



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS  
DE GRAN CANARIA

Departamento de Psicología y Sociología



**TESIS DOCTORAL**  
**GÉNERO Y TERCERA EDAD EN CANARIAS**

**ROSALÍA RODRÍGUEZ ALEMÁN**

Las Palmas de Gran Canaria, 2009

Fotografía de portada: “Empaquetadoras de plátanos” (entre 1925-1930).  
E. Fernando Baena.

## **Agradecimientos**

Esta Tesis Doctoral ha sido realizada gracias al apoyo de dos instituciones canarias: el Círculo de Empresarios de Gran Canaria, a través del Programa de Mecenazgo Innova de la Fundación Universitaria de Las Palmas y el Instituto Canario de la Mujer del Gobierno de Canarias. Con el apoyo económico, ambas hicieron posible la ejecución del trabajo de campo y la recogida de los datos, elementos indispensables para llevar adelante esta investigación.

Quisiera mostrar mi profundo agradecimiento a la Dra. Marta Jiménez Jaén, Directora de esta tesis, por su inestimable dirección, contagioso entusiasmo e invaluable interés. Así mismo, quisiera hacer patente mi agradecimiento al Dr. José Juan Castro Sánchez, Co-director de esta tesis, por su valiosa dirección y apoyo.

También quisiera mostrar mi agradecimiento a todas y cada una de las personas colaboradoras en este proyecto, desde las que se atrevieron solo con una sola encuesta hasta las que realizaron más de setenta encuentros y muchos más intentos inútiles. Seguro que la retribución por su trabajo la gastaron con relativa celeridad, pero la experiencia de compartir horas, esperanzas y desilusiones con las personas mayores les quedará para siempre como un capital cuyo valor rentabilizarán a lo largo de sus vidas.

Igualmente quisiera agradecer a mi familia su cariño, apoyo y aliento constante. Un agradecimiento particular a Elvio, mi padre, cuya experiencia vital, especialmente en la recta final de su vida, me enseñó que todo es posible si se conserva la alegría de vivir. A Carmen, mi madre, de quien aprendí que no se puede desfallecer en la realización del trabajo bien hecho. Gracias a mi hermana Alex por su palabra de apoyo pronta y a mi hermana Mary Carmen por su pronta palabra capciosa, ambas imprescindibles. Y, gracias a todos aquellos familiares que, de una u otra manera, han alentado la dedicación a este proyecto. Gracias a Luis, compañero paciente del viaje por el camino del desarrollo teórico de la tesis y de los viajes por el Archipiélago para cerrar el trabajo de campo, cuyo aliento y colaboración han sido imprescindibles para llegar al final del camino.

No quisiera dejar de dar las gracias a mis amigas y amigos, por sus palabras de ánimo, sus abrazos y sus desesposos que eran, realmente, los míos.

Y, finalmente pero no por ello menos importante, quisiera expresar mi más amplio agradecimiento a todas aquellas personas mayores sexagenarias, septuagenarias, octogenarias o nonagenarias, mujeres y hombres que con su disposición e información han hecho realmente posible esta investigación.

A todas y a todos, mi mayor reconocimiento y gratitud.

*“Cuando se ha comprendido lo que es la condición de los viejos no es posible conformarse con reclamar una “política de la vejez” más generosa, un aumento de las pensiones, alojamientos sanos, ocios organizados. Todo el sistema es lo que está en juego y la reivindicación no puede ser sino radical: cambiar la vida”.*

Simone de Beauvoir<sup>1</sup>

*“Una ancianidad satisfecha es símbolo de la cultura de un pueblo”*

Proverbio japonés<sup>2</sup>

---

1.- DE BEAUVOIR, S. [1970] (1983). La vejez. Barcelona, Edhasa. p. 642.

2.- Citado en SALINAS RAMOS, F. (2000). “La perspectiva sociológica, histórica y de intervención”, en ADROHER BIOSCA, S. (coord.). Mayores y familia. Madrid, Instituto Universitario de la familia-Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. p. 176.

## ÍNDICE GENERAL

### Capítulo 1. Introducción.

1. Introducción.....	25
1.1. Estructura de la investigación.....	31
1.2. Características de la muestra.....	34

### Capítulo 2. Consideraciones teóricas sobre el envejecimiento.

2.1. Introducción. La construcción social de la realidad. ....	39
2.2. La construcción social etaria.....	41
2.2.1. La Gerontología Social. ....	48
2.2.2. a. Primera generación, las teorías adaptativas. ....	48
2.2.2. b. Segunda generación, las teorías estructurales. ....	51
2.2.3. c. Tercera generación, la economía moral. ....	53
2.3. La construcción social de género.....	54
2.3.1. La teorización de género. Primera, segunda y tercera oleada.....	56
2.3.2. El género en el envejecimiento.....	62

### Capítulo 3. El envejecimiento de la población. Marco normativo.

3.1. Introducción. El reto del envejecimiento de la población. ....	69
3.2. La población anciana mundial. Naciones Unidas.....	70
3.3. La población anciana europea. La Unión Europea. ....	83
3.4. La población anciana española. El Estado Español. ....	91
3.5. La población anciana canaria. La Comunidad Autónoma. ....	102

### Capítulo 4. Las causas del envejecimiento de la población.

4.1. Introducción. Un nuevo ciclo demográfico.....	113
4.2. La mortalidad.....	114
4.3. La natalidad y la fecundidad.....	117
4.4. Las migraciones. ....	121
4.5. El envejecimiento en el Estado Español.....	124
4.6. El envejecimiento en la Comunidad Canaria.....	128

### Capítulo 5. El orden de poder alzado sobre la edad y el sexo.

5.1. Introducción. Poder y sexo. ....	135
5.2. El poder ante las edades.....	136
5.3. El sexo del poder.....	139
5.4. La edad, el sexo y el poder.....	146
5.5. La violencia hacia las personas mayores.....	151

### Capítulo 6. El espacio público.

6.1. Introducción. La interrelación entre lo público y lo privado. ....	163
6.2. El contexto mundial de las generaciones de mayores.....	164
6.3. La trayectoria biográfica española. ....	165
6.4. Particularidades del caso canario en la trayectoria biográfica. ....	170
6.5. Lo público: el espacio de la producción y la política. ....	174
6.6. La educación formal en la construcción histórica de lo femenino y lo masculino.....	177
6.7. Femenino y masculino: el trabajo y el empleo. ....	184
6.8. Economía, empleo y jubilación. ....	191
6.9. La vivencia de la jubilación.....	195

### Capítulo 7. El espacio privado.

7.1. Introducción. Lo privado sostiene lo público. ....	209
7.2. La dominación sexo-género y la devaluación de lo femenino.....	210

7.3. El trabajo doméstico y de cuidado.....	212
7.4. Amor. ....	220
7.5. Conyugalidad.....	223
7.6. Maternidad y paternidad.....	229
7.7. Cuerpo, sexualidad y erotismo.....	233
7.8. Economía, trabajo y nido vacío. ....	240
<b>Capítulo 8.- Entorno familiar y vital.</b>	
8.1. Introducción. La plasticidad de la institución familiar. ....	245
8.2. La funcionalidad y la forma de la familia.....	245
8.3. La red de apoyo primario: la pareja. ....	253
8.4. La descendencia y el intercambio generacional. ....	257
8.5. La red amplia: amistad, vecindad y apoyo social. ....	264
8.6. La residencia.....	266
<b>Capítulo 9. Situación económica. Ocio y consumo.</b>	
9.1. Introducción. La estrecha relación entre vejez y pobreza.....	271
9.2. El Estado de Bienestar y la protección social. ....	272
9.3. El gasto en protección social y las pensiones en Europa.....	275
9.4. El gasto en protección social y las pensiones en el caso español. ....	280
9.5. Ingresos, prestaciones, servicios y ayudas adicionales.....	287
9.6. El consumo y el ahorro. ....	294
9.7. Tiempo libre y ocio.....	298
<b>Capítulo 10. Salud.</b>	
10.1. Introducción. El proceso de salud-enfermedad.....	307
10.2. Percepción del estado de salud y morbilidad.....	308
10.3. Hábitos saludables de vida.....	318
10.4. Las capacidades y la dependencia. ....	325
10.5. La hospitalización y la mortalidad.....	335
<b>Capítulo 11. Imágenes de la vejez.</b>	
11.1. Introducción. La vejez en el espejo de la sociedad.....	343
11.2. Vivencia e imágenes de la vejez. ....	343
11.3. La imagen de la vejez en los medios de comunicación. ....	347
11.4. Autopercepción. ....	351
11.5. Calidad de vida y satisfacción vital. ....	355
11.6 Los itinerarios de envejecimiento en Canarias. Componentes principales explicativos. ....	367
<b>12. Conclusiones.</b> .....	379
<b>Notas</b> .....	385
<b>Bibliografía.</b> .....	397
<b>Anexos.</b>	
I. Cuestionario.....	431
II. Maqueta muestral.....	451
III. Resultados de la Encuesta “Género y Tercera Edad en Canarias” .....	461

## ÍNDICE DE TABLAS I

### Explotación de la base muestral propia. Distribución de frecuencias porcentuales.

Tabla I. Tamaño muestral por isla.....	32
Tabla II. Selección aleatoria de municipios según tamaño del hábitat y tipología municipal.....	32
Tabla III. Características de la muestra por grupo de edad y sexo.....	35
Tabla IV. Situación laboral actual o previa a la jubilación.....	35
Tabla V. Participación electoral por sexo.....	148
Tabla VI. Acuerdo o desacuerdo con la frase “si hay tensiones en una pareja debe ceder la mujer” por sexo.....	150
Tabla VII. Tipo de maltrato por perpetrador/a en el seno de la familia.....	154
Tabla VIII. Discriminación por ser mayor, por grupo de edad y sexo.....	158
Tabla IX. Maltrato institucional por sexo.....	160
Tabla X. Actividad laboral por sexo.....	190
Tabla XI. Profesión que (las mujeres) habrían desempeñado.....	190
Tabla XII. Edad de jubilación por sexo.....	195
Tabla XIII. Significado de la jubilación por sexo.....	197
Tabla XIV. Autovaloración tras el retiro laboral por sexo.....	198
Tabla XV. Merma en la valoración de sí mismos/as tras el retiro por grupo de edad.....	198
Tabla XVI. Actividad actual por sexo.....	202
Tabla XVII. Es/fue la relación de pareja tal como imaginó antes de asumir el compromiso, por sexo.....	213
Tabla XVIII. Realiza o ha realizado trabajo doméstico por sexo.....	214
Tabla XIX. Número de horas dedicadas al trabajo doméstico, de aquellas personas que lo realizan o lo han realizado, por sexo.....	214
Tabla XX. Número de horas dedicadas al trabajo doméstico según dedicación a él, por sexo.....	215
Tabla XXI. Ha contado con la pareja, en el pasado y en el presente, para realizar las tareas domés- ticas, por sexo.....	215
Tabla XXII. Cuidado de los/as hijos/as pequeños como posible limitación en el desarrollo de pro- yectos personales.....	226
Tabla XXIII. Satisfacción en la convivencia por sexo.....	228
Tabla XXIV. Qué prima en la felicidad de un matrimonio por sexo.....	228
Tabla XXV. Mantienen relaciones sexuales en la actualidad, por sexo.....	238
Tabla XXVI. No mantiene relaciones sexuales en la actualidad por situación de pareja y sexo.....	238
Tabla XXVII. Satisfacción, en la actualidad, de las relaciones sexuales por sexo.....	238
Tabla XXVIII. Satisfacción de las relaciones sexuales, en el pasado, por sexo.....	239
Tabla XXIX. Cómo ha sido, de manera amplia, la vida sexual por sexo.....	239
Tabla XXX. Cuidado de los/as nietos/as por sexo.....	241
Tabla XXXI. Desarrolla más actividades recreativas o culturales que en el pasado, tras la marcha de sus hijos/as, por grupo de edad y sexo.....	242
Tabla XXXII. Valoración de cambios en los roles sexuales por sexo.....	252
Tabla XXXIII. Vivienda en la que residen por sexo.....	253
Tabla XXXIV. Pareja estable (matrimonio o cohabitación) por sexo.....	254
Tabla XXXV. Satisfacción en la convivencia de pareja por sexo.....	254
Tabla XXXVI. Grado de satisfacción con la convivencia en la relación principal (de pareja) por sexo....	255
Tabla XXXVII. Considera fundamental compartir este período de la vida con un compañero/a, por sexo.....	255
Tabla XXXVIII. Si enviudara se casaría de nuevo por sexo.....	255
Tabla XXXIX. Animales de compañía, por sexo.....	257
Tabla XL. Quién debe cuidar a las personas mayores dependientes, por sexo.....	260
Tabla XLI. Quién debe cuidarle cuando sea dependiente, por sexo.....	260

Tabla XLII. Frecuencia de visitas de las hijas por sexo.....	263
Tabla XLIII. Frecuencia de visitas de los hijos por sexo.....	263
Tabla XLIV. Frecuencia de llamada de las hijas por sexo.....	264
Tabla XLV. Frecuencia de llamada de los hijos por sexo.....	264
Tabla XLVI. Frecuencia de visitas de los/as vecinas/os por sexo.....	266
Tabla XLVII. Residencia por sexo.....	267
Tabla XLVIII. Accesibilidad de la vivienda.....	267
Tabla XLIX. Realiza personalmente las compras del hogar por sexo y grupo de edad.....	296
Tabla L. Personas con dependencia para Actividades Básicas e Instrumentales por sexo y realización de compras personalmente.....	296
Tabla LI. Lugar donde se realizan las compras por sexo.....	296
Tabla LII. Capacidad de ahorro, a lo largo de la vida y en la actualidad, por sexo.....	297
Tabla LIII. Tenencia de tarjetas de crédito y compra en grandes superficies por sexo.....	297
Tabla LIV. Ha dejado de adquirir bienes o servicios en los últimos 12 meses, por la subida de los precios, por sexo y grupo de edad.....	298
Tabla LV. Disposición de tiempo libre por sexo y grupo de edad.....	300
Tabla LVI. Sensación de aburrirse por sexo y edad.....	300
Tabla LVII. Actividades en el tiempo de ocio por sexo.....	300
Tabla LVIII. Práctica de comer fuera de casa por sexo.....	301
Tabla LIX. Salir acompañado/a de su pareja.....	301
Tabla LX. Horas promedio/día que se ve o escucha la televisión y radio por sexo.....	300
Tabla LXI. Programa favorito de televisión y radio por sexo.....	302
Tabla LXII. Actividades en el tiempo de ocio por sexo.....	302
Tabla LXIII. Frecuencia en la realización de ejercicio o deporte.....	303
Tabla LXIV. Proyecto en mente para realizar a corto plazo.....	303
Tabla LXXV. Estado de salud por grupo de edad y por sexo.....	309
Tabla LXXVI. Problemas de salud agudos declarados por sexo.....	310
Tabla LXXVII. Prevalencia de problemas de salud agudos declarados por edad y sexo.....	310
Tabla LXXVIII. Problemas de salud crónicos, declarados como diagnosticados por sexo.....	312
Tabla LXIX. Diez primeros problemas de salud diagnosticados declarados en mujeres, para todas las edades y por grupo de edad.....	313
Tabla LXX. Diez primeros problemas de salud diagnosticados declarados en hombres, para todas las edades y por grupo de edad.....	313
Tabla LXXI. Tratamiento médico por edad y sexo.....	314
Tabla LXXII. Coeficientes de correlación Phi y Gamma.....	315
Tabla LXXIII. Autopercepción del estado de salud por tratamiento médico por sexo.....	316
Tabla LXXIV. Autopercepción del estado de salud por merma en su autoestima y sexo.....	316
Tabla LXXV. Autopercepción del estado de salud por nivel de estudios y sexo.....	317
Tabla LXXVI. Consumo de alcohol por sexo y edad.....	321
Tabla LXXVII. Consumo de tabaco por sexo y edad.....	321
Tabla LXXVIII. Frecuencia de dieta sana por sexo y edad.....	323
Tabla LXXIX. Frecuencia de paseos, por sexo y edad.....	324
Tabla LXXX. Frecuencia con la que hace deporte por sexo y edad.....	324
Tabla LXXXI. Inicio de actividades físico-deportivas después de los 65 años, por sexo y edad.....	325
Tabla LXXXII. Dependencia para la realización de Actividades de la Vida Diaria, Básicas y/o Instrumentales, por grupo de edad.....	327
Tabla LXXXIII. Personas que presentan algún grado de dependencia para la realización de las AVD-B y AVD-I.....	329
Tabla LXXXIV. Personas de 65 y más años que no precisan ayuda para la realización de AVD-B y AVD-I.....	329
Tabla LXXXV. Valoración del trato recibido por personas dependientes respecto de su cuidador/a por sexo.....	332
Tabla LXXXVI. Personas de 65 años y más con alguna discapacidad por tamaño del hogar y sexo....	332



Tabla LXXXVII. Cómo piensa que son percibidos los/as mayores por la sociedad canaria, por sexo..	344
Tabla LXXXVIII. Significado de las canas y las arrugas por sexo.....	347
Tabla LXXXIX. Cree que el envejecimiento lo llevan mejor los hombres o las mujeres, por sexo y grupo de edad.....	347
Tabla XC. Identificación con las personas ancianas. ....	353
Tabla XCI. Se siente orgulloso/a de ser mayor. ....	353
Tabla XCII. Cree que las personas mayores en la sociedad canaria están bien valoradas.....	355
Tabla XCIII. Acuerdo o desacuerdo con la frase “las personas jóvenes no respetan a las personas mayores” por sexo. ....	356
Tabla XCIV. Confesión religiosa por sexo.....	358
Tabla XCV. Colaboración o participación en asociaciones. ....	358
Tabla XCVI. Papel que desempeña en la asociación en la que participa por sexo.....	359
Tabla XCVII. Prestaría algún servicio a la comunidad como voluntario/a, por sexo y grupo de edad..	359
Tabla XCVIII. Valoración de los servicios que prestan los Servicios Sociales por isla y sexo.....	359
Tabla XCIX. Valoración de los servicios que prestan el Centro de Salud por isla y sexo.....	360
Tabla C. Le parecen adecuados los servicios que presta la Administración municipal. ....	360
Tabla CI. Qué le produce o produciría, hoy por hoy, más satisfacción por sexo.....	363
Tabla CII.Cuál es su principal preocupación por sexo.....	364
Tabla CIII. Suele usted tener frecuentemente intensas ganas de vivir por sexo y grupo de edad. ....	364
Tabla CIV. Actitudes y sentimientos por sexo y grupo de edad de 65 a 74. ....	365
Tabla CV. Actitudes y sentimientos por sexo y grupo de edad de 75 a 84. ....	365
Tabla CVI. Actitudes y sentimientos por sexo y grupo de edad de 85 y más años.....	365
Tabla CVII. Correlaciones actitudes y sentimientos por sexo (Índice Gamma).....	366
Tabla CVIII. Sentimiento de felicidad por valoración de esta etapa, por grupo de edad y sexo. ....	366
Tabla CIX. Centros iniciales de los conglomerados. ....	367
Tabla CX. Historial de iteraciones(a).....	367
Tabla CXI. Itinerarios de envejecimiento. ....	367
Tabla CXII. Variables utilizadas en el Análisis Factorial.....	370
Tabla CXIII. Índice KMO y test de Bartlett.....	371
Tabla CXIV. Coeficientes de Medidas de adecuación muestral.....	371
Tabla CXV. Método de extracción: Análisis de Componentes principales.....	372
Tabla CXVI. Varianza total explicada por los 9 Componentes principales extraídos. ....	373
Tabla CXVII. Matriz de componentes principales no rotados.....	374
Tabla CXVIII. Matriz de componentes rotados.....	375

**ÍNDICE DE TABLAS II****Explotación de datos secundarios.**

Tabla 1. Evolución de la edad media de entrada en la jubilación, 2006-2008.....	45
Tabla 2. Tasa de actividad de los/as mayores en Europa, 2007. ....	45
Tabla 3. Fecundidad total en el mundo, 2007. ....	71
Tabla 4. Población mundial de sesenta años y más, 2006-2050. ....	72
Tabla 5. Esperanza de vida saludable al nacer, España 1995-2003. ....	82
Tabla 6. Tasas de Fecundidad, Unión Europea 1976-2006.....	85
Tabla 7. Esperanza de vida al nacer y valor del IDH, Unión Europea 2002-2005. ....	86
Tabla 8. Esperanza de vida al nacer por sexo, Unión Europea 2005. ....	87
Tabla 9. Evolución de la distribución porcentual de la población por grupos de edad y sexo, 2000-2007.....	93
Tabla 10. Evolución del número de pensiones en vigor por clases 2000-2008. ....	96
Tabla 11. Evolución de la pensión media por clase 2000-2008.....	97
Tabla 12. Número y cuantía media de las pensiones en vigor de jubilación y viudedad, por sexo y grupo de edad, 2008.....	98
Tabla 13. Números de PNC e importe, 2008. ....	98
Tabla 14. Evolución de la población mayor en Canarias por grupos de edad, 1970-2007.....	102
Tabla 15. Índice de cobertura de atención sociosanitaria, 2005.....	107
Tabla 16. Población bajo el umbral de la pobreza. Pobreza moderada y severa, 2004. ....	107
Tabla 17. Movimiento natural de la población española 2001. ....	114
Tabla 18. Tasa Estandarizada de Mortalidad por causa de muerte, 2007. ....	116
Tabla 19. Tasa Estandarizada de Mortalidad en Canarias por sexo y edad media, 2001.....	117
Tabla 20. Relación entre el número de mujeres y número de hombres por grupo de edad. ....	117
Tabla 21. Tasa bruta de natalidad en las provincias canarias, 1975-2005.....	118
Tabla 22. Evolución de la Tasa de fecundidad por grupos de edad, 1975-2006.....	119
Tabla 23. Indicador coyuntural de fecundidad por Comunidades Autónomas, 2000-2006.....	120
Tabla 24. Tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), España 1993-2007.....	120
Tabla 25. Población española/extranjera por grupo de edad y procedencia, 2008. ....	122
Tabla 26. Movimiento natural de la población nacional y extranjera, 2002.....	122
Tabla 27. Saldos migratorios interiores e impacto en las distintas Comunidades Autónomas, 1996- 2001. ....	123
Tabla 28. Población por lugar de nacimiento y sexo. Canarias, 2008. ....	124
Tabla 29. Personas con discapacidad por grupos de edad, 1999-2008. ....	125
Tabla 30. Evolución de la población mayor de 65 años. España, 1900-2050.....	126
Tabla 31. Proyección de la población española a 2060. Escenario 1.....	126
Tabla 32. Población por islas, números absolutos y porcentajes. Canarias, 1986-2006.....	129
Tabla 33. Población de derecho por grandes grupos de edad. Canarias, 1991-2001.....	130
Tabla 34. Índices de juventud y envejecimiento, 1991-2007.....	130
Tabla 35. Personas de sesenta y cinco años y más según grupos de edad por islas, números absolutos y porcentajes. Canarias 2001.....	131
Tabla 36. Personas de sesenta y cinco años y más residentes en Canarias, clasificada por lugar de nacimiento, grupo de edad y sexo, 2001.....	131
Tabla 37. Población de 65 años y más por sexo y relación con la actividad, 2001. ....	147
Tabla 38. Órganos legislativos, presencia de mujeres y personas mayores, 2005.....	148
Tabla 39. Órganos legislativos, presencia de mujeres y personas mayores, 2008.....	148
Tabla 40. Delitos y faltas conocidas contra las personas, España 2005-2006.....	153
Tabla 41. Personas mayores maltratadas en la familia, España 2000-2003.....	153
Tabla 42. Frecuencia del trato y atención que reciben las personas mayores grancanarias dependientes, 2005.....	154

Tabla 43. Denuncias por malos tratos producidos por la pareja o ex-pareja por sexo y grupos de edad, 2002-2005. ....	156
Tabla 44. Víctimas y agresores en la violencia doméstica por sexo y grupo de edad, 2001-2007. ....	157
Tabla 45. Personas de 50 a 69 años, según años trabajados a lo largo de su vida laboral, por sexo y grupo de edad. Resultados nacionales, 2006 .....	168
Tabla 46. Tasas de actividad, ocupados/as y tasa de paro por sexo, 2005-2007. ....	170
Tabla 47. Población, residente en Canarias, por viviendas familiares de 16 años y más clasificada por relación con la actividad económica, según grupo de edad y sexo, 2001. ....	173
Tabla 48. Población asalariada según sexo y tipo de contrato por principales características demográficas, Canarias, 2007. ....	176
Tabla 49. Evolución de las mujeres en el alumnado universitario, 1940-1986. ....	180
Tabla 50. Población, residente en Canarias, por viviendas familiares, de 65 años y más clasificada por nivel de estudios, según grupo de edad y sexo, 2001. ....	180
Tabla 51. Población mayor de 65 años con titulación universitaria, 2001. ....	181
Tabla 52. Población residente en Canarias, por viviendas familiares de 16 años y más con nivel de estudios clasificada por tipo de estudio profesional, según grupo de edad y sexo, 2001. ....	182
Tabla 53. Estudiantes de las Universidades Canarias, de primer y segundo ciclo, matriculados/as por rama de enseñanza y sexo. Curso 2006-2007. ....	183
Tabla 54. Alumnos/as graduados/as en las Universidades Canarias, por rama de enseñanza y sexo. Curso 2006-2007. ....	183
Tabla 55. Población, en viviendas familiares, ocupada de 16 años y más por actividad según sexo y edad, 2001. ....	189
Tabla 56. Personas de 50 a 69 años, según años trabajados a lo largo de su vida laboral, por sexo y grupo de edad. España, 2006. ....	193
Tabla 57. Evolución de la tasa de actividad, paro y empleo para el grupo de 55 años y más, Canarias 1995-2002. ....	194
Tabla 58. Población, residente en Canarias, en viviendas familiares de 65 años y más clasificados por relación con la actividad económica, según grupo de edad y sexo, 2001. ....	195
Tabla 59. Suicidios según edad y sexo, por provincias. Canarias, 1998-2002. ....	201
Tabla 60. Porcentaje de personas que realizan la actividad relacionada con el estudio en el transcurso del día y duración media diaria dedicada a dicha actividad. España, 2002-2003. ....	203
Tabla 61. Porcentaje de personas que realizan la actividad relacionada con el hogar y la familia en el transcurso del día y duración media diaria dedicada a dicha actividad. España, 2002-2003. ....	217
Tabla 62. Porcentaje de personas que han prestado ayuda a otros hogares en las cuatro últimas semanas y actividades de ayuda por sexo. España, 2002-2003. ....	219
Tabla 63. Población de 18 y más años clasificada por estado civil, según sexo y edad. Canarias, 2001. ....	226
Tabla 64. Identificación de obstáculos para la vida profesional. España, 2006. ....	227
Tabla 65. Haber tenido hijos le ha supuesto o le supuso algún cambio en su vida profesional, tal como... España, 2006. ....	227
Tabla 66. Población de 18 y más años clasificada por nivel de estudios, según estado civil y sexo, 2001. ....	229
Tabla 67. Familias monoparentales según estado civil de la persona de referencia. España, 2007. ....	232
Tabla 68. Tasa neta de escolarización en educación infantil (3 años), Cursos 1991/92, 2001-02 y 2003/04. España. ....	232
Tabla 69. Edad media en la que comenzó a mantener relaciones sexuales. Población canaria de 16 años y más, 2004. ....	236
Tabla 70. Práctica de relaciones sexuales. Población canaria de 16 y más años, 2004. ....	238
Tabla 71. Tamaño del hogar. España 1991-2005. ....	249
Tabla 72. Tamaño medio del hogar según número de personas por islas. Canarias. 1991- 2001. ....	249
Tabla 73. Tamaño del hogar, por edad de la persona de referencia, en grandes grupos de edad y sexo. Canarias, 2001. ....	250

Tabla 74. Personas casadas de 65 años y más por sexo, 2001. ....	253
Tabla 75. Mayores que viven solos/as y tasas de soledad por sexo y edad. Canarias. Canarias, 2001. .	254
Tabla 76. Ruptura matrimonial. Canarias, 2003. ....	255
Tabla 77. Población según clase de vivienda (familiar o colectiva). Canarias, 2001. ....	259
Tabla 78. Tamaño del hogar, por estado civil y sexo de la persona de referencia en el grupo de edad de 65 años y más. Canarias, 2001. ....	262
Tabla 79. Régimen de tenencia de la vivienda principal de los mayores. Canarias, 2001. ....	267
Tabla 80. Población según tamaño municipal y grupos de edad. Canarias, 2003. ....	268
Tabla 81. Gasto en protección social como porcentaje del PIB. Unión Europea, 1994-2005. ....	276
Tabla 82. Gasto en pensiones. Unión Europea, 1993-2005. ....	278
Tabla 83. Tasa de riesgo de pobreza entre las personas de 65 años y más (%). Unión Europea-España, 2008. ....	280
Tabla 84. Tasa de riesgo de pobreza en la Unión Europea, 2006. ....	280
Tabla 85. Convergencia real España-UE. Desagregación del gasto social por 100 habitantes (miles de PCC del euro corriente). Niveles y relación España/UE 15 y UE 25. 1960-2003. ....	283
Tabla 86. Personas bajo Protección Social. España, 2008. ....	284
Tabla 87. Evolución de la edad media de entrada en la jubilación. España, 2006-2008. ....	284
Tabla 88. Afiliación de trabajadores/as al Sistema de la Seguridad Social. España 1998-2008. ....	285
Tabla 89. Superávit de la Seguridad Social (en porcentaje del PIB). España 1999-2007. ....	286
Tabla 90. Pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social. Pensiones e importe medio y pensionistas por sexo, media anual (en miles). España, 2006. ....	288
Tabla 91. Pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social. Importe de pensiones mínimas por clase (con IPC previsto) para titulares con 65 años. España, 2008. ....	289
Tabla 92. Número e importe total nacional y autonómico de las pensiones contributivas, en euros/mes, 2006. ....	289
Tabla 93. Importe medio nacional y autonómico de las pensiones contributivas, según clase, en euros/mes. Media anual, 2006. ....	289
Tabla 94. Importe medio nacional y autonómico de las pensiones no contributivas, según clase, en euros/mes, 2005-2008. ....	290
Tabla 95. Perfil del pensionista perceptor/a de PNC por grupo de edad y sexo. España, 2008. ....	290
Tabla 96. Beneficiarios/as de prestaciones no contributivas e importe medio, por modalidad y clase, media anual. España, 2006. ....	291
Tabla 97. Distribución de la población española en la pobreza desglosada por edad y sexo, 2007. ....	292
Tabla 98. Ingreso nacional y autonómico neto anual medio, 2006. ....	292
Tabla 99. Gasto total, medio por hogar y por persona, por sexo y edad del sustentador principal. España, 2006. ....	295
Tabla 100. Dedicación del tiempo libre a disfrutar de la familia. Canarias, 2007. ....	301
Tabla 101. Autovaloración del estado de salud en el momento de la encuesta. Población canaria de 16 años y más por sexo y grupo de edad, 2004. ....	308
Tabla 102. Prevalencia de enfermedades crónicas. Principales problemas de salud. Población canaria de 16 años y más por sexo y grupo de edad, 2004. ....	311
Tabla 103. Autovaloración del estado de salud mental. Posibles casos psiquiátricos. Población canaria de 11 años y más, 2004. ....	318
Tabla 104. Tasas de mortalidad según sexo y edad por 100.000 habitantes. Canarias, 2004. ....	319
Tabla 105. Consumo de alcohol según frecuencia de consumo. Población canaria de 16 años y más, 2004. ....	320
Tabla 106. Población canaria fumadora de 16 años y más, 2004. ....	321
Tabla 107. Índice de masa corporal: clasificación. Población canaria de 16 años y más, 2004. ....	322
Tabla 108. Tipo de actividad física realizada en el tiempo libre. Población canaria de 2 y más años, 2004. ....	323
Tabla 109. Tipo de actividad física en el trabajo, estudio o labores del hogar. Población canaria de 16 años y más, 2004. ....	324

Tabla 110. Personas con discapacidad por Comunidades Autónomas, todas las edades y mayores de 65 años. Proporción de personas mayores de 65 años con discapacidad respecto al total de personas discapacitadas, 2006. ....	326
Tabla 111. Proporción de personas mayores de 65 años con discapacidad respecto al total de personas ancianas, por sexo y Comunidades Autónomas, 2006. ....	326
Tabla 112. Personas mayores de 65 años según grados de discapacidad. España, 2006. ....	327
Tabla 113. Personas de 65 y más años por sexo, grupo de discapacidad, tipo de indicador. Canarias, 1999. ....	328
Tabla 114. Personas con alguna discapacidad que reciben ayudas de asistencia personal según grupos de edad, por relación con el cuidador principal y sexo. Canarias, 1999. ....	330
Tabla 115. Personas con alguna discapacidad que reciben ayuda asistencial personal por sexo y horas de dedicación a la semana de/la cuidador/a. Canarias, 1999. ....	330
Tabla 116. Personas de 65 años y más con alguna discapacidad por tamaño hogar y sexo, Canarias, 1999. ....	332
Tabla 117. Servicio de ayuda a domicilio para la población mayor de 65 años. Canarias, 2006. ....	333
Tabla 118. Número de usuarios/as de los Servicios Sociales, 2005. ....	334
Tabla 119. Centros Residenciales por Comunidad Autónoma y número de plazas, 2001. ....	335
Tabla 120. Enfermos/as dados de alta por grupo de edad y sexo. Canarias, 2001. ....	336
Tabla 121. Defunciones y tasas por edad y sexo por 100.000 habitantes, Canarias, 2006. ....	337
Tabla 122. Mortalidad proporcional por sexo y causa de muerte (grandes grupos CIE-10) de las personas de 65 años y más. Canarias, 2006. ....	338

## ÍNDICE DE GRÁFICAS III.

### Explotación de datos secundarios.

Gráfica 1. Pirámide de la población mundial, 1998.....	73
Gráfica 2. Pirámide de la población mundial, proyección 2050.....	74
Gráfica 3. Tasa de dependencia. UE-27, 1997-2007.....	84
Gráfica 4. Pirámide de la población española, 2001.....	92
Gráfica 5. Pirámide de la población española, proyección 2050.....	92
Gráfica 6. Estructura de la población proyectada según sexo y grupos de edad Canarias 2004-2019... ..	103
Gráfica 7.- Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil, 1975-2007. ....	115
Gráfica 8.- Evolución de la Tasa Bruta de Mortalidad, 1975-2007. ....	115
Gráfica 9. Evolución de la Tasa Bruta de Natalidad, 1975-2007.....	118
Gráfica 10. Evolución de la población por grupos de edad, 1991-2001.....	125
Gráfica 11. Índice de envejecimiento, 2001.....	127
Gráfica 12. Evolución de la Tasa de dependencia de los adultos nativos mayores de 64 años por ocupado, 1988-2006. ....	128
Gráfica 13. Índice de crecimiento de la población proyectada, según grupos de edad. Canarias, 1996-2011.....	129
Gráfica 14. Personas de más de sesenta y cinco años por grupos de edad y sexo. Canarias 2008. ....	130
Gráfica 15. Participación de la Población de Canarias en asociaciones, 2007. ....	149
Gráfica 16. Tasa de actividad por sexo. Canarias 2005-2007. ....	175
Gráfica 17. Mujeres en puestos de alta responsabilidad en las empresas españolas, 2008.....	188
Gráfica 18. Número de suicidios por grupo de edad y sexo, 2006. ....	200
Gráfica 19. Población canaria de 65 años y más ocupada por grupo de edad y sexo, 2001.....	200
Gráfica 20. Evolución del número de estudiantes de “Peritia y Doctrina” por curso académico, 2000-2007.....	204
Gráfica 21. Disposición del tiempo libre de la población. Canarias, 2004.....	299

## ÍNDICE DE GRÁFICAS IV.

### Explotación de la base muestral propia

Gráfica I. Disposición a prestar algún servicio a la comunidad como voluntario/a. ....	202
Gráfica II. Aspectos que no se han obtenido de la pareja por sexo.....	222
Gráfica III. Percepción del apoyo y afecto recibido por los/as hijos/as, por sexo y estado civil.....	231
Gráfica IV. Relaciones familiares satisfactorias por sexo.....	251
Gráfica V. Acontecimiento más estresante de su vida, por sexo.....	256
Gráfica VI. Actuación como elemento de unión en la familia por sexo.....	261
Gráfica VII. Frecuencia de visitas de los/as hijos/as por sexo y estado civil.....	263
Gráfica VIII. Sus ingresos le permiten llegar a final de mes, por sexo.....	297
Gráfica IX. Estilo de vestir por sexo.....	345
Gráfica X. Cree que en la televisión se abordan suficientemente temas que interesan y preocupan a las personas mayores, por sexo.....	349
Gráfica XI. Persona (conocida) que usted admire.....	350
Gráfica XII. Se siente viejo/a por sexo.....	352
Gráfica XIII. Posición ideológica.....	357
Gráfica XIV. Acuerdo o desacuerdo con diversas prácticas por sexo.....	357
Gráfica XV. Para sus desplazamientos conduce su vehículo, por sexo.....	361
Gráfica XVI. Percepción de seguridad en el municipio por Isla.....	361
Gráfica XVII. Acuerdo o desacuerdo con la frase “la sociedad actual es mejor que la de antes”.....	362
Gráfica XVIII. Si volviera a nacer qué cambiaría en su vida.....	362
Gráfica XIX. Grupo satisfecho.....	368
Gráfica XX. Grupo de continuidad.....	368
Gráfica XXI. Grupo de adaptación.....	369
Gráfica XXII. Grupo abatido.....	369

## **CAPÍTULO 1**

### **INTRODUCCIÓN**



## CAPÍTULO 1

### INTRODUCCIÓN

Hasta la segunda mitad del siglo XX, las Ciencias Sociales abordaron los aspectos que atañen a la humanidad con una visión androcéntrica considerando a su mitad masculina como el referente válido para el conocimiento de una realidad que incluye a ambos sexos. De este modo, la Historia, relatada por varones, ha ocultado hasta fechas recientes la contribución de las mujeres a la supervivencia, la perpetuación del orden sociocultural y las transformaciones sociales. A propósito de este deliberado ocultamiento LERNER (1990: 21) mantiene que “las mujeres han hecho historia, aunque se les haya impedido conocer su Historia e interpretar tanto la suya propia como la de los hombres”.

Así mismo, la Economía, centrada en las actividades productivas, ha invisibilizado el trabajo reproductivo, biológico y social, que se desarrolla en el ámbito privado. Por ello, frente a la consideración formulada por SAMPEDRO y CORTIÑA (1975: 75), que en el estudio de la estructura económica, definen como una unidad de significación “la economía de mercado, la propiedad privada y el liberalismo político”, DURÁN (1987: 140), jugando a dibujar paralelismos, considera una unidad de significación “el trabajo doméstico, la ideología patriarcal y el olvido de la función productiva de la familia en la literatura económica”.

La Filosofía, pretendidamente universal y neutra, ha estado reservada al pensamiento masculino. En este caso, ha sido AMORÓS (1991: 27) quien ha puesto de manifiesto un sesgo androcéntrico que ha reservado al varón “la capacidad de elevarse a la autoconciencia”. La Antropología no estudia hasta los años setenta cómo la naturaleza y la experiencia de mujeres y hombres se moldean social y culturalmente (ATKINSON, 1982).

Las Ciencias Naturales tampoco han sido ajenas a semejante tratamiento. La Medicina, por ejemplo,

ha estudiado preferentemente los problemas de salud en poblaciones masculinas, sin considerar las especificidades del cuerpo de la mujer que no fueran las meramente reproductivas. NORTHROP (1999: 40) afirma que “si nuestra cultura está totalmente regida por el padre, nuestra visión del cuerpo femenino e incluso nuestro sistema médico también siguen leyes de orientación masculina”.

DUBY y PERROT (1991: 8) han señalado, en cambio, que la debilidad de informaciones concretas y circunstanciales sobre las mujeres contrasta con la sobreabundancia de imágenes y discursos que, desde la Antigüedad hasta nuestros días, apuntan a una profusión proporcional a su retiro efectivo. Juristas, médicos, filósofos, teólogos, pedagogos han expuesto su interpretación acerca de qué o cómo son las mujeres, qué deben hacer y cuáles son sus derechos y obligaciones.

La Sociología no ha permanecido al margen del androcentrismo<sup>3</sup>. GARCÍA DE CORTÁZAR (1996: 13) señala que “las mujeres han sido ignoradas en los análisis sociales, con excepción de la Sociología de la familia, refugio que las ha acogido como actores inevitablemente relevantes”. Si bien es BOURDIEU (2005: 22) quien subraya que “la fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla. El orden social funciona como una inmensa maquinaria simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya: es la distribución sexual del trabajo”, en una distribución muy estricta de las actividades, de los espacios y de los tiempos.

El orden social funciona como una inmensa maquinaria simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya: es la división sexual

del trabajo, distribución muy estricta de las actividades asignadas a cada uno de los dos sexos”, de los espacios y de los tiempos.

La lógica de una sociedad heredera del patriarcado ha impedido que la mujer ocupara, hasta las décadas ochenta y noventa, un lugar como sujeto en la ciencia y en la comunidad científica. Desde entonces, prácticamente todas las disciplinas científicas han sido revisadas para ampliar el foco e incluir la especificidad de la mujer y lo femenino. Como subraya BENERÍA (2003: 23) “el gran aumento de los estudios feministas en los últimos treinta años ha tenido un impacto indiscutible en las diversas disciplinas. Dicho impacto ha dado lugar a numerosas preguntas consideradas con frecuencia problemáticas, fuera de lugar, arriesgadas o molestas. Las definiciones tradicionales se han visto cuestionadas y se han extendido los límites del conocimiento, interpelando y trabajando los temas de género antes excluidos de las teorías aceptadas”.

Los avances analíticos de la realidad sexual y las sucesivas conquistas laborales o políticas llevadas a cabo por las mujeres en las sociedades contemporáneas no han supuesto, sin embargo, el desplazamiento de la centralidad de los varones y lo masculino en la sociedad. Androcentrismo que se une, en la actualidad, a la centralidad de los jóvenes en la escena social.

