

Informe Salud y Género 2006

Las edades centrales
de la vida

Informe Salud y Género 2006

Las edades centrales
de la vida



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

NIPO papel: 351-08-081-2

NIPO CD: 351-08-078-9

NIPO en línea: 351-08-080-7

Depósito Legal: M-36505-2008

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad y Consumo. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

Catálogo general de publicaciones oficiales
<http://www.060.es>

Informe Salud y Género 2006

Las edades centrales
de la vida



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



El Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) es un organismo de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo desde el año 2004. Su fin es promover la disminución de las desigualdades en salud por razón de género. Actúa de manera participativa y colaborativa para generar y difundir conocimiento que permita el análisis de género y promueva la inclusión del enfoque de género y la equidad en las políticas y sistemas de salud.

López Fernández, Luis Andrés. Escuela Andaluza de Salud Pública.
Mazarrasa Alvear, Lucía. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud
Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Miqueo Miqueo, Consuelo. Universidad de Zaragoza.
Rohlfs Barbosa, Izabella. Servei Catalá de la Salut. Regió Sanitaria de
Girona.
Valls Llobet, Carme. Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS).
Yordi Aguirre, Isabel. Unidad de Género. Oficina Regional Europea de la
Organización Mundial de la Salud.

Equipo de trabajo

Castellanos Torres, Esther. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Colomer Revuelta, Concepción. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Elola Ruiz de la Sierra, Beatriz. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Espiga López, Isabel. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Guzmán Vaquero, Laura. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

López Rodríguez, Rosa. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Martínez Otero, Ruth. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Saiz Martínez-Acitores, Isabel. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Soriano Villaroel, Isabel. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Colaboraciones

Lligam Recerca Coop. V. (Consultora).
Velasco Arias, Sara.

Agradecimientos por la revisión del manuscrito y aportaciones a

Artazcoz Lazcano, Lucía. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Borrell i Thió, Carme. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Escribá-Aguir, Vicenta. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Fernández Muñoz, Esteve. Gaceta Sanitaria.

Infante Campos, Alberto. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de la Mujer.

La Parra Casado, Daniel. Universidad de Alicante.

Índice

Prólogo	13
Resumen	15
1. El marco conceptual	19
1.1. Sobre la salud	19
1.2. Sobre la perspectiva de género	20
1.3. Sobre el ciclo vital y la madurez	21
2. Determinantes desde el enfoque de género que inciden en la salud en las edades centrales de la vida	25
2.1. Las condiciones de vida en función de los determinantes socio-económicos y productivos	25
2.2. Las condiciones de vida en función de los determinantes psicosociales	32
3. La salud de la población en las edades centrales de la vida	39
3.1. Cambios demográficos y esperanza de vida	39
3.2. Calidad de los años vividos. Esperanza de vida libre de incapacidad y en buena salud	43
3.3. Salud percibida. Las mujeres maduras se sienten peor	46
3.4. Quejas de salud y morbilidad. Dolor músculo-esquelético y malestar psíquico	49
3.5. Morbilidad hospitalaria	55
3.6. Mortalidad prematura. Cáncer de mama y enfermedades cardiovasculares	58
3.7. Las enfermedades cardiovasculares	62
3.8. Salud mental	62
3.9. Climaterio y madurez: una etapa del ciclo vital	65
4. La medicalización de la salud de las mujeres maduras	69
4.1. Consumo de fármacos y psicofármacos. «La tranquilidad recetada»	69
5. El papel de cuidadora y la salud	73
5.1. La nueva organización social y familiar	73
5.2. La familia y el género ante la nueva redistribución de las edades	75

5.3	La transformación de los roles tradicionales a la luz de los cambios en la familia	76
5.4	¿Qué implica «cuidar» de otras personas en este contexto?	81
5.5	Efectos sobre la salud del papel de cuidadora	82
6.	Las mujeres en la carrera sanitaria	85
7.	Conclusiones	91
8.	Propuestas para la acción	93
9.	Bibliografía	95
10.	Anexo	111

Prólogo

El presente informe se enmarca en la línea de actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo relacionada con la transversalidad de género en las políticas sanitarias, como se viene haciendo en los últimos tres años. Es además uno de los objetivos recogidos en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Este segundo informe se enmarca también en las actuaciones del Gobierno de España, y en concreto en el desarrollo de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que en su artículo 27 compromete a la «integración del principio de igualdad en la política de salud».

Para garantizar la satisfacción del derecho a la salud en igualdad de oportunidades, esta Ley obliga, entre otras cosas, a fomentar la investigación científica que atienda a las diferencias en salud de mujeres y hombres; a desagregar por sexos, en la medida de lo posible, todos los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria para su estudio; y a promover una presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Por otro lado, se compromete a formar al personal al servicio de las organizaciones sanitarias en el principio de igualdad.

Es por tanto para mí un placer presentar este documento que, aunque corresponde al año 2006, algunos de sus contenidos anticipan ya la Ley aprobada en el 2007.

Si el anterior informe había fijado su atención en los aspectos generales de la vinculación entre la salud y el género, este año el eje de desarrollo es el de la salud en las edades centrales de la vida de mujeres y hombres.

Sin duda, el abanico de situaciones importantes que han de ser tratadas desde el enfoque de género en la salud es más amplio que el incluido. Sin embargo, por razones de disponibilidad de información y de utilidad del informe, se dejan en el tintero otros aspectos que podrán ser tratados en posteriores informes.

El objetivo del informe es analizar, desde el enfoque de género, el estado de la salud en las edades centrales de la vida de hombres y mujeres, y esto

implica la visibilización de situaciones de desigualdad antes no estudiadas. Por otro lado, proporciona nuevas propuestas de investigación incipientes en el saber sobre la salud y abre vías de mejora en el ámbito sanitario para aportar mayor calidad y equidad al conjunto del sistema de salud y mejorar la salud de la ciudadanía.

El informe está organizado en seis capítulos. En el primero se introduce el marco conceptual sobre la salud, el género, el ciclo vital y la madurez. En el segundo se profundiza en los determinantes de género biopsicosociales que inciden en la salud.

En los siguientes capítulos, se revisan los cambios demográficos, la salud percibida, las quejas de salud de la población, la morbilidad atendida en atención primaria y hospitalaria, y la mortalidad prematura, la medicalización de la salud de las mujeres maduras y el impacto sobre la salud del rol de género de las mujeres en cuanto a la asunción de los cuidados a otras personas. En cada aspecto se identifican las diferencias por sexo, para explicar, cuando es pertinente, cómo éstas se traducen en desigualdades de género.

El último capítulo está dedicado a analizar el papel de las mujeres en la carrera sanitaria, poniendo de manifiesto que, a pesar de su feminización, en los puestos de mayor responsabilidad siguen estando más presentes los hombres.

El Informe finaliza con unas conclusiones y unas propuestas para la acción que suponen compromisos concretos del Ministerio en seguir contribuyendo a mejorar la salud de mujeres y hombres y a disminuir las desigualdades en salud por razón de género.

BERNAT SORIA ESCOMS
Ministro de Sanidad y Consumo

Resumen

Este informe analiza el estado de salud de la población española en las edades centrales de la vida y su vínculo con el sistema sanitario desde la perspectiva de género. Su objetivo es contribuir a la descripción y comprensión de las desigualdades, con vistas a promover la equidad en salud y analizar los determinantes de género que influyen en los resultados de salud de mujeres y hombres.

Se dedica a la salud en las edades centrales de la vida, considerando éstas como el periodo comprendido entre los 45 y los 65 años. Es este un segmento de la población que por el aumento de la esperanza de vida está redefiniendo su ciclo vital y ante el que la mirada en salud necesita redefinirse también. Es necesario examinar en profundidad la situación de este grupo de edad, que corresponde al momento de la madurez en el ciclo vital, a fin de dar nuevas respuestas a estas generaciones cuyas necesidades de salud están cambiando al compás de las transformaciones de la vida moderna. Todo ello se podrá comprender mejor mediante el análisis de género, ya que los derroteros de la salud en estas edades son muy distintos entre mujeres y hombres. En este grupo, la desigualdad de género se conjuga con la discriminación por razón de edad de una sociedad que idealiza la juventud, lo que coloca a las mujeres de edad mediana en una posición claramente más desfavorecida en términos de salud y calidad de vida.

Las desigualdades en estas edades se observan tanto en la calidad de vida como en el modo de enfermar de mujeres y hombres, así como en su desigual vínculo con los recursos sanitarios. El proceso de salud-enfermedad está condicionado, por una parte, por factores socioeconómicos y productivos, de manera que, a menor nivel de ellos se observan peores resultados en los indicadores de salud. Por otra, la condicionan factores psicosociales procedentes de los modelos y roles de género, que determinan formas de vivir y funciones distintas, lo que da lugar a formas diferentes de enfermar por el hecho de ser mujeres u hombres.

Tanto para los hombres como para las mujeres, tiene consecuencias importantes para su salud la conjugación dicotómica de socializarse en los modelos tradicionales y contemporáneos de género. Para ellas, la sobrecarga de los cuidados, el trabajo reproductivo y no remunerado, las situaciones de subordinación, dependencia, abusos, malos tratos y violencia de género, así como la doble y triple jornada laboral, los nuevos modelos de familia, el modelo de éxito social y personal vertebrado por la competitividad, el ideal corporal modélico y la eterna juventud, pueden explicar que se sientan con peor salud y que tengan menores expectativas de vida saludable. Para ellos,

la demostración de fortaleza y el mantenimiento de relaciones de poder por un lado y el ideal de éxito y competitividad por otro, son explicativos también de los modos de vivir y enfermar.

Si bien es cierto que las mujeres viven más años que los hombres, su percepción subjetiva de la salud es peor. En general, los hombres presentan enfermedades más graves y fatales, mientras que las mujeres acumulan problemas crónicos que repercuten negativamente en la valoración de su salud. Según los datos preliminares de la Encuesta Nacional de Salud del 2006, en la valoración de la percepción del estado de salud el 46,1% de las mujeres declara que su salud es entre regular y muy mala, frente al 36,9% de los hombres.

Los hombres ingresan más en los hospitales y tienen más muertes prematuras, en cambio, tanto el 60% de la población con enfermedades crónicas como el 56% con limitaciones para la actividad diaria son mujeres. De hecho, la tasa de discapacidad de las mujeres es casi 10 puntos más alta que la de los hombres.

Las principales causas de muerte de hombres y mujeres son los tumores —de mama en las mujeres, de pulmón en los hombres— y las enfermedades del sistema circulatorio. Las tasas de muerte por tumores entre los hombres tienden a doblar las de las mujeres y en el caso de las enfermedades del sistema circulatorio las triplican.

Las conclusiones principales del informe recogen que las muertes prematuras son más altas entre los hombres, destacando la mortalidad por enfermedades asociadas a conductas de riesgo relacionadas con el modelo de socialización de género. Hombres y mujeres padecen y manifiestan sus malestares de manera diferente. Las mujeres son más longevas pero tienen peor percepción de su estado de salud y, si bien el tipo de quejas crónicas es similar en ambos sexos, la frecuencia en las mujeres es del doble al triple en todas las categorías principales (artrosis y problemas reumáticos, mala circulación, jaquecas, migrañas, dolores de cabeza y depresión). Además se han identificado oportunidades de mejora en la atención a las enfermedades cardiovasculares en la mujer, tanto en relación con la percepción de riesgo de padecerla como en las actitudes del personal sanitario para su identificación precoz y la optimización de su tratamiento.

El climaterio se ha interpretado como declive y pérdida de feminidad, pero muchos de los malestares que se encuentran en él se deben al proceso de la socialización de género y no a los cambios biológicos. Gran parte del peso de los cuidados recae sobre las personas maduras, y se distribuye de manera desigual entre mujeres y hombres. La sobrecarga de funciones tiene efectos perjudiciales en la salud de las mujeres.

Esta etapa de la vida suele coincidir también con la madurez profesional. En el análisis del campo profesional sanitario, a pesar de su feminización, se

observa que en puestos de mayor responsabilidad están más presentes los hombres.

Respecto a las propuestas para la acción, se plantea: continuar promoviendo la investigación en salud y género; contribuir a fomentar el enfoque de género en la atención sanitaria y en los programas de salud dirigidos a personas maduras; desarrollar materiales informativos y educativos para eliminar los sesgos de género y la medicalización en la atención sanitaria a mujeres y hombres en edades maduras; desarrollar y difundir información a la población general; incluir la perspectiva de género en la estrategia de cardiopatía isquémica; y estudiar la distribución de hombres y mujeres entre el personal sanitario.

1. El marco conceptual

1.1. Sobre la salud

Desde su constitución en 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha concebido la salud como *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia*. Comprendida de este modo, velar por la salud implica no sólo la atención de las enfermedades, sino antes bien la prevención y el cuidado integral, así como la necesidad de atender a todas las condiciones que intervienen en la consecución de la mejor calidad de vida posible. El compromiso con la salud de la población deberá atender entonces a la combinación de un conjunto de factores biológicos, psicológicos y subjetivos, sociales, culturales, demográficos, políticos y económicos, en la medida en que todos ellos actúan como condicionantes de este bienestar.

Así, desde diferentes instancias, se ha venido tratando de promover una política sanitaria y de investigación en temas de salud consecuente con esta mirada. Este es el caso de la Unión Europea (UE), que siguiendo los planteamientos de la OMS, establece políticas en materia de investigación y prevención, y desarrolla los programas de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública, la protección de los consumidores y consumidoras y el medio ambiente, entre otros.

Ahora bien, ¿cómo se construye este bienestar? «La salud es el resultado del proceso en el que se desenvuelve la vida humana, proceso en el que intervienen, tanto las condiciones de la biología que se materializan en el funcionamiento fisiológico del cuerpo, como todos los impactos que causan las condiciones del contexto social en la interacción que las personas mantiene con su medio y la forma particular en que cada persona experimenta sus vivencias» (Velasco, 2005). Se sabe que la frontera entre salud y enfermedad es una construcción social que depende de valores históricamente determinados acerca de la salud y que suponen diferentes conceptualizaciones del malestar. La definición global de salud hace evidente que el estado de salud ha de determinarse en función de unos estándares procedentes del contexto social en sentido amplio, incluyendo, no sólo las condiciones variables por sexo, edad o etnia, sino también por cultura, clase social, nivel de estudios, situación laboral, situación convivencial, etc., así como de los procesos vitales que cada persona atraviesa y sus vivencias personales y percepciones subjetivas.

Un **marco teórico de salud biopsicosocial** (Engel, 1977 y 1980; Tizón, 1988 y 1995; Borrel i Carrió, 2002) enriquecido con esta conceptualización

amplia e integral del concepto de salud, es imprescindible cuando se pretende abordar la salud con un enfoque de género (Velasco, 2006a), ya que precisamente el género es una categoría para analizar las construcciones sociales acerca de los hombres y las mujeres, y cómo las representaciones sociales se interiorizan por las personas como mandatos de modelos ideales (Tubert, 2005; González de Chávez, 1998). Lo que del género afecta a la salud, pertenece al campo de las esferas sociocultural y psicológica y, por tanto, son estos ámbitos los que es necesario visibilizar para abordar su influencia sobre la salud de mujeres y hombres.

En definitiva, se trata de utilizar un concepto de salud como proceso determinado por factores biológicos, socioeconómicos y culturales, así como psíquicos, subjetivos y de género, que se analice con indicadores que describan todos estos aspectos que lo componen y que sean tomados en cuenta a la hora de desarrollar estrategias en materia de salud para todas las personas.

1.2. Sobre la perspectiva de género

El precedente intelectual del concepto de género se debe a Simone de Beauvoir en 1949 —como plantea Virginia Maquiería (2001) y muchas otras autoras al tratar la genealogía del concepto—, cuando planteó su famosa frase «la mujer no nace, se hace» y no precisamente a través de las condiciones biológicas que definen el sexo, sino a través de un proceso individual y social. «Son académicas feministas anglosajonas, en los años setenta, quienes sistematizan la propuesta intelectual de la filósofa francesa y la concretan en el concepto de género, que comenzó a utilizarse para referirse a la construcción sociocultural de los comportamientos, actitudes y sentimientos de hombres y mujeres» (Maquiería, 2001).

Las definiciones que se asumen sobre el concepto de género y los componentes de aplicación son los recogidos por la OMS (2002), que pueden considerarse sintéticos en el momento actual de la gran mayoría de los desarrollos teóricos realizados desde el campo de la salud.

Así, los **componentes de la perspectiva de género** que se tratarán de operativizar en este informe serán, por una parte, identificar las diferencias por sexos y las desigualdades de género (aquellas diferencias injustas y evitables) en el estado de salud. A continuación, reflexionar e identificar, en la medida de lo posible, los factores determinantes de género que subyacen y pueden explicar los estados de salud de mujeres y hombres. Por último, se tratará de reflexionar también sobre la forma en que mujeres y hombres consultan y son atendidos y atendidas en el sistema sanitario, tratando de

identificar estereotipos de género que motivan resultados diferentes y desiguales en la prestación de los servicios. Es decir, se tratará, no de informar sobre la salud de mujeres u hombres, sino de informar sobre las desigualdades e inequidades de género que puedan estar ocurriendo y de identificar los componentes psicosociales de género que son potencialmente explicativos de los distintos aspectos de la forma de sentirse, de enfermar, de consultar y de que se les atienda en el sistema sanitario.

De este modo se está aplicando la perspectiva de género como un marco conceptual para la descripción del estado de salud, incluyendo los siguientes aspectos (Velasco, 2006a): el primero es en función del sexo; el segundo, bajo el análisis de las construcciones socioculturales de género y de los modelos ideales y estereotipos de género socialmente construidos; y el tercero, el análisis de los estereotipos de género individualmente interiorizados y que motivan los comportamientos, las vivencias y la forma de vivir la salud y la enfermedad, e incluso las formas de consultar en los servicios sanitarios y de proporcionar atención en los mismos.

1.3. Sobre el ciclo vital y la madurez

Se han acotado para este informe las edades centrales de la vida, de 45 a 65 años, que en el ciclo vital corresponden a la madurez.

El concepto de **ciclo vital** procede de la psicología evolutiva y enfoca la vida como un proceso continuo de potencial crecimiento y cambio. Supone que aunque cada persona tenga una vida singular con un curso de vida particular según los acontecimientos y la propia historia que va atravesando, se contempla la vida como un ciclo compuesto por etapas en las que indefectiblemente se ha de atravesar por periodos y crisis determinadas e inevitables (Erikson, 1988). Por ejemplo, el desarrollo infantil, la adolescencia, la juventud, etapa adulta, madurez, y vejez, son etapas que pueden tener carácter crítico. En esas etapas del ciclo vital se suelen jugar cambios vivenciales, tanto por los cambios biológicos, como por nuevas funciones sociales esperadas, como por los procesos de cambios personales e íntimos que se han de atravesar.

La óptica de ciclo vital implica considerar, no sólo la edad y lo biológico, sino también todos esos otros aspectos de las funciones sociales y de los acontecimientos personales que condicionan la forma de estar viviendo, y por tanto, inevitablemente la forma de estar enfermando.

Pensar, no tanto en el grupo de edad, sino en el momento del ciclo vital, está en línea con el concepto de salud que cuenta con factores del contexto social y vivencial, además de los factores biológicos. Y, a la inversa,

permite además inscribir los cambios fisiológicos, que sin duda se experimentan en los sucesivos momentos del ciclo vital, —como los cambios puberales en la adolescencia, o los cambios hormonales y fisiológicos de la menopausia en la madurez—, como acompañantes de un proceso de cambio personal y social, que quizá pueda tener mucho más peso que aquellos cambios físicos. Hablar de la madurez y su contexto, por ejemplo del climaterio —momento del ciclo vital—, es mucho más amplio que hablar de la menopausia —hecho fisiológico—.

Esta óptica de ciclo vital, fue incorporada por los desarrollos de los estudios de género sobre la salud, porque permitía visibilizar e incluir la experiencia vivida, tanto social como de la vida cotidiana, en la salud. Por ello es sintónica con el enfoque de género, porque de nuevo, para hablar de los aspectos socioculturales y psíquicos que afectan a mujeres y hombres (los aspectos de género) en determinadas edades, es necesario hablar sobre qué normas sociales, qué funciones se esperan de ellos y ellas, qué vivencias les ocurren por el hecho, no tanto de la edad, sino de las experiencias que han de pasar a esa edad y cómo están socialmente modeladas y determinadas esas experiencias según sean mujeres u hombres.

Facilita analizar, no sólo qué cambios hormonales, por ejemplo, se producen en las mujeres entre los 45 y 55 años, sino también qué procesos vitales están atravesando ligados al ciclo vital de la madurez.

A la **madurez** se suele atribuir la crisis de la mitad de la vida, crisis que según Erikson, tiene la opción de resolverse siendo una etapa generativa de saber, de encuentros sociales, de creatividad, o bien producirse un estancamiento personal, si no se resuelve bien la crisis. A veces se valora la madurez como una etapa supuestamente estresante, provocada por una revisión y reevaluación de la vida hasta el momento. Hacia la mitad de esta etapa, la mayor parte de metas y tareas se cree que deberían estar alcanzándose, se debería estar en el momento de mayor productividad y creatividad, al mismo tiempo que se espera el reconocimiento y valoración en el ámbito laboral y del entorno en que se vive; se supone que la mayor parte de las personas deberían tener ya una familia y haber criado a sus hijos e hijas. Diversas autorías afirman que lo que llega con esta crisis es la conciencia de la mortalidad.

Buena parte de los factores de vulnerabilidad de la madurez, relacionados con el proceso vital, pueden proceder de la frustración que genera no alcanzar los ideales de éxito impuestos en la sociedad contemporánea.

También de nuevo, las valoraciones sociales sobre la edad, las expectativas sobre la madurez, están socialmente construidas y son muy diferentes para hombres y mujeres, siendo condicionadas por modelos de género que estipulan comportamientos y supuestos logros que cada sexo debería alcanzar en esta etapa. Del mismo modo que la clase social, el nivel educativo, la

actividad laboral y en definitiva, según a qué se haya dedicado la vida hasta el momento, son factores que imprimen distintos tipos de vulnerabilidad.

Por otra parte, en las sociedades occidentales contemporáneas, se observa que la transformación de la dinámica de la población conocida como **transición demográfica** funciona como un importante motor de cambio no sólo en la distribución de las diferentes edades, sino también en la de los roles de género tradicionales. La redistribución de los roles generacionales y de género supone una serie de cambios estrechamente relacionados. El creciente peso de las personas de edad madura y avanzada, dado el alargamiento de la supervivencia, ha implicado nuevas posibilidades de organización social y familiar, así como nuevos modelos de ciclo vital individual, y esta reorganización ha supuesto que las expectativas asociadas al género se hayan modificado también (Pérez Díaz, 2003).

El alargamiento de la esperanza de vida y la consecuente redefinición del ciclo vital de hombres y mujeres ha supuesto a su vez, para las ciencias de la salud, considerar especialmente el significado de la madurez y el proceso de envejecimiento, que tradicionalmente y con un enfoque más bien biologicista, ha tendido a ser patologizado. A veces se considera la madurez tardía, en su acercamiento hacia la vejez, exclusivamente como «pérdida paulatina de facultades», sin tener en cuenta que el paso de los años también supone para el organismo «ganar nuevas facultades» (González de Chávez *et al.*, 1993, 1999), y esto se asocia a la idealización de la juventud como modelo ideal, lo que ha resultado en la patologización de la salud de las personas en edades maduras (Valls Llobet, 2006).

Este proceso se articula a su vez con el reforzamiento de las jerarquías genéricas: el eje del género se intersecta con el de la edad. En efecto, cuando el alargamiento del ciclo vital supuso la reconsideración de la etapa de la madurez, los análisis han tendido a redefinir el ciclo vital de los hombres en función de las relaciones laborales (productividad, reconocimiento laboral y pre-jubilación), mientras que la redefinición del ciclo vital de las mujeres se ha realizado en función de las relaciones familiares («el nido vacío») sólo en función de su ciclo fértil, otra vez, haciendo vigentes los estereotipos de género apoyados en la división sexual del trabajo y la supuesta exclusiva función de madre de las mujeres. Del mismo modo, la centralidad otorgada a la menopausia en el análisis de la salud de la mujer madura vuelve a reproducir, de hecho, la reducción de las mujeres a sus funciones reproductoras. Si en la etapa anterior se reducía su problemática a la maternidad, en este período todo girará en torno a la supuesta «pérdida» de la «feminidad» (Esteban, 2001; Valls Llobet, 2006; Freixas, 2005b, 2007), entendida la feminidad sólo mediante aquellas funciones reproductoras y dando nuevos matices a la sujeción de las mujeres a una identidad de género que en la madurez las vuelve a desempoderar.

Por todo ello, abordar la **madurez**, como etapa del **ciclo vital**, incluyendo con ello los procesos sociales, funcionales y vivenciales que la acompañan, servirá de un tercer eje conceptual en intersección con, por un lado el concepto de **salud-enfermedad** como proceso biopsicosocial y por otro con el eje del **enfoque de género**, para informar sobre el estado y las necesidades de salud de hombres y mujeres.

2. Determinantes desde el enfoque de género que inciden en la salud en las edades centrales de la vida

En este capítulo se expone y se analiza aquellos aspectos que dan cuenta, desde una mirada macro a una micro, de los condicionamientos de la vida de hombres y mujeres y su repercusión en la salud. Se tiene en cuenta que la salud es el resultado del proceso en el que se desenvuelve la vida humana, en tanto en cuanto a las condiciones de la biología, al contexto económico y social y a la subjetividad individual. Asimismo, se explican los hábitos de vida ligados a dichas condiciones teniendo en cuenta, además, el modelo de socialización de género.

2.1. Las condiciones de vida en función de los determinantes socioeconómicos y productivos

Si se tienen en cuenta los condicionamientos económicos, productivos y sociales en las condiciones de vida de hombres y mujeres, se pone de manifiesto la relación directa entre cómo afectan a la vida y al estado de salud de cada persona de manera diferente. Así, la clase social, el binomio trabajo-empleo y el nivel educativo, tienen una fuerte correlación con los estados de salud.

A medida que empeoran las condiciones del entorno, sumado a las estructuras de poder y la falta de oportunidades, los indicadores de salud de la población se tornan más negativos, quedando sobre todo las mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad de pobreza y exclusión social (Rohlf, 2006). Asimismo, si se tienen en cuenta los procesos migratorios, la vulnerabilidad o situaciones de discriminación se hacen especialmente visibles en las mujeres.

Por ello, al analizar desde el enfoque de género la intersección de estos determinantes con la variable sexo, se hacen evidentes las desigualdades de género antes ocultas.

Desde la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo remunerado ha existido una brecha salarial materializada en diferentes niveles de renta económica respecto a los hombres. Si bien es cierto que en los últimos 10 años estas diferencias han disminuido, al analizar los **condicionamientos económicos**, es interesante destacar cómo el salario bruto por hora en el caso de los hombres es todavía de un 17,3% mayor que el de las mujeres, esto puede ser explicado por la diferencia en el nivel de estudios, la distinta composición por grupos de edad, los tipos de contrato, las cualificaciones profesionales o las actividades económicas. Sin embargo, existen otra serie de causas que tienen que ver con elementos cualitativos, reflejados a través de discriminaciones indirectas producidas en el marco de las relaciones laborales en las empresas. Por otro lado, teniendo en cuenta el nivel de renta la situación de las mujeres depende considerablemente de la situación familiar, siendo que las familias monomarentales perciben rentas medias por persona más bajas que las percibidas por el resto de tipologías. Asimismo, el grupo con tasa más elevada de población situada por debajo del umbral de pobreza son las mujeres mayores de 65 años (31,8%).

La incorporación de las mujeres al **sistema productivo** se vincula con el acceso de éstas a la educación y la consecuente mejora de sus condiciones de vida. Sin embargo, la entrada en el sistema educativo no garantiza de forma directa la inserción laboral ni el reconocimiento de su formación en el mercado de trabajo, además, la asunción de nuevos roles de género en el espacio productivo no ha supuesto para las mujeres el abandono de los tradicionales roles en el ámbito reproductivo. Finalmente, por el modelo de socialización de género, es una realidad que muchas mujeres han entrado al mercado laboral en condiciones previas de desigualdad, por un lado prolongando los mandatos de género en la elección de las salidas profesionales y por otro considerándolo como una opción secundaria y no central, distinto a como es en el caso de los hombres. Esta serie de condicionantes se reflejan en su salud, tanto dentro como fuera del mundo laboral.

Ciertamente, en el caso de las mujeres, a mayor nivel de estudios mayor es la tasa de actividad, sin embargo, proporcionalmente al nivel de ocupación, la tasa de desempleo es menor entre los hombres que entre las mujeres. En este sentido, existen diferencias por sexo en cuanto a la ocupación y el nivel de estudios, factores ambos con una gran influencia para determinar el estado de salud en este grupo de edad.

