



2021

Libro Blanco de la Mesa De Trabajo, y Buenas Prácticas
“La morbilidad diferencial en las mujeres del medio rural”
Programa I.R.P.F. 2020-2021 “Cuidándonos para un futuro mejor”



Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales
FADEMUR

Programa con cargo a la subvención del
Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030



**GOBIERNO
DE ESPAÑA**

**MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES
Y AGENDA 2030**



Nuestro agradecimiento:

Desde FADEMUR, queremos trasladar nuestro agradecimiento a las personas que han hecho posible la mesa celebrada el 28 de octubre de 2021.

Uno de los retos del autocuidado, y de la atención sanitaria de las mujeres, es la que se deriva de las diferencias biológicas de sus propios cuerpos. Existe una desinformación sobre las enfermedades y dolencias que se manifiestan y que desarrollan de forma diferente en las mujeres que en los varones. Si a esto añadimos las variables derivadas de la pertenencia a un territorio rural, vemos la necesidad de la visibilidad de la atención diferenciada de las mujeres rurales, de edad avanzada, uno de los colectivos con mayor número de peso específico de población, que es su vez uno de los más invisibles, tanto para la administración sanitaria, como para el resto de sus conciudadanos.

Con la información recabada, hemos querido enfrentar esta problemática desde esta MESA DE TRABAJO PARTICIPATIVA, donde la aportación de personas expertas, personas que trabajan con y por las personas mayores y sus familias, y la propia población de mujeres mayores, será de gran ayuda a la hora de plantear estrategias de trabajo en este sentido.

Creemos importante involucrar en el programa a la sociedad presente en el mundo rural, con la idea de sumar apoyos y pueda consolidarse una red real y duradera de apoyo y convivencia a las personas mayores rurales.

Pilares del Proyecto:

FADEMUR trabaja desde 2017 en el programa “Cuidándonos para un futuro mejor”, dirigido, con especial atención, a las personas mayores de 65 años en especial, a aquellas que vivan en situación de soledad, con el objetivo de facilitar herramientas y apoyo para un envejecimiento activo, participativo y saludable.

Tras estos años de trabajo, hemos constatado que uno de los ejes de trabajo del programa tiene que ser la participación social de las personas mayores de forma activa en sus comunidades, ya que la exclusión de participación en la vida social de los pueblos en los que viven, inicia un camino en el descenso de sus capacidades, que termina en la pérdida de independencia, salud y calidad de vida.

Mecanismos a desarrollar

El programa trata de fortalecer las redes de apoyo existentes en el medio rural, para que las personas mayores no estén solas o excluidas, implicando al entorno social que las rodea.

Gracias al material generado a través del trabajo realizado en la mesa, podremos realizar una estrategia responsable, y participativa con la población mayor de nuestros pueblos. Con ella pretendemos alcanzar una mayor sensibilización de las administraciones responsables, que aborde las especificidades y carencias que detectamos en el medio rural para las personas mayores.



Este material, creemos que puede ser muy interesante para su consulta y réplica en los municipios rurales ya que aborda la importancia del envejecimiento activo y la prevención de la dependencia, desde una perspectiva en la que se encuentra la persona mayor representada junto a personal sociosanitario y otros agentes participantes de la vida diaria en mundo rural.

Junta directiva de FADEMUR



ÍNDICE DE CONTENIDO:

DESARROLLO DE LA MESA DE MAYORES	5
Fundamentos para la celebración de la mesa:.....	5
LA MORBILIDAD DIFERENCIAL EN LAS MUJERES DEL MEDIO RURAL	7
Algunas definiciones vistas desde un punto de vista más académico:	7
Datos estadísticos en diferentes investigaciones que se relacionan con las diferentes morbilidades y la edad.	8
Relación entre conceptos.....	12
Estudio Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Calidad de vida y edad en España, Suecia y Portugal	15
Conclusiones y perspectivas de futuro.....	18
LA MORBILIDAD DIFERENCIAL EN LAS MUJERES DEL MEDIO RURAL.....	20
Los servicios sanitarios y el modelo de atención en el medio rural.....	20
Cuidados y atenciones. Un factor diferenciador en la salud en las mujeres.....	27
La morbilidad diferenciada mujeres invisibles para la medicina.....	29
Morbilidad Diferencial > 50 años. (fuente: Intervención de la Dra. Carme Valls-Llobet)	30
Efectos de tóxicos diferenciales.	30
El reto de la morbilidad diferenciada. El problema de la falta de diferenciación en la enfermedad.....	31
Radiografía social de la problemática	32
LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: paradigma de la INVISIBILIDAD de las mujeres en la medicina. (fuente: Intervención de la Dra. Carme Valls-Llobet).....	34
Retos para enfrentar la morbilidad diferenciada en el medio rural	35
MUJERES MAYORES Y MEDIO RURAL	36
Soluciones para saltar los círculos de control social:	37
Ejemplo de buena práctica y referentes de participación ciudadana de mujeres mayores de 65 años. Asociación "Lideresas de Villaverde"	39
DEBATE Y APORTACIONES DE LAS PONENTES Y LAS ASISTENTES:.....	42
Aportaciones relacionadas con la ciencia médica el estudio de la morbilidad.	42
Aportaciones relacionadas con el entorno social y sus variables de influencia en la morbilidad.....	43
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:	44
Cuestiones en las que seguir trabajando:.....	47
Incorporación de una pieza básica para un sistema de cuidados cercano, corresponsable y comunitario.	50



DESARROLLO DE LA MESA DE MAYORES

MESA DE TRABAJO, Y BUENAS PRÁCTICAS.

Programa I.R.P.F. 2020-2021 “Cuidándonos para un futuro mejor”

“La morbilidad diferencial en las mujeres del medio rural”

Fundamentos para la celebración de la mesa:

El día 28 de octubre se celebró la segunda edición de la Mesa de Mayores de ámbito nacional con el objetivo de tratar la salud de las mujeres mayores 65 años, en concreto la **morbilidad diferencial**, o cómo afectan las enfermedades a las mujeres de una forma diferente a los varones.

Queremos resaltar el hecho, del desconocimiento que las propias mujeres y la ciencia médica tiene de las patologías en cómo cursan en ellas. Como veremos, este desconocimiento hace que el propio personal sanitario no tenga ni conocimientos ni herramientas científicas como la farmacocinética diferenciada, para realizar diagnósticos ajustados y completos, atendiendo y pautando debidamente a las mujeres. En este sentido FADEMUR incorpora la variable ruralidad, es decir, aquellos factores, que son propios del medio rural y que inciden en la salud de las mujeres que en este territorio viven.

Creemos necesario estudiar de forma diferenciada las patologías, factores de riesgo y otras cuestiones que tienen consecuencias desconocidas y no deseadas en la salud de las mujeres.

A este problema se suma la escasez de servicios en el medio rural que está detrás de la sobrecarga de cuidados que habitualmente recae en hombros de ellas. Y lo más grave, recae de forma invisible, no valorada, no reconocida, ni social, ni laboralmente, sin apoyos económicos y con una marcada incertidumbre. Este es uno de los indicadores más importantes de la causa de la llamada “España Vacía”, lo es actualmente, como consecuencia de un primer vaciado de servicios de primera necesidad, como la atención sanitaria, la educación, el transporte, el empleo, o la formación. Servicios Públicos, todos ellos de difícil acceso a mayores, jóvenes y mujeres.

Centrándonos de nuevo en la morbilidad diferenciada en mujeres mayores de los ámbitos rurales, es tal el desconocimiento en esta materia, que nos ha costado encontrar una información adecuada que describa el problema añadiendo la variable del medio rural.

La confluencia de una morbilidad diferenciada invisible y no tenida en cuenta, con las dificultades derivadas de la atención sanitaria y las variables de normativa social implícitas, invisibles, pero que marcan las realidades de la vida diaria de las mujeres, han destapado un problema de alcance para las mujeres que viven en los territorios agropolitanos. Un problema, invisible, ante el que no se toman medidas resultando por lo tanto peligroso, con factores de riesgo ignorados por la sanidad, la ciencia médica y las propias mujeres.

Este libro blanco a través de la investigación, los puntos tratados, el debate y las conclusiones, quiere al menos comenzar a hacer visible el problema, en la medida de lo posible informar y poner el foco



en el mismo, poniendo en antecedentes a administraciones de diferentes niveles, y profesionales de distintas disciplinas para que tengan la capacidad de informarse y elaborar estrategias de avance que ayuden a reducir esta problemática.

Los puntos trabajados en la mesa fueron los siguientes:

- **Los servicios sanitarios y el modelo de atención en el medio rural.**
- **El cuerpo de las mujeres y su desconocimiento. Cuidados y atenciones. Diferencias específicas con respecto a la salud en las mujeres.**
- **La influencia del entorno, social, cultural y medioambiental. Los cuidados y el autocuidado.**
- **La importancia de los recursos de atención comunitaria.**
- **Debate.**
- **Conclusiones**

Las ponentes de la mesa fueron por orden de intervención:

- **Ana María Rabadán Jiménez** Licenciada en Sociología, experta en ecología humana y población. Técnica responsable del programa Cuidándonos para un futuro mejor.
- **Carmen Rodríguez Blázquez** Investigadora, Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII)
- **María Dolores Hernández** Profesora jubilada de la ULL, Vicepresidenta de la Fundación Creasvi
- **Asociación “Lideresas de Villaverde”**. Colectivo de mujeres mayores de 65 años referentes en materia de participación ciudadana.

LA MORBILIDAD DIFERENCIAL EN LAS MUJERES DEL MEDIO RURAL

Carmen Rodríguez Blázquez

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III

La morbilidad diferencial en las mujeres del medio rural

Carmen Rodríguez Blázquez

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III



Algunas definiciones vistas desde un punto de vista más académico:

Enfermedad crónica:

Dolencia no contagiosa que tiene una progresión lenta y larga duración (según definición de la OMS)
Es una enfermedad no transmisible.

Comorbilidad:

Presencia de una o más enfermedades además de un trastorno primario (enfermedad índice)

Multimorbilidad:

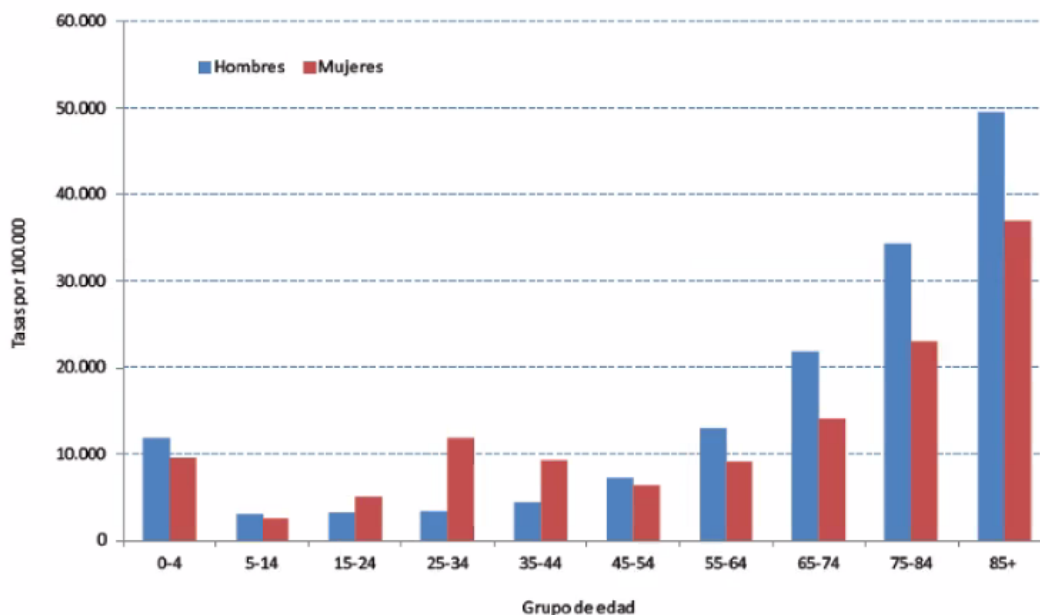
Coexistencia de dos o más enfermedades crónicas.



Datos estadísticos en diferentes investigaciones que se relacionan con las diferentes morbilidades y la edad.