Desde finales del siglo XIX, tras la Revolución Industrial y el consiguiente crecimiento de las urbes, la juventud occidental, heredera del Romanticismo, creó el mito del joven iconoclasta y bohemio (NAVARRO, 2001). La Comuna de París en 1870 fue el punto de partida para la adopción de nuevas actitudes políticas y artísticas que culminaron en las vanguardias con jóvenes deseosos de cambiar su destino y el del mundo. La liberalización de las costumbres y las modas creó también una juventud inquieta y ociosa cuyo máximo exponente fue el de los felices años veinte en Europa y Estados Unidos, que tendría que aguardar a los años cincuenta para protagonizar una nueva revolución de la mano del cine y la música, particularmente del “rock and roll”.

Del protagonismo de la juventud se hizo eco, a principios del siglo XX, ORTEGA Y GASSET (1984: 270), anticipando la actual sobreidentificación de la sociedad con ese período de la vida al afirmar que:

“No hay duda que nuestro tiempo es tiempo de jóvenes. El péndulo de la historia, siempre inquieto, asciende ahora por el cuadrante de la mocedad. El nuevo estilo de vida ha comenzado no hace mucho, y ocurre que la generación próxima ya a los cuarenta años ha sido una de las más infortunadas que ha existido. Porque cuando era joven reinaban todavía en Europa los viejos, y ahora que ha entrado en la madurez encuentra que se ha transferido el imperio a la mocedad”.

El sempiterno temor a la vejez, antesala de la muerte, impulsa ese imperio cedido a la mocedad, pero en la actualidad más que en ningún tiempo histórico precedente, reina tal imperio sobre la base del culto a la juventud. La estética que dictan los omnipotentes medios de comunicación, la publicidad o el cine es una prueba de la centralidad de los/as jóvenes que han desplazado a las personas mayores hacia los rincones del desdén. Desprecio que se maximiza en relación a las mujeres, para las que el paso del tiempo parece actuar como un enemigo más atroz.

ARBER y GINN (1996: 21) arrojan luz sobre los motivos por los que la Sociología ha prestado escasa atención al envejecimiento, y consiguientemente, a la posible existencia de una vivencia diferencial, en este período de la vida, para los hombres y las mujeres, al asegurar que “hay cierto paralelismo entre el desinterés de la Sociología por el género hasta los años 70 y el que se muestra por el envejecimiento. Ambos nacen de la preocupación de la Sociología clásica por el trabajo asalariado, la formación y la lucha de clases a expensas del período de vida que queda fuera de los límites de la economía formal”.

El envejecimiento de las sociedades en general, y particularmente el coste de su sostenimiento con cargo al gasto público, está cambiando el signo y estimulando cada vez más el interés por esta última fase de la vida (SEIDMANN, 1976; PRESTON, 1984; JOHNSON y FALKINGHAM, 1992; THÉRET, 1994; HERCE y PÉREZ DÍAZ, 1995; BLANES, ET AL, 1996; FERNÁNDEZ CORDÓN, 1996; ALVARADO PÉREZ, 1998; CASTELLS y BOSCH, 1998; MORAGAS ET AL, 1999; BOLDRIN ET AL, 1999; ADELANTADO ET AL, 2000; HERCE, 2001; ESPING-ANDERSEN, 2002; JIMENO, 2002).

La ratio de dependencia que relaciona activos e inactivos es, a consecuencia de las bajas tasas de

fertilidad en los países del Norte, cada vez menor y la alternativa de la inmigración se presenta como solución poco atractiva, tanto por el elevado número de efectivos poblacionales que reclama -que según estimaciones de Naciones Unidas (2000) sería de unos 12 millones de personas para España desde inicios de siglo hasta 2050-, como por los variados e inevitables tintes opináticos que comporta.

Es empero la relación ocupados/pensionistas la que más preocupación genera, puesto que la población desempleada e infanto-juvenil es potencialmente activa a corto, medio o largo plazo, mientras que la población mayor no sólo no lo será, sino que será dependiente por períodos cada vez más dilatados de tiempo a medida que se refuerce la tendencia al incremento de la esperanza de vida.

El progresivo envejecimiento de la población, esto es, la revolución de la longevidad, junto a otra revolución silenciosa, la del acceso generalizado de las mujeres a los espacios reservados tradicionalmente a los hombres, se produjeron en el siglo XX con unos efectos apenas perceptibles entonces pero que pueden influir decisivamente en un cambio social que signifique el desplazamiento de los jóvenes del centro de la escena en el presente siglo.

La prolongación de la esperanza de vida posibilita que cada vez más personas lleguen a edades avanzadas con potencialidades físicas e intelectuales de las que no se disponían en el pasado, lo que conducirá necesariamente a la creación de nuevos modelos de vida para las personas mayores, y particularmente para las mujeres que, debido a los intensos y vertiginosos cambios socioculturales experimentados en su condición y situación, en las últimas tres décadas, comienzan a conocer a estas edades nuevas posibilidades de autorrealización.

Se parte, por ello, en esta investigación de la idea de que en la actualidad los estereotipos simplifican la percepción social y a menudo deforman la realidad, de modo que sus efectos, perversos para la ancianidad, operan igualmente en relación al sexo. MIRANDA (1989) expresa esta idea cuando dice que en nuestro entorno cultural la vejez se define como carencia, en tanto que ha desaparecido la capacidad de procrearse y la posibilidad de trabajar, roles centrales que la sociedad atribuye respectivamente a mujeres y a hombres. El “nido vacío” en el caso de las mujeres -aunque puede afectar a ambos

sexos- y la jubilación en el de los hombres parecen ser los momentos decisivos que vacían de sentido las vidas de estas personas.

Dado que la atención prestada al envejecimiento de las mujeres ha sido escasa, consecuentemente la teorización del “nido vacío”, que aparece como una etapa del curso vital de familia, lo ha sido también (DUVALL, 1971; DEL CAMPO, 1981; SERRA DESFILIS ET AL, 1988); lo cual contrasta claramente con la profusa literatura sobre la jubilación (GOUDY, POWERS y KEITH, 1975; MORAGAS, 1989; GUILLEMARD, 1991; ROCARD, 1994; BERJANO y LLOPIS, 1996; PÈNE, 1997; ESTEVE SEGARRA, 1999; RIERA, 1999; AGULLÓ, 2001; PRIETO RODRÍGUEZ ET AL, 2001; BAZO ROYO, 2001; BOLDRIN, 2001; GARRIDO MEDINA, 2005).

En la lógica de una sociedad productivista, para la que el consumismo se traduce en estatus, se entiende el abandono del trabajo como la modificación del curso cotidiano de la vida, la reestructuración del campo social y los contactos familiares, la modificación de la economía personal, el desplazamiento de los compromisos e intereses personales del mundo del trabajo al tiempo libre. Una lógica en la que a la mujer se le considera “eufemísticamente” inactiva.

El nido vacío, sin embargo, podría ser entendido como la versión femenina de la jubilación, al menos para aquellas mujeres que no han tenido trabajo remunerado, puesto que han dedicado su vida a prestar sus servicios a los miembros de la familia y con la desaparición de éstos, por emancipación, también se pueden ver abocadas a la modificación del curso cotidiano de la vida. Las diferencias empero son evidentes pues no se percibe retribución dineraria en el ámbito de la reproducción, ni las tareas domésticas tienen una edad de retiro legal, por ejemplo.

La extraordinaria revolución de la longevidad y la transformación social emprendida por las mujeres en el siglo pasado fueron fenómenos que no pasaron inadvertidos para las Ciencias Sociales a pesar de su atención preferente por los aspectos relacionados con el ámbito del trabajo y la productividad. Desde los años treinta, y particularmente desde los cincuenta, y en España ya bien entrada la década de los noventa, se ha asistido a un gran desarrollo de los estudios sobre el envejecimiento. La bibliografía es muy amplia y desde sus inicios se ha abordado esta materia desde los más diversos aspectos, que

sin ánimo de acotar exhaustivamente, incluye desde la Medicina (ANDERSON y COWAN, 1955; WILLIAMS, 1964) hasta la Psicología (SCHAIE, ROSENTHAL y PERLMAN, 1953; WECHSLER, 1956; KENT, 1956; BIRREN y SCHAIE, 1991; LEHR, 1995), pasando por la Historia (MINOIS, 1987; SÁNCHEZ GRANJEL, 1991; ALBA, 1992), la Antropología (SAN ROMÁN, 1990; FERICGLA, 1992), la Demografía (DEL CAMPO, 1981; PÉREZ DÍAZ, 1996; WALLACE, 2000) o la Sociología (CUMMING y HENRY, 1961; HAVIGHURST, 1963; PAILLAT, 1971; GUILLEMARD, 1981; CASALS, 1982; BINSTOCK y GEORGE, 1990; BAZO ROYO, 1990), entre otras.

Los “Estudios de las Mujeres”, nacidos en las universidades de Estados Unidos y Europa casi simultáneamente a finales de los sesenta, lo hicieron con la finalidad de evidenciar la “sexuación del saber” (BALLARÍN, 1994: 97). Inicialmente encontraron una fuerte resistencia pues, a la secular visión androcéntrica, se sumó la siempre presente preocupación por demostrar el estatuto de científicidad, neutralidad y objetividad de las Ciencias Sociales para equipararse a las Naturales. Dar cabida a los estudios de mujeres parecía suponer aceptar la ideologización. Hubo que esperar a que fuera admitida como inevitable la intervención de factores sociales, psicológicos e ideológicos, no sólo en la formulación sino en la validación de hipótesis y teorías en todo tipo de Ciencias, para que los Estudios de las Mujeres, denominados también estudios feministas, de género o sobre las mujeres, fueran reconocidos e iniciaran un proceso de institucionalización. Un proceso que se inició en España con la transición democrática y discurrió paralelamente a la emergencia pública del feminismo. La repercusión inicial de tales estudios no fue la misma que en otros países, pero al igual que en ellos se asociaron “el espíritu crítico respecto a comportamientos sociales que se rechazan y el deseo de aunar lo político, lo personal y lo académico (ALBERDI y GARCÍA DE LEÓN, 1996: 408).

En los inicios de la década de los ochenta prácticamente todas las disciplinas académicas habían sido revisadas con una mirada no androcéntrica (EVANS, 1998). De modo que, sin tratar de ser exhaustiva, se puede decir que se revisó desde la Medicina (TRYPUC, 1988; VERBRUGGE, 1985) a la Psicología (CHODOROW, 1978; ZIMMERMAN y WEST, 1975), pasando por la Filosofía (AMORÓS, 1985;

BENHABIB y CORNELL, 1990, VARCÁLCEL, 1991; BUTLER, 2001, FRASER, 2006), la Historia (LERNER, 1990; DUBY y PERROT, 1991; NASH, 1984), la Antropología (OTNER, 1974; LAMAS, 1986; JULIANO, 1998), la Economía (CARRASCO, 1991; BOSERUP, 1993; NELSON, 1996) o la Sociología (DURÁN, 1972; FALCÓN, 1969; ALBERDI, 1979), entre otras disciplinas.

Este nuevo paradigma dispone de elementos teóricos y herramientas prácticas para analizar la construcción sexual de la realidad y las relaciones entre personas de distinto sexo con una nueva mirada que focaliza las relaciones de poder entre hombres y mujeres. A la teoría de género, basada en la identidad sexual o genérica se le ha reconocido, respecto de otras lecturas feministas, cierta voluntad reconciliadora, en tanto que trabajar la feminidad o la masculinidad permite identificar corsés impuestos culturalmente que limitan el desarrollo de las potencialidades de las mujeres y de los hombres haciendo más complejas las relaciones entre ambos sexos.

Ciertamente la literatura sobre envejecimiento y la relativa a la perspectiva de género es profusa, pero lo habitual es que la edad y el sexo sean tratadas como “meras variables independientes y aditivas” (ARBER y GINN, 1996: 21). Esta investigación, precisamente pretende evitar añadir la edad a los Estudios de género o incorporar el sexo a los Estudios de envejecimiento. De hecho, MCMULLIN (1996) señala que género y edad no deben considerarse como sistemas independientes, pues las personas mayores no son sólo ancianas, sino hombres o mujeres. La comprensión sobre este particular mejora si se toma en consideración que, por ejemplo, la clase social se estructura mediante las relaciones de producción y distribución y su componente principal, el salario, está marcado por el sexo y la edad. En fin, edad y sexo son variables fundamentales en la organización social y reflejan los desequilibrios de poder existentes en la sociedad.

El objetivo de esta investigación es caracterizar la vivencia de la vejez en la Comunidad Canaria, conocer el significado que marca el sexo de los individuos en la vivencia de este período del ciclo vital, situándolo en un contexto social global, y aventurar los posibles cambios que se operarán a futuro, en tanto que cada vez más ambos sexos poseen mejores niveles educativos y mejoran su carrera profesional, a la par que cada vez más mujeres van accediendo al mercado de trabajo y a la independencia económica.

Para la fundamentación de los diferentes capítulos se ha recurrido a la literatura especializada, a la legislación vigente, a la documentación oficial, a las estadísticas europeas, nacionales y regionales, y por ende a la explotación de datos secundarios, así como a la explotación de los datos de la propia base muestral. Se resume a continuación el contenido de los capítulos que articulan esta Tesis Doctoral de manera detallada.

En este primero se describe, además de los contenidos, el diseño que guía la investigación empírica de esta Tesis. Una investigación de carácter cuantitativo, apoyada en una muestra de 1.046 individuos no institucionalizados, residentes en las siete islas canarias. El capítulo recoge además una descripción de la muestra, por sexo y edad, nivel de estudios, ocupación anterior, ingresos, estado civil y aspecto personal y de la vivienda.

El segundo capítulo afronta el debate sobre la construcción social de la realidad evidenciando que, precisamente, las diferentes edades y sexos son categorías que han sido objeto en el tiempo de una gran flexibilidad en función de circunstancias o intereses concretos, de manera que a ellas se les han asignado distintas atribuciones o exigencias a lo largo de la historia y en diferentes culturas. Nacer hombre o mujer no es un dato biológico neutro, al igual que no lo es ser un menor, un adulto o una persona mayor, de modo que en el capítulo se desgranar los significados de ambas variables, su carga simbólica, al tiempo que se aborda la producción teórica sobre el envejecimiento, respecto de la que, en líneas generales, se podrían establecer tres etapas: la primera corresponde a las teorías adaptativas, centradas en el individuo (EINSENSTADT, 1956; BURGESS, 1960; CUMMING y HENRY, 1961, ANDERSON, 1972; ROSE, 1965; FENNELL, 1988; HARTVIGHURST, 1961; BENGSTON y PETERSON, 1972; MADDOX y EISDORFER, 1962; GOUDY, POWERS y KEITH, 1975; ATCHLEY, 1971; GUBRIUM, 1973). El segundo grupo corresponde a las teorías estructurales, que desplazan el interés hacia la sociedad del trabajo (COWGILL y COLMES, 1974; KEITH, 1979; TOWSEND, 1957; WALTER, 1981; ESTES, 1986; GUILLEMARD, 1992). Por último, la tercera contiene los enfoques más recientes que intentan reconciliar ambas posturas y ponen el acento en el cambio y las oportunidades (LASLETT, 1989; RILEY, 1987; ARBER y EVANDROU, 1996; FEATHERSTONE y HEPWORTH,

1991). Finalmente, se consideran las posiciones teóricas que relacionan edad y género que, al igual que las anteriores, han tomado distintas direcciones. La primera dirección es aquella que incorpora sexo y edad a las teorías sociológicas de la corriente dominante (GEE y KIMBALL, 1987); la segunda agrega el sexo a las teorías sociológicas del envejecimiento (WALKER, 1980; DANNEFER, 1984; COOLÍ, 1988; MINKLER y COLE, 1991); y la tercera suma las relaciones de edad a la teoría feminista (BARRRET, 1980; HARTMANN, 1981; HARTSOCK, 1983; JAGGAR, 1983; ACKER, 1988).

El tercer capítulo se aproxima a la preocupación por el envejecimiento desde el plano mundial hasta el local. Naciones Unidas pasó a considerar objeto de atención la vejez universal en los años ochenta, década en la que celebró la I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Las últimas recomendaciones de este organismo se plasmaron en el Plan de Acción Internacional emanado de la II Asamblea Mundial (2002). La Unión Europea tomó en consideración el envejecimiento con anterioridad, en los años setenta, momento en el que se comenzaron a articular políticas en favor de la seguridad económica, la participación en el entorno de vida habitual y la prevención de la pérdida de autonomía; si bien, desde el ámbito de política económica se ha venido insistiendo a los Estados miembros en la necesidad de poner a punto estrategias generales para responder al desafío económico que plantea el envejecimiento de la población. El marco normativo del Estado Español, inspirado en las recomendaciones de Naciones Unidas y armonizado con la política social y económica de la Unión Europea, afronta el reto institucional que plantea el Estado de las Autonomías, ya que de ello depende el acceso equitativo de los ciudadanos y ciudadanas a los servicios y a las prestaciones sociales, y en general a los derechos sociales. La Comunidad Autónoma Canaria tiene asumida, de manera exclusiva, las competencias en materia de servicios sociales, y por tanto es responsable de la calidad de vida de los mayores, y particularmente de las mujeres, puesto que ellas son las protagonistas del “envejecimiento del envejecimiento”.

El cuarto capítulo aborda la cuestión del envejecimiento demográfico, que a diferencia del envejecimiento biológico, es una tendencia reversible. A inicios del siglo XXI, España se presenta como uno de los países con mayor Índice de Modernización

Demográfica (REQUÉS VELASCO y COS GUERRA, 2002), puesto que, aunque el país se adentró tardíamente en el proceso de Transición Demográfica ha evolucionado rápidamente. Un repaso a la natalidad, la mortalidad o las migraciones permite calibrar los sucesos demográficos que dibujan las dimensiones de tal envejecimiento en el Estado Español y en la Comunidad Autónoma Canaria.

El quinto capítulo abre el análisis a los siguientes, en los que se tratará de manera específica la organización social levantada sobre la división sexual del trabajo, pues en él se aborda el análisis de la relación entre la edad, el sexo-género y el poder. El poder, entendido como la capacidad de imponer la voluntad, es considerado un atributo característicamente masculino cuya existencia, desde la Antigüedad, se asienta sobre unas bases patriarcales que han articulado un sistema de dominación legitimado en las diferencias sexuales, cuya erosión ha precisado de la organización de las mujeres en las filas del feminismo de la primera ola, y particularmente, de la segunda, bajo el lema de “lo personal es político”. Un repaso a la historia permite además especular con las cotas de poder asignadas específicamente a varones y mujeres según su edad. Recuperar el papel desempeñado por los ancianos y las ancianas en la historia occidental permite comprender que su ínfima presencia en los espacios de toma de decisiones actualmente es la lógica herencia del pasado. Un repaso que evidencia igualmente que ciertos episodios de violencia, que en la sociedad contemporánea aparecen incluidos bajo el rótulo de violencia doméstica (BAKER, 1975; EASTMAN, 1984; STEARNS, 1986; BENNETT, 1993) son manifestaciones del edadismo o violencia estructural, entendida como un conjunto de tópicos, prejuicios, estereotipos, tabúes y mitos que persisten en el imaginario social (TAMAYO, 1995), que operan en contra de la vejez y que hace a las mujeres más vulnerables, al ser susceptibles de una doble discriminación, por ser mayores y por ser mujeres.

El género, que se construye sobre el cuerpo sexuado facilita, en primer lugar una identidad, sobre la que se definen las relaciones intergeneracionales e intrageneracionales; pero ante todo, el género es la base sobre la que se levanta la organización social que se apoya en la división sexual del trabajo. La organización social genérica es el orden resultante de establecer el sexo como marca para asignar a cada quien las actividades, funciones, relaciones y poderes espe-

cíficos que marcan el curso vital hasta su final, y precisamente estos aspectos, separados a efectos analíticos, se abordan en los subsiguientes capítulos, sexto y séptimo.

El sexto capítulo está dedicado al espacio de lo público, el espacio de la producción. Separado aquí de lo privado a efectos analíticos, se entiende que es su interdependencia la que hace posible la sociedad misma. La división sexual del trabajo ha establecido un nexo entre el espacio público y lo masculino, y el espacio privado y lo femenino, y los ha dotado de una carga simbólica que está presente en los procesos de construcción de las identidades desde el nacimiento hasta la muerte y marca, en buena medida, las elecciones que establecen las diferencias en el acceso a los recursos materiales, afectivos, de tiempo y de otra índole disponibles en la última etapa del ciclo vital. En este capítulo se aborda, por tanto, lo relativo a educación, empleo y jubilación. Mientras que el séptimo capítulo se reserva al espacio de lo privado, el espacio de la reproducción. Un espacio que se construye sobre los ejes del amor y la sexualidad, la pareja, la maternidad/paternidad, y que en contrapartida a la jubilación se presenta caracterizado por “el nido vacío”.

Estos espacios dan sentido a su vez a los dos capítulos siguientes, los que tratan de los dos pilares de la vejez: la familia y el Estado. En el capítulo ocho se aborda la institución familiar teniendo en cuenta que este grupo era hasta hace unas décadas el principal proveedor de seguridad, o al menos, un seguro contra la soledad; sin embargo, las transformaciones experimentadas por el modelo tradicional de familia española evidencian una evolución de la estructura de los hogares que señala la reducción del número medio de personas por hogar y revela una importante presencia de hogares unipersonales constituidos por mayores. Ello no quita que aunque no se conviva bajo el mismo techo, los contactos y satisfacciones que la familia brinda coexistan con fluidas prácticas de intercambio generacional, en ambas direcciones. Junto a la familia, la red social más amplia incluye a las amistades y la vecindad. Elementos, en ocasiones indispensables, para garantizar la calidad de la autonomía residencial, aspecto con el que se cierra el capítulo

El capítulo nueve atiende a la situación económica de las personas mayores. La independencia económica se debe, en buena parte, a la articulación de un

Estado de Bienestar que ha posibilitado exorcizar la secular relación entre vejez y pobreza. En el caso del Estado Español, las pensiones de jubilación y especialmente el desarrollo de las pensiones no contributivas de la Seguridad Social, han contribuido a aminorar el peso de la pobreza severa en la tercera edad. Dado que el sistema se apoya en el origen profesional y el carácter eminentemente contributivo, son los hombres los que perciben mayoritariamente prestaciones sustitutivas del trabajo, mientras que las mujeres se incluyen principalmente en las de muerte y supervivencia, por lo que no son titulares de tales derechos y figuran en los niveles más bajos de las prestaciones. La importancia numérica de los/as mayores, los cambios de hábitos de la población española y la elevación de la renta media de las pensiones para una importante proporción de este sector de la población hace de éste un mercado apetecible para el capital, por ello se alude a la capacidad de consumo de las personas mayores en general y, en particular, al uso que hacen del tiempo libre y el ocio.

El capítulo diez aborda la salud, uno de los aspectos que más preocupa a la población en general y que se alza como una de las principales preocupaciones de las personas mayores en particular. Se aborda en este capítulo, atendiendo a la marca de género, la propia percepción de la salud, los hábitos de vida saludables -realización de ejercicio, consumo de tabaco, ingesta de alcohol y alimentación-, la morbilidad diagnosticada, los problemas de salud, la toma de medicación y, por último, la discapacidad y la dependencia. El envejecimiento activo implica la mejora de la calidad de vida a través del proceso de optimización de las oportunidades de participación y seguridad, pero sobre todo de salud, para lo cual es indispensable la contemplación de hábitos saludables a lo largo de todo el curso vital

En el capítulo once se trabaja la idea de que el envejecimiento es, efectivamente, un proceso de deterioro, progresivo e irreversible, pero que reviste cierta complejidad en la medida que en su vivencia intervienen factores de orden psíquico y, también, sociocultural. La autopercepción está mediatizada por nuestra cultura y sociedad; y es que los seres humanos somos por y a través de la mirada del otro. En el caso de las personas mayores, la consideración de los/as otros/as tiene un peso específico mucho mayor. La imágenes de la vejez que parecen circular en el imaginario social relacionan vejez con

el declive físico y mental, al que se asocia también la enfermedad, la soledad o la tristeza. Sin embargo, la tercera edad es también sinónimo de salud, compañía y optimismo. Precisamente, este capítulo se cierra con la propuesta de un modelo que muestra cuatro trayectorias en la forma de afrontar esta etapa decisiva del ciclo vital.

### 1.1. Estructura de la investigación.

La hipótesis de esta investigación parte del supuesto de que, dado que las mujeres son más longevas que los hombres, es factible que en esta etapa de la vida puedan acceder a una autorrealización postergada, puesto que habiendo realizado o no trabajo extradoméstico, ya no están sometidas a la satisfacción de las necesidades familiares que han monopolizado buena parte de sus vidas, lo que les permite vivir la vejez de manera más satisfactoria que sus coetáneos. Al objeto de conocer si existe una vivencia diferencial de la vejez por sexo, esto es, de dilucidar si las mujeres realizan una mejor adaptación a esta etapa del ciclo vital o si, en cambio, reúnen tales condiciones que su vivencia de la tercera o cuarta edad es más desventajosa que la de los hombres, se procedió a diseñar esta investigación.

A la hipótesis fundamental que sostiene que las mujeres, aún contando con más factores adversos, afrontan este período de forma más positiva, se unen otras dos subhipótesis, a saber: a) la realidad de las personas mayores dista de la uniformidad, y b) las experiencias biográficas se asemejan en función del sexo.

La muestra se ha extraído de un universo constituido por la población canaria de mayores de sesenta y cinco años, de ambos sexos, que en el Censo de Población y Viviendas de 2001 supone un total de 204.006 individuos, el 12% de la población total. La determinación del tamaño muestral se ha realizado asumiendo un error de muestreo de 3% dentro de un nivel de confianza de 95,5%, una proporción para datos globales de 0,5 (situación más desfavorable de  $p=q=0,5$ ) y una prevalencia de la característica a estudiar de 12%.

Una vez fijado el tamaño de la muestra ( $n = 1.066$ ), el diseño muestral se realizó en dos etapas. En primer lugar, se procedió a un muestreo en el que las distintas islas se equipararon a conglomerados sobre los que se hizo una asignación proporcional óptima en

base a las variables sexo y edad, dado que el tamaño de la muestra extraída pretendía ser proporcional a la variabilidad del fenómeno estudiado (Tabla I). Por un lado, resulta que la composición por sexo de la población canaria anciana, medida a través de la sex ratio (Rm ó relación de masculinidad), es de 76,4%; de modo que las mujeres representan el 57% de la población anciana, y el 67% de las personas de 85 años y más. La descomposición por sexo de la tercera edad es imprescindible para realizar un análisis de la vejez con perspectiva de género. Por otro lado, respecto de la edad, resulta que las personas de entre 65 y 74 años representan en el Censo de Población y Viviendas de 2001 más de la mitad de este sector de población (62%), las que pertenecen al grupo de edad de entre 75 y 84 años el 29% y, finalmente, las personas de más de 85 años el 9%. La importancia de esta agrupación, como recuerda GIL CALVO (1992), radica en que es necesario segmentar a la tercera edad para obtener de ella la mayor información posible de su situación.

**Tabla I. Tamaño muestral por isla.**

Isla	Población	Raíz	Porcentaje
Lanzarote	7.535	87	9,26
Fuerteventura	3.829	62	6,60
Gran Canaria	85.203	292	31,06
Tenerife	88.714	298	31,70
La Palma	13.685	117	12,45
La Gomera	3.302	57	6,06
El Hierro	1.738	27	2,87
Total	204.006	940	100

A continuación, de manera aleatoria se procedió a la selección de los distintos municipios, en los que se tomaron las unidades de referencia según el tamaño de hábitat y la tipología municipal, esto es, metropolitano, urbano, residencial, turístico y rural, siguiendo la clasificación de la “Encuesta de Condiciones Sociales” (ISTAC, 2001) e incorporando a esta herramienta aquellos municipios que a su vez son capitales insulares (Tabla II). Los distritos y secciones en los que se efectuó la selección final (Anexo II), igualmente, fueron extraídos aleatoriamente en base al Nomenclator Canarias (ISTAC, 1996).

En segundo lugar, se procedió al diseño de la distribución por cuotas de edad y sexo que se entregaría a los/las encuestadores/as, quienes eran libres de elegir a los sujetos siempre que las encuestas fueran domiciliarias. El muestreo no probabilístico basado en cuotas hace que, satisfechas las exigencias prefijadas, el/la entrevistador/a privilegie los casos más accesibles. Esta dificultad se trató de salvar estableciendo una ruta y determinando las viviendas en las que localizar a los sujetos, que sólo se habrían rechazado si no cumplían con las cuotas. Obviamente ciertos individuos más reservados o inaccesibles por falta de movilidad habrán quedado subrepresentados.

Iniciado el trabajo de campo y ante las dificultades para acceder a los/as mayores, bien porque sus familiares dificultaron el acceso, bien porque éstos/as se mostraron desconfiados/as ante los/as extraños/as, se admitió que los últimos individuos en cada cuota fueran seleccionados en lugares públicos como plazas o parques y, en menor medida, en Centros de día

**Tabla II. Selección aleatoria de municipios según tamaño del hábitat y tipología municipal.**

	Metropolitano	Capital insular	Urbano	Residencial	Turístico	Rural
Más de 200.000	Las Palmas de G.C.					
De 100.001 a 200.000	Santa Cruz de Tenerife					
De 50001 a 100.000			Telde			
De 25.001 a 50.000		Arrecife	Arucas	Santa Lucía	Arona	
De 20001 a 25.000		Puerto del Rosario	Icod de los Vinos	Tacoronte	Adeje	
De 10.001 a 20.000		Sta Cruz La Palma	Llanos de Aridane	Santa Brígida	Teguise	
De 5.001 a 10.000		San Sebastián	Vega de San Mateo	San Miguel	Antigua	Arico
De 2.001 a 5.000		Valverde		Breña Baja	Tinajo	Valleseco
Menos de 2.000					Alajeró	Betancuria



u otros Clubes de mayores, con la finalidad de no sesgar la muestra encuestando a quienes previsiblemente gozan de una buena salud comunitaria. Las Residencias de la tercera edad no fueron incluidas en las rutas dado que la investigación sólo toma en cuenta a las personas no institucionalizadas. Finalmente, con una tasa de pérdida de 1,8%, se realizaron 1.046 encuestas, ante la imposibilidad de localizar a una veintena de personas: diez en la isla de La Palma, ocho en isla de La Gomera y dos en la isla de Lanzarote.

Las encuestas se realizaron entre los meses de mayo de 2005 y marzo de 2007, tras la ejecución de un pre-test. Para la conclusión del trabajo de campo fue preciso la intervención de un total de 25 encuestadores/as en las siete islas, a los/as que se bonificó por la realización de encuestas, así como del apoyo de una empresa de investigación de mercados en la Isla de Tenerife, esfuerzo al que se sumó para la finalización de la recogida de datos en las Islas de El Hierro y Lanzarote el de la persona que firma esta investigación, que a su vez supervisó el trabajo de campo y revisó la totalidad de los cuestionarios debidamente cumplimentados. Todas las personas que intervinieron en la recogida de datos habían recibido entrenamiento formal antes de cumplimentar el cuestionario.

Semejante proyecto precisó de financiación externa y dado el volumen de gasto previsto se decidió, al inicio, contar únicamente con la base muestral de Gran Canaria. Durante el año 2005, el Programa de Mecenazgo Innova otorgó una ayuda para el proyecto de investigación “Género y Tercera edad en Canarias”, por importe de 3.000 euros, patrocinada por el Circulo de Empresarios de Gran Canaria. Finalmente, se decidió completar con las seis islas restantes la maqueta muestral, tras solicitar una nueva financiación. La Resolución nº 226, de la Directora del Instituto Canario de la Mujer, de 5 de septiembre de 2006, concedió una subvención directa a la Fundación Universitaria de Las Palmas por importe de 7.744,38 euros para el proyecto de investigación “Canarias. Perspectiva de género en la vejez” que permitió completar el trabajo de campo.

Las variables utilizadas en el diseño de la encuesta (Anexo I) se agrupan bajo distintos ítems:

1.- Empleo y trabajo: trabajo remunerado, trabajo no remunerado, trabajo doméstico. Jubilación y “nido vacío”.

2.- Salud física y mental: problemas de salud, enfermedades crónicas, salud comunitaria: participación. Sexualidad.

3.- Capacidad funcional (necesidad de ayuda y cuidados): AVD (desempeñar con independencia) las actividad de la vida diaria; AVD - B básicas (autocuidado); AVD - I instrumental (más complejas, adaptarse al medio ambiente); otras actividades “de continuidad”. Cuidado de la dependencia.

4. Familia y entorno vital. Pareja, hijos/as y nietos/as. Solidaridad intergeneracional

5. Maltrato familiar e institucional.

6. Ingresos y capacidad de ahorro. Consumo.

7. Tiempo libre y ocio

8. Autoimagen y percepción de la vejez. Satisfacción vital.

La información obtenida es amplia y diversa, pues hay bloques temáticos que a su vez contienen diferentes aspectos, que junto a las variables descriptivas sociodemográficas de clasificación y control, tocan más de un centenar de cuestiones. El estudio pretende ofrecer al menos dos niveles de análisis cuantitativo, uno descriptivo y otro explicativo. Para su realización se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows ®

#### 1) Nivel descriptivo

Una vez validada la información, tras verificar la cobertura de la muestra real sobre la teórica y el grado de fiabilidad de las respuestas, se ha procedido a una primera salida de resultados:

- Tablas de frecuencias y porcentajes.

- Cruces de variables de contenido o análisis con las variables de clasificación y control. En estos cruces se ha comprobado la significatividad de las diferencias encontradas (Prueba del Chi-cuadrado, Coeficiente de contingencia, Phi y V de Cramer, Lambda, Gamma).

Con los citados datos se ha realizado la descripción de las siguientes cuestiones:

Características de la población mayor.

Participación laboral (sujeta o no a cotización)

Participación doméstica

Estado de salud

Capacidad funcional

Solidaridad intergeneracional

Finalmente en este nivel se realiza una clasificación de los individuos de la muestra utilizando un análisis de Conglomerados “K-Medias”, un método de agrupación por conglomerados no jerárquico consistente en asignar cada caso a un conglomerado en base a que su distancia con respecto al centro del mismo sea la mínima. Se ha utilizado como método de extracción de los centros de los conglomerados el supuesto en el que los centros son desconocidos. El sistema elige un número de sujetos igual al número de conglomerados que se quieren realizar en base a que tengan una distancia máxima entre ellos y los utiliza como estimadores iniciales. A través de un proceso iterativo de comparación de distancias y sustitución el sistema obtiene los centros de conglomerados finales y clasifica a los individuos de la muestra.

Una de las aportaciones de esta investigación es, precisamente, el diseño de cuatro trayectorias de envejecimiento (capítulo 11) a partir de la combinación de los posicionamientos de los/as encuestados/as ante dos cuestiones vitales (sentimiento de felicidad y valoración de esta etapa del ciclo vital).

## 2) Nivel explicativo

Se ha elegido como técnica de análisis multivariante el Análisis Factorial (AF, en adelante), como una forma apropiada de identificar un pequeño número de factores que puedan representar un conjunto de variables interrelacionadas. Las características de las variables que se han manejado en esta investigación, variables cualitativas categóricas, ha motivado que se haya elegido como método de extracción adecuado el Análisis de Componentes Principales (VISAUTA VINACUA Y MARTORI I CAÑAS, 2003: 226). El objetivo del Análisis de Componentes Principales (ACP, en adelante) es obtener una serie de componentes que expliquen el máximo de varianza total de las variables originales.

Para este análisis se ha seleccionado una lista de las variables que, a través del análisis descriptivo y analítico pormenorizado realizado a lo largo de cada uno de los capítulos de esta tesis, han resultado ser las más significativas -en cuanto a su valor explicativo- de los fenómenos fundamentales de la vejez abordados en esta Tesis.

- 1.- Historia laboral
- 2.- Influencia sobre la autovaloración del retiro laboral

- 3.- Realización de algún tipo de actividad continuada en el momento actual
- 4.- Número de horas dedicadas al trabajo doméstico en la actualidad
- 5.- Auto-percepción del estado de salud
- 6.- Padecimiento de alguna dolencia en los últimos 12 meses que haya limitado la actividad habitual
- 7.- Seguimiento de tratamiento médico en la actualidad
- 8.- Necesitar ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria (Dependencia Actividades Básicas)
- 9.- Necesitar ayuda para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (Dependencia Actividades Instrumentales)
- 10.- Necesitar ayuda para realizar actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria (Dependencia Actividades Básicas y/o Instrumentales)
- 11.- Presta ayuda a alguna persona dependiente
- 12.- Tiene hijas y/o hijos
- 13.- Tiene nietas y/o nietos
- 14.- Vive acompañado/a o no por la pareja
- 15.- Valoración sobre la convivencia en la relación de pareja
- 16.- Valoración sobre la vida sexual
- 17.- Participación en alguna asociación
- 18.- Valoración del tiempo libre del que dispone en esta etapa de la vida
- 19.- Modo de llegar a fin de mes con los ingresos que dispone
- 20.- Tiene sentimientos como intensas ganas de vivir
- 21.- Se siente o no viejo/a
- 22.- Ingresos propios
- 23.- Nivel de estudios
- 24.- Sexo entrevistada/o
- 25.- Grupo de edad
- 26.- Tamaño del municipio
- 27.- Pertenencia a uno de los grupos del “Modelo de Envejecimiento” definidos en esta investigación.

La otra aportación relevante de esta investigación es la identificación de una serie de componentes (9) que explican más de la mitad de la varianza (60,886%) y, que por tanto, permiten establecer un modelo explicativo (capítulo 11) para este sector de la población en las Islas Canarias.

## 1.2. Características de la muestra

La distribución de la muestra por sexo y edad, que guarda proporción con el universo, ha quedado finalmente integrada por un 56,7% de mujeres y un

43,3% de varones. Los/as más jóvenes representan el 60,5% y los/as más mayores el 9,8% (Tabla III).

**Tabla III. Características de la muestra por grupo de edad y sexo.**

		Sexo entrevistada/o		Total
		Mujer	Hombre	
Grupo de edad	De 65 a 74	346	287	633
		33,1%	27,4%	60,5%
	De 75 a 84	183	127	310
		17,5%	12,1%	29,6%
	De 85 y más	65	38	103
		6,2%	3,6%	9,8%
Total		594	452	1.046
		100,0%	100,0%	100,0%

En lo relativo al nivel de estudios resulta que el 12,4% de las personas que finalmente han conformado la muestra carece de estudios, el 39,3% sabe leer y escribir, el 34,3% tiene estudios primarios, el 9,5% estudios secundarios, el 1,9% estudios universitarios y el 0,2% restante estudios de postgrado. La situación laboral del encuestado/a, actual o previa

a la jubilación, revela una sobre-representación de las amas de casa, dadas las condiciones que impuso el Régimen Franquista durante una buena parte de la vida laboral de las mujeres mayores (Tabla IV). Situación que se repite al preguntar la situación, actual o previa a la jubilación, de la pareja del encuestado/a.

Respecto de los ingresos propios, la cuarta parte de la muestra (24,1%) asegura percibir menos de 360 euros/mes, cerca de la mitad (48,2%) entre 361 y 600 euros, y el resto (21,2%) percibe más de 601; si bien un 6,5% no facilita tal dato. En lo relativo a los ingresos familiares, el 37,6% afirma que no hay más ingresos que los propios en el hogar; el 18,5% sostiene los ingresos familiares son inferiores a 600 euros; entre los 601 y 1200 euros se encuentra el 21,5%; y más de 1200 euros se perciben en el 7% de los hogares de los/as encuestados/as. La proporción de personas que no responde asciende en este caso al 15,4%. Siendo previsible la reserva de este dato, se preguntó sobre la adquisición de distintos aparatos y propiedades con la finalidad de conocer el nivel de vida de las personas que componen la muestra, resultando que la mayoría tenía televisor (99,6%), frigorífico (99,4%), teléfono (87,5%), microondas (60,4%), vídeo (50,3%), y una parte consi-

**Tabla IV. Situación laboral actual o previa a la jubilación.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Empresaria/o con asalariadas/os	41	3,9	3,9	3,9
Empresaria/o sin asalariadas/os	13	1,2	1,2	5,2
Profesional, ejecutiva/o y técnica/o	13	1,2	1,2	6,4
Funcionario/a	50	4,8	4,8	11,2
Trabajadora/or cualificada/o	143	13,7	13,7	24,9
Trabajadora/or descualificada/o	224	21,4	21,4	46,3
Trabajadora/or del mar	116	11,1	11,1	57,4
Trabajadora/or del campo	26	2,5	2,5	59,8
Autónoma/o	45	4,3	4,3	64,1
Miembro de cooperativa	6	0,6	0,6	64,7
Ayuda familiar	4	0,4	0,4	65,1
Ama de casa	353	33,7	33,7	98,9
Otra situación	7	0,7	0,7	99,5
NS/NC	5	0,5	0,5	100,0
Total	1.046	100,0	100,0	

derable de la muestra posee además teléfono móvil (45,8%), vehículo (44,5%), vitrocerámica (33,3%) y ordenador personal (16,3%). Así mismo el 87,5% es propietario/a de su vivienda y 17,6% posee una segunda vivienda en propiedad.

Atendiendo al estado civil, en la muestra predominan las personas casadas (52,4%) y viudas (34,5%), que figuran junto a las solteras (7,4%), las que forman parejas de hecho (1,1%), las separadas (2%) y divorciadas (2,6%). El hogar es unipersonal en el 25% de los casos, si bien los hay de dos (39,8%), tres (17,1%), cuatro (9,8%), y de más de cinco y hasta diez personas (8,2%). En la mayoría de los hogares (56,1%) vive una sola generación, habitualmente parejas y con menor frecuencia hermanos/as; los hogares de dos generaciones (33,3%) suelen reunir a los progenitores y sus descendientes; los de tres (10%) a los progenitores, sus descendientes y los de alguno de éstos; finalmente sólo un 0,7% de los hogares reúne a cuatro generaciones. Así mismo, la mayoría de las personas encuestadas (82,1%) nació en uno de los municipios de la isla en la que reside, un 7,8% nació en un municipio de su pro-

vincia, un 1,8% nació en un municipio de la provincia vecina, un 4,9% en un municipio del resto del territorio nacional y el 2,1% restante en otro país, concretamente un país de América (1,7%), Europa (0,3%) o África (0,1%).

