicosociales y salud mental" en *Revista Cubana de Salud y Trabajo*.

Hanson, Kara 2000 "La medición del estado de la salud. Género, carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud". OPS, Harvard Center for Population and Development Studies.

Hartigan, Pamela 2001 "Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud" en *Publicación ocasional* OPS, Harvard Center for Population and Development Studies.

Hernández, Yuliuva y Hernández, Yulieska 2011 "Estudio de caso sobre violencia contra mujeres en Calabazas, Sagua de Tánamo. Algunos aspectos culturales en *Revista Sexología y Sociedad* (La Habana: CENESEX).

Hernández Jesús *et al.*2009 "Morbilidad por incapacidad temporal en el Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores de Cuba. Años 2005-2007" en *Revista Cubana de Salud y Trabajo.*

Instituto Interamericano de Derechos Humanos 2004 *Convención CEDAW y Protocolo Facultativo* (San José: IIDH).

Instituto de Desarrollo de la Salud 1982 *Estudio acerca de la eliminación de la pobreza crítica en Cuba: aspectos de salud pública* (La Habana: MINSAP).

Iñiguez, Luisa 2004 "Desigualdades espaciales en Cuba: entre herencias y emergencias" en Iñiguez, Luisa y Pérez, Omar Everleny (comps.) *Heterogeneidad social en la Cuba actual* (La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano. Universidad de La Habana).

Iriarte, Iolanda 2005 "Globalizacion y equidad de género en el sector de la salud" en *Globalización y salud*(Madrid: FASPU).

Lalonde, M. 1974 *A new perspective on the health of canadians: A working document* (Canadá: Department of Health and Welfare).

Lara, Teresa s.f. *Mujeres en tránsito* (La Habana: AECID).

Larguia, Isabel y Dumoulin, John 1983 *Hacia una concepción científica de la emancipación de la mujer* (La Habana: Ciencias Sociales).

Lenin, V.I. 2000 *En torno a la cuestión dialéctica* (Biblioteca digital de Textos Marxistas).

Lewis, Oscar 1965 *Los hijos de Sánchez*(México: Joaquín Mortiz).

Linares Tomada *et al.*2004 "Invalidez por neoplasias malignas en Ciudad de La Habana 1994-1998" en *Revista Cubana de Salud y Trabajo*.

Lip, César y Recabado, Fernando 2005 *Determinantes sociales de la salud en Per*ú (Lima: Ministerio de Salud-Universidad Norbert Wiener-OPS).

López, Cándido *et al.*2004 *Salud para todos,* sí es posible (La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública).

López, Georgina 2010 "El envejecimiento y la capacidad de trabajo desde la perspectiva de género" en *Revista Cubana de Salud y Trabajo.*

López, Libia *et al.* 2005 "Evolución de la Fecundidad en Cuba en las últimas cinco décadas" en *Revista Temas Estadísticos de Salud.*

Lugones, Miguel y Heredia, Braulio 2009 "Entorno familiar, laboral, manifestaciones clínicas y enfermedades crónicas en mujeres de edad mediana" en *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

Maier, Elizabeth 1997 "Mujeres y Salud en Quintana Roo; Utopía y realidad en Tuñón Esperanza (coord.) Género y Salud en el Sureste de México" (Tabasco: ECOSUR, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco).

Márquez, Miguel 2001 *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Cuba 1989-1996* (Ecuador: Universidad de Cuenca).

Martín, Pilar 2004 "La Mujer y la Odontología en el Espejo del Tiempo" en *La Historia no contada. Mujeres Pioneras* (Castilla-La Mancha: Editora Municipal, Instituto de la Mujer).

Martínez, Jorge 1959 "Médicos en la Sierra Maestra" en *Cuadernos de Historia Sanitaria*.

Marx, Carlos 1965 *Manuscritos económicos y filosóficos de 1844* (La Habana: EditorialPolítica).

Marx, Carlos 1973 *El Capital. Tomo I, VIII La Jornada de Trabajo*(La Habana: Editorial Ciencias Sociales).

Milosavljevic, Vivian 2007 "Estadísticas para la equidad de género. Magnitudes y tendencias en América Latina" en *Cuadernos de la CEPAL*, Santiago de Chile.