Por otro lado, existe una relación inversa entre la tasa de actividad masculina y la tasa de inactividad femenina, en este sentido, y según los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA), para el año 2006 del total de la población activa en el mercado de trabajo, el 69,12% eran hombres, mientras que el 63,7% de mujeres están consideradas como población inactivas, es decir, fuera del espacio de trabajo mercantilizado o de los circuitos

del empleo. Si se profundiza en esta categoría de análisis en el intervalo de edad estudiado (45-65 años) y se observan las causas de la inactividad, se percibe claramente como hay una doble mirada y los datos tienen una relación inversa, por un lado un alto porcentaje de mujeres en la categoría de «*labores del hogar*» (95%) y por otro un alto porcentaje de hombres en la categoría de «*jubilados o prejubilados*» (76%). Por lo tanto, de estos datos se desprende que la gran parte de las mujeres maduras están dedicadas al trabajo de sostén cotidiano de la vida y del cuidado.

Además, se relaciona muy directamente con el trabajo prolongado de ama de casa y con menor nivel de estudios. Según la Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del siglo XXI (CIS, 2006) entre los 50 y 64 años, el 75,2% de las mujeres están casadas, el 11,2% son viudas y son amas de casa el 67,3% (se dedican al trabajo doméstico no remunerado o son jubiladas o pensionistas). Del total del grupo de edad, el 64,3% todavía tienen hijos o hijas viviendo en casa y siguen el modelo del hombre *breadwinner* que aporta mayores ingresos en la casa (66% de los casos). También hay que tener en cuenta que en este grupo de edad, el 74,2% tiene nivel educativo igual o por debajo de bachiller elemental. Asimismo, tanto para hombres como para mujeres de clases sociales desfavorecidas el impacto de los factores determinantes de salud es mayor en función del modelo tradicional de socialización de género. En cambio, la existencia de recursos económicos permite derivar y aminorar las cargas de cuidado y las de doble jornada laboral, la resolución de los conflictos, los efectos de la dependencia económica e impacto de los cambios de modos de vida por rupturas y pérdidas. Es decir, los determinantes del modelo tradicional de género están desigualmente distribuidos por condiciones socioeconómicas, de manera que las desigualdades por clase social, se profundizan con las desigualdades de género.

En cuanto a la situación de las mujeres en el mercado laboral, cabe señalar que está caracterizada por la segregación horizontal lo que hace que ocupen determinados espacios productivos distintos a los de sus compañeros. Así mismo, la posición jerárquica de las mujeres en el mercado de trabajo viene enmarcada por la segregación vertical, ocupando puestos de menor responsabilidad que los hombres. Esto, junto con la desregularización del mercado de trabajo y la flexibilización laboral, precariza y empeora las condiciones de trabajo para las mujeres (Artazcoz *et al.*, 2004; Instituto de la Mujer, 2005), perpetuando la pervivencia del modelo androcéntrico del empleo, también dificulta la redefinición de la salud laboral incorporando definitivamente un punto de vista que incluya las necesidades y situaciones de las mujeres de una manera amplia, ya sea para modificar las pautas organizacionales en los trabajos productivos, como para redefinir los términos en materia de prevención de riesgos laborales (Sánchez Ló-

pez, 2003). Por ejemplo, la «*doble presencia*» que supone un desgaste a las trabajadoras no es contemplada más que en forma de permisos. Además, habría que tener en cuenta que la misma inestabilidad laboral vinculada a la precarización del trabajo de las mujeres no deja de ser una carga psíquica (1) que se contradice con la salud laboral (Rosales Nava, 2002).

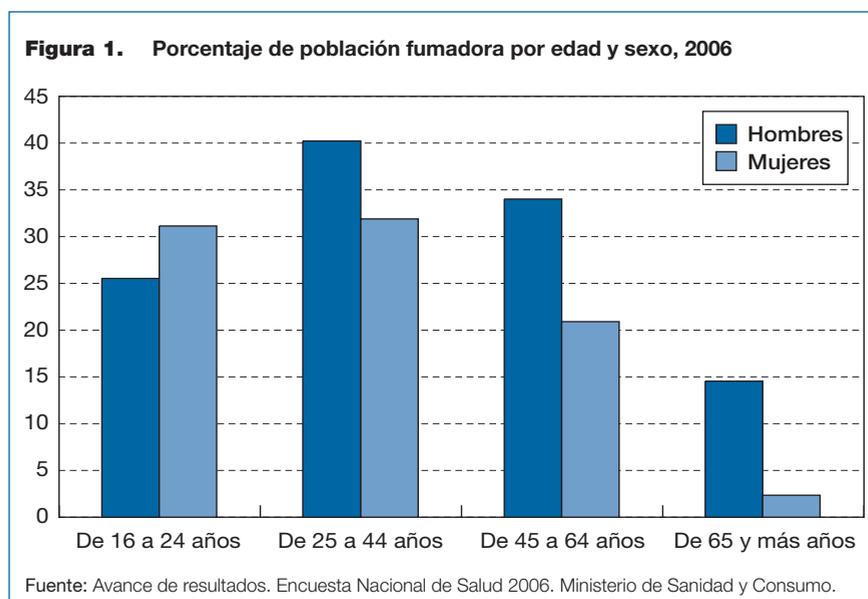
Hoy en día la salida del mercado de trabajo por parte de las mujeres sigue siendo una práctica habitual. Según datos extraídos del Instituto de la Mujer para el año 2005, el 40% de las mujeres que abandonaron el mercado de trabajo lo hicieron debido al nacimiento de un hijo o hija. Esta práctica está bastante extendida entre las mujeres de generaciones de edades maduras socializadas en el modelo del «proveedor único» o *breadwinner*, basado en la división sexual del trabajo que produce una separación drástica entre los roles femeninos y masculinos, asignando a los hombres la centralidad en el empleo y la percepción económica de su trabajo, y a las mujeres la ocupación en las tareas domésticas y reproductivas. En este sentido, otro de los factores explicativos de estas salidas del mercado de trabajo son las dificultades para conciliar la vida laboral, familiar y personal.

En definitiva, la consideración secundaria del trabajo remunerado de las mujeres se entiende como una ayuda coincidente con su menor valoración en términos socio-económicos, lo cual se traduce en menores salarios, menores oportunidades de desarrollo profesional y de carrera, etc. Por lo tanto, las estrategias que vienen adoptando las mujeres para permanecer en el mercado de trabajo, señalan a la pervivencia de los valores y normas que hacen que asuman una doble presencia en la producción mercantil y en la reproducción de la sostenibilidad de la vida (Pérez Orozco, 2006). De este modo, se forma un círculo perverso por el cual la segregación y la discriminación laboral refuerzan el mandato de género femenino de asumir la responsabilidad reproductiva. La dificultad para hacer reconciliables las dos caras de esta doble presencia, es absorbida con el esfuerzo de las mujeres al precio de su bienestar y su calidad de vida.

Además de las condiciones de vida y la diferente repercusión en la salud de hombres y mujeres debido al modelo androcéntrico de sociedad que se ha ido analizando, existen otra serie de factores que están ligados a los hábitos de vida y por ende tienen un impacto directo en la salud. Es por ello que merecen una atención especial aquellos que tienen que ver con el consumo de tabaco, alcohol, la práctica de ejercicio físico y las conductas alimentarias.

(1) La carga psíquica de la «doble presencia» termino que acuña la socióloga italiana Laura Balbo, con el que se pone de manifiesto, que mientras desempeñas un rol, por ejemplo el del trabajo remunerado concomitantemente, estás pensando, organizando, o haciendo gestiones relacionadas con el rol reproductivo.

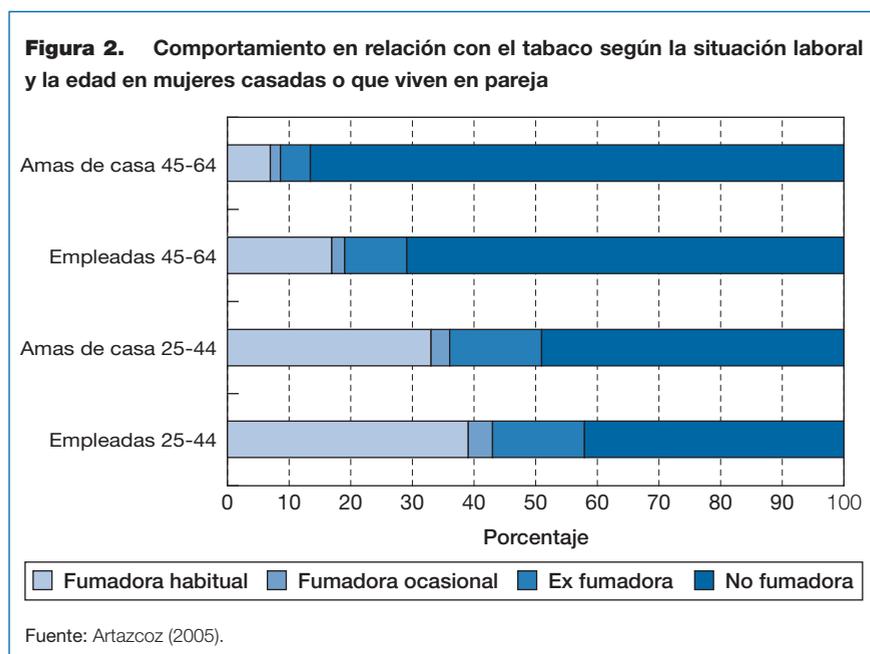
En este sentido, a pesar de que el número de muertes atribuidas al tabaquismo viene reduciéndose en España desde el inicio de los años 90, el **consumo de tabaco** continúa siendo la primera causa de mortalidad evitable (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). Entre los 45 y los 64 años, el porcentaje de personas que fuman es menor que en edades más jóvenes. Además, los hombres son fumadores con mayor frecuencia que las mujeres en todas las edades, esta diferencia aumenta con la edad y es muy alta en el grupo de 45 a 64 años (figura 1).



Desde el análisis de género, cabe destacar algunas cuestiones en el consumo de tabaco por las mujeres. La primera es que, si bien el tabaquismo está disminuyendo desde 1993 tanto en el conjunto de la población como entre los hombres, entre las mujeres, en el periodo comprendido entre 1993 y 2006, la prevalencia de tabaquismo apenas se modificó. Esto se debió fundamentalmente al grupo de edad de 45 a 64, grupo en que el porcentaje de mujeres fumadoras pasó del 10% en 1993 al 21% en 2006. Según el estudio de Rodríguez Sanz (2005) las mujeres de clase sociales más privilegiadas, aún con una prevalencia baja de tabaquismo, son el único grupo social en el que continúa aumentando la frecuencia de consumidoras, y además de grandes fumadoras (20 o más cigarrillos al día). En este sentido, en el Informe de Sa-

lud y Género de 2005, se llamaba la atención sobre este hecho cuyos motivos deben residir en las presiones que reciben este grupo de edad y clase, tanto por cargas estresantes como por modelos de género vigentes que pueden seguir validando el hecho de fumar como recurso tanto estético como de escape del estrés. Esto debería ser más investigado bajo el enfoque de género para fundamentar mejor las estrategias preventivas.

En relación con condiciones socioeconómicas como la ocupación y situación de convivencia, las mujeres de edad madura casadas o con pareja son las menos fumadoras de todas (sumadas las fumadoras habituales, las ocasionales y las que lo han dejado, no alcanzan el 20%) (figura 2). Al igual que lo que sucede en la población general, el porcentaje de fumadoras habituales aumenta entre las mujeres ocupadas (Artazcoz *et al.*, 2005).



Esta diferencia en el consumo de tabaco entre las mujeres que trabajan de manera remunerada o con empleo y entre aquellas que trabajan y no perciben retribución alguna, o bien no tienen un empleo, no se debe tanto a la incidencia de la inserción laboral en el consumo de tabaco, como a la asociación de este hábito con los espacios públicos de sociabilidad. En este sentido,

algunos estudios apuntan que hasta mediados del siglo XX este hábito era exclusivo de los hombres, en parte debido al hecho de que el consumo de tabaco era (y sigue siendo) una práctica primordialmente de carácter social y a que hasta no hace tanto, el espacio público era casi exclusivamente masculino (Waldron, 1991). Además de ello, iba ligado con el modelo de masculinidad tradicional, sin embargo, no concordaba con el modelo de feminidad tradicional, cuyo estereotipo dictaba que el tabaco formaba parte de «vicios masculinos» estética y éticamente supuestamente inaccesibles para ellas. Actualmente, el giro de este estereotipo, puede explicar cómo parte de las mujeres maduras de clases privilegiadas llegan a ser grandes fumadoras.

Además, asociado al ideal contemporáneo del cuerpo de las mujeres, que impone la delgadez como requisito estético e incluso para alcanzar el éxito social en diversos sentidos (Tubert, 2005) se observa que el peso es clave para que una mujer fume o se implique menos en el abandono de los cigarrillos. El miedo a ganar peso después de dejar de fumar y el hecho de que en algunos casos efectivamente ocurra, son cuestiones que preocupan a las mujeres fumadoras (Becoña Iglesias *et al.*, 2000).

Por todo ello, el enfoque de género visibiliza y pone el foco en las motivaciones del inicio y mantenimiento de la dependencia tabáquica, y ésta debería ser tenida en cuenta en el momento de las programaciones y acciones preventivas, ya que para resultar eficaces en el cambio de conducta de las personas, deberían contener modelos de cambio de aquellas actitudes de género que mantienen las conductas y perpetúan las desigualdades.

Por lo que respecta al **consumo de alcohol**, y siguiendo las mismas pautas que en el caso del tabaco, cabe destacar que éste es preponderantemente masculino. La población abstemia aumenta en la década de 1993 a 2003 tanto para hombres (30,8%) como para mujeres (54,8%). En el caso de los hombres, los consumidores ligeros se ubican en las franjas de menor edad y los consumidores altos y excesivos se concentran en el intervalo de edad que va de los 45 a los 65 años. Si se cruza la variable de clase social al análisis del consumo de alcohol, se observa que los hombres de clases sociales menos favorecidas son los que presentan mayor prevalencia de consumo de riesgo de alcohol. Por el contrario, las mujeres de clases más favorecidas presentan mayores porcentajes de bebedoras de riesgo (Informe Salud y Género 2005; Rodríguez-Sanz, 2005). Esta pauta en función de la clase social, en el caso de las mujeres se relaciona con el mismo patrón de consumo de tabaco, y puede que esté influenciado en el cambio de las expectativas del modelo de género tradicional en este grupo social de mujeres. En este sentido, la adopción de conductas que han sido estereotipadamente masculinas, se puede reconocer como uno de los factores que puede estar aumentando la prevalencia de morbilidad y mortalidad por causas que eran típicamente más frecuentes en los hombres.

En cuanto a los hábitos de vida ligados a la práctica de ejercicio físico, cabe señalar que según las Encuestas Nacionales de Salud en España, el **sedentarismo**, era más frecuente entre las mujeres que en los hombres y se había ido reduciendo hasta los años 80, pero en los últimos años se observa una tendencia a la estabilización e incluso aumento (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). Según el avance de resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, el sedentarismo es mayor en las mujeres en todos los grupos de edad, excepto en el de 45 a 64 años, precisamente.

Finalmente, las conductas alimenticias son otro de los factores a tener en cuenta, dado que de ellas dependen determinados trastornos tales como la obesidad, la anorexia, la bulimia, etc. En concreto, la obesidad, se considera la segunda causa conocida de muerte evitable, después del tabaquismo. Como ya se exponía en el Informe de Salud y Género de 2005, la obesidad es más frecuente en clases sociales más desfavorecidas en ambos sexos, aunque el gradiente de clase es mayor en las mujeres (Rodríguez-Sanz, 2005). Mientras que el peso insuficiente, es más recuente en mujeres de clase alta y en hombres de clases bajas, entre otros factores socioeconómicos, la influencia de la sujeción a los estereotipos del ideal de imagen corporal de delgadez para las mujeres, y el afán del cuidado del cuerpo, en las mujeres maduras, más de clase alta y de mayor nivel de estudios, y una mayor sujeción a la pasividad y el descuido de sí mismas de su propio cuidado en las mujeres de clases sociales más desfavorecidas y menos nivel de estudios, probablemente por el peso de las propias sobrecargas de género.

Probablemente, el impacto de estos últimos factores contemporáneos sea mayor en clase sociales más favorecidas y niveles de estudios más altos y explique porqué la obesidad y la falta de ejercicio en tiempo libre, por ejemplo es menos frecuente entre las mujeres de estos niveles socioculturales, como efecto de la búsqueda, no sólo de la salud, sino de la belleza modélica. Todo ello, son hipótesis que es necesario estudiar, una vez más para desarrollar las estrategias preventivas con potencial para influir en los factores y actitudes que mantienen los hábitos de vida.

2.2. Las condiciones de vida en función de los determinantes psicosociales

Los determinantes psicosociales son aquellos que dan cuenta de las contingencias sociales y acontecimientos vitales de hombres y mujeres que construyen la biografía de cada persona (Breilh, 2001). Si a esta definición se integra el enfoque de género, cabe decir entonces que estos determinantes

están relacionados con el modelo de socialización de género femenino y masculino, es decir, el proceso por el cual hombres y mujeres aprenden e interiorizan comportamientos, roles e ideales de feminidad y masculinidad en función de los consensos de género en una sociedad determinada, así como de las normas y formas de relación entre unas y otros, igualmente construidas en la cultura. De esta manera, el proceso de socialización diferenciada, bajo el patrón del modelo tradicional, de hombres y mujeres en el tramo de edad analizado, coexiste junto con el modelo contemporáneo de sociedad. Así, en la intersección de estos dos modelos aparece la vulnerabilidad, dado que entran en conflicto los ideales de la masculinidad y feminidad con el ejercicio de las identidades femenina y masculina. A continuación, se exponen algunas de las claves que caracterizan ambos modelos tanto para hombres como para mujeres (2).

Modelo de socialización de género femenino

Tradicional

- **Espacio de la reproducción y doméstico como la única vía de realización personal**, junto con el cuidado hacia las demás personas (al cargo o dependientes), esto añade vulnerabilidad por las consecuencias que acarrea de carencia de un proyecto propio, de incomunicación y aislamiento, trabajo repetitivo, invisible, desvalorizado y no remunerado (Burín, 2005; Conde, 2000).
- Falta de soporte y ayuda sociofamiliar, lo cual genera **sobrecarga física y emocional**, situaciones de abuso emocional por familiares, ausencia del tiempo propio y del autocuidado (Burín, 1991; González de Chávez, 1993).
- El modelo de convivencia a través del **matrimonio** supone un factor de riesgo para las mujeres, sobre todo cuando falta comunicación íntima con la pareja y falta el cuidado y la devolución amorosa.
- Exposición a **situaciones de subordinación, dependencia** afectiva y económica, que en sí mismas ya son factores de vulnerabilidad, pero además son la base para que se produzcan **abusos, malos tratos y violencia de género** (Nogueira *et al.*, 2001; Blanco, 2004).

(2) Estas claves han sido elaboradas a partir de los estudios de Velasco (1999 y 2006a).

Transición

- La **innovación para el cambio del modelo de socialización** produce la acumulación de los ideales antiguos y nuevos de feminidad, generando sobrecargas de roles (Arber, 1991): roles múltiples y doble jornada laboral (y triple cuando se añade el cuidado de dependientes).
- Modelo de «superwoman» o «abuela esclava»: El impacto para las mujeres en la madurez que tienen las nuevas formas de relación entre ambos sexos, arrojan el resultado de nuevas estructuras familiares: doble jornada laboral con carga monoparental en soledad, en los que la mujer sufre una sobrecarga al acumular el trabajo remunerado, el avance en su profesión, el sostén de la casa, el cuidado y afrontar los conflictos de hijos/as adolescentes y jóvenes, y todo ello en soledad afectiva (Artazcoz, 2007). Este cuadro es mucho más grave cuando su remuneración y recursos son mínimos.

Contemporáneo

- **Búsqueda del éxito social y personal** (Conde, 2000; Moreno 2000; Velasco, 2005) caracterizado por alcanzar un cuerpo modélico y eternamente joven y por el disfrute de una buena posición socioeconómica, el confort y bienes materiales. Todo ello basado en la **competitividad**. Si bien estos factores afectan a hombres y mujeres de todas las edades, y se materializan en el sufrimiento cuando falta la **valoración y reconocimiento personal y social**.
- **Tiranía del ideal corporal modélico** (Benlloch, 2001; Tubert, 2005), con empuje, e incluso a veces compulsión, a la cirugía remodeladora, a la dieta restrictiva, que, si bien en la adolescencia y juventud muestra la cara de la anorexia, en la madurez aparece como constante preocupación y también restricción de la dieta; al consumo compulsivo de ropa y cosméticos y todo producto relacionado con la apariencia (Bernárdez, 2005) y, a pesar de todo, la insatisfacción permanente con el propio cuerpo.
- Las **dificultades con la fertilidad**, o los problemas con embarazos partos y abortos, pueden representar también daños subjetivos. Así, el deseo imperioso de ser madre, y la demanda de reproducción asistida, por ejemplo, pueden estar significando una lesión en la integridad de la identidad femenina, construida culturalmente como si ser madre fuera la única forma finalmente de ser mujer (Tubert, 1999 y 2000; González de Chávez, 1998 y 1999).
- Los distintos momentos del ciclo vital en los que se redefinen el cuerpo y los apoyos de la subjetividad, que en el caso de la madurez tienen su hito principal en el **climaterio**. Los hechos orgánicos que acompañan al climaterio, como la menopausia y algunos cambios corporales frecuentes a esta edad, aunque sean quirúrgicos como la **histerectomía** (Akiko Komura, 2007) o la **mastectomía** (Sebastián, 2002), exigen una redefinición de la feminidad cuando ésta ha estado apoyada y simbolizada sólo en las posibilidades reproductivas, proceso que aparece como fuente de vulnerabilidad.

Modelo de socialización de género masculino

Tradicional

- Único espacio de realización personal a través del espacio público y como el sostén económico de la unidad de convivencia.
- El matrimonio es un factor protector para los hombres. Mantenimiento de ideal de masculinidad, apoyado en ser sostenedor de la familia y en mantener una relación de propiedad con la mujer causa que cuando falla en estas exigencias producen vulnerabilidad que repercute en su salud. Además, cuando se produce pérdida de rol de dominio aparece caída en la pasividad y en el silencio o la violencia contra la mujer (Bonino, 2000 y 2002).
- Consideración del cuerpo como una máquina.
- Necesidad de mantener posiciones de **demostración de fortaleza** y ocultación de las debilidades, lo que les implica en conductas de riesgo (Rohlf's, 2000; Bonino, 2000 y 2002; Stanistreet, 2005). Por tanto, esto se traduce en un acceso más tardío de los servicios sanitarios y una menor atención a los mensajes de promoción de la salud.
- Estilos de vida menos saludables y adopción de conductas relacionadas con los accidentes.

Transición y Contemporáneo

- Exigencia de **potencia y respuesta sexual** como demostración de masculinidad, y responder, también a un ideal corporal juvenil y fuerte difícilmente alcanzable por la mayoría.
- Realización de funciones de nuevos **roles de cuidado y compartidos** con la mujer, que pueden ser mal vistos por su entorno. Del mismo modo que para las mujeres, las nuevas formas familiares conllevan nuevo procesos de vulnerabilidad, como la **pérdida del contacto y cotidianidad con hijos e hijas** por separación.
- Las nuevas formas de relaciones de género conllevan a menudo desencuentros relacionales y afectivos, con diferencias en intereses y grados de compromiso que desembocan en conflictos de pareja que consumen esfuerzos y desgaste afectivo.

Además existen aspectos comunes en el modelo de socialización femenino y masculino que afectan a los procesos de vulnerabilidad:

- **Las pérdidas**, y no sólo la muerte de personas queridas y necesitadas, sino la pérdida del amor y de la convivencia con la pareja y otras personas significativas, y las pérdidas de trabajo y condiciones de vida. Las consecuencias de las pérdidas vienen reforzadas en el caso de las personas que viven en dependencia material y afectiva, y que tienen depositadas en el mundo de las relaciones y los afectos sus principales fuentes de realización personal. En este sentido, las mujeres sujetas al modelo tradicional de género, en general, presenta mayor vulnerabilidad.
- Los resultados de **hijos o hijas con enfermedad**, que comprometen el alcance del ideal de **buena madre**, del mismo modo que para los hombres de **buen padre** (Tubert, 1996; González de Chávez, 1998), lo que se daña es un aspecto muy sensible de la realización de la femineidad y la masculinidad, las funciones de madre y padre.
- **El impacto de las enfermedades o problemas de hijos o hijas**, no en la infancia, sino en cualquier edad, incluso en edad adulta, aunque aparentemente afecta con más intensidad a las mujeres por el distinto significado que los hijos e hijas tienen para ellas.

Después de haber expuesto las claves principales para poder entender los procesos de vulnerabilidad de hombres y mujeres en función del modelo de socialización de género que impactan sobre la salud, es interesante poder detectar aquellas pautas que tienen que ver con los cambios en los modelos de género y que suponen una protección para la salud. Esto supondría el abandono de las sujeciones del modelo tradicional, alcanzando posiciones subjetivas activas, autonomía, independencia, proyectos y realizaciones propias. Además, la creación de una red de apoyo social, generando o participando en espacios de encuentro con otras personas y no ser víctima pasiva de las circunstancias y de los modelos sociales. Resolver las sobrecargas, compartiendo y conciliando, además de no apoyar todo el proyecto vital en el cuidado de las demás personas. Reconocer y abandonar posiciones de víctima (de las circunstancias, de los modelos sociales, de la pareja, etc.) buscando los apoyos y vínculos necesarios para ello (Velasco, 2006b).

Finalmente, se hace imprescindible actuar sobre el cuidado del cuerpo, el fomento de los hábitos saludables (alimentación, limitación del consumo excesivo de alcohol, evitar el tabaquismo y otras drogas, favorecer el ejercicio, buen descanso y sueño suficiente) y detección y liberación de la exposición a tóxicos medioambientales (Valls, 2002 y 2006). Así mismo, la búsqueda de la equidad y eliminación de las desigualdades por factores socioeconómicos

y del ámbito del trabajo, son factores de promoción de salud. Para concluir este capítulo se puede decir que todos estos procesos tienen un potencial explicativo de las diferencias en los estados de salud y constituyen indicadores cualitativos para seguir investigando su influencia, tanto en las quejas y malestares de la población, como en la morbilidad, e incluso en la mortalidad evitable. En este informe se van a tomar como matriz explicativa al analizar los distintos aspectos de salud.

3. La salud de la población en las edades centrales de la vida

3.1. Cambios demográficos y esperanza de vida

La transición demográfica en la población española se caracteriza por la baja tasa de fecundidad, que junto al aumento de la esperanza de vida, genera el envejecimiento de la población. Además, interviene en las últimas décadas, el aumento de la inmigración, en su mayoría de población joven

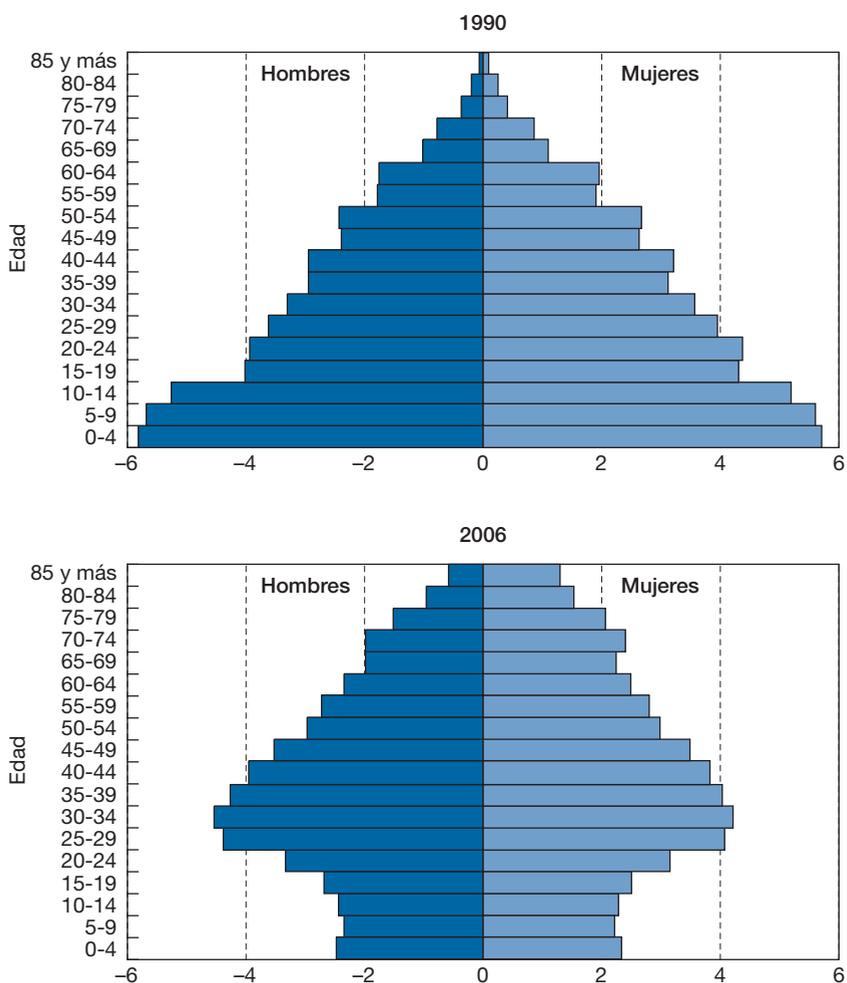
Estos **cambios demográficos**, ya explicados en el Informe de Salud y Género 2005 del Ministerio de Sanidad y Consumo, tienen, por un lado, una repercusión diferente para hombres y mujeres en los distintos grupos de edad; y al mismo tiempo, se producen por factores sociales, culturales y económicos a los que contribuyen las mujeres y los hombres de forma diferente, es decir, son factores analizables bajo la óptica de género.