Al preguntar sobre la accesibilidad, estado y limpieza de las viviendas, así como su aspecto, se detectó que casi dos de cada diez encuestados/as (18,8%) vive en un edificio de pisos sin ascensor, otros dos (16,5%) en un edificio de pisos con ascensor y los seis restantes (56,7%) en una casa terrera. El estado de la vivienda es muy bueno (22,2%), bueno (54,8%), regular (9,8%), malo (0,8%) o muy malo (0,4%). En cuanto a la limpieza de la vivienda resulta que la mayoría está limpia (80,8%), si bien el 6,3% está algo sucia y el 0,6% sucia. Se desconoce el dato de la vivienda para una proporción que oscila entre el 8 y el 12%, que se corresponde con la de encuestas no domiciliarias. En lo relativo al aspecto de la persona, el 8,1% es extremadamente arreglado, el 81,1% es cuidado, el 9% descuidado y el 0,3% lamentable.

## **CAPÍTULO 2**

# **CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO**

## CAPÍTULO 2

# CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

### 2.1. Introducción. La construcción social de la realidad

En las sociedades occidentales una proporción cada vez mayor de personas transita hacia la cúspide de la pirámide poblacional cumpliendo un viejo sueño de la humanidad, la prolongación de la vida humana. Un sueño cuya proyección es la fantasía de la inmortalidad. “El envejecimiento es un éxito individual, y el éxito es mayor cuando alcanza a buena parte de la sociedad” (MARTÍNEZ PARICIO, 2001: 292) Ahora bien, la confusión entre envejecimiento biológico y envejecimiento demográfico hace que el acontecimiento, que es signo de bienestar y progreso, se vea empañado por las voces de alarma que lo califican de “grave problema económico o de organización social” (LOURIAUX, 1995: 657). En España, la baja tasa de fecundidad, que ronda un nivel que se sitúa por debajo de la renovación generacional, escasamente compensada por los aportes rejuvenecedores de la inmigración, junto al aumento de la esperanza de vida, se encuentran en la base de esos temores. Dos son los aspectos más preocupantes y están relacionados con la viabilidad del actual sistema de protección, a medio y largo plazo. Uno es el creciente gasto sanitario y de cuidado; el otro es el mantenimiento del actual sistema de pensiones.

Los temores, en una economía globalizada profundamente neoliberal, ciertamente tienen una base real. El gasto en protección social en la Europa de los 27 ascendió en 2005 al 27,2% del PIB (EUROSTAT, 2008), y concretamente el gasto en pensiones en 2004 en la UE-25 era de 12,3%. En el caso de España el gasto, inferior a la media europea, supuso un 9,2%. Sin embargo, ZAMORA LÓPEZ (2003) recuerda que el acceso del conjunto de la población española a las pensiones es muy reciente, y que por tanto es su ampliación, y no el número creciente de mayores, la que pone en peligro un sistema que se pensó para otras épocas. Sostiene asimismo que el envejecimiento, que únicamente pone de manifiesto esa contradicción, ha sido instrumentalizado por un sector financiero interesado en sacar provecho de la alarma generada. NAVARRO (2002: 59) estima que el discurso promovido por la banca y las compañías

de seguros sobre la insostenibilidad de las pensiones recibe tal resonancia en los medios que “ahora que ha desaparecido de la cultura mediática y de la política del país el discurso de la lucha de clases, está apareciendo otro, el de la lucha de generaciones”. Sobre las otras dos cuestiones, ZAMORA LÓPEZ precisa que es necesario separar los gastos de salud y los de cuidado, y siguiendo a LE BRAS (1991) se puede decir que el coste de la muerte se concentra en el último año de vida, de modo que sería independiente de la edad, y por tanto vivir más no tendría por qué ser necesariamente sinónimo de incremento del coste de salud. SCHWARTZ GIRÓN (201: 422) apostilla que son los defectos de nuestras instituciones “los que nos impiden elegir con acierto el mejor modo de vivir nuestros últimos años [...]”.

Enumerando algunos de los principales problemas de la economía española, esto es, una tasa de actividad inferior a la media europea y un índice de inactividad superior, junto a un sistema de cobertura por desempleo poco eficaz y un aumento significativo de los gastos de protección social a la vejez, MARTÍNEZ ÁLVAREZ (2003: 229) retoma la idea de que la generación de empleo es una condición necesaria, pero insuficiente, para aliviar las presiones sobre el sistema y añade que el actual sistema público y de reparto no será viable en el corto y medio plazo, por lo que propone aplicar estrictamente el criterio de proporcionalidad, tanto entre cotización y prestación como entre regímenes contributivos, así como para reducir el fraude, aunque reconoce que el paso de uno a otro sistema parece técnicamente imposible. La actual crisis financiera también ha puesto de manifiesto que la capitalización –como demuestra la experiencia sueca– somete las pensiones a los vaivenes de la bolsa, reduciendo el capital acumulado, haciendo preciso que el Estado compense las pérdidas. En fin, puede que la Seguridad Social precise reformas, pero indudablemente el sistema de reparto supera en estabilidad al de capitalización.

Más allá de las magnitudes macroeconómicas del envejecimiento demográfico, la vejez y el mismo

proceso de envejecer tienen un significado para los individuos y las sociedades. La valoración que se hace de la vejez es característica de cada sociedad y cultura. FERNÁNDEZ BALLESTEROS (1992: 14) sostiene que las concepciones en torno a la vejez de la población española se levantan sobre percepciones y conceptualizaciones que mantienen “una visión negativa y, en parte, no fundada del envejecimiento”. Nuestro imaginario social está lleno de prevenciones contra la vejez porque se supone asociada a la pérdida de lozanía, belleza, movilidad, memoria o deseo sexual. Existe una fuerte asociación entre vejez y fealdad, vejez y enfermedad, y en definitiva, vejez y muerte. La necesidad de ocultar las marcas que deja en los cuerpos el paso del tiempo alimenta a un importante mercado de la estética y la cosmética del que eran las mujeres sus principales destinatarias hasta que los varones, homosexuales primero y heterosexuales después, han empezado a tomar en cuenta el cuidado corporal y el aspecto personal. En España, desde principios de la década de los noventa, sólo el número de intervenciones de cirugía estética ha aumentado un 10% cada año, hasta llegar a las 400.000 (ESPAR, 2007). A la cabeza de Europa, y ocupando el tercer puesto a nivel mundial tras Estados Unidos y Brasil, las mujeres españolas se decantan por la liposucción o el aumento de mamas; los hombres, que ya casi representan el 20%, por retocar orejas y nariz, pero también bolsas y ojeras. El famoso “lifting” o estiramiento de las arrugas ha retrasado el encuentro con quirófano hasta los 40 o 50 años debido a una amplia oferta de cirugía no invasiva, en la que destacan los láseres de última generación o los rellenos. Un sector que nació con la finalidad de reparar defectos congénitos o heridas de guerra y accidentes, y fue luego un espacio reservado para las estrellas, mueve en la actualidad unos 800 millones de euros al año, tiene empresas cotizando en bolsa y presenta avances propios de revoluciones científicas gracias a las potentes inversiones privadas en investigación.

El proceso de envejecer combina lo biológico, lo psicológico, lo biográfico y lo social. MISHARA y RIEDEL (1986: 17) señalan que es evidente que la “si la biología incide sobre la psicología y a la inversa, una y otra actúan en un contexto sociocultural que engloba a ambas”. Desde el punto de vista biológico se empieza a envejecer desde el momento de nacer, si bien el envejecimiento es un “fenómeno secuencial, acumulativo e irreversible” (FORÉS, 1987: 45). De ahí que, lógicamente, sea en

los últimos años del ciclo vital en los que se acusa un mayor o menor deterioro de las funciones físicas y cognitivas, ya por el mismo proceso de envejecer, ya por el padecimiento de alguna/s enfermedad/es. La variabilidad depende entre otros factores -como se pondrá de manifiesto en esta Tesis Doctoral- del mismo individuo, de su biografía, de su estilo de vida, de la cohorte a la que pertenezca, del grado de interacción social que haya tejido y conservado, y de los recursos socioeconómicos de los que pueda disponer en esta etapa.

Se pueden distinguir, en fin, unos factores intrínsecos determinados por la variabilidad biológica y psíquica de los individuos, y otros factores extrínsecos referidos al entorno. El sistema biológico comprende las condiciones físicas y fisiológicas que determinan el potencial particular y los mecanismos de compensación de cada individuo. El sistema psíquico está definido por las estructuras emocionales de la percepción y las actitudes personales -capacidad de adaptación, de realización o de intervención en el medio, por ejemplo-. Mientras que el entorno comprende la organización social y la cultura, el sistema económico y el entorno físico. Así por ejemplo, en lo psicológico se requiere de una mayor capacidad para la adaptación a los cambios, que son en primer lugar corporales, fisiológicos y, en segundo lugar, externos. Entre estos últimos se pueden encontrar algunos negativos asociados a la vida productiva como la pérdida de la ocupación, el estatus o el poder adquisitivo, y algunos otros relacionados con el ámbito de lo privado y vivencial como la pérdida de familiares y amigos/as; mientras que entre los cambios positivos destacan las nuevas responsabilidades y actividades o la posibilidad de crear una nueva red social.

BERGER y LUCKMANN (2003), desde el paradigma microsociológico, sostienen que la realidad se construye socialmente. La sociedad es realidad objetiva y subjetiva, producto de un continuo proceso dialéctico de exteriorización y objetivación, a la vez que de internalización y subjetivación. Por ello, el significado que los otros atribuyen a las edades, y asignan a los sexos, permite afirmar que el ser humano se produce a sí mismo y produce su realidad. La interacción entre el tú y el yo: hombre y mujer mayor, con otros hombres y mujeres, mayores o jóvenes, nos hace reconocernos, nos da una identidad y nos sitúa en la “realidad”. En este capítulo se describe cómo se ha venido conformando y dotando de

significación a las distintas edades del ciclo vital, particularmente aquellas de interés en esta investigación -la tercera y la cuarta edad- con la finalidad de hacer explícita su moldeabilidad. Finalmente, se destacan las líneas de estudio más relevantes sobre los aspectos sociales del envejecimiento, producción teórica en la que se distinguen tres generaciones. La primera corresponde a las teorías más individualistas, la segunda a las más estructurales y la tercera es la que intenta reconciliar ambas posturas. A continuación se expone cómo los sexos han sido dotados de significado en nuestro entorno cultural, ya que se entiende que es un aspecto clave para comprender tanto las experiencias vivenciales de los individuos, como la misma organización social en la que se encuentran inmersos. Un repaso a la teoría feminista permite hacer un balance de cómo se han analizado esos significados o la función que cumple la construcción sexual de la realidad.

En esta área de trabajo es quizás donde más se evidencia que el complejo de significados subjetivos que rodea al sexo y a la edad se acaba convirtiendo en facticidad objetiva. En este sentido, BERGER Y LUCKMANN (2003: 11) apuntan que “basta con definir la “realidad” como una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos independientes de nuestra propia volición -no podemos “hacerlos desaparecer”- y definir el “conocimiento” como la certidumbre de que los fenómenos son reales y de que poseen características específicas”. Desvelar lo que socialmente queda establecido como realidad para las personas que ahora vivencian la vejez es una tarea más que interesante, pues para los/as que acceden en este siglo a la tercera y la cuarta edad prácticamente no existen modelos definidos.

## 2.2. La construcción social etaria

Situarse en un período u otro del ciclo vital es una cuestión de gran significatividad y trascendencia para cada individuo. El ciclo vital, entendido como proceso, supone la sucesión de funciones y posiciones sociales con sus correspondientes dosis de autoridad y poder. A cada período de la vida se le asocia una serie de prescripciones e incluso proscripciones sociales -variables en función del sexo- que guardan relación con las expectativas y mandatos sociales. La “normalidad” califica como raras a aquellas personas mayores que muestran intereses egoístas, inician nuevas relaciones o articulan proyectos creativos, por ejemplo. Las exigencias de normalidad,

en un entorno sociocultural patriarcal, se extreman ante las mujeres mayores. De partida, cualquier cohorte tiene una característica común: la edad, y ella indica las vivencias comunes y sus consecuencias a niveles educativos, ocupacionales o familiares -aspectos sobre los que se abundará en el capítulo 6- y aunque tiene un indudable valor simbólico, lo cierto es que la edad no tiene por qué determinar la vida de las personas, y es eso precisamente lo que hace apasionante aproximarse a este grupo poblacional.

Los períodos en los que se suele subdividir el ciclo vital no son estáticos. Al contrario, todos ellos han sido objeto de una gran flexibilidad en función de circunstancias o intereses concretos, de manera que se les han asignado distintas atribuciones o exigencias a lo largo de la historia y en diferentes culturas. El caso más ilustrativo de esa elasticidad es, a buen seguro, el de la infancia que en la actualidad goza de una alta consideración, un trato diferencial y una especial atención respecto a sus necesidades materiales, emocionales y afectivas. Sin embargo, el menor ha carecido históricamente de reconocimiento y protección jurídica (DELVAL, 1994; JIMÉNEZ MORAGO, OLIVA DELGADO y SALDAÑA SAGE, 1996). Niños y niñas han sido considerados tradicionalmente propiedad de sus progenitores y han compartido los mismos espacios que las personas adultas, tanto en el trabajo como en el juego. Una consideración diferencial de esta etapa de la vida comenzó a darse en el siglo XVIII (DE MAUSE, 1974). “La industrialización, la formación de las clases medias y la aparición de las instituciones de educación formal” fueron los elementos que hicieron cuajar el concepto de niñez (DEL CAMPO, 1982: 28), si bien no sería hasta los años sesenta del siglo pasado cuando el maltrato a los/as menores fue considerado una práctica abominable. En paralelo con los procesos de transformación económicos, gradualmente, hijos e hijas han pasado de conformar un recurso productivo en las sociedades preindustriales a ser considerados, en la sociedad industrial, un recurso de consumo<sup>4</sup> y luego de inversión<sup>5</sup>. FLAQUER (1998: 100) ha puesto de relieve la pérdida de valor instrumental de los hijos/as para los padres, pues en las sociedades tradicionales eran medios para conseguir, entre otros fines, la perpetuación del nombre, mano de obra barata o una vejez exenta de preocupaciones económicas, mientras que en la sociedad actual “los hijos constituyen en general un fin en sí mismos”, pues su utilidad económica ha dejado paso a una utilidad fundamentalmente afectiva.



El caso de la juventud resulta acaso más ilustrativo, pues los valores asociados a ella se han considerado tradicionalmente “de pasaje”, de tránsito a la vida adulta; de hecho, se consideraba adolescencia “la etapa de la vida que se inicia con la pubertad -la madurez fisiológica- y termina cuando se alcanza el status social de adulto” (CORBELLA ROIG y VALLS LLOBET, 1989: 5). En la actualidad, sin embargo, el final de la adolescencia se ha disuelto en el período de la juventud, y éste a su vez se ha desdibujado en virtud de la dilatación del período de formación, de las dificultades para una inserción no precaria en el mercado laboral y de los costos de la vivienda, y en fin en el proceso para acceder a la autonomía social y familiar. La flexibilidad en esta etapa llega a tal punto que el proceso de adquisición de la autonomía que da paso a la vida adulta se retrasa cada vez más, de manera que el concepto juventud, más que como un identificador de un grupo social, se ha convertido en “un descriptor de un proceso social: el proceso social de transición de la adolescencia a la vida adulta” (PLANAS, CASAL, BRULLET y MASJUAN, 1995: 10). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986) ha fijado la adolescencia entre los diez y los diecinueve años, con un período de preadolescencia y otros de postadolescencia que llega hasta los veinticuatro. En el proceso de acotación, la juventud ha logrado alcanzar una especial valoración que -como se señaló anteriormente- se manifiesta en el “culto al cuerpo” y trasciende más allá para llenar de rostros y cuerpos juveniles cualquier plano o escaparate de la sociedad de la imagen.

La elasticidad que ha caracterizado al ciclo vital en la historia retoma actualmente importancia, pero esta vez por motivos novedosos y vinculados no sólo con la longevidad, sino con las condiciones en las que se vive la misma. La vejez, en términos legales y estadísticos, se inicia a los 65 años. Ésta es la edad en la que se fijó la condición para acceder a la pensión de jubilación en la Alemania de Bismark, pionera en la articulación de la Seguridad Social. Inicialmente el requisito se había situado en los 70 años, pero luego se rebajó y desde entonces, hace ya casi cien años, se ha mantenido esa edad. En España esa fue igualmente la edad que fijó el Retiro Obrero Obligatorio en 1919, y que concebía la vejez una “invalidez por edad” (MTAS, 1995). Tal edad legal no se apoya en criterios médicos o demográficos, pero etiqueta como mayores a todas las personas que la superan y crea respecto de ellas una

representación social en la que súbitamente parecen desaparecer las biografías personales que les hacen tan diferentes entre sí como lo son la personas de cohortes más jóvenes. Es más, lo más probable es que las diferencias entre los individuos se incrementen a medida que pasan los años y no al contrario, cumplir tal o cual edad no implica la convergencia en creencias, actitudes, deseos y proyectos. “Dos personas de 80 años son mucho más distintas entre sí que otras (dos) de 10 o 40 por la simple razón de que aquellos han vivido más años y en situaciones más diversas” (RIERA, 2005: 106). Más allá de las disparidades que marcan las trayectorias vitales, fisiológicamente una persona de más de sesenta y cinco años no sólo es diferente de otra de su misma cohorte, sino que es lo es aún más de otra persona de la misma edad perteneciente a las generaciones precedentes. La idea de diferenciar a los viejos más jóvenes de otros más ancianos ha dado pie a creación de una nueva etapa en el ciclo vital: la cuarta edad, en la que se encuadran aquellas personas que han rebasado los ochenta años.

Desde 1948, la cuestión de las “personas de edad” ha estado presente en el seno de las Naciones Unidas, de modo que mediante la resolución 213 (Doc A/C.3/213 Rev.1) se aprobó el “Proyecto de Declaración de los derechos de la vejez”. Sin embargo, no fue hasta 1977 cuando el envejecimiento se abordó de manera directa. El organismo multilateral ha establecido los sesenta años como la edad preceptiva para acceder a la categoría de “personas de edad”, si bien en los noventa admitió la conveniencia de definir un subgrupo dentro de este sector de población, el de la citada “cuarta edad” para las personas de ochenta años y más. La Unión Europea mantiene, sin embargo, los 65 años como el momento de acceso a la tercera edad a efectos estadísticos. Ahora bien, una nueva categoría, la de los supercentenarios, despunta en los foros de investigación del envejecimiento (GÓMEZ REDONDO, 2006). En la década de los noventa, aunque habría aflorado tímidamente en los setenta, aconteció en España un fenómeno sin precedentes históricos cual era el crecimiento del número de personas que superan los 100 años. En el Censo de Población y Viviendas (INE, 2001) figuran 4.218 personas de 100 o más años, el 0,01% de la población española, de las que un 78% son mujeres.

Contrariamente a lo que sucedido con los valores asociados a la infancia o la juventud, los asociados

a la tercera o cuarta edad, parecen haber seguido un camino inverso pues se apoyan -como se apuntó en la introducción de este capítulo- en una visión estereotipada que generalmente relaciona ancianidad con fealdad, enfermedad, soledad, abandono y tristeza, y casi inevitablemente cataloga a los individuos que pertenecen a estas categorías como grupos problema. La división del ciclo vital en períodos marcados por la edad se encontraba presente ya en la Grecia Antigua. MINOIS (1987: 83) apunta que PITÁGORAS fue uno de los primeros que elaboró una teoría de las etapas de la vida de modo que, siguiendo las estaciones, dividió “la vida en cuatro partes de veinte años cada una: la infancia - primavera (de cero a veinte años), la adolescencia - verano (de veinte a cuarenta años), la juventud - otoño (de cuarenta a sesenta años) y la vejez - invierno (de sesenta a ochenta años)”. En el mundo romano, las diversas etapas de la vida ya se encontraban perfectamente perfiladas, como señalan MEDEROS y PUENTE (1996: 9) “había en primer lugar la infancia (palabra cuya etimología latina -infans-) significa que todavía no habla, y que se atribuía, por tanto, a los dos primeros años de vida del niño; a continuación pueritia o adolescentia que, en una proporción que tal vez hoy no resulta excesiva, se prolongaba hasta los 28 años de edad; posteriormente la iuventus, que abarcaba desde los 28 hasta los 50 años; la virilitas (de 50 a 60 años), y por último, la senectus, etapa considerada, sin ningún umbral de término, a partir de los 60 años”. DEL CAMPO (1982: 27) recoge la clasificación de siete edades de Shakespeare, que difiere de las divisiones corrientes que establecen tres o cuatro, pues junto a la infancia, la edad escolar, la “sexta edad” y la decrepitud, coloca también los papeles de enamorado, soldado y juez, “que hace referencia metafóricamente a la dimensión que subyace al sistema de gradación de las edades en las diferentes sociedades, esto es, al tiempo social”. Dada la prolongación actual de la última etapa del ciclo vital, es posible establecer en ésta una subdivisión compleja como la que sugiere ARAGÓ (1985) quien distingue entre la “tercera edad” que abarca desde los 65 años, momento en que comienza la jubilación hasta la siguiente; la “ancianidad”, entre 70 y 75 años, caracterizada por las claras limitaciones físicas y cambios sustanciales en las relaciones familiares y sociales; la “última senectud”, desde los 80 años, momento en que se experimentan limitaciones de todo tipo; y “cuarta edad”, a partir de los 90 años, en la que aparece un mayor deterioro y se siente la proximidad de la muerte.

El envejecimiento -como se señaló previamente- no es más que un fenómeno al que se somete todo organismo desde el momento de su nacimiento y que conlleva una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación a las demandas del medio. En las sociedades humanas, sin embargo, este fenómeno se convierte en un complejo bio-psico-socio-cultural, que lleva asociadas elaboraciones mentales, sociales y culturales. Es por ello que la vejez no puede ser tratada como un fenómeno de una sola dimensión. Medicalizar el envejecimiento, por ejemplo, supondría atender únicamente a los aspectos fisiológicos del mismo y olvidar las construcciones psíquicas realizadas por los individuos a partir de la percepción de la realidad social, así como las posibles identidades socioculturales normadas en esa realidad. Aunque biológicamente el envejecimiento se concreta en una serie de transformaciones del organismo que modifican el estado de salud y limitan las capacidades físicas o psíquicas del individuo -transformación degenerativa o desgaste- el paso del tiempo no sólo no sigue los mismos procesos en las personas, sino que ni siquiera los sigue en los órganos o tejidos de un mismo individuo. Hay personas mayores que precisan de ayuda para realizar ciertas actividades instrumentales como subir o bajar las escaleras o hacer tareas domésticas, e incluso otras que precisan ayuda en actividades básicas de la vida diaria como comer, asearse o ir al servicio, en cambio otras muchas no la precisan en absoluto.

MISHARA y RIEDEL (1986) diferencian claramente dos tipos de edades. La cronológica en primer lugar, que deriva de la fecha de nacimiento y, en segundo la biológica, que responde a los procesos bioquímicos que experimenta el cuerpo. La cronológica podría actuar como un indicador para establecer la edad de un ser humano de manera objetiva. La biológica, a diferencia de ésta, hace referencia a los cambios físicos experimentados gradualmente en el organismo, que se inician en torno a los 30 ó 35 años, pero a los que no se suele prestar atención en tanto que no comprometan las actividades cotidianas. A estas dos edades, los autores suman aún un tercer y cuarto tipo: la psicológica y la social. La edad psicológica y emotiva guarda relación con otros dos cambios: los cognitivos, es decir, los que afectan tanto a la manera de pensar como a las capacidades, y los que conciernen a la afectividad y a la personalidad. A menudo, factores como la capacidad de resolver problemas o la de adaptarse a cambios y pérdidas son importantes predictores de

un buen envejecimiento. Durante el proceso algunas otras capacidades, como la memoria o la velocidad de aprendizaje, pueden disminuir a consecuencia de la edad, pero a menudo el declive en el rendimiento cognitivo viene aparejado a factores que no están relacionados estrictamente con la edad como el desuso o la falta de práctica; la presencia de enfermedades; factores conductuales como el consumo de alcohol y/o medicamentos o a factores como la falta de motivación, las bajas expectativas, la falta de confianza, el aislamiento o la soledad. En la edad psicológica, generalmente los cambios no ocurren aisladamente, sino aparejados a experiencias complejas en el seno del medio social, como la jubilación o la muerte del cónyuge.

Finalmente, la edad social guarda relación con los valores y las tradiciones socioculturales que determinan en gran medida la forma en que una sociedad dada considera a las personas mayores, de uno u otro sexo, y al proceso de envejecimiento. La fijación de una edad en la que se determine la entrada en la vejez o edad legal, como ya se ha puesto de manifiesto, es algo totalmente arbitrario y está en función de criterios demográficos, económicos, educativos o culturales. La célebre barrera de los sesenta o los sesenta y cinco años es aquella por la que hombres y mujeres, activos o no, pasan a ser categorizados como personas de la tercera edad, mayores, ancianos/as, senectos/as o viejos/as. Una edad legal en la que, independientemente de las capacidades, un individuo ha de retirarse del mercado de trabajo. Tal artificialidad, extendida en los países occidentales mientras en otros se es productivo/a hasta que se agotan las fuerzas, está en revisión –como ya se ha puntualizado– por cuestiones estrictamente económicas. Una artificialidad que se basa en una concepción productivista de nuestras sociedades que deja a las personas que expulsa del mercado al final de su vida laboral, así como a quienes no han accedido a él, como improductivas e incapaces. Precisamente es la relación con ese mercado el punto sobre el que gravitarán las diferencias entre la mayor parte de las –actuales y futuras– mujeres mayores que han envejecido sin cotizar para causar una pensión propia y aquellas otras que, cada vez en mayores proporciones, saldrán del mercado laboral al finalizar su vida laboral, como lo hacen en la actualidad la práctica totalidad de los hombres. En todo caso, esta barrera legal apunta que, salvando el peso de lo biológico, muchas de las dolencias que puede aquejar este sector de población podrían tener una raíz psicológica

o social, si el exceso de tiempo libre o la soledad se miran a través de semejante filtro. Pasar esa línea imaginaria, en la que supuestamente comienza el desgaste, puede acelerar el deterioro si uno/a se percibe como “un viejo/a más”, pues sea cual sea el concepto con que se categorice a la vejez, lo cierto es que suele despertar sentimientos de pesar por las pérdidas asociadas a la juventud entre los sujetos de todas las edades que a ella se refieren.

La cotidianidad muestra, sin embargo, como la superación de esa edad legal en perfectas condiciones físicas y mentales es cada vez más frecuente, por lo que se comienza a evidenciar una disociación entre la imagen de la vejez y los estados de decrepitud que parecen desplazarse más allá de los 80 años, hacia esa nueva categoría de cuarta edad. Los avances médico-sanitarios y una mejora espectacular de la calidad de vida, para unas cohortes que vivieron la crudeza de las guerras y posguerras del siglo XX, han permitido retrasar el incremento de la morbilidad y la dependencia invalidante, al menos, quince años. Esta circunstancia, unida a la movilidad que caracteriza las acotaciones de las edades, propician que se baraje, en distintos países europeos, la posibilidad de adelantar o retrasar esa barrera legal. La primera medida, esto es, la prejubilación, ha sido reprobada en la Unión Europea que prefiere el retraso de la edad de jubilación; en realidad ambas tendencias conviven en la práctica. En 2007, por ejemplo, las dos cámaras legislativas alemanas resolvieron la aprobación de la elevación, de forma progresiva, de la edad de jubilación de 65 a 67 años, en medio de declaraciones gubernamentales que alertaban sobre el envejecimiento del país y las bajas tasas de natalidad, mientras se registraban manifestaciones contrarias de los sindicatos alarmados por las tasas de desempleo y la dureza de algunos trabajos destinados a mayores (COMAS, 2007: 79). Unos acontecimientos que se sucedían mientras las empresas continuaban reduciendo plantillas mediante planes de jubilación anticipada. En Europa las autoridades, los sindicatos y las empresas dibujan dos escenarios muy diferentes respecto a qué se entiende por ser productivo más allá de la tercera edad.

El escenario del retiro prematuro, frecuente en el pasado y vigente aún, comienza a difuminarse ante las recomendaciones de la Unión Europea para afrontar el envejecimiento de las sociedades y sus costos. La finalidad de la rebaja de la edad legal de retiro ha sido hasta ahora la de solventar los problemas

de desempleo, racionalizar los gastos de personal o posibilitar la adaptación/sustitución por nuevas tecnologías. Dado que la prejubilación no existe en el ordenamiento jurídico español se carece de datos oficiales al respecto, pero la Seguridad Social registró en 2007 un total de 96.040 jubilaciones anticipadas, un 2,3% menos que en 2006 (PASCUAL, 2008), siendo ésta la primera vez, desde 2003, que disminuyó el número de trabajadores que se jubila antes de cumplir los 65 años. Miles de personas que pasan a engrosar una nueva categoría del ciclo vital, la de los/as jóvenes-viejos/as. El otro escenario, con el telón de fondo de las preocupaciones en esta materia, se ha levantado sobre la medida contraria, la que contempla la prolongación de la vida laboral de las personas mayores de sesenta años y el retraso de su salida del mercado laboral, abriendo paso a una nueva categoría más: viejos/as jóvenes. El retraso de la salida de la vida laboral reducirá la necesidad de sostener un número creciente de personas que perciben pensiones por un creciente número de años. En España, la edad media de jubilación se sitúa actualmente en 63,6 años (Tabla 1), y es un poco más tardía para las mujeres.

**Tabla 1. Evolución de la edad media de entrada en la jubilación, 2006-2008**

	2006	2007	2008
Mujeres	63,86	63,90	63,92
Hombres	63,30	63,43	63,54
Total	63,47	63,57	63,66

Elaboración propia.

Fuente: Gobierno de España (2008). Anexo VIII al Informe de Estrategia de Pensiones 2008-2010

El concepto de “envejecimiento activo” de Naciones Unidas (OMS, 2002: 12) se presenta frecuentemente como el ideal para hacer frente al envejecimiento de las personas y los pueblos. El concepto alude a “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas de edad”, incluye expresamente la idea permanecer físicamente activo o participar en la mano de obra. Ahora bien, el disfrute por ambos sexos de un “envejecimiento activo” no está plenamente garantizado para las mujeres, en tanto que no habiendo equiparado sus tasas de

actividad u ocupación con las del resto de la población, son susceptibles de no gozar, por ejemplo, de seguridad financiera en la vejez. La consideración del sexo como uno de los elementos transversales, junto a la cultura, para la comprensión del envejecimiento activo en las distintas sociedades trata de conjurar por parte del organismo multilateral las dificultades que implica dar contenido a ese concepto. El envejecimiento activo se presenta como una idea progresista, pero que requiere sortear la persistencia de la discriminación en el empleo, a causa del sexo, la edad o una combinación de ambas variables en el curso vital. En 2007, de los 52,5 millones de personas con edades comprendidas entre los 55 y los 64 años, en la UE-25, sólo el 22,2% se encontraban ocupadas, 1,6 estaban desempleadas y 28,5 inactivas económicamente, de modo que las tasas de actividad europea y española para las personas de 55 a 64 años son muy bajas, particularmente entre las mujeres (Tabla 2). Ello expone a estas personas a la discriminación y menor disponibilidad de recursos y oportunidades a la hora de disfrutar de la salud, la participación y la seguridad en la tercera edad.

**Tabla 2. Tasa de actividad de los/as mayores en Europa, 2007**

	De 50 a 54 años (%)	De 55 a 64 años (%)
UE-25	72,3	42,3
UE-15	74,0	43,9
España	65,8	43

Elaboración propia.

Fuente: Cinco días. (2007). Economía, enero 2007.

La tendencia, en todo caso, señala que la consideración de “ser mayor” acabará desplazándose hacia lo alto del ciclo vital ante la necesidad de contrarrestar los costos del bienestar de un mayor número de pensionistas cada vez más longevos/as. En el “Consejo Europeo de Barcelona” (SN 100/02) no sólo se acordó que deberían reducirse los incentivos a la jubilación anticipada y hacerse esfuerzos por aumentar las oportunidades para que los/as trabajadores/as de mayor edad continuaran en el mercado laboral, si no que se concretó que para 2010 se debería elevar progresivamente, en torno a 5 años, la edad media en que se produzca el cese efectivo de la actividad.

En Francia, desde 2003, se han registrado protestas ante la propuesta de alargamiento de la vida laboral de los 40 a los 42 años para percibir una pensión completa y en Austria, el país con el porcentaje de PIB más alto en el pago de pensiones (14,5% en 2003), contra la intención de retrasar la edad desde los 59 y los 57 años para hombres y mujeres, respectivamente, a los 65, y elevar de 40 a 45 años el tiempo de cotización para causar el derecho a una pensión completa (BBC, 2003). En ese año, Italia diseñó un Proyecto de ley que entró efectivamente en vigor en 2008, para retrasar la jubilación de los hombres de 57 a 65 años y la de las mujeres de 57 a 60 años, de igual modo que aumentó a 40 en lugar de 37 el número de años de cotización que permiten jubilarse (ABC, 2003).

En el Estado Español, la flexibilidad se impuso con la “Ley 35/2002, de 12 de julio, de Medidas para el establecimiento de un sistema de jubilación gradual y flexible” (BOE 167, 13/07/2002), que modificó la regulación de la pensión de jubilación al objeto de que no impidiera una presencia social activa. Tres fueron los argumentos esgrimidos para introducir los criterios de gradualidad y flexibilidad: la repercusión en la autoestima del trabajador, los efectos positivos sobre el sistema de pensiones, y la posibilidad de brindar al conjunto de la sociedad el aprovechamiento de la experiencia y los conocimientos de los trabajadores de más edad. Las modificaciones legales han supuesto, en primer lugar, la reforma de la regulación de la jubilación parcial, de manera que es compatible el percibo de una pensión de jubilación y el desarrollo de actividades laborales. En segundo lugar, la exoneración del pago de cotizaciones sociales por contingencias comunes, salvo los casos de incapacidad temporal, correspondientes a los trabajadores de sesenta y cinco o más años, que acrediten treinta y cinco años efectivos de cotización, y decidan voluntariamente la continuación o la reiniciación de su actividad laboral. En tercer lugar, la introducción de previsiones que posibiliten que el porcentaje aplicable a la base reguladora de la pensión de jubilación pueda superar el 100 por 100, respecto de aquellos trabajadores que permanezcan en activo más allá de los sesenta y cinco años de edad y acrediten un mínimo de treinta y cinco años de cotización.

Junto al objetivo de propiciar la permanencia en la actividad, la Ley recoge el propósito de reformular las condiciones de acceso a la jubilación anticipada, de manera que, por un lado se mantenga en su regu-

lación actual el acceso a la jubilación a partir de los sesenta años, por aplicación de derecho transitorio, y por otro puedan acceder a la jubilación anticipada, a partir de los sesenta y uno, los trabajadores afiliados con posterioridad a 1 de enero de 1967, siempre que reúnan ciertos requisitos, como un período mínimo de cotización de treinta años, involuntariedad en el cese, inscripción como desempleado por un plazo de, al menos, seis meses o inclusión en el campo de aplicación de determinados regímenes del sistema de la Seguridad Social. En ambos supuestos se ha de proceder a la equiparación de los coeficientes reductores aplicables por razón del anticipo de la edad de jubilación. En el supuesto de extinción de contratos de trabajo derivados de un expediente de regulación de empleo, promovido por empresas que no se encuentren incursas en un procedimiento concursal, se acordó que deberá llevar aparejada la obligación de abonar las cuotas destinadas a financiar un convenio especial con la Tesorería General y hasta la edad de sesenta y cinco años, cuyo coste deberá ser soportado por empresarios/as y trabajadores/as. Por último, como un elemento más para el fomento del empleo y para desincentivar el acceso a la jubilación en edades anticipadas, la Ley recoge también un nuevo régimen de bonificaciones o reducciones graduales, que podrían llegar hasta el 100 por 100 de la aportación empresarial en la cotización por contingencias comunes. A consecuencia de ello, la Seguridad Social confirmó que en 2007 repuntó un 4,2% el número de nuevas altas de jubilación de trabajadores/as con 65 años y más, al igual que creció el número de cotizantes al sistema de mayores de 65 años que sigue trabajando una vez cumplida esa edad (PASCUAL, 2008). Los escenarios de futuro, ante esta nueva situación de jubilación a la carta, guardan relación con los cambios que se introduzcan en la concepción del trabajo y su valor, del par Estado-mercado, y de la cohesión social.

En un futuro más o menos próximo acaso la vejez acabe por situarse en la cuarta edad. Los 80 es una edad a la que habitualmente acceden personas cuya valoración del estado de salud es buena, dado que son las personas más resistentes de sus cohortes, lo cual no excluye que sean proclives a padecer una o varias enfermedades tal vez de evolución progresiva, de tendencia a la cronicidad o con escasas posibilidades de curación. El paso del tiempo o la enfermedad puede colocar a estas personas, mayoritariamente mujeres, en una situación de cierta vulnerabilidad, si como resultado de una vida de

supuesta inactividad económica o desocupación laboral, poseen insuficientes recursos materiales o viven solas como resultado de su longevidad. Sea como fuere, lo cierto es que en la actualidad es posible disociar definitivamente el envejecimiento de la senescencia<sup>6</sup>. PALLARÉS CARRATALÁ (2003: 51) sostiene que “existe una regla (ya clásica) denominada de los tercios que intenta explicar la senescencia: un tercio de la decadencia se debería a la enfermedad, otro tercio al desuso y el otro tercio al deterioro orgánico primario”. Obviamente no es posible actuar sobre el envejecimiento, por más que se trate de combatir artificiosamente, porque el paso del tiempo es inexorable, pero es posible y deseable actuar sobre la senescencia a través de la adopción de estilos de vida saludables a lo largo del ciclo vital tales como la supresión de hábitos tóxicos, la realización de ejercicio físico y el seguimiento de una nutrición equilibrada.

El cada vez más largo tránsito hacia la vejez supone, indudablemente, un esfuerzo adaptativo por las limitaciones que marca el cuerpo, por la necesidad de elaborar una concepción respecto de esta etapa de la vida y/o por la necesidad de valorar la que la sociedad otorga. Actividad, productividad, independencia, fortaleza o salud son factores sobrevalorados en la sociedad y que evidentemente se oponen a aquellos que se asocian a la tercera o cuarta edad: inactividad, improductividad, dependencia, fragilidad, y en algunos casos, decrepitud. ORTEGA Y GASSET (1984: 266) expresaba apesadumbrado que “en las generaciones anteriores la juventud vivía preocupada de la madurez. Admiraba a los mayores, recibía de ellos las normas -el arte, la ciencia, política, usos y régimen de vida-, esperaba su aprobación y temía su enojo. Sólo se entregaba a sí misma, a lo que es peculiar de tal edad, subrepticamente y como al margen. Los jóvenes sentían su propia juventud como una trasgresión de lo que es debido. Objetivamente se manifestaba esto en el hecho de que la vida social no estaba organizada en vista de ellos [...] El cambio acaecido en este punto es fantástico. Hoy la juventud parece dueña indiscutible de la situación, y todos sus movimientos van saturados de dominio. En su gesto transparece bien claramente que no se preocupa lo más mínimo de la otra edad. El joven actual habita hoy su juventud con tal resolución y denuedo, con tal abandono y seguridad, que parece existir sólo en ella. Le trae perfectamente sin cuidado lo que piense de ella la madurez; es más: ésta tiene a sus ojos un valor próximo a lo cómico. Se

han mudado las tornas. Hoy el hombre y la mujer maduros viven casi azorados, con la vaga impresión de que casi no tienen derecho a existir. Advierten la invasión del mundo por la mocedad como tal y comienzan a hacer gestos serviles”.

En la historia de la humanidad, despreciada o admirada, lo cierto es que la juventud fue siempre preferida a la vejez. MINOIS (1987: 395) afirma que “desde los comienzos de la historia, los viejos echan de menos su juventud y los jóvenes temen la llegada de la vejez. La vejez es para la cultura occidental un mal, una imperfección, una edad triste que prepara la llegada de la muerte. Incluso esta última es considerada a menudo con más simpatía que la decrepitud, ya que significa liberación”. La adoración a lo juvenil, sublimada en la sociedad contemporánea, se suma al desarrollo de las tecnologías y las comunicaciones, y en general, a las intensas transformaciones sociales acaecidas en las últimas décadas, para incidir en la pérdida de importancia que se presta a la experiencia acumulada, mientras se crean nuevos roles que tornan obsoletos los de las personas ancianas, de modo que, ante la aparición de los signos de envejecimiento muchas mujeres y, cada vez más muchos hombres, se ven abocados/ os a seguir una vida más activa, más enérgica, más juvenil, en un intento por alejar temores, sortear las descalificaciones o el apartamiento. La proliferación de la literatura que invita a conocer cómo vivir una vejez feliz o de un emergente mercado que ve en este sector de la población un potencial consumidor respondería a esa necesidad de presentar como positiva esta etapa de la vida. Incluso la prensa, el cuarto poder (BURKE, 1774 citado en SCHLOSSER, 1997), periódicamente recurre a suplementos dedicados a la belleza, al cuerpo o a exorcizar el miedo a la edad, bajo títulos como “El imperio del cuerpo” o “El valor de la edad” (El País, 2006). Sin embargo, no debe perderse de vista que una ancianidad dedicada al desarrollo personal, al consumo, al ocio y a adoptar estilos de vida juveniles está más al alcance de quienes disponen de un buen nivel de renta o de buena salud.