Millet, Kate 1971 *Política sexual*(Valencia: Cátedra).

Ministerio de Salud Publica 1999 *La salud p*ública en Cuba. Hechos y *cifras*. (Ciudad Habana: Dirección Nacional de Estadística).

Ministerio de Salud Pública 2002 *Temas de Estadísticas de Salud* (Ciudad Habana: MINSAP, FNUAP, OPS, UNICEF).

Ministerio de Salud Pública 2007 *Anuario estadístico de salud* (La Habana: MINSAP).

Ministerio de Salud Pública 2009 *Programa Nacional de Tuberculosis*(La Habana: MINSAP).

Ministerio de Salud Pública 2010 *Anuario estadístico de salud* (La Habana: MINSAP).

Ministerio de Salud Publica 2011a *Anuario estadístico de salud* (La Habana: MINSAP).

Ministerio de Salud Pública 2011b *Indicadores básicos para el análisis del Estado de Salud de la Población* (Ciudad Habana: MINSAP).

Ministerio de Salud Pública 2011c *Temas de estadísticas de salud* (La Habana: MINSAP,UNFPA).

Miranda, Amauri *et al.*2009 "Calidad de la atención en salud al adulto mayor" en *Revista de Medicina General Integral.*

Munster,Blanca 2012 *Empoderamiento económico de las mujeres cubanas. Escenarios de incertidumbres e impactos en el actual proceso de reorganización económica del país*(investigación inédita presentada al PNUD).

Murguialday, Clara 1999 "Mujeres y Cooperación: de la invisibilidad a la equidad de género"en*Cuadernos BAKEAZ*, Nº 35.

Naciones Unidas 1979 *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*(New York: ONU).

Naciones Unidas 1995 *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 1994(New York: Naciones Unidas).

Naciones Unidas 1995 *Declaración y Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer* (Beijing: Naciones Unidas).

Nazar, Austrebertaet *al.*1994 "Prácticas anticonceptivas: características y tendencias entre mujeres no indígenas de Chiapas" en Tuñón, Esperanza (coord.) *Género y Salud en el Sureste de México*1997 (Tabasco: ECOSUR, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco).

Olave, Patricia 2003 *Chile: neoliberalismo, pobreza y desigualdad social* (México: UNAM).

Oficina del Historiador de la Ciudad 2001 *Censo de Población y Viviendas Centro Histórico de la Habana Vieja y Malecón Tradicional* (Ciudad Habana: ONE, Oficina del Historiador).

Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) 1999 *Perfil Estadístico de la Mujer Cubana en el umbral del siglo XXI* (La Habana: ONE).

Oficina Nacional de Estadísticas 2002 *Encuesta sobre el uso del tiempo* (La Habana: ONE).

Oficina Nacional de Estadísticas 2002a Censo (La Habana: ONE).

Oficina Nacional de Estadísticas 2004a *La Esperanza de vida o Expectativa de vida 2001-2003. Cálculos y análisis por sexo y edades* (La Habana: ONE, CEPDE, UNFPA).

Oficina Nacional de Estadísticas 2004b *Información para Estudios en Población y Desarrollo con enfoque de género* (Ciudad Habana: ONE, CEPDE-UNFPA.)

Oficina Nacional de Estadísticas 2006 *Anuario Estadístico de Cuba* (La Habana: ONE).

Oficina Nacional de Estadísticas 2007a *Esperanza de vida. Cuba y provincias 2005-2007. Cálculo por sexo y edades* (La Habana: ONE, CEPDE, UNFPA).

Oficina Nacional de Estadísticas 2007b *Panorama territorial de Cuba 2007* (Cuba: ONE).

Oficina Nacional de Estadísticas 2008. *Mujeres cubanas. Estadísticas y Realidades* (La Habana: ONE).

Oficina Nacional de Estadísticas 2009a *Anuario Estadístico Territoriales de Cuba* (La Habana: ONE).

Oficina Nacional de Estadísticas 2009b *Anuario Estadístico 2009. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (La Habana: ONE).

Oficina Nacional de Estadísticas 2009c. *Anuario Demográfico 2009* (La Habana: ONE).