La comparación de la población española por grupos de edad entre el año 1900 y el año 2006 (figura 3), muestra cómo se ha pasado de una población joven, a una fuerte disminución de la población infantil (0-14 años) y disminución de la población joven (15-29 años), con un firme aumento de la población adulta, madura y, sobre todo, mayores de 65 años.

La evolución por sexos y grupos de edad (figura 3) muestra que si en 1900 había más hombres que mujeres hasta la edad de 15 años, la proporción entre los sexos se invertía a esa edad, aunque permaneciera bastante equiparada hasta los 75 años. En cambio, en 2006, son un poco más los hombres que las mujeres hasta el grupo de 45 a 54 años, en que se iguala la proporción por sexos. La inversión con mayor número de mujeres se produce a partir de los 55 años y la proporción de mujeres supera a la de los hombres en un 8% a partir de los 65 años y en la población de 75 años en adelante, más del 60% son mujeres (figura 3). Son los perfiles del envejecimiento de la población y de la feminización de la vejez. En lo que concierne a lo ocurrido con la población actualmente madura, se puede pensar qué factores sociales, culturales, económicos y de género han influido para el actual resultado demográfico.

Las mujeres nacidas en la primera mitad del siglo xx, fueron las que disminuyeron el número de hijos e hijas, seguidas de las nacidas en los

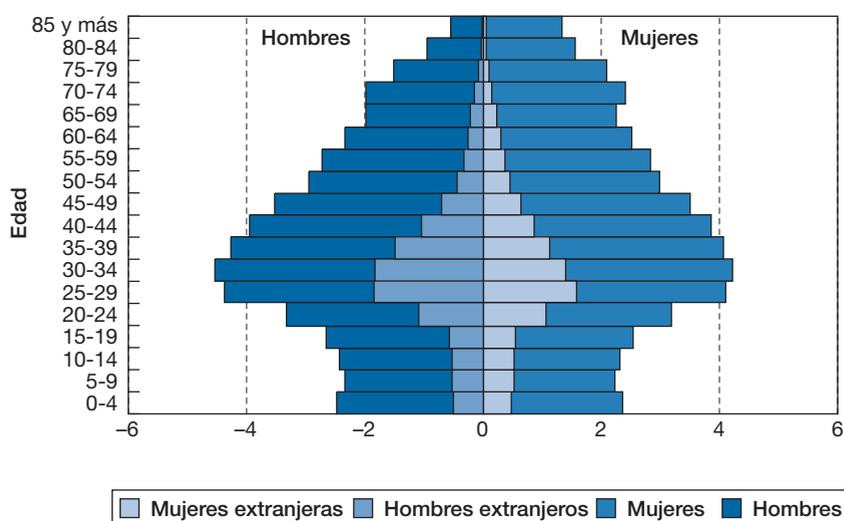
Figura 3. Evolución de la pirámide de población, 1900-2006



Fuentes: Series históricas de datos censales y Revisión del Padrón Municipal, 2006, INE.

años 50, que protagonizaron cambios de alto impacto, como la firme incorporación a la educación, al trabajo y a la participación en el ámbito público, continuando con la disminución del número de hijos e hijas; y las nacidas en la década de los 60, que retrasaron la edad de emancipación, del matrimonio y de la maternidad (Bernardi, 2003; Solsona y Viciano 2004, Informe Salud y Género 2005).

Figura 4. Pirámide de población, 2006



Fuentes: Series históricas de datos censales y Revisión del Padrón Municipal, 2006, INE.

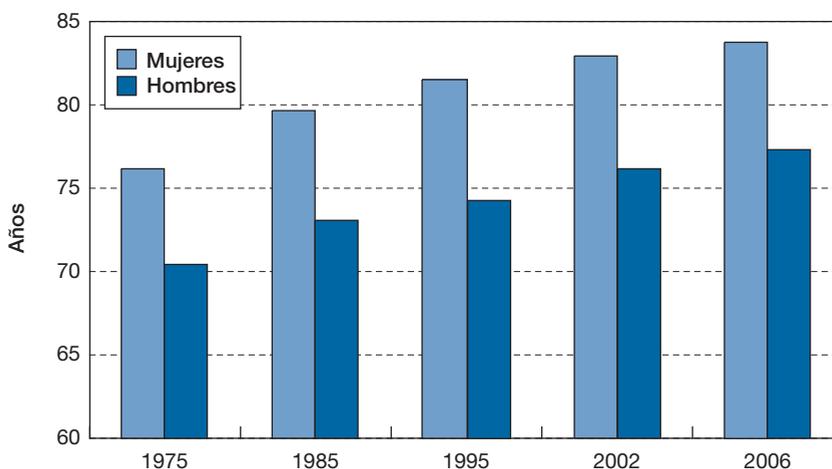
En cuanto al segundo componente del envejecimiento, la prolongación de la **esperanza de vida**, se observa cómo ha ido aumentando en España durante todo el siglo XX, para ambos sexos, al igual que en los países del entorno. En 2006, la esperanza de vida de las mujeres es de 83,8 años y la de los hombres de 77,2 años, de modo que las mujeres viven 6,6 años más que los hombres.

Ahora bien, la ganancia en años de esperanza de vida se está produciendo para ambos sexos a costa de los grupos de edad mayores de 65 años. Es decir, lo que se está prolongando es la vejez (Gómez Redondo, 1995).

En sentido inverso a las causas, están las **consecuencias de la situación demográfica** descrita para la población en edades centrales de la vida. Aspectos a tener en cuenta son el peso demográfico de las personas entre 45 y 64 años, que suponen una cuarta parte de la población, el notable aumento de la población mayor de 65 años y la feminización de la vejez.

Hay que añadir el análisis de algunos **aspectos socioeconómicos**. Estos son, entre otros, las condiciones en que se desenvuelve el mercado laboral y la prolongada dependencia de la población joven de sus familias debido a las dificultades socioeconómicas para la emancipación; las dificultades de las mujeres jóvenes y adultas para compatibilizar el trabajo, el desarrollo profesional y la maternidad, tanto por las deficiencias de la apoyatura social

Figura 5. Diferencia de esperanza de vida entre hombres y mujeres



Fuente: Indicadores Demográficos Básicos y MTAS, 2006, Instituto de la Mujer, INE.

como por el insuficiente compromiso de los varones en el cuidado y soporte cotidiano de hijos e hijas y del trabajo doméstico; las circunstancias de dependencia de las personas mayores en constante incremento, tanto en número como en gravedad de la dependencia, por la progresión de la enfermedad de Alzheimer y demencia senil y por que cada vez la vejez alcanza edades más avanzadas y con mayor deterioro personal. Estas circunstancias, construyen un escenario en que, si bien debería ser sobre la población adulta (de 35 a 44 años) sobre la que debería recaer la carga del soporte de los demás grupos de edad, esta **carga está compartida y desplazada hacia las personas de 45 a 65 años**. Este periodo del ciclo vital, la madurez, hace años se consideraba prácticamente incorporado a la vejez. Sin embargo, en la actualidad se corresponde con las personas de 45 a 65 años. El alargamiento del ciclo vital y las mejores condiciones de fortaleza y salud con que se llega actualmente a estas edades hace que las personas mantengan altas capacidades productivas y generativas. Ello, junto al retraso de la autonomía plena de jóvenes y adultos, contribuye a que una buena parte de la carga de las funciones de sostén de la sociedad, tanto productivas, como informales de sostén de los demás tramos de población —infancia, juventud y vejez—, está recayendo sobre el tramo de 45 a 65 años. Padres y madres están apoyando la satisfacción de las necesidades de hijos e hijas, el cuidado de nietos y nietas, además del soporte y cuidado de mayores y personas ancianas y

discapacitadas, supliendo las insuficiencias sociales que para alcanzar la autonomía o recibir cuidados tienen las otras generaciones, constituyendo así, un tramo de la pirámide de población que está recibiendo la presión de las cargas, tanto de los tramos superiores como de los inferiores.

A su vez, esta carga no está regularmente distribuida entre los hombres y las mujeres maduras. Aunque en este tramo de edad la proporción de hombres y mujeres es la misma (24% de la población) existen fuertes diferencias de género. La **distribución dicotómica de los roles de género** que no son igualitarios, hace que las cargas y las oportunidades no se distribuyen de igual forma entre unos y otras. La observación de Rosa Gómez Redondo (1995), sobre la aparición del *abuela-boom*, abuelas a veces mayores de 65, pero también con mucha frecuencia por debajo de esa edad —maduras—, que se hacen cargo del apoyo cotidiano a sus hijos e hijas, además de sus nietos y nietas y al mismo tiempo del cuidado de sus mayores y, según en qué tramos sociales, aún realizan trabajo remunerado. La presión del cuidado está compartida con otro grupo de población de importancia reciente y es el de mujeres más jóvenes inmigrantes.

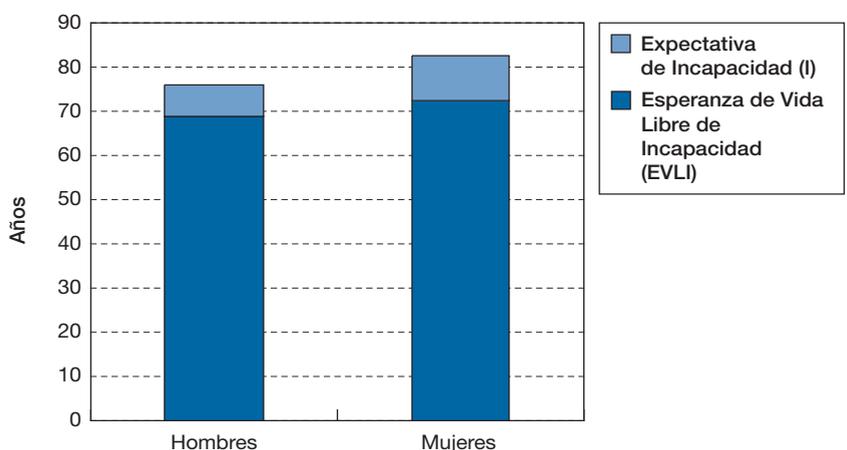
Más adelante, en el presente informe, se pueden ver las consecuencias sobre la salud de esta sobrecarga por razones de género que se deposita en las mujeres maduras, tanto por la acumulación de roles, como por los efectos de la función de cuidadoras.

3.2. Calidad de los años vividos. Esperanza de vida libre de incapacidad y en buena salud

El aumento de enfermedades crónicas y mentales, propio de la situación de envejecimiento de la población de los países desarrollados, obliga a matizar que el aumento generalizado de la esperanza de vida supone que esta vida puede ser vivida con menor calidad, con limitaciones e incapacidad. La **esperanza de vida libre de incapacidad** (EVLI) es un indicador que sintetiza la duración de la vida y su calidad. Mide el promedio del número de años libres de incapacidad que restan por vivir a una persona de determinada edad hasta su fallecimiento.

Este indicador muestra diferencias importantes con la esperanza de vida, aclarando más las diferencias entre hombres y mujeres. Permite ver que «la ganancia de años de esperanza de vida en las mujeres con respecto a los hombres se realiza fundamentalmente a expensas de años vividos con incapacidad (figura 6).

Figura 6. Esperanza de Vida Libre de Incapacidad (EVLI) y Expectativa de Incapacidad (I), 2000

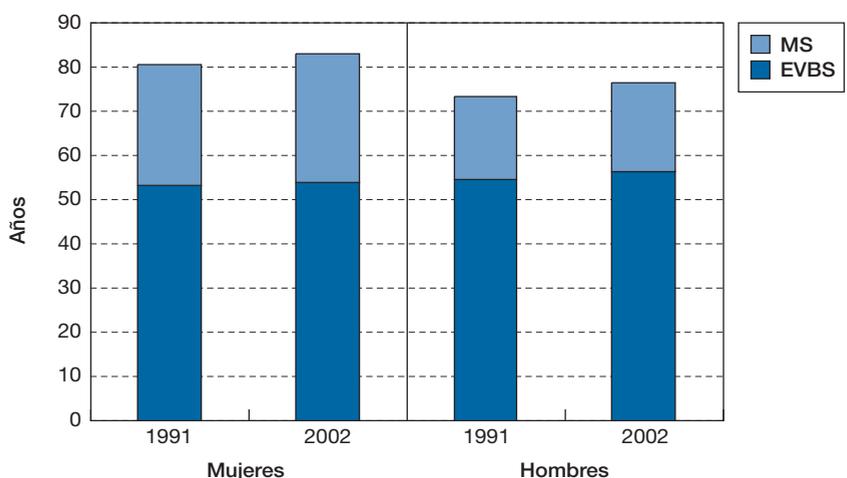


Fuente: Indicadores de Salud, 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Un segundo indicador para estimar la calidad de los años vividos es la **esperanza de vida en buena salud (EVBS)**. La diferencia con la esperanza de vida libre de incapacidad es que los años de vida se ponderan por la percepción subjetiva que los sujetos tienen de su estado de salud, basado en las respuestas de las Encuestas Nacionales de Salud, en lugar de ponderarlos por la incapacidad. En este caso, la mayor bonanza de la longevidad en mujeres se invierte también aquí, ya que la expectativa de los años vividos con buena salud es mayor para los hombres que para las mujeres. Según el informe sobre Indicadores de Salud en España de 2005 del Ministerio de Sanidad y Consumo, «En 2002, el promedio del número de años que se espera sean vividos en mala salud era 24,6 años —20 años en hombres y 29,1 años en mujeres—». Como en el caso de la EVLI, la EVBS refleja que las mujeres viven más años que los hombres, pero los viven con peor salud percibida. Otro hecho relevante es que la EVBS entre 1991 y 2002 (figura 7) aumentó más en hombres (2,3 años) que en mujeres (0,5 años). Incluso se produjo una disminución en mujeres en la EVBS a los 65 años de 0,5 años en ese periodo, mientras que en los hombres aumentó 1 año.

En este sentido, lo ocurrido en la década de 1991 a 2002, no permite visibilizar si esto se puede deber a una tendencia en la mejora de la prolongación de la vida saludable en hombres, o si se debe a un posible estancamiento en las mujeres, al menos a partir de los 65 años.

Figura 7. Expectativa de Vida en Buena Salud (EVBS) y Expectativa de Mala Salud Subjetiva (MS), 1991-2002

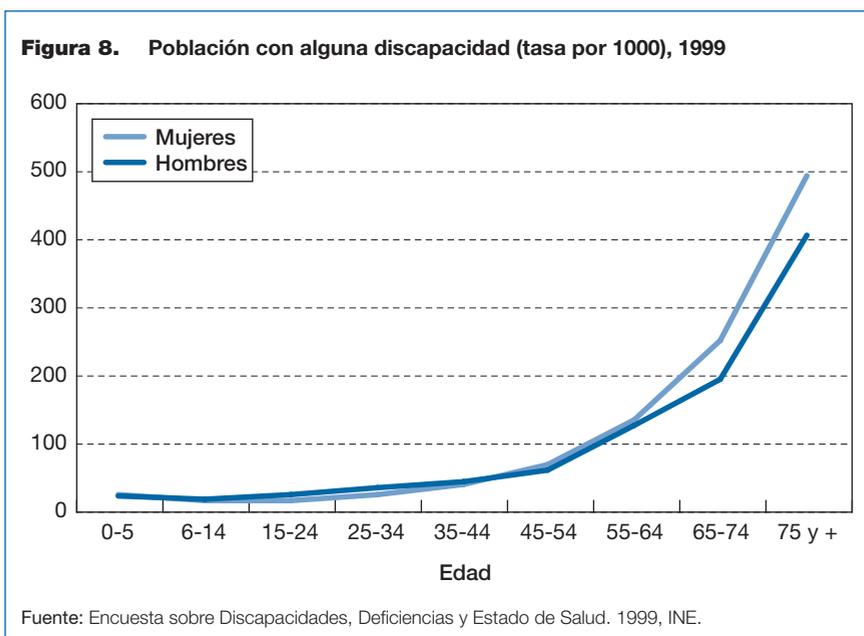


Fuente: Indicadores de Salud, 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los perfiles de otros dos indicadores permiten matizar más la calidad de los años vividos, y son la prevalencia de incapacidad permanente y de incapacidad temporal. La **incapacidad permanente**, planteada como grave y de una duración superior a un año, estimada a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (últimos datos disponibles) muestra también una prevalencia mayor en las mujeres (10,3%) que en los hombres (7,7%) aumentando lógicamente con la edad. Por edades se observa que a partir de los 45 años las mujeres pasan a tener mayor frecuencia de discapacidad que los hombres (figura 8).

También en este caso, a menor nivel de estudios, mayor frecuencia de discapacidad, en ambos sexos.

Según datos de la última encuesta disponible (1999), respecto a la **incapacidad temporal**, expresada en número de días de incapacidad por persona y año, entendiéndose los grados de gravedad según la persona: haya restringido algunas actividades diarias; la mayoría de las actividades (incluyendo la actividad principal); o deba guardar cama durante la totalidad o la mayor parte de la jornada. El resultado de esta medida, a partir de las Encuestas Nacionales de Salud, es que también las mujeres tienen mayor media de número de días al año con incapacidad (22,4) que los hombres (15,4). En la población entre 45 y 64 años, es mayor que la media con 27 días al año.



Según el Avance de Resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, se encuentra además que de la población con limitaciones para la actividad diaria, el 56% son mujeres. De hecho, la tasa de discapacidad de las mujeres es casi 10 puntos más alta que la de los hombres.

Una vez más, como prácticamente en todos los indicadores de salud, es más frecuente la incapacidad, tanto temporal como permanente, cuanto menor es el nivel de estudios (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

3.3. Salud percibida. Las mujeres maduras se sienten peor

La percepción subjetiva de la salud es un indicador que proporciona información relevante para fundamentar estrategias de salud, ya que tiene en general buena correlación con la morbilidad e incluso con la mortalidad, además de permitir deducir necesidades sentidas de la población.

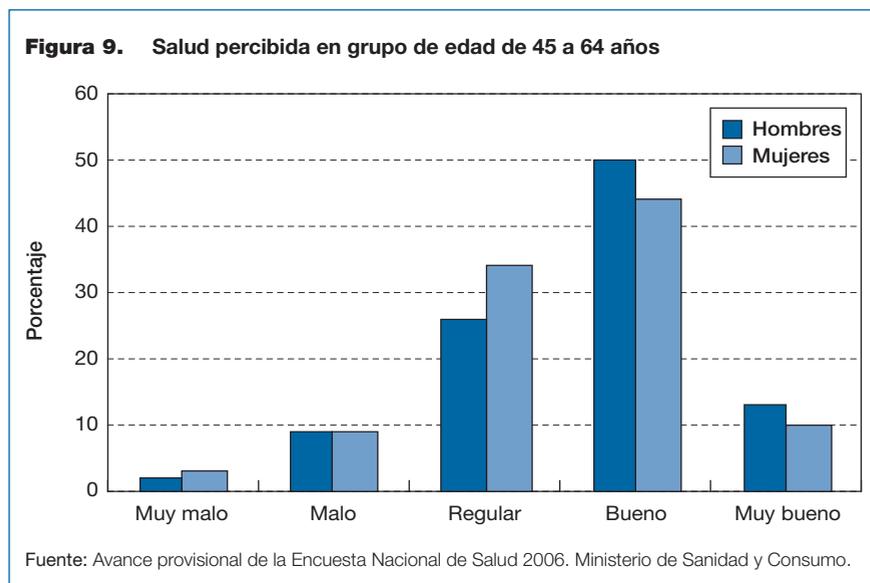
La **salud percibida** habla de la percepción subjetiva de cada persona, de cómo se siente. Se ha encontrado que la salud percibida es peor cuando hay síntomas físicos y dolor, enfermedades crónicas, entre las que más

influyen para peor salud percibida están artrosis, depresión, bronquitis, e hipertensión (Perula, 1995), enfermedades graves, o de larga duración, o limitaciones en la capacidad funcional, o pasar días en cama y consumo de medicamentos. Además, sabemos que un estilo de vida no saludable y preocupaciones, malestares psicológicos y somatizaciones empeoran la salud percibida (Martín Moreno, 2001). Esto orienta hacia los factores que subyacen en peores percepciones de salud.

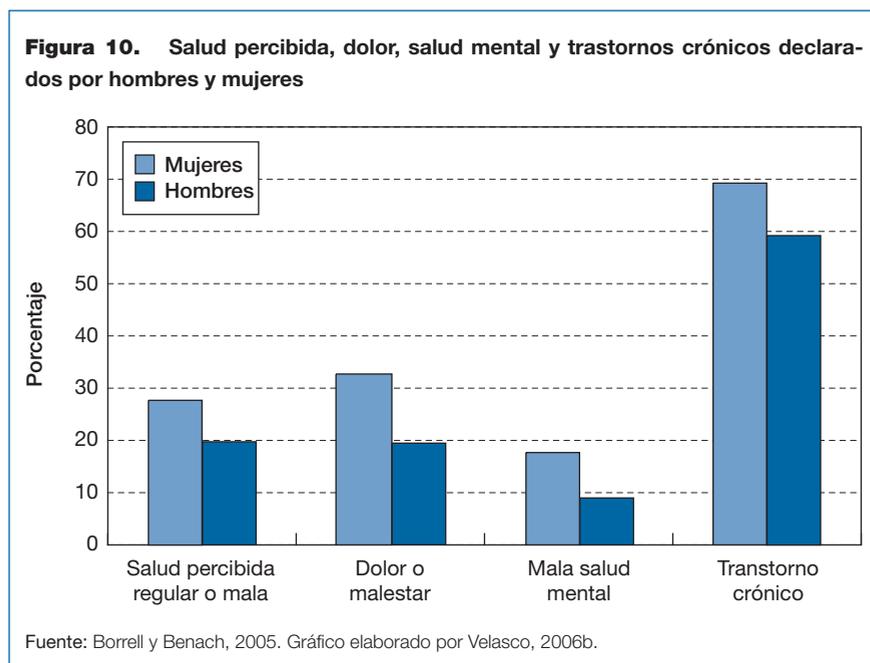
Es bastante constante también en los estudios sobre el tema, que tienen peor salud percibida las clases sociales de menor nivel cultural e ingresos y siempre peor las mujeres que los hombres (Martín Moreno, 2001; Borrell y Benach, 2005; Rodríguez Sanz, 2005). Así, la salud percibida, además de ser un indicador orientativo del estado de salud, es un indicador sensible a las condiciones ambientales culturales, incluidos los condicionantes de género, ya que es influido por los significados de la salud y el bienestar para cada condición social, cultural y forma de vida (Marta Jylhä, 1998).

En España, como en otros países industrializados, hombres y mujeres tienen una diferente autopercepción de su salud y de sus enfermedades (Fernández, Schiafino y García, 2005).

Según los resultados provisionales de la Encuesta Nacional de Salud 2006, en las edades centrales de la vida encuentran su salud de regular a muy mala el 46% de las mujeres y el 37% de los hombres.



Existe una cierta paradoja que señalan Fernandez, Schiafino y García (2005) sobre la falta de relación directa entre la percepción de salud y la morbilidad, de cuyo trabajo se extrae la figura 10.



En ella se recogen los porcentajes de hombres y mujeres que perciben su salud como regular o mala, observándose que son más bajos que los que responden tener algún padecimiento crónico (3), es decir, que muchas personas con trastornos crónicos, aún conllevando la mayor parte de ellos molestias y requiriendo tratamiento, se sienten con buena salud. Sin embargo, en la misma figura 10, se aprecia cómo existe mayor concordancia entre la mala salud percibida y las categorías de dolor, malestar y mala salud mental, aspectos de mucha importancia en la salud durante la madurez, especialmente en las mujeres.

(3) Trastornos crónicos que agrupan hipertensión, enfermedades del corazón, colesterol elevado, asma, bronquitis, diabetes y molestias urinarias más frecuentes en los hombres y varices, estreñimiento, depresión, cataratas y problemas de piel más frecuentes en las mujeres.

La percepción varía según el nivel de estudios y clase social, con una correlación constante: a mayor nivel de estudios y clases sociales más privilegiadas la percepción de la propia salud es mejor tanto para los hombres como para las mujeres (Rodríguez Sanz, 2005). Quienes peor salud afirman tener son las mujeres con trabajos no cualificados y en mujeres de igual clase social, las empleadas refieren mejor salud que las que se dedican al trabajo doméstico no remunerado. Esta diferencia, además, se acentúa con el transcurso de la edad, por lo que, tomando la clase social en sentido transversal, las mujeres mayores que sólo han trabajado en casa serían las que peor estado de salud presentarían (Informe Salud y Género, 2005).

3.4. Quejas de salud y morbilidad. Dolor músculo-esquelético y malestar psíquico

Tras la transición epidemiológica en las sociedades avanzadas, la importancia de indicadores en la estimación del estado de salud sufre un desplazamiento de la mortalidad como fuerza predominante, a favor de las quejas, la morbilidad y sus secuelas e incapacidades.

Las Encuestas Nacionales de Salud aportan información sobre las quejas de salud tal y como son sentidas por la población general. Observar, en primer lugar, de qué se quejan las personas, permite aclarar qué padecimientos son los que integran la mala salud percibida, junto al acercamiento a las causas de morbilidad. En el caso de las mujeres en edades de madurez, tiene especial importancia ya que, si bien mueren más tarde, sabemos que viven peor que los hombres, e interesa saber qué padecimientos son los que determinan su peor sentir y su peor calidad de vida.

En el Estudio de la Salud de las Mujeres en España realizado por Mercedes Onís (1992), se resumen los problemas crónicos en mujeres entre los 45 y 65 años, destacando que el 46% de las mujeres padecen **dolores músculo-esqueléticos**, seguidos de **dolores de cabeza, varices y problemas psíquicos** (4).

(4) El estudio del Instituto de la Mujer, realizado por Mercedes de Onís (1992), utiliza los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1987. Posteriormente, en las sucesivas encuestas nacionales, se preguntó por las mismas quejas y síntomas hasta la de 1995. Utilizamos estas quejas inicialmente porque en las siguientes encuestas se pasa a preguntar, no ya por quejas subjetivas, sino que se añaden preguntas que son signos clínicos, cuadros clínicos y diagnósticos, y no muestran tan claramente la queja inicial, sin mediar proceso diagnóstico.

Preguntadas las mujeres por patología aguda —definida en la Encuesta Nacional como cualquier tipo de dolencia o enfermedad que haya afectado a la persona entrevistada en las dos últimas semanas—, presenta un patrón similar a las enfermedades crónicas. **Dolor de huesos, de columna y articulaciones**, en primer lugar en el 25% de las mujeres; **dolores de cabeza y jaquecas** en el 19%; **insomnio y dificultad para dormir** en el 12%; **problemas de nervios y depresión** en el 11%; y **cansancio sin razón aparente** en el 11%.

Este patrón se ha mantenido de forma similar en las siguientes Encuestas Nacionales de Salud españolas. En ellas, continúan los mismos perfiles de frecuencia de las quejas, aunque con categorías intermedias de signos clínicos que forman parte de diagnósticos, sin embargo, no se pueden considerar de manera estricta como quejas dado que a menudo no producen síntomas y no son referidas como tales por la población, sino como diagnósticos recibidos.