Las enfermedades crónicas aumentan con la edad

Figura 2.4.- Tasa de morbilidad hospitalaria por sexo y grupo de edad, 2015



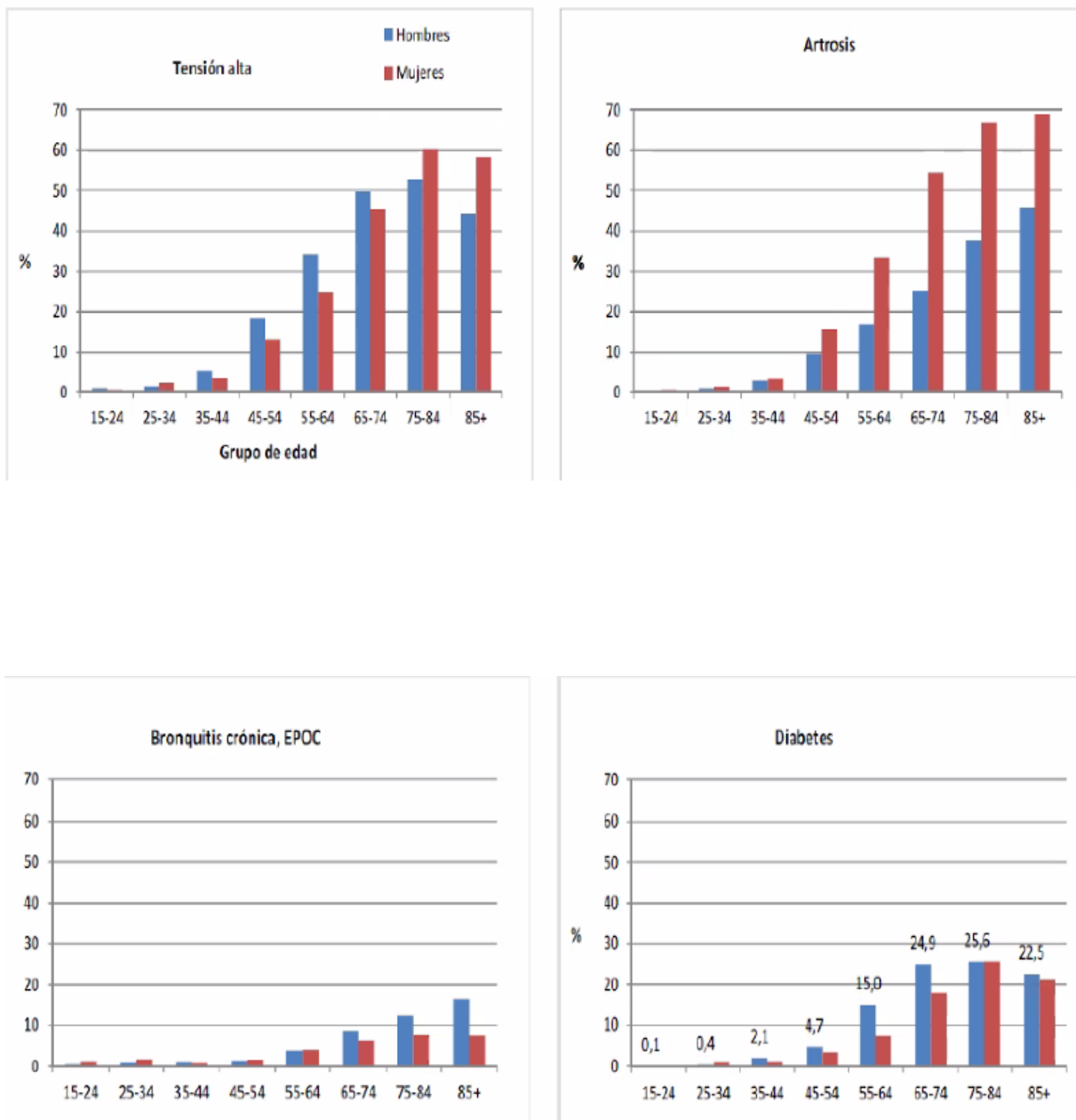
Fuente: INE: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2015

Esto también refleja que son el colectivo que requiere más cuidados, pero también el colectivo que está más y mejor diagnosticado, y que tiene un seguimiento facultativo. Esto también puede llevar a pensar que las mujeres cuidadoras, que ahora mismo son invisibles al sistema sanitario, son futuras enfermas.

Las enfermedades más habituales en mujeres a partir de los 65 años son:

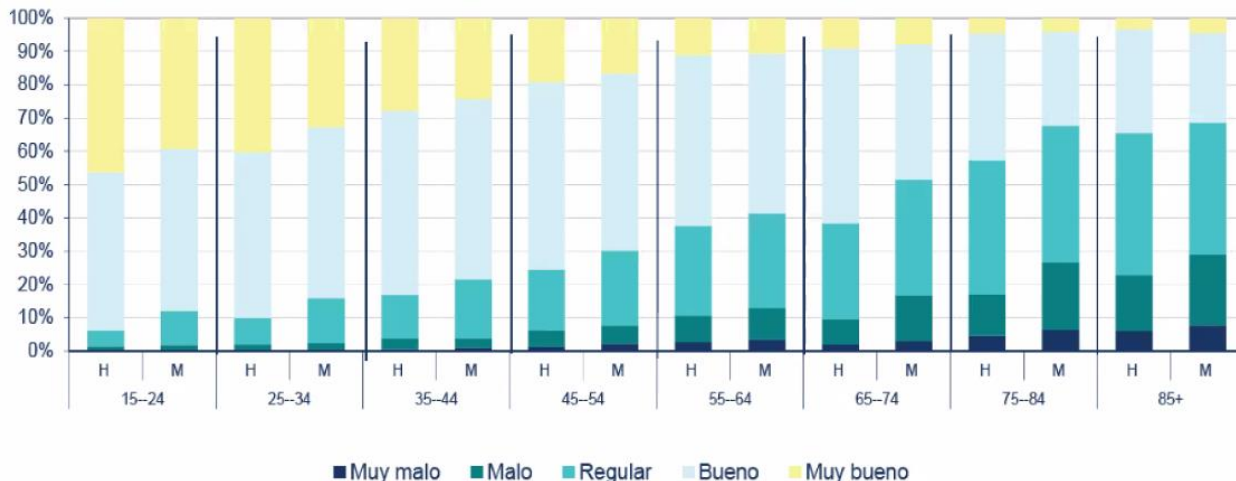
- Artrosis
- Tensión alta, especialmente a partir de los 75 años.
- Diabetes

Figura 2.6 Porcentaje de personas con enfermedades crónicas por sexo y grupo de edad, 2017



La salud percibida empeora según se van cumpliendo años. A partir de los 45 años, las mujeres perciben que tienen una peor salud que sus compañeros de las mismas edades. La salud percibida es un indicador muy útil porque predice discapacidad, uso de recursos sanitarios y mortalidad.

Figura 2.11 Distribución porcentual del estado de salud percibido por sexo y grupo de edad, 2017



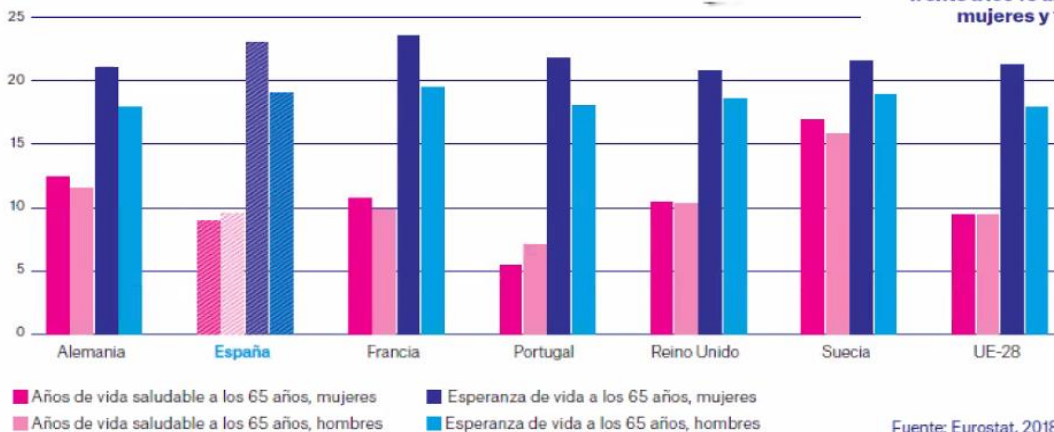
Fuente: INE: Encuesta nacional de salud, 2017

Otro indicador que refleja el estado de salud en la población mayor son los años de vida saludable. Como se aprecia en la siguiente tabla comparativa entre países europeos, las mujeres españolas tienen menos años de vida saludable, unos 9 años. Los varones no se diferencian demasiado, 9.5 años. Salvo Portugal, el resto de países, supera los diez años de vida saludable, los que las personas en torno a los 65 años, esperan tener. En el caso de Suecia, alcanzando casi los 17 años las mujeres, y entorno a los 16 los varones.

Años de vida saludable

9 años

Número de años aproximado que una persona espera vivir libre de problemas de salud graves o moderados a los 65 años en España (8,9 las mujeres y 9,5 los hombres), frente a los 16 años de Suecia (16,8 las mujeres y 15,7 los hombres)



Fuente: Eurostat, 2018.

Según el estudio de Gloria Fernández-Mayoralas y Fermina Rojo-Pérez:

Salud y perspectiva de género

- Existe la percepción de que **las mujeres viven más años pero en peor estado de salud** y con más nivel de dependencia debido a los pocos autocuidados que han podido proporcionarse durante su vida.
- También se manifiestan **cambios positivos en la percepción de la viudedad**, especialmente en las mujeres, como una etapa en la que es posible seguir teniendo una vida activa y satisfactoria.

Envejecimiento activo, calidad de vida y género

Las miradas académica, institucional y social

GLORIA FERNÁNDEZ-MAYORALAS
FERMINA ROJO-PÉREZ
Editoras



En este mismo sentido, la Revista Española de Salud Pública, bajo el título: Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario EQ-5D: estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas, realizado por el mismo equipo, fundamentan su investigación sobre las siguientes premisas:

Fundamento: Las enfermedades crónicas representan factores de riesgo para la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El objetivo de estudio es analizar la influencia de problemas crónicos de salud autodeclarados en la CVRS, medida a través de las dimensiones del EQ-5D, en personas mayores institucionalizada y no institucionalizada.

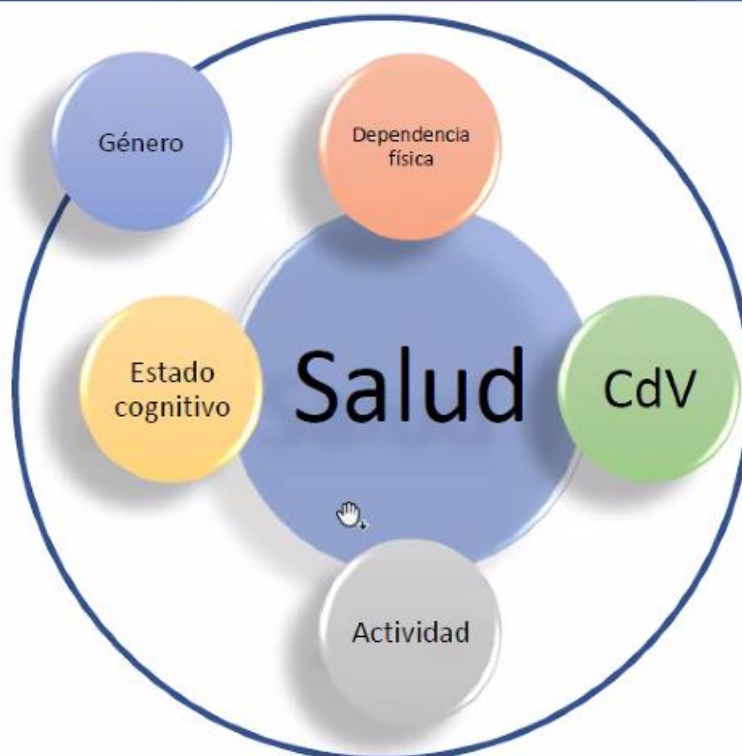
Resultados: Los problemas crónicos de salud que influyeron negativamente en la CVRS de los dos grupos de población estudiados, fueron la depresión, seguida de artrosis/artritis, insomnio, diabetes e hipertensión arterial. Estos problemas afectaron de forma distinta a los dos grupos considerados. Se observaron más dificultades relacionadas con las dimensiones de CVRS dolor/malestar y movilidad.

Conclusiones: Los resultados de este trabajo indican que el impacto negativo de las enfermedades crónicas sobre la CVRS es distinto en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. Además, destacan la importancia de la promoción de un envejecimiento saludable para atenuar el impacto negativo de los problemas crónicos de la salud sobre la población mayor.

Fuente: <https://www.scielosp.org/article/resp/2011.v85n6/555-568/>

Este ejemplo nos da idea de cómo el entorno, y las situaciones de diferentes colectivos sociales, influyen en tener un envejecimiento saludable.

Relación entre conceptos



De acuerdo con las conclusiones extraídas de un estudio cualitativo en población mayor*, la salud se relaciona con factores como:

- **El estado cognitivo**, en el que los procesos mentales nos permiten llevar a cabo tareas cotidianas. El buen estado de las funciones cognitivas hace posible que las personas puedan desempeñar un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que les permite desenvolverse en el mundo que las rodea. Más información: <https://www.neuronup.com/areas-de-intervencion/funciones-cognitivas/>
- **La actividad diaria**. Donde las personas mayores pueden desarrollarse de forma plena.
- **La calidad de vida**. Que influye en el envejecimiento saludable de forma directa.
- **La dependencia física**, o capacidad de realizar las tareas cotidianas de forma adecuada con la capacidad del cuerpo.
- **El sistema sexo-género**, en el que tanto las diferencias biológicas, como las que influyen en las formas de conducta sociales entre mujeres y varones, deben ser tenidas en cuenta en el estudio científico de las enfermedades, para respaldar con mejor acuerdo, diagnósticos adecuados a las personas atendidas.

* El estudio está publicado como: Rodríguez-Blázquez C, Martín S, Forjaz MJ. Factores determinantes de la salud en el envejecimiento activo. En: G Fernández-Mayoralas y F Rojo Pérez (Eds): Envejecimiento activo, calidad de vida y género. Valencia, Tirant lo Blanch, 2021, 856 p. ISBN Papel: 9788418329142. pp. 213-230.



¿Qué ocurre en el entorno rural?

- Mayor número de personas mayores.
- Dificultades de acceso a servicios sanitarios y de atención a la dependencia.
- Desigualdades de género.

Aumento de enfermedades crónicas y multimorbilidad.

Tabla 1.1 Población por grupo de edad y tamaño municipal, 2019

Tamaño municipal de la población	Número de municipios	Grupos de edad *						
		Total población	Jóvenes	Adultos	Mayores			
TOTAL	8.131	47.026.208	7.364.092	15,7	30.604.923	65,1	9.057.193	19,3
Rural	5.877	2.699.277	296.799	11,0	1.631.898	60,5	770.580	28,5
0 - 100	1.352	76.828	3.504	4,6	42.578	55,4	30.746	40,0
101 - 500	2.645	658.384	56.508	8,6	383.806	58,3	218.070	33,1
501 - 1.000	1.003	721.203	81.314	11,3	438.140	60,8	201.749	28,0
1.001 - 2.000	877	1.242.862	155.473	12,5	767.374	61,7	320.015	25,7
Intermedio	1.501	6.866.177	1.074.941	15,7	4.427.867	64,5	1.363.369	19,9
2.001 - 5.000	952	3.000.351	447.505	14,9	1.912.172	63,7	640.674	21,4
5.001 - 10.000	549	3.865.826	627.436	16,2	2.515.695	65,1	722.695	18,7
Urbano	753	37.460.754	5.992.352	16,0	24.545.158	65,5	6.923.244	18,5
10.001 - 20.000	340	4.787.781	796.323	16,6	3.128.832	65,4	862.626	18,0
20.001 - 50.000	265	7.765.329	1.314.491	16,9	5.146.107	66,3	1.304.731	16,8
50.001 - 100.000	85	6.075.765	1.035.629	17,0	4.012.834	66,0	1.027.302	16,9
100.001 - 500.000	57	11.196.460	1.743.519	15,6	7.280.413	65,0	2.172.529	19,4
>500.000	6	7.635.419	1.102.391	14,4	4.976.972	65,2	1.556.056	20,4

Nota: Grupos de edad: Jóvenes: Población menor de 16 años. Adultos: Población de 16 a 64 años. Mayores: Población de 65 y más años.