Oficina Nacional de Estadísticas 2010a *Panorama Territorial de Cuba 2009* (La Habana: ONE).

Oficina Nacional de Estadísticas 2010b *Anuario Estadístico de Cuba* (La Habana: ONE).

Oficina Nacional de Estadísticas 2010c. *Anuario Estadístico. Separata 2010. Municipios La Habana Vieja* (La Habana: ONE municipal).

Oficina Nacional de Estadísticas 2011. *Anuario Estadístico de La Habana Vieja 2010 en* www.one.cu.

Organización Mundial de la Salud 1998. *Grupo de Enfermedades Transmisibles* (Ginebra:OMS).

Organización Mundial de la Salud 2011a *"Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Informe técnico"*en www.who.int/sdhconference.

Organización Mundial de la Salud 2011b *Estadísticas Sanitarias Mundiales* (Ginebra: OMS).

Organización Panamericana de la Salud 2007 *Salud en las Américas 2007 Volumen I-Regional.* Publicación Científica y Técnica No 622 (Washington, D.C.: OPS).

Organización Panamericana de la Salud 2009 *La Salud de las Mujeres y los Hombres en las Américas. Perfil 2009*(OPS-OMS/UNICEF/ UNIFEM/INSTRAW/UNFPA/CEPAL).

Organización Panamericana de la Salud 2009. *Plan de Acción para la implementación de la Política de Igualdad de Género de la Organización Panamericana de la Salud 2009-2014* (Washington, D.C.: OPS).

Organización Panamericana de la Salud 2012 *Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2011* (Washington, D.C.: OPS).

Oxfam Internacional 2008 *La estrategia cubana de respuesta al VIH/ sida. Un enfoque integral con base en los derechos*(Conner Gorry Editora Medic Review: International Journal of Cuban Health & Medicine).

Pavón, Ramiro 1977 *El empleo femenino en Cuba* (La Habana: Ciencias Sociales).

Peláez, Jorge 2009 "Abuso sexual en niñas y adolescentes. Experiencia de diez años" en *Revista de Ginecología y Obstetricia*.

Peláez, Jorge 2010 "El abuso sexual y su asociación con las infecciones de transmisión sexual" en *Revista de Ginecología y Obstetricia*.

Pena, Manuel y Bacallao, Jorge 2005 "La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas" en *Revista Futuros*.

Pérez, Victoria 1998 "La población en riesgo en Cuba desde una perspectiva de género" en *Revista Cuba: Investigación Económica* (Ciudad Habana: INIE).

Pérez, Victoria "Ajustes económicos e impactos sociales. Los Retos de la Educación y la salud pública" en *Revista Cuba: Investigación Económica*(Ciudad Habana: INIE).

Pérez, Victoria "Impacto del período especial en la vida cotidiana de la mujer cubana en la década de los noventa" en *Revista Cuba: Investigación Económica* (Ciudad Habana: INIE).

Pinker, Paul 1999 "Do poverty definitions matter?" en Gordon, David y Spicker, Paul (eds.) The international glossary on poverty (Bergen: CROP).

Portieles, Julio 2005 *El apoyo de la Cooperación Internacional a procesos de desarrollo local en curso* (La Habana: Ediciones Boloña).

Pita, Gisela *et al.* 1999 "Evaluación nutricional de un grupo de adultos mayores en un consultorio médico de familia" en *RevistaCubana de Alimentación y Nutrición*.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 1990 *Informe sobre desarrollo humano. Concepto y medición del desarrollo.*

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 1995 *Informe sobre desarrollo humano 1995.Género y desarrollo humano* (México: Harla).

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 1996 *Informe sobre desarrollo humano 1996.*

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 1997 *Informe sobre desarrollo humano 1997*(Madrid: Mundi-Prensa).

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2003. *Informe sobre desarrollo humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza* (New York: Mundi-Prensa).

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2009. *Informe sobre desarrollo humano 2009.Superando barreras: Movilidad y desarrollo humano*(Barcelona: Mundi-Prensa).

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2010 *Informe sobre desarrollo Humano 2010.La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano* (Madrid: Mundi-Prensa).

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2011 *Informe sobre desarrollo Humano 2011. Sostenibilidad y equidad* (Madrid: Mundi-Prensa).