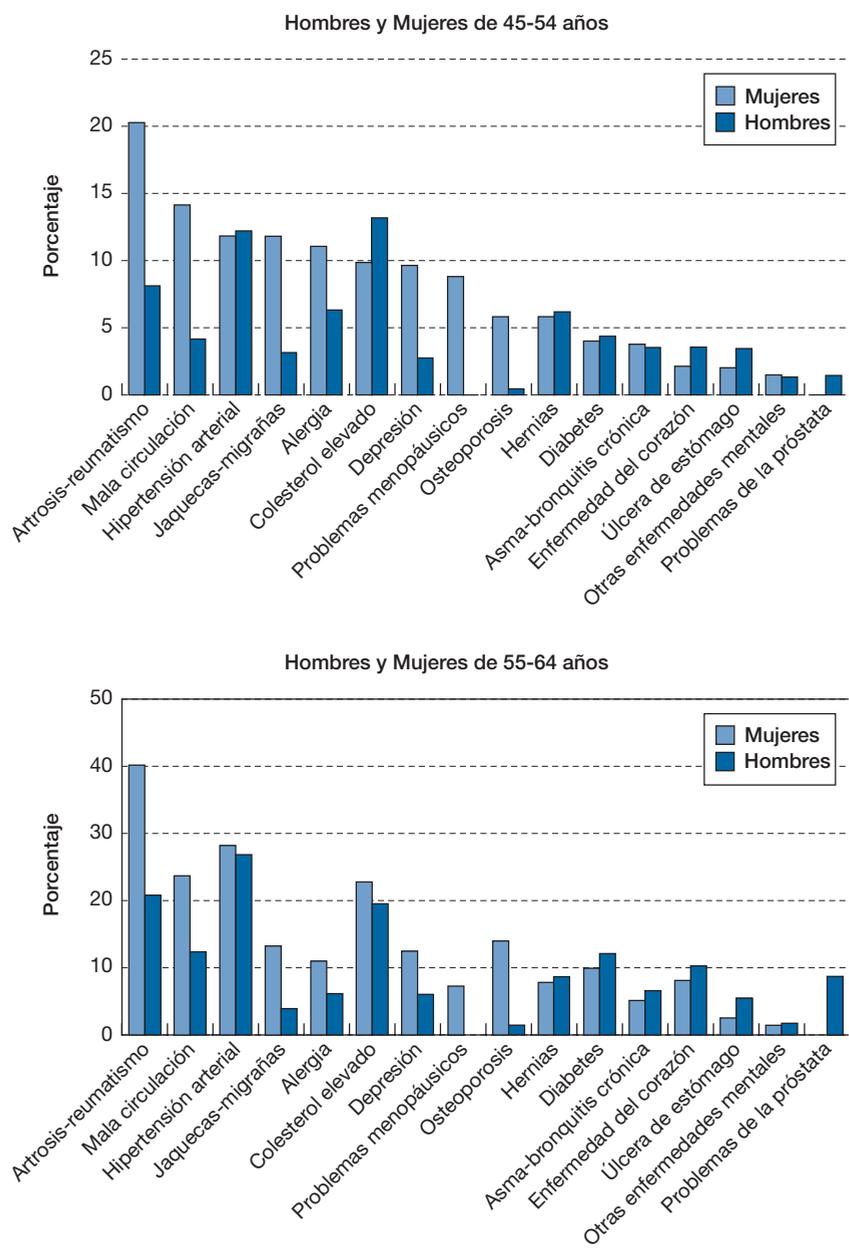
Excluyendo estas condiciones clínicas (colesterol elevado, hipertensión, osteoporosis...) el orden de frecuencia de quejas crónicas sigue teniendo los mismos perfiles en esta encuesta que en las anteriores, en un orden similar en ambos sexos, aunque la frecuencia en mujeres es prácticamente del doble al triple en todas las categorías principales (artrosis y problemas reumáticos, mala circulación, jaquecas, migrañas, dolores de cabeza y depresión) (tabla 1, figura 11).

Tabla 1. Enfermedades crónicas o de larga duración diagnosticadas por un/a médico/a

	45 a 54 años		55 a 64 años	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Artrosis y problemas reumáticos	20,27	8,12	40,17	20,78
Mala circulación	14,14	4,16	23,71	12,38
Hipertensión arterial	11,83	12,2	28,2	26,83
Jaquecas, migrañas, dolores de cabeza	11,81	3,15	13,26	3,91
Alergia	11,06	6,32	10,99	6,14
Colesterol elevado	9,86	13,18	22,78	19,53
Depresión	9,64	2,75	12,47	6,04
Problemas del período menopáusico	8,81	0	7,26	0
Osteoporosis	5,82	0,37	13,99	1,44
Hernias	5,82	6,18	7,81	8,67
Diabetes	4,01	4,37	9,93	12,1
Asma, bronquitis crónica o enfisema	3,77	3,53	5,13	6,6
Enfermedad del corazón	2,13	3,56	8,1	10,27
Úlcera de estómago	2,02	3,45	2,54	5,47
Problemas de la próstata	0	1,44	0	8,71

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Figura 11. Enfermedades crónicas o de larga duración por grupos de edad de 45 a 54 y de 55 a 65 años



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo.

La categoría de «**problemas del periodo menopáusico**», de frecuencia relevante, aparece como «enfermedad crónica diagnosticada», y merece una mención especial. Como no existe tal enfermedad o diagnóstico, bajo su epígrafe deben estar recogiendo quejas y síntomas mal definidos, atribuidos a la menopausia como un cajón de sastre para malestares de las mujeres en edad madura. Sería recomendable revisar este concepto que se está mostrando como ejemplo de patologización de etapas del ciclo vital de las mujeres bajo el cual además, se desdibujan quejas que seguramente son debidas a malestar por las circunstancias psicosociales vividas en la madurez, y no necesariamente por los cambios físicos y hormonales que confluyen en esta edad (Freixas, 2007; Valls-Llobet, 2006).

En cuanto a la evolución temporal de los malestares y quejas, Rohlf, Valls y Pérez (2005) en su estudio en Cataluña, comparan datos de 1994 a 2002 y encuentran que la salud percibida ha mejorado en ambos sexos y, sin embargo, **han empeorado el dolor y malestar, la percepción de salud mental y el padecimiento depresivo**, siendo este último el padecimiento crónico que más claramente ha aumentado.

Sobre cómo se presentan las quejas en los servicios de atención primaria, se sabe que el **dolor** es la primera causa de consulta en atención primaria (Valls Llobet, 2002). En cuanto a la morbilidad registrada, los grupos de **enfermedades respiratorias** son el primer motivo, seguidos de **molestias circulatorias, osteomioarticulares y estados morbosos mal definidos** (Aguilar *et al.*, 2001). Si bien para las mujeres tienen más peso junto a las patologías crónicas cardiocirculatorias, en las edades más avanzadas, las patologías **músculo-esqueléticas, mentales (comunes como depresión, ansiedad y somatizaciones) y endocrino-metabólicas**, se dan prácticamente en todas las edades adultas (Gervás, 1992; Instituto de la Mujer, 2007).

Las consultas por **dolor músculo-esquelético, síntomas somáticos sin causa orgánica y estados depresivos y ansiedad**, doblan en frecuencia a las razones de consultas por parte de los hombres. Por ello, del total de las consultas realizadas con estos cuadros, entre el 73% y el 80% son mujeres (Airzaguena, 2002; Velasco, López Dóriga, Tourné, 2006c). Existe una cierta distribución por grupos de edad, aunque todos estos padecimientos se presentan a lo largo de la vida. Entre los 45 y 65 años, son un poco más frecuentes el dolor crónico músculo-esquelético, depresión y síntomas somáticos. Estos, del orden de vértigos, mareos, hormigueos, a su vez se relacionan con procesos psicosociales de larga duración como ser cuidadoras de larga duración, sufrir malos tratos por parte de la pareja, o el trabajo de ama de casa con aislamiento y dependencia. En edades más jóvenes son más frecuentes las cefaleas, los trastornos de ansiedad y los síntomas somáticos relacionados con el estrés, como taquicardias, más relacionados con procesos psicosociales agudamente estresantes basados

en la competitividad y en los desafíos del modelo de éxito (Velasco, 2005 y 2006b).

El procesamiento de las demandas de atención por síntomas diversos y dolor en atención primaria (y especializada), está dando también lugar al aumento de diagnósticos de síndromes funcionales emergentes (fibromialgia, fatiga crónica, colon irritable y otros). Al mismo tiempo, una buena parte de los síntomas, dolores y quejas sin causa orgánica evidenciable, que son atendidos en atención primaria, quedan registrados como signos y síntomas mal definidos.

Esta notable diferencia por sexos parece ser causada tanto por una forma distinta de enfermar por sexos (Wool, 1994; Piccinelli, 1997), debida a diferente influencia de los factores psicosociales de género (OMS, 2002; Velasco, 2006c) como por una forma diferente de quejarse por sexo, así como por una mayor tendencia de las mujeres a acudir al sistema sanitario y por tanto hacer los síntomas registrables (Kroenke, 1998; Campbell, 2001), además de una forma diferente de escuchar y diagnosticar de los médicos y médicas según el sexo de sus pacientes (Malterud, 1998; Bensing, 1999; Delgado, 2001; Ruiz Cantero, 2001 y 2004).

Todos estos padecimientos, para los que no se cuenta aún con recursos terapéuticos eficaces —y suelen terminar tratados con psicofármacos—, según plantean diversas autoras, pueden ser considerados como manifestaciones contemporáneas del **malestar biopsicosocial de las mujeres** (Tubert, 1988; Burín, 1991; Rodríguez, 1990; Mosquera Tenreiro *et al.*, 2005; Velasco, 2006b y 2006c; Valls-Llobet, 2002 y 2006), aunque también de los hombres que los padecen en menor proporción. Probablemente son para ellas las quejas subjetivas, padecimientos crónicos y morbilidad atendida de mayor relevancia en este grupo de edad. Han de ser comprendidas como las consecuencias en la salud de las siguientes causas: en la esfera de lo biológico, la exposición a tóxicos ambientales que causan mayores efectos en el organismo de las mujeres y el infradiagnóstico que se está produciendo de factores fisiopatológicos infravalorados e invisibilizados por estereotipos en el ejercicio de la medicina (Valls Llobet, 2006). Un ejemplo de esto es la valoración de la ferritina sérica, considerando las cifras bajas como normales para las mujeres, cuando tienen incluso sintomatología de ferropenia.

La menor frecuencia de malestar en los hombres, se puede explicar porque las cargas de género soportadas por los hombres, son menores, en la medida en que no reciben tanta presión sobre la vida cotidiana con exigencia de compromiso tanto físico como mental e incluso, de conflictos ideales en el ámbito de la subjetividad, como ocurre con los factores de género de las mujeres. En este sentido, parece que en los hombres se compromete menos el bienestar de la vida cotidiana, resultando un mejor

estado de salud percibido y menor proporción de quejas y morbilidad en aquellas formas de dolor y malestar psicosocial, reflejándose más, probablemente a través de conductas y hábitos de riesgo, como consumo abusivo de tóxicos.

La distribución de la asociación entre los factores psicosociales y los diagnósticos diversos —considerados conjuntamente como malestar psicosocial— se muestra en el resultado de una evaluación en atención primaria de intervención para detección y tratamiento de factores psicosociales asociados a los diagnósticos de malestar arriba enumerados, muestra unos resultados orientativos sobre la distribución de estos factores asociados por sexos (Velasco, López-Dóriga y Tourné, 2006c) (figuras 12a y 12b).

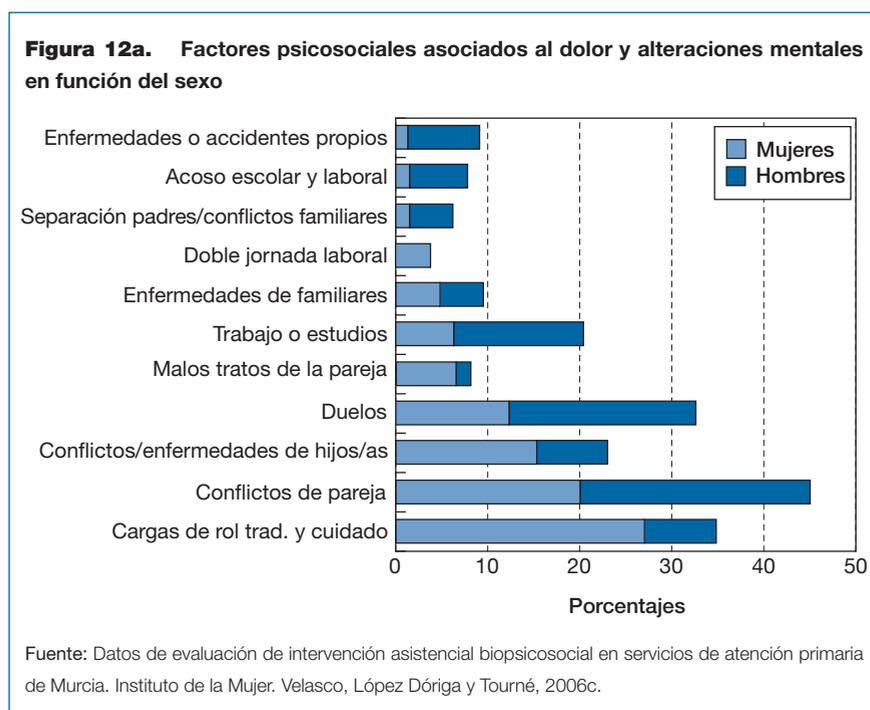
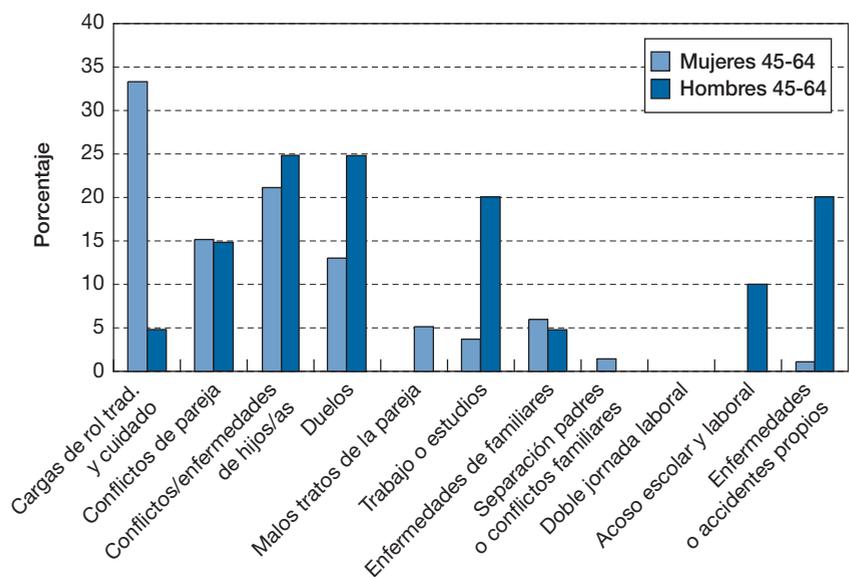


Figura 12b. Factores psicosociales asociados a dolor y alteraciones mentales comunes en función del sexo y la edad

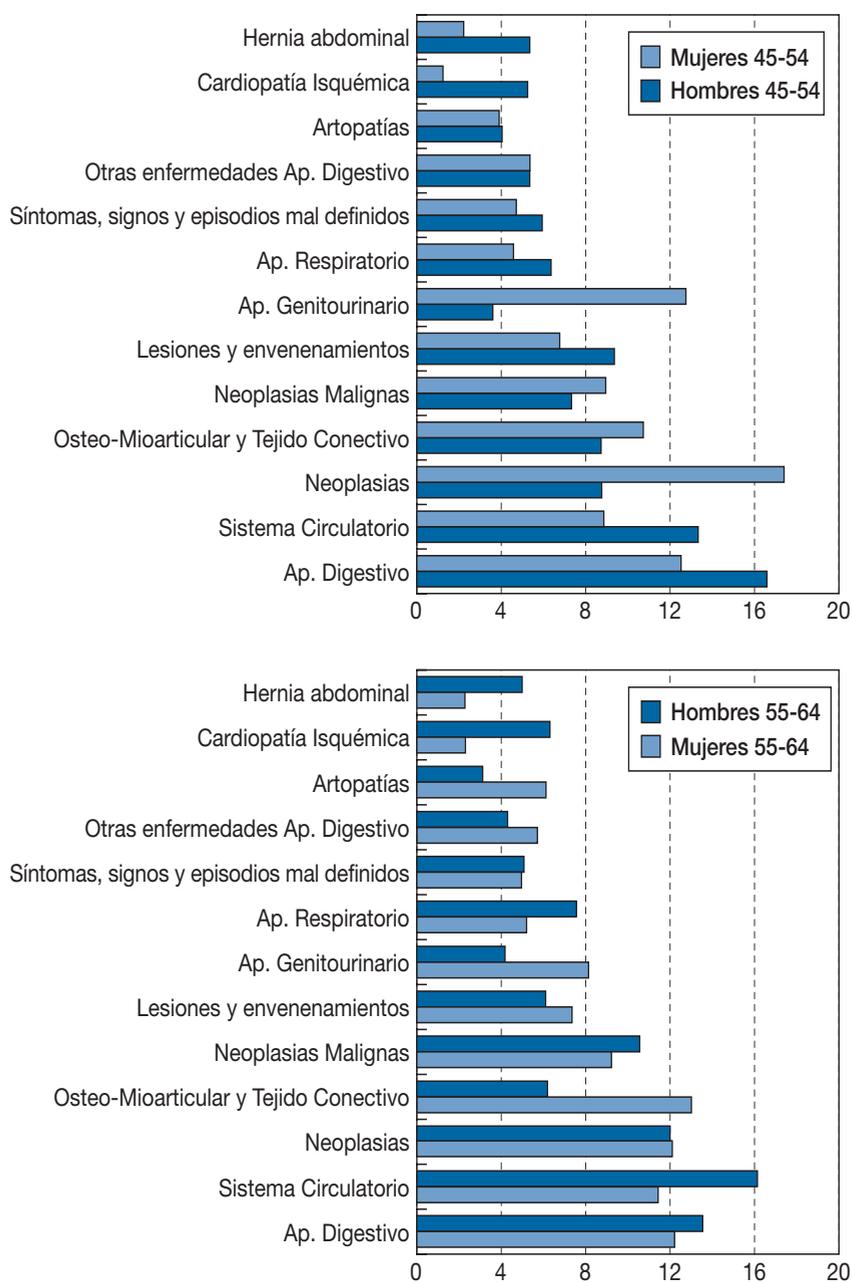


Fuente: Datos de evaluación de intervención asistencial biopsicosocial en servicios de atención primaria de Murcia. Instituto de la Mujer. Velasco, López Dóriga y Tourné, 2006c.

3.5. Morbilidad hospitalaria

Según datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE, 2005), en la población de 45 a 65 años, son los hombres los que más han necesitado de la atención hospitalaria (figura 13). Esto podría deberse a diferentes razones como que las patologías que padecen los hombres requieran más frecuentemente hospitalización. También podría ser porque los hombres acuden o son derivados con mayor frecuencia al hospital, mientras que las mujeres utilizan más los servicios de atención primaria (OSM, 2005). Los condicionantes de género tradicional en los hombres, estarían dificultándoles el reconocimiento de síntomas y dolores, lo cual puede limitar que no acudan a los servicios sanitarios hasta que la enfermedad está avanzada. La masculinidad tradicional ha estado caracterizada por la orientación racional / mental y la negación de la propia dimensión corporal; el privilegio de la fortaleza y el prejuicio ante la vulnerabilidad (Bonino Méndez, 2000; Pastor Carballo, 2000; Barberá y Martínez Benlloch, 2004). Estas características su-

Figura 13. Altas hospitalarias por edad y sexo (valores en miles de habitantes)



Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.

ponen visualizar la enfermedad como un signo de debilidad. Al mismo tiempo, probablemente los mismos estereotipos tiene influencia sobre sanitarios y sanitarias, a la hora de interpretar la gravedad de la queja de un hombre o una mujer, lo cual introduce un sesgo de género, con la mayor derivación de hombres a atención hospitalaria (Ruiz Cantero, 2001 y 2004). Así mismo, las diferencias en las causas de morbilidad hospitalaria (enfermedades respiratorias, y algunas digestivas como cirrosis y causas externas y accidentes), pueden ser debidas a los estilos de vida, relacionados con los valores de género tradicionales.

En cuanto a las causas de ingreso para ambos sexos las tasas más altas se refieren a las **enfermedades del sistema circulatorio** y a las del **digestivo**. Pero para las mujeres los **tumores** ocupan el tercer lugar, mientras que para los hombres lo ocupan las enfermedades del **aparato respiratorio**.

Entre los hombres de 55 y más años, serán las enfermedades del sistema circulatorio las que ocupen el primer lugar, siguiéndole las enfermedades del sistema digestivo y los tumores benignos y malignos. Mientras tanto, la mayoría de los casos de morbilidad hospitalaria en las mujeres de hasta 55 años se deberán a tumores y problemas del aparato genito-urinario. A partir de los 55, las enfermedades del sistema osteo-mioarticular serán las más frecuentes.

Las enfermedades que producen sobremorbilidad femenina son: **enfermedades osteomusculares**, en línea con las quejas de dolor; enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólicas, entre ellos **obesidad y diabetes**, relacionadas posiblemente con los factores sociales de forma de vida sedentaria y dietas desequilibradas; **envenenamiento con drogas y sustancias medicamentosas y sustancias biológicas** mucho más frecuente en los grupos de edad de 25 a 44 años, pero en la que a partir de los 45 años el número de mujeres ingresadas es superior al de hombres, mientras que en edades anteriores el número de hombres ingresados por este motivo era mayor que el de mujeres. Y por último, **síntomas, signos y estados morbosos mal definidos** que es una proporción bastante alta constante a todas las edades.

Tabla 2. Altas hospitalarias según sexo y diagnóstico principal. Valores absolutos

	45 a 54 años		55 a 64 años	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Enfermedades Aparato Digestivo 520-579 IX	26.681	45.088	31.922	52.238
Enfermedades Sistema Circulatorio 390-459 VII	18.891	36.223	29.890	62.211
Neoplasias 140-239 II	37.078	23.817	31.640	46.241
Enfermedades Sistema Osteo-Mioarticular y Tejido Conectivo 710-739 XIII	22.859	23.731	33.978	23.863
Neoplasias malignas 140-208 II.1	19.080	19.916	24.103	40.728
Lesiones y envenenamientos 800-999 XVII	14.433	25.432	19.217	23.541
Enfermedades Aparato Genitourinario 580-629 X	27.177	9.785	21.255	16.133
Enfermedades Aparato Respiratorio 460-519 VIII	9.769	17.289	13.603	29.118
Síntomas, signos y estados mal definidos 780-799 XVI	10.041	16.154	12.961	19.541
Otras enfermedades Aparato Digestivo 570-579 IX.6	11.425	14.539	14.911	16.578
Artropatías y trastornos relacionados 710-719 XIII.1	8.319	10.987	15.989	12.033
Cardiopatía Isquémica 410-414 VII.4	2.642	14.281	6.008	24.309
Hernia de la Cavidad Abdominal 550-553 IX.4	4.725	14.543	5.955	19.245

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.

3.6. Mortalidad prematura. Cáncer de mama y enfermedades cardiovasculares

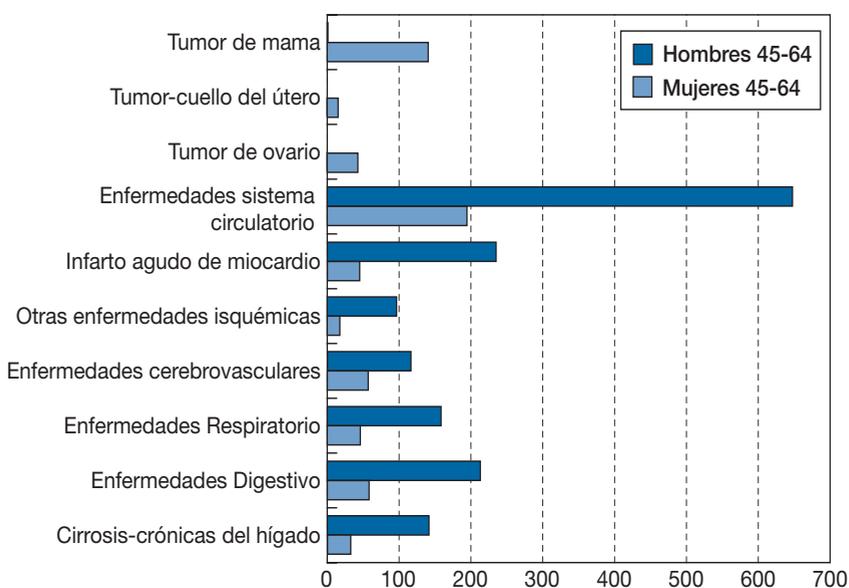
En consonancia con la esperanza de vida, las tasas de mortalidad del segmento comprendido entre los 45 y los 64 años, indican que los casos de muertes prematuras son significativamente más altos entre los hombres (tabla 3, figura 14). En línea con la curva de morbilidad dentro de este grupo de edad, la sobremortalidad masculina prematura es muy pronunciada.

Tanto entre las mujeres como entre los hombres, la mortalidad prematura durante estas edades es causada por los tumores (principalmente de

Tabla 3. Tasas de mortalidad por causas, sexo y grupo de edad (por 100.000 hab.)									
CAUSAS	45 a 49 años		50 a 54 años		55 a 59 años		60 a 64 años		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Tumores									
— Tumor maligno de mama	0,06	22,81	0,07	30,29	0,252	39,66	0,49	47,52	
— Tumor maligno del cuello del útero	—	3,30	—	4,47	—	3,20	—	4,12	
— Tumor maligno de ovario	—	5,68	—	8,73	—	10,81	—	17,30	
Enfermedades del sistema circulatorio	70,28	21,23	113,11	31,05	181,41	50,71	281,67	91,19	
— Infarto agudo de miocardio	27,59	4,69	43,02	6,98	66,7	11,85	97,07	21,33	
— Otras enfermedades isquémicas del corazón	8,24	1,72	17,44	2,2	27,27	3,76	43,37	9,79	
— Enfermedades cerebrovasculares	13,03	7,01	17,59	9,94	31,38	15,3	53,99	24,53	
Enfermedades del sistema respiratorio	13,43	4,89	23,95	8,04	42,2	11,53	78,48	21,51	
Enfermedades del sistema digestivo	31,91	7,93	45,82	10,249	58,06	16,02	76,91	23,8	
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	21,34	5,09	31,16	6,3	38,01	8,81	50,65	12,08	

Fuente: Encuesta de Mortalidad, 2005, INE. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Figura 14. Tasas de mortalidad por causas, sexo y edad de 45-64



Fuente: Encuesta de Mortalidad, 2005 INE. Ministerio de Sanidad y Consumo.

mama en las mujeres y de pulmón en hombres) y las enfermedades del sistema circulatorio, incluidas las enfermedades cerebrovasculares, la isquemia cardiaca, y el infarto agudo de miocardio.

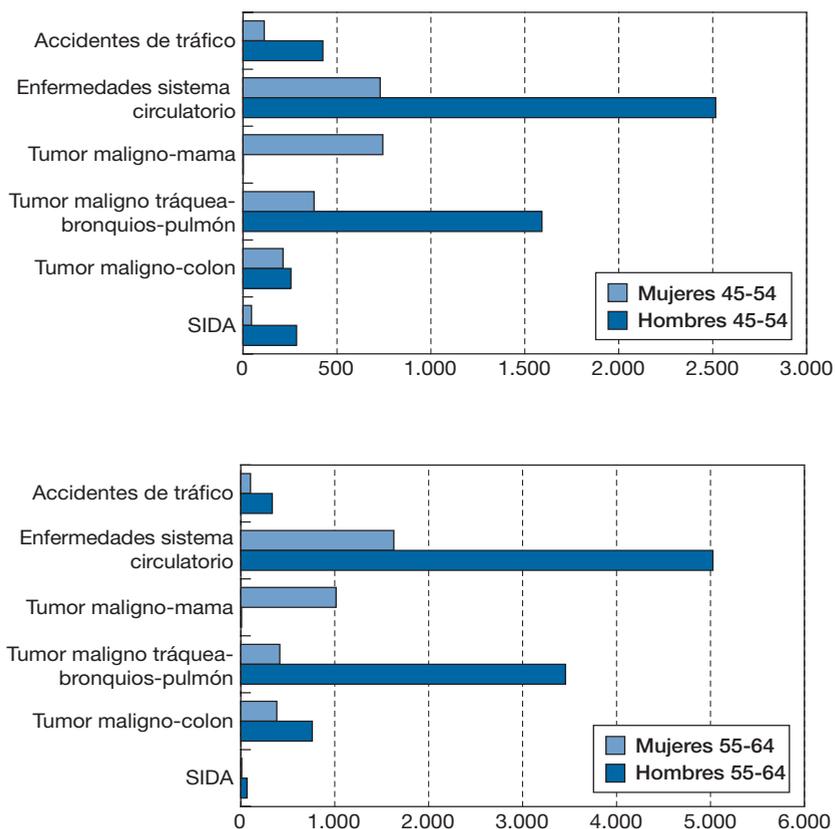
El **cáncer de mama** es la primera causa de muerte evitable en mujeres entre los 45 y 54 años. Las causas, se relacionan, aunque no se conozcan completamente los factores de riesgo, con nuevos hábitos alimenticios, como aumento de ingesta de grasas propias de la alimentación de los países industrializados, nuevas pautas de reproducción, disminución del número de hijos e hijas, de las lactancias (Instituto de la Mujer, 2007). Entre los hombres, lo son las enfermedades del **sistema respiratorio y la cirrosis y otras enfermedades del hígado**, condicionadas todas ellas con el consumo de tabaco y alcohol de mayor incidencia en los hombres por factores de género.