Fuente: INE: Estadística del Padrón continuo a 1-1-2019. Consulta enero 2020.

Un problema con el que nos encontramos es que no hay estudios sobre la multimorbilidad enfocada en el medio rural y que además desagregue los datos por sexo. Esto supone que el personal facultativo que trabaja en pueblos no tiene un respaldo científico para introducir en el diagnóstico la influencia del entorno en la salud de las personas atendidas de este entorno.

Entre los pocos estudios de este tipo, destaca el realizado por Ma y colaboradores (2020) en China y que compara la multimorbilidad desagregada por sexos, para ver diferencias entre las áreas rurales y las urbanas del país asiático. En este estudio se determina que hay más enfermedades crónicas en mujeres en el entorno rural.

Fuente: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/11/e038404>

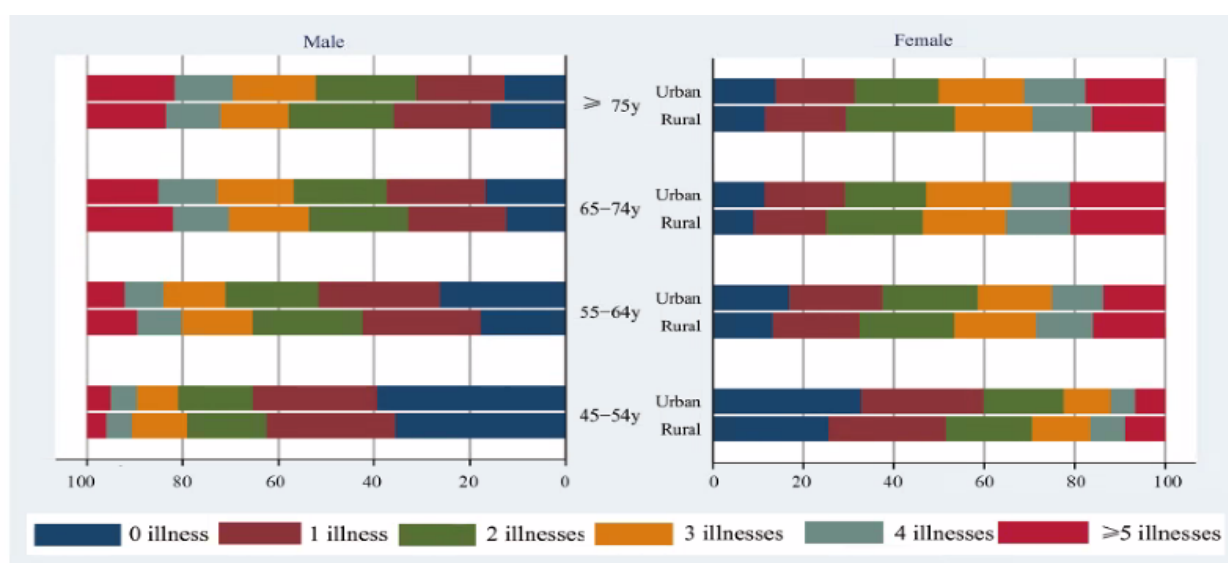


Figure 1 Weighted percentage of population subgroups by number of chronic illness, urbanity, sex and age.



También algunos europeos, que ya empiezan a tener en cuenta las variables multimorbilidad y lugar de residencia cuyos resultados podemos ver a continuación.

Foguet-Boreu et al. *BMC Family Practice* 2014, 15:55
<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/55>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Impact of multimorbidity: acute morbidity, area of residency and use of health services across the life span in a region of south Europe

Quintí Foguet-Boreu^{1,2,3*}, Concepció Violan^{1,2}, Albert Roso-Llorach^{1,2}, Teresa Rodríguez-Blanco^{1,2}, Mariona Pons-Vigués^{1,2}, Miguel A Muñoz-Pérez^{1,2}, Enriqueta Pujol-Ribera^{1,2} and Jose M Valderas⁴

- La multimorbilidad estuvo presente en el 46,8 de la muestra y aumentó a medida que aumentaba la edad.
- Mayor multimorbilidad en mujeres (52,3% vs 41,1%) y en zonas rurales (47,6% vs 46,6%).
- Sin embargo, ajustando por otras variables (edad, sexo, nº visitas a servicios sanitarios, ...), **vivir en un área rural se asoció con menor probabilidad de tener multimorbilidad.**





Estudio Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Calidad de vida y edad en España, Suecia y Portugal

Nuestro estudio



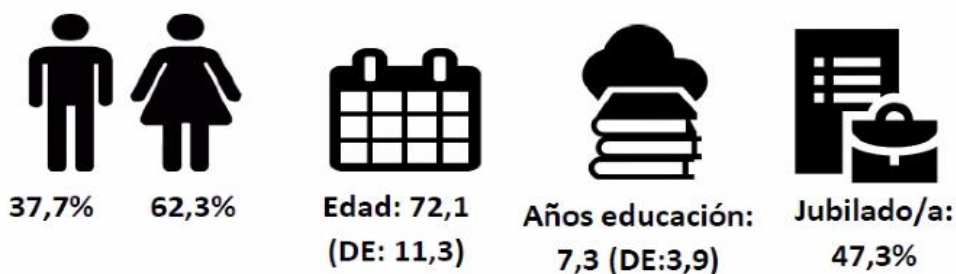
Quality of life and Ageing in Spain, Sweden and Portugal



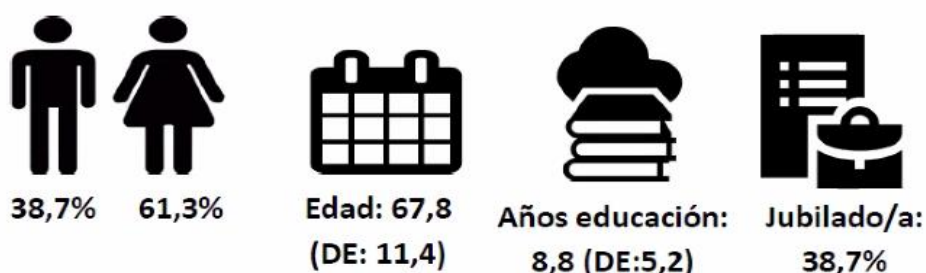
- Análisis de la base de datos del estudio *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*.
- Personas residentes en España de 50 y más años de la oleada 6 (2015): 5583 encuestados.

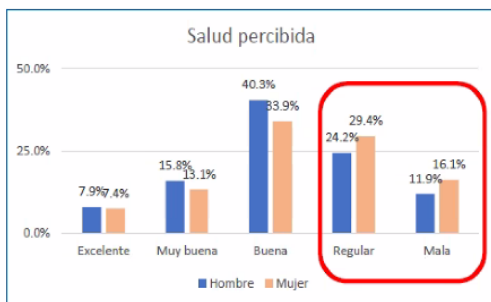
<https://qaspresearch.wixsite.com/blog>

Entorno rural

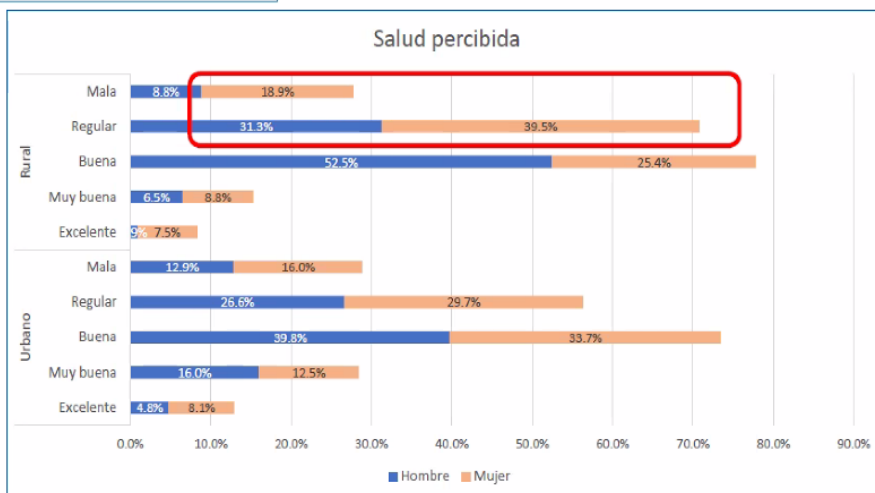


Entorno urbano

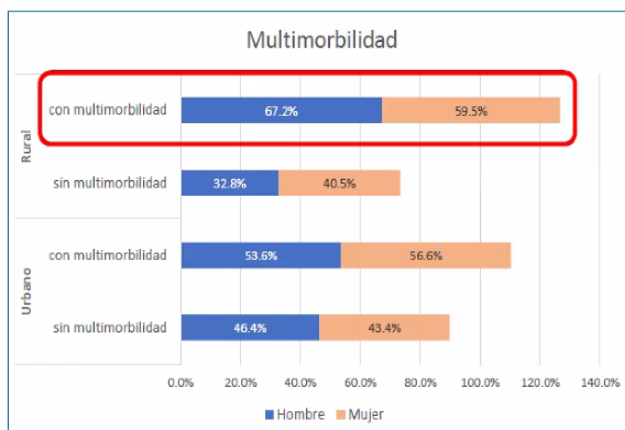
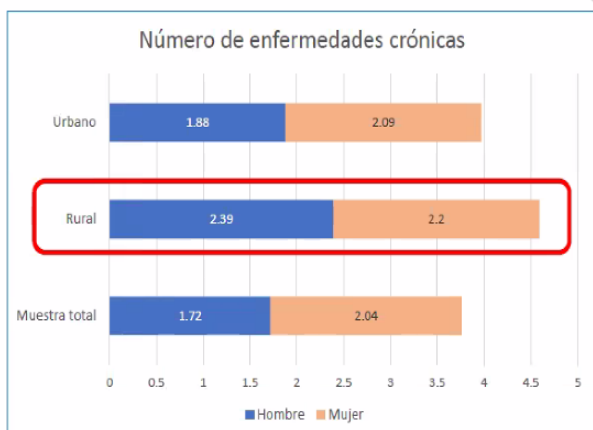




- Las mujeres refieren **peor estado de salud percibida**: es regular o mala para el 45,5%, frente al 36,1% de los hombres.
- En el entorno rural, el 58,4% de las mujeres indica que su salud es regular o mala, mientras que en el entorno urbano, este porcentaje es del 45,7%.

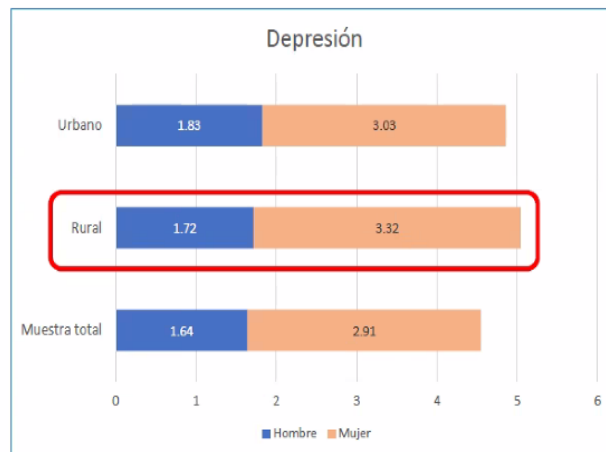
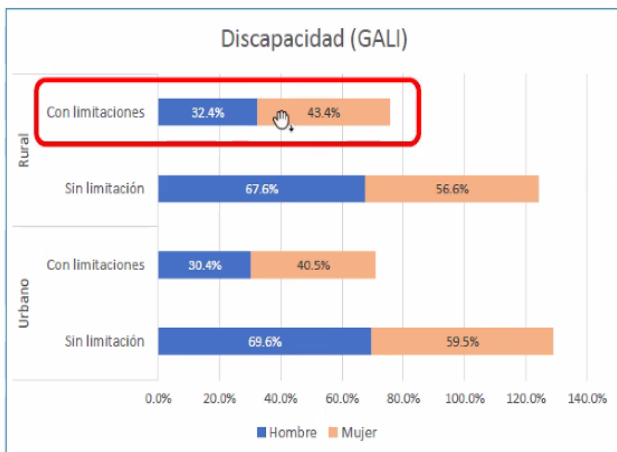


- Las mujeres en general tienen **mayor número de enfermedades crónicas y más multimorbilidad** que los hombres.
- En el entorno rural, padecen mayor número de enfermedades y el número de enfermedades es mayor en hombres.
- La multimorbilidad es más prevalente en el entorno rural, tanto en hombres como en mujeres.





- Las mujeres en general tienen **más discapacidad y más depresión** que los hombres, tanto en entorno urbano como en el rural.
- Las mujeres en el entorno rural puntúan más alto en depresión que las mujeres del entorno urbano



Conclusiones

- Los estudios indican que **las mujeres que viven en entornos rurales presentan mayores tasas de enfermedades crónicas y multimorbilidad** que las que viven en entornos urbanos.
- Otros aspectos del estado de salud, como la **salud percibida**, la **discapacidad** y la **depresión** también son peores en mujeres que viven en entorno rural.
- La mayor prevalencia de multimorbilidad en el entorno rural está relacionada con la **mayor edad**, pero también con el **contexto** y el **acceso a los servicios sociosanitarios**.



Perspectivas de futuro

- Se están produciendo lentos cambios en los **estereotipos de género**, en la asignación de roles por género y en el reparto de los trabajos que puede fomentar un mejor estado de salud en las mujeres.
- Necesidad de potenciar la **investigación sobre género y morbilidad en el entorno rural**.
- En el ámbito de la política sanitaria, la organización de los servicios debe revisarse para **asegurar la accesibilidad, la continuidad y la coordinación de la atención al paciente** que vive en entornos rurales.