Programa Mundial de Alimentos (PMA) e Instituto de Planificación Física (IPF) 2001. *Análisis y Cartografía de la Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria en Cuba* (Bogotá: Intergráfica).

Proveyer Clotilde *etal.*, *50 años después: mujeres en Cuba y cambio social* (Ciudad Habana: Oxfam Internacional).

Randall, Margaret 1975 "La mujer cubana en 1974" en *Revista Casa de las Américas*.

Reboso, José *et al.* 2000 "Estado nutricional de hierro en dos grupos de trabajadores industriales de Ciudad Habana" en *Revista Cubana de Alimentos y Nutrición*.

Reca, Inés*et al.*1990 *Análisis de las investigaciones sobre la familia cubana 1970-1987* (La Habana: Ciencias Sociales).

República de Cuba 1943. Informe General del Censo de 1943 (Habana: P. Hernández y Cía.).

República de Cuba 2010 *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe.* (La Habana: Palacio de las Convenciones).

Revuelta Beatriz *et al.* 2012 *Diagnóstico Integral de los adolescentes de La Habana Vieja*(La Habana: Editorial Boloña).

Rodríguez, Pablo *et al.*2004 *Los ilegales de las alturas del mirador. ¿O marginalidad o pobreza o exclusión social?* Informe de Investigación (La Habana: Centro de Antropología).

Rodríguez, Pablo *et al.* 2008 "Familia y matrimonio en la pobreza y la marginalidad" en Vera Ana y Robichaux David (comps.) *Familias y Culturas en el espacio Latinoamericano* (Habana: Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello/México DF: Universidad Iberoamericana).

Rodríguez, José Luis *et al.*1985 *Cuba: Revolución y economía* (La Habana: Editorial Ciencias Sociales).

Rodríguez, José Luis y Carriazo Moreno, George 1987 *Erradicación de la pobreza en Cuba* (La Habana: Editorial Ciencias Sociales).

Rodríguez, Lidia *et al.* 2009 "Comportamiento de la jubilación por invalidez total en la comisión municipal de peritaje médico laboral de la Lisa. 2000-2008" en *Revista Cubana de Salud y Trabajo.*

Rojas, Lazara *et al.* 2002 "Frecuencia de infecciones por Trichomonas vaginalis en parejas con trastornos de la fertilidad" en *Revista de Medicina Tropical.*

Rojas, Eduardo 2009 "Pterigión y su relación con la actividad laboral y el sexo" en *Revista Cubana de Salud P*ública.

Rojas, Francisco y López, Elena 2000 *Revolución social y reforma sanitaria: Cuba en la década de 1960* (Washington, D.C.: División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud).

Rojas, Francisco 2003 "El desarrollo de la economía global y su impacto sobre las políticas de salud" en *Revista Cubana de Salud Pública*, La Habana.

Rojas, Francisco (comp.) 2009 *Salud Pública. Medicina Social*. (La Habana: Ciencias Médicas).

Rojas, Francisco 2009 *Fundamentos políticos ideológicos de la salud pública revolucionaria cubana* (La Habana: Ciencias Médicas).

Rojas, Francisco (org.) 2011 *Vacunas Cuba 1959-2008* (La Habana: Ciencias Médicas).

Rosales Susset 2008 *Determinantes de los Ingresos Monetarios de los hogares en Cuba. Un estudio econométrico. Tesis de Maestría.* (La Habana: Universidad de La Habana).

Rowntree, Seebohm 1941 *Poverty and Progress* (Londres: Longmars Green).

Rubin, Gayle 1989 "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radica sobre la sexualidad" en Carol S.Vance (comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (Madrid: Editorial Revolución).

Samaja, Juan 2004*Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina* (Buenos Aires: Lugar Editorial).

Sabo, Don 2000 "Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional sensible al género"OPS, Harvard Center for Population and Development Studies.

Sandoval, Raúl 2012 *La pobreza en Cuba*(La Habana: Universidad de La Habana).

Santos, Hilda 2006 "Relación entre la pobreza, iniquidad y exclusión social con las enfermedades de alto costo en México en *Revista Cubana de Salud Pública*,La Habana.