Los **tumores** representan la segunda causa de muerte para las mujeres, aunque de los 40 a los 54 años el **tumor maligno de mama** es la primera causa de muerte en mujeres. El cáncer de bronquios y pulmón, primero en importancia en los hombres, ha continuado su tendencia creciente, seguido de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y las lesiones por accidentes de tráfico.

Entre **las lesiones**, además de los accidentes de tráfico como primera causa de muerte entre los 15 y los 25 años, deben destacarse los casos de muerte por **suicidio y lesiones autoinflingidas**. De los 20 a los 30 años constituye la tercera causa de muerte después de los accidentes de tráfico y los tumores y, entre los 40 y los 44 años es la quinta causa, siendo este tramo de edad el que recoge un mayor número de suicidios entre las mujeres.

Finalmente, las cuatro causas que presentaron **sobremortalidad femenina** fueron: insuficiencia cardiaca, demencia, enfermedad hipertensiva y enfermedad de Alzheimer, según datos del INE publicados en 2005.

Figura 15. Primeras causas de mortalidad por sexo y grupos de edad (por 100.000 habitantes de cada grupo de edad)



Fuente: Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, 2005. INE.

3.7. Las enfermedades cardiovasculares

Según el estudio realizado por la Agencia de Investigación de la Sociedad Española de Cardiología (5), a partir de los datos de sus registros, existen importantes diferencias según el género en la enfermedad cardiovascular en España. Las características clínicas y etiológicas, el perfil de factores de riesgo cardiovascular, la realización de pruebas diagnósticas, las medidas terapéuticas y el pronóstico son distintos entre hombres y mujeres en la mayor parte de las patologías y variables estudiadas. En general, y sobre todo en el campo del síndrome coronario agudo y de la insuficiencia cardíaca, las mujeres se ven desfavorecidas en relación a los varones en la adopción de las medidas diagnósticas y terapéuticas recomendadas, lo que puede influir en un peor pronóstico.

Este estudio detecta diferencias entre hombres y mujeres en el perfil clínico y demográfico y en el uso de recursos terapéuticos que explican parte de las diferencias en la mortalidad y morbilidad observadas en las mujeres, lo que es más evidente en las patologías más graves, como la insuficiencia cardíaca y, sobre todo, el síndrome coronario agudo. La mayor prevalencia de diabetes, hipertensión arterial, obesidad, enfermedades concomitantes y perfil de riesgo global en la mujer pueden influir de forma importante en esas diferencias.

3.8. Salud mental

El tema de la salud mental merece una especial atención en este informe por los siguientes aspectos: relevancia de los trastornos mentales, diferencias por sexos, desigualdades de género y clase social y determinantes de género y vulnerabilidad de género en la madurez.

Relevancia de los trastornos mentales. Debido a la transición epidemiológica en las sociedades desarrolladas, los trastornos mentales tienen importancia creciente. OMS (2001) alerta de que, si continúan las tendencias actuales, en 2020 los trastornos mentales pueden ser el padecimiento que aporte la mayor carga de morbilidad (6) en el mundo desarrollado y

(5) http://www.secardiologia.es/pdf/LIBRO_ECV_FINAL.zip

(6) La Carga Global de Morbilidad (CGM) es un método de estimación de la morbilidad y mortalidad por edades, sexo y regiones y años de vida perdidos que mide la pérdida de salud, el impacto de la muerte prematura y la discapacidad y otros problemas de salud no mortales. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en salud. Washington D.C.: Banco Mundial; 1993.

para todas las edades. Los más frecuentes y discapacitantes son: uso de sustancias psicoactivas, esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer, retraso mental y los trastornos de la infancia y adolescencia y trastornos mentales comunes —depresión, ansiedad y quejas somáticas—.

Diferencias por sexos. Las diferencias de prevalencia por sexos son muy marcadas en algunos de los trastornos mentales de mayor relevancia: los **cuadros depresivos**, que son el 41,9% de los trastornos mentales en las mujeres y el 29,3% en hombres, que junto a los demás **trastornos mentales comunes —ansiedad y quejas psicológicas y somáticas—** que afectan al 30% de la población, ocurren el doble en mujeres que en hombres (OMS, 2002). Además, la evolución entre las mujeres es peor; los episodios depresivos son más largos, las recidivas más frecuentes y con mayor tendencia a la cronicidad que entre los varones (Usall, 2001; Montero, 2004). Sin embargo los **trastornos adictivos y de personalidad** son de mayor prevalencia en hombres.

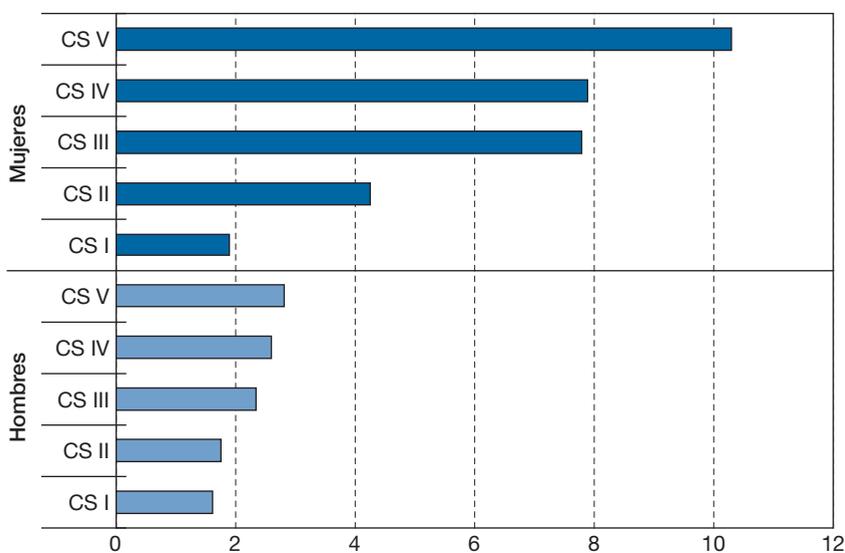
Desigualdades de género y clase social y determinantes de género. Los trastornos mentales están muy condicionados por los **determinantes socioeconómicos —clase social, ocupación y nivel educativo—**, por el tipo de relación con el trabajo y por los **determinantes de género**, luego son muy susceptibles de análisis biopsicosocial y muy sensibles a cambios que se puedan realizar en los ámbitos social, psíquico-subjetivo y de modelos de género. En España, se estima que la probabilidad de presentar un trastorno mental es mayor en las mujeres en todos los grupos de edad, en las clases sociales más bajas, en los grupos de población de menor nivel de estudios y en las personas desempleadas de ambos sexos (Brugulat, Seculí y Fusté, 2001).

Se ha descrito asociación entre la prevalencia de depresión y la clase social, tanto en hombres como en mujeres (figura 16), de manera que la prevalencia es menor entre las clases más favorecidas y las desigualdades de género son superiores en las clases menos privilegiadas.

Vulnerabilidad de género en la madurez. En las edades centrales de la vida se está produciendo la **mayor vulnerabilidad a los trastornos mentales comunes**, edades en que se producen su mayor frecuencia, causada a su vez por las cargas socio-económicas y de género que se han analizado a lo largo de todo el informe. A su vez, para los hombres de mediana edad, las **conductas adictivas al tabaco y alcohol**, también influenciadas por condicionantes de género y clase, son los factores de riesgo principales para sus principales causa de morbilidad y mortalidad prematura (enfermedades cardiovasculares y cáncer de pulmón y cirrosis).

En España, entre los 45 y los 54 años, las mujeres diagnosticadas con trastornos mentales comunes son casi el doble que los hombres; y que entre los 55 y los 64, la diferencia aumenta, y llegan a ser más del doble que los hombres.

Figura 16. Prevalencia de depresión según sexo y clase social



Fuente: M. Rodríguez-Sanz, 2005.

Además, en esta última franja etaria, el porcentaje de mujeres diagnosticadas con problemas psiquiátricos supera el de los hombres en todos los tipos de trastornos (MSC. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 2005).

En los servicios de Atención Primaria, se encuentran prevalencias de 38% de pacientes con ansiedad; 25% con depresión; 58% con somatización y siempre son mayores en las mujeres que en los hombres (Rodríguez-Sanz, 2005).

La progresión de los trastornos mentales comunes en mujeres ha de relacionarse con las manifestaciones del malestar psicosocial de las mujeres del que se ha tratado en el apartado sobre quejas generales de salud (Velasco, 2006b). En este sentido, parece necesario producir conocimiento y estrategias de atención a los trastornos mentales comunes o malestar psicosocial de las mujeres en la madurez, que incluyan los factores psicosociales desde el enfoque de género.

3.9. Climaterio y madurez: una etapa del ciclo vital

La crítica a la homologación de lo femenino a la función reproductiva es una cuestión hartamente desarrollada dentro de los estudios de género. Este ha sido un tema de estudio privilegiado en el campo de la antropología médica y del género (Stolke, 1987, 1998; Esteban, 2001; Peña Othaitz, 2002), la psicología (Sau, 1995; Moreno Rosset, 2000), en el terreno de las ciencias de la salud (Bernis, 1995; Hubbard, 1995; Velasco, 2004; Valls Llobet, 2006), y la bioética (Corea, 1987; James, 1995; Donchin & Purdy, 1999; Warnock, 2003), por mencionar sólo algunos autores y autoras relevantes.

En términos de salud sexual y reproductiva, esta homologación implica un doble movimiento: en primer lugar, se organiza la experiencia vital de las mujeres en torno de su ciclo fértil (Peña Othaitz, 2002), y en segundo término, se interpreta el ciclo fértil como orientado exclusivamente a la reproducción y a la maternidad. El efecto de esta doble articulación ha sido la medicalización del cuerpo femenino y la consecuente patologización de la biología femenina (Martin, 1987; Franklin, 1997). Es la orientación «materno-centrada», la que permite comprender, por ejemplo, que desde la ginecología y la obstetricia se describa de una manera restringida la menstruación, considerándola como la consecuencia fallida de cara a una fecundación y embarazo (Esteban, 2001).

De hecho, la reducción feminidad-sexualidad-fertilidad-reproducción —que se resume bien en la idea cotidiana del «ya eres mujer» cuando se tiene la primer menarquia y que siguiendo esa lógica, supondría que cuando la mujer deja de menstruar deja de serlo—, ha dado con la visión de la entrada en el período menopáusico y la postmenopausia como un proceso extremadamente penoso (Valls Llobet, 2006; Coria, 2005). Como si entrar en la perimenopausia supusiera imaginariamente la pérdida de la feminidad, en tanto que potencial procreador, pero también atractivo, dados los modelos juveniles de belleza y sexualidad (Freixas, 2005a; 2007).

A su vez, cabe remarcar que este desplazamiento de lo sexual a lo reproductivo (Vance, 1989) podría explicar en parte, por qué la sexualidad en las edades maduras —sobre todo en el caso de las mujeres, pero el fenómeno se da para ambos sexos— esté de algún modo oculta y no sea del todo reconocida ni representada en el ámbito público.

La tradicional identificación de la sexualidad de las mujeres con las funciones reproductivas sigue operando en las creencias actuales (Tubert, 1993; Juliano, 2003), en las que pervive la falsa imagen de que con la menopausia se da el fin de la sexualidad femenina (Santiso, 2005). En efecto, la imagen de que en las edades maduras se acaban las actividades sexuales

sigue reflejando la pervivencia de ciertos estereotipos y tabúes sobre la vida sexual de las personas. Siendo éstos, unos prejuicios que afectan el comportamiento de las personas y su calidad de vida en relación con la posibilidad de llevar a cabo una vida sexualmente plena.

Ha habido en los últimos años un intenso debate en torno de la medicalización del proceso del ciclo vital femenino, y en paralelo con lo que han venido siendo los debates en torno de la medicalización de la gestación y el parto, se ha discutido acerca de los alcances que debería tener la intervención médica sobre un proceso natural como es el fin de la capacidad reproductiva de la mujer. Y lo cierto es que dado el enfoque reproductivista sobre la vida y salud de las mujeres, este proceso natural que implica una diversidad de representaciones y vivencias (Santiso, 2001) ha tendido a ser representado como enfermedad (síndrome menopáusic), lo que ha dado como consecuencia una sobrevaloración de la menopausia por parte del modelo biomédico (Esteban, 2001; Freixas, 2002).

Estas han sido las coordenadas en las que se emplazó hace algunos años el debate sobre la terapia hormonal sustitutiva (TH), o la determinación de un cuadro clínico claro, así como la controvertida relación entre climaterio y síntomas psicológicos. En efecto, las investigaciones cuestionan la supuesta evidencia científica que permitiría asociar la menopausia con ciertos síntomas psicológicos que se dan por igual en otros sectores de población, o que bien pueden tener por causa ciertos condicionantes sociales y de género específicos en esta etapa vital (Castaño y Martínez Benlloch, 1990; Velasco, 2006b).

En esta controversia, es cierto que la asunción de la menopausia como un problema médico, habilita a una actitud preventiva en lo que hace a las consecuencias fisiológicas de la evolución hormonal. Pero al mismo tiempo, también hay que tener en cuenta que la demanda de cuidados médicos por quejas supuestamente menopáusicas no está determinada por el propio estatus de cambio hormonal, sino por una variedad de factores sociales y de género, entre ellos las consecuencias de la sujeción durante la vida al modelo de género tradicional, en el que el aislamiento social, la dependencia y la falta de proyectos de vida propios ajenos al cuidado de los otros (la marcha de hijos e hijas), producen sus efectos en el momento del ciclo vital de la madurez, en el que cambian los apoyos vivenciales sobre la pareja o la familia, apareciendo un vacío de interés, de actividad, de devolución efectiva del entorno. La emergencia de la posible insatisfacción en las relaciones de pareja y sexuales, tal y como se producían hasta ese momento (Montero y Ruiz, 1999).

Hay que prestar atención al hecho de que la etapa madura de las mujeres y la menopausia tienden a confundirse y solaparse de tal modo que muchos de los malestares adjudicados a la menopausia se deben en realidad

a sus condicionantes sociales y de género, lo que profundiza la estigmatización de este periodo (Bernier, 2003).

La construcción del ideal de salud es significativamente impactante en la salud de las mujeres y los hombres, por los modelos ideales de masculinidad y feminidad, generados socialmente (González de Chávez, 1998; Tubert, 2000, 2005; Velasco, 2005). La idealización de la juventud como modelo de belleza y de salud para las mujeres, ha producido unos estereotipos discriminatorios que en conjunción con el tratamiento de la medicina ha visibilizado el avance de los años casi exclusivamente como deterioro y pérdida (Freixas, 2001). Esto ha supuesto patologizar la madurez, en vez de tomarlo como parte del ciclo de la vida. Una doble discriminación de género y por edad ha resultado en una sintomática patologización del ciclo vital de las mujeres (Uría, 2007), de la que los estereotipos negativos sobre la menopausia son uno de los más expresivos ejemplos.

4. La medicalización de la salud de las mujeres maduras

4.1. Consumo de fármacos y psicofármacos. «La tranquilidad recetada»

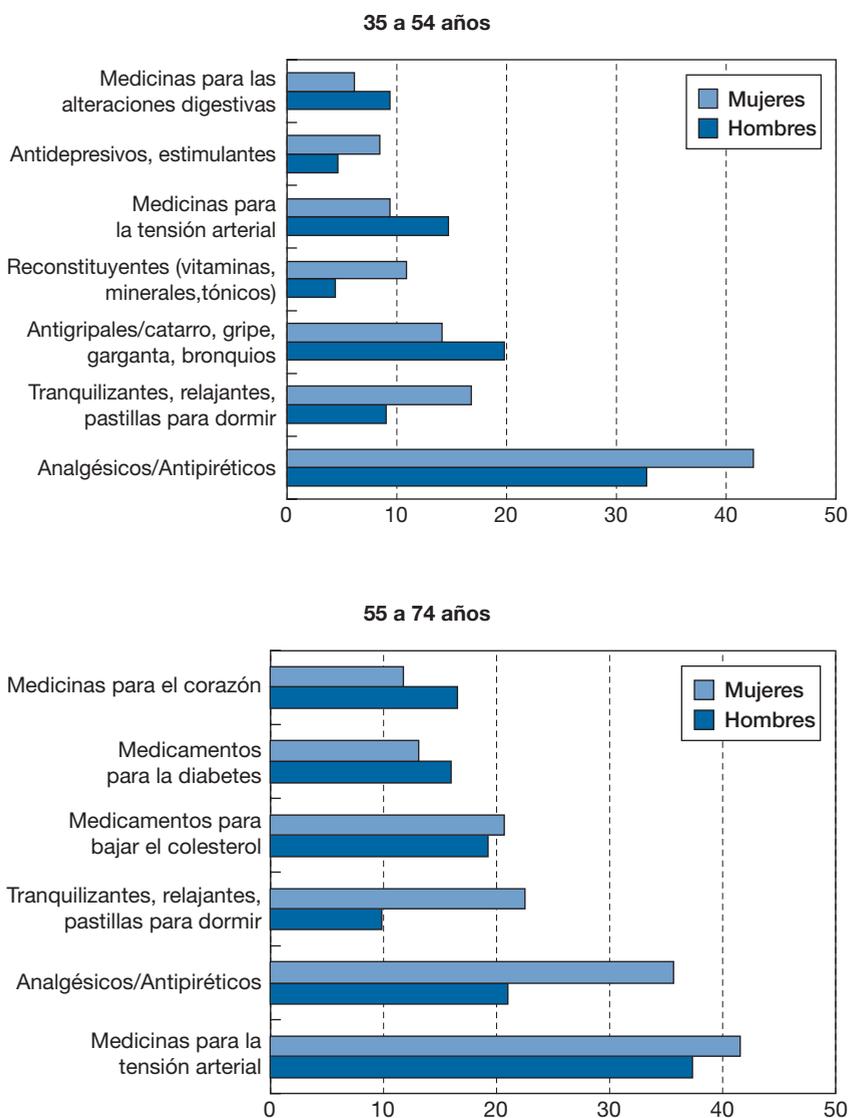
Las mujeres superan a los hombres en el consumo de psicofármacos (con prescripción médica) y en la automedicación (OSM, 2005). En general, el mayor consumo de medicamentos por parte de las mujeres coincide con el peor estado de salud percibida. Pero estas cifras también indican cómo los condicionantes de género imponen a mujeres y hombres, una actitud distinta con respecto a su salud. En este sentido, podría decirse que para sortear ciertos malestares de lo más frecuente en las edades centrales de la vida, mientras los hombres (que van menos al profesional de la salud) beben y fuman, las mujeres son medicadas o se automedican.

El porcentaje de mujeres maduras que consumen fármacos, que es cada vez más elevado, de hecho es más del 50% de ellas, nos habla de la incidencia de la desigualdad de género, como vimos en relación con la salud mental. Pero además de este hecho en congruencia con la percepción subjetiva de la salud, el porcentaje de mujeres que consumen fármacos es, entre los 45 y los 64 años, significativamente más alto entre las amas de casa, más sujetas al modelo de género tradicional.

Algunas autoras señalan que en el análisis del consumo de drogas (legales e ilegales) desde una perspectiva de género, se observa que la adicción de las mujeres aparece en relación con las drogas legales autorizadas por la medicina y la psiquiatría, y que por tanto se perciben como seguras (Romo Avilés, 2004 y 2006). En efecto, según los datos del estudio realizado por Romo, el 75% de los consumidores de somníferos o tranquilizantes son mujeres y el 70% de las mujeres españolas ha consumido alguna vez este tipo de medicación.

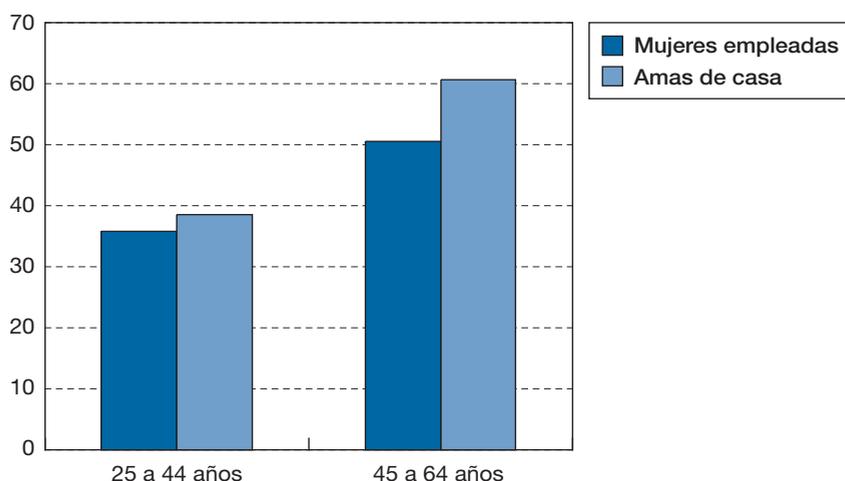
Las características de esta atención sanitaria pueden deberse, en parte, a que se evidencia en las prácticas de atención sanitaria un sesgo de género que desautoriza de algún modo el discurso de las usuarias, cuando relatan sus síntomas. Tradicionalmente, los problemas de salud de las mujeres han sido invisibles para la medicina e incluso han sido negados por las propias mujeres, habituadas a dudar de sus síntomas y de su salud mental, per-

Figura 17. Medicamentos consumidos por edad y sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Figura 18. Distribución porcentual del consumo de fármacos en los últimos 15 días según la situación laboral y la edad en mujeres casadas o que viven en pareja



Fuente: Artazcoz, 2005.

maneciendo ocultos como problemas psicosomáticos y/o psicológicos (Valls Llobet, 2006).

En esta dirección apuntan también otras autorías, quienes basándose en el estudio IBERICA (2002) y otras investigaciones de magnitud, señalan que tanto en la utilización hospitalaria, como en el esfuerzo diagnóstico, el procedimiento terapéutico, en la demora y espera de la asistencia sanitaria, en la prescripción de psicofármacos y psicotrónicos, en el ámbito hospitalario el sesgo de género es bastante significativo (Ruiz Cantero y Verdú Delgado, 2004).

Los estereotipos de género tradicional, asociados a la construcción de una imagen de la mujer como más débil, pasiva, dependiente y con ciertas patologías inespecíficas, se repiten, y es este modelo previo el que se transmite entre los profesionales sanitarios (Velasco, Ruiz y Álvarez Dardet, 2006d) y hace que, ante situaciones inespecíficas expresadas por las mujeres (donde no existe una patología clara), médicos y médicas tiendan a prescribir psicofármacos (Burín, 1991; Romo Avilés, 2004, 2006). En otras palabras, las situaciones que tienen que ver con circunstancias vitales que generan un malestar inespecífico se suelen diagnosticar como ansiedad y los demás diagnósticos de trastornos mentales comunes, diagnósticos a los que se les asigna un tratamiento psico-farmacológico, de modo tal que a similar diagnós-

tico y número de consultas, se recetan más psicofármacos a las mujeres que a los varones (Márquez *et al.*, 2004). Es lo que Mabel Burín (1991) llamó «la tranquilidad recetada», alertando ya entonces de que el malestar de las mujeres se enmarcaba como alteración mental y se intentaba resolver con psicofármacos. En la última década, la progresión de la tranquilidad recetada ha continuado su incremento a ritmo firme y constante, no habiendo suficiente conciencia del hecho de que las mujeres efectivamente están somatizando en sus cuerpos las desigualdades genéricas de sus condiciones de existencia —sobrecarga de trabajo, estrés, ansiedad, etc.— (Pérez Blasco y Serra Desfilis, 1997; Burín, 1991; Rodríguez, 1990; Velasco, 2006b y 2006c).

En el caso de la medicalización relacionada con los psicofármacos, la OMS ha alertado sobre el riesgo de utilizar psicofármacos para saldar problemas sociales (OMS, 2005) y se ve con claridad cómo el género condiciona las percepciones del malestar y las actitudes para solucionarlo. Y es sobre este nivel que el sistema de salud debería promover modelos de atención al malestar con un enfoque biopsicosocial (Velasco, 2006b y 2006c) que se dirijan a modificar los factores determinantes de género asociados, proponiéndose limitar la medicalización y encontrar otras soluciones al malestar que origina los síntomas y desemboca en el consumo de psicofármacos.

5. El papel de cuidadora y la salud

Los cuidados conforman una de las áreas de la salud integral donde es más apremiante asumir una perspectiva de género. En el área de los cuidados no sólo se hace más visible la desigualdad de género en relación con la salud, sino que se sientan las bases de esta desigualdad ya que los cuidados están precisamente en la base de la construcción cultural del género (Vale de Almeida, 1990). En efecto, el género se constituye junto con la división sexual del trabajo que ha dado con la distinción entre la esfera de la producción de los bienes materiales a cargo de los hombres y la esfera de la reproducción de la vida y la cultura, dentro de la cual los cuidados tienen un rol crucial, a cargo de las mujeres (Bonacorsi, 1999).

En este sentido, a pesar de los recientes avances sociales, en el caso de las generaciones que hoy se encuentran en la edad central de la vida, es necesario hacer notar que cualquier referencia a la familia, que es central en el abordaje del tema de los cuidados, implica referirse a una institución social configurada por la desigualdad genérica, que ha supuesto tradicionalmente la primacía de la autoridad masculina y la subordinación de las mujeres y la reclusión de las mujeres al espacio doméstico, y por tanto, obligadas a desarrollar todos los trabajos que en ese ámbito aparezca, así como el cuidado hacia las demás personas.

En cuanto a la situación de dependencia, ésta también implica para las personas a cuidar necesidades distintas de acuerdo al sexo, dada la feminización de la vejez (Pérez Díaz, 2003) y dado que las mujeres se encuentran en una situación social y económica en general más vulnerable que los hombres a medida que la edad es mayor (OMS, 2003).

5.1. La nueva organización social y familiar

Los procesos de modernización, industrialización, urbanización y democratización de masas han conllevado una **transición hacia la familia nuclear** o conyugal integrada por el matrimonio progenitor y sus hijos e hijas, que parece evolucionar hacia una reducción aún mayor dado el aumento de los hogares unipersonales, monoparentales y de parejas sin hijos e hijas (Pérez Díaz, 2003). Sin embargo, junto a esta tendencia se observa que en las sociedades mediterráneas como la española, los cambios en las nuevas formas

familiares han asumido una dinámica específica y diferencial caracterizada por el modelo de «**solidaridad familiar y de parentela**» (Moreno, 2001; Naldini, 2003, citado en Moreno, 2006): un régimen solidario que interconecta a los miembros de la familia de las diversas unidades domésticas (Ferrerá, 1999), formando una estructura reticular que cumple la función básica de la ayuda mutua sobre la base solidaria del parentesco, entre las que destacan las funciones sociales de los cuidados (Bodoque *et al.*, 1990).

Por supuesto, la división genérica ha jugado y juega un papel primordial en esta reestructuración familiar: por un lado, porque es innegable que ella es producto, en parte, de la incorporación de las mujeres al mercado laboral, y por el otro, porque la solidaridad familiar se ha sostenido en realidad en la **hiperactividad de las mujeres** que además de asumir las nuevas responsabilidades laborales han continuado absorbiendo las cargas familiares.

Ahora bien, en esta nueva constelación, son las **mujeres de edad madura** las que asumen, además de las tradicionales, nuevas funciones y una nueva centralidad. Son ellas las que dedican buena parte de sus actividades a la atención de sus familiares más próximos, ahora no sólo dentro, sino asimismo fuera del núcleo familiar, encargadas de la ayuda continuada en el cuidado de niños y niñas, el cuidado de las personas enfermas y la responsabilidad frente a los familiares ancianos, la ayuda ocasional por motivo de accidentes o muertes (Bodoque *et al.*, 1990; Pérez Díaz, 2003). Este es el caso de las prácticas de cuidado de las «**abuelas-madres**» y de las «**madres-hijas**» (Moreno, 2001), y ha sido precisamente este papel asumido por las mujeres de entre 45 y 65 años, el que ha colaborado con la posibilidad de que las nuevas generaciones de mujeres se afiancen en la vida económica y social: su **doble papel en el trabajo y en la gestión del hogar** coincide con su innegable irrupción como piezas clave en la vida familiar de sus hijos adultos (Moreno, 2001, 2006; Pérez Díaz, 2003).