<https://qaspresearch.wixsite.com/blog>



encagenCM

<http://encage-cm.es/>



Carmen Rodríguez Blázquez, crodb@isciii.es
Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III

LA MORBILIDAD DIFERENCIAL EN LAS MUJERES DEL MEDIO RURAL

Ana María Rabadán Jiménez.

Socióloga. Responsable técnica de los programas de envejecimiento en FADEMUR.

MESA DE TRABAJO, Y BUENAS PRÁCTICAS
“La morbilidad diferencial en las mujeres del medio rural”
Programa I.R.P.F. 2020-2021
“Cuidándonos para un futuro mejor”

FOR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

PUNTOS A DESARROLLAR:

- Los servicios sanitarios y el modelo de atención en el medio rural.
- El cuerpo de las mujeres y su desconocimiento. Cuidados y atenciones. Diferencias específicas con respecto a la salud en las mujeres.
- La influencia del entorno, social, cultural y medioambiental. Los cuidados y el autocuidado.
- La importancia de los recursos de atención comunitaria.
- Debate.
- Conclusiones.

Los servicios sanitarios y el modelo de atención en el medio rural.

No debemos olvidar que al hablar de territorios rurales estamos hablando del 80% del territorio español. Que en él vive el 20% de la población y que esto ya indica un desequilibrio poblacional, que tendrá efectos perjudiciales tanto para el gran volumen de población que vive en el 20% del territorio, como en la población rural, que no cuenta con un peso específico suficiente para la rentabilidad de la implantación de sus servicios. Efectos derivados de estos desequilibrios son las listas de espera de pacientes o la falta de atención sanitaria y las distancias a recorrer para recibirla.

Centrándonos en los territorios con poblaciones de menos de 20.000 habitantes, en cuanto a sus características sociales que tienen una influencia en la salud y la calidad de vida de las personas que viven en ellos, se desarrollan según los siguientes puntos:

1. Los roles de género siguen marcando las conductas de salud en las personas mayores y en los cuidados de las mismas.

Según la OMS, Género y salud: Son factores que crean desigualdades sanitarias por sí solos, y que puede agravar las que son producto de la situación socioeconómica, la edad, la etnia, la discapacidad, la orientación sexual, etc. Desde nuestra perspectiva, este etc. integraría el factor que se desprende de vivir en entornos rurales.

El género afecta a todas las metas del **Objetivo de Desarrollo Sostenible 3** porque interactúa con otros determinantes e influye en los riesgos y las exposiciones, los comportamientos y la respuesta del sistema de salud.

Sin embargo, la propia OMS no tiene en cuenta el problema de la morbilidad diferenciada al enumerar sus medidas para introducir la perspectiva de género en sus secciones:

“Todas las secciones de la Secretaría de la OMS comparten la responsabilidad de integrar la perspectiva de género, a través de medidas como las siguientes:

- *Garantizar que la OMS es capaz de realizar análisis y planificar sus actividades teniendo en cuenta la perspectiva de género;*
- *Incorporar la perspectiva de género en las funciones de la OMS, por ejemplo, mediante la planificación, la elaboración de presupuestos, el seguimiento y la evaluación de la gestión basada en los resultados que tenga en cuenta las cuestiones relacionadas con el género;*
- *Desglosar los datos por sexo, edad, etnia, situación migratoria, zona geográfica y otros factores estratificadores, y realizar análisis basados en el género;*
- *Exigir la rendición de cuentas relativa a la integración de la perspectiva de género”*

The screenshot shows the WHO website interface. At the top, there are navigation links for 'Sitio web mundial' and 'Sitios web regionales'. Below that is the WHO logo and the text 'Organización Mundial de la Salud'. A blue navigation bar contains links for 'Temas de salud', 'Países', 'Centro de prensa', 'Emergencias', and 'Acerca de la OMS'. Below the navigation bar, the search results page is displayed. The search query 'morbilidad diferenciada' is entered in the search box. Below the search box, it says 'No results for morbilidad diferenciada'. At the bottom of the page, there is a blue footer with three columns of links: 'Acerca de la OMS' (with sub-links for Director General and Estados Miembros), 'Ayuda y servicios' (with sub-link for Preguntas frecuentes), and 'Oficinas regionales de la OMS' (with sub-link for Región de África).



Este dato da una idea de la envergadura del problema. Todo aquello que no aparece, no puede ser tratado, por lo que existirá un número de diagnósticos realizados a mujeres que estarán equivocados, o serán incompletos. Esto es causa de la cronicidad de patologías, que se alargan en el tiempo y que no responden a tratamientos pautados, por desconocimiento. Del mismo modo, no habrá ni respaldo científico para diagnosticar, ni para investigar, si no se tienen en cuenta las diferencias por sexo, ni los componentes de género en las conductas que afectan a la salud de las mujeres. Estas conductas, se acumularán en el desarrollo de su vida, y determinarán la salud de su envejecimiento.

2. Dependencia de un sistema sanitario hospitalocéntrico, alejado del medio rural y alejado de la atención primaria y la prevención.

Cuando nos referimos al término hospitalocentrismo, nos referimos a la tendencia observada en los últimos años de organizar la gestión de los recursos sanitarios en torno a la atención hospitalaria, relegando a la atención primaria, como mera puerta de entrada a la anterior. Un sistema de atención con una estructura radial, donde el hospital es el centro y cuya atención va disminuyendo según se aleja del núcleo. Este es un factor de discriminación directa hacia el medio rural, alejado, disperso y con un sistema de comunicaciones que sigue el mismo criterio de servicio que el sanitario, cuanto más alejado de los núcleos de gran población, peor comunicación, y menos servicios.

El movimiento de personal sanitario nOSInprimaria, en cuanto a la atención primaria declara lo siguiente:

1. *Atención Primaria no significa atención "simple" o "elemental". No implica calidad deficiente, profesionales mediocres, conocimiento limitado o recursos caducos. No conlleva servicios inútiles o de poco valor. Tampoco equivale a medicina de alto riesgo o de bajo prestigio.*
2. *Atención Primaria significa atención "esencial". Constituye la función central, la piedra angular del Sistema de Salud. En la actualidad existe suficiente evidencia para poder afirmar que los sistemas sanitarios que cuentan con un sólido primer nivel de atención obtienen mejores resultados en salud, mayor equidad, menor gasto y mayor satisfacción. El desarrollo de un sistema sanitario con una visión integrada, debe contemplar el fortalecimiento de la Atención Primaria.*
3. *La Atención Primaria no agota su función como "portero" del Sistema Sanitario. Su misión no consiste en obstaculizar el itinerario hacia el segundo nivel de los pacientes que carezcan del "mérito" de padecer una enfermedad suficientemente compleja o grave. Tampoco es una simple recolectora de pacientes, para clasificarlos en el lote más adecuado para su posterior procesamiento especializado.*
4. *La Atención Primaria es una **estrategia** que permite robustecer la eficacia y la eficiencia global del Sistema. La contribución del primer nivel a la "fortaleza" del sistema no depende exclusivamente de su existencia como mero filtro. Mediante atributos que le son propios (como la accesibilidad física, económica y cultural; la longitudinalidad a lo largo de la biografía de los pacientes; un amplio catálogo de servicios con consideración de la calidad y seguridad; la coordinación y cooperación con otros dispositivos asistenciales y socio-comunitarios), ofrece una respuesta apropiada a las expectativas y necesidades de las personas, consiguiendo una*



- resolución eficaz de la mayoría de sus problemas de salud. Pero, además, interviene de forma determinante en la mejora de la eficiencia global puesto que, al optimizar la prevalencia de las patologías seleccionadas, mejora el valor predictivo de las intervenciones del nivel hospitalario.
5. *La Atención Primaria no es la división corporativa encargada de concentrar la ineficiencia del sistema. No es un recadero o servicio auxiliar que pueda ser manipulado y cargado con burocracia y tareas espurias desde cualquier otro nivel organizativo. Tampoco es el lugar donde sondear modelos organizativos o de gestión con escaso respaldo de la evidencia.*
 6. *La Atención Primaria ha sido el servicio más leal y colaborador de la sanidad pública. La que mejor ha respondido a las necesidades organizativas y de mejora asistencial que se han impulsado corporativamente, desde el uso voluntarioso de herramientas informáticas de precaria funcionalidad, hasta el generoso seguimiento de la política farmacéutica, incrementando de forma destacada el uso de medicamentos genéricos. Además, la confianza y satisfacción que, encuesta tras encuesta, demuestran los ciudadanos vascos en el Sistema de Salud, se encuentra en gran medida fundada en la opinión que tienen sobre los servicios de Atención Primaria, que ofrece el primer contacto, la atención más cercana y personalizada de la Sanidad Pública, y que, por otra parte, proporciona la contención clínica y emocional de los pacientes frustrados y estresados por las listas de espera para pruebas diagnósticas, consultas especializadas e intervenciones quirúrgicas.*
 7. *La Atención Primaria no suele ofrecer noticias impactantes ni grandes titulares. No brinda minutos de gloria en los telediarios, o ruedas de prensa triunfales de consagrados médicos hospitalarios, acompañados de gestores y políticos con mayor o menor pertinencia. La Atención Primaria “no salva vidas”, en el sentido peyorativo del término. Nunca ha sido una prioridad para las administraciones sanitarias.*
 8. *Sin embargo, la Atención Primaria proporciona la mayoría de los cuidados clínicos asistenciales, así como de promoción y prevención, que permiten mejorar y prolongar la vida de los ciudadanos, y constituye uno de los pilares de la Salud Pública. Y en el caso de las personas de mayor edad atendidas en el Centro de Salud o en su propio domicilio, los enfermos pluripatológicos, muchos de ellos con patología mental, con trastornos cognitivos, minusvalías, fragilidad, dependencia y problemas de autonomía personal, la Atención Primaria concilia los procedimientos médicos con las circunstancias particulares y los intereses de los pacientes, abogando por una consideración integral de su salud, neutralizando en lo posible el intervencionismo extremo y la medicalización y ayudándoles a “navegar” por un sistema asistencial con frecuencia opaco e inseguro.*
 9. *El movimiento nOSInprimaria, que impulsamos conjuntamente las organizaciones Osatzen y Osalde, observa críticamente el desarrollo de las Organizaciones Sanitarias Integradas, alertando sobre el riesgo de que Atención Primaria termine significando Atención “invisible”, difuminada bajo la tutela y el dominio de las especialidades hospitalarias, reforzadas por su magnitud económica y su yacimiento tecnológico.*
 10. *En el nuevo contexto de la Estrategia de Cronicidad, la Atención Primaria es, sin duda, el nivel de atención que está en mejores condiciones de comprender y acometer la atención de la comorbilidad y las enfermedades crónicas, los cuidados ambulatorios en entornos heterogéneos, el trabajo en equipos multidisciplinares con responsabilidades compartidas, la promoción de la salud, el trabajo en la familia y la comunidad, y la coordinación intersectorial.*



El éxito de las Organizaciones Sanitarias Integradas dependerá en gran parte de la medida en que sean capaces de entender y potenciar el papel de la Atención Primaria.

11. *El movimiento **nOSInprimaria** persigue evitar que la Atención Primaria de las OSIs termine enmarañada en un entramado de estructuras centradas exclusivamente en enfermedades, reales o inventadas, y que la cultura de la medicalización, el sobrediagnóstico y el intervencionismo ineficiente y peligroso penetre en los Centros de Salud.*
12. *El movimiento **nOSInprimaria** pretende resaltar entre los profesionales, también entre los hospitalarios, así como entre los gestores y los políticos, los valores y la importancia de la Atención Primaria, e inspirar el orgullo y la dignidad que supone trabajar en ella, sea o no dentro de una Organización Sanitaria Integrada.*

Según el propio personal sanitario que trabaja en atención primaria, esta se ha ido **desdibujando** con los años y ha ido dejando atrás, la prioridad de la atención cercana y de calidad, básica para la atención integral del sistema sanitario en el medio rural.

Estos 12 puntos son prioritarios para una **atención médica no excluyente por razones de densidad de población**, de hecho, se ha destacado en “negrita” aquellos puntos que nos parecen más enfocados hacia el objetivo de una atención primaria adecuada y ajustada a los territorios del medio rural español. Consideramos que la atención primaria en los pueblos, es una de las piedras angulares para frenar la despoblación del medio rural, un desequilibrio provocado por la sobrepoblación en las grandes ciudades y el vaciamiento de los pueblos. Este desequilibrio afecta tanto a unos como a otros, ya que pierden la premisa de que: La atención Primaria significa atención “esencial” y en el medio rural constituye la función central, la piedra angular del Sistema de Salud y de lo que hemos denominado “**Activos en Salud Locales**”. **Los forman tanto las infraestructuras como las personas y profesionales que trabajan por una salud integral en territorios rurales. Estos activos son; trabajadores/as sociales, centro de salud y su personal sanitario, el movimiento asociativo en general, incluida la propia población de mayores del municipio, la escuela, y la residencia de mayores.**

Una atención sanitaria apropiada a los territorios rurales, implica que la administración competente tiene que apoyar, promocionar, valorar y no estandarizar la atención, ya que el criterio de atención por número de habitantes, se ha mostrado indolente con los territorios más vaciados, e insuficiente con los más poblados. Tiene que haber modelos de gestión integradoras de las realidades diferentes de los territorios con la vocación de servicio público al que tienen derecho todas las personas, independientemente de la densidad de población del territorio en el que vivan.

Para poder llevar a cabo este objetivo es preciso apoyar, reforzar, formar, coordinar y dar valor, a “Los Activos en Salud Locales”. Estos, deben de estar coordinados y ser operativos diariamente.

3. Pérdida de proyectos sociales intergeneracionales.

El colectivo de personas mayores, han estado “gestionados” desde criterios Eda distas, proteccionistas y aislacionistas.



Según la OMS, El edadismo conduce a una salud más pobre, al aislamiento social, a muertes tempranas y cuesta a las economías miles de millones de dólares: en un informe se pide actuar con rapidez para aplicar estrategias eficaces contra este problema.