Sarabia, Nidia 1982 "Médicos guerrilleros: Testimonios" en *Cuadernos de la Historia de la Salud Pública*(La Habana).

Sardiñas, Nicolás *et al.* 2010 "Repercusión de la obesidad en la morbilidad obstétrica" en *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia.*

Sen, Amartya 1992 "Sobre conceptos y medidas de la pobreza" en *Comercio Exterior* (México DF).

Sen, Gita*et al.* 2005 *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas*. OPS Harvard Center for Population and Development Studies.

Sims, Jaqueline y Butter, Maureen 2002 "Equidad de género y salud ambiental"OPS, Harvard Center for Population and Development Studies.

Sigerist, Henry 1946 *Civilización y enfermedad* (México: Fondo de Cultura Económica).

Sigerist, Henry 2006 "Johann Peter Frank: Un pionero de la Medicina social" en *Salud colectiva.*

Sigerist, Henry 2005 "La historia social de la medicina" en Francisco Rojas (comp.) *Sociedad y salud*(La Habana, Villa Hermosa).

Sojo, Ana 2001 "El combate a la pobreza y la diversificación de riesgos: equidad y lógicas del aseguramiento en América Latina" en *Sociales* (Buenos Aires).

Suárez, Nery 2012 "El precio del cigarrillo y la reducción del consumo en Cuba" en *Revista Cubana de Salud Pública*.

Tajer, Debora 2003 "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud" en *Sexología y sociedad* (La Habana: CENESEX).

Tenorio, Mareleen 2008 "Investigación sobre grupos familiares en un cuarto de siglo" en Domínguez, María Isabel *et al.*, *Cuadernos del CIPS 2008. Experiencias de investigación social en Cuba* (La Habana: CIPS).

Terris, Milton 1992 "Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas", en *La crisis de la Salud Pública*(Washington, D.C.: OPS).

Togores, Viviana 2001 Algunas consideraciones acerca del acceso al consumo en los noventa, factores que lo determinan.

Informe de investigación (La Habana: Centro de Estudios de la Economía Cubana).

Togores, Viviana y García, Anicia 2004 "Consumo, mercados y dualidad monetaria en Cuba" en *Revista Economía y Desarrollo* (La Habana: Facultad de Economía).

Toirac, Sandra *et al.*1998 "Las lesiones como forma de violencia en la mujer guantánamera" en *Sexología y sociedad* (La Habana: CENESEX).

Torras, Jacinto 1972 "Los factores económicos de la crisis médica" en *Economía y desarrollo*(La Habana).

Torres, Julia 1993 *Pobreza: un enfoque para Cuba*(La Habana: INIE).

Torres, Rosa y Gran, Mirian 2004 "Panorama de salud de la mujer cubana" en *Revista cubana de salud p*ública(Ciudad Habana: ENSAP).

Towsend, Peter 1979 *Poverty in The United Kingdom* (Harmondsworth: Penguin).

Tuñón, Esperanza 1997"Panorama de la salud sexual y reproductiva en Tabasco" en Tuñón, Esperanza (coord.) *Género y salud en el sureste de México*. (Tabasco: ECOSUR, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco).

Uriarte, Miren 2002 *La política social en la encrucijada: manteniendo las prioridades, transformando la práctica. Un Informe de Oxfam América* (La Habana: Oxfam América).

Villerme, Louis-René 1971 *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie. Textes choisis et présentés par Yves TYL* (Paris: Union générale d'éditions).

Vera, Ana 2007 "La familia cubana en perspectiva. Propuesta de periodización para cinco siglos de historia y algo más" en Vera, Ana (comp.) *La dimensión familiar en Cuba: pasado y presente* (La Habana: Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello).

Whitehead, M. 1990 *The concepts and principles of equity and health*. (Copenhague: WHO Office for Europe).

Wollstonecraft, Mary 1994 *Vindicación de los derechos de la mujer* (Madrid: Ediciones Cátedra, Instituto de la Mujer).

Woolf, Virginia 1947 *Una habitación propia* (Barcelona:Seix Barral).

World Health Organization 1992 *Epidemiological, social and technical aspects of indoor pollution from biomass fuel Geneva* (WHO:EHG).