En paralelo con la ausencia de prestaciones efectivas del Estado, las mujeres más jóvenes han contado con que las maduras asuman por ellas las responsabilidades de cuidado en los hogares, lo que da con una paradójica pervivencia de roles tradicionales de género entre las maduras como condición de posibilidad de su recambio en la generación posterior (Lynch, 2005).

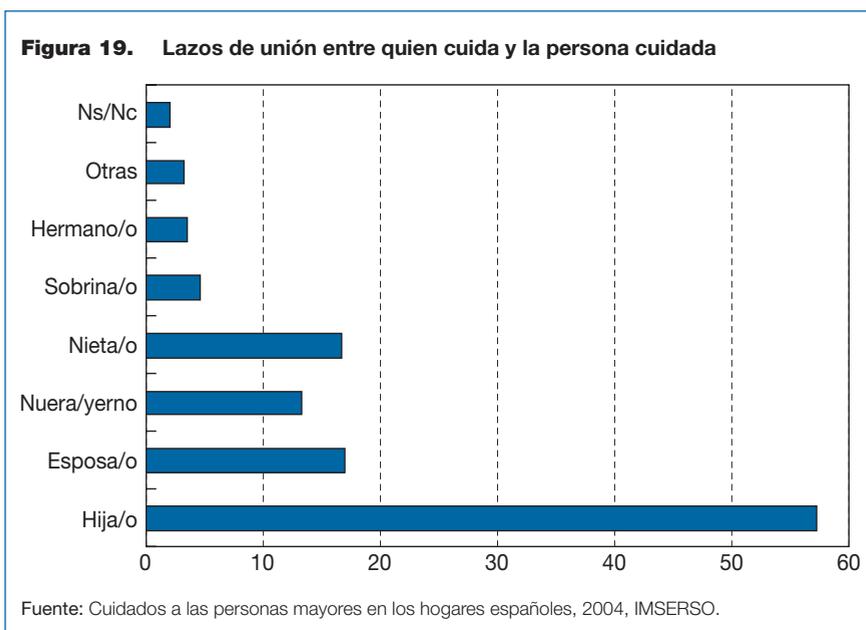
5.2. La familia y el género ante la nueva redistribución de las edades

La denominada modernización demográfica de España, producto del mejoramiento de las condiciones de vida y salud que ha alargado la esperanza de vida y de la paralela participación laboral de la mujer fuertemente relacionadas con el descenso observado en las tasas de fecundidad (De Onís y Villar, 1992), ha traído una novedad fundamental: la **convivencia entre generaciones**, lo que supone un nuevo reparto de funciones sobre el que se orienta no sólo el lugar social de la vejez sino fundamentalmente, un reacomodo de los roles de género (Pérez Díaz, 2003).

En las generaciones nacidas en la segunda mitad de siglo, que llegan a la madurez a partir de ahora, la supervivencia de los progenitores es ya espectacularmente mayoritaria (Pérez Díaz, 2003). Ante este fenómeno, las **estrategias familiares de cuidados intergeneracionales** mutuos complejizan las relaciones entre sexo y edad, y acusan en efecto, un nuevo mapa que afecta el bienestar y la salud de los integrantes de la familia, y especialmente a las mujeres, y plantea nuevos desafíos a la promoción de la salud integral.

Esta nueva relación de cuidados intergeneracionales ha implicado, de hecho, una vuelta de tuerca que tiende al reforzamiento del **rol femenino como equivalente del rol cuidador**, o a lo que diversas autoras han llamado «la falsa emancipación». En cuanto al cuidado informal de las personas mayores, los datos del IMSERSO señalan que esta tendencia a concentrar en la generación intermedia de **mujeres de edad madura** las responsabilidades de los cuidados, sigue profundizándose.

Lo cierto es que el **deterioro de la salud de las mujeres de las generaciones intermedias** se halla directamente ligado a que el sistema de cuidados sigue estructurado en base al trabajo invisible de las mujeres de la familia, generándose un escenario donde las mujeres de más edad asisten a la infancia (abuelas) y las adultas de edad mediana asisten a la vejez (hijas y nueras), suponiendo una sobrecarga de tareas para ellas (Conclusiones de las Jornadas de Desarrollo sobre «La mujer en el entorno de la población mayor», Madrid, 2000). Esta crisis de los cuidados que está resolviéndose de una forma precarizadora para las mujeres, ya que se sostiene en los ejes de desigualdad y poder del género (Pérez Orozco, 2006), implica un empeoramiento de la calidad de vida de las generaciones intermedias y afecta a la salud de las personas de edad madura de una forma particular.



5.3. La transformación de los roles tradicionales a la luz de los cambios en la familia

Las transformaciones del mercado laboral, ahora con una mayor tendencia al modelo de «dos salarios» (Sarraceno *et al.*, 2005), ha transformado los compromisos intergeneracionales de tal modo que mientras los hombres jóvenes, adultos y maduros continúan asumiendo los mismos roles y tienden a mantener los patrones culturales de la identidad de género masculina tradicional, los roles de las mujeres han cambiado en muchos casos empeorando su situación dando con el fenómeno de la «**doble jornada**» o «**triple jornada**» (Informe Instituto de la Mujer-MTAS, 2005). Esta diferencia de género, que se transforma en una desigualdad, condiciona seriamente el bienestar socio-psico-físico de las mujeres de forma diferencial de acuerdo a su edad.

Numerosos estudios de la literatura de roles documentan que las mujeres empleadas tienen mejor estado de salud que las que trabajan a tiempo completo como amas de casa (Sorensen, 1987; Nathanson 1975, 1980). Además se ha comprobado que este hecho no se debe simplemente a un

«efecto de la trabajadora sana» (Verbrugge, 1983; Passannante, 1985; Waldron, 1998) Algunos de los beneficios que proporciona el empleo son las oportunidades para desarrollar la autoestima y la confianza en la propia capacidad de decidir, el apoyo social para personas que de otra forma estarían aislados y las experiencias que aumentan la satisfacción con la vida (Verbrugge, 1983). Además, el salario aporta a las mujeres independencia económica e incrementa su poder en la unidad familiar. Esto apoyaría la hipótesis de la «potenciación de rol», según la cual los diferentes roles pueden actuar como fuentes alternativas de bienestar.

Sin embargo, otros estudios apoyan las hipótesis de sobrecarga y conflicto de rol. Se ha documentado que el empleo tiene efectos beneficiosos sobre la salud de las mujeres solteras pero no sobre la de las casadas (Passannante, 1985) o que entre las madres estos beneficios se limitan a las que trabajan a tiempo parcial (Arber, 1997; Bartley, 1992; Walters, 1996). Parece que cuando la carga de trabajo total es alta, combinar la vida laboral y la familiar puede dañar la salud.

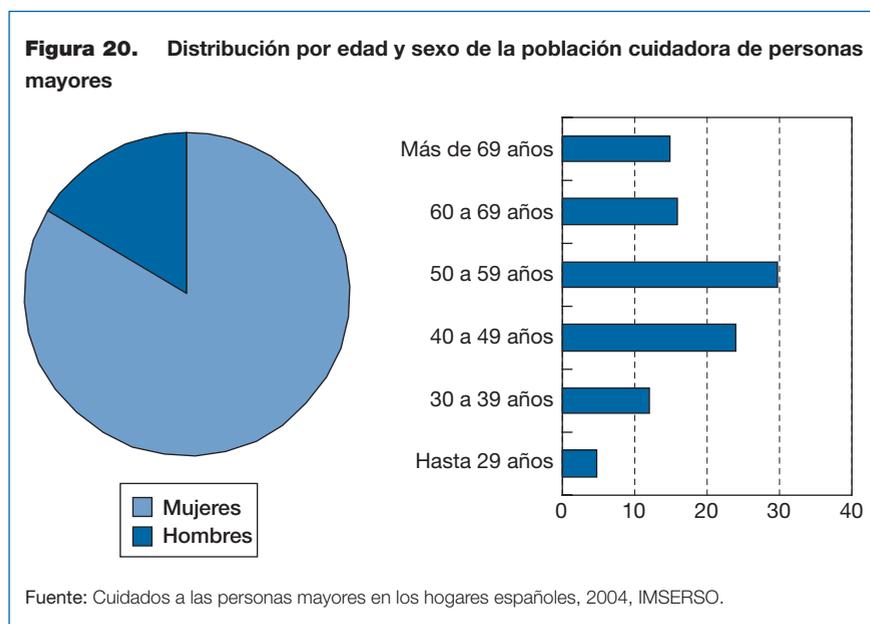
Las mujeres de edad madura son las que de hecho asumen casi todo el peso de las tareas de los cuidados, sobre todo intergeneracionales, tanto en línea ascendente como descendente: con hijos e hijas todavía en casa o al cuidado de nietos y nietas pequeñas, también se ocupan del cuidado de los mayores y los familiares dependientes. Estas mujeres, que hoy tienen más de 45 años, están profundamente implicadas en esta situación pues se formaron en una sociedad que si bien respiraba la liberación de los años 60, seguía siendo profundamente tradicional, y donde la meta primordial seguía siendo indiscutidamente la de formar una familia, lo que les daba «el diploma de credibilidad “femenina” y certificaba que las mujeres habían cumplido con su responsabilidad» (Coria, 2006: 40).

Este esquema, sostenido en el **imaginario de la mujer como «ser-para-las personas»** (Dio Bleichmar, 1997; Nussbaum, 2002), compromete existencialmente a estas mujeres con su rol protagónico en la familia como cuidadoras, la moneda de cambio para «ser aceptadas», y permite comprender la histórica tendencia a subordinar el rendimiento profesional al cuidado de las otras personas y de las relaciones afectivas con los demás, máxime cuando en los años más avanzados de la madurez, estas mujeres se encuentran con un «vacío de rol» que compensan con la continuidad del rol de cuidadora de la familia extensa (Freixas, 2006). Esta situación, como demuestran los datos, repercute en el deterioro de su salud psico-física, provocando situaciones que se diagnostican como de ansiedad, depresión, estrés, somatizaciones.

A su vez, debido a las históricas desigualdades, las mujeres que hoy son mayores o que serán mayores en un futuro próximo, se encuentran en un estado de **vulnerabilidad económica** y de recursos educativos mayor

que el de los hombres, sumado a que su rol como cuidadoras dentro del hogar les ha privado de otros recursos sociales (Informe del Departamento de Género y Salud de las Mujeres de la OMS del año 2003). Si además de estas desigualdades, se repara en que la proporción de mujeres que envejecen en estado de viudez es mucho mayor que la de los hombres (debido a su mayor esperanza de vida y a que tradicionalmente las mujeres se casaban con hombres mayores que ellas), el resultado es que las mujeres más maduras que prontamente se harán mayores, se hallarán expuestas a un mayor **riesgo de aislamiento, dependencia y empobrecimiento**. Así es que a fines preventivos, es imprescindible indagar las implicaciones que las **sobrecargas laborales asociadas a los cuidados** tienen para la salud de las mujeres de edades maduras, porque si sus efectos no se hicieron notar ya, sí se harán notar y con seguridad se profundizarán en la siguiente etapa vital (Ibíd., 2003).

Los datos del IMSERSO confirman esta apreciación: de entre la población cuidadora, el 84% son mujeres, y su edad media es de 52,9 años:



Las mujeres de edad madura o en su primera vejez han venido siendo una pieza clave: sin acceso al mercado de trabajo, han hecho posible la

progresiva incorporación de sus hijas al mercado y han suplido la escasez de servicios de atención, asumiendo una sobrecarga de trabajo no reconocido ni remunerado (Instituto de la Mujer, 2000). Visto así, antes que como un simple gasto, el Estado debería evaluar la rentabilidad de la inversión en estas mujeres (Pérez Díaz, 2003).

Esta situación se sostiene porque en las generaciones de **edades maduras la desigualdad socioeconómica entre los sexos es muy significativa**. El nivel de escolarización y la dependencia económica son para estas generaciones significativamente desiguales: de hecho, entre las personas que están aproximándose a los 60 años, la proporción de mujeres no escolarizadas dobla a la de los hombres en la misma situación (Pérez Díaz, 2003). Esta «obligatoria» dedicación de las mujeres a la función reproductiva se hace patente en la segunda parte de la vida (Valls Llobet, 2006), ya que los efectos de esta desigualdad se hacen sentir en las oportunidades vitales presentes de las mujeres maduras y en su consecuente dificultad para encontrar recursos que las alejen de la dependencia afectiva (Cardenal Hernández, 2003); o para salir del círculo «del nido vacío», que las recluye en un mundo personal que sigue girando alrededor de los cuidados (Coria, 2005; Freixas, 2007).

Ahora bien, estas afirmaciones precisan ser matizadas dependiendo de su **biografía laboral y de su educación**. No todas las mujeres han quedado del mismo modo vinculadas a la tarea de los cuidados. Para las familias con mayor capacidad adquisitiva, la opción es contratar servicios de atención personal y doméstica en un mercado de gran expansión en los últimos tiempos (Moreno, 2001) y que cada vez más son las mujeres inmigrantes las que cubren este campo. Para familias con menos recursos se tratará de recurrir a otras mujeres de la familia o allegadas.

Diversos estudios confirman que los cuidados a personas con discapacidad suelen organizarse en torno de un círculo de apoyo y una persona cuidadora principal cuyo perfil es muy definido: una mujer de entre 45 y 65 años, casada y con bajos estudios, y dedicada en exclusiva al trabajo de cuidados no remunerado, es decir, ama de casa (Pérez Orozco, 2006). En relación con la infancia, el **nivel social se cruza con el género** también: mientras que para casi el 40% de las mujeres de nivel socioeconómico alto, la abuela es poco o nada importante, para casi un cuarto de las mujeres de nivel socioeconómico bajo, las abuelas son esenciales para poder seguir teniendo un trabajo remunerado.

Tabla 4. Tipo de ayuda recibida según nivel socioeconómico

Tipo de ayuda	NSE ALTO	NSE MEDIO	NSE BAJO
Sin su ayuda no podría trabajar	11	13	24
Muy importante	32	30	20
Importante o bastante importante	18	20	22
Poco o nada importante	39	36	34

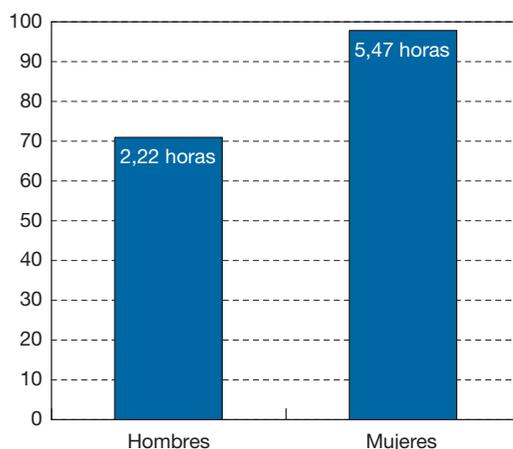
Fuente: Tobío Soler (2002).

En cuanto a la clase social, un estudio sobre la población de Cataluña de 25 a 64 años que vivía en pareja arrojó como resultado que las cargas familiares afectan la salud de las mujeres de la clase trabajadora, pero que al contrario, cuando se pertenece a una clase social alta, la incidencia de las cargas familiares sobre la salud se diluye: mientras que entre las trabajadoras manuales se detectaba una relación entre las demandas familiares de acuerdo al número de personas en el hogar y la auto-percepción de un estado de salud deteriorado, la presencia de trastornos crónicos y la limitación de la actividad, en el caso de las mujeres de clases más altas —al igual que en los hombres—, las demandas familiares no parecían incidir en los indicadores de salud (Artazcoz *et al.*, 2005).

Pero a pesar de estos matices, la **persistencia de los roles de género tradicionales** es un hecho: de acuerdo a los datos de la EPA, entre 1994 y 2004 el número de mujeres que ha abandonado su trabajo «por razones personales o responsabilidades familiares» ha crecido del 3,3% en 1992 al 5,4% en 2004 (Instituto de la Mujer, 2005). Y según la encuesta de empleo del tiempo del INE 2002-2003, mientras casi el 100% de las mujeres de entre 45 y 64 años dedican casi seis horas diarias a las actividades relacionadas con el cuidado de los demás, sólo el 71% de sus contemporáneos hombres los hacen, y su dedicación no alcanza las 2 horas y media.

En definitiva, la clase se intersecta con el sexo en materia de cuidados y salud, pero esta relación no evita la persistencia de la desigualdad genérica: la clase diferenciará a unas mujeres de otras en la estrategia para encarnar de uno u otro modo el mismo rol de género tradicional vigente.

Figura 21. Porcentaje de hombres y mujeres que realizan actividades dedicadas al hogar y la familia durante el día



Fuente: Encuesta de Empleo del Tiempo, 2002/3. INE.

5.4. ¿Qué implica «cuidar» de otras personas en este contexto?

La definición de los cuidados no es evidente y tiene una historia vinculada a las distintas definiciones de lo que en términos genéricos se llama trabajo reproductivo, y ha supuesto bastante polémica desde la perspectiva de género.

A partir del listado de Beasley (1994), que aporta Pérez Orozco (2006), se propone una lista que, sin ser exhaustiva, da una idea de la pluralidad de **actividades que supone el trabajo de la reproducción**: trabajo de servicios de apoyo (tareas educativas, de organización del tiempo y las actividades de toda la familia, administrativas, cívicas, legales), trabajo doméstico (mantenimiento de la casa), trabajo corporal (organización de las dietas, actividades físicas, aseo, sueño, etc.), trabajo de cuidados a la infancia, trabajo de cuidados a los mayores, trabajo de cuidados a personas en situación de dependencia (por accidente, enfermedad crónica), trabajo emocional (incluyendo el cuidado del marido, y otros familiares), trabajo de asistencia en salud.

Todas estas actividades se intersectan unas con otras y no se llevan a cabo simplemente en un espacio acotado y durante una cantidad de horas

específicas, sino que suponen una «presencia» continua y entre las cuales es difícil determinar la frontera que divide a unos trabajos reproductivos de otros. En esta línea, la definición del trabajo de cuidados —que se superpone bastante con la idea de reproducción— apunta a indicar también la pluralidad y transversalidad de actividades y recursos que supone estar a cargo de la **«sostenibilidad de la vida»**. Se trata de un trabajo material e inmaterial a la vez, que se desempeña tanto en el espacio privado como público, y que indique que en el diseño de la vida de las mujeres, no se establece un corte tan abrupto entre mercado y familia.

Así es que en el trabajo de cuidados, además de las concretas **necesidades de personas en situación de dependencia**, de infancia y de mayores con alguna falta de autonomía, deben incluirse a otros miembros de la familia. Y de hecho, es necesario subrayar que a partir de esta definición ampliada, deben incluirse a **«dependientes sociales»**, es decir maridos o parejas masculinas que han dependido históricamente del cuidado de su compañera, y cuya demanda permanece invisible a la hora de contabilizar el esfuerzo realizado por las mujeres (Pérez Orozco, 2006).

El trabajo de cuidado conduce al agotamiento también por el hecho de que al ser supuestamente parte del rol de género femenino, éste es un trabajo continuado de 24 horas al día los 365 días del año y de hecho, las mujeres de la familia **no trabajan de cuidadoras** sino que **son cuidadoras** (García Calvente *et al.*, 2004, citado en OSM, 2005).

La asistencia especializada de personas en situación de dependencia, infancia y mayores con alguna falta de autonomía es sólo un caso específico de esta actividad. Pero precisamente es desde esta redefinición amplia de los cuidados, que se hace más claro por qué y cómo el caso concreto del cuidado de personas en situación de dependencia ha permanecido, a pesar de su especificidad, en condiciones de invisibilidad. El **sistema informal de salud**, dentro del cual destaca el que se realiza dentro del ámbito doméstico aporta el 88% del cuidado global que necesitan las personas con algún grado de dependencia, sin embargo la actividad y los costos que este sistema informal implica no han sido tenidos en cuenta más que cuando éste falla (Durán, 1983).

5.5. Efectos sobre la salud del papel de cuidadora

Que el cuidado de la salud de la comunidad sea patrimonio casi exclusivo de las mujeres supone un elemento de desigualdad de género en salud, y el caso del malestar de las cuidadoras es emblemático de todo el camino que

queda por andar para conseguir una política de salud más equitativa. En efecto, el papel de cuidadora supone un impacto sobre la calidad de vida y la propia salud por el que las cuidadoras se convierten en pacientes de los servicios sanitarios (García Calvente, 2002).

Los síntomas, entre otros, que aparecen son depresión, agotamiento, lumbalgia, ansiedad, tristeza, enfermedades osteoarticulares, el dolor crónico y síntomas mal definidos de afecciones frecuentes como cefaleas, dispepsias, astenia, mareos, fibromialgia y que a través del registro biologicista de la asistencia, es difícil de visibilizar que se deben a procesos psicosociales de género, entre los que el estar sujeta al rol de cuidadora es probablemente el principal en las mujeres de edad madura (Arbesú Fernández *et al.*, 2002; Velasco, López Dóriga, Tourné, 2006c). Este desajuste es en parte responsable de la cronificación del tratamiento farmacológico en la atención de la salud mental (Mosquera Tenreiro *et al.*, 2005; Velasco, 2006b y 2006c) (7). En un trabajo realizado en la región de Murcia, el principal factor psicosocial identificado en pacientes mujeres que eran atendidas con diagnósticos diversos incluidos en el concepto de malestar psicosocial, era las sobrecargas de rol tradicional y el trabajo de cuidadora (Velasco, López-Dóriga, Tourné, 2006c). De hecho, paralelamente a estas consideraciones, dentro del campo de la psicología está altamente consensuado que la asistencia informal a personas mayores con problemas de salud genera estrés crónico en las personas encargadas de tal cuidado, con importantes consecuencias para su bienestar físico, psicológico y social (Losada *et al.*, 2003).

En paralelo con el agotamiento, las renunciaciones personales que suponen los cuidados también afectan la salud de la cuidadora, sobre todo en lo que hace a su salud mental. La postergación del **propio cuidado, la exclusión de la vida laboral** en muchos casos y del desempeño de otros **roles sociales**, las repercusiones en la disponibilidad y uso del tiempo, la dificultad para organizar su propio plan de vida y de futuro, combinados con la **falta de reconocimiento y de reciprocidad** para con la persona que cumple este papel de ser cuidada por otra, evidentemente tendrán consecuencias que promueven el desarrollo de procesos de depresión y ansiedad vinculados a la sensación de falta de autonomía y pérdida del control de la propia vida (OMS, 2002; García Calvente, 2002).

El modelo de atención biopsicosocial (Engel, 1977; Tizón, 1988) con perspectiva de género (Velasco, 2006b) permitiría abordar los efectos sobre la salud de las mujeres sujetas al papel de cuidadoras, por un lado permitiéndoles cuestionarse su continuidad en la realización obligada a través de

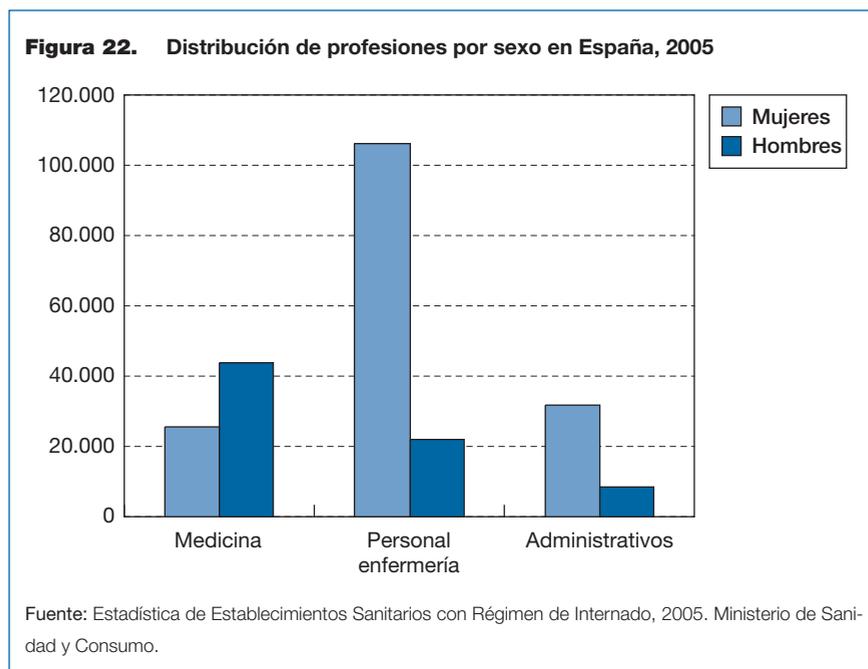
(7) Un estudio realizado en Asturias, señala que el problema principal que afecta a la salud de las mujeres de entre 30 y 60 años es su papel de cuidadoras en la familia.

ocuparse de las demás personas, y movilizar sus ideales de feminidad tradicionales, de manera que puedan optar a salir del papel de cuidadoras. Que sean ellas las depositarias absolutas de esta función es una desigualdad de género que hay que corregir mediante una atención integral y no medicalizadora del malestar.

6. Las mujeres en la carrera sanitaria

Las carreras universitarias relacionadas con la salud están hoy claramente feminizadas, aunque de maneras muy distintas. Por ejemplo, el 84% de las estudiantes de enfermería en el curso 2005-2006 eran mujeres. Las diferentes preferencias por unos estudios o por otros, por cuestiones personales o sociales más o menos manifiestas (como la reproducción de los cuidados en la esfera profesional) explican, en parte, las diferencias de categorías profesionales entre hombres y mujeres y su situación jerárquica en el sistema sanitario, como puede observarse en la figura 22.

El análisis por edad y sexo de las personas colegiadas en distintas especialidades revela que no sólo el presente es en femenino en especialidades como Farmacia o Enfermería, si no que el futuro también lo es en especialidades como Medicina, que hasta hace dos décadas ha sido un campo reservado a los hombres. Actualmente la proporción de mujeres colegiadas



en Medicina representa un 43% del total, aunque entre las personas menores de 35 años las colegiadas doblan en número a los colegiados, lo que ofrece un panorama futuro totalmente diferente al actual.

Las mujeres también son mayoría en la carrera de medicina, algo que viene sucediendo desde los años ochenta: actualmente son más de un 74% de estudiantes matriculadas en el curso 2005-2006, lo que representa 3 puntos más que en 1998 y 73 puntos más que en 1955 (Ortiz-Gómez, 1985, 2007).

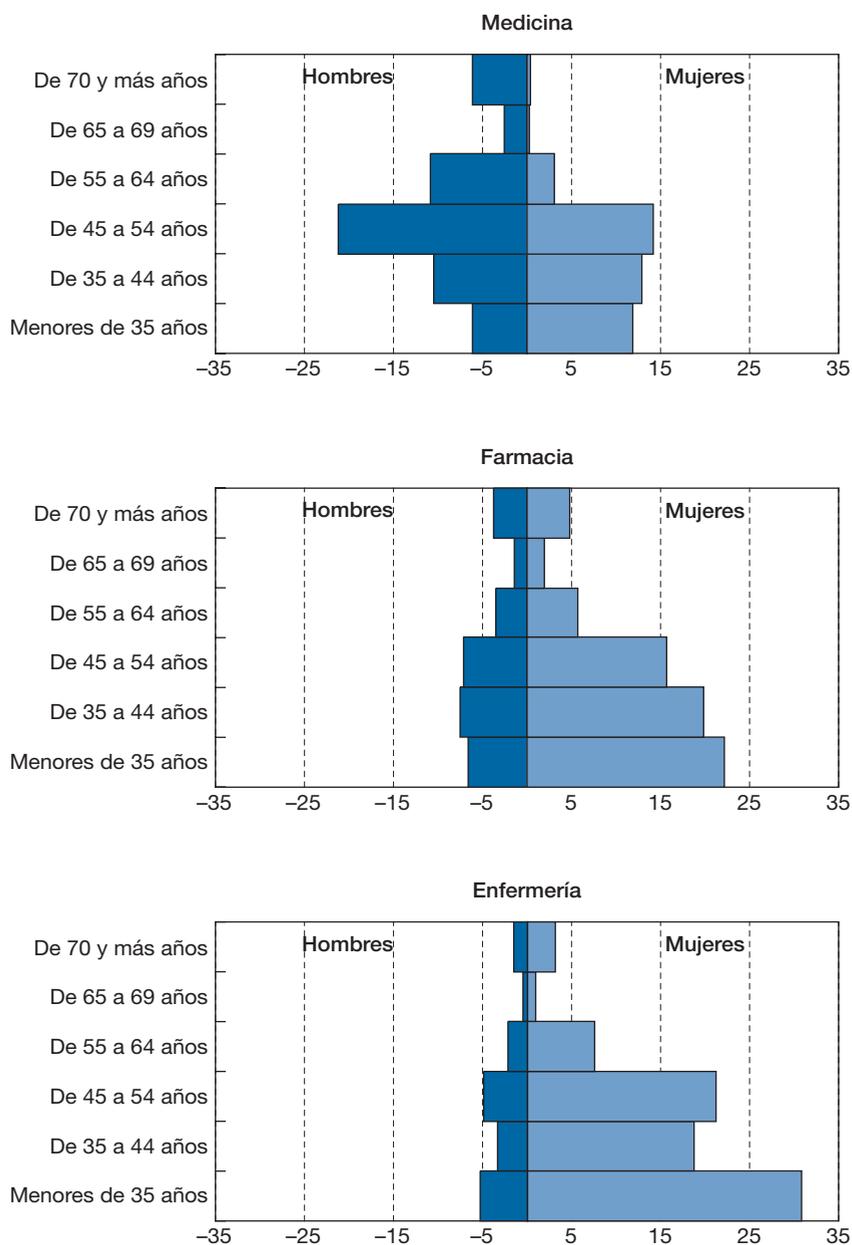
El análisis de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI) revela que actualmente las mujeres constituyen el grupo mayoritario en estos centros, con algo más del 51% del total del personal. No obstante, la presencia de la mujer en las distintas especialidades médicas es desigual: la mayor proporción de mujeres se sitúa en Rehabilitación, aunque en números absolutos se alcanzan los máximos en Medicina Interna y Servicios Centrales. Traumatología y UCI son las especialidades en las que están menos presentes las mujeres. Es necesario observar que algunas especialidades que se podría pensar que estuvieran feminizadas, como Pediatría u Obstetricia, siguen siendo mayoría los hombres, aunque con diferencias que, en el caso de Pediatría, son mínimas.