Se considere una carga o una fuente de negocio, la uniformidad es acaso el estereotipo que más negativamente afecta a la vejez. La consideración de la población anciana como un todo homogéneo, minimiza las particularidades y diferencias, en un momento de tránsito hacia una de las principales etapas del curso de la vida individual, la última, la antesala

de la muerte. Etapa que necesariamente está condicionada por las circunstancias que afectaron la biografía personal, y que por tanto ha de suponer situaciones, atenciones y demandas diferenciadas. En este sentido, LEHR (1991) sostiene que la vejez se define socialmente y el envejecimiento es, sobre todo, un proceso individual; mientras FERNÁNDEZ BARRERA y PÉREZ SALANOVA (1994) precisan que la vejez, como proceso, depende y se define frente a las demás etapas de la vida, y que en el resultado intervienen combinados de forma diferente la herencia genética, el estado de salud, el estatus socioeconómico, las influencias sociales de la educación, la ocupación ejercida, las diferencias por cohorte y la personalidad. En esta investigación se pretende constatar además que la mayoría de las variables que se toman habitualmente en consideración están a su vez influidas por el sexo-género.

### 2.2.1. La Gerontología Social

El término Gerontología, que la Real Academia Española (2001: 1.134) define como la “ciencia que trata la vejez y los fenómenos que la caracterizan” fue acuñado, a principios del pasado siglo, por METCHNIKOFF (1903) al estudiar el envejecimiento celular desde la biología. Las reflexiones sobre la vejez, sin embargo, son tan antiguas como la Filosofía misma. En el pensamiento clásico ya se encuentra representada la visión positiva de la vejez defendida por PLATÓN (390-370 a.C.) y contrapuesta a la negativa encarnada por ARISTÓTELES (348-322 a.C.), para quien la vejez era en sí misma una enfermedad. Una contraposición de la que serían herederos HOMERO y CICERÓN, si bien la aristotélica fue la herencia que perduraría en el pensamiento europeo. Aunque la Edad Media marcó el inicio, en el siglo XVII se encuentran los antecedentes remotos de la Gerontología Social pues la obra de BACON (1623) vaticinaba que la vida se prolongaría en el momento en que las condiciones médico-higiénicas mejorasen. En el XIX, las reflexiones sobre la materia recibieron un impulso de la mano de QUETELET (1835), GALTON (1883) y HALL (1922).

FERNÁNDEZ BALLESTEROS (2000: 33) considera que “la historia reciente de la Gerontología científica” se inaugura con COWDRY (1939) quien incorpora aspectos psicológicos y sociales al tratamiento de las condiciones médicas y físicas del envejecimiento. En el Estado Español, el I Congreso

sobre Gerontología se celebró en 1950, pero no fue hasta las últimas décadas del siglo pasado cuando tuvo lugar el desarrollo de la Gerontología Social entendida como el estudio de los aspectos sociales del envejecimiento. Inicialmente, y debido a la centralidad del estudio de las condiciones patológicas de la vejez, se apreciaban tintes de negatividad hasta que fueron desplazados por el énfasis en los aspectos positivos. En líneas generales se establecen tres etapas en la generación de las teorías gerontológicas. La primera corresponde a las “teorías adaptativas” centradas en el individuo y en las relaciones de éste con la sociedad. La segunda generación se refiere a las “teorías estructurales” sobre la modernización, basadas fundamentalmente en la sociedad del trabajo. La tercera generación contiene los enfoques más recientes que intentan reconciliar ambas posturas, esto es las más individualistas con las estructurales, dando lugar a lo que se ha dado en llamar “economía moral”.

#### 2.2.2. a. Primera generación, las teorías adaptativas

La primera generación, emergió en los años sesenta y setenta, en un momento de predominio del análisis funcionalista, de modo que la atención se centró en la capacidad de interacción del individuo con su medio social. La línea predominante concibió el envejecimiento como una forma de ruptura social y, consecuentemente, como una pérdida progresiva de funciones sociales. Es comprensible pues que EINSTADT (1956) caracterizara la ancianidad en las sociedades industriales como prisionera en un “rol vacío de roles” y BURGESS (1960) denunciara la falta de roles asignados socialmente a la ancianidad y la ambigüedad de los que se le reservan. Dos de las teorías más relevantes para la Sociología del envejecimiento se enmarcan en este paradigma y son, por un lado, las teorías de la desvinculación y algunas elaboraciones cercanas, como la teoría de la subcultura y la teoría del grupo minoritario y, por otro lado, las teorías de la actividad próximas a la teoría de la continuidad y la teoría del medio social.

La “Teoría de la desvinculación”, una de las primeras teorías sociológicas sobre el envejecimiento, fue formulada por CUMMING y HENRY (1961). Sostiene que para que una sociedad se mantenga estable es necesario que las personas que en un futuro inmediato van a ser incapaces de realizar satisfac-

toriamente sus tareas sean reemplazadas por otras más jóvenes, de tal manera que dichas tareas sean desempeñadas con las mínimas interrupciones posibles. Esta estrategia se presenta como más necesaria en sociedades dinámicas en las que los jóvenes cuentan con una mayor cualificación o una formación más apropiada. Si bien, el retiro se estima adecuado para ambas partes, puesto que las personas que envejecen se ven liberadas de la tensión del trabajo mientras se dedican a otras actividades de su libre elección. Este análisis considera que el envejecimiento conlleva irremediamente una merma de la interacción entre quien envejece y quienes se encuentran en su entorno social, pues el individuo deja poco a poco de mezclarse en la vida de la sociedad que a su vez le ofrece cada vez menos posibilidades de todo tipo. La muerte se convierte así en una experiencia menos traumática, asumida lentamente por la persona anciana, mientras la familia y las personas cercanas disponen de la posibilidad de buscar una sustitución para las funciones que no se van a desempeñar y de reorganizar posiciones, tareas y roles. En similares términos se expresa ANDERSON (1972) al aludir a la "Desaparición social de las personas ancianas" por la que sostiene que cuando las personas ancianas eran minoría podían ser asimiladas por la sociedad, pero que al incrementar su número y proporción quedan sin funcionalidad social, de modo que las personas mayores realizan un recorrido por el cual son expulsadas de la cultura, a través de aceptaciones conscientes o inconscientes, en un proceso inverso al enculturativo de la niñez. Ambas posiciones teóricas parecen obviar el intenso flujo de servicios que mantienen muy saludables las relaciones intergeneracionales -como se pone de manifiesto en el capítulo 7-.

Próximas a las teorías de la desvinculación, por la consideración de las personas ancianas como un grupo sometido a la ruptura, se encuentran la de la subcultura y la del grupo minoritario. La "Teoría de la subcultura", formulada por ROSE (1965), argumenta que las personas ancianas forman un grupo social distinto por sus características comunes y su aislamiento, de modo que la "subcultura de la edad" posee los rasgos de cualquier grupo aislado y proporciona un conjunto de normas que definen y dirigen la conducta. Desde este marco de análisis se cree que es más ventajoso estudiar a las personas ancianas en base a una estratificación por edad, en lugar de recurrir a una apoyada en la clase social. Desde este marco conceptual, se entiende que la existen-

cia de organizaciones o asociaciones de personas de edad avanzada vendría en apoyo de esta propuesta. Desde esta óptica se minimizan las diferencias que marca el curso vital y se olvida que, en muchos casos, no se acude a este tipo de asociaciones o no tiene lugar tal desvinculación, de modo que muchas personas mayores optan por mantenerse en aquellas asociaciones a las que han pertenecido durante su vida. La "Teoría del grupo minoritario" de STREIB (1965), próxima pero distinta a la de la subcultura, establece que las personas mayores se ven forzadas a formar una minoría de personas discriminadas por compartir ciertas características biológicas relacionadas con la edad. El grupo minoritario de los viejos tiene asociados una serie de defectos que es preciso evitar, de modo que una persona que no aparenta la edad que tiene o actúa como si fuera joven merece una mejor consideración. Así, aplica los rasgos de los grupos minoritarios: falta de movilidad, pobreza, segregación, baja autoestima e impotencia a esa minoría discriminada. Las reacciones a esta segregación varían entre la pasividad total y el activismo político. Este punto es rebatido por los datos de esta investigación, pues en el capítulo 11 se aprecia como aunque la mayoría de las personas encuestadas no se siente vieja, tampoco tiene problema alguno en identificarse con las personas ancianas.

Las teorías de la desvinculación han sido objeto de crítica en tanto que la vejez es considerada no sólo en los aspectos más problemáticos, sino en los más negativos. La vejez como sinónimo de improductividad y falta de compromiso se entiende como una carga. La pérdida de funciones que comporta la jubilación junto al deterioro de capacidades físicas y mentales, especialmente entre las mujeres que alcanzan edades más elevadas, se lee en términos de aislamiento. Y aunque en la década de los setenta y ochenta los argumentos respecto a los problemas de la dependencia y el envejecimiento se desplazaron desde el individuo a la estructura social, lo cierto es que esta concepción de la vejez choca con la existencia de los citados fluidos intercambios generacionales que alimentan las relaciones familiares prácticamente hasta la misma desaparición de los/as mayores y, desde luego, con la moderna concepción del envejecimiento activo. En todo caso, FENNELL, PHILLIPSON y EVERS (1988) han presentado argumentos favorables a la conservación de algunos aspectos de la teoría de la ruptura social, particularmente en lo referido al "anciano más anciano", más cercano al final de sus días. BAZO ROYO (1990: 9)



afirma que la crítica principal a la teoría es que resulta demasiado simplista, y “parece que si muchas personas abandonan sus roles y actividad es más debido a la falta de oportunidades y/o a los correlatos del incremento de la edad, como son el ir perdiendo la salud, los amigos/as o los ingresos”.

La “Teoría de la actividad”, formulada originalmente por HARVIGHURST (1961), sostiene que un alto nivel de actividad mejora la satisfacción personal de las personas mayores. Dado que la identidad se construye, en gran medida, en base a las actividades y roles que se desempeñan, un mejor envejecimiento precisa de su mantenimiento tanto como sea posible, puesto que si se priva de ciertos roles, y los que restan no están claramente definidos, la confusión resultante puede conducir a un estado de anomia que tiende a interiorizarse, por lo que el individuo se torna inadaptado y alienado de la situación y de sí mismo. La vejez lograda, por el contrario, implica el descubrimiento de nuevos papeles o de nuevos medios -informales- para conservar los antiguos. La teoría destaca también la diversidad social que existe entre las personas ancianas. Los estudios realizados por BENGSTON y PETERSON (1972) parten de la existencia de una relación positiva entre la actividad social y la satisfacción en la vejez, y una relación inversa entre la satisfacción y la pérdida de roles, como los que comportan la viudez y la jubilación. Sus investigaciones, sin embargo, sólo permitieron concluir que la única actividad relacionada significativamente con la satisfacción era la relación social con los/as amigos/as. MADDOX y EISDORFER (1962), desde este enfoque, concibieron una clasificación basada en las categorías actividad y moral, de la que resultan cuatro combinaciones: actividad elevada / moral elevada; actividad elevada / moral baja; actividad débil / moral elevada y actividad débil / moral baja.

A diferencia de lo que sostienen las teorías de la desvinculación o el retraining, los individuos del tipo “actividad débil / moral elevada” que han salido exitosos de su retraining existen, aunque son una pequeña parte de la muestra. MADDOX y EISDORFER señalan que aunque una moral elevada se encuentra asociada con la tasa de actividad, depende también de la situación económica y de las posibilidades que se le ofrecen al sujeto. GOUDY, POWERS y KEITH (1975) presentaron una propuesta relevante en lo relativo a las conclusiones, partiendo de una tipología similar a la anterior, re-

ferente al trabajo y a las actitudes ante la jubilación y con distintas categorías ocupacionales, obtuvieron en su muestra tanto una distribución similar para los cuatro tipos como diferencias poco significativas entre las ocupaciones. Un segundo estudio, al que incorporaron las variables valoración y edad, les valió para concluir que si bien los individuos de profesiones liberales se encuentran mejor adaptados, cada categoría comprendía un número significativo de personas bien y mal adaptadas. Estos aspectos ponen de manifiesto que las estadísticas pueden ocultar las diferencias individuales. En todo caso, la teoría obvia que muchos de los problemas que enfrentan las personas mayores tiene más que ver con el modo en que la sociedad está organizada, que con características personales, intereses o aspiraciones. Es fácil imaginar que al focalizar la atención en la jubilación han olvidado qué tipo de ajuste hacen las mujeres que han permanecido al margen del mercado laboral, pero no al margen de la actividad doméstica y/o familiar.

La “Teoría de la continuidad”, formulada por ATCHLEY (1971), opuesta igualmente a la teoría de la desvinculación, focaliza todo el ciclo vital y los procesos de continuidad y cambio. Ciertamente en el proceso de envejecimiento el individuo experimenta una cierta discontinuidad, pero también es cierto que la adaptación y el estilo de vida están fuertemente influenciados por las actitudes, preferencias y hábitos adquiridos a lo largo del ciclo vital. La adaptación social a la vejez, la jubilación u otros acontecimientos están determinados esencialmente por el pasado, por la biografía del individuo. La conducta anterior es el mejor índice de predicción de los comportamientos en la vejez. En esta línea, COX (1984) propone el desarrollo de una investigación sociológica sobre los estilos de vida de quienes ocupan diferentes posiciones sociales. La ventaja de esta teoría es la de proponer una multiplicidad de sistemas de ajuste, en vez de uno sólo como las anteriores, aunque precisamente en esto radica su desventaja comparativa, en que presenta mayores dificultades para la verificación.

La “Teoría del medio social”, elaborada por GUBRIUM (1973), sostiene que el comportamiento en la vejez depende de factores biológicos y sociales, y respecto de éstos señala que el medio en que se desenvuelve una persona mayor incluye el contexto social y su normatividad, así como los obstáculos de tipo material y las posibilidades disponibles. La teo-

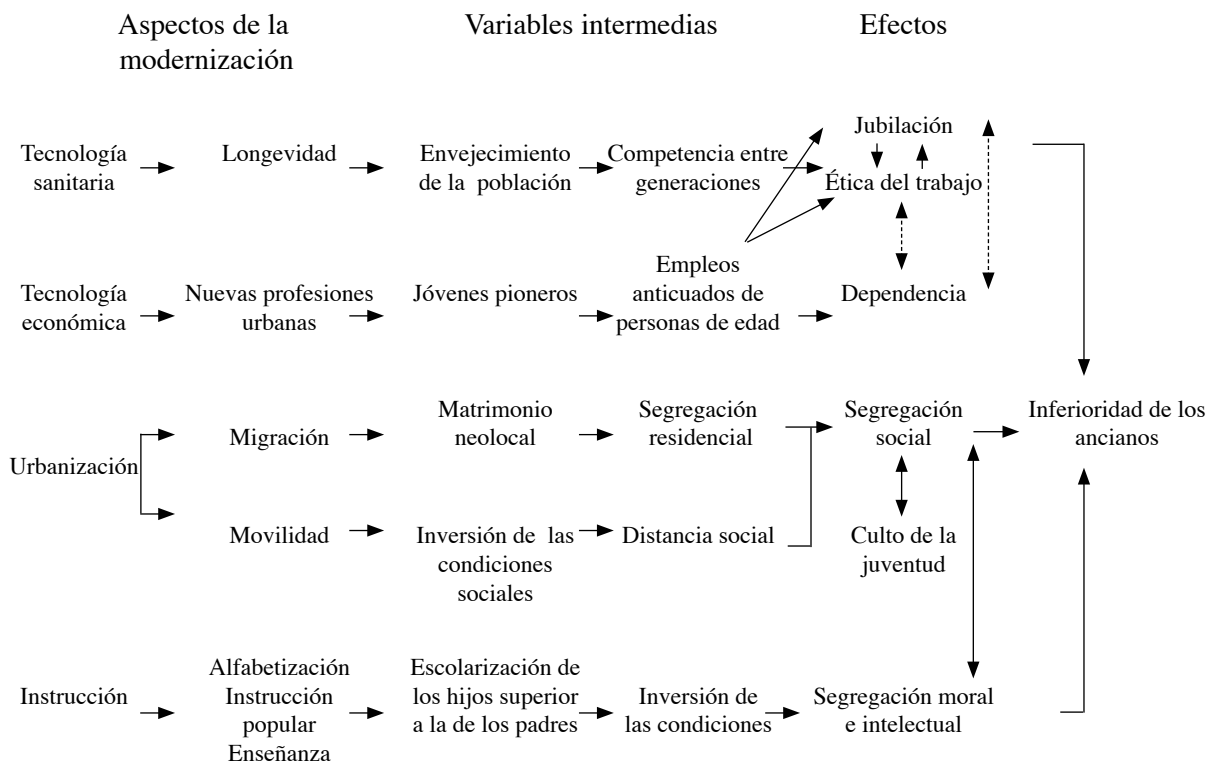
ría sostiene que sobre el nivel de actividad influyen tres factores: la salud, los recursos económicos y los apoyos sociales, y que todos actúan como limitadores. La salud lo es porque el efecto acumulado de las enfermedades crónicas limita la posibilidad de realizar actividades. La situación económica porque una buena proporción de personas ancianas tiene ingresos inferiores o próximos al umbral oficial de la pobreza. La existencia de apoyos sociales, tales como la presencia del cónyuge o las relaciones sociales más amplias, contribuyen al nivel de actividad pero se van perdiendo por la muerte o la falta de salud. La teoría concluye que los factores procedentes del medio social, susceptibles de influir en el grado de actividad, resultan desfavorables en la vejez. Dado que las mujeres son más longevas, es obvio suponer que la vejez es para ellas más desfavorable puesto que pueden vivir más años con discapacidad, en soledad y con recursos insuficientes.

Las debilidades implícitas en el análisis funcionalista aparecen con nitidez en las teorías expuestas. Por una parte, el análisis de la ruptura o la continuidad gravita sobre el individuo, obviando que muchos de los problemas que se enfrentan en esta etapa del ciclo vital tienen más que ver con el modo en que la sociedad está organizada y las oportunidades que brinda. Por otra, los asuntos relacionados con el po-

der y la distribución de recursos desaparecen bajo la categoría actividad, entendida ésta únicamente como actividad laboral. Estas teorías, en fin, dejan de lado a las mujeres que, vinculadas o no al mercado laboral, permanecen realizando las funciones del ámbito de lo privado -domésticas y de cuidado-, fundamentales para la reproducción y la sociedad, salvo que acontezca el padecimiento de una discapacidad severa.

**2.2.2. b. Segunda generación, las teorías estructurales.**

La segunda generación, superando el individualismo que había caracterizado a la anterior, es la de las teorías estructurales sobre la modernización que analizan el impacto de la organización social sobre el envejecimiento. COWGILL y HOLMES (1974) vinculan la pérdida de estatus de las personas de edad avanzada al avance del proceso de modernización, y concretamente a factores como el perfeccionamiento de la tecnología sanitaria, el desarrollo y la eficacia de la tecnología económica, la urbanización y los procesos de instrucción. Entender la relación entre tales variables es más sencillo a través del esquema que elaboró COWGILL.



El paradigma de COWGIL parece capaz de explicar la condición de las personas de edad en nuestro entorno cultural, pero como sostienen MISHARA y RIEDEL (1986: 74) “puede suceder, sin embargo, que este modelo se vuelva en el futuro cada vez menos útil si se tienen en cuenta las tendencias evolutivas actuales”, es decir, si la esperanza de vida no sigue aumentando de manera significativa, si los cambios tecnológicos provocan la reconversión de los trabajadores en vez de su jubilación, si se reduce la tendencia a la urbanización e incluso se invierte, si disminuye la tasa de crecimiento demográfico, y se aminora la diferencia de nivel de educación o cualificación entre los diversos grupos de edad.

Sin embargo, KEITH (1979) resta validez a la afirmación, ampliamente aceptada, que considera que la posición de las personas mayores decae con la modernización, señalando que únicamente ciertos factores de entre los que definen el proceso de modernización inciden en la posición tradicional de este sector de población. Estatus y edad, tomados como factor de organización social, son considerados como dos ópticas desde las que estudiar la vejez, desde un punto de vista positivo, con características y atribuciones culturales propias. Frente a las nociones de dependencia, exclusión o inutilidad social, este autor considera que las personas mayores no sólo han sido productivas a lo largo de su vida, sino que además son consumidoras, y añade que las personas ancianas están más satisfechas y mejor integradas si pueden mantenerse activas más tiempo y vinculadas a sus relaciones habituales básicas, pues sus condiciones de vida serán tanto mejor cuanto más extensas, y mayor contenido funcional, tengan las redes personales de parentesco.

TOWNSEND (1957), desde un paradigma marxista, se refiere a la creación social de la dependencia como la “Dependencia estructurada” para referirse así a las reglas y recursos que rigen el envejecimiento en las sociedades capitalistas modernas y en sus principales formas de expresión. Cuatro son las fuentes principales que identifica en la generación de tal dependencia: los efectos de la política de jubilación, en especial, sobre los trabajadores de mediana edad avanzada en tiempos de elevada tasa de desempleo; la presencia de una pobreza generalizada en la que casi la mitad de los ancianos viven o caen en sus márgenes; los efectos negativos de la vida en residencias; y la tendencia de la política de atención comunitaria a crear receptores agradecidos

y pasivos. Tras sus investigaciones, TOWNSEND sitúa el origen de la dependencia en la estructura y organización de la producción, que hace inexorable el descenso de categoría de las personas ancianas y propone para contrarrestarlo una “economía política” que combine el análisis sociológico, económico y político. La dependencia estructurada hizo referencia originalmente a las privaciones en materia de pensiones, salud o bienestar, pero se amplió con posterioridad para dar cabida a la dependencia interpersonal e incluir la infantilización de las personas mayores a las que se incapacita y se llega a excluir de los lugares públicos.

A la “Economía política de la vejez” se refieren también WALKER (1980) en el Reino Unido, y ESTES (1986) en Estados Unidos al considerar que la calidad de vida de la última fase del ciclo vital, en las sociedades capitalistas modernas, está determinada por la influencia de la situación del mercado de trabajo adulto en el momento de la jubilación, y con posterioridad a ésta. Ambos concluyen que los efectos de una posición poco sólida en el mercado laboral antes de la jubilación suponen una limitación de acceso a un amplio abanico de recursos y se concreta en la imposición de una categoría social deprimida. En otros términos, GUILLEMARD (1992) denuncia la posición de dependencia en la que se sostiene a las personas ancianas que se han convertido en receptores pasivos de servicios sostenidos por los/as contribuyentes. Ahora bien, la idea de dependencia, unida a la que asimila vejez y enfermedad, conforman una visión negativa de la vejez, puesto que los estudios referidos a este sector de población se realizan bajo la óptica de la marginalidad. Más allá, el análisis de la modernidad está ligado a la contraposición del respeto que las sociedades preindustriales brindaban a la ancianidad con la pérdida de prestigio de la vejez en sociedades industrializadas, aunque la historia muestra que antaño la conservación de posiciones importantes después del abandono de las actividades productivas generalmente estaba vinculada a la conservación de la propiedad y el control (MINOIS, 1987).

El enfoque de la segunda generación ha sido valorado en la medida en que corrige el individualismo de los anteriores enfoques, y en tanto que pone en primer término la dimensión política de envejecimiento. Sin embargo, tampoco ha sido ajeno a las críticas dada la excesiva importancia otorgada a los factores estructurales, que de por sí produce otra

forma de funcionalismo, dada la escasa atención concedida a los microprocesos, a la posibilidad de cambio y de nuevas oportunidades. Esta segunda generación en fin, pone el acento en la creación social de la dependencia basada casi exclusivamente en la sociedad del trabajo, entendido éste únicamente como trabajo remunerado, de modo que al igual que la primera olvida las especificidades de las mujeres que han permanecido al margen del mercado laboral. La escasa consideración del sexo como base de la organización social y pieza fundamental en la conformación de las desigualdades sociales lleva a pasar por alto que, más allá del impacto diferencial del mercado de trabajo, existen factores culturales marcados por las relaciones de género.

### 2.2.3. c. Tercera generación, la economía moral

La tercera generación, la más reciente, intenta reconciliar las posturas individualistas con las estructurales dando lugar a lo que se ha dado en llamar “Economía moral”. Estos enfoques, a diferencia de los anteriores, se caracterizan por el énfasis en el cambio y en las oportunidades desplazando la temática de los “problemas” relacionados con el envejecimiento, es el grupo de las teorías del curso vital.

La “Teoría de la tercera edad” de LASLETT (1989: 43) desarrolla un argumento opuesto tanto a las posiciones de la ruptura como a las de la dependencia, que posibilita la apertura de esa nueva línea de pensamiento, la del curso vital. La idea que subyace tras ella es la de crear una imagen más positiva del envejecimiento en las sociedades contemporáneas occidentales en las que la primera transición demográfica está prácticamente terminada, mientras adquiere un ritmo acelerado en el resto de los países. El fenómeno se presenta como un ejemplo de cambio social no planificado, ya que la magnitud de las variaciones en la estructura de edad requiere una modificación de los planteamientos ante nuevas cuestiones y problemas sociales. Los cambios son asociados a cuatro etapas del curso vital. La primera es la etapa de dependencia, socialización, inmadurez y educación; la segunda es la de la independencia, la madurez y la responsabilidad, de ganar y ahorrar; la tercera es una época de realización personal; y la cuarta de dependencia final, decrepitud y muerte. La entrada y salida del mercado de trabajo marcan las transiciones de la primera a la segunda, así como de la segunda a la tercera; lo novedoso radica en que la “tercera edad” es considerada como la etapa del

apogeo de la vida, liberada ya de las limitaciones de la segunda y no aquejada por las sombras de la cuarta. La teoría recoge los aspectos demográficos, esto es los cambios habidos en las pautas de supervivencia y las mejoras de la esperanza de vida; los aspectos estructurales respecto de los que señala la necesidad de facilitar el establecimiento de los necesarios para la persona activa, lo que implica la creación de nuevas instituciones en los ámbitos de la educación y el empleo ya que las existentes no satisfacen las necesidades de los grupos humanos; y finalmente, los aspectos subjetivos ya que estima que el factor determinante de la vejez satisfactoria es que sea activa y positiva. LASLETT presta especial atención a las mujeres, pues tiene presente que la probabilidad de llegar a la tercera edad y de vivir en ella es mayor que la de los hombres. En todo caso, la teoría parece desplazar las dificultades de la tercera a la cuarta edad; niega la posibilidad de que una vejez satisfactoria pueda ser compatible con un modo de vida más pasivo, y parece presuponer la disponibilidad de recursos para el desarrollo de aspectos creativos generalizados a todas las personas y de todas las clases sociales.

Las “Teorías del curso vital” se han desarrollado en los últimos años, acentuando la diversidad de experiencias frente a la inevitable dependencia y las experiencias colectivas frente a las actitudes individualistas, poniendo de manifiesto que la edad y envejecimiento se han tornado dimensiones claves de las sociedades modernas. RILEY (1987) sostiene que en torno al curso vital ha aparecido una “Sociología de la edad” que hace hincapié en dos aspectos relacionados entre sí. Uno es la consideración del envejecimiento en el transcurso de la vida como un proceso social; el otro es la valoración de la edad como una característica estructural de sociedades y grupos cambiantes, en tanto que las personas y sus funciones se diferencian de acuerdo a la edad. Respecto de estas últimas formulaciones, ARBER y EVANDROU (1996) establecen diferencias entre dos tipos de análisis: una visión del curso vital más dinámica y otra postmoderna. La primera se corresponde al “Enfoque dinámico del curso vital” que cuestiona implícitamente la teoría de la dependencia estructurada y la teoría de la tercera edad que, con la finalidad de averiguar los orígenes y consecuencias de la desigualdad en la vejez, incluye la consideración de la dimensión de género en la pretensión de revelar el carácter socialmente construido de los significados y valores que rodean a la vejez. No por ello olvida que la diversidad está condicionada tanto

por limitaciones estructurales como culturales, así como por el peso de las categorías sociales. El enfoque pretende reconciliar las influencias de la estructura social con el cambio cultural y sus significados; y se presenta como un marco para analizar las diversas influencias que conforman las experiencias vitales de distintos grupos de individuos en etapas concretas de sus vidas.

La segunda visión, la “Versión postmoderna del curso vital” (FEATHERSTONE y HEPWORTH, 1991) abanderada la introducción del género en la perspectiva del ciclo vital. El enfoque examina cómo contribuyen las pautas contemporáneas de acceso a la vejez a la cultura postmoderna, de modo que el envejecimiento se analiza en tanto que dimensión crítica del cambio cultural. Se apuesta por que el cambio postmoderno producirá cierta confusión de las etapas vitales, puesto que se están reconstruyendo radicalmente bajo la influencia del cambio demográfico y social, hasta tal punto que se producirá la desjerarquización y el pluralismo, por lo que la edad no será el factor que defina el cultivo de los estilos de vida y el consumismo, máximo si se toma en consideración que desde los medios de comunicación y la cultura se ofrece un enfoque juvenil que estimula a las personas mayores y les hace partícipes de ciertos placeres negados con anterioridad. Aún más, se entiende que los nuevos movimientos sociales reflejan nuevos intereses, por lo que todos, pero especialmente las mujeres, podrán participar en la escena social feminizando la cultura. Semejante optimismo lleva a apostar por la salida de la marginación de las personas de edad y su incorporación a la corriente cultural vigente. Ese optimismo se diluye al considerar la relevancia de la salud en el envejecimiento, pues pareciera que el mensaje positivo es que todos podemos ser jóvenes, lo cual puede ser vivido de manera más problemática por las mujeres mayores.

En el balance positivo la perspectiva del curso vital evidencia al fin las diferentes experiencias de distintos grupos sociales o de edad y la construcción social misma del envejecimiento. Además toma en consideración a las mujeres, dado su mayor peso en la tercera y cuarta edad, así como la construcción social de género. Sin embargo, este enfoque tampoco ha sido ajeno a las críticas, pues aunque se toman en cuenta los niveles macro y micro, no se lleva a cabo su integración de modo que, por ejemplo, no es bien sopesado en la vida cotidiana el peso de lo macro en lo referente a las decisiones de las personas que

realmente ostentan el poder. Otras críticas se refieren al olvido de las crisis crónicas del gasto público y la reestructuración del Estado de Bienestar, que en muchos países puede conducir a la intensificación de las desigualdades en la vejez más agudas en el caso de las mujeres, en lugar de favorecer el pluralismo y la igualdad.

### **2.3. La construcción social de género.**

Nacer hombre o mujer, en las distintas sociedades humanas, no es un dato biológico neutro pues el sexo, como categoría adscriptiva, supone la asunción de distintas responsabilidades, pautas de comportamiento, actividades y expectativas, gustos o temores que la cultura asigna de forma diferenciada a mujeres y hombres. Tales atributos conforman unos géneros que están sujetos a modificaciones históricas (variable según la época); culturales (variable en las distintas sociedades) y a las que derivan de cambios en la organización social. La diferenciación entre un sexo biológico y un género sociocultural parte de la categorización que realizara, en la década de los sesenta, STOLLER (citado en LAGARDE 1997: 177) al conceptualizar como sexo el “del macho o de la hembra y los componentes biológicos que determinan si una persona es macho o hembra [...]”, mientras que “[...] para los fenómenos psicológicos debe emplearse la palabra género: podemos hablar del sexo masculino o del sexo femenino, pero también podemos hablar de la masculinidad y de la feminidad, sin hacer necesariamente referencia a la anatomía o a la fisiología. Por lo tanto, mientras sexo y género parecen prácticamente sinónimos en el uso corriente, e inextricablemente unidos en la vida cotidiana [...] las dos esferas (sexo y género) no se ligan inevitablemente en relación de uno a otro, sino que pueden funcionar casi de manera independiente”.

Tal independencia es difícilmente defendible si se toma en cuenta que la sociedad construye sobre el cuerpo sexuado, y concretamente sobre la genitalidad (sexo hombre o mujer) la identidad genérica -masculina o femenina-. En este sentido, BOURDIEU (2005: 13) afirma que “las apariencias biológicas y los efectos indudablemente reales que ha producido, en los cuerpos y en las mentes, un prolongado trabajo colectivo de socialización de lo biológico y de biologización de lo social, se conjugan para invertir la relación entre las causas y los efectos

y hacer aparecer una construcción social naturalizada (los “géneros” en cuanto que hábitos sexuados) como el fundamento natural de la división arbitraria que está tanto en el principio de la realidad como de la representación de la realidad que se impone a veces a la propia investigación”.

El concepto acuñado por STOLLER, fue retomado en la década de los setenta, por OAKLEY (1972) quien sentó las bases del desarrollo de la “perspectiva de género”, una nueva forma de mirar la realidad que ha atravesado muchas parcelas del saber humano, particularmente en las Ciencias Sociales. Desde la perspectiva de género, se entiende que el sexo hace referencia a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, diferencias que son naturales, supuestamente inmodificables y absolutamente necesarias para la reproducción de la especie; mientras que género alude a aquellos rasgos asignados a mujeres y hombres en virtud de su sexo. LAGARDE (1996: 27) entiende que “el género es una construcción simbólica y contiene el conjunto de atributos asignados a las personas a partir del sexo. Se trata de características biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, jurídicas, políticas y culturales”.

La Antropología transcultural ha prestado poca atención a la comprensión del sexo y el género. Una interpretación etnocéntrica occidental basada en el bipolarismo hombre-pene-masculinidad y mujer-vagina-feminidad ha mostrado cierta ceguera ante el reconocimiento de más de dos sexos que se registra en distintas sociedades como los lakota de los cheyenne, los nadl-e de los navajo, los sererr de los pokot de Kenya o los hijra de India. Como afirma NIETO (1998: 20) en estas sociedades las personas intersexo, esto es, pseudohermafroditas masculinas y femeninas que poseen distintas combinaciones de caracteres sexuales, conforman un “tercer sexo”. Tales personas no son sometidas a la “normalización” hombre o mujer como sucede en las culturas occidentales, al contrario pueden pertenecer a una categoría sagrada, tener atribuido poder de mediación entre los sexos, poderes curativos o ser consideradas portadoras de prosperidad y bendiciones para la comunidad. Mayor aún ha sido la insensibilidad de la Antropología a las variaciones de género presentes en un mayor número de sociedades como la sociedad pima del sudoeste norteamericano, la mohaver de California o la sociedad azande de Áfri-

ca oriental, a las que se añaden una serie de figuras institucionalizadas como los bardaches de las distintas sociedades norteamericanas y norteesiáticas, mahu de Tahití, fa’afafine de Samoa, waria de Indonesia, xanith de Oman, washoga de Monbasa, acault de Myanamar, bayot-lakin-on de Cebu, kathoey de Tailandia, manang bali de los iban y los chukchee de Siberia, en esta última cultura se conocen “siete categorías de género”.

En los países anglosajones, la utilización del concepto de género ha sido muy fructífera pues ha permitido subrayar la ocultación de la diferencia entre los sexos bajo la supuesta neutralidad de la lengua y poner de manifiesto “el carácter de construcción socio-cultural de esa diferencia” (TUBERT, 2003: 7). La distinción de sexo y género ha sido ampliamente aceptada entre los/as pensadores/as sociales de habla hispana (LAMAS, 1986; MOSER; 1991; LAGARDE, 1996), pero tal adhesión no ha estado exenta de críticas pues se cuestiona la valoración del sexo como algo estrictamente biológico, olvidando que su significado está levantado sobre una construcción sociocultural (CHODOROW, 1989; BUTLER, 2001). Desde esta perspectiva se considera que el género, en cuanto tal, no es más que un neologismo, pues sexo y género son una misma cosa. En este sentido, MITJANS (2002, 57: 4) afirma que “la variable que nos aporta una primera unificación global de nuestra percepción sobre esa persona, la que la contextualiza y aporta toda una cascada de información significativa sobre ella, es si se trata de una mujer o de un varón. Y esto, claro, desde nuestra mirada que también será, irremediablemente, sexuada como varón o como mujer. La variable sexo se constituye como la variable con más peso y la más perdurable que delimita a los seres humanos. Es necesario resaltar, y más en estos momentos que nos está invadiendo el neologismo género, que cuando nos referimos al sexo no nos estamos limitando a entenderlo únicamente desde una acepción con significados biológicos (genes, cromosomas, hormonas, anatomías), ni la acepción que arrastra los significados conductuales cognitivos (acción, reacción emotiva, deseo, temor, pensamiento...). Ambos están incluidos, pero cuando hablamos de sexo estamos haciendo referencia al constructo vivencial que nos hace, en gran medida, ser lo que somos. Este constructo es lo que denominamos como identidad sexual, y que para nosotros va a ser inseparable de nuestra humanidad”.

TUBERT (2003: 8) abunda en ésta última línea, y al referirse a la diferenciación entre sexo y género dice que, “por una parte, se supone que esta división corresponde a una diferencia real, aunque es producto de una diferenciación cultural que establece artificialmente límites dentro de un continuo; por otra, se desconoce que es imposible distinguir en el sujeto aquello que resulta de su condición biológica y aquello que ha sido generado por su formación en el seno del universo humano, lingüístico. [...] De modo que nuestra misma naturaleza se ha constituido como producto de la vida civilizada que nos define como seres humanos. Desde otro punto de vista, recordemos que uno de los descubrimientos esenciales de Freud se refiere precisamente a los efectos del inconsciente en el cuerpo, es decir a la eficacia de lo simbólico sobre lo que se suele percibir como lo más natural en el ser humano”.

Adopte la denominación de sexuación de los seres humanos o de socialización de género que se construye sobre el cuerpo sexuado, en nuestro entorno sociocultural tal proceso otorga una identidad que define a los sexos como complementarios e interdependientes, les atribuye características contrapuestas (LAGARDE, 1992), y los dispone en una relación jerárquica. A las mujeres les ha correspondido una condición inferiorizada por la que sus hechos, y todos los aspectos vinculados al ámbito de lo privado, han sido desvalorizados o invisibilizados frente a una sobrevaloración de lo asociado a los varones. Recuperar lo negado, es producto de una tarea que hunde sus raíces en el siglo XV, momento en el que se sientan las primeras bases de lo que luego será el movimiento feminista, que se caracterizará por tratar de universalizar la lógica de una razón, racionalista primero e ilustrada después (AMORÓS, 1985).

DE PIZAN (1405), DE ZAYAS (1647), DE LA BARRÉ (1673), DE LA CRUZ (1689), FEIJÓO (1726), CONDORCET (1790), DE GOUGES (1791) o WOLLSTONECRAFT (1792) denunciaron la subordinación de la mujer y reclamaron la igualdad de los sexos, particularmente desde los acontecimientos de la Revolución Francesa. La “Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano” (1789) que emanó de ella hacía del hombre, por primera vez en la historia, sujeto de derechos; pero relegó a la mujer, a pesar de su participación en los acontecimientos revolucionarios, a un lugar que la situaba al margen del disfrute de la ciudadanía.

### 2.3.1. La teorización de género. Primera, segunda y tercera oleada.

Tras la resistencia de los varones ilustrados a la participación política activa de las mujeres, en el siglo XIX, época de grandes movimientos sociales emancipatorios, se alzó finalmente el feminismo como un movimiento social, de carácter internacional, con capacidad teórica y organizativa. Por aquel entonces la democracia censitaria y la industrialización discurrirían nuevamente en paralelo con la ausencia de derechos civiles y políticos para las mujeres. En este contexto apareció la primera oleada del feminismo, el denominado “sufragismo”, entre cuyas activistas destacó PANKHURST (1914). Las mujeres que -en un contexto dominado por la lucha en pro de la abolición de la esclavitud estadounidense, de las revoluciones liberales europeas y de los escritos de autores como J.S. MILL y H.T. MILL o MARX y ENGELS- comenzaron a reunirse en torno a la reivindicación del derecho al voto, luchaban por la igualdad en todos los terrenos apelando a una veraz universalización de los valores democráticos y liberales, en la creencia de que ello garantizaría el acceso a una transformación en las leyes e instituciones. Desde entonces, en el seno del movimiento, se han ido gestando diferentes corrientes de pensamiento. El “Feminismo liberal” (ANTHONY, GAGE y STANTON, 1881-1922) continuó reclamando los cambios legislativos precisos para remover los obstáculos que impedían a las mujeres disfrutar de los mismos derechos y deberes que los hombres, particularmente los relativos al acceso igualitario a la educación, el empleo y a los espacios de toma de decisiones. El “Feminismo marxista”, crítico con el olvido por parte de la tradición liberal de la opresión económica de las mujeres, defendió la imposibilidad del acceso a la igualdad en una sociedad de clases en la que éstas sufrían peores condiciones de trabajo, aunque era conocedor de que para los compañeros de partido, la cuestión femenina no era prioritaria, sino una cuestión de superestructura que se solucionaría automáticamente con la socialización de los medios de producción. Junto a ZETKIN (1907), LUXEMBURGO (1916) o KOLLONTAI (1921) fueron las figuras más representativas de esta corriente, que ha tenido continuidad en el “Feminismo socialista”.

La segunda oleada del feminismo, en los años sesenta del pasado siglo, se organizó en torno al lema de “lo personal es político” a fin de sacar todo aque-

llo que había permanecido recluido en el ámbito de lo privado al espacio de lo público para que el legislador enfrentara posibles situaciones de discriminación u opresión. La precursora de esta oleada, fue DE BEAUVOIR (1949) al asegurar que “no se nace mujer, se llega a serlo” (2001, II: 13), aunque correspondió a FRIEDAN (1963) poner de manifiesto cómo había sido impuesto un modelo tan eficiente que las mujeres debían sentirse realizadas como madre-esposas en él sin más posibilidades de desarrollo personal, mientras que aquellas que no eran felices no podían más que culpabilizarse a sí mismas; lo calificó como “el problema que no tiene nombre” (1974: 36). Aunque el impulso era liberal, lo cierto es que desde entonces, en la perspectiva feminista, el poder -aspecto que se desarrolla en el capítulo 5- incluye los aspectos formales e institucionales, pero también la forma en que los individuos se perciben a sí mismos y perciben su capacidad de actuar en el mundo que les rodea. Capacidad de construirse como seres autónomos, de participar y negociar en todas las esferas, desde lo personal hasta lo estructural.

En aquellos años, los setenta, el “Feminismo radical”, ante la persistencia de la desigualdad tras los logros de las feministas liberales en las áreas electorales, legislativas y laborales, rechazó la heteronormatividad considerada como una forma de dominación necesaria para mantener el patriarcado y defendió la lucha de las mujeres, al margen de los hombres, como el único camino para desarrollar plenamente la sexualidad femenina sin que median relaciones de poder, de ahí que emprendieran una cruzada contra la prostitución y la pornografía (MILLET, 1969; FIRESTONE, 1976; DWORKIN, 1974; MACKINNON, 1987). Muy próxima a esta línea de pensamiento, que rechazaba la distribución del trabajo por sexo, el matrimonio, la maternidad o la familia, se encontraba la “Postura freudo-marxista” (FIRESTONE, 1970), que establecía un paralelismo entre las clases sociales y las clases sexuales, por lo que reclamaba una revuelta, la confiscación de sus cuerpos por parte de las mujeres para acceder al control de la reproducción y la ruptura con la maternidad para llegar al fin de los privilegios masculinos, lo cual pasaba inexorablemente por la abolición de la familia.