Según esta Organización, la respuesta para controlar la pandemia de COVID-19 ha mostrado lo extendido que está el edadismo: en el discurso público y en las redes sociales se han estereotipado a las personas mayores y a los jóvenes. Esta cuestión fue detectada y tratada en el [libro blanco, que este programa llevó a cabo en el año 2020](#). En él, además de los problemas relacionados con el edadismo y cómo enfrentarlo desde las administraciones, las entidades y la sociedad en general, aparecen recomendaciones realizadas por las personas expertas, participantes en la mesa y que aportan soluciones para combatir toda exclusión social de las personas mayores, así como el apoyo de su integración en las redes locales, de una forma activa y valorada, (página 52).

Los proyectos intergeneracionales, son la base de una integración real de las personas mayores en el desarrollo social normalizado de los municipios en los que viven. La visión intergeneracional, crea un prisma, diversas y diferentes visiones que aportan a las diferentes generaciones y hacen que se conozcan, se comprendan y convivan de forma integrada, reconociéndose entre sí todas las partes, evitando estereotipos hacia todos los colectivos implicados.

4. Falta de reconocimiento de las personas de edad a la construcción del paisaje, a la contribución social, cultural, económica y política de la mayor parte del territorio rural.

El punto anterior nos lleva al siguiente, punto. El paisaje, en este caso de los pueblos donde viven las personas mayores del medio rural, han sido construido por las personas de mayor edad. La continua exclusión de estas personas, iniciado en muchos casos por ellas mismas, que en tiempos quitaron valor al medio en el que vivían, en comparación con la visión de una vida en la ciudad, más moderna y con mejores servicios, han hecho que, con el paso del tiempo, estos territorios, gestionados precisamente por estas personas, sean reconocidos internacionalmente como reservas de la biodiversidad, obviando esa gestión que las ha llevado a este reconocimiento.

Reconocer el paisaje y a quienes contribuyeron a su gestión y mantenimiento, también es preciso para reconocer a las personas de mayor edad, porque les confiere un valor, tanto al territorio como a estas personas, y las “autoriza”, como personas referentes con opinión de relevancia para que sea tomada en cuenta en la contribución social, cultural, económica y política en la actualidad.

Estos puntos constituyen el marco en el que se desarrolla la atención sociosanitaria, y que deberían ser tenidos en cuenta como variables que influyen de forma directa en la salud de las personas mayores, ya que condicionan el desarrollo de conductas y modos de vida, diferentes en mujeres y en varones. Estas variables, tampoco son tenidas en cuenta en los estudios médicos. Por tanto, nos encontramos con una suma de variables que influyen en la salud de las personas mayores, y que se mantienen al margen de los estudios médicos, que a su vez no respaldan diagnósticos acertados, y que contribuyen a la cronicidad en el tiempo de los estados patológicos:

- Desarrollo vital con conductas diferenciadas por sexo en un entorno rural con singularidades que influyen en unas y otros.



- Una falta de investigación médica de las enfermedades diferenciadas por sexo, que aporten información a los/as profesionales de la sanidad.
- Modelos de atención hospitalocéntricos que desconocen el entorno y sus variables de influencia en la salud
- Una atención primaria debilitada y sin apoyos administrativos que la permitan ejercer el papel coordinador preciso para una atención adecuada en el medio rural.

Esta falta de servicios, hace que sean las familias, especialmente las mujeres las que cubran la carencia de servicios con dos consecuencias claras.

- Se hacen cargo de las tareas de cuidados sin una preparación apropiada y con escasos o ningún apoyo familiar y administrativo.
- Dejan de lado su autocuidado para centrarse en cubrir necesidades de sus familiares. Esto les hace a su vez invisibles para la ciencia médica, por lo que se unen una supeditación de su salud al atender la de otros y un desconocimiento tanto por la medicina como por las propias mujeres del reconocimiento del estado de su propia salud, así como de la toma de decisiones para establecer pautas saludables, o abordar situaciones de riesgo para ellas, que puedan permanecer latentes durante tiempo.



Cuidados y atenciones. Un factor diferenciador en la salud en las mujeres.

Según el estudio de Erika Masanet y Daniel La Parra del año 2011, titulado **“Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras”**, la realización de cuidados informales conlleva unas consecuencias físicas, y en la salud mental de las personas cuidadoras. Estos son fundamentalmente la aparición de estados de depresión y ansiedad, así como elevados niveles de estrés

Como hemos mencionado anteriormente, estamos ante sociedades con las siguientes características:

- **Estamos ante una población envejecida en un entorno que sufre carencias de servicios.**
- **Un número importante de cuidadoras son mujeres mayores de 65 años.**
- **Los cuidados de salud por parte de familiares son una forma de trabajo fuertemente vinculada a las mujeres.**
- **Estos cuidados se caracterizan por la invisibilidad y el escaso reconocimiento social.**
- **Las mujeres del medio suplen con sus cuidados no profesionales, las carencias de servicios del medio rural.**

Los cuidados habituales que realizan son:

- Menores
- Personas mayores con diferentes grados de dependencia
- Personas con discapacidad

En la investigación que se llevó a cabo en este estudio, desvelaron que las personas que cuidaron a personas adultas con discapacidad y personas mayores dependientes, presentaron un peor estado de salud mental en comparación con los que cuidaron a menores.

En el ámbito que estamos tratando, estamos hablando de un contexto, donde mujeres mayores de 65 años, están cuidando de personas también mayores, con una carga mayor sin servicios que las apoyen, ni en sus cuidados, ni en el estado de su salud mental, ya que los profesionales de la misma, además de escasos independientemente del territorio en el que se viva, hay tres veces menos psicólogos en España, que la media de Europa, según un informe del Defensor del Pueblo, Francisco Fernández Marugán, que analiza la oferta asistencial tras pedir documentación sobre hospitales, centros de Atención Primaria y centros específicos de salud mental de todo el Estado.

Estas mujeres tampoco tienen un apoyo para salvaguardar su salud mental. Pero además en caso de pedir ayuda, tienen menos probabilidades aún de tenerla, que otras personas que vivan en grandes núcleos de población, ya que los centros de salud mental, se encuentran en estos grandes núcleos, y no hay una coordinación y un apoyo adecuados con la atención primaria del medio rural para realizar este tipo de atención.



Según el estudio de Erika Masanet y Daniel La Parra, las mujeres presentan peor estado de salud mental a partir de las 25 horas semanales de cuidado.

Todo lo descubierto nos lleva a pensar que la realización de tareas de cuidado puede ser un factor de riesgo para la salud de las mujeres, que en pocas ocasiones se tiene en cuenta como tal, y que genera estados de ansiedad, tristeza que pueden desembocar en trastornos ansioso depresivos, y enfermedades de tipo orgánico.

Hasta ahora la medicina ha enfrentado estos síntomas con tratamientos ansiolíticos y antidepresivos, pero sin tener en cuenta el desgaste psicológico y físico real que lo acompaña. De hecho, la doctora Carme Valls afirma que, España es el primer país del mundo que receta los psicofármacos en atención primaria, destinados mayoritariamente a mujeres. Así mismo, Los geriatras y psiquiatras recetan más a mujeres. (Martinsson 2012).



La morbilidad diferenciada mujeres invisibles para la medicina.

Como hemos dicho anteriormente, no hay demasiada información sobre la morbilidad diferenciada y menos en mujeres mayores del medio rural.

La causa también está en que hasta los años 90 del pasado siglo, uno de los preceptos para hacer una investigación médica, era que los sujetos de estudio no fueran mujeres, otra variable que se une a las ya mencionadas que hacen de las mujeres, figuras invisibles para la medicina.

La doctora Carme Valls Llovet, una de las personas que más ha estudiado y denunciado este desequilibrio, afirma que, un correcto abordaje de la salud de la mujer implica reconocer sus peculiaridades fisiológicas, sociales y psicológicas, que deben ser tenidas en cuenta. A continuación, el contenido está basado en su estudio y experiencia en la morbilidad diferenciada y sus consecuencias, introduciendo la variable de ruralidad, como un factor de agravamiento de los estados patológicos, en base a estas características.

- Una atención primaria débil y dependiente de un sistema hospitalario alejado de los núcleos rurales.
- Un desconocimiento de los síntomas diferenciados en las mujeres, tanto por el personal médico, como por unas mujeres que, de forma mayoritaria, anteponen la salud ajena a la propia.
- Unas carencias de servicios acusada, que normalmente cubre la familia y en concreto las mujeres.
- Con control social de las mujeres que viven en estos territorios, en una cultura que tradicionalmente ha sido maladaptante y excluyente para ellas.

En su libro, *Mujeres invisibles para la medicina*, publicado en 2006 y, revisado y reeditado por la editorial Capitán Swing en 2020, en el capítulo de su libro “Lo que sabían nuestras abuelas”, analiza, lo que podría ser una realidad de las mujeres mayores en los pueblos, en realidades que aún siguen operando:

- Percibidas como mayores antes que los varones
- Invisibles.
- Al no tener una respuesta clara de la ciencia aprendieron a escuchar su cuerpo y leer sus manifestaciones.
- Al estar en contacto con el campo conocían ciertas plantas medicinales y sus propiedades.
- Antes de tomar algo recababan información sobre todo entre la red de mujeres cercanas, su información estaba basada en la experiencia y en el principio de no perjudicarse.
- Esta experiencia no se ha tenido en cuenta en la ciencia, cuando, si superaban los partos, su esperanza de vida era similar a las mujeres mayores actuales.

En este libro se pone de manifiesto el predominio una visión androcéntrica de la ciencia médica, que, tomando al varón como norma, explica las enfermedades en las mujeres.



En una ponencia realizada por la autora, describe las enfermedades que padecen las mujeres de 50 años, dándonos idea de la proyección que estas tendrán en el futuro envejecimiento de este colectivo a partir de los 65 años.

(Facilitamos el enlace a esta interesante ponencia a través del código QR).



Morbilidad Diferencial > 50 años. (fuente: Intervención de la Dra. Carme Valls-Llobet)

Patología	Razón M/H
Hipertensión. (20%.	2/1
Diabetes.(10% > 50 años.	2/1
Patología tiroidea. Tiroiditis.(25%.)	50/1
Cáncer de mama (40-7 /100.000 año. Incidencia aumenta	
Obesidad con pérdida de cintura.	¿?
Déficit Vit. D e Hiperpara secundario.(38%)	30/1
Osteoporosis. (30% M)	3/1
Fibromialgia o el dolor desbordado. (2-4%).	50/1
Patología cardiovascular: IAM. AVC.	2/1

Efectos de tóxicos diferenciales.

- Cuerpo de mujer es el primer “bioacumulador químico” ambiental (pesticidas, disolventes, derivados de plásticos, hidrocarburos de coches).
- Efecto doble del alcohol en absorción y toxicidad hepática.
- Tabaquismo provoca osteoporosis.
- Anorexia Bulimia o “Restrictivas de comida”.
- Terapias hormonales sin investigación y control. Consumo drogas aún es de predominio masculino.

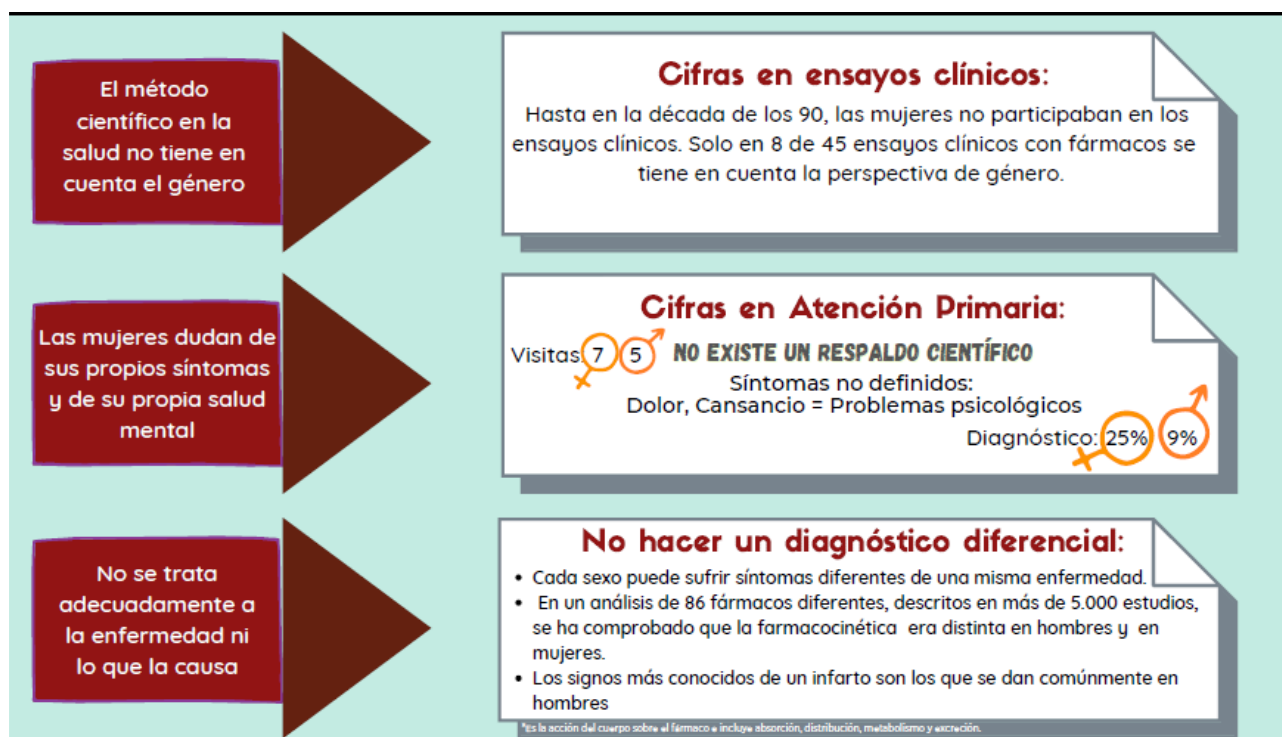
El reto de la morbilidad diferenciada. El problema de la falta de diferenciación en la enfermedad

La falta de perspectiva de género en la medicina, provoca un grave problema en las mujeres, y es que sus enfermedades no están siendo tratadas adecuadamente por la medicina.

Un mal diagnóstico o un diagnóstico incompleto está haciendo que una gran parte de los síntomas de las mujeres se han etiquetado como exclusivamente psicológicos.