Zabala, María del Carmen 1999 "Alternativas de estrategias comunitarias para la atención a la pobreza" en *Caminos* (La Habana).

Zabala, María del Carmen 2002 "Situación de la pobreza en el Caribe: actualidad y perspectivas. Cuba en el contexto caribeño", Seminario Internacional "Estrategias de Reducción de la Pobreza en el Caribe: los actores externos y su impacto" (La Habana: CLACSO-CROP).

Zabala, María del Carmen 2003 "Los estudios cualitativos de la pobreza en Cuba", Taller XX Aniversario (La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas).

Zabala, María del Carmen 2008 "Análisis de la dimensión racial en los procesos de reproducción de la pobreza. El rol de las políticas sociales para favorecer la equidad social en Cuba" en María del Carmen Zabala (comp.) *Pobreza, exclusión social y discriminación étnico-racial*(Bogotá: Siglo del Hombre Editores y CLACSO).

Zabala, María del Carmen 2009 *Jefatura femenina de hogar, pobreza urbana y exclusión social. Una perspectiva desde la subjetividad en el contexto cubano*. (Buenos Aires: CLACSO-CROP).

Zabala, María del Carmen 2010 *Familia y pobreza en Cuba. Estudios de casos.* (La Habana: Acuario).

Zamora, Rolando 2001 "La sociología en Cuba" en *Temas*24-25.

LISTA DE EXPERTOS ENTREVISTADOS CUYAS INFORMACIONES SIRVIERON DE REFERENCIA PARA EL TRABAJO

Dr. Miguel Márquez. Médico, ex Coordinador de la Oficina de la OPS/OMS en Cuba. Héroe de la Salud de Ecuador, 2002. Coordinó a nivel nacional el componente de Universitas/Cuba del Programa de Desarrollo Humano Local/Cuba, 2003/2008. Es académico de Honor de la Academia de Ciencias de Cuba. Profesor de Mérito de las Universidades de Cuenca (Ecuador), León (Nicaragua) y del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Además ha sido funcionario de carrera de la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (1971/1996).

Dra. Leticia Artiles Visbal. Doctora en Ciencias de la Salud, Máster en Antropología, Profesora Titular, asesora durante 30 años de la Universidad Médica de La Habana y cuatro años en Empresa Gestión Ciencia y Tecnología CITMA (2005-2007). Coordinadora de Red Género y Salud de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) 2007-2009. Coordinadora Adjunta de ALAMES (2009). Jubilada, consultora independiente.

Dra. María del Carmen Zabala Arguelles. Doctora en Ciencias Psicológicas. Profesora e Investigadora de la Universidad de La

Habana de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, experta en investigación sobre familias pobres. Becaria Sénior CLACSO-CROP (2007).

Dr. Francisco Rojas Ochoa. Doctor en Ciencias Médicas. Director de la *Revista de Salud Pública*, fundador del Sistema de Salud Pública en áreas como Administración de Salud, Estadísticas de Salud, Medicina Rural. Miembro de la Academia de Ciencias de la Salud. En 2005 Premio Latinoamericano al mejor Administrador de Salud por la OPS. Profesor e investigador titular de la Escuela Nacional de Salud Pública.

Dra. Victoria Pérez Izquierdo. Doctora en Ciencias Económicas y Máster en Desarrollo Social. Profesora e investigadora auxiliar del Instituto Nacional de Investigaciones de la Economía. Experta en temas de pobreza económica.

Dr. Edilberto González Ochoa. Médico, profesor e investigador titular. Miembro del Grupo Nacional de Neumología del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí. Experto del Programa Nacional de Tuberculosis y uno de sus fundadores.

Dr. Adolfo Álvarez Pérez. Especialista en Salud Pública. Máster en Salud Pública y Salud Internacional. Profesor e Investigador Auxiliar. Acumula 25 años de trabajo en salud. Investigador del Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología. Experto en Investigación sobre determinantes sociales de la salud.

Dra. Blanca Munster Infante. Doctora en Ciencias Económicas. Investigadora y Profesora Auxiliar. Investigadora del Centro de la Economía Mundial, dedicada durante varias décadas a los estudios sociales y de pobreza.