Las diferencias político-ideológicas, en los años setenta y ochenta, tomaron forma en el debate igualdad-diferencia que trataba de dilucidar cuál era el

nudo principal y la tarea más urgente para superar la discriminación de las mujeres en una sociedad a la vez capitalista y patriarcal. El “Feminismo de la igualdad” (EISENSTEIN, 1980; DELPHY, 1985; AMORÓS, 1985; VALCÁRCEL, 1991; YOUNG, 2000), heredero de la tradición liberal y de socialista, reclamaba para las mujeres los valores de la Ilustración: razón, igualdad, libertad y autonomía, a la vez que negaba la existencia de unos valores femeninos diferenciales que no sean los que tienen su origen en la opresión histórica. El “Feminismo de la diferencia” (IRIGARAY, 1974; SENDÓN DE LEÓN, 1981; MURARO, 1991; RIVERA, 1994) heredero del feminismo radical y de los planteamientos freudianos eligió, en cambio, como tema de reflexión la diferencia sexual, con la finalidad de responder a la pregunta: cómo ser sujeto en un mundo aparentemente universal y neutral, y realmente de representación masculina. Negando la igualdad en un modelo masculino que sienta sus bases en valores como la fuerza, la competitividad, la conquista o la destrucción, propone un nuevo orden simbólico, a la par que reclama para las mujeres derechos sustantivos.

Más allá de estas propuestas, el “Feminismo postestructuralista” propone una doble estrategia que por un lado permita mantener la guardia en la deconstrucción de una modernidad que excluyó a las mujeres, y que por otro facilite la construcción de una identidad genérica que sitúe a las mujeres como interlocutoras y agentes sociales. La finalidad última es que el concepto silenciado de mujer pueda alcanzar un lugar en el mundo. Heredero del feminismo de la diferencia, el “Feminismo lesbiano” (WITTIG, 1964; RICH, 1979), poniendo el acento en el amor materno que permea toda la relación entre las féminas, sugiere que las mujeres son potencialmente lésbicas porque la primera relación que sostienen en este mundo acontece con otra mujer, la madre; sentimientos que deben ser transferidos a un varón debido al control que ejerce la sociedad sobre la maternidad. En la década de los ochenta y noventa, se suman nuevas propuestas como el “Ecofeminismo” (DALY, 1986) que equipara la apropiación por parte de los varones de la fertilidad de la tierra y de la fecundidad de la mujer, apropiación que se habría traducido en la sobreexplotación de la tierra y en la mercantilización de la sexualidad femenina. Estas últimas propuestas conformarán el denominado “Feminismo cultural”, que más allá de la emancipación del dominio masculino o de la liberación



de las funciones concretas femeninas y maternas, apuesta en fin por la defensa de una contracultura femenina. Un modelo éste que se integra a su vez en un “Feminismo postmoderno o postcolonial” (SPIVAK, 1990; NICHOLSON, 1990) que reclama la deconstrucción de conceptos como sujeto, identidad o raza, e incluso género. Este nuevo feminismo propone la ruptura con el pensamiento occidental, masculino, moderno, falocéntrico y dominante e ir más allá de la igualdad legal -pretendidamente universal- de la mujer blanca, occidental, heterosexual y de clase media, para incluir a las mujeres de los márgenes. Más que la igualdad legal, persigue dismantelar los mecanismos políticos que producen las diferencias étnicas, de clase, de género y de sexualidad.

Las últimas tendencias, más diversas aún, incluyen al cyberfeminismo, el feminismo queer o el transexual. El “Cyberfeminismo” (HARAWAY, 1991; PLANT, 1997) asegura que, como mezcla de máquina y organismo, estamos en el tiempo de un nuevo sujeto inesencial que recoge el sueño de construcción de una subjetividad liberada de carga edípica, sueño en tanto que el cuerpo no sólo se resiste a desaparecer sino que con los avances de las tecnologías se hace más cuerpo. El “Feminismo queer” (BUTLER, 1990; PRECIADOS, 2000) ha ampliado la crítica a la noción esencializadora del sexo, extendiendo la hipótesis de la construcción social a la sexualidad misma, pues las normas que regulan el sexo trabajan de manera preformativa para construir la materialidad de los cuerpos. El “Feminismo transexual” (STONE, 1991) señala que la introducción del cuerpo en el espacio virtual genera significados imprevistos a través de la articulación de diferencias entre cuerpos y no cuerpos, espacios y no espacios, dado que las nuevas tecnologías del cuerpo no son agentes transparentes que eliminen la diferencia sexual, sino medios que promueven la producción u organización de cuerpos sexuados en el espacio.

Estos nuevos feminismos, que miran con incredulidad el poder de crítica de los “otros” feminismos, encuentran a su vez ciertas resistencias en el feminismo de tradición liberal y en el socialista. A pesar de la fragmentación del pensamiento feminista en su búsqueda/deconstrucción de la identidad y subjetividad femenina, las demandas de igualdad del movimiento se han ido concretando gradualmente en medidas legislativas en Europa y Estados Unidos. Desde 1975, Naciones Unidas ha celebrado

cuatro Conferencias Mundiales -México 1975, Copenhague 1980, Nairobi 1985, Beijing 1995- con el objetivo de elaborar estrategias y planes para la mejora de la situación y condición de la mujer en todo el planeta. La cuestión de la igualdad ha alcanzado justa legitimidad en las agendas públicas locales, nacionales e internacionales, de modo que se habla de un nuevo tipo de “Feminismo institucional” (LOVENDUSKI, 1997). Sin embargo, los avances alcanzados en lo formal normativo que proclaman la igualdad en el plano de los derechos, no pueden confundirse con la existencia de la igualdad real. Ciertamente las mujeres han conquistado espacios en el mundo de la política, la educación y el empleo remunerado, así como derechos reproductivos y sexuales en determinadas regiones del planeta pero, tanto en los países del Norte como en los del Sur, persiste la discriminación, la opresión o la infravaloración.

La crítica feminista en estas tres décadas ha removido también las bases de la construcción masculina, de modo que en las Ciencias Sociales se ha abierto un espacio para el estudio de las subjetividades e identidades del varón y de la génesis social de la masculinidad partiendo del cuestionamiento de la esencia de la virilidad. Los “Estudios de los Hombres” (SEIDLER, 1989; HEARN Y MORGAN, 1990; CAZÉS, 1994; CONNELL, 1995; WEEKS, 1996) florecieron en las universidades americanas en la década de los setenta, y entre las distintas posiciones teóricas que ha reunido acaso la más explorada sea la que estudia la masculinidad desde el género como una perspectiva relacional en lo individual y en lo social -estructuras simbólicas, culturales, económicas, políticas-. BOURDIEU (2005: 68) califica de “carga” ese “privilegio masculino (que) no deja de ser una trampa y encuentra su partida en la tensión y la contención permanentes, a veces llevadas al absurdo, que impone en cada hombre el deber de afirmar en cualquier circunstancia su virilidad”. Este hombre “realmente hombre” responde a un modelo de masculinidad hegemónica que se levanta sobre un orden por el que un tipo ideal de hombre blanco, rico, heterosexual, se ha situado en el centro y ha establecido en muchos aspectos de la vida, desde la sexualidad hasta lo político pasando por lo económico o lo religioso, relaciones de dominación y opresión sobre otros hombres y sobre todas las mujeres. El temor por la exclusión del mundo de los hombres fuertes, duros -respecto de su propio sufrimiento y del de los/as demás- se levanta a su vez sobre el temor a lo femenino.

Los diferentes enfoques del feminismo -expuestos anteriormente- coinciden con los estudios de la masculinidad al señalar que la ideología que ha favorecido la opresión histórica de las mujeres es el patriarcado. LERNER (1990: 191) sitúa la aparición del patriarcado en la Antigua Babilonia al afirmar que la primera forma apareció en los Estados arcaicos en el tercer milenio a.C., de tal manera que “la familia patriarcal, institucionalizada totalmente por primera vez en las leyes de Hammurabi” habría favorecido el paso del dominio patriarcal desde la práctica privada a la ley pública. El patriarcado, por tanto, habría nacido en el momento en que se consolidó el dominio masculino sobre las mujeres y niños/as de la familia, y se hizo extensivo al resto de las mujeres de la sociedad. Posteriormente, las civilizaciones clásicas, de cuyo legado son las sociedades occidentales herederas, únicamente perfeccionaron el sistema otorgando al padre el poder legal y económico sobre todos los bienes de la casa, incluyendo como tales a las mujeres, hijos e hijas, sobre cuya vida podía decidir. SAU (1990: 239) afirma que “es una toma de poder histórica por parte de los hombres sobre las mujeres cuyo agente ocasional fue de orden biológico, si bien elevado éste a la categoría política y económica. Dicha forma de poder ha pasado forzosamente por el sometimiento de las mujeres a la maternidad, la represión de la sexualidad femenina, y la apropiación de la fuerza de trabajo total del grupo dominado, del cual su primer pero no único producto son los hijos”.

LAGARDE (1996: 52) amplía el ámbito de la dominación al considerar que “el patriarcado es un orden de poder, un modo de dominación cuyo paradigma es el hombre [...] y está basado en la supremacía de los hombres y lo masculino, sobre la infravaloración de las mujeres y lo femenino”. Sobre la base de carácter jerárquico que establece tal sistema, los géneros, diseñados de forma excluyente, han asociado a las personas nacidas con genitalidad de varón el poder y todos los atributos valorados socialmente, mientras a las mujeres históricamente se les ha reservado una pequeña parcela de poder, un poder subsidiario, que puede ser desarrollado sobre sus hijos/as cuando éstos son dependientes, y aún otro conocido como el poder de la seducción. Históricamente las mujeres han carecido de poder sobre sí mismas y han permanecido al margen de la participación en los espacios de toma de decisiones concernientes a la organización social hasta hace unas décadas. Ahora bien, como afirma JÓNASDÓTTIR (1993:

35) “el hecho de que la sociedad esté dominada por los hombres en todos los terrenos, no significa que las mujeres no tengan ninguna influencia; de lo que carecen es de autoridad como mujeres”.

El género, al igual que otros elementos identitarios como la pertenencia a un grupo etario, la nacionalidad, la etnia o la clase, conforma la identidad de cada individuo y permite a éste integrarse/permanecer en la sociedad sin mayores conflictos, puesto que tal identidad se adquiere en el proceso de socialización. Desde el nacimiento y a lo largo de todo el ciclo vital, a través de los distintos agentes: familia, escuela, grupo de iguales, iglesias, medios de comunicación o grupos profesionales, se adquiere la normatividad de género, que varía lógicamente en función del sexo y también de la edad. El género proporciona una identidad, nos construye hombres y mujeres y, en base a ello, define las relaciones intergeneracionales -entre personas de distinto género- e intrageneracionales -entre personas del mismo-. Ejemplo de este tipo de relaciones es el de la enemistad histórica entre las mujeres (LAGARDE, 1996) o la imposibilidad de crear una identidad colectiva y solidaria (BLAISE, 1996). Pero por sobre todo, el género está en la base de la organización social -económica y política- y fundamenta la división sexual del trabajo. LERNER (1990: 316) afirma que el sistema patriarcal sólo puede funcionar con la cooperación de las mujeres, y ésta viene avalada de varias maneras, a saber: “la inculcación de los géneros; la privación de la enseñanza; la prohibición a las mujeres de que conozcan su propia historia; la división entre ellas al definir la “respetabilidad” y la desviación” a partir de actividades sexuales; mediante la represión y la coerción total; por medio de la discriminación en el acceso a los recursos económicos y el poder político; y al compensar con privilegios de clase a las mujeres que se conforman”. Detrás de ello subyace la necesidad de regular la conducta sexual de la ciudadanía, y particularmente de su mitad femenina. Asunto que ha sido promotor de grandes medidas de control social en cualquier sociedad estatal.

La identidad genérica es transmitida generacionalmente de forma normativa, se adquiere en el proceso de socialización, y a edades tempranas está perfectamente conformada. Aún antes del nacimiento, y a pesar de las recientes transformaciones sociales, la marca corporal que imprime el sexo del futuro hijo o de la futura hija despierta en las familias expectativas diferenciadas. La identidad genérica es una de

las primeras que se adopta en una etapa en la que se desarrollan los mecanismos básicos de aprendizaje y se adquiere la base de la personalidad, ya que desde muy temprano se adquiere conciencia de ser niño o niña. En torno a los dos o tres años, y desde luego a los cinco, ambos sexos tienen fijada su identidad (MONEY, 1982). Estereotipos sexistas, y en general formas discriminatorias de carácter cultural: gestos, ejemplos, imágenes... son asumidos por los menores que no cuentan con posibilidad de crítica o distanciamiento y que disponen como elemento fundamental de aprendizaje la imitación. Los estereotipos y los mismos roles de género, diferenciadores y discriminatorios, operan cuando dotan de sentido la propia experiencia de los/as menores o el mundo que les rodea y los adoptan como consustanciales al hecho de ser hombre o ser mujer.

El primer agente de socialización es la familia, institución en la que acontece la adquisición e internalización de las normas básicas de funcionamiento en sociedad: ritmos vitales, lenguaje, creencias elementales (GUERRERO SERÓN, 1996). A pesar del tránsito desde un modelo monolítico y autoritario de familia a otro democrático y diverso, la familia continúa reproduciendo en su seno un esquema de relaciones jerárquicas en el que se emplean mensajes y exigencias explícitas para cada sexo en forma de mandatos sociales. En el caso de la niña la proximidad con una madre, que indudablemente continúa pasando un mayor número de horas junto a sus hijos/as, le proporciona una identidad inmediata. En nuestras sociedades, el esfuerzo es mucho mayor para masculinizar a los chicos que para feminizar a las chicas, puesto que cada una convive con un modelo de su propio sexo. El niño, en cambio, accede a su masculinidad por negación, teniendo que ser todo aquello que no es una mujer. “La primera obligación para un hombre es la de no ser mujer” (STOLLER, 1989: 311), máximo cuando lo asociado a la feminidad ha estado y continúa aún desvalorizado o precisamente lo está por ello. GONZÁLEZ DE CHÁVEZ (1993: 82) señala que “los hombres destierran lo femenino (la debilidad, la afectividad, etc.) que las mujeres encarnan para hacerles a ellos un doble servicio: narcicístico (ellos son superiores) e instrumental (ellos recuperan lo emocional a través de ellas)”. FRIDAY (1983: 191), al respecto de los aspectos competitivos también presentes en las relaciones, sostiene que “en lo chicos no se da la formación reactiva de las muchachas, nuestra negativa de una situación competitiva con la madre. A

diferencia de nosotras, ellos no compiten con la madre. Esto significa que el muchacho puede seguirla teniendo como figura nutricia, en tanto que expresa sus sentimientos competitivos contra el dominante varón”. De esta manera, procesos tan importantes en edades tempranas como la asunción de la identidad sexual o genérica y la cimentación de la autoestima se construyen a partir de modelos limitadores para ambos sexos del desarrollo de capacidades e intereses.

El segundo agente reseñado es la escuela, ámbito en el que se aprende a ser evaluado/a por parámetros impersonales, por lo que se hace y no por ser quien se es. En el mundo anglosajón en los setenta, y en el ámbito español en los noventa, se inicia el estudio de la separación de los sexos en las escuelas o la diferenciación, formal e informal, que con propósitos curriculares y disciplinares, se justificaba en las diferencias biológicas aún en aquellos años. Una orientación que no sólo determinaba el desempeño de roles diferenciados en la sociedad, si no reforzaba la orientación de los alumnos hacia la inserción en trabajos productivos y directivos y de las alumnas hacia lo doméstico y familiar. El desarrollo de estos estudios ha puesto de relieve que las identidades no son fijas e inamovibles (VOLMAN y TEN DAN, 1998; CONNELL, 1995; ALI, 2003), al contrario, se pueden transgredir porque somos sujetos activos en la construcción de nuestra identidad (JONES, 1997). Precisamente en las últimas décadas, la escuela ha sido testigo de la introducción de importantes cambios que apuntan hacia la igualdad de oportunidades en la educación. Ahora bien, siendo posible distinguir en la actualidad distintas feminidades y masculinidades, producto de identidades relacionales múltiples y diversas, la escuela tiene aún pendiente la introducción de los valores femeninos en la educación, puesto que el contenido de la “enseñanza es esencialmente masculino” (FERNÁNDEZ ENGUITA, 1995: 116).

Los valores masculinos se han extendido al conjunto de la sociedad, de modo que las niñas son socializadas con un sesgo masculino en habilidades y destrezas, mientras persiste la secular infravaloración de los considerados femeninos, que en cierto modo se presentan como menos adecuados para ser incluidos y transmitidos por la escuela como agente que catapultará a una sociedad competitiva. Ello evidencia que el currículum es una construcción social, y que “para comprender la selección, orga-

nización y distribución del conocimiento educativo, hay que establecer su relación con los grupos que tienen el poder en la sociedad, que son los verdaderos agentes de contextualización del conocimiento educativo” (GUERRERO SERÓN, 1996: 127). La coeducación, predicada como vía para la igualdad, ha quedado relegada a pocos centros educativos, mientras la normatividad de género permanece en el “currículum oculto”<sup>7</sup>, y continúa marcando la preferencia en la elección de titulaciones universitarias feminizadas -aspectos considerados ampliamente en el capítulo 6-. Ciertamente las chicas han comenzado a optar por otro tipo de profesiones, pero mantienen aún una presencia testimonial en las titulaciones técnicas; presencia muy parecida a la de los chicos en ciertas titulaciones feminizadas como educación infantil y primaria, enfermería o trabajo social. Ciertas investigaciones en materia de educación (DAVIES, 1989) reconocen el cambio y la fluidez, la inexistencia de unicidad y coherencia en el proceso de configuración de la identidad de género, pero también destacan los estreñimientos sociales que determinan los modelos de deseabilidad social para uno y otro sexo. La idea es que algunos discursos, hegemónicos, sobre la identidad de hombres y mujeres son más poderosos que otros porque están más disponibles y ante ellos, y la dualidad impuesta, cabe resistir o acomodarse. Esto último es lo más frecuente para mantener la coherencia del “self”.

La persistencia de la desigualdad a pesar de la presencia y los buenos resultados obtenidos por las mujeres obliga a pensar en la educación como un proceso social que directa o indirectamente interviene en la construcción de diferencias y desigualdades entre los sexos, la cuestión educativa ha estado en el centro de las polémicas en torno al sexismo. Se parte del supuesto de que la articulación de las políticas de igualdad de oportunidades en la educación -propuestas por el feminismo liberal y aplicadas por la mayoría de gobiernos que incluyen el género en su agenda- evidencian las limitaciones de las propuestas del ese feminismo, puestas de relieve por el feminismo estructuralista y postestructuralista -considerados en el capítulo 5-. En el centro del debate subyace la idea de la dificultad de remover la discriminación en una sociedad capitalista y patriarcal, y por tanto, la de que el sistema educativo se caracteriza por su función reproductora del orden social.

Desde el feminismo socialista se sostiene que la escuela capitalista, no sólo no erradica, sino que

mantiene y legitima los fundamentos de la división sexual del trabajo y la relación de dominación y explotación entre las clases, puesto que las mujeres constituyen una importante reserva de fuerza de trabajo y aseguran la gratuidad del trabajo doméstico, de modo que la escolarización y transmisión de unos contenidos con sesgo de género traslucen el que la escuela no crea la división sexual del trabajo, pero tampoco hace nada para evitarla. Esta versión no ha estado exenta de crítica, en tanto que el feminismo radical cuestiona el determinismo económico como marco explicativo y considera central la responsabilidad de los hombres en la aparición y sostenimiento de la subordinación, cuyo resultado es la existencia de dos culturas diferenciadas entre sí. En este contexto se problematiza el sexismo en la escuela y el monopolio en lo público de lo masculino, mientras se supone que igualdad sólo puede significar ser como los hombres, de modo que la meta propuesta es la abolición de la cultura opresiva. Las críticas hacia los postulados reproductivistas señalan sus limitaciones al obviar la existencia de contradicciones y la construcción de identidades más allá de lo dictado por los mandatos de género. El pensamiento postestructuralista, influenciado por el pensamiento de FOUCAULT (1975) estima que en el ámbito educativo el saber no es puro, neutro o verdadero, sino que forma parte de regímenes de verdad, lo cual explicaría las diferencias entre las mismas mujeres, producto de las prácticas divisorias establecidas desde el saber. Obviamente, la no identificación de una instancia central y la equiparación entre diversas manifestaciones del poder han sido objeto de revisión. El pensamiento que parte de la reflexión de GRAMSCI (1926-37) aplicado a la escuela, concibe el aprendizaje como un proceso, que no estando al margen de las dinámicas y relaciones sociales, tiene una naturaleza activa atravesada por el conflicto, sin que ello presuponga que la mera existencia de proyectos contrahegemónicos garantice su éxito. Los procesos de producción cultural y resistencia abarcan, por tanto, la clase y el género y en su caso la etnia, en el contexto de la vida pública (escuela y trabajo, calle) y la privada (trabajo doméstico, familia, sexualidad, hogar), generando respuestas individuales y colectivas diferentes. Esta consideración del conocimiento, compleja y contradictoria, no ha estado exenta de crítica, pero no deja de facilitar una comprensión del sexismo.

Una de las funciones sociales de la educación es la formación para la vida activa. Precisamente la

igualdad que se presenta, al menos formalmente, en el ámbito educativo se quiebra explícitamente el mercado laboral. Éste refleja la persistencia de una organización social asentada sobre la división sexual del trabajo, antaño considerada natural, y la segregación por sexo -horizontal y vertical- que se manifiesta en diferentes tasas de actividad y desempleo, y en cierta concentración ocupacional y de funciones. La división sexual del trabajo ha permitido que el hombre haya detentado largo tiempo el rol de proveedor de la familia, reservándosele a la mujer el de reproductora, de los otros en la vida cotidiana y de lo cotidiano para los otros, si bien la necesidad de la sobrevivencia en las sociedades preindustriales hicieron de las mujeres unos agentes productivos invisibles. GOODY (1988: 14) afirma que “es necesario comprender este fenómeno claramente: en la economía rural y preindustrial, las mujeres trabajaban y su trabajo no se limitaba a lo que entendemos por “labores domésticas”, sino que formaba parte del trabajo de la empresa familiar, fuese ésta agrícola o artesanal, en la cual los hijos también jugaban su papel. Incluso en las sociedades preindustriales, ciertas mujeres trabajaban fuera de su casa, bien sea en las fábricas bien como empleadas de hogar”. Aún en la sociedad contemporánea, invisibles son ciertas formas de trabajo femenino como la ayuda familiar, economía irregular o sumergida y, por supuesto, el trabajo doméstico. La artificialidad de la división del trabajo se manifiesta en la comparación transcultural, específica de cada cultura y época, al igual que en su flexibilidad y capacidad de adaptación a las condiciones cambiantes del hogar tales como las enfermedades, la ausencia de un miembro o las necesidades económicas, así como las cuestiones de orden estructural como la marcha de la economía o los efectos de la educación. Cualesquiera que hayan sido las tareas asignadas a las mujeres en una sociedad u otra, generalmente han estado infravaloradas socialmente, por su vinculación, directa o indirecta, con el ámbito de lo privado. ALMEIDA (1995: 135) afirma que “a medida que las mujeres se incorporan a determinados trabajos, a medida que las chicas estudian más y más hasta superar a los varones, se devalúan estudios y ocupaciones”.

La normatividad de género continúa vigente hasta el final del ciclo vital, de modo que, en la vejez subsiste una distinta valoración social hacia lo masculino y lo femenino. Tal valoración se aparece como la lógica consecuencia de la etapa histórica que les tocó vivir y de las elecciones realizadas a lo largo del

curso vital, pero aparece reforzada por una distinta apreciación del cuerpo envejecido, por las pérdidas asociadas al desplazamiento de las capacidades reproductivas y por la perpetuación de las desigualdades económicas en la jubilación, consecuencia de las desigualdades insertas en las estructuras sociales. El sexo y la edad influyen tanto en la vida laboral como en la jubilación.

### 2.3.2. El género en el envejecimiento

El sexo y la edad son dos de los determinantes básicos en la asignación de la posición y los papeles asignados a los individuos en las estructuras de las distintas sociedades. Aunque se le haya prestado menor atención que al resto de las edades de la vida, el sentido social del envejecimiento está profundamente caracterizado por la marca que imprime el sexo. FOUCAULT (1980) consideró el cuerpo un espacio político privilegiado, pues cuerpo y sexualidad son un campo político definido, disciplinado para la producción y para la reproducción. Las diferencias, por tanto se empiezan a vivir desde el propio cuerpo. La sociedad sobrevalora a las personas jóvenes, delgadas, sanas y atractivas, de modo que las arrugas, las canas o la pérdida de la figura se identifican y catalogan como vejez o avejentamiento. CASALS (1982: 7) toma del imaginario colectivo una idea que apunta en esta dirección y que dice que “el viejo es un ser que ya no es de este mundo y que, por tanto, debe renunciar a las satisfacciones y placeres de la vida”. Las mujeres se sitúan en tal categoría de forma mucho más prematura puesto que el atractivo de los hombres maduros se asocia al éxito social. A la inversa, las mujeres maduras, consideradas principalmente como madres, “ya han agotado su utilidad social”, porque no pueden tener hijos/as (HYMAN, 1993: 68). En fin, el hombre maduro se presenta ante la sociedad con un atractivo sexual del que carece la mujer; pues ni siquiera la figura del “viejo verde” encuentra una réplica en el mundo femenino. FREIXAS FARRÉ (2007: 171) afirma en este sentido que “la sexualidad resulta un terreno profundamente hipotecado para las mujeres a medida que nos vamos haciendo mayores -es decir, invisibles y asexuales-, sea cual sea nuestra opción afectivo-sexual, aunque esto es así, de manera especial con nuestros congéneres masculinos, como si a ellos la cosa les funcionara de diez”. Las pioneras de la segunda ola del feminismo han envejecido, de modo que las preocupaciones sobre la conciliación entre el trabajo remunerado y el trabajo

impago o los derechos sexuales y reproductivos han dado paso a otras relacionadas con el “final de la función reproductiva” (BROWN Y LASKIN, 1993: 7), y especialmente con la preocupación de conocer el propio cuerpo y el estatus de la mujer mayor más allá de los dictados del imaginario patriarcal.

Las variables utilidad y poder ponen en evidencia el peso que el período de vida fértil tiene sobre la vida de las mujeres, de modo que en su ciclo vital se dibujan, en lugar de las consabidas cuatro etapas, tres de manera más simple: desde el nacimiento a la pubertad, los años de la capacidad reproductiva, y los años posteriores a la menopausia. La ideología patriarcal ha depositado tal carga simbólica en la maternidad que la menopausia ha estado asociada a pérdidas que trascienden la única pérdida que acaece, que es la de poder reproducir, al punto de que es posible que algunas mujeres cursen una crisis de identidad, ya que una concepción social de una feminidad devaluada a partir de la menopausia puede ser interiorizada y somatizada. Algo que carece de fundamento, pues aunque se registren modificaciones en la vagina y el útero a consecuencia de la reducción de estrógeno tras el climaterio, “buena parte de los efectos de la menopausia sobre la sexualidad dependen de la actitud de la mujer” (MISHARA y RIEDEL, 1986: 143). Envejecer y parecer mayor adquieren entonces dos significados nítidamente diferenciables.

A pesar de la participación laboral visible de muchas mujeres mayores en la economía formal y de la participación invisible de muchas otras en la informal, mediante trabajos menos valorados socialmente y peor remunerados, participación condicionada siempre por la vida familiar y sus exigencias, sucede que tal realidad se desdibuja. Los estereotipos relacionados con la producción y la reproducción sitúan a los varones como los trabajadores asalariados que mantuvieron, y tal vez conserven, relaciones sociales de su entorno laboral, y para los que la jubilación representa la disponibilidad de unos recursos económicos, más o menos suficientes, así como el advenimiento de un cierto vacío funcional. Mientras que las mujeres, en cambio, aparecen como las que han permanecido en el ámbito doméstico, en el que han mantenido relaciones familiares, y a lo largo de su ciclo vital han sido cuidadoras, llegando su vacío funcional independizados los hijos e hijas, sin que dispongan en este período de unos ingresos de generación propia. Por ello, frecuentemente, al hablar de

envejecimiento y género se alude a los pares hombres- jubilación y mujeres-“nido vacío” -aspectos que se tratarán ampliamente en los capítulos sexto y séptimo-. A ese vacío existencial se asocia, en ambos casos, la idea de la improductividad, e incluso de ser una carga. En cualquier caso, la retirada del mercado laboral no suele ir acompañada para las personas mayores de un cese total de actividades. Ambos sexos, y particularmente las mujeres, continúan prestando apoyo a la familia, de tal manera que prácticamente hasta que quedan discapacitadas o hasta su muerte permanecen desarrollando tareas en el ámbito de lo privado, por lo que habiendo estado o no ocupadas laboralmente, se puede decir que las mujeres no se jubilan nunca.

JULIANO (2005: 18) afirma que “tendemos a echar una mirada desvalorizada sobre nuestra biografía porque nos faltan modelos alternativos, y esa falta hace que se interiorice como normal lo que realmente es una mirada sesgada desde el punto de vista masculino, que tiene muy poco que ver con lo que sería una lectura autónoma”. Y aunque la imagen de la mujer mayor está cambiando, lo cierto es que las mujeres han de hacer un mayor esfuerzo por vencer la discriminación por edad, ya que este período de la vida está sometido a la influencia de multitud de factores como la educación o los hábitos de vida y otros que influyen en la adaptabilidad a los cambios físicos o mentales, y en la adopción de actitudes más o menos vitalistas. Hombres y mujeres pueden verse expuestos a una vejez precaria, pero las mujeres aparecen como sujetos más vulnerables. En primer lugar, al unirse habitualmente a hombres mayores que ellas suelen ser cuidadoras de parejas dependientes o al ser más longevas puede que deban aprender a vivir con sus propias discapacidades. En segundo lugar, porque la viudez es femenina y la lejanía o ausencia de otros familiares puede exponer al aislamiento social o la soledad. Y en tercer lugar, por las limitaciones materiales a consecuencia de las estructuras sociales y las opciones adoptadas a lo largo del curso vital en relación a las expectativas sociales de género -aspectos que necesariamente se recogerán en las conclusiones-.

La Gerontología Social prestó en sus inicios escasa atención a las relaciones entre el género y envejecimiento. En la actualidad, el sexo (hombre-mujer), y en menor medida el género (masculino-femenino), es incluido ineludiblemente en los estudios sobre esta materia debido al peso demográfico de las mu-

jeros ancianas en las sociedades occidentales que hace que, en cierto modo, la vejez se considere una cuestión femenina. Ahora bien, en líneas generales, las relaciones entre envejecimiento y género no se han abordado de forma integral. La investigación en esta materia ha utilizado, mayoritariamente, el sexo como una variable más, como lo pueda ser el estado civil o el hábitat, sin considerar que el sexo-género, al igual que la edad o el nivel socioeconómico, son elementos de la organización social e informan de las relaciones de poder. GEE y KIMBALL (1987: 56) afirman que la resistencia a incorporar a las mujeres a las teorías de la corriente dominante de la Gerontología Social se debe a la resistencia a incorporarlas a la sociedad y consecuentemente a las investigaciones psicológicas y sociológicas, puesto que “los desequilibrios de poder configuran las construcciones teóricas; el lugar que ocupa un grupo en la estructura social influye en la cantidad de atención teórica que se le presta”. Sostienen igualmente que, dado que las mujeres ancianas tienden a ocupar una posición de categoría social inferior que los hombres de todas las edades y que las mujeres más jóvenes, sobre todo en términos económicos, se les presta menos atención teórica.

La reciente incorporación de la variable sexo-género a la Gerontología Social ha seguido distintos caminos, pero en líneas generales se pueden diferenciar siguiendo a MCMULLIN (1996: 57) tres tendencias metodológicas. La primera añade las relaciones de género y las relaciones de edad a las teorías sociológicas de la corriente dominante; la segunda agrega el género a las teorías sociológicas del envejecimiento dando lugar a las denominadas “teorías del envejecimiento marcadas por el género”; y la tercera suma las relaciones de edad a la teoría feminista dando pie a la “teoría feminista del envejecimiento”. La primera línea es la de la “Teoría sociológica clásica” (PAILLAT, 1971; MCDANIEL, 1986; PINAZO y SÁNCHEZ, 2005). La variable edad se incorpora en este ámbito como tal, y con igual consideración que cualesquiera otras, con la finalidad de explicar la varianza. En estas orientaciones teóricas la centralidad recae sobre la vida laboral cuyo retiro no refleja, de manera adecuada, la situación de la totalidad de las mujeres mayores. Así mismo, una concepción tradicional de la familia desconsidera aspectos, tan relevantes en la vida de las mujeres, como los desequilibrios de poder o el trabajo doméstico. El referente adulto del mundo productivo y reproductivo tampoco se considera adecuado para

las personas mayores, y la toma de tal referente se relaciona con aspectos problematizadores como la marcha de los/as hijos/as o la posible insatisfacción conyugal, mientras se pasan por alto cuestiones como las relaciones con los/as nietos/as o el resto de la familia extensa y las negociaciones en cuanto al tiempo de ocio. Algo similar sucedería con las diferencias de rentas entre los/as mayores si el referente es el trabajo adulto.

La segunda línea es la de “las Teorías del envejecimiento”, relacionadas en el epígrafe 2.2.1 de esta investigación, que adicionan a la edad el género (WALKER, 1981; DANNEFER, 1984; COOLÍ, 1988; BAZO ROYO, 1990; MINKLER y COLE, 1991; FEATHERSTONE y HEPWORTH, 1991; PÉREZ ORTIZ, 2003). Estas teorías, y particularmente las del curso vital o de tercera generación sostienen que las condiciones socioeconómicas, esto es el bienestar económico y los recursos familiares, son diferentes entre mujeres y hombres. Esta línea, por ejemplo, entiende que es probable que dado que las mujeres tienen una historia laboral más irregular experimenten la pobreza por primera vez en la ancianidad o que sufran con mayor facilidad un desclasamiento; mientras que entre los hombres de estas edades es el divorcio el que suele tener mayor impacto. Reflexiones de este tipo tampoco han sido ajenas a las críticas al no estimar preciso una consideración especial al género, particularmente en los aspectos relativos a las relaciones de poder en la familia. Igualmente se supone que al tomar por referente al hombre, blanco, joven y de clase media se toma al hombre anciano como modelo para comparar a las mujeres.

La última línea del “añadido” en la terminología de MCMULLIN, la tercera, es la que “agrega la edad a la teoría feminista” (BARRET, 1980; HARTMANN, 1981; HARTSOCK, 1983; JAGGAR, 1983; ACKER, 1988). Ésta apunta que las mujeres ancianas pueden estar sometidas a mayores desventajas al acumular dos factores de discriminación: ser mujeres y ser longevas, por lo que precisamente son más vulnerables ante los problemas de salud mental, pobreza o discriminación. Esta línea tampoco ha estado exenta de crítica, pues cabe que las relaciones de edad ocupen un lugar subsidiario respecto al género; por lo que se defiende que género y edad no se consideren sistemas independientes. La necesidad de una teoría global implica que las personas mayores no sean consideradas sólo ancianas, sino hombres y mujeres.

Una cuarta línea es la que iniciaron ARBER y GINN (1996) en el esfuerzo de trabajar desde un “enfoque integral” (PÉREZ DÍAZ, 2003). La propuesta pasa por establecer relaciones entre la Sociología del Género y la del Envejecimiento, dado que las autoras precisan necesario considerar tanto el ámbito de lo privado como el de lo público y la posible continuidad o el cambio de los roles, tanto para los hombres como para las mujeres, en ambos espacios, así como la significación de su presencia en uno u otro. Si bien es cierto que la plena comprensión del género y la edad precisa la combinación de las relaciones y roles con cambios sociales más globales. Desde esta perspectiva, exploran la vejez y comprueban que la vida sigue a caballo entre lo público y lo privado, pero de manera diferente para ambos sexos y dependiendo de la clase social y la etnia. Las autoras son conscientes, por ejemplo, de que ciertos cambios sociales y legislativos, como el aumento de los delitos y del temor a ser víctima de ellos o la falta de seguridad, tienen diferentes efectos sobre mujeres y hombres, en el sentido de que pueden reducir las posibilidades de las mujeres para vivir de forma plena y autónoma, pero también son optimistas al concluir que a pesar de que el escenario de futuro parezca un poco desolador, “las mujeres mayores tienen considerables recursos sociales, sobre todo con sus redes más amplias de amistades y sus relaciones emocionales más íntimas con los

otros” (1996: 247). Estiman que tal vez las etapas anteriores de la vida hayan preparado mejor a las mujeres que a los hombres para afrontar muchas de las privaciones de la vejez, y al igual que hiciera DE BEAUVOIR (1970) que, en principio, el envejecimiento libera a las mujeres ancianas de las restricciones impuestas por su familia, los roles de género convencionales, así como de la representación que otros hicieran de ellas como objetos sexuales -algunas de estas afirmaciones, formuladas en el entorno sociocultural británico, se investigan en la presente investigación-. Al objeto de contrarrestar la crítica que las calificó de sobrefeministas, han dado continuidad a la línea de trabajo relativa al significado de los cambios de relaciones y roles en la vejez, pero desplazando el foco hacia los varones (ARBER y GINN, 2003).

Esta última línea de trabajo es la que guía esta Tesis Doctoral al perseguir la comprensión de la influencia del género sobre la edad en Canarias, dicho en otros términos se trata de conocer el peso que la variable sexo posee sobre la distribución de los recursos, los beneficios y las oportunidades disponibles en la última etapa del ciclo vital, con la finalidad de esclarecer si es posible la inversión del orden de poder que ha regido las vidas de las personas mayores de ambos sexos, de modo que las mujeres finalmente puedan beneficiarse del mismo.



### **CAPÍTULO 3**

## **EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN**

### **MARCO NORMATIVO**

## CAPÍTULO 3

# EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

## MARCO NORMATIVO

### 3.1. Introducción. El reto del envejecimiento de la población

El envejecimiento biológico es uno de los hechos sociales más relevantes de las sociedades contemporáneas. Las implicaciones a largo plazo de este fenómeno apenas se comienzan a dibujar, pero las personas que ahora son mayores conforman la avanzadilla de una revolución extraordinaria en cuanto a la longevidad que “está cambiando de manera radical la estructura de la sociedad y modificando nuestra percepción de la vida y la muerte” (PALLARÉS CARRATALÁ, 2003: 40). Una revolución de carácter mundial, que liderada por los países desarrollados, es seguida de cerca por los países del Sur. El logro alcanzado al retrasar hasta edades avanzadas la muerte es fantástico, tal vez sea la imposibilidad de aunar el retraso de la muerte con la eterna juventud lo que impide valorar positivamente los logros en la prolongación de la vida humana y desde luego, tal imposibilidad guarda una estrecha relación con la equiparación entre vejez y carga. Durante milenios, el ser humano ha basado los progresos, en diversas esferas de la vida colectiva e individual, en la defensa que ha opuesto a la naturaleza y hasta la muerte misma ha sido domada, “despojada de su brutalidad, de su incongruencia, de sus efectos contagiosos” (ARIÈS, 1983: 327). Sin embargo, su recurrencia devuelve la imagen de una conquista inacabada, de la todopoderosidad última de la naturaleza. A pesar de su inutilidad, la lucha constante contra el inevitable envejecimiento y la muerte, alcanza su expresión extrema en la criogeneización<sup>8</sup>.

WALTER (1994: 47) establece tres modelos cultura-

les de muerte en Occidente que señalan el paso de la aceptación a la negación, pasando por la preocupación. Hasta bien entrado el siglo XIX, debido a la elevada mortalidad ordinaria y más aún extraordinaria, habría predominado la muerte tradicional, un suceso común, familiar, mediatizado por una concepción religiosa, de la que deriva una visión determinista y de impotencia ante la misma. La muerte moderna, en el siglo XX, fruto de los cambios estructurales ligados a la modernización, concentra los fallecimientos en edades avanzadas. Estos se hallan mediatizados por un discurso médico que ha conseguido extender una idea de la vida como una negociación con riesgos y la muerte como un producto de ella. Una muerte que se encuentra en el interior de una organización, el hospital, a la que se ha añadido otra que separa la muerte del espacio de lo cotidiano, el tanatorio. La muerte, oculta e innostrada, se aleja cada vez más de la vida comunitaria con la finalidad de que no perturbe la vida de los vivos. La muerte neo-moderna, que acontece en un momento histórico de gran afirmación de la individualidad, es vivida como un asunto individual que incluso puede ser elegida mediante la buena muerte o eutanasia.

El envejecimiento de las sociedades o envejecimiento demográfico es, sin embargo, paulatino y sus consecuencias tienden a aparecer de un modo gradual, por lo que los países que envejecen se enfrentan realmente a un verdadero desafío en materia de políticas y programas para cubrir las necesidades de las personas mayores, pero también para aprovechar el po-

Concepción de la muerte en Occidente			
Muerte	Tradicional	Moderna	Neo-moderna
Contexto corporal	Rápida y frecuente	Oculto	Prolongada
Contexto social	Comunidad	Público vs. privado	Privado
Estructura de autoridad	Religión	Medicina	Yo (self)

Fuente: WALTER (1994). The revival of death.

tencial de las mismas. Las cuestiones más importantes respecto de los protagonistas de esta revolución, que ahora corresponde a otras generaciones pero a medio plazo serán las de las generaciones de mediana edad, guardan relación con la garantía de sus derechos económicos, sociales y culturales; con la salud preventiva y la protección social; con la seguridad y el bienestar; y de manera más amplia, con la realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales. El reto del envejecimiento mundial ha entrado en las agendas de los organismos multilaterales, de los países desarrollados y, de manera progresiva, en el resto de los países del mundo.