Esto a su vez tiene las siguientes consecuencias:

- No se trata adecuadamente a la enfermedad ni lo que la causa
- Las mujeres dudan de sus propios síntomas y de su propia salud mental. En el caso de ser mujeres cuidadoras, como hemos visto a través del estudio “Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras”, esto influiría de una forma nefasta en su salud mental ya que podría estar ya en una situación previa de vulnerabilidad que no sería tomada en cuenta por el personal médico.
- El punto anterior, se sostendría en que El método científico en la salud no tiene en cuenta el género, por lo que, de forma objetiva, el personal médico, no lo consideraría un factor de riesgo en la salud de las mujeres, precisamente por no estar respaldado por el método científico.



Radiografía social de la problemática

Sesgos de género en la medicina que causan invisibilidad (Dra. Carme Valls-Llobet)

- Estereotipos de género.
- Sesgos en investigación y docencia: Ausencia mujeres en las cohortes.
- No investigación de fisiopatología diferencial.
- No valoración de condiciones vida y trabajo y sobrecarga psicosocial. → **Introducción de la variable ruralidad.**
- Ausencia de investigación en morbilidad diferencial, evolución y tratamientos.
- Organización sanitaria androcéntrica.
- Sesgos en prevención y promoción salud

Cruce de variables, en las mujeres que viven en entornos rurales:

- Falta de información sobre la existencia de patologías clínicas y subclínicas que puedan tener la misma sintomatología.
- Diagnósticos no diferenciales
- Carencias de servicios en la atención primaria
- Hospitalocentrismo y distancia con los centros de especialidades.
- Falta de servicios de movilidad que faciliten la asistencia a citas y revisiones.

Son mujeres que anteponen el cuidado al autocuidado, esto las hace más vulnerables al resultar, aún más invisibles, a la sanidad.

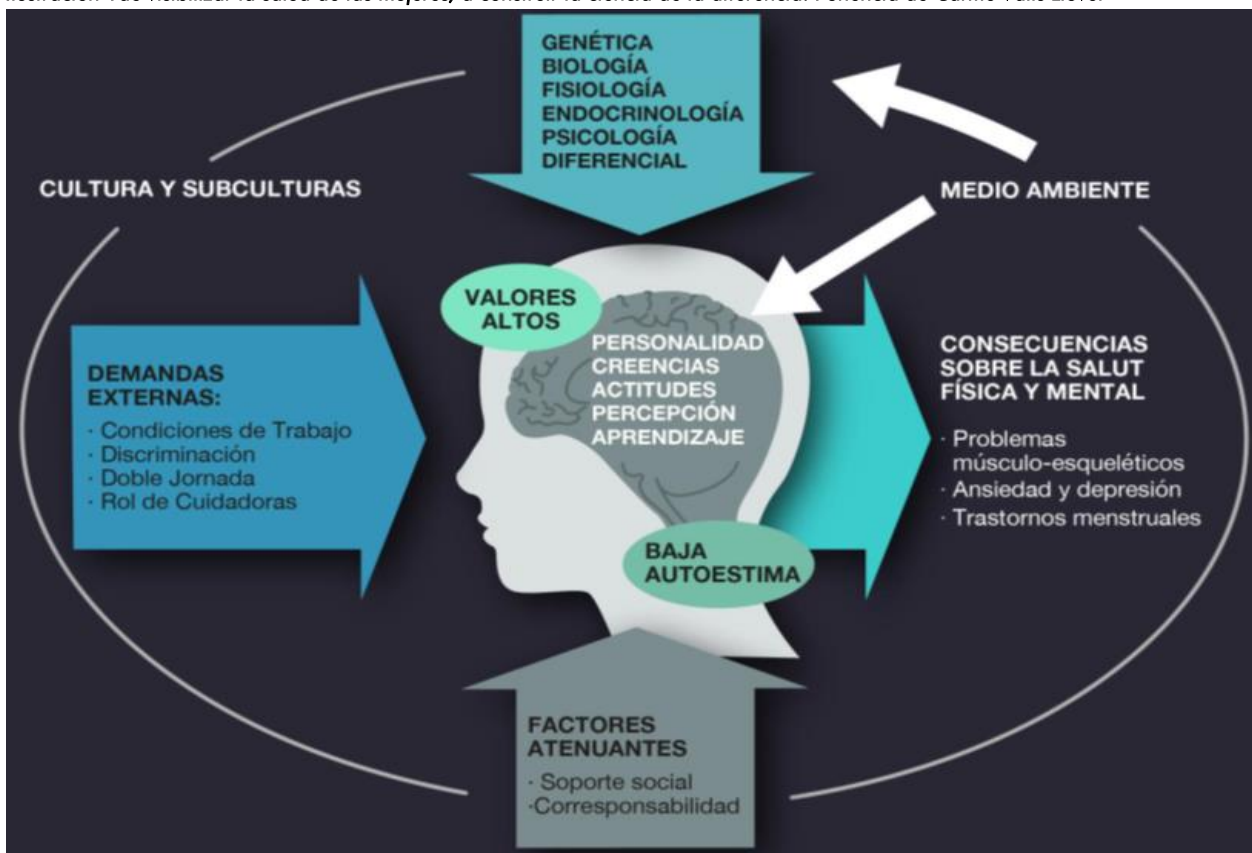
Las patologías que causan mayor mortalidad son:

- Las patologías cardiovasculares hasta los 79 años
- A partir de los 74 años la demencia senil y la enfermedad de Alzheimer

Factores de riesgo en las patologías más frecuentes en mujeres mayores:

- La doble jornada como factor de riesgo cardiovascular
- Malas relaciones personales con personas convivientes
- Soledad no deseada; la claudicación familiar*
- Alimentación inadecuada
- Influencias de género en los factores de conducta
- Diabetes, hipertensión y estrés físico y mental.
- Bioacumulación de insecticidas
- Bioacumulación de xenoestrógenos
- Síndrome de fatiga crónica.

Ilustración 1 de visibilizar la salud de las mujeres, a construir la ciencia de la diferencia. Ponencia de Carme Valls Llovet



Según Lois Verbrugge, Doctora en Sociología, por la Universidad de Michigan y especialista en envejecimiento; impactos físicos y sociales de la artritis y otras condiciones incapacitantes; y tendencias en las actividades y la discapacidad entre los adultos mayores: **"El peor estado de salud de las mujeres se debe a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales"** como puede ser el trabajo físico y sobre todo emocional que desempeñan las cuidadoras.

LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: paradigma de la INVISIBILIDAD de las mujeres en la medicina. (fuente: Intervención de la Dra. Carme Valls-Llobet)

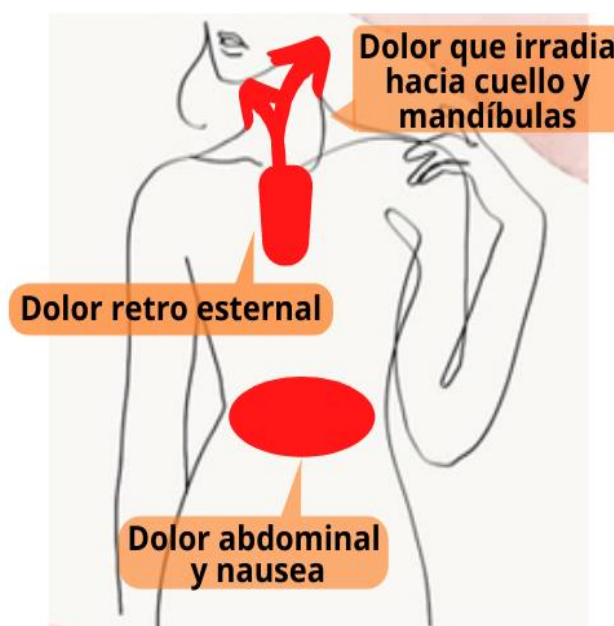
Sesgos en patología cardiovascular y mujeres:

- No valorar que es la primera causa de mortalidad entre el sexo femenino.
- Creencia “falsa”: las mujeres están “naturalmente” protegidas del infarto de miocardio por sus “hormonas”.
- A igualdad de patología coronaria las mujeres no reciben el mismo tratamiento médico y quirúrgico (Ayanian y Epstein 1990).
- Exploraciones: (cateterismos, pruebas de esfuerzo) menos efectuadas en sexo femenino. 1992((Marrugat 1998). (Ayanian i Epstein)
- Las mujeres con infarto llegan de 2 a 5 horas más tarde que los hombres al hospital. Los tratamientos trombolíticos son menos aplicados entre mujeres (30% entre mujeres vs 63% entre hombres.
- La mortalidad post infarto es más elevado entre mujeres. (68% vs 33%). (Marrugat 1998).
- Rehabilitación postinfarto sólo se realiza entre 30% de mujeres afectadas vs 87% de hombres. Scott 2002 (Benz).

La mayoría de estudios de investigación sobre enfermedades coronarias en la década 1980-1990 se han hecho sólo sobre poblaciones masculinas.

Los síntomas de infarto miocardio en las mujeres son diferentes que en los hombres y no son reconocidos:

- El dolor es de predominio retro esternal,
- Se inicia con sensación de dolor abdominal y náusea.
- El dolor irradia a mandíbulas y no al brazo izquierdo.





Retos para enfrentar la morbilidad diferenciada en el medio rural

- La diferenciación del género es importante en la investigación, la sintomatología y la diagnóstico.
- Apoyo a asociaciones de mujeres o grupos de ayuda mutua organizadas para conseguir una mejor salud y mejores recursos para atenderla en el medio rural.
- Alianzas entre las anteriores agrupaciones, atención primaria, organizaciones científicas y especialistas, realizando un trabajo coordinado a través de la atención primaria del medio rural.
- Potenciar la atención primaria en el medio rural, como interlocutora, con formación específica al personal médico y de enfermería, para atender a la persona, y no a un modelo clínico, pudiendo hacer un diagnóstico diferencial.
- Definición de indicadores específicos de morbilidad femenina, así como el estudio de la morbilidad diferencial de la relación de los síntomas que cursan cansancio y dolor con enfermedades que pudieran provocarlos.
- Apoyo para la difusión de una información accesible y por diferentes canales para las mujeres que viven en los pueblos.
- Impulso y cuidado de las redes de apoyo comunitarios.
- Prevención del estrés mental. Apoyos y servicios que suplen las mujeres en el medio rural.



MUJERES MAYORES Y MEDIO RURAL

María Dolores Hernández.

Profesora jubilada de la ULL, Vicepresidenta de la Fundación Creasvi

La singularidad de la población que de la que estamos tratando, radica en ser mujeres, mayores, y rurales. Por lo que hay que tener en cuenta el género, las generaciones a las que pertenecen y sus propias características y el entorno que norma sus conductas y la de quienes las rodean.

Es necesario analizar las dificultades a las que se enfrentan las mujeres mayores que viven en los pueblos y en cómo ayudar a salir de ellas.

Si bien, los círculos, familiares, sociales y vecinales, pueden constituir redes de apoyo para muchas de ellas, también es cierto que tradicionalmente han sido muy estrechos y estos círculos pueden asfixiar a las mujeres. Hay una superposición de roles. La amiga, al mismo tiempo puede ser la cuñada, y la profesora de tus hijos, y esta superposición en un control social que paraliza a las mujeres. Este agobio, ha supuesto que las jóvenes hayan huido también a las ciudades para evitar este control social. Ser la “comidilla del pueblo” puede ser un infierno a nivel social y familiar.

1. En las mujeres mayores, este control ha supuesto por un lado una reproducción de un modelo que paraliza sus vidas e impide su cambio.
2. El tabú de ese control a las personas cuidadoras lleva a la deriva de muchas mujeres a la soledad dentro de la misma familia y al consumo, en ocasiones mezcladas, de sustancias que las haga olvidar sus realidades, como el alcohol, tranquilizantes, “pastillas para dormir”, etc...
3. Hay una baja autoestima, que incapacita a las mujeres y hace que se aislen, iniciando así un círculo de soledad. La causa está en la suma del hecho de ser mujer y del desprecio de lo rural, ya que la mecanización del campo, por ejemplo, además de ser un ámbito masculinizado, hizo que muchos conocimientos que solucionaban problemas, sanitarios, agrícolas, o medioambientales, fuesen percibidos como menores, o inútiles por las diferentes ciencias, y por las propias conocedoras.

Este tercer punto, se relaciona con lo que la doctora Carme Valls mencionaba en su libro, *Mujeres invisibles para la medicina*, en el capítulo de su libro “Lo que sabían nuestras abuelas”, en cuanto a esas **realidades que aún siguen operando**.

La mayoría de estas mujeres mayores, no son independientes económicamente, suelen tener pensiones muy bajas, y no han cotizado como trabajadoras de sus explotaciones, al ser los titulares los varones, y ellas no haber sido dadas de alta como trabajadoras de las mismas. Si han cotizado, lo han hecho por menos horas reconocidas y sueldos más bajos, por lo que sus pensiones, no son elevadas.

No disponer de una economía independiente, hace tener una menor autoestima, genera sentimientos de tristeza y ansiedad y lleva a enfermedades como la depresión.



Otro problema que también hemos visto con anterioridad, es el del transporte. Si antes, la falta de transporte impedía la asistencia a citas médicas, tanto como paciente como acompañante de personas con dificultades para realizar solas los desplazamientos, ahora ponemos de relieve la continua desaparición de servicios de comunicación como causa de la pérdida de las relaciones entre los pueblos. Esto causa entre otros problemas, el que las mujeres tengan más difícil salir de esos círculos de control estrechos a los que se enfrentan día a día.

Esta pérdida de independencia debida a la desaparición de estos servicios públicos, convierte a las personas en objetos, que pueden ser llevados o no de un lugar a otro, no según sus necesidades, si no de las de aquellas personas dispuestas a llevarlas, sintiéndose como molestias y cargas a otras personas. Esta carencia imposibilita los encuentros sociales fuera de esos círculos de control.

El transporte público da una libertad infinita a los colectivos más vulnerables, una libertad que contribuye a la mejora de la calidad de vida, y de la salud de estos.

El acceso a internet, es una ayuda a la eliminación de ese control social, pero aquí nos encontramos con la brecha digital, tanto por la falta de conectividad que afecta a los pueblos, como de una formación adecuada para las personas mayores, una alfabetización digital que las permita asomarse al mundo desde sus dispositivos en sus casas.