La presencia de mujeres farmacéuticas en los establecimientos con régimen de internado es muy diferente de la distribución de mujeres colegiadas. El signo se invierte, siendo mayoría los hombres, a pesar de que las mujeres farmacéuticas colegiadas suponen cerca del 70% del total.

Las profesionales de la Enfermería son mayoría, especialmente en ATS-DUE y Matronería, donde los porcentajes de mujeres superan el 80 y el 90%, respectivamente.

Un estudio reciente realizado a una muestra representativa de los médicos y médicas de Cataluña, revela que en consonancia con la segregación de género en las especialidades, existen diferencias entre mujeres y hombres en los centros que desarrollan su trabajo. La mayoría de las médicas trabaja en Centros de Atención Primaria, mientras que los médicos lo hacen en hospitales. Asimismo, la mayoría de los médicos trabaja en más de un centro, mientras que la mayoría de las médicas lo hace exclusivamente en un sitio. El mismo estudio, señala que mientras las médicas viven solas, dedican más horas que los médicos al trabajo remunerado, en cambio esta situación se invierte a partir del momento que viven en pareja y se acentúa cuando conviven con hijos e hijas, resultados claramente compatibles con la división sexual de los trabajos (Rohlf's *et al.*, 2007).

Figura 23. Pirámides de edad de las personas colegiadas en Medicina, Farmacia y Enfermería, 2006



Fuente: Profesionales de la Salud Colegiados, 2006. INE.

Tabla 5. Especialidades sanitarias por sexo, 2005

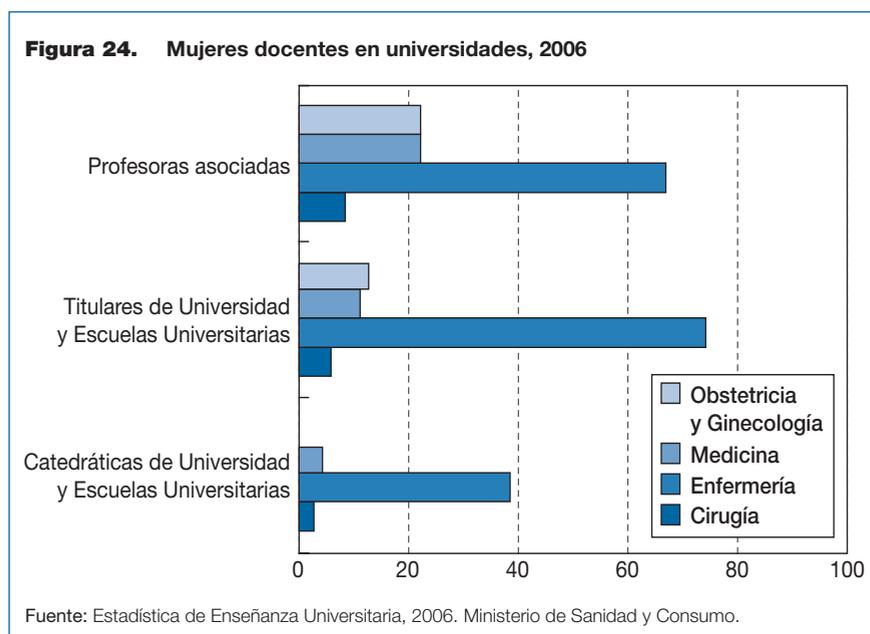
Especialidades	Mujeres	Hombres	Total
Médicas			
Medicina Interna y Especialidades Médicas	6.992	11.845	18.837
Cirugía General y Especialidades Quirúrgicas	2.633	8.929	11.562
Traumatología	474	3.737	4.211
Obstetricia-Ginecología	1.666	2.434	4.100
Pediatría	1.412	1.785	3.197
Psiquiatría	1.140	1.588	2.728
Servicios Centrales	6.966	7.870	14.836
Medicina Intensiva	760	1.667	2.427
Rehabilitación	673	574	1.247
Urgencias-Guardia	2.633	3.485	6.118
Farmacéuticos	1.159	1.637	478
Otros Títulos Superiores y Medios sanitarios	2.171	3.358	1.187
Personal enfermería	106.076	127.819	21.743
ATS-DUE	99.852	19.969	119.821
Matronas	2.844	291	3.135
Fisioterapeutas	3.380	1.483	4.863
Auxiliares de Clínica	5.678	97.213	102.891
Técnicos sanitarios	14.198	3.986	18.184

Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.

A diferencia de la presencia masiva de mujeres en las carreras de ciencias de la salud (8), donde alcanzan niveles superiores al 74% los profesores siguen siendo mayoritariamente hombres. Según la Estadística de Enseñanza Universitaria, existen un 62% de profesores por un 38% de profesoras, siendo Enfermería (67,4%), Farmacia (59,4%) y Fisioterapia (59%) las especialidades más feminizadas. Las especialidades con menor presencia de mujeres son Cirugía (7,6%), Obstetricia y Ginecología (17,5%) y Medicina (18,9%). Por categoría profesional, destaca la escasa presencia de mujeres Catedráticas de Universidad, incluso en especialidades altamente feminizadas como Enfermería, o la ausencia de catedráticas en Obstetricia y Ginecología. El mayor

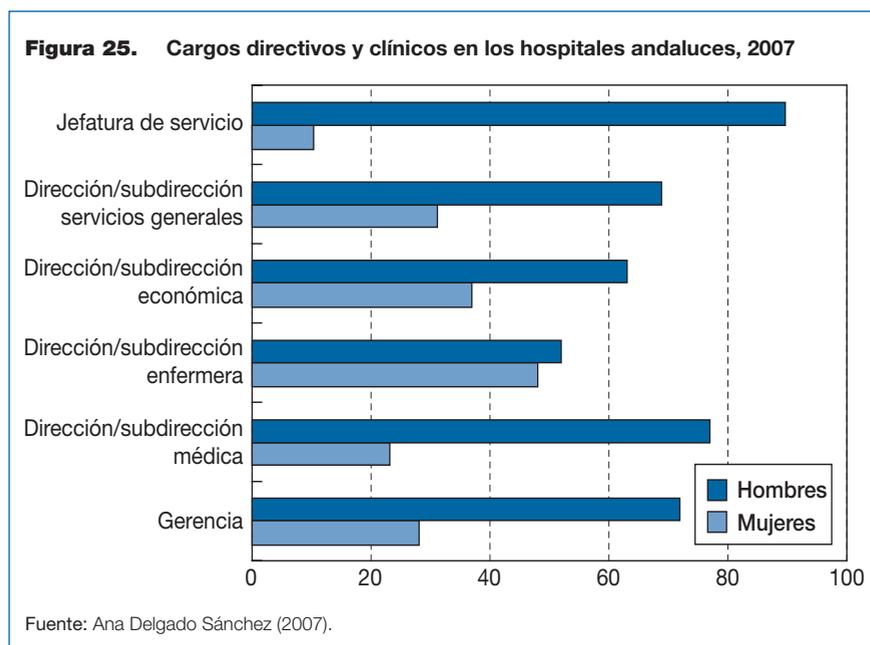
(8) Se incluyen en los estudios relacionados con Ciencias de la Salud: Anatomía Patológica, Anatomía y Anat. Patológica Comparada, Anatomía y Embriología Humana, Cirugía, Enfermería, Estomatología, Farmacia y Tecnología Farmacéutica, Farmacología, Fisiología, Fisioterapia, Genética, Histología, Inmunología, Medicina, Medicina Legal y Forense, Medicina Preventiva y Salud Pública, Medicina y Cirugía Animal, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Óptica, Otorrinolaringología, Pediatría y Toxicología.

número de docentes se concentra en los puestos menos reconocidos, como pueden ser las profesoras ayudantes o asociadas. En resumen, aunque el perfil de las estudiantes es claramente femenino, la docencia sigue siendo una parcela masculina, especialmente en las categorías más altas.



El porcentaje de mujeres en las Gerencias de Hospitales Públicos ha mejorado con el paso de los años, aunque esta responsabilidad sigue estando en las manos de los hombres: del 7% de Gerencias en 2001 (Arrizabalaga y Valls-Llobet, 2005) se ha pasado al 18% en 2007. Actualmente, el porcentaje de mujeres que ocupan puestos de dirección y gestión, según la ESCRI se acerca al 45%, aunque el porcentaje total podría estar omitiendo diferencias substanciales. En el caso del Servicio Andaluz de Salud (Delgado, 2007), la presencia de mujeres en los cargos directivos y técnicos es reducida, y se concentra en direcciones y subdirecciones económicas y de enfermería, mientras que los valores más reducidos son los que implican mayor reconocimiento profesional: las jefaturas de servicio y gerencias y las direcciones médicas. El caso de Enfermería es significativo: solamente un 48% de las Direcciones y Subdirecciones de enfermería andaluzas están ocupadas por mujeres, cuando el 82% del personal de enfermería son mujeres (IIS, 2007). De igual manera, la diferencia se puede observar

en el personal facultativo hospitalario: la mayor proporción de mujeres se encuentra en Médicos Internos Residentes, mientras que en las Jefaturas de Servicio la presencia de mujeres se reduce a apenas un 10% del total.



Por otra parte, la presencia de mujeres en las sociedades profesionales dista mucho de la igualdad. En un estudio sobre la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitarias (SESPAS) se señalaba que, aunque la presencia de mujeres como socias es de un 40%, su participación en los órganos directivos y actividades de reconocimiento profesional era mucho menor (Colomer y Peiró, 2002). El mismo problema se observa en otras sociedades profesionales como la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) o la Asociación de Economistas de la Salud (AES) (Ortiz-Gómez *et al.*, 2004).

Por último, las mujeres se encuentran menos representadas que los hombres en los equipos editoriales de las principales publicaciones periódicas del ámbito sanitario. De igual manera, la mayoría de los artículos publicados en estas revistas tienen como primer firmante un hombre (Schiaffino *et al.*, 2001), a lo que se ha de añadir la dificultad de descifrar el sexo de la autoría cuando solamente se referencia la inicial, algo bastante habitual en este tipo de publicaciones.

7. Conclusiones

1. En 2006, la esperanza de vida de las mujeres es de 83,8 años y la de los hombres de 77,2 años, de modo que las mujeres viven 6,6 años más que los hombres.
2. Entre los 45 y 65 años las muertes prematuras son significativamente más altas entre los hombres que en las mujeres.
3. La primera causa de muerte en personas maduras son los tumores (de mama en mujeres y de pulmón en hombres) y las enfermedades del sistema circulatorio.
4. Entre los hombres destaca la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio, la cirrosis y otras enfermedades del hígado, relacionadas con conductas de riesgo de mayor incidencia en los hombres debido al modelo de socialización de género.
5. La **percepción de la salud** es peor en las mujeres que en los hombres, refiriéndola como buena o muy buena el 54% de ellas y el 63% de ellos.
6. Las maneras como manifiestan hombres y mujeres sus **quejas** son diferentes. Si bien el tipo de quejas crónicas es similar en ambos sexos, la frecuencia en las mujeres es del doble al triple en todas las categorías principales (artrosis y problemas reumáticos, mala circulación, jaquecas, migrañas, dolores de cabeza y depresión).
7. Existen oportunidades de mejora en la atención a las **enfermedades cardiovasculares** en la mujer, tanto en relación con la percepción de riesgo de padecerla que tienen las mujeres como en las actitudes del personal sanitario de todos los ámbitos asistenciales para su identificación precoz y la optimización de su tratamiento.
8. En esta etapa de la vida se produce el climaterio, que dada la tendencia a equiparar ciclo vital con vida reproductiva, se ha interpretado como una situación de declive y pérdida de feminidad y funciones principales de las mujeres. Se debe evitar esta asociación y la medicalización de este periodo ya que muchos de los malestares que se encuentran en ella se deben al proceso de la socialización de género recibida y no a los cambios biológicos.
9. El aumento de la esperanza de vida de la población, sumado al descenso en la natalidad y el atraso de la emancipación de la juventud, provocan que gran parte del peso de cuidados en la sociedad, tanto en el terreno productivo como reproductivo, recaiga sobre las personas maduras. Sin embargo, este peso se

distribuye de manera desigual en mujeres y hombres, lo que tiene importantes consecuencias para su salud.

10. La incorporación de las mujeres al mercado de trabajo (el 47% aproximadamente para el año 2006), no ha traído de la mano la inclusión de la mayoría de los hombres al espacio de la reproducción doméstica y del cuidado, y por lo tanto las mujeres están asumiendo la multiplicidad de roles y la doble o triple jornada laboral. Estos roles de ama de casa, cuidadora de las personas dependientes y trabajadora remunerada suponen una sobrecarga de funciones que tiene efectos perjudiciales en la salud de las mujeres.
11. Esta etapa de la vida suele coincidir también con la madurez profesional. En el análisis de uno de los campos profesionales, el sanitario, se observa que aunque su feminización es importante en los estudios universitarios y en los puestos de trabajo de categorías inferiores, las mujeres están menos representadas que los hombres en puestos de responsabilidad y de mayor prestigio y remuneración.

8. Propuestas para la acción

Desde el ámbito de sus competencias y contando con la colaboración de otros Ministerios, instituciones autonómicas y organizaciones públicas y privadas, el Ministerio de Sanidad y Consumo propone las siguientes acciones:

- Continuar promoviendo la investigación en salud y género, la inclusión del enfoque de género en todas las líneas de investigación y en los procesos de gestión de la investigación. Especialmente se promoverá el trabajo colaborativo con los CIBER para generar conocimiento de excelencia respecto al género como determinante de salud en los temas específicos sobre los que investigan.
- Elaborar y difundir materiales de apoyo para la inclusión del enfoque de género en la atención sanitaria y en los programas de salud dirigidos a personas maduras como un elemento de calidad asistencial.
- Desarrollar materiales informativos y educativos para sensibilizar y formar al personal del ámbito sanitario de manera que contribuyan a eliminar los sesgos de género y la medicalización en la atención sanitaria a mujeres y hombres en edades maduras.
- Desarrollar y difundir información accesible a la población general sobre los temas clave de salud y género en las edades maduras.
- Seguir reforzando la inclusión de la perspectiva de género en las estrategias de salud —en particular, en la estrategia de cardiopatía isquémica— y difundir información, en colaboración con las sociedades profesionales, para mejorar la percepción del riesgo de la enfermedad en las mujeres entre la población general y los servicios sanitarios.
- Estudiar la distribución de hombres y mujeres entre el personal sanitario del Sistema Nacional de Salud, recogiendo y difundiendo buenas prácticas para promover la paridad.

9. Bibliografía

Cuando ha sido posible se han incorporado, además de los apellidos, los nombres de las mujeres y hombres que firman los trabajos recogidos en la bibliografía. De esta manera hemos querido visibilizar sus contribuciones.

- AA.VV. (1991): *IV Congreso Estatal de Sexología. Ayer, hoy, mañana*. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum.
- AA.VV. (2001): *La mujer en el entorno de la población mayor*. Ponencias y Conclusiones de las Jornadas de Desarrollo. Consejo de la Mujer. Comisión de Servicios Sociales y Marginación de la Comunidad de Madrid.
- AA.VV. (2006): *Bioética y Feminismo*. Revista Estudios Multidisciplinares de Género, 34. Centro de Estudios de la Mujer, Universidad de Salamanca. Agosto.
- Aguilar Leñero, M. ^a José; S. Alcedo González, A. Gracia Ceperuelo, T. Zumeta Fustero, M. Marín Vara, A. Martín Ruíz. Análisis de la morbilidad en una consulta de Atención Primaria con historia clínica informatizada. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Zaragoza, Centro de Salud. Febrero 2001: 99-105.
- Airzaguena, José M., Grandes G, Alonso-Airbiol I, Del Campo Chavala JL, Oleaga Fernández MB, Marco de Juana J. (2002): Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de atención primaria: un estudio piloto. *Aten Prim*, 29(9):558-561.
- Akiko Komura, Luiza (2007): Histerectomía y vivencia de la sexualidad. *Index e enfermería*, 57:2832.
- Alda, Carmen *et al.* (1996): Maternidad y técnicas de reproducción asistida: una perspectiva psicoanalítica. Silvia Tubert. Ob. Cit.
- Annandale, Ellen. Hunt K. (1990): Masculinity, Femininity and Sex: An Exploration of Their Relative Contribution to Explaining Gender Differences in Health. *Soc Health Illness*, 12 (1):24-46.
- Arber, Sara (1997): Comparing inequalities in women's and men's health in Britain in the 1990s. *Soc Sci Med*, 44: 773-788.
- Arber, Sara (1991): Class, Paid Employment and Family Roles: Making Sense of Structural Disadvantage, Gender and Health Status. *Soc Scie Med*, 32 (4):425-436.
- Arbesú Fernández, Esther *et al.* (2002): *La salud de las mujeres en Asturias*. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
- Ariza, Alfredo y Ugidos, Arantza (2002): Entrada a la maternidad y situación laboral de las mujeres en España. Universidad del País Vasco. Disponible en: <http://www.ehu.es/arantzaugidos/images/firstbirth.pdf>.
- Arrizabalaga, Pilar; Valls-Llobet, Carme (2005): Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Medicina Clínica*, 125(3):103-107.
- Artazcoz, Lucía (2005): *Desigualdades de Género en la salud en la Población de 25 a 64 años*. Barcelona: Informe para la Agencia de Salud Pública de Barcelona.
- Artazcoz, Lucía (2007): *La contribución de la división sexual del trabajo a las desigualdades de género en la salud*. Ponencia en IV Foro de Mujeres Salud y Género. La salud en las

- edades centrales de la vida. Observatorio de Salud de la Mujer, Madrid, 6 y 7 de noviembre de 2007.
- Artazcoz, Lucía *et al.* (2004): Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl.2):1-2.
- Baird, D. T. *et al.* (2005): Fertility and aging. *Human Reproduction Update*, 11(3):261-276.
- Barberá, Esther y Martínez Benlloch, Isabel (2004): *Psicología y género*. Madrid: Pearson Educación.
- Bartley M, Popay J, Plewis I. (1992): Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociology of Health and Illness*; 14: 313-343.
- Bartley M, Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R. (1999): Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993. *Soc Sci Med*; 48:99-115.
- Bauman, Zygmunt (2005): Fuera y dentro de la caja de herramientas de la socialización. Amor Líquido. La fragilidad de los vínculos amorosos. Buenos Aires: FCE.
- Beauvoir, Simone (1949) *El segundo sexo. La experiencia vivida*. Buenos Aires: Siglo XX, 1982.
- Becoña Iglesias, Elisardo y Vázquez González, Fernando (2000): Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Revista Española de Salud Pública*, 74(1):13-23.
- Bensing, Jozien M. Hulsman, Robert. Schreurs, Karlein (1999). Gender differences in fatigue. Biopsychosocial factors relating to fatigue in men and women. *Med Care*, 37(10): 1078-1083.
- Bernárdez, Asunción. La publicidad como contrato comunicativo. En: López Dóriga, Begoña (compl.) La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones. Madrid: Instituto de la Mujer, 2005.
- Bernardi, Fabricio; Requena, Miguel (2003). La caída de la fecundidad y el déficit de natalidad en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 3: 29-49.
- Bernier, Christiane (2003): Ménopause et mitan de vie: Deux phénomènes, une symbolique. *Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 9(1): 110-147.
- Bernis, Cristina *et al.* (1995): *Cambios globales en los estilos de vida y sus consecuencias sobre la salud reproductora*. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Bertarelli Foundation, The (2000): Public perception of infertility and its treatment: an international survey. The Bertarelli Foundation Scientific Board. *Human Reproduction*, 15(2):330-334.
- Blanco Prieto, Pilar Leonor; García de Vinuesa, Pilar; Ruiz-Jarabo Quemada, Consuelo; Martín García, María del Carmen. La violencia de pareja y la salud de las mujeres, *Gaceta sanitaria: Informe SESPAS 2004: la salud pública desde la perspectiva de género y clase social*, 182-188.
- Bodoque, Yolanda *et al.* (1990): Sistema familiar y redes de parentesco en contextos urbanos: conflictos y solidaridades, AA.VV., *Familia y relaciones de parentesco. Estudios desde la antropología social*. Valencia: Institut Valencia de la Dona.
- Bonacorsi, Nélica (1999): El trabajo femenino en su doble dimensión: Doméstico y asalariado. *Aljaba. Revista de estudios de la mujer*, Vol. IV.
- Bonder, Gloria (2006). *Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente*. Disponible en: <http://www.colmex.mx/centros/ces/piem/lectura4.doc>.

- Bonino Méndez, Luis (1998): Los varones frente al cambio de las mujeres. *Lectora. Revista de Dones i intertextualitat*, 4.
- Bonino Méndez, Luis (2000): Varones, género y salud mental: deconstruyendo la «normalidad» masculina, Marta Segarra y Àngels Carabí (Eds.). *Nuevas masculinidades*. Barcelona: Icaria.
- Bonino Méndez, Luis (2002): Masculinidad, salud y sistema sanitario. El caso de la violencia masculina. *AA.VV. Ob. Cit.* 2002.
- Borrel i Carrió, Francesc (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*, 119(5):175-179.
- Borrell, Carme *et al.* (2004): La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18 (supl.1):2-6.
- Borrell, Carme y Benach Joan (2005). *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Mediterranea*. Politiques, 48. Barcelona.
- Breilh, Jaime (2003) *Epidemiología crítica*. Buenos Aires: Lugar.
- Brugulat, Pilar, Séculi, Elisa, Fuste, Joseph (2001). Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes de información disponibles. *Gac Sanitari*, 15(1):54-60.
- Buitendijk, Anthony *et al.* (2002): Congenital malformations in 4224 children conceived after IVF. *Human Reproduction*, 17(8):2089-2095.
- Burin, Mabel (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, Mabel (1998). *Género y Familia. Poder, Amor y Sexualidad en la Construcción de la Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós. Psicología Profunda.
- Burin, Mabel. *Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables*. Psicoanálisis, estudios feministas y género. *Psicomundo*. Disponible en: <http://www.psicomundo.com/foros/genero/subjetividad.htm>
- Butler, Judith (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- Campbell, JL, Ramsay J, Green J (2001). Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care*, Jun; 10(2): 90-95.
- Cardenal Hernández, Violeta (2003): La personalidad de la mujer. Pilar Sánchez López, Ob. Cit. 2003.
- Castaño, Cecilia y Palacios, Santiago (1996): *Salud, dinero y amor. Cómo viven las mujeres españolas de hoy*. Madrid: Alianza.
- Castaño, Dolores y Martínez Benlloch, Isabel (1990): Aspectos psicosociales en el envejecimiento de las mujeres. *Anales de Psicología*, 6 (2), 159-168.
- Colomer Revuelta, Concepción y Peiró Pérez, Rosana (2002): ¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas? Desigualdades de género y estrategias de cambio en SESPAS. *Gaceta Sanitaria*, 16(4):358-360.
- Comisión Europea (2002): *Informe sobre salud sexual y reproducción y los derechos en esta materia*. Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades. DOCE 2001/2128 (INI) - A5-0223/2002.
- Conde, Fernando. *El estrés en las mujeres trabajadoras: sus causas y sus consecuencias*. Serie Estudios n.º 65. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.

- Corea, Gina *et al.* (1987): *Man-made women. How reproductive technologies affect women.* Bloomington: Indiana University Press.
- Coria, Clara (2005): Otra vida es posible en la edad media de la vida. En: Clara Coria, Anna Freixas y Susana Covas. *Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias.* Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Covas, Susana (2005): Los cambios pendientes. En: Clara Coria, Anna Freixas y Susana Covas, Ob. Cit. 2005.
- De Onís, Mercedes y Villar, José (Dir.) (1992). *La mujer y la salud en España. Informe básico,* Vols. I-IV, Madrid: MTAS-Instituto de la Mujer.
- Delgado Sánchez, Ana (2007): *Profesión médica y género.* Ponencia presentada en el IV Foro Mujeres, Salud y Género. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer.
- Delgado Torralbo, Elena. *et al.* (1998): Consumo de alcohol en España y su relación con la autovaloración del estado de salud. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 5 (21):205-218.
- Delgado, Ana. Salud y género en las consultas de atención primaria. *Atención Primaria.* Febr 2001, Vol. 27, No. 2: 75-78.
- Dio Bleichmar, Emilce (1984): *El feminismo espontáneo de la histeria.* Madrid: Adotraf.
- Donchin, Anne y Purdy, Laura (Eds.) (1999): *Embodying Bioethics: Recent Feminist Advances.* Lanham, Rowman & Littlefield Publ.
- Doyal, Lesley (2001): Sex, gender and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, 323:1061-1063.
- Durán, María Ángeles (1983): *Desigualdad social y enfermedad.* Madrid: Tecnos.
- EIWH - European Institute of Women's Health (2000): Gender Equity and Public Health in Europe. *Gender Equity Conference.* Disponible en: <http://www.eurohealth.ie/gender/section3.htm>.
- Engel, George (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196:129-136.
- Engel, George (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137:535-544.
- Erikson, Erik (1988). *El ciclo vital completado.* Buenos Aires: Paidós.
- Espinás, J. A. *et al.* (1999): Determinantes sociodemográficos del hábito tabáquico y de su abandono en la población de Cornellá de Llobregat. *Gaceta Sanitaria*, 13(2):126-134.
- Esteban, Mari Luz (2001): *Reproducción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud.* Donosita: Gakoa.
- Esteban, Mari Luz (2004): *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio.* Barcelona: Bellaterra.
- Esteban, Mari Luz (2005): ¿Por qué analizar el amor? Nuevas posibilidades para el estudio de las desigualdades de género. Comunicación presentada al *Simposio Cambios culturales y desigualdades de género en el marco local-global actual*, X Congreso de Antropología de la F.A.A.E.E., Sevilla 19-22 de septiembre.
- Esteban, Mari Luz (2001). El género como categoría analítica. En: Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Carmen; Barral, María José; Fernández, Teresa; Yago, Teresa. *Perspectivas de género en salud.* Madrid: Minerva

- Fahrenberg, Jochen (Oct. 1995). Somatic complaints in the German population. *J Psychosom Research*, 39(7): 809-817.
- Fernández, Esteve; Schiafino, Anna y García, Montse (2005). Les desigualtats en l'estat de salut i la malaltia. En: Borrell, Carme y Benach, Joan. *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Mediterranea*. Politiques, 48. Barcelona.
- Ferrera, Maurizio (1999): Perfil Europa. La riforma del welfare nei paesi del Sud. *Biblioteca della libertà*, XXXIV (152):35-51.
- Franklin, Sarah (1997): Having to try and having to cose: how IVF makes sense. *Embodied Progress: A cultural account of assisted conception*. Londres: Routledge.
- Freixas, Anna (2001). Nos envejecen las ideas, no el cuerpo. *Rev Mult Gerontol*; 11(4):164-168.
- Freixas, Anna (2005a): *La edad escrita en el cuerpo y en el carné de identidad*. En: Clara Coria, Anna Freixas y Susana Covas. Ob. Cit.
- Freixas, Anna (2005b): *Abuelas, madres, hijas. La transmisión sociocultural del arte de envejecer*. Barcelona: Icaria.
- Freixas, Anna (2007): *Nuestra menopausia. Una versión no oficial*. Barcelona: Paidós.
- Fundis (2004): Sexo, género y salud. Escenarios de progreso social. Análisis Prospectivo Delphi. *Colección Informes*, n.º 3. Fundación Salud Innovación Sociedad.
- García Calvente, M.ª del Mar (2002): Cuidados de salud, género y desigualdad. *Revista Comunidad*, 5:3-4.
- García Calvente, M.ª del Mar (2004): «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad». *Gaceta Sanitaria*, n.º 18 (suple. 1):132-139.
- Gastrón, Liliana (1999): Y que cumplas muchos más... (Abuso, maltrato y abandono: la cara oculta de la mayor longevidad femenina). *Aljaba. Revista de estudios de la mujer*, Vol. IV.
- Gervás, Juan (1992). Morbilidad atendida en los servicios de atención primaria. En: Onís M, Villar J. *La mujer y la salud en España. Informe básico*. Volumen 1. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Gijsberg Van Wijk CMT, Van Vliet KP, Kolk AM (1996). Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women. *Soc Sci Med.*, 43(5): 707-720.
- Gómez Bueno, Carmuca (2001): Mujeres y trabajo: principales ejes de análisis. *Papers* 63/64:123-124.
- Gómez Redondo, Rosa (1995): Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolución de la esperanza de vida de la población española, 1970-19901. *Reis*, 71-72/95:79-108.
- González de Chávez Fernández, María Asunción (1998): *Feminidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- González de Chávez Fernández, María Asunción (1999). *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género*. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad.
- González de Chávez Fernández, María Asunción (2001): El ideal maternal y el sufrimiento psicossomático en las mujeres. *II Jornadas de Salud Mental y Género*. Madrid, 8 y 9 de octubre de 2000. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- González de Chávez Fernández, María Asunción (Comp.) (1993): *Cuerpo y subjetividad femenina*. Madrid: Siglo XXI Editores.