En este capítulo se exponen y valoran las iniciativas que se han tomado en el ámbito internacional ante el desafío, así como la respuesta europea ante un fenómeno de marcada relevancia económica, con profundas implicaciones sociales y culturales. Se considera igualmente la forma en que se ha tratado la cuestión en el Estado Español, cuyo avanzado proceso de envejecimiento demográfico ha hecho saltar las alarmas sobre la sostenibilidad del sistema de pensiones, el crecimiento del gasto sanitario, la necesidad de apoyar una política natalista o, en su defecto, inmigratoria, entre otras cuestiones. Un debate que ha acontecido paralelamente con el desarrollo de políticas de bienestar social caracterizadas por la garantía pública de la viabilidad y por la solidaridad intergeneracional e interterritorial de las prestaciones. Finalmente, se aborda el tratamiento del fenómeno en Canarias, una Comunidad en la que el fenómeno del envejecimiento demográfico es aún incipiente pero decisivo, pues en los últimos veinticinco años la cifra de mayores se ha duplicado en el Archipiélago (BARRIO TRUCHADO y ABELLÁN GARCÍA, 2006: 40).

### **3.2. La población anciana mundial. Naciones Unidas.**

La vejez demográfica universal, un fenómeno relativamente reciente, guarda relación con la transición desde un régimen demográfico de alta mortalidad y fertilidad a otro en el que ambos sucesos demográficos son considerablemente bajos en el planeta. En el mundo, elevadas tasas de mortalidad infantil y de mortalidad sobrevenida en la infancia eran frecuentes hasta bien entrado el siglo XIX, de modo que la proporción de individuos que alcanzaba la edad fértil era relativamente baja, por lo que las familias se procuraban una fecundidad elevadísima al objeto

de sostener la población. Un nuevo ciclo, iniciado en los países europeos, sucede a éste con la reducción de la mortalidad extraordinaria asociada a epidemias y hambrunas, seguida de la disminución de la mortalidad ordinaria, especialmente infantil, y de la caída de la tasa de natalidad. En vísperas de la II Guerra Mundial los países del Sur aún mantenían un fuerte régimen de mortalidad y de fecundidad, pero desde los años cuarenta y cincuenta el descenso de la mortalidad experimenta en estos países una aceleración formidable al disponer de procedimientos poco costosos pero eficaces en la lucha contra las “enfermedades infecciosas y parasitarias” (VALLÍN, 2004: 75). El salto cualitativo, realizado tras la transición demográfica occidental, supone que nuestra especie produce en la actualidad generaciones en las que más de la mitad de sus efectivos sobrevivirá por encima de los ochenta años. Para que ello fuera posible, a la industrialización, el consiguiente impulso económico y los avances médico-sanitarios se sumó la posibilidad de que una persona recibiera un salario por su trabajo, de modo que la formación de una familia dejó de precisar la acumulación previa de recursos o un elevado número de hijos e hijas, en un momento en que las tasas de mortalidad tempranas comenzaban a descender hasta situarse en las más bajas de la historia. El cambio ha desplazado los intereses de la medicina hacia la mortalidad en edades avanzadas.

El Informe “Tendencias demográficas del Mundo, 2007” (E/CN.9/2007/6) de la Comisión de Población y Desarrollo de Naciones Unidas, basado en las tendencias actuales, señala que la población mundial que en 1950 alcanzó los 2.500 millones de personas y que ronda en la actualidad los 6.600 millones, se estabilizará en los 9.000 en 2.048. La tasa de crecimiento demográfico mundial ha venido descendiendo desde un máximo histórico de un 2% anual registrado a finales de la década de los sesenta hasta el 1,4% actual, previéndose que sea de 0,38% en el período 2045-2050. Las marcadas diferencias entre regiones están relacionadas con las bajas tasas de fecundidad en los países desarrollados y las tasas de fecundidad superiores al nivel de reemplazo de los países en desarrollo. En todo caso, el Informe señala que la reducción de la fecundidad en el siglo XX fue casi universal y más acentuada en estos últimos países. De hecho, entre 1965 y 1970 la fecundidad total en el mundo fue de casi cinco hijos por mujer y en el período 2005-2010 había pasado a 2,5 hijos por mujer (Tabla 3). El nivel de fecundidad en las regiones menos desarrolladas pasó de

seis hijos por mujer en 1965-1970 a 2,8 en 2005-2010 y fue la principal causa de la disminución de la fecundidad a nivel mundial. En 2005 la mayoría de los países en desarrollo habían avanzado mucho en su transición desde tasas altas a tasas bajas de fecundidad. De entre los 44 países que estiman que su natalidad es demasiado baja, 28 son europeos y 11 asiáticos, mientras que otros 13 países, la mayoría pertenecientes al grupo de países empobrecidos, continuaban sin reducirla.

**Tabla 3. Fecundidad total en el mundo, 2007**

Fecundidad total (media de hijos por mujer)			
	1965 1970	2005 2010	2045 2050
Mundo	4,9	2,5	2,0
Regiones más desarrolladas	2,4	1,6	1,8
Regiones menos desarrolladas	6,0	2,7	2,1
Países menos adelantados	6,7	4,7	2,6
Otros países menos adelantados	5,9	2,4	1,9
África	6,8	4,7	2,5
Asia	5,7	2,3	1,9
Europa	2,4	1,4	1,8
América Latina y Caribe	5,6	2,4	1,9
América del Norte	2,5	2,0	1,9
Oceanía	3,6	2,2	1,9

Fuente: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. (DEMOBASE, 2007) World Population Prospects

Por otro lado, la reducción sostenida de la mortalidad, iniciada en el siglo XVIII, aumentó en el siglo XX gracias a los adelantos en la mejora de las condiciones higiénicas y de nutrición y los tratamientos médicos basados en pruebas científicas. A consecuencia de ello, en el período 1950-1955 las regiones más desarrolladas habían alcanzado una esperanza de vida al nacer de 66 años para ambos sexos combinados, creciendo desde entonces hasta los 76 años (2005-2010). El citado Informe “Tendencias demográficas del Mundo” señala precisamente que a mitad del siglo pasado, el aumento del uso de antibióticos, vacunas e insecticidas tuvo como consecuencia la rápida

disminución de la mortalidad en países en desarrollo y menos adelantados, y la esperanza de vida aumentó de 41 a 65 años en los períodos referenciados. En estos países, sin embargo, la mortalidad no se ha reducido en unos términos comparables a la de los países desarrollados. La causa principal que explica la divergencia es que 31 de los 50 países menos adelantados se han visto sacudidos, principalmente, por la epidemia del VIH/SIDA. En lo relativo a las tasas de mortalidad de ambos sexos, en 2005-2010 la esperanza de vida de la mujer era más alta que la del hombre en todas las regiones, aunque la diferencia era pequeña en Asia centromeridional. Desde 1950 la esperanza de vida de las mujeres aumentó más que la de los hombres en Asia, Europa, América Latina y el Caribe, mientras que en África, América del Norte y Oceanía la ventaja permaneció estable o se redujo. En muchos países en desarrollo, los/as lactantes y menores de 5 años tienen niveles de mortalidad inaceptables, e igualmente en estos países es objeto de preocupación la mortalidad materna.

El Informe (E/CN.9/2007/6) apunta que la principal consecuencia demográfica del descenso de la fecundidad, especialmente cuando se combina con el aumento de la esperanza de vida, es el envejecimiento de la población, de modo que si en 1950 sólo algo más del 8% de la población mundial tenía 60 años o más, en la actualidad representa el 11%, y está previsto que alcance el 22% en 2050. El número de mayores se triplicará con creces, pasando de los actuales 705 millones a los 2.000 en 2050, año en el que la cifra mundial de personas de edad superará a la de menores de 15 años. En los países desarrollados, donde el ritmo de envejecimiento es más rápido, esa inversión histórica se ha producido ya, de modo que los niños y niñas representan el 17% y las personas de edad el 21%. En estos países, está previsto que en 2050 el porcentaje de mayores (32%) duplique al de menores (16%). La zona con mayor proporción de personas de edad es Europa (21%), y está previsto que en 2050 alcance el 35%, año en el que en África sólo habrá alcanzado el 5%.

A escala mundial, el envejecimiento del envejecimiento es formidable, puesto que el mismo grupo de personas de edad o mayores está envejeciendo. La proporción de personas con 80 y más años crece a un ritmo de 3,9% anual, un ritmo más rápido que el de cualquier otro grupo demográfico más joven. En la actualidad este grupo representa el 2% de la población mundial, en 2050 será el 4,3%. Las mujeres superan en número a los hombres y la proporción es mayor a

**Tabla 4. Población mundial de sesenta años y más, 2006-2050.**

	Número (en miles)		Porcentaje de la población total		Porcentaje de 80 años y más		En pareja (%)	Viviendo en solitario (%)	En la fuerza trabajo (%)
	2006	2050	2006	2050	2006	2050	Hombre/ Mujer	Hombre/ Mujer	Hombre/ Mujer
Mundo	687.922	196.8153	11	22	13	20	80 / 48	8 / 19	40 / 16
África	48.709	192.884	5	10	8	10	85 / 39	6 / 11	64 / 32
Este de África	13.670	55.015	5	8	8	9	84 / 39	6 / 13	78 / 52
África Central	5.125	18.708	5	6	7	8	81 / 33	8 / 12	74 / 41
Norte de África	13.240	60.646	7	19	8	13	88 / 37	4 / 12	39 / 6
África del Sur	3.723	6.943	7	12	8	19	78 / 46	8 / 8	40 / 15
África del Oeste	12.951	51.572	5	9	7	8	88 / 40	5 / 10	76 / 37
Asia	374.802	1.231.237	9	24	11	19	81 / 50	5 / 9	48 / 18
Asia Oriental	193.263	506.956	13	32	12	25	80 / 55	7 / 11	39 / 15
Sur Asia Central	121.964	481.018	7	19	9	15	82 / 44	2 / 6	58 / 17
Sureste de Asia	45.117	174.959	8	23	9	16	83 / 42	3 / 9	60 / 32
Asia Occidental	14.458	68.304	7	18	9	14	86 / 49	5 / 14	40 / 13
Europa	151.841	225.373	21	34	18	28	80 / 47	13 / 35	15 / 7
Europa Oriental	53.893	77.065	18	34	14	20	83 / 47	11 / 31	16 / 7
Norte de Europa	20.517	31.916	21	30	21	29	74 / 50	21 / 44	20 / 8
Europa del Sur	34.355	53.504	23	39	19	31	81 / 48	9 / 26	16 / 6
Europa Occ.	43.075	62.888	23	34	20	34	76 / 45	15 / 43	11 / 5
América Latina y Caribe	50.971	188.652	9	24	14	21	75 / 42	7 / 10	46 / 16
Caribe	4.289	11.497	11	25	15	24	69 / 42	10 / 9	35 / 13
América Central	11.389	50.748	8	24	13	20	76 / 44	7 / 9	55 / 16
América del Sur	35.293	126.407	9	24	14	22	75 / 42	7 / 11	45 / 16
América Norte	56.866	118.114	17	27	21	28	75 / 48	15 / 34	29 / 18
Oceanía	4.733	11.893	14	25	19	26	76 / 50	16 / 34	26 / 12

Elaboración propia

Fuente: Naciones Unidas. (2007). World population prospects: the 2006 revision. Summary Tables.

medida que la edad aumenta, ellas son las protagonistas la revolución de la longevidad. El Informe “World population prospects: the 2006 revision” de la División de Población de Naciones Unidas (2007) indica que las mujeres son el 55% de las personas mayores de sesenta años y el 64% de las mayores de ochenta

en el mundo. En el envejecimiento del envejecimiento Asia sigue a Europa que tiene la mayor proporción de mujeres mayores: el 59% de la población mayor y cerca del 70% de las personas más ancianas; mientras que en otras regiones del Sur la proporción es menor, 53% y 59% respectivamente. Este último Informe ha

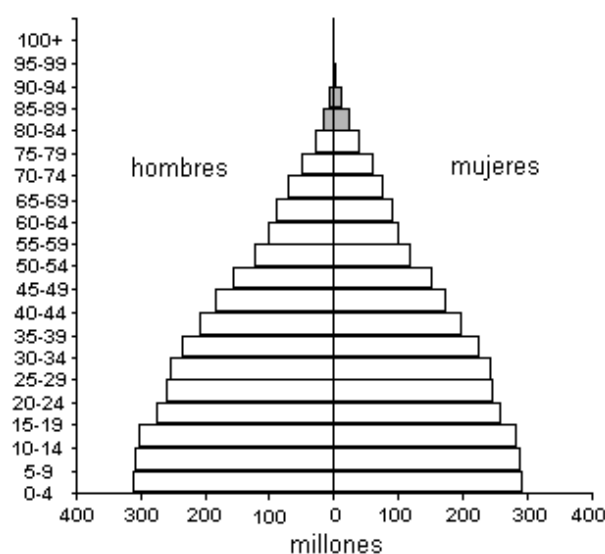
puesto de manifiesto que la mayoría de los países del mundo se encuentran inmersos en la transición demográfica, difiriendo entre ellos en el punto en el que se encuentran. Los países más desarrollados están en la tercera fase de la transición; la mayor parte de los países asiáticos, así como los de América Latina y el Caribe, se encontrarían en la segunda; y los africanos se encuadrarían en la primera o estarían ingresando en la segunda fase, como en el caso de los países norteafricanos. En la región más envejecida del planeta, Europa, la edad media de la población es de 39 años, a la que sucede Norteamérica con 36 años y Oceanía con 32; en Asia ronda los 28 años y en América Latina y Caribe los 26; únicamente África presenta una edad media inferior a los 20 años. El envejecimiento demográfico es un concepto que está relacionado con un cambio en la estructura por edades, esto es, con el mayor o menor peso de unas edades respecto a otras en el conjunto de la población. La población de personas mayores de sesenta años está llamada a crecer en todas las regiones del planeta (Tabla 4). Una cuarta parte de la población de Asia, América Latina y Caribe, América del Norte y Oceanía tendrá en 2050 más de sesenta años; en cambio, en Europa, donde la proporción de personas mayores es actualmente mucho más elevada como consecuencia del rápido crecimiento registrado, particularmente durante el período de la posguerra, la población seguirá envejeciendo pero a un ritmo más lento que en los países menos desarrollados.

En los países en desarrollo la población es relativamente joven. El Informe “Tendencias demográficas del Mundo” (E/CN.9/2007/6) afirma que los menores representan el 30% y las personas de edad el 8%. Sin embargo, en estos países el número de personas mayores no sólo es elevado sino creciente, pues actualmente vive en ellos el 64% de las personas de 60 y más años, y en 2050 lo hará el 80%. Los pronósticos indican que, en muchos de estos países, el proceso de envejecimiento se desarrollará a un ritmo sin precedentes como consecuencia del fuerte descenso de la tasas de fecundidad y del acelerado incremento de la longevidad, algo que preocupa y mucho, puesto que se prevé que la fuerza de trabajo en estos países envejecerá.

Dado que el envejecimiento demográfico de las sociedades pone en relación el aumento del número de personas mayores con la reducción progresiva del número de jóvenes, a medida que la población mundial envejezca la pirámide de población, que hacia finales del milenio presentaba una forma triangular (Gráfica

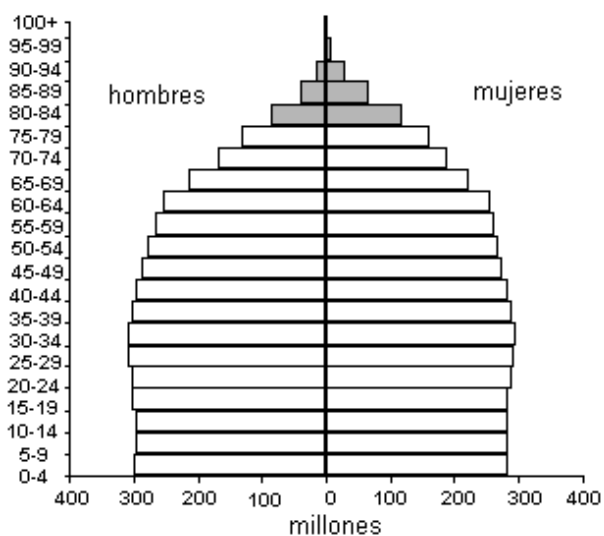
1), adoptará hacia 2050 (Gráfica 2) una forma casi cilíndrica. Obviamente, semejante transformación demográfica mundial ha de tener profundas consecuencias tanto en la vida individual y comunitaria, como en las esferas social, económica, política y cultural, porque el crecimiento demográfico va más allá de la simple suma de años e implica dimensiones complejas y multifacéticas. El Informe “World Population Ageing 2007” de Naciones Unidas<sup>9</sup> señala que el cociente de dependencia potencial<sup>10</sup> tiende a disminuir a medida de que la población envejece. Entre 1950 y 2007, el cociente se redujo de 12 a 9 trabajadores potenciales por persona de 65 o más años; para 2050 se prevé que se reduzca aún más y llegue a 4 trabajadores potenciales por cada persona de edad. La reducción del cociente repercute en los regímenes de Seguridad Social, especialmente en aquellos que los que se paga con las aportaciones de los trabajadores y trabajadoras en activo, con cargo a los ingresos corrientes, las pensiones de los jubilados/as. La prolongación de la vida humana tiene otras repercusiones que guardan relación con el envejecimiento saludable, la integración social, la calidad de vida, la situación de los hombres, y particularmente por su mayor longevidad, de las mujeres de mayor edad. Temas que necesariamente adquieren gran relevancia en los países en desarrollo y menos adelantados, donde grandes capas de la población, marcadas por el desgaste físico causado por la pobreza y las enfermedades, envejecen de manera prematura.

**Gráfica 1. Pirámide de la población mundial, 1998.**



Fuente: División de población de Naciones Unidas.

**Gráfica 2. Pirámide de la población mundial, proyección 2050.**



Fuente: División de población de Naciones Unidas.

Al igual que el Informe “Tendencias demográficas del Mundo” (E/CN.9/2007/6), el “Estudio Económico y Social Mundial 2007. Desarrollo en un mundo envejecido” (E/2007/50/rev.1 ST/ESA/314) proyecta, siguiendo las tendencias actuales, que el 80% de la población mundial mayor de 60 años vivirá en lo que ahora se denominan países en desarrollo y destaca la falta de una planificación anticipada para asimilar el envejecimiento de las poblaciones. Las medidas que el Informe señala como las más adecuadas son aquellas que estimulan el aumento de la productividad, y que tendrán que ir acompañadas de otras tendentes a frenar tanto la disminución de la fuerza de trabajo como a promover el aumento de las tasas de participación de las mujeres y los trabajadores envejecientes. El Estudio señala igualmente que es poco probable que la migración internacional sea una solución a la reducción de la fuerza de trabajo en los países desarrollados porque no se prevé que ningún país admita la enorme cantidad de migrantes necesarios para llenar tal vacío. Por ejemplo, mientras la Unión Europea precisaría de unos 13 millones anuales en los próximos 50 años, Japón y Estados Unidos necesitarían unos 10 millones. Otras medidas tales como la contratación externa de la fuerza de trabajo en otros países, podría compensar la escasez desplazando la producción hacia el exterior, pero no reduciría la presión sobre el sistema de pensiones de vejez o los gastos sani-

tarios al no entrañar la ampliación de la cantidad de contribuyentes necesaria en el propio país.

El documento “Políticas de Población Mundial 2003”, que examina políticas demográficas, presentaba las opiniones de los gobiernos acerca de la posible gravedad del problema del envejecimiento de la población. El 56% de los países examinados consideró el envejecimiento demográfico un problema grave y el 43% un problema de poca importancia. La cuestión preocupaba mucho más a los países desarrollados, puesto que tres cuartas partes de los mismos lo consideran un problema grave, ahora bien casi la mitad de los países en desarrollo expresaron su preocupación al respecto. En diversos países, especialmente entre los desarrollados, los gobiernos han de hacer frente a dos cuestiones preocupantes. Por un lado, la viabilidad del mantenimiento a largo plazo del sistema de pensiones de jubilación para un volumen cada vez mayor de personas longevas, lo que incide en la degradación de la relación entre la población activa e inactiva, en un entorno fragilizado por la persistencia de elevadas tasas de desempleo. Por otro lado, la adecuación del sistema sanitario y social a las necesidades de las personas más envejecidas y su financiamiento, en un entorno en el que cada vez más mujeres se incorporan al mercado laboral, abandonando el rol de cuidadora familiar.

El envejecimiento de la población mundial captó la atención de Naciones Unidas en la década de los setenta. Las bases se habían sentado previamente, en 1956, desde la División de Población de las Naciones Unidas con la elaboración de un innovador informe sobre el envejecimiento de la población centrado principalmente en los países más desarrollados. En 1979, la Asamblea General decidió que se celebraría la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento tres años más tarde, en 1982 (Resolución 37/51), de la que emanó el “Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento” (Naciones Unidas, 1983), conocido coloquialmente como Plan Viena. El Plan se diseñó como un instrumento cuyo objetivo era fortalecer las capacidades de los países para lidiar efectivamente con el envejecimiento de sus poblaciones y atender los intereses y necesidades especiales de la tercera edad. Concebido para su aplicación en todo el mundo, en tanto que el hecho biológico de envejecer es común e ineludible a todos los seres humanos independientemente de las particularidades culturales y sociales de cada país, resultó que la satisfacción de sus recomendaciones

era más factible entre los países occidentales en los que se hacían evidentes los signos más visibles de los cambios demográficos.

El I Plan de Acción Internacional, firmado por 126 gobiernos entre los que se encontraba España, proponía directrices amplias y principios generales sobre las maneras en que la comunidad internacional, los gobiernos, otras instituciones y la sociedad en su conjunto, podían hacer frente al progresivo envejecimiento de las sociedades y a las necesidades de las personas que envejecen. Las sesenta y dos recomendaciones se articularon en dos bloques fundamentales: uno concerniente a las metas y recomendaciones en materia de política y el otro relativo a las políticas de promoción y programas a nivel nacional e internacional. El primer bloque incluía aspectos relacionados con la salud y la nutrición; la protección a las personas de edad como consumidoras; la vivienda y medio ambiente; la familia; la asistencia social; la seguridad del ingreso y empleo; y la educación. El segundo recogía tanto la necesidad de recopilación y el análisis de datos, como la necesidad de formación y educación de personal competente. Consideradas directrices amplias y principios generales, se sugería que los enfoques y políticas concretas debían ser tomados en función de las tradiciones, los valores culturales y las prácticas de cada nación o comunidad étnica, al igual que se proponía que los programas debían adaptarse a las prioridades y posibilidades materiales de cada país y comunidad. Así, el “Plan Viena” parecía dar a entender que los temas relacionados con el envejecimiento iban a ocupar un lugar destacado en las agendas de desarrollo. La revisión realizada en su vigésimo aniversario con motivo de la celebración de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento reveló, en cambio, que se registraron pocos y desiguales avances en la materia en función de los recursos disponibles y de las diversas prioridades.

Entre los logros obtenidos destaca la disposición de mecanismos nacionales de coordinación bien establecidos en los países desarrollados; diferentes niveles de desarrollo de estos mecanismos en países en desarrollo o con economías de transición; así como la promulgación y puesta en práctica de leyes, normas, programas y proyectos a través de los citados mecanismos. También han destacado la mejora de los servicios de atención de la salud e institucionalización de programas de atención domiciliaria y fuera de las instituciones especializadas en

países en desarrollo o economías en transición; el establecimiento de sistemas universales de atención a la salud, programas de asistencia estructurada y domiciliaria y capacitación de profesionales de la salud en aspectos geriátricos en países desarrollados; la facilitación de viviendas, especialmente para las personas sin hogar, y creación de residencias de larga estancia, junto a la mejora de los accesos y desplazamientos, proporcionando, por ejemplo, transporte público con descuento, en algunos países; la realización de cursos de postgrado en Gerontología e investigaciones sobre envejecimiento, incluida la publicación de informes en universidades de algunos países; la sensibilización respecto del envejecimiento, incorporando información en los programas educativos, solicitando colaboración a los medios de difusión y organizaciones no gubernamentales; la designación de un día nacional de las personas mayores y la celebración del Año Internacional de las Personas de Edad; sí como el establecimiento de regímenes de pensiones y planes de seguridad social, limitados o voluntarios, en determinadas naciones. En algunos países en desarrollo se han implantado regímenes de pensiones o se han reformado los existentes para atender necesidades, por ejemplo, mediante la indización de las prestaciones o la concesión de indemnizaciones globales; se han fomentado políticas de empleo para las personas de edad, que abarcan desde la capacitación en el lugar de trabajo hasta la asignación de puestos de trabajo, pasando por la reforma de las políticas de jubilación y la protección en casos de discriminación en el empleo por razones de edad; la adopción de normas relativas a las mujeres de edad que, entre otras cosas, hacen hincapié en la seguridad económica y la igualdad entre los géneros; y las contribuciones por parte de las ONGs en materia de promoción, creación de capacidad y asistencia para el desarrollo. Finalmente destaca la incorporación, por parte de las entidades del sistema de Naciones Unidas y las organizaciones intergubernamentales, de las cuestiones sobre envejecimiento en los principales documentos internacionales.

Las críticas dirigidas hacia el Plan hacen referencia a lo insuficiente de los avances registrados. La situación se atribuye, según GORMAN (2001: 6), a lo que algunas personas sostienen que es un problema general de la ONU, a saber que “es buena para preparar convenciones idealistas, pero casi inservible para que se conviertan en realidad política”; tampoco escapa a la crítica de quienes “lo ven como un intento de universalizar conceptos y soluciones



diseñados por el mundo occidental”. Ciertamente se ha impuesto la idea de que el Plan no reconoció suficientemente las diferentes realidades e impactos del envejecimiento en las distintas regiones del mundo, más teniendo en cuenta el hecho de que los países desarrollados se enriquecieron antes de envejecer y el resto envejece antes de que se de un incremento indispensable de la riqueza. La necesidad de revisar el Plan y tomar en cuenta estas consideraciones y la necesidad de establecer una estrategia a largo plazo para hacer frente al envejecimiento condujeron a la Segunda Asamblea Mundial y al “II Plan de Acción Internacional” (Madrid, 2002).

Entre la celebración de una y otra Asamblea, y en señal del reconocimiento a la longevidad demográfica de la humanidad, fue declarado 1999 “Año Internacional de las Personas de Edad” (Documento A/50/114), bajo el lema “Hacia una sociedad para todas las edades”. La pretensión que guiaba la iniciativa era la de ofrecer un marco de referencia para un análisis exhaustivo de la situación de las personas mayores a la par que promocionar el ideal de una sociedad con cabida para todas las personas. Las dimensiones sobre las que se articuló ese marco de referencia eran cuatro: el desarrollo individual durante toda la vida; las relaciones multigeneracionales; la relación mutua entre el envejecimiento de la población y el desarrollo; y la situación de las personas de edad. En la “Resolución 50/114, de 16 de diciembre de 1991”, de la Asamblea General de Naciones Unidas se lee: “Podemos considerar que una sociedad para todos es una sociedad que ajusta sus estructuras y funcionamiento y sus políticas y planes a las necesidades y capacidades de todos, con lo que se aprovechan las posibilidades de todos, en beneficio de todos. Además, una sociedad para todas las edades permitiría a las generaciones efectuar inversiones recíprocas y compartir los frutos de esas inversiones, guiadas por los principios de reciprocidad y equidad”.

Con anterioridad habían visto la luz los “Principios en favor de las personas de edad”, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, de fecha 16 de diciembre de 1991 (Resolución 46/91). Los dieciocho principios giran en torno a cinco ejes: la independencia, la participación, la asistencia, la autorrealización y la dignidad. Su formulación pretendía orientar la acción encaminada a la satisfacción amplia de las necesidades de las personas mayores; pero en la práctica Naciones Unidas únicamente puede alentar a los gobiernos a que los introduzcan

en sus programas nacionales cada vez que sea posible, lo que se traduce en un alto nivel de voluntariedad. Ello obstaculiza la satisfacción de ciertos principios que pretenden cubrir las necesidades de las personas mayores como, por ejemplo, el primero que dice: “Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud adecuados, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia” o el cuarto: “Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados”. Entre los países menos adelantados del mundo (PNUD, 2007)<sup>11</sup> ni tan siquiera las necesidades de la población potencialmente productiva están cubiertas en materia de la salud o educación, de manera que resulta difícil pensar que se generalicen sus beneficios a quienes están llegando al final de su vida productiva, por no nombrar las barreras culturales que impiden el acceso de las mujeres en igualdad al disfrute de derechos reconocidos universales como la educación o el empleo. Otros principios pretenden alentar el aprovechamiento de las potencialidades de estas personas así, por ejemplo, el segundo reza: “Las personas de edad deberán tener la oportunidad de trabajar o tener acceso a otras oportunidades de generar ingresos”. La idea de que las personas mayores podrán ser productivas trasluce una estrategia orientada a aminorar la carga para la población activa de las sociedades occidentales que supone el retiro de unas generaciones cada vez más nutridas, con buenas condiciones de salud y cada vez mejores pensiones. Una estrategia que es cuestionada porque parece incompatible con las actuales tasas de desempleo, y desde luego con la discriminación hacia los mayores de cuarenta y cinco años, especialmente mujeres, en el mercado laboral. Y sin embargo, aunque presentada como deseable es la que se dibuja en aquellos países en los que el Estado de Bienestar es residual o inexistente y donde las personas mayores han de ser productivas hasta el agotamiento de sus capacidades, e igualmente se aproxima a la realidad de las mujeres, que continúan activas entre la población inactiva de cualquier país bajo el genérico “amas de casa”. El sexto principio que dice: “Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible”, parece incidir en la racionalización del gasto público en tanto que propicia su reorientación desde la institución residencial hacia la tarea de cuidado domiciliario, algo que indudablemente impulsa la autonomía residencial, pero que inevitablemente precisa del apoyo de la comunidad y de la familia, concretamente de su

mitad femenina. En fin, los principios expuestos, todos ellos pertenecientes al eje de la independencia, condicionan el desarrollo de los que aparecen bajo la etiqueta de autorrealización y dignidad, y parecen estar reservados para una pequeña proporción de personas mayores en unos pocos países del planeta. El logro de la participación en países democráticos ha sido menos complejo pues se han creado los mecanismos para la participación activa de las personas de edad en la formulación y aplicación de las políticas que les afectan mediante Consejos nacionales u órganos similares; pueden, y de hecho, forman asociaciones y federaciones de personas mayores y prestan servicios a la comunidad como voluntarios.

Trascurridos dos decenios desde la reunión de Viena, se celebró en Madrid la “Segunda Asamblea sobre Envejecimiento” (Naciones Unidas, 2002). El espectacular crecimiento de la población y el acelerado ritmo del envejecimiento demográfico en los países en desarrollo y empobrecidos desplazó hacia el centro del debate público la reflexión sobre el envejecimiento en referencia a estos países. El “Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento 2002” (A/CONF.197/9), fue aprobado junto a la “Declaración Política”, en la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento, bajo el lema “Una sociedad para todas las edades”, a la que asistieron representantes de unos 160 países. En la Declaración los gobiernos firmantes se comprometieron a llevar adelante las 117 recomendaciones del Plan, y concretamente a una mayor cooperación internacional en materia de envejecimiento, a fomentar la solidaridad de toda la sociedad con sus mayores y a luchar contra cualquier forma de discriminación que puedan sufrir. El Plan se diseñó con la finalidad de garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad, y que las personas mayores puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos y ciudadanas con plenos derechos. Entonces salió nuevamente a la luz la necesidad de que el envejecimiento se incorporara a las políticas nacionales sociales y económicas como un aspecto central, tanto en los países desarrollados, como en el resto, desechando la idea de que la vejez sea una carga y reemplazándola por otra en la que se tome en cuenta que se puede sacar provecho de las capacidades de las persona mayores si aumentan sus posibilidades de participar en todos los ámbitos de la vida. En el empeño de ser una herramienta práctica, el Plan se articuló en dos grandes bloques:

un primero denominado “Recomendaciones para la adopción de medidas” y un segundo “Líneas de aplicación y seguimiento”, este último incluye medidas para el plano nacional e internacional, la investigación y la supervisión, el examen y la actualización del Plan en el plano mundial. Las 117 recomendaciones a su vez, se articularon en tres bloques de prioridades. El primero bajo el título de “Las personas de edad y el desarrollo” incluye la participación activa en la sociedad y en el desarrollo; el empleo y envejecimiento de la fuerza de trabajo; el desarrollo rural, la migración y urbanización; el acceso al conocimiento, la educación y la capacitación; la solidaridad intergeneracional; la erradicación de la pobreza; la seguridad de los ingresos, la protección social/seguridad social y prevención de la pobreza; y las situaciones de emergencia. El segundo, bajo la denominación de “El fomento de la salud y el bienestar en la vejez”, recoge los aspectos relacionados con el fomento de la salud y bienestar durante toda la vida; el acceso universal y equitativo a los servicios de atención a la salud; las personas de edad y el VIH/SIDA; la capacitación de los proveedores de los servicios de salud y de los profesionales de salud; las necesidades relacionadas con la salud mental de las personas con edad; y las personas de edad con discapacidad. En el tercero y último, bajo el epígrafe “Creación de un entorno propicio y favorable”, se recogen los aspectos concernientes a la vivienda y las condiciones de vida; el abandono, el maltrato y la violencia, así como las imágenes del envejecimiento.

En su nueva edición el Plan aparece más ajustado a las distintas realidades que recorren el planeta. Entre otras cosas, recoge la participación real de las personas mayores en la sociedad, considerada como fundamental, desde distintos puntos de vista. En primer término señala la contribución efectiva, a nivel social y económico, que con frecuencia realizan estas personas, tal como los cuidados prestados a miembros de la familia, el trabajo productivo de subsistencia, el mantenimiento de los hogares, la realización de actividades voluntarias en la comunidad o la contribución a la preparación de la fuerza de trabajo futura, así como en general, todo el trabajo no remunerado que realizan en todos los sectores las personas mayores de todas las edades y, en particular, las mujeres. Considera también que la participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuye a aumentar y mantener el bienestar

personal; y destaca que las organizaciones de personas mayores constituyen un medio importante para facilitar dicha participación. En lo concerniente al empleo propone que se permita a las personas mayores seguir realizando tareas remuneradas, mientras lo deseen y puedan hacerlo productivamente, aunque reconoce que las dificultades para ello radican en el desempleo, el subempleo y la rigidez del mercado de trabajo. Se considera que en los países desarrollados la esperanza de vida supera a la edad de jubilación, mientras las bajas tasas de fecundidad pueden incidir en la disminución de la mano de obra, por ello el Plan propone la adopción de políticas para ampliar las posibilidades de empleo, como nuevas modalidades de trabajo basadas en la jubilación flexible, los entornos laborales adaptables y la rehabilitación profesional para personas mayores con discapacidades, de manera que puedan combinar el empleo remunerado con otras actividades. En los países en desarrollo y menos adelantados, generalmente, las personas ancianas siguen trabajando en la economía no estructurada, de manera que se llama la atención sobre la privación de los beneficios de unas condiciones de trabajo adecuadas, así como de la protección social de que disfrutarían en otro caso. Algunas otras consideraciones se refieren a que el empleo continuado de las personas mayores no debería reducir las oportunidades de los jóvenes, que supone una contribución constante y valiosa, y que es un beneficio utilizar la experiencia y conocimientos de los/as mayores para capacitar a los empleados más jóvenes y nuevos. De los migrantes de decenios anteriores se dice que su envejecimiento es atendido por algunos gobiernos, pero frecuentemente se enfrentan al hacinamiento, la pobreza, la pérdida de autonomía económica y la escasa atención material y social que prestan unos familiares que deben trabajar en países en desarrollo y menos adelantados. Se destaca también que la pobreza y los bajos ingresos durante los años productivos de las mujeres pueden ser a menudo causa de pobreza en la vejez, así como las mayores dificultades de las mujeres para generar pensiones y otros recursos para la jubilación.

En lo referente a la pobreza se considera que aunque se ha prestado más atención a los objetivos y programas para erradicarla, las personas mayores suelen quedar excluidas de los mismos. Se entiende que allí donde es endémica, quienes sobreviven a una vida de pobreza suelen llegar a una vejez en la que es aún mayor. Resulta muy interesante que

se explicita la parcialidad institucional de los sistemas de protección social, particularmente cuando se basan en una actividad laboral ininterrumpida, así como las desigualdades y disparidades entre los sexos en lo que se refiere al poder económico, la desigual distribución del trabajo no remunerado, la falta de apoyo tecnológico y financiero para las empresas de las mujeres, la desigualdad en el acceso al capital y su control, específicamente en lo referido a la tierra, a los créditos y a los mercados laborales, y por último, y no por ello menos importante, todas las prácticas tradicionales y consuetudinarias perjudiciales para las mujeres que dan como resultado la intensificación de la “feminización de la pobreza”<sup>12</sup>.

La consideración de las especiales dificultades que, para afrontar el Plan, tienen los países en desarrollo y menos adelantados es específica, de manera que se estima que para la creación de un entorno propicio y favorable es preciso un marco de condiciones esenciales, tales como sistemas políticos participativos, transparentes y responsables, y el buen gobierno en los planos nacional e internacional; el reconocimiento de la naturaleza universal, indivisible, interdependiente e interrelacionada de todos los derechos humanos; el aumento de la asistencia externa a los países en desarrollo mediante la asistencia oficial para el desarrollo y el alivio de la deuda; el reconocimiento de la importante interacción entre las políticas ambientales, económica y sociales; un mejor acceso de los países en desarrollo y con economías de transición a los mercados de los países desarrollados; y la reducción de las consecuencias adversas de las perturbaciones financieras internacionales. El énfasis en el excesivo servicio de la deuda, que ha limitado la capacidad de promover el desarrollo social y proporcionar servicios básicos condujo a que, en la Declaración Política, de 12 de abril de 2002 que acompaña al II Plan, se apostara por la mejora de la cooperación internacional para complementar los esfuerzos nacionales encaminados a la aplicación del Plan. En la citada Declaración Política se explicita que la responsabilidad de aplicar el Plan, y especialmente de prestar servicios sociales básicos y la de facilitar el acceso a los mismos, recae fundamentalmente sobre los gobiernos, aunque se reconoce que es imprescindible trabajar junto a las autoridades locales, la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, los voluntarios y sus organizaciones, las personas mayores y sus organizaciones y las que se dedican a ellas, así como con las familias

y las comunidades. Especialmente respecto de estas últimas, y particularmente, respecto de las mujeres se reconoce su prestación de apoyo y cuidados no estructurados complementarios. Otras instituciones a las que implicar son las organizaciones profesionales, las empresas, los/as trabajadores/as y sus organizaciones, las cooperativas, las instituciones de investigación, universitarias y otras instituciones educativas y religiosas, así como a los medios de comunicación. Por último, se subraya la misión del sistema de Naciones Unidas, y en concreto de sus comisiones regionales, en la ayuda a los gobiernos, a petición de estos, para la aplicación y supervisión del Plan, teniendo en cuenta las diferencias entre los países y las regiones desde el punto de vista demográfico, social y económico.

La formulación de este nuevo Plan incide en muchos aspectos formulados en el primero, e incorpora aspectos clave para las personas mayores, tales como la violencia, el abuso y el maltrato o el VIH/SIDA y señala que la pobreza de las personas mayores debe abordarse en el contexto de la “Meta de Desarrollo del Milenio” (A/RES/55/2) de reducir a la mitad la pobreza en el mundo para 2015. Indudablemente, el II Plan contiene las recomendaciones indispensables para hacer que realmente el envejecimiento se celebre como uno de los mayores logros de la humanidad, pero al igual que el anterior resulta ambicioso e idealista, especialmente si se toman en cuenta las regiones donde la pobreza no sólo es estructural, sino que incrementa tendencialmente, o los países en los que los factores culturales operan como obstáculos insalvables para la equiparación en el disfrute de derechos entre los sexos. El desafío radica en la implicación de los gobiernos, especialmente si se toma en cuenta que el Plan no compromete ni a los gobiernos ni a la comunidad internacional a destinar recursos adicionales para su ejecución.

Durante la I Asamblea Mundial el impacto del sexo en el envejecimiento fue tomado en cuenta junto a otras posibles fuentes de discriminación como la etnia o la religión, e igualmente se consideró el peso demográfico de las mujeres y las posibles dificultades económicas que por su particular relación con el empleo, esto es, escasas o nulas perspectivas de tener un trabajo remunerado, les sitúa como las principales víctimas de la pobreza. En cambio, la II Asamblea destaca sin tibiezas las limitaciones que el sexo impone en el disfrute de la igualdad en la vejez. El artículo 5 de la Declaración Política (A/

CONF.1.97/9) de la II Asamblea Mundial explicita el compromiso de no escatimar esfuerzos para lograr la igualdad entre hombres y mujeres, y el artículo 8 reconoce que la perspectiva de género ha de tenerse en cuenta en todas las políticas y programas para atender las necesidades y experiencias tanto de las mujeres como de los hombres. A su vez, el apartado f) del Plan de Acción reafirma el compromiso de trabajar por la igualdad de los sexos entre las personas de edad. A su peso demográfico, se une el reconocimiento de su participación en el trabajo productivo de subsistencia, en el de cuidado a la familia y en tareas voluntarias comunitarias, entre otras; se refiere su discriminación en el mercado laboral, los bajos ingresos y su mayor presencia entre los pobres, particularmente en zonas rurales; se llama la atención ante su mayor vulnerabilidad frente a la violencia; y se destaca cómo la imagen que de ella se proyecta está salpicada de estereotipos negativos relacionados con la debilidad y la dependencia.