Soluciones para saltar los círculos de control social:

- Qué no es una solución: Los centros de mayores. Estos aíslan a la población de mayores, cerrando su participación social al resto del municipio en el que viven. Empeoran los círculos de control porque hacen de las otras generaciones de su población, personas desconocidas, entre estas.
- Repensar las actividades que se lleven a cabo en los municipios, teniendo en cuenta la participación activa de las personas mayores, poniendo el acento en las mujeres. Actividades llevadas a cabo desde todos los ámbitos, no sólo el que compete a servicios sociales, sino desde los ayuntamientos, centros de salud, etc.
- Criar por tercera vez, no es la solución. Agobiar a las mujeres mayores con la responsabilidad de una nueva crianza, no las deja libres nunca para realizar cambios saludables en sus vidas.
- Es necesario profesionalizar los cuidados con modelos de atención de cercanía, como las cooperativas de servicios de proximidad.
- Formar a las/os profesionales de la atención primaria, para sea piedra angular de “Los Activos en Salud Locales”, que escuche y coordine al resto de activos en cuanto a la atención sanitaria en los pueblos.
- Es necesario romper con los modelos de familia, en los que los roles y sobretodo, los estereotipos operan en contra de las personas más vulnerables. Apoyar la corresponsabilidad social de los cuidados y no la responsabilidad en una única persona, a la que, por su rol de cuidadora, no le “está permitido” su propio cuidado.
- Dar valor a la recopilación de saberes, ya que este aspecto también trabaja la autoestima, se anima a compartir socialmente y cultiva la predisposición a aprender.
- Concienciar a las personas responsables de las administraciones relacionadas con la movilidad, sobre la importancia de los servicios públicos de transporte en todos los niveles del desarrollo, el cuidado y el autocuidado para lograr una calidad de vida que proteja ahora y en el futuro la salud de las personas, y en este caso de las más vulnerables, personas mayores, y mujeres que viven en pueblos.



- Combatir la soledad no deseada, a través de los centros de salud, como difusores de actividades integradoras de aquellas personas que saben que tienen una mayor dificultad para combatirla.
- Recuperar aquellas actividades que puedan integrar a todas las generaciones, como el aprendizaje de antiguos oficios o saberes como la cestería o similares, la creación de tiendas de trueque, mercadillos gestionados por todo el pueblo, etc.
- Estudiar el abordaje de los malos tratos en las mujeres mayores, el alcoholismo y otras adicciones.
- Acercar material de calidad para fomentar la comunicación y la lectura (que los libros no sean las sobras)

Ejemplo de buena práctica y referentes de participación ciudadana de mujeres mayores de 65 años. Asociación "Lideresas de Villaverde"



Estas mujeres jubiladas se han convertido en fenómeno de estudio: reivindican una madurez activa, rebelde y feminista. Juntas impulsan iniciativas vecinales, se hacen escuchar desde su programa de radio y son un referente imprescindible.

Hacen partícipes a las personas mayores y sobre todo a las mujeres de población en el programa de radio [Con Mayor Voz](#),



El objetivo primordial de las Lideresas es implicar a las mujeres en el proceso de toma de decisiones y fomentar su participación en las asambleas de los centros de mayores. Tienen también la misión de fomentar la perspectiva de género y contribuir a visibilizar las particularidades de las mujeres mayores en el marco general de la lucha por un mundo más igualitario.



Sus historias de vida son en muchos casos ejemplos de superación y valentía. Son mujeres muy activas, llenas de vitalidad y muy conscientes del papel que juegan en la sociedad, dispuestas a unir sus fuerzas para luchar tanto en el plano individual como en el ámbito social por el derecho de las mujeres a participar y ayudar a transformar nuestros barrios.

“Coser, hacer ganchillo, guisar... Eso tenía un nombre políticamente correcto: labores propias de nuestro sexo”. No solo era la ocupación socialmente impuesta, sino también sobre la que deseablemente construiría su propia identidad más allá del documento. Ahora, exclama indignada: “A ver, ¿por qué? ¿Qué labores eran las mías propias?”.

Mujeres como ellas relatan cómo en sus historias de vida, pasaron de la tutela del padre a la del marido y, de ellas, se esperaba que fueran niñas obedientes, esposas “modestas y recatadas”, madres sacrificadas... hasta acabar siendo abuelas siempre disponibles.

Su unión y su toma de conciencia propia, ha hecho que haya en ellas un cambio de rol, y se planteen cuestiones que, desde sus casas, como la corresponsabilidad en las tareas del hogar, se abra paso para hacer conscientes realidades de su género y su edad, y la toma de decisiones ¿Quiénes ocupan la mayoría de puestos directivos en las grandes empresas? ¿Y en los centros de mayores?

La comunicación a través de la radio las ha empoderado, y las ha dado voz, algo que, según cuenta, las abuelas no tenían. Se sienten ciudadanías y reproducen esta conciencia social en las personas mayores porque según afirman: “Hacer ciudadanía contribuye a la información y a la salud”

Su implicación en su entorno toca todos los ámbitos; Imparten talleres de liderazgo a otras mujeres, realizan encuentros intergeneracionales en escuelas donde suelen cantar el *Rap de Las Lideresas*, colaboran con el Centro de Rehabilitación Psicosocial del distrito, participan en el programa *Desmontando tópicos racistas*, y sobre todo de edad y género. Cada lunes a las seis de la tarde acuden a la emisora comunitaria OMC Radio para emitir su programa [Con mayor voz](#):

Este espacio, hace visibles a las mujeres mayores, y es un instrumento para la comunicación de todas.

“Nos sentimos orgullosas porque todo lo que hacemos lo hacemos divirtiéndonos y transmitiendo mensajes fundamentales para las mujeres mayores”

Estas mujeres, hacen tanto que, empezando por combatir el edadismo, terminan por apoyarse y cuidarse las unas a las otras.

En una entrevista concedida a El País, ponen tanto voz como solución a problemas como la soledad no deseada:

“Las que antes vivían en silencio hoy alzan la voz a favor de un movimiento propio, reconociéndose como mujeres que creen, por encima de todo, en la igualdad y la generosidad,



siendo este último un elemento que consideran “fundamental para hacer ciudadanía”. En lugar de limitar los cuidados al núcleo familiar, ahora tienen todo un distrito madrileño al que atender. Como agentes de cambio, ponen en contacto a esta asociación con aquella otra, son las primeras en acudir a cualquier evento que reivindique la igualdad o los derechos sociales y, mientras aportan sus saberes y resignifican su indispensable papel en el tejido social, promueven un diálogo que trasciende edad y género. En Villaverde, no solo se han vuelto indispensables, sino que han visto “cómo florecen las asociaciones y los movimientos sociales”.

Se rebelaron contra ideologías caducas y decidieron coger por los cuernos al toro del machismo en la tercera edad. Ellas siguen dando pasos al frente para redefinir su propia identidad como mujeres mayores, sabias, activistas, cariñosas, rebeldes y, sobre todo, generosas. La generación de mujeres silenciadas ya no es silenciosa. Las Lideresas opinan, reivindican, cantan y alzan la voz dentro y fuera de la radio para llegar con su mensaje cada vez a más lugares. ¿Quién no querría ser como ellas al llegar a su edad?..
...Se pregunta la entrevistadora.

En la mesa, las componentes de “Las lideresas” contribuyen con su propio ejemplo, y piden que la ciencia médica las tenga en cuenta. Que las administraciones locales, regionales y estatales, tomen conciencia de un apoyo no paternalista de las mujeres que viven en los pueblos, y que no tienen la suerte de contar con un grupo de apoyo como el suyo, que realmente no se conocía, y a través de un programa de la administración local, se conoció y fue la cura para evitar soledades incluso dentro de su propia familia. De la importancia del apoyo a la participación en actividades inclusivas donde lo que ellas saben e imparten en talleres, sí tiene valor. Y, por último, cierran su intervención pidiendo que su salud tenga la misma importancia que la de sus compañeros para la ciencia y el sistema sanitario.



DEBATE Y APORTACIONES DE LAS PONENTES Y LAS ASISTENTES:

Puntos en los que se centraron la aportación de ideas y el debate sobre el avance en el tema de la morbilidad diferencial en las mujeres mayores del medio rural.

Aportaciones relacionadas con la ciencia médica el estudio de la morbilidad.

- Es necesario hacer conexiones de trabajo entre el personal científico y los diagnósticos sociales. Estos últimos sitúan a la ciencia en la realidad vivenciada por las personas a las que posteriormente se tendrá que atender.
- Que se escuche la voz de las mujeres en el ámbito bio clínico, y se acabe por completo con el factor de exclusión “ser mujer”, en la investigación médica y farmacológica.
- Es importante que el sistema sanitario ponga el acento en aquellas mujeres que no les parece importante lo que les pasa. Las mujeres han sido educadas para cuidar y anteponer este objetivo a su propio cuidado. La ciencia médica tiene que tener esta lectura social en cuenta para adecuar la atención de las pacientes “latentes” que se encuentran, en cuanto a la atención, fuera del sistema de salud.
- Es preciso que los “Los Activos en Salud Locales” tengan los recursos para escuchar, no sólo el lenguaje oral, si no, aquel no verbal que puede dejar entrever situaciones y vivencias dolorosas para las mujeres mayores y por estar ocultas y silenciados, no reciben apoyo alguno. Estudiar los silencios ante preguntas que puedan arrojar luz a sus problemas. Determinar qué les pasa realmente a estas mujeres, ver dónde se apoyan (pastillas, alcohol, autoaislamiento...), para poderles dar apoyo. Ser capaz de estar ahí, hasta que la mujer sea capaz de pedir ayuda, y tener los recursos adecuados para ella cuando la pida. No dar nada por supuesto, para no caer profesionales y recursos en los estereotipos que llevan operando tradicionalmente.
- Apoyo, fortalecimiento y valoración de Atención Primaria en los pueblos, un servicio esencial y prioritario que, constituye la función central, la piedra angular del Sistema de Salud en el medio rural. Como el propio personal médico y sanitario reconoce, los sistemas sanitarios que cuentan con un sólido primer nivel de atención obtienen mejores resultados en salud, mayor equidad, menor gasto y mayor satisfacción. El desarrollo de un sistema sanitario con una visión integrada, mucho más fácil de conseguir en el medio rural, ya que no hay grandes aglomeraciones poblacionales, debe contemplar el fortalecimiento de la Atención Primaria.
- Formar a las/os profesionales de la atención primaria, en morbilidad diferencial, y se ponga en su conocimiento los diagnósticos sociales que ubican al profesional en las realidades de las personas que serán susceptibles de su atención, dejando de lado los diagnósticos según modelos androcéntricos. Esto es necesario, para que la atención primaria en el medio rural, sea piedra angular de “Los Activos en Salud Locales”, pudiendo hacer una coordinación efectiva y satisfactoria de estos.



Aportaciones relacionadas con el entorno social y sus variables de influencia en la morbilidad.

- Buscar la salud en todos los canales de comunicación. La información en materia de salud tiene que ser transversal para que llegue a las mujeres del medio rural de una forma clara y que las permita una toma de decisiones adecuada, tanto para su cuidado como para su autocuidado.

La comunicación además se tiene que entender desde diferentes aspectos:

- La comunicación como información en materia de salud, es prioritaria para que las mujeres tengan información y sepan también recursos que sirvan de orientación para la adquisición de pautas saludables.
 - Las comunicaciones terrestres, son importantes porque son capaces de conectar a las personas evitando situaciones de aislamiento y soledades. Así mismo, son necesarias para permitir la independencia de personas mayores en su cotidianidad, comprar, visitar a familiares y amigos, acudir a citas médicas o administrativas, etc, y a las mujeres para que dejen de ser el apoyo infinito que cubre todos aquellos servicios que el medio rural está dejando de tener.
 - La comunicación virtual a través de internet, posibilita, que las personas que viven en los pueblos no queden excluidas de una parte muy importante de los sistemas de información y comunicación a través de las llamadas “nuevas tecnologías” y que están cada vez más presentes en la forma en que llevamos a cabo las tareas en nuestra vida diaria.
- El concepto de salud no es la ausencia de enfermedad, va más allá y debe ser un tema de carácter transversal en el diseño de las actividades que se lleven a cabo en los municipios. Llevar a cabo iniciativas integradoras intergeneracionales aprovechando “Los Activos en Salud Locales”, y que no existe la masificación de las ciudades, desde diferentes lugares como colegios, ayuntamientos, centros de salud...
 - Es necesario romper círculos y parcelas que aíslan, paralizan y son una barrera para tener una vida plena y saludable en la vejez. Operan desde los roles tradicionales y los estereotipos e inciden negativamente en la salud, especialmente en la de las mujeres, mucho más vulnerables y sometidas por estos círculos.
 - Coordinación de todos, tanto de profesionales como de recursos.
 - Hacer las cosas conjuntamente con una idea de cuidado más integral.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

La España que sufre despoblación, lo es actualmente, como consecuencia de un vaciado de servicios apropiados para tener una calidad de vida digna y un envejecimiento saludable y participativo. Estos servicios serían entre otros:

- Atención primaria, fuerte, coordinada con el resto de activos de salud locales
- Transportes y comunicaciones
- Pequeño comercio
- Colegios y formación reglada
- Una conexión digital que dé cobertura suficiente para un acceso de calidad a internet.

Retomando los conocimientos que se generaron ya en la anterior mesa de envejecimiento, y que abordaba el tema de la participación de las personas mayores, en un entorno sanitario dominado por la pandemia del COVID-19, abordamos esta que profundiza en la morbilidad diferenciada.

El colectivo de personas mayores, ha estado “gestionado” desde criterios edadistas, proteccionistas y aislacionistas. Según la OMS, El edadismo conduce a una salud más pobre, al aislamiento social, a muertes tempranas y cuesta a las economías gran parte de sus presupuestos: en un informe se pide actuar con rapidez para aplicar estrategias eficaces contra este problema.

En el caso de las mujeres, al edadismo, tenemos que sumar, la falta de perspectiva de género en la salud, su invisibilidad, y las dificultades por vivir en territorios rurales, vaciados como hemos dicho anteriormente de servicios directamente relacionados con una calidad de vida aceptable.