- González de Chávez Fernández, María Asunción (Comp.) (1999): *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Gupta, Jyotsna (2000): *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*. Londres; Nueva Delhi: Sage Publications.
- Héritier, Françoise (1996): *Masculino / Femenino. El pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Ariel, 2002.
- Holter, Harriet *et al.* (2006): First IVF treatment-short term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21(12):3295-3302.
- Hubbar, Ruth (1995): *Transparent women, visible genes and new conceptions of disease, Profitable Promises. Essays on women, science and health*. Monroe: Common Courage Press.
- IASIST (2007): *Análisis de la variabilidad de la cardiopatía isquémica en España. Informe Ejecutivo*. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, MSC, Madrid.
- IMERSO (2004): *Las personas mayores en España. Informe 2004*.
- Informe Salud y Género 2005. Observatorio de Salud de la Mujer.
- Instituto de Información Sanitaria (2007): *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado*.
- Instituto de la Mujer (2000): *Género y Salud*. I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer (2002): *Seminario sobre Mainstreaming de Género en las Políticas de Salud en Europa*. Madrid, 14 de septiembre de 2001. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer (2005): *Conciliación de la vida familiar y la vida laboral: situación actual, necesidades y demandas. Informe de Resultados*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer (2007): *Borrador del Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2008-2011*. Disponible en: http://www.mtas.es/mujer/novedades/docs/Plan_estrategico_final.pdf.
- Izquierdo, María Jesús (1998): *El malestar en la desigualdad*. Madrid: Cátedra.
- Jacobus, Mary, Fox Keller, Evelyn y Shuttleworth, Sally (Eds.) (1990): *Body / Politics. Women and the discourses of science*. Nueva York: Routledge.
- James, Christine (1995): Feminist ethics, mothering and caring. *Kinesis*, 22(2):2-16.
- Juliano, Dolores (2003): El mito del instinto maternal. *Revista de Comunicación Interactiva. Mujeres y Salud* 11/12. Disponible en: http://mys.matriz.net/mys1112/dossier/doss_1112.html.
- Jylhä, Marta. Guralnik JM. Ferrucci L. Jokela J. Heikkinen E. (1998): Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*; 53, S144-S152.
- Kroenke, Kurt. Mangelsdorff AD (1989). Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med.*, 86:262-266.
- Lagarde, Marcela (1996) Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. *Cuadernos Inacabados*, 25. Madrid: Horas y Horas. 2001.
- Laihoner, Aarón - INE (1999): Cambios a largo plazo en la fecundidad de los países del Sur de la Unión Europea, *Revista Fuentes Estadísticas*, 37:6-8.

- Laporte i Salas, Josep (2003): Una reflexión sobre la salud, *Discurso del Acto de Investidura como Doctor Honoris Causa por la UOC, 3/3/2003*. FUOC.
- Laqueur, Thomas (1994): *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra.
- Losada, Andrés *et al.* (2003): Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socio-culturales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(2):116-122.
- Lynch, Julia (2005): The age of welfare: Patronage, citizenship, and generational justice in social policy. *Center for European Studies - Working Papers*, 111. Harvard University.
- Maguire, Peggy (2002): Mainstreaming de género en la salud pública de la UE. *AA.VV.*, Ob. Cit.
- Malterud, Kirsti, Okkes I (Oct. 1998). Gender differences in general practice consultations: methodological challenges in epidemiological research. *Fam Pract*, 15(5): 404-10.
- Maquieira, Virginia (2001). Género, diferencia y desigualdad. En: Beltrán, Elena y Maquieira, Virginia (ed). *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza.
- Márquez, Iñaki (2004): Género y prescripción de psicofármacos. *Revista Norte de Salud Mental*, 19:23-32.
- Marrugat, Jaume (1999): Variabilidad en el manejo y pronóstico a corto y medio plazo del infarto de miocardio en España: el estudio PRIAMHO. *Revista Española de Cardiología*, 52: 767-775.
- Marrugat, Jaume *et al.* (1998): High prevalence in cardiovascular risk factors in Gerona, Spain. *Journal of Epidemiological Community Health*, 52:707-715.
- Martín Moreno, Jose M.^a (2001). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). *Análisis comparativo de la Encuesta Nacional de Salud, 1997*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Martin, Emily (1987): *Women in the body: A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Martínez Benlloch, Isabel (2001). Efectos de los ideales culturales en la conciencia corporal y la autoestima. *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Instituto de la Mujer, serie Estudios.
- Martínez Benlloch, Isabel, Bonilla Campos, Amparo (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universidad.
- Martínez Frías, M.^a Luisa *et al.* (2005): Evolución secular y por autonomías de la frecuencia de tratamientos de fertilidad, partos múltiples y cesáreas en España. *Medicina Clínica*, 124(4):132-139.
- Matud, M.^a Pilar *et al.* (2006): Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1): 7-21.
- Mazarrasa, Lucía; Rolffs, Izabella (2003). Género y salud. En: Mazarrasa Lucía, Sánchez Moreno Antonio, Germán Bes Concha, Sánchez García Ana M.^a, Merelles Tormo Antonio, Aparicio Ramón Vicente. *Salud pública y enfermería Comunitaria* (I). 2.^a edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 379-398.

- Meler, Irene y Tajer, Débora (compl.) (2000): *Psicoanálisis y género. Debates desde el Foro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005): *La Salud de la Población Española en el Contexto Europeo y del Sistema Nacional de Salud*. Indicadores de Salud.
- Möller-Leimkühler, Anne Marie (2002): *Género y Salud Mental: Evidencias para la integración del género en las políticas sanitarias*. Instituto de la Mujer, Ob. Cit. 2002.
- Montero, Isabel y Ruiz, Isabel (1999): *Menopausia: estereotipos, leyenda y realidad*. Ma. Asunción González de Chávez, Ob. Cit. 1999.
- Montero, Isabel; Aparicio D, Gómez-Beneyto, Manuel *et al.* (2004): *Género y salud mental en un mundo cambiante*. *Gac Sanit*, 18(1): 175-181.
- Moreno Rosset, Carmen *et al.* (2000): *Factores psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Ed. Sanz y Torres.
- Moreno, Enriqueta (compl.) (2000): *14 conferencias sobre el padecimiento psíquico y la cura psicoanalítica*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- Moreno, Luis (2001): *Supermujeres y bienestar en las sociedades mediterráneas*. *Revista Claves de Razón Práctica*, 111:49-53.
- Moreno, Luis (2006a): *España y el Bienestar Mediterráneo*. Madrid: *Documentos de Trabajo CSIC* 06-10. Disponible en: <http://www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0610.pdf>.
- Moreno, Luis (2006b): *La articulación de la atención a la familia en los sistemas de bienestar de la Europa del Sur*. Ponencia presentada al *Congreso de Servicios Sociales Municipales*, A Coruña, 3-5 de mayo. Disponible en: <http://www.iesam.csic.es/doctrab.htm>.
- Mosquera Tenreiro, Carmen *et al.* (2005): *La salud de las mujeres en Asturias. Reflexiones desde las propias mujeres*. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
- Muñoz Quiles, Cintia *et al.* (2001): *Efectos a largo plazo de las técnicas de reproducción asistida sobre la descendencia*, *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 18(2):78-90.
- Nash, Mary (1994): *Experiencia y aprendizaje: la formación histórica de los feminismos en España*. *Revista Historia Social*, 20:151-172.
- Nathanson CA. (1975): *Illness and the feminine role: a theoretical review*. *Soc Sci Med*, 9: 57-62.
- Nathanson CA. (1980): *Social roles and health status among women: The significance of employment*. *Soc Sci Med*, 14: 463-471.
- Nussbaum, Martha (2002): *Las mujeres y el desarrollo humano*. Barcelona: Herder.
- OMS (2001): *Informe de Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Disponible en: <http://www.who.org>.
- OMS (2002): *Gender and Mental health*. Informe a cargo del Department of Mental Health and Substance Dependence & Department of Gender and Women's Health. Disponible en: http://www.who.int/gender/other_health/en/genderMH.pdf.
- OMS (2002): *Política de la OMS en Materia de Género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>.

- OMS (2003): *Gender, Health and Aging*. Informe a cargo del Department of Gender and Women's Health, Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/gender/documents/en/Gender_Aging.pdf.
- OMS (2005): *Política, planes y programas de salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Versión en Español*. Gijón: Editores Médicos, S.A.
- Ortiz-Gómez, Teresa (1985): La mujer como profesional de la medicina en la España contemporánea. El caso de Andalucía (1898-1981). *Dynamis*, 5-6:343-366.
- Ortiz-Gómez, Teresa (2007): La práctica sanitaria en la historia ¿una cuestión femenina? *Eidon: Revista de la Fundación Ciencias de la Salud*, 23:61-65.
- Ortiz-Gómez, Teresa; Birriel-Salcedo, Johanna; Orotega Del Olmo, Rosa (2004): Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18(supl.1):189-194.
- Östlin, Piroška (2005): *What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report.
- Passannate MR, Nathanson CA. (1985): Female labour force participation and mortality in Wisconsin, 1974-1978. *Soc Sci Med*, 21: 655-665.
- Pastor Carballo, Rosa y Bonilla Campos, Amparo (2000): Identidades y cuerpo: el efecto de las normas genéricas. *Papeles del Psicólogo*, 75.
- Peña Othaitz, Juncal (2002): La mujer y el hecho biológico de la reproducción. *Euskonews & Media*, 150. Disponible en: <http://www.euskonews.com/0150zkbk/gaia15005es.html>.
- Pérez Blasco, Josefa y Serra Desfilis, Emilia (1997): Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de Psicología*, 13(2):155-161.
- Pérez Díaz, Julio (2003): Feminización de la vejez y Estado de Bienestar en España. *Revista de Investigaciones Sociológicas*, 104:91-121.
- Pérez Orozco, Amaia (2006): *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Madrid: CES - Consejo Económico y Social.
- Pérez Ortiz, Lourdes (2003): Construcción social de la vejez: el sexo y la dependencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(6):308-310.
- Perula, Luis Ángel, Martínez I. Ruiz, Roger, Fonseca del PJ (1995). Variables relacionadas con el estado de salud autopercebido: estudio poblacional. *Aten Primaria*, 16: 323-329.
- Piccinelli M, Simon G. (Mar. 1997): Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychol Med*, 27(2): 433-444.
- Pottinger, AM, McKencie, C., Fredericks, J. et al. (2006): Gender differences in coping with infertility among couples undergoing counselling for in vitro fertilization treatment. *West Indian Medical Journal*, 55(4):237-242.
- Rayward, Jennifer y Galera, Federico (2005): Un futuro constructivo pertenece a los que tienen una visión responsable de su presente: La epigenética y la reproducción asistida, *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 22(4):231-232.
- Rodríguez-Sanz, Maica; Carrillo, Paloma; Borrell, Carme (2005). Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC. AA.

- 1993-2003. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer y del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rogers, RG, Hackenberg R. (1987): Extending epidemiology transition theory. *Social Biology*, 34, 234-243.
- Rohlfs, Izabella, Borrell Carme, Fonseca M. (2000): Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit*, 14 (Supl 3): 60-71.
- Rohlfs, Izabella. *Género y salud. Diferencias y desigualdades*. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Quark/article/viewFile/54973/65434>.
- Rohlfs, Izabella; Valls Llobet, Carme y Pérez, Gloria (2005). Les desigualtats de gènere en la salut. En: Borrell, Carme y Benach, Joan. *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Mediterranea*. Politiques, 48. Barcelona.
- Romo Avilés, Nuria & Gil García, E. (2006): Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar, *Revista Trastornos adictivos*, 8(4):243-250.
- Romo Avilés, Nuria *et al.* (2004): Género y psicofármacos. La opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa, *Atención Primaria*, 35(8):402-407.
- Rosales Nava, Rosa María (2002): *Trabajo, salud y sexualidad. Las cargas de trabajo laborales y reproductivas en la salud de las mujeres*. Barcelona: Icaria.
- Rubin, Gayle (1986): El tráfico de mujeres: notas sobre la «economía política» del sexo. *Revista Nueva Antropología*, VIII (30):95-145.
- Ruiz Cantero, M.^a Teresa (2001): Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la Comunidad. En: Miqueo, Consuelo (ed). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva.
- Ruiz Cantero, María Teresa y Verdú Delgado, María (2004): Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl.1):118-125.
- Sánchez López, Pilar *et al.* (2003): *Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Sánchez, Ana (2005): Las tecnologías de reproducción asistida y sus metáforas, *Arbor, Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 716:523-530.
- Sanjuán Suárez, Pilar (2000): *Infertilidad, estrés y moduladores psicosociales*. En Carmen Moreno Rosset *et al.*, Ob. Cit. 2000.
- Santiso, Raquel (2001): La menopausia y la edad media de las mujeres: un análisis antropológico. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 12:115-128.
- Saraceno, Chiara (2005): *First European Quality of Life Survey: Families, work and social networks*. Dublín: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Sau, Victoria (1995): *El vacío de la maternidad*. Barcelona: Icaria
- Schiaffino, Anna, García, M. y Fernández, E. (2001): Autoría y representación de resultados según el género en cuatro revistas biomédicas españolas. *Gaceta Sanitaria*, 15(3):251-254.
- Schwartz, Norma (1988): ¿De qué sufren las mujeres? Las palabras para decirlo, AA.VV., *Mujer y Salud Mental*. Madrid: Ministerio de Cultura-Instituto de la Mujer.

- Sebastián Herranz, Julia (2002). *Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Salud 4*. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Solsona, Montse; Viciano, Francisca (2004). Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio. *Gac Sanit*; 18(Supl 1): 8-15.
- Sorensen G, Verbrugge LM. (1987): Women, work, and health. *Ann Rev Public Health*, 8: 235-51.
- Stanistreet, D; C Bamba, A Scott-Samuel (2005). Is patriarchy the source of men's higher mortality? *J Epidemiol Community Health*; 59:873-876.
- Stewart de (Mar. 1996). Women's health and psychosomatic medicine. *J Psychosom Research.*, 40(3): 221-6.
- Stolke, Verena (1987): Las nuevas tecnologías, la vieja paternidad. En: Celia Amorós *et al.*, *Mujeres: ciencia y práctica política*. Madrid: Universidad Complutense.
- Stolke, Verena (1992): ¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad? *Cuadernos para el Debate*, 6:87-112.
- Stolke, Verena (1996): Antropología del género. El cómo y el por qué de las mujeres. J. Prat y A. Martínez (Eds.), *Ensayos de antropología cultural*. Barcelona: Ariel.
- Stolke, Verena (1998): El sexo de la biotecnología, en Alicia Durán y Jorge Reichman. *Genes en el laboratorio y en la fábrica*. Madrid: Trotta.
- Stolke, Verena (2004): La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Revista de estudios feministas*, 12(2):77-105.
- Stoller, Robert J. (1968): *Sex and Gender. The development of masculinity and Femininity*. Londres: Karnak Books.
- Taboada, Leonor (1986): *La maternidad tecnológica: de la inseminación artificial a la fertilización in vitro*. Barcelona: Icaria.
- Terrasa Nicolau, Lorenzo (2000): Reproducción e infertilidad: una visión histórica y antropológica. En: Carmen Moreno Rosset *et al.*, Ob. Cit. 2000.
- Testart, Jacques (1994): *La procreación artificial*. Madrid: Debate.
- Tizón, Jorge L (1995): Los nuevos modelos asistenciales en medicina: una visión a partir de algunos fundamentos psicológicos y epistemológicos. *Revisiones en Salud Pública*; 4:57-83.
- Tizón, Jorge L. (1988): *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria*. Barcelona: Doyma.
- Tobío Soler, Constanza (2002): Conciliación o contradicción: cómo hacen las madres trabajadoras. AA.VV., *Conciliar la vida. Tiempos y servicios para la igualdad*. Madrid: Dirección General de la Mujer.
- Tubert, Silvia (1988). Trastornos de la identidad femenina. AA.VV., Ob. Cit.
- Tubert, Silvia (1988): *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Madrid: El Arquero.
- Tubert, Silvia (1993): La construcción de la feminidad y el deseo de ser madre. En: M.^a Asunción González de Chávez, Ob. Cit. 1993.
- Tubert, Silvia (1999): *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid, Siglo XXI.

- Tubert, Silvia (2000). Construcción cultural de la feminidad. En: Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Tubert, Silvia (2003): *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. Madrid: Cátedra, Feminismos.
- Tubert, Silvia (2005): *La construcción de la imagen corporal y la salud de las mujeres*. En: López Dóriga, Begoña (compl.). La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Tubert, Silvia (Ed.) (1996): *Figuras de la madre*. Madrid: Cátedra.
- Unger, Rhoda K. (1990): Los reflejos de la realidad: la psicología construye los roles sexuales, en Hare-Mustin, R.T. y Marecek, J. *Marcar la diferencia. Psicología y construcción de los sexos*. Barcelona: Herder.
- Uría, Marian (2007). Promoviendo la enfermedad. Medicalización de la vida de las mujeres. *Diálogos*, 72:22-24.
- Usall i Rodié, Judith (2001). Diferencias de género en los trastornos del estado de ánimo: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(4): 269-74.
- Vale de Almeida, Miguel (1990): Ideas sexuales en la reproducción social, AA.VV. *Familia y relaciones de parentesco. Estudios desde la antropología social*. Valencia: Institut Valencia de la Dona.
- Vallin, J. (1988): *Evolution sociale et baisse de la mortalité: conquête ou reconquête d'un avantage féminin*. Dossiers et Recherches, núm. 17. París: INED.
- Valls Llobet, Carme (1991). Aspectos de la morbilidad femenina diferencial. Informe de situación. *Quaderns CAPS*, 16:46-52.
- Valls Llobet, Carme (2001): El estado de la investigación en salud y género. En: Miqueo, Consuelo (ed). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva.
- Valls Llobet, Carme (2002): El dolor y el malestar de las mujeres: diagnóstico diferencial. *Mujer y Salud*.
- Valls Llobet, Carme (2006): *Mujeres Invisibles*. Barcelona: Debolsillo.
- Valls Llobet, Carme (2007): Riesgos de la píldora de uso continuado para suprimir la regla. *Diálogos*, 72:19-21.
- Vance, Carol (1989): *El placer y el peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Ed. Revolución.
- Velasco, Sara (1999): *Prevención de la transmisión heterosexual del VIH/sida en Mujeres*. Serie Salud 2. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Velasco, Sara (2004): La maternidad en el psicoanálisis. Encuentros y desencuentros con la teoría feminista. En: Caporale Bizzini Ai, Silvia (coord.). *Discurso en torno a las maternidades*. Madrid: Entinema.
- Velasco, Sara (2005): El imaginario social y la salud de las mujeres. En: López Dóriga, Begoña (compl.) *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones*. Madrid: Instituto de la Mujer.

- Velasco, Sara (2006a): *Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista*. Material docente del Diploma de Especialización de Género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 1.ª Edición. Disponible en: <http://www.mtas.es/Mujer/programas/salud/teorias%20enfoque%20genero2006.pdf>.
- Velasco, Sara (2006b): Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria de salud. *Colección Salud 9*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf>.
- Velasco, Sara; Ruiz, M.ª Teresa; Álvarez-Dardet, Carlos (2006d): Modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica. De trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Rev Esp Salud Pública*, 4(80)317-333. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol80/vol80_4/RS804C317.pdf.
- Velasco, Sara; López Dóriga, Begoña; Tourné, Marina *et al.* (2006c): *Evaluación de intervención formativo asistencial sobre atención biopsicosocial al malestar de las mujeres en la Región de Murcia 2003-2006*. Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Verbrugge, LM (1983): Multiple roles and physical health of women and men. *J Health Soc Behav*, 24: 16-30.
- Waldron I, Weiss CC, Hughes ME (1998): Interacting effects of multiple roles on women's health. *J Health Soc Behav*, 39; 216-236.
- Waldron, Ingrid (1991): Patterns and causes of gender differences in smoking. *Social Science & Medicine*, 32(9):989-1005.
- Walters V, Denton R, French S, Eyles J, Mayr J, Newbold, B (1996): Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Soc Sci Med*, 43: 1627-1636.
- Warnock, Mary (2003): *Fabricando bebés. ¿Existe un derecho a tener hijos?* Barcelona: Gedisa.
- Warren, Karen (Ed.) (1994): *Ecological Feminism*. Londres/Nueva York: Routledge.
- West, Candance (1993). Reconceptualizing gender in physician-patient relationship. *Soc Sci Med*, 36(1): 57-66.
- Whitehead, Margaret (1988): The health divide. En: Townsend, P.; Davidson, N.; Whitehead, M. (eds.): *Inequalities in health: The Black Report and the Health Divide*. Londres: Penguin Books.
- Wool, Carol A. Barsky, Arthur J. (Sep-Oct 1994): Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. *Psychosomatics*, 35(5): 445-452.
- Yordi, Isabel (2002): Mainstreaming de género: la necesidad de avanzar. *AA.VV.* Ob. Cit. 2002.
- Zunzunegui, María Victoria, *et al.* (2003): Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria: una perspectiva de género. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(6):327-333.

Fuentes Secundarias

INE

Anuario Estadístico de España, 2006.

España en Cifras, 2006.

Revisión Padrón Municipal, 2007.

http://www.ine.es/inebase/cgi/axi?AXIS_PATH=/inebase/temas/t20/e245/p04/a2005/10/&FILE_AXIS=00000003.px&CGI_DEFAULT=/inebase/temas/cgi.opt&COMANDO=SELECCION&CGI_URL=/inebase/cgi/

Indicadores Demográficos Básicos, 2007.

<http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=t20/p318/&O=pcaxis&N=&L=0>

Indicadores Demográficos Básicos: Datos Europeos, 2007. http://www.ine.es/inebase/cgi/axi?AXIS_PATH=/inebase/temas/t20/p318/e01/10/&FILE_AXIS=02003.px&CGI_DEFAULT=/inebase/temas/cgi.opt&COMANDO=SELECCION&CGI_URL=/inebase/cgi/

Series Históricas de Datos Censales, 2007.

http://www.ine.es/inebase/cgi/axi?AXIS_PATH=/TEMPUS1/inebase/temas/t20/e245/p06/10/&FILE_AXIS=1900.px&CGI_DEFAULT=/inebase/temas/cgi.opt&COMANDO=SELECCION&CGI_URL=/inebase/cgi/

Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1999).

http://www.ine.es/inebase/cgi/axi?AXIS_PATH=/inebase/temas/t15/p418/a1999/10/&FILE_AXIS=01001.px&CGI_DEFAULT=/inebase/temas/cgi.opt&COMANDO=SELECCION&CGI_URL=/inebase/cgi/

Encuesta de fecundidad (1999)

Defunciones según la causa de muerte (2004).

Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (2005), 2007. <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>

Encuesta de Empleo del Tiempo (2002-2003). 2004. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25%2Fe447&file=inebase&L=0>

INE y Ministerio de Sanidad y Consumo

Encuesta Nacional de Salud (2003).

<http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp419&O=inebase&N=&L=>

Encuesta Nacional de Salud. Avance de resultados 2006.

<http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp419%2Fa2006%2Favance%2F&O=pcaxis&N=&L=0>

INE e Instituto de la Mujer, MTAS

Mujeres y hombres en España, 2006.

IMERSO - Secretaría de Estado de Servicios Sociales y Discapacidad

Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar, MTAS, 2005.

CIS

Estudio 2.665 Tabaquismo y Nueva Normativa Antitabaco, Noviembre 2006. http://www.cis.es/cis/opencms/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=6097

Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del siglo XXI (CIS, 2006)

Estadísticas Internacionales

UNECE —United Nations Economic Commission for Europe—: Families & Households (2006) <http://w3.unece.org/pxweb/Dialog/Saveshow.asp>

EUROSTAT http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_dad=portal&_schema=PORTAL

10. Anexo

Glosario sobre el género ⁽⁹⁾

El término **género** se utiliza para describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que **sexo** se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente. Las personas nacen con sexo masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido compone la identidad de género y determina los papeles de los géneros.

El **análisis de género** define, analiza e informa las medidas encaminadas a hacer frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de la mujer y el hombre, o de las desiguales relaciones de poder entre ellos, y las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar. La forma en que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades hace que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y menos probabilidades de intervenir en la adopción de decisiones. El análisis de género en la esfera sanitaria suele poner de manifiesto la forma en que las desigualdades redundan en perjuicio de la salud de la mujer, las limitaciones a que ésta se enfrenta para alcanzar la salud y los modos de hacer frente y superar esas limitaciones. El análisis de género también pone de relieve los riesgos y problemas de salud a que se enfrentan los varones de resultas de la interpretación social de su papel.

La **igualdad de género** es la ausencia de discriminación basada en el sexo de la persona en materia de oportunidades, asignación de recursos y beneficios o acceso a los servicios.

La **equidad de género** se refiere a la imparcialidad y la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres mujeres. El concepto reconoce que el hombre y la mujer tienen distintas necesidades y gozan de distinto poder, y que esas diferencias deben determinarse y abordarse con miras a corregir el desequilibrio entre los sexos.

Incorporación de las cuestiones de género. La resolución del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas define la incorporación de las cuestiones de género como «... el proceso de evaluar las consecuencias que tiene para los hombres y las mujeres cualquier acción planificada, incluida

(9) POLÍTICA DE LA OMS EN MATERIA DE GÉNERO. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Glosario sobre el género. <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>.

la legislación y las políticas o programas, en cualquier sector y a todos los niveles. Es una estrategia para hacer de los problemas y experiencias de las mujeres y de los hombres una dimensión integral del diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las medidas, en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo último es conseguir la igualdad de género». «La incorporación de las cuestiones de género es un proceso tanto técnico como político que exige introducir cambios en las culturas de organización y las mentalidades, así como en los objetivos, las estructuras y la asignación de recursos... La incorporación de las cuestiones de género exige cambios en distintos niveles dentro de las instituciones, en el establecimiento de programas, la elaboración de políticas, la planificación, la ejecución y la evaluación. Entre los instrumentos para las actividades de incorporación figuran nuevas prácticas de dotación de personal y preparación de presupuestos, programas de capacitación, procedimientos de política y directrices».

El presente informe se enmarca en la línea de actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo relacionada con la transversalidad de género en las políticas sanitarias, como se viene haciendo en los últimos tres años. Es además uno de los objetivos recogidos en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Este segundo informe se enmarca también en las actuaciones del Gobierno de España, y en concreto en el desarrollo de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que en su artículo 27 compromete a la «integración del principio de igualdad en la política de salud».

Si el anterior informe había fijado su atención en los aspectos generales de la vinculación entre la salud y el género, este año el eje de desarrollo es el de la salud en las edades centrales de la vida de mujeres y hombres.