Las particularidades de las mujeres en esta etapa del ciclo vital han sido objeto de atención por la Asamblea General desde 1983. En 1989 la Asamblea editó el documento “La mujer de edad” (A/RES/44/76) en el que se explicita la agudización de los problemas sociales y económicos para las mujeres mayores al acumular la doble discriminación de sexo y edad. La Resolución 2002/ 56/126 sobre “La situación de la mujer de edad en la sociedad”, de la Asamblea General, ha reconocido que las mujeres de todas las edades, y en particular las mujeres mayores, continúan sufriendo a causa de la discriminación y la falta de oportunidades, y subraya que recae en los gobiernos la responsabilidad fundamental de crear un medio conducente al desarrollo económico y social de sus ciudadanos. La resolución destaca la necesidad de incorporar transversalmente la perspectiva de género en la formulación de políticas y en la planificación; la de eliminar la discriminación basada en el sexo y la edad; y la de asegurar iguales derechos y su pleno disfrute a las mujeres de todas las edades. La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, del Consejo Económico y Social, ha sido la encargada de señalar el peso de las mujeres en la población de las personas de edad, las diferencias que las separan de los hombres en el disfrute de los derechos humanos o su contribución, paga e impaga, al desarrollo de las sociedades, entre otros aspectos que se recogen en diversos documentos. El documento “Género y envejecimiento: problemas, planteamientos y políticas” (E/CN.6/1999/3) desta-

ca la relación entre edad, sexo y pobreza; aborda el tema de la salud y el cuidado; trata la imagen devaluada de la sociedad hacia la vejez que deforma la identidad de las mujeres de edad, y destaca el papel de la mujer mayor activa -que participa del trabajo informal, familiar, rural o de cuidado- en la economía mundial. La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer recuerda y reitera frecuentemente que en la “Declaración y Plataforma de Acción de Beijing” (A/CONF.177/20) se alentó a los hombres a que participaran plenamente de todas las acciones encaminadas a garantizar la igualdad entre los géneros. En el Informe sobre el 48º período de sesiones (E/2004/27/ E/CN.6/2004/14) se recoge el apartado n) que se pretende que los gobiernos se den a la tarea de “alentar a los hombres, mediante la capacitación y la educación, a que participaran plenamente en los cuidados y el apoyo a otras personas, incluidas las personas de edad, con discapacidades y enfermas, en particular los niños y otros familiares a su cargo”. La implicación de la mitad masculina de la humanidad en la consecución de la igualdad, y particularmente, en la tarea de cuidado, resulta fundamental para iniciar la transformación que acabe con las dificultades que atraviesan las mujeres en su vida productiva y que se convierten en una rémora en el último período de su existencia, al haber limitado previamente sus posibilidades de acumular recursos o acceder a ellos.

El Instituto Internacional de Envejecimiento (INIA)<sup>13</sup> pretende tender puentes entre países más y menos desarrollados en la materia, sin embargo, es la Comisión de Desarrollo Social el órgano intergubernamental encargado del seguimiento y evaluación de la aplicación del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento. En 2003 el documento “Modalidades de examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento 2002” (E/CN.5/2003/7)<sup>14</sup> reconoce que las cuestiones relacionadas con el envejecimiento y las personas de edad se tratan cada vez más desde el contexto de los grandes procesos mundiales, pero que realmente están lejos de haber alcanzado la importancia que requiere el Plan de Acción de Madrid. Las principales deficiencias se expusieron en el documento “Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” (A/59/164) de la Asamblea General de Naciones Unidas (2004), en el que evaluados los logros se reconoce la gran tarea que aún está pendiente. Entre los obstáculos, destaca la necesidad de trabajar para aplicar en el

plano nacional la perspectiva de desarrollo en la política sobre el envejecimiento y la de sostener en la agenda internacional la prioridad del seguimiento de la Segunda Asamblea; si bien despunta otra cuestión obstaculizadora que es la existencia de imágenes e ideas estereotipadas en relación con la situación económica y social de las personas de edad que les dibuja como uno de los grupos más marginados, de personas vulnerables, dependientes para la obtención de recursos, y no productivas; así mismo otra cuestión relevante es que la carencia de datos fidedignos desglosados por edad y sexo, en la mayoría de los países en desarrollo, impide conocer la tasa de pobreza entre las personas de edad; además la falta de datos adecuados relativos a la salud y las necesidades de atención sanitaria de las personas de edad, su integración social, empleo y funciones como proveedoras y receptoras de apoyo familiar y comunitario sigue obstaculizando la formulación y aplicación de políticas y programas nacionales. Finalmente el documento reconoce la necesaria diferencia en la aplicación de la amplia gama de recomendaciones del Plan dada la diversidad de circunstancias de las personas de edad y las distintas maneras en las que el envejecimiento de la población afecta a las distintas sociedades, y sugiere la aplicación del método participativo de abajo hacia arriba a fin de recoger la información cualitativa que complete la cuantitativa disponible.

En 2007, en el sexagésimo segundo período de sesiones de la Asamblea General, bajo el epígrafe “Desarrollo social: seguimiento del Año Internacional de las Personas de Edad: Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” (A/62/131), se puso de manifiesto que desde la aprobación del Plan de Acción Internacional de Madrid, los Estados miembros han realizado progresos en el desarrollo de la capacidad sobre el envejecimiento en la dirección de crear una base jurídica y de mecanismos institucionales, programas de protección social y servicios de atención para hacer frente al envejecimiento demográfico. El documento sugiere que los Estados miembros que aún no lo hayan hecho, tal vez deseen considerar un enfoque gradual para desarrollar la capacidad o salvar las lagunas a fin de reforzar elementos concretos dentro de su capacidad nacional, que incluiría el establecimiento de prioridades nacionales, el fortalecimiento de los mecanismos institucionales, las investigaciones, la reunión de datos y el análisis, así como la formación del personal necesario en la esfera del envejecimiento. Sugiere que se haga fir-

memente hincapié en la legislación y en el ulterior desarrollo de políticas y programas a fin de aplicar los objetivos nacionales, así como en la evaluación cuantitativa y cualitativa de la aplicación normativa. En todo caso se explicita que la aplicación del Plan de Madrid, especialmente en los países en desarrollo, depende de la creación de capacidad nacional para la ejecución de políticas en materia de envejecimiento. El documento destaca que las principales intervenciones normativas mencionadas por los Estados miembros en sus exposiciones ponían de manifiesto las prioridades señaladas en el Plan de Acción de Madrid: proporcionar un apoyo adecuado para la obtención de ingresos, la atención de la salud y la atención a largo plazo, el transporte y el empleo de las personas de edad; posibilitar su participación política, su integración en la sociedad y su contribución activa al desarrollo de sus comunidades; realizar una labor de preparación para las situaciones de emergencia y luchar contra los malos tratos que pueden afectar a las personas de edad; y capacitar a los encargados.

El documento recoge también que la Comisión de Desarrollo Social, en su primer ciclo de examen y evaluación del Plan de Madrid en 2007, organizó un debate plenario y un debate en grupo sobre los progresos y problemas observados en la esfera del envejecimiento desde la aprobación del Plan. Los participantes destacaron que el envejecimiento tenía repercusiones en las sociedades e importantes consecuencias para el crecimiento económico, los sistemas de atención de la salud, las medidas de protección social, el mercado de trabajo, las familias y comunidades y la globalización, entre otras cosas. Entonces se destacó que, por ello, debían reforzarse los vínculos entre el Plan de Madrid y los principales objetivos de las políticas internacionales, como las estrategias de reducción de la pobreza, los Objetivos de desarrollo del Milenio, el Programa de trabajo decente<sup>15</sup> y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. En la mesa redonda despuntaron tres esferas fundamentales. La primera es la de la seguridad financiera, ya en forma de pensiones no contributivas o de programas de protección social contributiva, que permita que las personas de edad puedan disponer de unos ingresos regulares para vivir. De ellas se dice que más que un costo, deberían considerarse una importante inversión en desarrollo capaz de reportar dividendos a las familias, las comunidades y la economía en general. La segunda es la de la promoción de la salud, que

hace hincapié en la prevención y en la gestión eficaz de enfermedades crónicas, una adecuada capacitación de los profesionales de la salud en materia de medicina geriátrica, una ampliación de los servicios de atención domiciliaria y un apoyo a los familiares que se encargaban del cuidado de las personas de edad. Un envejecimiento saludable mejora la calidad de vida de la persona, y además genera menos costes a los sistemas de salud pública. Y la tercera esfera es la de la participación de las personas de edad y la potenciación del papel que desempeñan de forma que pudieran aportar opiniones a las políticas y los programas que les afectaban.

Un concepto que ha cobrado especial protagonismo en estos años de reflexión y trabajo es el ya citado “envejecimiento activo”. El concepto fue la aportación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, y está relacionado directamente con los “Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad”. Se define como el “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (KALACHE y KICKBUSCH, 1997: 4). Creado con la intención de superar la interpretación del “envejecimiento saludable”<sup>16</sup>, incluye otros factores que junto a la atención sanitaria afectan al modo de envejecer de los individuos y las poblaciones. El concepto, tratando de aunar vida saludable, productividad y calidad de vida, presupone que los individuos y grupos de personas ya envejecidas pueden desarrollar su potencial de bienestar físico, mental y social a lo largo de todo el ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que ésta les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesiten asistencia. Para la OMS, el envejecimiento activo precisa, desde el punto de vista individual, de la autonomía e independencia individual, y desde el punto de vista social, de la interdependencia, es decir, reciprocidad entre individuos, y de la solidaridad intergeneracional, esto es, reciprocidad entre generaciones, lo cual permite pasar “desde la planificación basada en las necesidades” a la “planificación basada en los derechos” lo que hace que se consideren irrenunciables tanto el reconocimiento de los Derechos Humanos de las personas mayores como los Principios de Naciones Unidas.

El envejecimiento activo está relacionado, de forma ineludible, con las opciones de vida saludables a lo largo del ciclo vital. Las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad a medida que las personas envejecen están relacionadas con las enfermedades no transmisibles (ENT), incluidos los países en desarrollo y los menos adelantados en menor medida, ya que junto a las enfermedades infecciosas, la desnutrición y las enfermedades perinatales conviven enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades mentales, entre otras, que guardan relación con la adopción de nuevos estilos de vida y de trabajo. Estas enfermedades pueden prevenirse y retrasarse en muchos casos, si se adoptan desde edades tempranas hábitos de vida más saludables y se evitan factores de riesgo como la vida sedentaria, una dieta inadecuada o el tabaquismo, por ejemplo. La OMS sostiene que la adopción del enfoque del envejecimiento activo en las políticas y programas de desarrollo, y específicamente en las políticas educativas, sanitarias y de empleo, ofrece la posibilidad de afrontar muchos de los retos, tanto de las personas, como de las poblaciones que están envejeciendo, de modo que será posible incidir en la disminución de las muertes prematuras a edades productivas y en las discapacidades relacionadas con las enfermedades crónicas en la vejez. Por ello, es previsible que el término “activo” quede dotado de un significado que vaya más allá de las capacidades físicas, de modo que se incremente el número de personas que participen activamente de los ámbitos sociales, culturales, económicos, políticos, cívicos y espirituales, así como en la vida doméstica, familiar y comunitaria, y en general, aumentar el número de personas que disfruten de una calidad de vida positiva.

La OMS señala también razones estrictamente económicas para la adopción del envejecimiento activo. Desde este punto de vista, las personas que se mantienen sanas a medida que envejecen no tienen impedimentos para continuar con su vida laboral, lo cual favorece el cambio en las políticas respecto a la jubilación precoz en los países industrializados, compensa el aumento del coste de las pensiones y de los esquemas de seguridad social basados en los ingresos, así como los costes relacionados con los gastos públicos de asistencia médica y social, puesto que es más rentable prevenir la salud que curarla. Además, si las personas mayores aumentan su participación en la fuerza laboral, mediante empleo a

tiempo parcial o completo, aumentará también su contribución a la renta pública.

En la década de los sesenta vio la luz un nuevo concepto, el de “esperanza de vida saludable”, cuyo uso se generalizó en los noventa. Obviamente la esperanza de vida es el indicador de salud por excelencia y sigue siendo una medida fundamental para el envejecimiento de una población, pero este otro concepto viene a dotar esa medida de mayor precisión ante una población que envejece, de modo que es utilizado por la OMS como sinónimo de esperanza de vida libre de discapacidad. Ante el envejecimiento progresivo de la población se trata de conocer si los años vividos serán, o en qué medida estarán, libres de discapacidad. En España, en los últimos años, se experimenta un incremento de años vividos en buena salud (Tabla 5). La esperanza de vida de los hombres de vivir libres de discapacidad es menor que la de las mujeres, pero dado que éstas tienen una mayor esperanza de vida son ellas precisamente las que viven más años con alguna discapacidad.

**Tabla 5. Esperanza de vida saludable al nacer, España 1995-2003**

EVLD	Mujeres	Hombres
1995	67,7	64,2
1996	68,4	65,1
1997	68,2	65,5
1998	68,2	65,2
1999	69,5	65,6
2000	69,3	66,5
2001	69,2	66,0
2002	69,9	66,6
2003	70,2	66,8

Elaboración propia.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Esperanza de vida libre de incapacidad. Un indicador estructural.

Desde el ámbito internacional se entiende que, aunque el envejecimiento parece un asunto que sólo compete a los/as mayores, precisa efectivamente de la implicación de toda la sociedad, especialmente en la tarea de favorecer el envejecimiento activo

para las generaciones envejecidas y las que están por envejecer con la finalidad de mejorar la calidad de vida de sus protagonistas y de sus sociedades. La “Declaración Política de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento”, en su artículo 13, establece la responsabilidad de los gobiernos a la hora de promover y prestar servicios sociales básicos y de facilitar el acceso a ellos, y añade que a tal fin se precisa trabajar con las autoridades locales, la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, los voluntarios y las organizaciones de voluntarios, las personas de edad y las asociaciones de personas de edad y las que se dedican a ellas, así como con las familias y las comunidades.

Entre las organizaciones de la sociedad civil que se han dado a esta tarea, acaso la más conocida sea Help Age Internacional, una organización con estatus consultivo en el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, que ha trabajado en diferentes líneas, una de las cuales ha tenido por objetivo a las personas mayores como cuidadoras de huérfanos, niños/as vulnerables y víctimas de la pandemia del VIH/SIDA. En el bienio 2006-2007, trabajó en un proyecto de supervisión de la participación ciudadana por el que las personas de edad recibieron formación y apoyo en algunos países para lograr que sus gobiernos intervinieran en la formulación de políticas sobre el envejecimiento y en la aplicación del Plan, haciendo especial hincapié en el reconocimiento de los derechos de las personas de edad a obtener ingresos y atención de la salud. Igualmente la Federación Internacional de la Vejez ha dedicado su labor a la promoción, reunión y difusión de información, tanto como al desarrollo de proyectos comunitarios, y ha elaborado proyectos internacionales, basados en la comunidad, para cada una de las orientaciones prioritarias del Plan de Acción, centrándose en determinar y describir la formulación de la política nacional, esbozar las prácticas más adecuadas en el plano comunitario y ayudar a las personas de edad, en ese plano, a evaluar las repercusiones de los distintos programas. Una tercera organización, el Centro Internacional de Longevidad, promueve la incorporación de las cuestiones relativas al envejecimiento mediante actividades educativas dirigidas a los medios de difusión, el público, los académicos y el funcionariado gubernamental. Por último, la Red Internacional para la Prevención de los Malos Tratos a los Ancianos trabaja para concienciar y dar a conocer el problema de los malos

tratos a personas mayores; promover la educación y la capacitación en la identificación, el tratamiento y la prevención; llevar a cabo actividades de defensa de las personas de edad maltratadas y desatendidas; y fomentar la investigación de las causas, las consecuencias, la prevalencia, el tratamiento y la prevención de los malos tratos y el abandono. Esta Red se asoció a Help Age International y otras instituciones académicas en un proyecto mundial de investigación -dirigido y financiado por la OMS- con el objetivo de elaborar un mecanismo fiable de detección de los malos tratos y estrategias para su prevención.

El interés por el envejecimiento, que se manifestó en la vieja Europa en la década de los años cincuenta es, salvo en las regiones más castigadas del planeta, una preocupación mundial. Y si bien es verdad que desde los años ochenta se está produciendo en Occidente la “madurez de masas” (PÉREZ DÍAZ, 2002), es decir, la llegada de más de la mitad de una generación a los 60 o 65 años; lo cierto es que los mayores de hoy son diferentes a los de antes. La confusión entre los unos y los otros surge de una errónea atribución a la edad de aspectos que son propios de la generación. De hecho, LUQUE (2008: 133) ha señalado que a futuro los malos hábitos nutricionales conducentes a la obesidad pueden impactar en una “menor esperanza de vida”. En fin, el “envejecimiento activo” se propone para dar más vida a los años, en lugar de más años a la vida, y no esconde que tras su enunciado se encuentra una fórmula que, mediante la participación de los/as mayores en todas las esferas de la vida incluida la económica, favorece la racionalización del gasto público frente al más que previsible aumento de la demanda de servicios en la vejez. En todo caso, antes de magnificar los costos se debe considerar que, tanto el envejecimiento demográfico como el aumento de la supervivencia, son resultados del desarrollo económico y social. Ambos fenómenos no pueden dejar de valorarse y se debe tratar de comprender su profunda significación social más allá de las cifras, puesto que semejantes logros no son más que el cumplimiento de un viejo sueño de la humanidad en el que se ha trabajado denodadamente.

### **3.3. La población anciana europea. La Unión Europea.**

La evolución hacia el envejecimiento resulta evidente en los países más ricos del mundo a cuya cabeza se encuentra un país asiático. Japón es el país

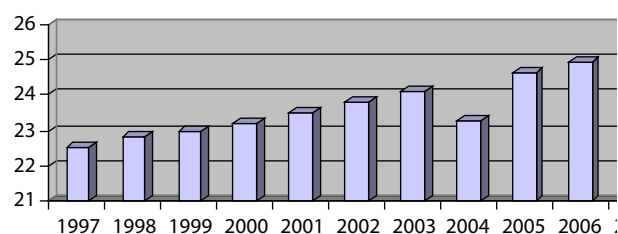


con la población más envejecida, con una esperanza de vida que alcanza los 82.3 años (PNUD, 2007); le suceden Hong Kong, Islandia, Suiza y Australia; y tras ellos dos países de la Unión Europea: Suecia y España. Las últimas ampliaciones de la Unión Europea han incrementado la población europea en unos setenta y nueve millones hasta las 497.198.740 personas (EUROSTAT, 1 de enero de 2008). Debido a los altos niveles de fecundidad de los años setenta y ochenta estos Estados en la actualidad presentan una estructura de edad más joven que la vieja Europa de los quince. El efecto rejuvenecedor de la ampliación, en todo caso, será pequeño y temporal y no supondrá un impacto significativo en el proceso de envejecimiento. De hecho el Informe “La situación social de la Unión Europea, 2003” de la Comisión Europea (EUROSTAT/COMUNIDADES EUROPEAS, 2003) señalaba que la población de 65 años y más representaba entonces el 16% y la menor de quince años el 17%, mientras que en 2008 la proporción de mayores se mantiene (12,6%) pero la de menores cae hasta el 15,8. La aparición y persistencia de unos niveles de fecundidad extremadamente bajos incide en la rápida disminución de la proporción de niños/as en la población, de modo que para el año 2020 la proporción de personas mayores se acercará a los niveles de la Europa de los quince, hasta que en 2050 lleguen a la media europea. Eslovenia, junto a Italia y Austria alcanzarán una edad mediana de 54 años en 2020.

El Informe “Tendencias demográficas en el mundo” elaborado en 2007 por la Comisión de Población y Desarrollo de Naciones Unidas (E/CN.9/2007/6) señala que la vieja Europa es la región del planeta con mayor proporción de personas mayores (21%), y lo seguirá siendo hasta 2050, momento en que se prevé que la proporción alcanzará el 35%. En ese año, será España el país con la población de más edad del mundo, con una edad mediana de 55 años. La Comisión apunta igualmente que Alemania, Grecia, Italia y Japón ya tienen por lo menos 15 personas de más de 60 años por cada niño/a y las proyecciones apuntan a que España e Italia tendrán en 2050 casi 4. En la Unión Europea, cerca del 17% de la población cuenta con 65 años o más, el 59% de estas personas son mujeres, aunque entre las que cuentan con más de 85 años representan el 71% (EUROSTAT, 2008). La Unión Europea está envejeciendo y la tasa de dependencia de las personas mayores, que en los últimos años ha crecido 2,7 puntos se sitúa actualmente en el 25,2 (Gráfica 3) y previsiblemente

te aumentará porque, aunque la fecundidad se ha incrementado ligeramente -en tanto que pasó de 1,45 hijos por mujer en 1999 a 1,47 en 2001-, todavía se encuentra muy por debajo del nivel de sustitución (2,1). La pirámide poblacional europea, que está tomando la forma de una columna, adoptará la forma de una pirámide invertida cuando las generaciones del baby-boom, las más numerosas de la historia, transiten hacia a la vejez. La esperanza de vida está aumentando y la mortalidad se concentra cada vez más en la vejez. El aumento más pronunciado se dará en el número de personas muy mayores, las de más de 80 años, que en los próximos 50 años incrementará casi un 50%.

**Gráfica 3. Tasa de dependencia UE-27, 1997-2007**



Elaboración propia.

Fuente: EUROSTAT. (2008). Old-age-dependency ratio, 1997-2007

De los 44 países del mundo que consideran que su natalidad es demasiado baja, 28 son europeos. En los últimos años, ninguno de los países miembros de la Unión Europea (Tabla 6) alcanza el nivel de reemplazo generacional. Los repuntes que comienzan a observarse en el Centro y Norte, e incluso en el Sur de la Unión Europea, no parecen que vayan a compensar, a corto y medio plazo, la disminución de la fecundidad. Tal recuperación aparece relacionada con la inmigración extraeuropea, que por sí sola no podrá, a corto o medio plazo, compensar los desequilibrios poblacionales o evitar las reformas económicas, y que previsiblemente terminará por adquirir las pautas demográficas del entorno. El “Libro Verde frente a los cambios demográficos, una nueva solidaridad entre generaciones” de la Comisión Europea (COM/2005/94) señala varios factores para explicar la persistencia de las bajas tasas de natalidad, entre los que destacan las dificultades de inserción profesional, la escasez y carestía de la vivienda, el retraso de la edad en la que se tiene el

**Tabla 6.- Tasas de Fecundidad, Unión Europea 1976-2006.**

UE	1976	1981	1986	1991	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
EU 15	1,92	1,77	1,59	1,53	1,44	1,50	1,49	1,50	...	...	...	...
EU 25	...	...	...	...	...	1,48	1,46	1,46	...	1,51	1,52	...
EU 27	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Alemania	1,51	1,53	1,41	1,33	1,32	1,38	1,35	1,31	1,34	1,37	1,34	1,32
Austria	1,67	1,67	1,45	1,49	1,42	1,36	1,33	1,40	1,38	1,42	1,41	1,40
Bélgica	1,73	1,66	1,54	1,66	1,55	1,66	1,64	1,62	1,64	1,68	1,72	...
Bulgaria	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,37
Chipre	...	...	...	...	2,08	1,64	1,57	1,49	1,50	1,49	1,42	1,47
Dinamarca	1,75	1,44	1,48	1,68	1,75	1,77	1,74	1,72	1,76	1,78	1,80	1,83
Eslovaquia	...	...	...	...	1,47	1,30	1,20	1,18	1,20	1,24	1,25	1,24
Eslovenia	...	...	...	1,28	1,28	1,26	1,21	1,21	1,20	1,25	1,26	1,31
España	2,80	2,04	1,56	1,33	1,16	1,24	1,25	1,26	1,30	1,33	1,34	1,38
Estonia	...	...	...	...	1,30	1,34	1,34	1,37	1,37	1,47	1,50	1,55
Finlandia	1,70	1,64	1,60	1,79	1,76	1,73	1,73	1,72	1,76	1,80	1,80	1,84
Francia	1,83	1,95	1,83	1,77	1,72	1,88	1,89	1,89	...	1,92	1,94	2,00
Grecia	2,35	2,09	1,60	1,38	1,30	1,29	1,25	1,25	1,28	1,31	1,28	1,39
Holanda	1,63	1,56	1,55	1,61	1,53	1,72	1,71	1,73	1,75	1,73	1,73	1,70
Hungría	...	...	...	...	1,46	1,32	1,31	1,30	1,27	1,28	1,32	1,34
Irlanda	3,31	3,09	2,46	2,09	1,88	1,90	1,94	1,97	1,98	1,99	1,88	1,90
Italia	2,10	1,59	1,34	1,31	1,21	1,24	1,25	1,26	1,28	1,33	1,34	...
Letonia	...	...	...	...	1,16	1,24	1,21	1,24	1,29	1,24	1,31	1,35
Lituania	...	...	...	...	1,49	1,39	1,30	1,24	1,26	1,26	1,27	1,31
Luxemburgo	1,48	1,55	1,43	1,31	1,21	1,24	1,25	1,26	1,63	1,70	1,70	1,65
Malta	...	...	...	...	2,10	1,72	1,72	1,46	1,46	1,37	1,37	1,41
Polonia	...	...	...	...	1,58	1,34	1,29	1,24	1,22	1,23	1,24	1,27
Portugal	2,58	2,13	1,66	1,57	1,43	1,55	1,45	1,47	1,44	1,40	1,40	1,35
Reino Unido	1,74	1,82	1,78	1,81	1,72	1,64	1,63	1,64	1,71	1,77	1,80	1,84
Rep. Checa	...	...	...	...	1,18	1,14	1,14	1,17	1,18	1,23	1,28	1,33
Rumanía	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,31
Suecia	1,68	1,63	1,80	2,11	1,60	1,54	1,57	1,65	1,71	1,75	1,77	1,85

Elaboración propia

Fuente: INE (2003). Movimiento natural de la población. Datos provisionales.

EUROSTAT. Índice de Fecundidad. 1994-2006.

primer hijo/a, otras decisiones en materia de estudios, vida profesional y familiar; así como la ausencia de medidas públicas de incentivo. En Libro Verde explicita la prioridad de recuperar el camino del crecimiento demográfico a través de medidas innovadoras de apoyo a la natalidad y recurriendo a la inmigración de manera controlada.

Los indicadores demográficos de los distintos Estados miembros de la Unión Europea no presentan los mismos índices, puesto que responden a la historia demográfica de cada uno de ellos, a pesar de lo cual es posible identificar un modelo de comportamiento que se caracteriza por la tendencia decreciente de las tasas de crecimiento vegetativo interanual, bajas

tasas de fecundidad y tasas mínimas de mortalidad infantil, así como por edades máximas en la esperanza de vida al nacer, resultado de un importante envejecimiento de la población y del descenso de las tasas de mortalidad. Tal esperanza de vida es uno de los indicadores que posibilita que todos los países que integran la Europa de los veintisiete se sitúen entre los países con un alto Índice de Desarrollo Humano<sup>17</sup> (Tabla 7).

Europa es la región en la que la esperanza de vida de las mujeres ha crecido más respecto a la de sus coetáneos varones. El Índice de Desarrollo Relativo al Género (Tabla 8), que desagrega por sexo la esperanza de vida para hombres y mujeres en estos países es alto y acusa unas diferencias que rondan entre los cinco y los siete años de vida. Entre las personas de 60 y más años se cuenta un 50% más de mujeres que de hombres, mientras que el 75% de las personas de 75 o más años que viven solas son mujeres. Las españolas junto a las suizas y francesas son las mujeres más longevas del planeta después de las japonesas y las hongkonesas cuya esperanza de vida es de 84,9 y 84,7 años, respectivamente (PNUD, 2007). En el otro extremo, la esperanza de vida más baja corresponde a las africanas, y particularmente a las ciudadanas de Zimbabwe, 40,2 años.

El “Tratado de Roma” (1957), en materia social, abordó exclusivamente cuestiones de carácter económico relativas a los derechos de los trabajadores/as. Hasta la década de los ochenta lo social no tuvo peso en la política comunitaria, aunque el Fondo Social Europeo, creado en 1960, y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, creado en 1971, sentaron las bases de lo que luego sería la estrategia social comunitaria. A finales de los ochenta y en los noventa, la agenda social se actualizó con la revisión de la “Carta Social Europea”<sup>18</sup> o el “Libro Blanco Política Social Europea” (27.7.1994 COM/94 333)”, que sentarían las bases de las líneas de acción social. La aparición temprana del envejecimiento en Europa obligó también, en la década de los setenta, a adoptar medidas políticas en materia de protección sociosanitaria, si bien los informes al Parlamento Europeo se iniciaron en la década de los ochenta. El primero de ellos fue el denominado “Informe sobre la situación y los problemas de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea (DO C66, de 15/3/1982)”. La “Comunicación de la Comisión sobre las Personas Mayores” (24.4.1990 COM/90/80 final) vino a re-

**Tabla 7. Esperanza de vida al nacer y valor del IDH, Unión Europea 2002-2005.**

	Esperanza de Vida al Nacer (2002)	Esperanza de Vida al Nacer (2005)	Índice de Desarrollo Humano
Alemania	78,2	79,1	0,935
Austria	78,5	79,4	0,948
Bélgica	78,7	78,8	0,946
Bulgaria	70,9	72,7	0,824
Chipre	78,2	79,0	0,903
Dinamarca	76,6	77,9	0,949
Eslovaquia	73,1	74,2	0,863
Eslovenia	76,2	77,4	0,917
España	79,2	80,5	0,949
Estonia	71,6	71,2	0,860
Finlandia	77,9	78,9	0,952
Francia	78,9	80,2	0,952
Grecia	78,2	78,9	0,926
Hungría	71,7	72,9	0,874
Irlanda	76,9	78,4	0,959
Italia	78,7	80,3	0,941
Letonia	70,9	72,0	0,855
Lituania	72,5	72,5	0,862
Luxemburgo	78,3	78,4	0,944
Malta	78,3	79,1	0,878
Países Bajos	78,3	79,2	0,953
Polonia	73,8	75,2	0,870
Portugal	76,1	77,7	0,897
Reino Unido	78,1	79,0	0,946
República Checa	75,3	75,9	0,891
Rumania	70,5	71,9	0,813
Suecia	80,0	80,5	0,956
<b>Total mundial</b>	<b>66,9</b>	<b>68,1</b>	<b>0,743</b>
IDH Alto	77,4	78,0	0,897
IDH Medio	67,2	67,5	0,698
IDH Bajo	49,1	48,5	0,436

Elaboración propia.

Fuente: PNUD. (2004, 2007). Informe sobre el Desarrollo Humano.

afirmar, en el ámbito comunitario, el interés por las personas mayores a las vez que reconoció en este campo el principio de subsidiariedad. Otros instrumentos legales e iniciativas políticas, no dirigidas específicamente a mayores, atañen a este colectivo, como las del área de discapacidad, los programas contra la pobreza y la exclusión o los relativos a la igualdad entre mujeres y hombres.

Entre los Estados miembros, los ritmos han sido muy variables en función de los diferentes contextos sociopolíticos de cada país, de los distintos estadios de envejecimiento demográfico y del grado de maduración de los sistemas de jubilación (GUILLEMARD, 1992). La traslación del debate desde los ámbitos nacionales hasta el comunitario tuvo lugar en la década de los noventa, y aunque la Europa social no ha progresado tan rápidamente como la Europa económica, lo cierto es que el modelo de desarrollo europeo ha permitido incrementar considerablemente el número de ciudadanos y ciudadanas que llegan a edades avanzadas con una relativa seguridad económica. Los retos comunes llevaron en 1992 a la formulación de una “Recomendación relativa a la Convergencia de los objetivos y Políticas de Protección social” (92/442/CEE)<sup>19</sup> en la que se estableció la identificación de objetivos comunes, mientras se dejaba libertad a los Estados miembros para organizar sus sistemas y decidir el modo de financiarlos. Tres años más tarde, la Comisión inició un debate sobre el futuro de la Protección social, y en 1997 la Comunicación “Modernización y mejora de la protección social en la UE” (COM/97/102 final) introdujo, junto a la idea de modernización, la de que la protección social no debía ser entendida como una carga financiera, sino como un factor productivo. Dos años después, una nueva Comunicación denominada “Una estrategia concertada para modernizar la protección social” (COM/99/ 347 final) dio inicio a una nueva fase para intensificar la cooperación con la finalidad de identificar las mejores prácticas que, entre otras cosas, consiguieran garantizar jubilaciones seguras y regímenes de jubilación viables. La red MISSOC (Sistema de Información Mutua sobre Protección Social, iniciada en 1990) se había creado previamente con el objeto de facilitar el intercambio de información sobre los sistemas y políticas de protección, y posibilitar el análisis de las tendencias en cada país.

Como resultado de los difíciles equilibrios entre el capitalismo fordista y la democracia parlamentaria,

**Tabla 8. Esperanza de vida al nacer por sexo, Unión Europea 2005.**

Esperanza de Vida al Nacer		
	Mujeres	Hombres
España	83,8	77,2
Italia	83,2	77,2
Francia	83,7	76,6
Suecia	82,7	78,3
Bélgica	81,8	75,8
Austria	82,2	76,5
Finlandia	82,0	75,6
Alemania	81,8	76,2
Luxemburgo	81,4	75,4
Chipre	81,5	76,6
Países Bajos	81,4	76,9
Grecia	80,9	76,7
Malta	81,1	76,8
Reino Unido	81,2	76,7
Portugal	80,9	74,5
Irlanda	80,9	76,0
Eslovenia	81,1	73,6
Dinamarca	80,1	75,5
República Checa	79,1	72,7
Polonia	79,4	71,0
Eslovaquia	78,2	70,3
Lituania	78,0	66,9
Letonia	77,3	66,5
Estonia	76,8	65,5
Hungría	77,0	68,8
Bulgaria	76,4	69,2
Rumanía	75,6	68,4

Elaboración propia.

Fuente: PNUD. (2007). Informe sobre el Desarrollo Humano. 2007/08.

los países europeos fueron los pioneros en la implantación del Estado del Bienestar en sus diferentes versiones: liberal, corporativista y socialdemócrata (ESPING-ANDERSEN, 1993: 47) que responden, a grosso modo, al peso del Estado, el mercado o la sociedad civil en la provisión de protección<sup>20</sup>. Clasificación a la que se ha sumado un cuarto modelo, el latino, propio de los países del Sur de Europa<sup>21</sup>; y al que se agregaría un quinto, resultado de la incorporación de los antiguos países comunistas del Este<sup>22</sup>. España, que se encontraría junto a Italia o Portugal en un grupo de países caracterizados por una modernización capitalista tardía, unos sistemas políticos de populismo autoritario y conservador, y una débil sociedad civil, se incluye en el modelo latino y como tal ha pasado por tres fases de reforma social: Asistencial, Seguridad social y Estado del Bienestar, extendiendo progresivamente los derechos sociales y políticos. Esta macroinstitución -que se tratará ampliamente en el capítulo nueve-, apoyada en un pacto keynesiano que descansa sobre el pleno empleo, ha funcionado en buena medida gracias a la solidaridad intergeneracional, pero se encuentra en el mismo centro del debate sobre su viabilidad en el que se polarizan las posiciones. Una que sostiene la inviabilidad del sistema, concretamente de las pensiones y de la asistencia sociosanitaria, y aboga por la capitalización y la privatización. Y otra que afirma que tal inviabilidad responde a la retórica neoliberal y que la sostenibilidad únicamente precisa de una reestructuración.

En todo caso, el desmantelamiento del sistema resulta cuando menos complicado, debido precisamente al envejecimiento de la población, a los riesgos políticos del desempleo estructural, y a lo imprescindible que resulta favorecer la paz social a fin de preservar un clima necesario para el crecimiento económico. La preocupación es manifiesta y así se recoge en “La respuesta de Europa al envejecimiento a escala mundial. Promover el progreso económico y social en un mundo en proceso de envejecimiento” de la Comisión Europea (18.3.2002 COM: 2002, 143 final) donde se exponía que la sola previsión de la magnitud de los incrementos relativos al gasto público (proyecciones relativas al período 2001-2005 que indicaban que en la mayoría de los Estados miembro podrían producirse incrementos de entre 3 y 5 puntos porcentuales del PIB para las pensiones y de entre el 2 y 3 para la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración) suscitaba gran inquietud, ya que cuestionaba la viabilidad de

los sistemas de pensiones y las finanzas públicas y planteaba graves dificultades para las políticas sociales. En el mismo informe, las estimaciones de la Unión Europea señalaban que el impacto del gasto, durante el período 2000-2050 podría traducirse en un descenso del crecimiento potencial de la Unión Europea de la tasa subyacente del 2%-2,5% a una tasa del 1,25% aproximadamente, que representaría una reducción media del crecimiento del PIB per cápita en aproximadamente el 0,4% anual.

Más allá de la protección de la vejez y de su participación en el PIB, el envejecimiento le plantea, sin duda, numerosos retos a Europa en lo concerniente al trabajo, a la educación o a la cultura. En sus inicios, las políticas sociales en favor de las personas mayores tenían por objeto la seguridad económica, el mantenimiento de su participación en el entorno de vida habitual y la prevención de la pérdida de autonomía. En esta línea, coincidiendo con la I Asamblea Mundial, el citado “Informe sobre la situación de las personas de edad en la Comunidad Europea” (15.3.1982 DOC66) recogió la necesidad de apostar por el mantenimiento de las personas mayores en sus entornos habituales el mayor tiempo posible permitiendo que puedan optar por aquellos recursos que mejor se adapten a sus necesidades y preferencias, lo que llevaba implícita la necesaria colaboración de la familia y de la sociedad en general. Una década más tarde, la Comisión Europea declaró 1993 “Año Europeo de las Personas Mayores y de la Solidaridad entre Generaciones”, estableciendo entonces el “Observatorio Europeo sobre el Envejecimiento y las Personas Mayores” y poniendo en marcha el “I Programa de Acciones para Mayores (1990-1994)”. A la par se dio inicio a la elaboración de informes demográficos y políticas específicas. El Dictamen del Comité de las Regiones “1999 Año Internacional de las Personas de Edad de Naciones Unidas” amplió los retos de la política europea sobre el envejecimiento hasta incluir cinco ejes prioritarios: incremento de los años de vida en que se disfruta de salud y de capacidad funcional; asistencia suficiente; vivienda, entorno vital y transporte público; garantía de unos ingresos suficientes y aumento de las posibilidades de aprendizaje y participación. El objetivo principal apuntaba hacia el incremento del número de años de vida en que las personas mayores, hombres y mujeres, se encuentran activas y con capacidad funcional.

Desde este punto de vista se ha instado a los países miembros a prolongar la participación en el mer-

cado laboral para las personas de edad; a fomentar la formación permanente; a aumentar la flexibilidad laboral; a modificar los regímenes impositivos y de deducción de prestaciones sociales; y a mejorar los incentivos al empleo y la formación. Tomando en cuenta la necesidad de adoptar estrategias de ciclo vital y considerando la peculiar situación de las mujeres que alternan a lo largo del mismo la actividad económica con las obligaciones familiares, la Unión Europea ha señalado la necesidad de facilitar el acceso de las mujeres a puestos de trabajo más estables y mejor remunerados, así como garantizar la igualdad de oportunidades en la adquisición y ampliación de conocimientos a lo largo de la vida laboral; lograr plenamente el objetivo de conciliar la vida familiar y laboral; conseguir un mejor reparto de las responsabilidades familiares entre el hombre y la mujer; aplicar políticas de empleo más favorables para quienes han de cuidar de otras personas, en las que se tenga en cuenta el cuidado de ancianos dependientes; y estudiar más a fondo las posibilidades de recurrir a instrumentos de política fiscal y familiar para promover la mano de obra femenina.

Con ocasión de la celebración del Año Internacional, se elaboró una guía para ayudar a los países miembros al establecimiento de los objetivos para la mejora de la calidad de vida de los/as mayores, entre los que figura la necesidad de poner fin a las actitudes y prácticas que les discriminan. La Unión Europea ha reconocido que el envejecimiento está adquiriendo una dimensión mundial y comparte con las organizaciones multilaterales la necesidad de concienciación a escala de los desafíos que ello representa, concretamente en los aspectos sociales, económicos y de empleo, de modo que los Estados miembros han adoptado, en el seno comunitario, el compromiso de abordar aspectos tales como el saneamiento de las finanzas públicas, el empleo, la protección social o el desarrollo sostenible en sus políticas nacionales, considerando las particularidades de cada contexto; mientras que la propuesta global de la Unión Europea a la II Asamblea Mundial de 2002 fue la del esfuerzo colectivo para promover el desarrollo sostenible en todo el mundo y la reiteración de su apuesta por la posibilidad de realización personal en la vejez, sin pasar por alto los desafíos que conlleva. Todo ello ha conducido a la fijación como prioridad de la atención a las generaciones de mayores actuales sin que ello obstaculice el trabajo para la adaptación al envejecimiento. Desde la visión europea, la articulación de una sociedad para

todas las edades precisa de la educación sobre los diversos aspectos de la longevidad a fin de promover estilos de vida saludables y reducir la aparición de discapacidades en la vejez. A fin de garantizar estos extremos, para todos los países del mundo, se sugirieron dos vías: la cooperación internacional y la puesta en común de conocimientos.

Las propuestas más recientes en la Unión Europea, desde el ámbito de la política social, pasan por la adopción de medidas que se refuercen mutuamente en los ámbitos del empleo, la economía y la protección social. La “Estrategia de Lisboa 2000” (Consejo Europeo, 2000), con la idea de hacer de la europea la economía más dinámica y competitiva del mundo en sólo 10 años, propuso el objetivo de una tasa de empleo del 70% para compensar la reducción prevista de la población en edad activa. Con la misma finalidad, la Agenda de Lisboa incluyó también la necesidad de modernizar los sistemas de protección social, y la de aumentar la tasa de empleo de las mujeres y de los trabajadores de edad. Desde el ámbito de la política económica se ha instado a los Estados a poner a punto estrategias generales para responder al desafío económico que plantea el envejecimiento de la población. La combinación de ambas propuestas remite a la consideración del “envejecimiento activo”, y de hecho, la Dirección de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea en el documento “Aumentar el empleo de los trabajadores de más edad y retrasar su salida del mercado de trabajo” (3.3.2004 COM: 2004, 146 final) considera que tal es la clave, que las personas contribuyan a la sociedad en función de su capacidad y no de criterios cronológicos. Las propuestas se concretan en alargar la vida profesional, jubilarse más tarde y de forma gradual, permanecer activos después de la jubilación y participar en actividades que contribuyan a mantener un buen estado de salud. Los beneficios previsibles de la puesta en marcha de esta estrategia son la mejora de la calidad de vida, el alivio de la carga de la dependencia y, lógicamente, la reducción del coste de las pensiones y la atención sanitaria. Los retos propuestos se pueden agrupar en cuatro: a) hacer frente a los gastos económicos del envejecimiento preservando el crecimiento y el saneamiento de las finanzas públicas; b) dar una respuesta adecuada al envejecimiento y a la disminución de la mano de obra; c) garantizar pensiones adecuadas, viables y adaptables y c) asegurar el acceso de todos/as a una atención sanitaria de calidad.