Todas las carencias de estos servicios y que estarían también relacionados con el ámbito de los cuidados, que realizan mayoritariamente las mujeres, son la cara oculta de una consecuencia que no se tiene en cuenta en la salud de las mujeres y es la relación que hay entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. El resultado es que, a partir de las 25 horas de cuidado de personas mayores y personas con discapacidad, ya aparece un peor estado de salud en las personas que cuidan, que suelen ser mujeres. Consecuencias físicas, como dolores articulares y de espalda, tensión muscular aparición de estados de depresión y ansiedad, así como elevados niveles de estrés.

Otros estudios también han puesto de relieve que estas mujeres tampoco tienen un apoyo para salvaguardar su salud mental. Agravando la situación, en el medio rural, en caso de pedir ayuda, tienen menos probabilidades aún de tenerla, que otras personas que vivan en grandes núcleos de población, ya que los centros de salud mental, se encuentran en estos grandes núcleos, y no hay una coordinación y un apoyo adecuados con la atención primaria del medio rural para realizar este tipo de atención.

Hay que añadir a estos factores, el control social de las mujeres que viven en estos territorios, en una cultura que tradicionalmente ha sido maladaptante y excluyente para ellas.

El tema que nos ocupa, la morbilidad diferencial, hace que todos estos factores de riesgo que hemos comentado incrementen los problemas de salud de las mujeres mayores que viven en el medio rural,



produciéndose una suma de elementos discriminatorios que tienen consecuencias en su salud y van en detrimento de su calidad de vida. Esto nos lleva a pensar que la solución pasa por hacer de la atención primaria en el medio rural, esa pieza que haría que funcionase adecuadamente el engranaje de la máquina de la atención sanitaria, diferencial, adecuada al territorio y concedora del mismo, y con el respaldo de una ciencia médica, a la que podría devolver información para realizar estudios científicos no discriminatorios para las mujeres.

Como se ha dicho anteriormente, la Atención Primaria proporciona la mayoría de los cuidados clínicos asistenciales, así como de promoción y prevención, que permiten mejorar y prolongar la vida de los ciudadanos, y constituye uno de los pilares de la Salud Pública, factores básicos en territorios envejecidos, y atomizados demográficamente, con dificultades en el acceso a hospitales, que además pueden encontrarse saturados y a distancias kilométricas considerables.

El centro de atención primaria, puede dar un servicio de atención y seguimiento eficaces y satisfactorios a la población del medio rural. En el caso de las personas de mayor edad, poniendo el foco en las mujeres, pueden ser un gran apoyo en las tareas de cuidado y autocuidado pudiendo ser atendidas en el Centro de Salud o en su propio domicilio. Pueden recibir orientación y atención para los enfermos pluripatológicos, muchos de ellos con patología mental, con trastornos cognitivos, minusvalías, fragilidad, dependencia y problemas de autonomía personal, que en muchas ocasiones son familiares al cuidado informal de estas mujeres, que pueden ser parte de ellas, mujeres mayores de 65.

La atención primaria en el medio rural, es quien tiene mayor capacidad para conciliar los procedimientos médicos con las circunstancias particulares y los intereses de los pacientes, abogando por una consideración integral de su salud, neutralizando en lo posible el intervencionismo extremo y la medicalización.

Por otro lado, los centros de salud rurales, están en mejores condiciones de comprender y acometer la atención de la comorbilidad y las enfermedades crónicas, los cuidados ambulatorios en entornos heterogéneos, el trabajo en equipos multidisciplinares con responsabilidades compartidas, la promoción de la salud, el trabajo en la familia y la comunidad, y la coordinación intersectorial, que es la forma en la que debería de operar **“Los Activos de Salud Locales”** formados por:

- **Trabajadores/as sociales,**
- **Centro de salud y su personal sanitario**
- **El movimiento asociativo en general, incluida la propia población de mayores del municipio.**
- **La escuela y su personal docente**
- **La residencia de mayores, trabajadores/as y residentes.**

Este año volvemos a señalar como muy importante, **la pérdida de comunicaciones terrestres**, como puede ser el tren de cercanías y media distancia, coches de línea y similares.

Esta carencia de servicios son uno de los problemas más graves de nuestros pueblos. Como se ha visto en varias intervenciones de la mesa, los mayores demandan, al igual que cualquier persona, buenas comunicaciones terrestres, que les faciliten llegar a todos aquellos lugares que contribuyen a su desarrollo como personas. Mujeres, jóvenes y el colectivo de atención de esta mesa, el de las personas mayores, son los más perjudicados por esta pérdida de servicios de comunicación, pero afecta a toda la población rural. Esto ocasiona, que **la disminución de este servicio, sea una de las**



causas principales de despoblación en España, ya que las personas tienen diversas necesidades que implican desplazamientos, normalmente de corto recorrido, como pueda ser compras, trabajo, estudios y salud. Si el servicio de trenes de cercanías y media distancia desaparece, lo hará también el acceso a estos tipos de desplazamientos, forzando a sus poblaciones a emigrar a zonas mejor comunicadas, como son las grandes ciudades sobrepobladas. Recomendamos los siguientes documentos para ver la importancia de este punto:

- [Los andenes olvidados](#)
- [Renfe suprime la mitad de los trenes que entrelazan la España vacía](#)
- [El tren como símbolo del oeste vaciado](#)
- [Más de 350 estaciones de tren de la España vaciada cierran la venta de billetes](#)



Cuestiones en las que seguir trabajando:

Factores de riesgo:

- Dificultades para acceder a la información. Brecha digital
- Las mujeres realizan más tareas de cuidados de forma no profesional, sin apoyos orientativos ni de autocuidado.
- Los estudios indican que las mujeres que viven en entornos rurales presentan mayores tasas de enfermedades crónicas y multimorbilidad.
- El estado de salud percibido, la discapacidad y la depresión también son peores en mujeres que viven en el medio rural.
- La mayor prevalencia de multimorbilidad en el entorno rural está relacionada con:
 - Una mayor edad.
 - La presión del entorno social (Círculos de control)
 - Las dificultades de acceso a los servicios sociosanitarios
 - El papel de la mujer como soporte de todos los servicios que se recortan en su entorno.



Perspectivas de avance:

- Vínculo con el entorno natural, conocimiento y valoración por parte de la ciencia, de los saberes manejados por las mujeres en el medio rural.
- Cooperación vecinal y comunitaria, rompiendo los círculos de control social en el medio rural
- Profesionalización de los cuidados, a través de servicios de proximidad, gestionados por trabajadoras/es, profesionalizados y formados, a través de empresas sociales como las cooperativas de servicios de proximidad.
- Definición de indicadores específicos de morbilidad femenina, así como el estudio de la morbilidad diferencial de la relación de los síntomas que cursan cansancio y dolor con enfermedades que pudieran provocarlos.
- Avanzar y acelerar los cambios en los roles de género, rompiendo los estereotipos y corresponsabilizando en las tareas de cuidado, a las administraciones locales a través de los activos en salud locales.
- Impulsar la investigación sobre género y morbilidad en los entornos rurales. La diferenciación del género es importante en la investigación, la sintomatología y la diagnosis.
- Acercar la ciencia médica a los estudios sociales, acabando con el patrón androcéntrico de esta ciencia, para que genere un respaldo adecuado al personal médico de atención y consecuentemente a sus pacientes.
- Organización de la atención sanitaria de forma que asegure la accesibilidad, la continuidad, y la coordinación de la atención a pacientes que viven en el medio rural.
- Apoyo, fortalecimiento y valoración de Atención Primaria en los pueblos. Estableciendo ese servicio público como nexo y coordinador de lo que hemos denominado activos en salud locales, integrados por:
 - **Trabajadores/as sociales,**
 - **Centro de salud y su personal sanitario**
 - **El movimiento asociativo en general, incluida la propia población de mayores del municipio.**
 - **La escuela y su personal docente**
 - **La residencia de mayores, trabajadores/as y residentes.**
 - **Cooperativas de servicios de proximidad**



Apoyos para trabajar conjuntamente:

- Apoyo a asociaciones de mujeres o grupos de ayuda mutua organizadas para conseguir una mejor salud y mejores recursos para atenderla en el medio rural.
- Alianzas entre las anteriores agrupaciones, atención primaria, organizaciones científicas y especialistas, realizando un trabajo coordinado a través de la atención primaria del medio rural.
- Apoyo para la difusión de una información accesible y por diferentes canales para las mujeres que viven en los pueblos.
- Potenciar la atención primaria en el medio rural, como interlocutora, con formación específica al personal médico y de enfermería, para atender a la persona, y no a un modelo clínico, pudiendo hacer un diagnóstico diferencial.
- Prevención del estrés mental. Apoyos y servicios que suplen las mujeres en el medio rural.
- Empoderar a las mujeres y mayores trabajando su autoestima, capacitando y evitando el aislamiento. Comenzar dando valor a los conocimientos que tienen del entorno, de cuidados, y del campo, haciendo que estos conocimientos no tengan una etiqueta de menores que otros. Recuperación de antiguos oficios, como parte de la cultura inmaterial de los pueblos.
- Impulso y cuidado de las redes de apoyo comunitarios
- Apoyar las estructuras para el envejecimiento saludable, no centrándose exclusivamente en centros de mayores y residencias, sino incorporando estructuras como centros culturales, centros sociales, bibliotecas, colegios, centros de salud, etc, para que se realicen en ellos actividades de carácter intergeneracional y que tengan que ver no sólo con el ocio y el tiempo libre, sino también con la toma de decisiones.
- Apoyo a la creación de tiendas de trueque, mercadillos gestionados por todo el pueblo, que suplirán en parte la falta del pequeño comercio, y pueden ser vehículo para el crecimiento en positivo de redes sociales intergeneracionales.



Incorporación de una pieza básica para un sistema de cuidados cercano, corresponsable y comunitario.

Como hemos visto, la importancia de los cuidados, es prioritaria por su relación con los factores del entorno social que influyen en la salud de las mujeres.

Hemos visto que cuidar es un factor de riesgo, que no se tiene en cuenta por la ciencia médica. Es preciso abordar este tema desde perspectivas que solucionen realmente este problema.

Nosotras apostamos por los siguientes:

- Profesionalización de los cuidados, apoyando a cooperativas de servicios de proximidad gestionados por las personas que viven en el medio rural. Esto haría que se generase empleo, no se dependiera de grandes empresas que no conocen el territorio y funcionan con una contratación muy precaria a sus trabajadoras, ya que son mujeres las que desempeñan este trabajo de forma mayoritaria.
- Valorando la labor del cuidado tanto a nivel profesional como informal
- Las administraciones regionales y comunitarias deberían ejercer un papel facilitador a las administraciones locales en cuanto a:
 - Recursos de atención comunitarios (de los propios pueblos y mancomunidades)
 - Realizar un cambio de paradigma, cambiando el paradigma de la resiliencia, que implica que cada persona o cada unidad familiar es responsable de sus personas al cuidado, y de su autocuidado, en un sistema nuclear-familiar de aislamiento (Cuidando de), a un paradigma de las comunidades que cuidan, donde hay una responsabilidad social del cuidado (Cuidando con).

Es importante un apoyo a la capacidad de las cooperativas locales, a través de la combinación de formación y apoyo financiero para su funcionamiento. Realmente, con menos del apoyo que se da a las grandes empresas de cuidados, las cooperativas de servicios de proximidad darían un mayor apoyo a las personas del medio rural, especialmente a las mujeres cuidadoras informales, que son las que, como hemos visto, más sufren en el deterioro de su salud, esta carencia de servicios adecuados de cuidado.

Al estar trabajando en coordinación se facilitarían el conocimiento, la formación y la comunicación en el ámbito de la salud de las personas que viven en el rural, esto construiría herramientas y base de conocimiento para una mejora sustancial de todos los activos implicados.

Estas cooperativas integradas en lo que hemos llamado Activos en Salud Locales, haría funcionar adecuadamente a la atención y el cuidado de todas las personas que viven en el medio rural, aumentando su calidad de vida y, por tanto, alcanzando el objetivo de envejecer de una forma más saludable y participativa.



Paradigma de las comunidades que cuidan

- Es un sistema de interdependencias.
- Hay un apoyo de condiciones que permiten actuar en colaboración para apoyar habilidades que alimenten interdependencias.
- Se sustituye la familia como apoyo en los cuidados. Esta pasa a estar acogida por un grupo de pertenencia.
- Se fomenta la inversión de presupuestos en lo local y lo cercano, fomentando la creación de cooperativas de trabajadoras/es.
- Empodera a las trabajadoras de los cuidados, dando voz y voto en la forma de llevar a cabo su trabajo.
- Da apoyo estructural a la generación de riqueza comunitaria y da control a los pequeños ayuntamientos y a las cooperativas de la producción de sus recursos de cuidado.
- Hay una mayor gobernanza democrática, al tener en cuenta a mayores, personas dependientes, trabajadoras y familiares.
- Se apoya en el modelo de Atención Primaria integrada en los Activos en Salud Locales

Paradigma de la resiliencia

- Es un sistema de cuidados que se apoya en un círculo cerrado familiar, cuyo núcleo es la relación cuidadora - familiares que requieren de sus cuidados.
- Es atomizado.
- Individualiza a la familia (soledad organizada)
- Es unidireccional, los cuidados van de la mujer al familiar.
- El cuidado de las personas cuidadoras se basa en la propia capacidad de resiliencia de estas.
- Existen normas no escritas relacionadas con la intimidad de los cuidados, que compete a las relaciones de parentesco y familia.
- Se fomenta la inversión en grandes empresas de atención sociosanitaria desconocedoras del territorio, y precarizadas.
- Realmente se basa en un modelo de que "Cada palo que aguante su vela"
- Se apoya en el modelo hospitalocéntrico.

EQUIPO DE TRABAJO

Personal del programa estatal Cuidándonos para un futuro Mejor de FADEMUR

COORDINADORA TÉCNICA

Ana M^ª Rabadán Jiménez, técnica de FADEMUR responsable del programa.

COLABORADORES/AS:

- **Carmen Rodríguez Blázquez** Investigadora, Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII)
- **María Dolores Hernández** Profesora jubilada de la ULL, Vicepresidenta de la Fundación Creasvi.
- **Las Líderesas de Villaverde** Grupo de mujeres empoderadas mayor de 65 años.