Respecto del primer reto se ha diseñado una estrategia en tres capítulos incorporada a las orientaciones generales de la política económica. El primer capítulo plantea aumentar la base de ingresos y reducir el costo de las transferencias, elevando para ello las tasas de empleo. El segundo consiste en reducir la deuda pública a un ritmo más rápido, de modo que la disminución de los intereses pueda compensar alguno de los incrementos previstos en los gastos en pensiones y asistencia sanitaria. El tercer capítulo aborda la reforma de los sistemas de pensiones a fin de permitir su mantenimiento y viabilidad financiera. Al objeto de dar respuesta al segundo reto, las medidas propuestas son las mencionadas relativas a la elevación de las tasas de empleo de la población en edad de trabajar, y especialmente de las mujeres y los trabajadores de más edad. Respecto de las primeras, se dice que ello hace aún más imperioso garantizar la igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito del empleo y conciliar el trabajo y la vida familiar. Respecto de los segundos, considerados una fuente de mano de obra infrautilizada durante años, y dada la disminución de la oferta de trabajadores/as jóvenes y de edad intermedia, se propone la adopción de cambios que potencien el mantenimiento de la capacidad de trabajo y la empleabilidad de los trabajadores de más edad, hombres y mujeres, a través de medidas como la formación, la salud y seguridad, la adaptación al lugar de trabajo y la definición de las tareas, la puesta a punto de tecnologías que faciliten el trabajo y una nueva ordenación de la jornada laboral; así como la ampliación de las políticas activas en materia de empleo a los trabajadores/as de más edad, para favorecer su reinserción o mantenimiento.

El tercer reto enfrenta la dificultad de que los Estados miembros disponen de diferentes regímenes de pensiones, a pesar de lo que se han refrendado tres grandes principios en esta materia: salvaguardar la capacidad de los sistemas para cumplir sus objetivos sociales, mantener su viabilidad financiera y adaptarlos a las nuevas necesidades de la sociedad para garantizar así pensiones adecuadas, financieramente viables y capaces de adaptarse a condiciones cambiantes. La reforma de las pensiones es abordada también en el contexto general de las políticas favorables al empleo, puesto que mejores tasas de empleo incrementan la base de los ingresos mientras la prolongación de la vida activa alivia la presión sobre los sistemas de pensiones, por lo que se afirma que los sistemas de pensiones y las estructuras fiscales

conexas deberían ofrecer incentivos apropiados para seguir trabajando hasta la edad de jubilación y para no penalizar a las personas que decidan no acogerse a la jubilación en ese momento. Las pensiones además deberán ajustarse para potenciar la flexibilidad y movilidad en los mercados de trabajo. A fin de no socavar la confianza de la ciudadanía, los Estados miembros acordaron potenciar la transparencia de los regímenes de pensiones y facilitar información fiable y fácilmente comprensible sobre la probable evolución a largo plazo de los niveles de prestaciones y las bases de cotización. Explícita es también la apuesta por la reorientación parcial en materia de pensiones hacia el régimen de capitalización.

El cuarto y último reto pasa por la consideración de que las estructuras familiares y domésticas están experimentando cambios profundos, cambios que las hacen cada vez menos capaces de asumir todas las responsabilidades en materia de cuidados y de prestar por sí solas el apoyo que requieren sus miembros dependientes y vulnerables, por lo que alude a las necesarias estructuras formales de cuidado. Considera igualmente que las actuales generaciones de personas mayores desempeñan un papel decisivo en cuanto a la prestación de cuidados y de ayuda financiera a las generaciones más jóvenes, y tampoco pasa por alto el hecho de que, en todas las generaciones, las mujeres siguen asumiendo la mayor parte de la carga en materia de cuidados. Para la Unión Europea, garantizar el acceso a unos servicios sanitarios y a cuidados de larga duración de calidad, especialmente teniendo en cuenta el incremento del volumen de personas de más de ochenta años, pasa por no poner en entredicho su viabilidad financiera, el favorecer la asistencia no estructurada y ampliar la oferta de servicios estructurados de salud y asistencia, así como avanzar en las tecnologías de la ayuda y la asistencia, todo ello sin dejar de considerar los criterios de equidad, de igualdad de acceso o los de igualdad entre los sexos.

A finales de la década de los setenta y en los ochenta, ante el aumento del desempleo, incluido el juvenil y la reestructuración de las industrias tradicionales, las empresas europeas habían adoptado como práctica habitual la de efectuar ajustes de plantilla mediante regímenes de jubilación anticipada. En el año 2004, la Comisión Europea manifestó que tales medidas son respuestas a corto plazo que acarrearán para la economía una pérdida permanente de capital humano y de potencial de crecimiento; que no está

demostrado que los trabajadores de más edad no puedan participar plenamente en el crecimiento del empleo en los sectores en expansión; y que no hay pruebas empíricas que apunten que los trabajadores más jóvenes y los de más edad sean intercambiables. La Comisión propuso tres grandes prioridades, de manera que junto al aumento y fortalecimiento de las redes de conocimiento -investigación, educación y formación- y reforzamiento de la competitividad de la economía europea, apareció nuevamente el “envejecimiento activo” vinculado al mundo del empleo.

Los dos objetivos complementarios fijados en esta materia habían sido tomados con anterioridad en el Consejo Europeo de Estocolmo (Boletín UE3-2001), en el que se acordó que la mitad de la población de la UE de edades comprendidas entre 55 y 64 años debía estar empleada para 2010, y en el Consejo Europeo de Barcelona (Boletín UE3-2002) que concluyó que para 2010 debería intentarse la elevación progresiva, en torno a 5 años, de la edad media efectiva en la que las personas cesan de trabajar. Estos dos objetivos se han convertido en parte integrante de la estrategia europea de empleo. La Comisión subrayó respecto del cumplimiento de los países con esos objetivos, que se podrían establecer tres grupos. El grupo I, próximo o por encima del objetivo de Estocolmo, está integrado por Suecia, Dinamarca, Reino Unido, Estonia, Irlanda, Chipre y Portugal. El III, un grupo intermedio, está compuesto por Alemania, la República Checa, Finlandia, Lituania, España, los Países Bajos, Grecia, Letonia, países que se aproximan a la media europea, 38,7%. Y el grupo II integrado por países como Eslovaquia, Eslovenia, Polonia, Bélgica, Hungría, Luxemburgo, Italia, Austria y Francia, en los que menos del 35% de las personas de más edad están ocupadas, lo cual es motivo de preocupación. Estos mismos países son los que presentan las tasas de empleo más bajas, si bien a pesar de las considerables diferencias en dichas tasas, la edad media de salida de hombres y mujeres arroja una diferencia insignificante. Los objetivos en materia de tasa de empleo hasta 2010 están explicitados en “un 70% en general, un 60% para las mujeres y un 50 % para los trabajadores de más edad”, aunque los obstáculos a remover están bien enraizados, buena parte de ellos radican en la segregación por sexo y edad del mercado de trabajo, pero tampoco es de despreciar el rechazo que suscita en buena parte de la ciudadanía europea<sup>23</sup>.

En la actualidad son cuatro los tipos básicos de acción comunitaria que se adoptan en la Unión: a) la provisión de fondos para medidas de apoyo a los/as mayores e intercambio de información e investigación; b) las Declaraciones de intenciones, no vinculantes, en forma de resoluciones y recomendaciones, como por ejemplo la Recomendación del Consejo 82/857 de 1982 sobre los principios de una política comunitaria sobre la edad de jubilación, programas de jubilación flexible; c) la Legislación, en forma de directivas o reglamentaciones, de carácter obligatorio para los gobiernos nacionales, como la Reglamentación del Consejo 1408/71 sobre la aplicación de los regímenes de seguridad social a los/as trabajadores/as y sus familias<sup>24</sup>; y c) los programas comunitarios de carácter socioeconómico, como el dirigido a las personas mayores en riesgo de exclusión social, TELEMATICS (Programa de Atenciones Telemáticas) o TIDE (Iniciativa Tecnológica para Personas con Discapacidad y Mayores). La Comisión estableció un “Grupo de Enlace” (26.10.1991, 91/544/EEC; OJ L 286) para promover el diálogo con las organizaciones representativas de las personas mayores en el ámbito europeo con la finalidad de reforzar la voz de los/as mayores.

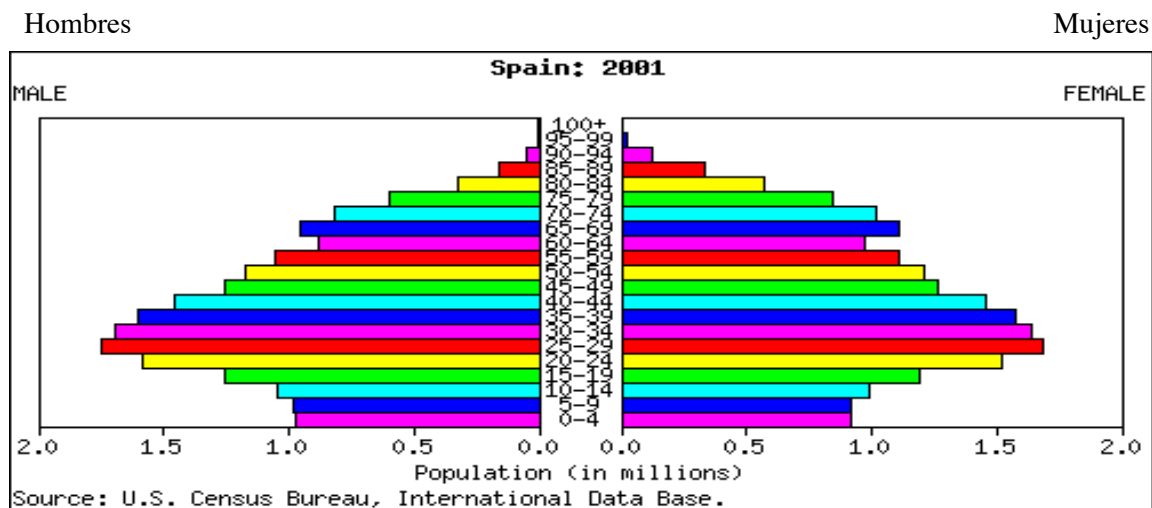
### 3.4. La población anciana española. El Estado Español.

El envejecimiento en el Estado Español -sobre el que se profundizará en el próximo capítulo- es un acontecimiento relativamente reciente. La evolución de las pirámides poblacionales 1991-2001 muestra el descenso acusado de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. En 1991 se apreciaba el inicio de la inversión de la pirámide, debido a una erosión por la base, que se mantiene en la pirámide de 2001 (Gráfica 4) y que se dibuja nítidamente en la proyección al año 2050 (Gráfica 5). En cambio, el grupo de edad de 65 y más años, representado por el 14,1% en 1991, había pasado a un 16,9% de la población total en 2001, una proporción que se mantiene en la actualidad en el 16,5% según los datos del Padrón (INE, 1 de enero de 2008). El “Informe Mujeres y hombres en España 2008” (INE/INSTITUTO DE LA MUJER, 2008) señala que en el período 2015-2050 la proyección para el grupo de 65 años y más duplica su participación en el conjunto de la población, pasando de representar el 18,5% a el 33,5%.

Los fenómenos demográficos experimentados en otros países europeos se produjeron con retraso en

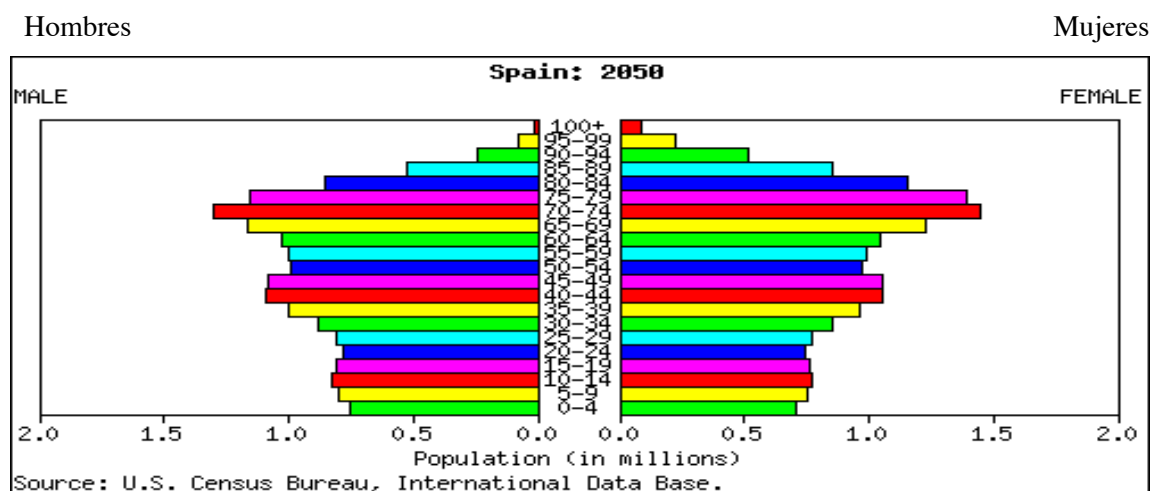


**Gráfica 4. Pirámide de la población española, 2001**



Fuente: U.S. Census Bureau, Internacional Data Base

**Gráfica 5. Pirámide de la población española, proyección 2050.**



Fuente: U.S. Census Bureau, Internacional Data Base

España debido a las circunstancias sociopolíticas vividas en la historia reciente del país -aspectos que se desarrollan en el capítulo 6-. De hecho, en los años cincuenta el número de personas mayores de sesenta y cinco años apenas representaba el 7%, y desde entonces la tendencia se ha mostrado imparable, pues el crecimiento medio anual de la población mayor viene siendo superior al del conjunto de la población. Las “tasas anuales acumulativas revelan que las personas mayores han aumentado el 2,5% desde 1970 y lo seguirán haciendo con incrementos anuales superiores al 1,2% hasta el 2050” (ABELLÁN GARCÍA, 2002: 29). Ahora bien, la población española no sólo está envejeciendo, pues se está produciendo un cambio en la misma estructura de edad entre los mayores (Tabla 9). En los últimos treinta años, mientras que los mayores jóvenes han crecido un 90%, las personas octogenarias lo han hecho un 195%. A comienzos de la década estas personas representaban el 3,8% de la población, en 2050 serán el 10% de la misma, esto es, uno de cada tres mayores (ABELLÁN GARCÍA, 2002: 32). Las proyecciones realizadas indican que el envejecimiento de población no dejará sentir sus efectos sobre el volumen de la población en edad de trabajar, en términos absolutos, hasta la tercera década del siglo, mientras que en 2021 se iniciará un descenso cada vez más pronunciado hasta 2050.

**Tabla 9. Evolución de la distribución porcentual de la población por grupos de edad y sexo, 2000-2007.**

	2000			2007		
	Ambos Sexos	Varones	Mujeres	Ambos Sexos	Varones	Mujeres
De 0 a 14	14,6	15,3	13,9	14,3	14,9	13,8
De 15 a 64	68,6	70,2	66,9	69,0	70,8	67,2
De 65 a 79	13,1	11,9	14,2	12,1	11,1	13,2
De 80 y más	3,8	3,8	5,0	4,5	3,2	5,8

Fuente: INE-INSTITUTO DE LA MUJER. (2008). Mujeres y hombres en España 2008.

Efectivamente, el envejecimiento de la población fue un fenómeno que arribó tardíamente a España, pero que en un período relativamente corto de tiempo salvó las distancias que mantenía con otros países. Al empezar el siglo XX la población española tenía “una esperanza de vida al nacer inferior a los treinta y cinco años, la más baja de toda Europa”

(CABRÉ I PLÁ y PÉREZ-DÍAZ, 1995: 37); actualmente, con 80,5 años España se sitúa en la sexta posición en las tablas de envejecimiento mundiales, mientras que en el entorno europeo ha cedido la primera posición a Islandia, para ocupar junto a Suecia la segunda (PNUD, 2007). El Informe de “Estrategia Nacional de España en relación con el futuro del sistema de pensiones” (MTAS, 2002) indica que el Índice de reemplazo de la población en edad de trabajar, en 2050, será de 138 trabajadores a punto de salir por cada 100 a punto de entrar. En línea con la preocupación europea, en España se ha formulado la propuesta de reforma para el sistema de pensiones y otras instituciones del bienestar social, si bien antes de la llegada de la recesión económica a finales de 2008 se había estimado que el sistema no se enfrentaría a un déficit presupuestario grave en materia de gastos en pensiones hasta 2015 (SANDALL, 2003).

La Constitución Española, que declara al español un Estado social, democrático y de derecho en el Capítulo Tercero de su Título Primero, bajo el epígrafe “De los principios rectores de la política social y económica”, recoge dos preceptos fundamentales en el régimen jurídico regulador de la protección de los derechos de las personas mayores: los artículos 41 y 50. El artículo 50 señala expresamente que “los poderes públicos garantizarán mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Así mismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán a sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”. Por su parte el artículo 41 dice que “los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”. Y respecto al reparto competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas, el artículo 149.3 considera como competencia exclusiva, asumible por las Comunidades Autónomas, la de la asistencia social. La “Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, de transferencias de competencias a determinadas Comunidades Autónomas” (BOE 308, 24/12/1992) contempla en su exposición de motivos que en el ejercicio de sus competencias las interconexiones que se producen en diversas materias exigen una

actuación conjunta o compartida. De este modo, en esta materia el Estado se reserva la legislación básica y el régimen económico, mientras que tanto el desarrollo normativo de esa legislación básica, como la gestión y ejecución de los servicios son competencia de las Comunidades Autónomas. Todas ellas han asumido competencias en materia de gestión y ejecución de servicios sociales y, aunque han promulgado leyes, son menos las que han dictado leyes específicas sobre la tercera edad.

El último modelo de Seguridad Social se estableció a través del “Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo” (BOE 276, 18/11/1978) con tres organismos básicos: el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales, que pasó a denominarse luego Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, y a red denominarse mediante Real Decreto 1600/2004, de 2 de julio, Instituto de Mayores y Servicios Sociales<sup>25</sup>. Sin embargo, habría que esperar a 1991 para que la progresión de la proporción de personas mayores coadyudara a la formulación del “I Plan Gerontológico Nacional, 1992-2000”. El Plan, que pretendía tener un carácter global e integrador, articuló la primera respuesta de la política social española dirigida a las personas mayores y contenía cinco áreas en concordancia con las cuales se fijaron los objetivos de asegurar y garantizar las pensiones, así como fijar la meta de la equiparación de las más bajas al salario mínimo interprofesional; ampliar la asistencia sanitaria; potenciar los servicios sociales para la integración en el entorno; procurar actividades culturales y de ocio; y fomentar del asociacionismo. El Plan recogía también un conjunto de medidas que pretendía garantizar el bienestar social y económico de las personas mayores. A la evaluación del Plan siguió la lectura de ciertas deficiencias como la inexistencia de una política integral de atención a la vejez, la necesidad de crear e incrementar los servicios sociales públicos y de calidad para una atención adecuada para las personas de edades avanzadas, la necesidad de una efectiva coordinación entre el personal sanitario y el de asistencia social para atender íntegramente a la persona dependiente y la falta de equiparación entre las Comunidades en materia de los apoyos institucionales que reciben las personas dependientes. Se ha señalado igualmente que las medidas de fomento de la acogida familiar, la iniciativa social mediante incentivos o desgravaciones fiscales y la iniciativa

privada del sector y los seguros privados se podían entender como un intento deliberado de transferir la responsabilidad de los cuidados a la familia y al sector privado (RAMÓN, 2006).

El traspaso competencial en materia de servicios sociales a las Comunidades Autónomas junto a la directrices emanadas de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, las recomendaciones de la OMS, del Foro Mundial de ONGs<sup>26</sup> y otros instrumentos precisaron una reorientación de la política social en esta materia, de modo que la actualización del I Plan se materializó en el “Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007” (IMSERSO, 2003). Los principios inspiradores del Plan eran los formulados por las Naciones Unidas, esto es, independencia, participación, asistencia, autorrealización y dignidad, junto a cooperación. El Plan nació con la finalidad última de garantizar la igualdad de oportunidades para toda la ciudadanía, en un marco de cooperación interadministrativa e interinstitucional. Para la consecución de los objetivos se incluyeron aspectos económicos, sociales, culturales y de salud que se articularon en 138 medidas, que a su vez se aglutinaron en cuatro áreas: igualdad de oportunidades, cooperación, formación especializada y, por último, información e investigación. Desde la primera área se pretende acabar con el mero asistencialismo y una concepción invalidante del ser mayor, a la par que se trata de equiparar el goce de los derechos para las personas de todas las edades, lo cual incluye tanto la promoción de la autonomía y la participación plena en la comunidad, en base a los principios del “envejecimiento activo”, como el avance en la protección a las personas mayores en situación de dependencia. Desde la segunda se apuesta por una cooperación que implique a las distintas administraciones a fin de que las competencias de las Comunidades Autónomas no entren en confrontación con la garantía de la igualdad de oportunidades para toda la ciudadanía, por lo que se fija un marco de referencia, un sistema estable de cooperación y comunicación mutua, que incluye también la colaboración entre el sector público y privado, especialmente con asociaciones y federaciones de personas mayores, ONGs, voluntariado y otro tipo de entidades y empresas prestadoras de servicios sociales, sin olvidar la cooperación internacional. Desde la tercera área de intervención, la formación se refiere a la necesidad de ampliar las oportunidades educacionales para los/as profesionales de la salud, los/as profesionales del sector de los servicios sociales y quienes prestan

servicios en un contexto no estructurado. Y por fin, en la cuarta y última área, se propone informar a la sociedad en general, a las entidades públicas y privadas, así como impulsar la investigación a nivel nacional e internacional. Entre las medidas novedosas del Plan se incluyó el diseño de programas educativos dirigidos al fomento de las relaciones intergeneracionales y a superar los estereotipos negativos acerca de las personas mayores; la elaboración de un manual de estilo sobre el tratamiento de la vejez dirigido a los medios de comunicación; el fomento de la protección a las personas mayores mediante la localización de personas vulnerables por su situación de soledad o aislamiento, y la puesta en marcha de un programa a favor de la mujer mayor en coordinación con las Comunidades Autónomas y las Corporaciones locales.

En España la protección social de las personas mayores se levanta sobre tres tipos de prestaciones públicas: económicas, sanitarias y de servicios sociales. Las económicas se materializan en forma de unas pensiones -sobre las que se abundará en el Capítulo 9- que constituyen la principal fuente de ingresos para la mayoría de las personas mayores. El sistema español de pensiones se articula a través de dos subsistemas y, a su vez, el primero tiene dos niveles: el contributivo de la Seguridad Social financiado con las cotizaciones sociales que trabajadores/as y empresarios/as pagan mensualmente, y que sobre el que planea el debate sobre su viabilidad; y el denominado Sistema de Clases Pasivas, que afecta a los/as funcionarios/as. El segundo subsistema, no contributivo o asistencial, es financiado con los impuestos generales, beneficia a la población mayor de dieciséis años incapacitada para el trabajo, enfermos/as crónicos o quienes no hayan cubierto el período mínimo de cotización; está bajo el control de la Seguridad Social y es gestionado por las Comunidades Autónomas. El sistema de pensiones está influido por las medidas contenidas en la “Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social” (BOE 169, 16/7/1997), en aplicación del Pacto de Toledo (1995)<sup>27</sup>. Si bien la preocupación por las nuevas formas y necesidades sociales, y las consecuentes en materia económica, han incidido en la modificación prácticamente continuada del sistema de pensiones desde que se firmara el Pacto. De hecho, se habían iniciado con la “Ley 26/1985 de Medidas Urgentes para la racionalización de la Estructura y la Acción protectora de la Seguridad Social” (BOE 183,

18/3/1986) que puso en marcha un proceso de ajuste financiero para contener el gasto a largo plazo, endureció los requisitos de acceso para causar una pensión contributiva, y sentó las bases ideológicas para favorecer los sistemas complementarios privados de pensiones.

Las reformas, que actuarán hasta el año 2015, previsiblemente garantizarán el futuro del sistema, siempre que se trabaje sobre otros aspectos como el fomento del empleo, incluido el empleo de las personas mayores de sesenta años a través de medidas de jubilación gradual y flexible -algo realmente complicado de llevar a la práctica en un momento como el actual en el que el modelo económico español con base en el par construcción-turismo atraviesa serias dificultades-. Un aspecto regulado mediante la “Ley 35/2002, de 12 de julio, de medidas para el establecimiento de un sistema de jubilación gradual y flexible” (BOE 167, 13/7/2002), en la que, en base al “Acuerdo para la Mejora y el Desarrollo del Sistema de Protección Social”, suscrito el 9 de abril de 2001 por los agentes sociales<sup>28</sup>, se recogían medidas en relación a la flexibilidad de la edad de jubilación. En la justificación del desarrollo normativo se argumentó que a fin de dotar a la jubilación de los caracteres de gradualidad y progresividad se estimaba conveniente proceder a la modificación de la regulación de la pensión de jubilación, en el sentido de que la misma no viniera a impedir una presencia social activa, destacando a su vez que tal permanencia repercute en la propia autoestima del trabajador, tiene efectos positivos sobre el sistema de pensiones y, de modo más general, presenta indudables ventajas para el conjunto de la sociedad que, de esta forma, puede aprovechar la experiencia y los conocimientos de los trabajadores de más edad. Consecuentemente con el objetivo de lograr una mayor permanencia en la actividad, las modificaciones legales se concretaron en una serie de medidas<sup>29</sup> entre las que se encuentra, en primer término, la reforma de la regulación de la jubilación parcial a fin de posibilitar la compatibilidad entre el percibo de una pensión de jubilación y el desarrollo de actividades laborales; en segundo lugar, la exoneración del pago de cotizaciones sociales por contingencias comunes, salvo en lo que se refiere a la incapacidad temporal; y en tercer lugar, la introducción de previsiones que posibiliten que el porcentaje aplicable a la base reguladora de la pensión de jubilación pueda superar el 100%. Junto al señalado objetivo de propiciar la permanencia, el citado Acuerdo recoge el

propósito de reformular las condiciones de acceso a la jubilación anticipada<sup>30</sup>. Asimismo, se han adoptado acuerdos en materia de extinción de contratos de trabajo derivados de un expediente de regulación de empleo<sup>31</sup> y, como una manifestación más del fomento del empleo y para incentivar el no acceso a la jubilación en edades anticipadas, se ha asumido también el establecimiento de un nuevo régimen de bonificaciones o reducciones graduales, que pueden llegar a alcanzar hasta el 100 por 100 de la aportación empresarial en la cotización a la Seguridad Social por contingencias comunes.

El “Informe de Estrategia Nacional de España en relación con el futuro de las pensiones” (MTAS, 2005), dirigido al Comité de Protección Social de la Unión Europea en aplicación de la necesaria coordinación europea, expone tres grandes estrategias de actuación que no difieren sustancialmente de las expuestas en anteriores epígrafes, esto es, pensiones adecuadas; sostenibilidad financiera del sistema de pensiones; y modernización de los sistemas de pensiones en respuesta a las necesidades cambiantes de la economía, la sociedad y los individuos. La primera se refiere tanto a la evitación de la exclusión y a la participación activa en la vida pública y social de las personas mayores, incluyendo tanto el retraso de la edad de jubilación, como la posibilidad de proporcionar el acceso universal a títulos de pensión, públicos o privados. En lo relativo a la sostenibilidad financiera se apuesta por un amplio nivel de empleo con las medidas necesarias, incluida la de favorecer el de las personas mayores; las reformas precisas en el sistema con políticas fiscales que podrían incluir la reducción de la deuda; y la consolidación de los esquemas de pensiones públicas, privadas por capitalización o fórmulas mixtas. En lo referente a la tercera, la modernización, se propone que el sistema sea compatible con la flexibilidad y seguridad que requiere el mercado de trabajo; que la movilidad europea no penalice el nivel de las pensiones;

la igualdad de trato entre hombres y mujeres; y la generación de la confianza de la ciudadanía lo cual implica promover el consenso de cara a las reformas. Aspecto que en España -al igual que en otros países europeos- parece muy lejano, aunque fruto del alarmismo de la década de los noventa se haya ido aceptando la inevitabilidad de alguna forma de privatización.

El último “Informe las personas mayores en España” (SANCHO CASTIELLO, 2006) exponía que la distribución de las pensiones en vigor por sexo y edad de los/as beneficiarios/as ponía de manifiesto que la mayoría de las pensiones son habitualmente abonadas a mayores, concretamente el 77,9% de las pensiones de todas las clases. De hecho, la edad media de todos los/as pensionistas del sistema era de 71 años y de 74 años para los/as pensionistas de viudedad y jubilación. Las pensiones contributivas más numerosas son, precisamente, las de jubilación (59%) y de viudedad (27%), seguidas de las de incapacidad permanente (10%) y las de supervivencia distintas de viudedad, esto es, orfandad y favor familiar (4%). Las primeras se perciben por razón de edad y las segundas se han convertido, de hecho, en un mecanismo de protección a la vejez, sobre todo femenina, en la medida en que constituyen la fuente principal de ingresos, si no la única, para un buen número de mujeres mayores. El Anexo VIII al Informe de Estrategia de Pensiones 2008-2010 (Informe Nacional de Estrategias para la Protección Social y la Inclusión en España 2008-2010, Gobierno de España, 2008)<sup>32</sup> muestra que en 2008 habían más de ocho millones de pensiones contributivas en vigor (Tabla 10).

El importe medio de la pensión era en 2008 de 720,27 € mensuales (Tabla 11), si bien los importes varían notablemente según el tipo de contingencia que da origen a su percepción. El importe medio de las pensiones de jubilación superaba claramente

**Tabla 10. Evolución del número de pensiones en vigor por clases 2000-2008**

	Incapacidad Permanente	Jubilación	Viudedad	Orfandad	Favor Familiar	Total
2000	790.304	4.526.684	2.028.497	259.926	43.981	7.649.392
2004	828.095	4.634.658	2.153.557	263.883	40.502	7.920.695
2008	910.943	4.934.719	2.250.289	259.676	37.853	8.393.480

Elaboración propia.

Fuente: GOBIERNO DE ESPAÑA (2008). Anexo VIII al Informe de Estrategia de Pensiones 2008-2010

**Tabla 11. Evolución de la pensión media por clase 2000-2008.**

	Incapacidad Permanente	Jubilación	Viudedad	Orfandad	Favor Familiar	Total
2000	433,25	539,18	333,16	200,54	249,16	471,79
2008	802,11	815,27	529,32	325,36	428,39	720,27

Elaboración propia.

Fuente: GOBIERNO DE ESPAÑA (2008). Anexo VIII al Informe de Estrategia de Pensiones 2008-2010

la media de todo el sistema con 815 € mensuales, seguido muy cerca de las prestaciones por incapacidad permanente (802,11 €), mientras que el importe de las pensiones de viudedad se situaba en 529,32 € mensuales. La distribución por regímenes señalaba que más de la mitad de las pensiones correspondían al régimen general; mientras que de los regímenes especiales tenían mayor número de pensionistas el agrario y el de trabajadores autónomos. Estos regímenes especiales, junto al de empleadas/os de hogar, registraban unos importes considerablemente más bajos que el resto.

Los datos que ofrece el Anexo VIII al Informe de Estrategia de Pensiones 2008-2010 (Tabla 12) evidencian algo que ya se había evidenciado en el “Informe las personas mayores en España” (SANCHO CASTIELLO, 2006), a saber, la importancia que las pensiones de jubilación y viudedad tienen en cada sexo, de modo que, entre los varones de 65 o más años las pensiones de viudedad ocupaban un lugar marginal, mientras que más de la mitad de las pensiones abonadas a una mujer mayor eran de viudedad. Y lo que es más importante, que el reparto de las pensiones por clases, por sexo y edad de los/as pensionistas condicionaba la distribución de los importes que mostraba una pauta en forma de U invertida en relación con la edad y con la curva femenina notablemente por debajo de la masculina. Tomando el conjunto de las prestaciones, entre los hombres, sólo los menores de 50 años y los mayores de 85 percibían pensiones por debajo del valor medio del sistema. Sin embargo, entre las mujeres pensionistas ningún grupo de edad alcanzaba ese valor medio. Una parte de esas diferencias guardaba relación con la importancia de las pensiones de viudedad, que tienen importes más bajos, entre las mujeres. Sin embargo, algunas de esas diferencias se mantienen cuando se analiza la distribución de los importes de cada una de las clases por separado. En las pensiones de jubilación sólo las mujeres menores

de 60 años percibían un importe equivalente al de la pensión media de esa clase, pero por encima de los 65 años las pensiones de jubilación femeninas no alcanzan ni siquiera la media del sistema. Entre los hombres, de nuevo, tener 85 o más años significaba percibir una pensión inferior a la media de jubilación y a la media del sistema. En las pensiones de viudedad, las mujeres con menos de 80 años superaban el importe medio de esa clase, pero ningún grupo de edad, ni entre los hombres ni entre las mujeres, rebasaba la media del sistema. Así pues, al hecho de que las mujeres estén cubiertas fundamentalmente con pensiones de viudedad y los hombres con pensiones de jubilación -lo que establece las diferencias entre los importes que perciben unas y otros- se suma el efecto de sexo por el que, aún dentro del mismo tipo de prestación, se manifiestan diferencias notables entre mujeres y hombres; y se adiciona además un efecto de edad, ya que incluso dentro del mismo tipo de prestación y para cada uno de los sexos, de forma separada, la edad reduce las cuantías percibidas (Tabla 12). La reducción de los importes medios en función de la edad podría estar asociado a que los sujetos causantes tuvieran retribuciones más bajas que los/as más jóvenes o a que el sistema español de pensiones haya alcanzado su madurez en fechas recientes, de manera que tales sujetos hayan visto sus derechos erosionados por la falta de garantías en años anteriores.

Otros indicadores, como la distribución por tramos de cuantía (MTI, 2008), muestran que algo más de la mitad de todas las pensiones contributivas en vigor (52,89%) se situaron en 2008 entre los 350 y los 700 € mensuales y otro 4,6% se encontraba por debajo de los 350. La distribución estaba igualmente desequilibrada según el sexo, de modo que, entre las mujeres el 50,5% de las pensiones se encontraba entre los 350 y los 500 € y otro 6,3% por debajo de los 350 euros. En cambio, entre los hombres las proporciones eran bastante diferentes, pues la mitad

**Tabla 12. Número y cuantía media de las pensiones en vigor de jubilación y viudedad, por sexo y grupo de edad, 2008**

Jubilación					Viudedad				
Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Grupo de edad	Hombres		Mujeres	
	Número	Pensión media	Número	Pensión media		Número	Pensión media	Número	Pensión media
45- 49	74	1.666,20	1	1.135,74	45-49	6.161	531,01	39.430	597,31
50-54	1.073	2.069,36	70	1.765,69	50-54	9.312	551,67	60.962	612,71
55-59	11.683	1.774,05	230	1.858,00	55-59	11.596	547,58	91664	608,26
60-64	244.243	1.286,27	88.192	776,94	60-64	13.167	517,50	144.700	612,31
65-69	733.494	1.061,81	369.750	627,81	65-69	12.395	453,79	183.042	586,22
70-74	776.332	944,91	381.203	573,66	70-74	17.618	402,21	298.816	561,94
75-79	689.462	889,02	350.381	554,34	75-79	23,168	375,43	402.548	540,65
80-84	443.786	818,02	278.400	517,29	80-84	24.352	350,23	402.042	513,30
85 más	288.358	730,63	277.987	464,89	85 más	29.463	314,00	436.287	459,80

Elaboración propia.

Fuente: GOBIERNO DE ESPAÑA (2008). Anexo VIII al Informe de Estrategia de Pensiones 2008-2010

de sus pensiones (52,79%) superaban los 700 euros mensuales. En las pensiones de viudedad, la concentración en los tramos inferiores de ingresos era más acusada.

La nómina de diciembre de 2008 (IMSERSO, 2008) revelaba en lo relativo a las pensiones no contributivas, que más de la mitad (57%) correspondía a pensiones de jubilación, cuyos beneficiarios/as eran personas mayores; mientras que las de invalidez correspondían a menores de 65 años (Tabla 13). El importe establecido legalmente para las pensiones no contributivas (PNC) de jubilación e invalidez fue de 328,44 € mensuales, excepto para las PNC de invalidez con ayuda de tercera persona cuyo importe se fijó en 492,65 euros mensuales. Las características de los/as beneficiarios/as de estas pensiones no contributivas presentan un rasgo sobresaliente, la preeminencia de las mujeres (unas ocho de cada

diez pensiones en vigor); más acusada a medida que aumentaba la edad. La distribución según el estado civil revelaba un importante predominio de personas solteras, especialmente entre los varones; un predominio que se correspondía con el tamaño de las unidades de convivencia, que en una tercera parte de los casos eran hogares unipersonales.

El sistema español de pensiones se completa con los planes de pensiones privados. Conocer la cifra real o neta de partícipes no es posible, pues cualquier persona que participa en un plan de pensiones puede hacerlo en otro u otros y los datos oficiales no presentan cifras sobre la concurrencia. Ahora bien, la mayor parte de los planes constituidos eran planes de empleo, sin embargo, la mayoría de los partícipes realizaban aportaciones tan limitadas que cuando se produjera el hecho causante garantizarían también derechos limitados. Parece ser que la mayoría de

**Tabla 13. Número de PNC e importe en euros, 2008**

Nº de pensiones	PNC Jubilación		PNC Invalidez		Total PNCs	
	Nº	Importe	Nº	Importe	Nº	Importe
Nº de pensiones	262.960	57,06	197.884	42,94	460.844	100,00
Importe	81.963.667,79	53,80	70.377.318,75	46,20	152.340.986,54	100,00

Nómina de diciembre de 2008

Fuente: IMSERSO (2008). Pensiones no contributivas de la Seguridad Social. Informe de seguimiento y evolución de la gestión.

las personas que suscriben los planes los consideran una fórmula de previsión bastante secundaria. En fin, en España el nivel de cobertura del sistema de pensiones resulta ser elevado, pero en lo relativo a las cuantías sitúa a muchas personas, especialmente mujeres, bajo el umbral de la pobreza. La última “Encuesta de Condiciones de vida” (INE, 2007) asegura que la tasa de pobreza para las personas de 65 años y más alcanza el 28,5%, concretamente de 26,1% para los hombres y de 30,2% para las mujeres, frente al 16,8% de las personas de entre 16 y 64 años.

Por otra parte, la asistencia sanitaria pública y gratuita del sistema de la Seguridad Social cubre a la práctica totalidad de la población española, incluidas las personas mayores. Es una prestación universalizada que comprende igualmente dos niveles de protección: el contributivo, que protege al titular y sus beneficiarios/as, y el no contributivo, que protege a quien carece de recursos. A la conclusión del proceso de descentralización y de definición de un modelo estable de financiación como ejes prioritarios de acción durante el año 2002, sucedió al año siguiente el impulso dado a varios proyectos normativos con destacables repercusiones en el nuevo escenario del Sistema Nacional de Salud. La aprobación de la “Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud” (BOE 128, 29/5/2003), en el nuevo contexto conformado por diecisiete servicios de salud autonómicos, vino a completar el marco ya establecido por la “Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad” (BOE 102, 29/3/1986) -aún vigente, a excepción de algunos artículos derogados expresamente-, en orden a la adaptación de los elementos esenciales del Sistema Nacional de Salud a los profundos cambios experimentados desde entonces en la sociedad, la ciencia, la economía, la salud y los hábitos de vida. La finalidad primordial de la Ley es establecer el marco legal para el refuerzo de las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud. La creación del Instituto de Información Sanitaria ha supuesto un impulso a la compilación y divulgación de la información existente a nivel estatal, así como a la cooperación con los Servicios de Salud autonómicos a la hora de garantizar una mayor difusión de los principales datos de interés

sanitario. Otro paso en esta dirección ha sido la creación del Observatorio del Sistema Nacional de Salud dependiente de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, instrumentos también previstos en la Ley.

La citada “Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud” señala seis ámbitos en los que es precisa la colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas: prestaciones del sistema, farmacia, profesionales, investigación, sistema de información y calidad, definiéndose en los mismos un núcleo común de actuación y unos instrumentos de ejecución. La ley contempla un nuevo enfoque de las políticas preventivas que, abandonando el objetivo nunca realizado de la Ley General de Sanidad de elaborar un Plan Integral de Salud de carácter general a partir de los Planes integrales de las Comunidades Autónomas, opta por una orientación más sectorial de las iniciativas en este ámbito. Así, se pretende que el eje sea el establecimiento de planes integrales de salud de carácter específico sobre las patologías más prevalentes, relevantes o de especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral -prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación-. Los planes establecerían criterios sobre la forma de organizar servicios para atender las patologías en el Sistema Nacional de Salud basándose en tres pilares: estándares de servicio claros, prestación adecuada y evaluación de resultados.

El Informe “La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos” (DEFENSOR DEL PUEBLO, 2000)<sup>33</sup> puso de manifiesto que las limitaciones constatadas en el alcance de la Atención Primaria vienen dadas, fundamentalmente, por la escasez de tiempo del que disponen los/as profesionales sanitarios por cada usuario/a, la escasa formación geriátrica y gerontológica de esos/as profesionales y por la escasez de servicios geriátricos y psicogerriátricos que pudieran servir de referencia. El informe hace patente también la tendencia de intentar sobrecargar a la atención primaria con la pretensión de que asista a problemas de salud que desbordan sus posibilidades, que es precisamente lo que ocurre con la atención a las personas mayores. Un interés que suele proceder de los gestores sanitarios, puesto que la atención primaria resulta en algunos aspectos más económica a corto plazo que la especializada; pero la calidad debe ser también un aspecto a tener en cuenta. La Atención



Primaria se encuentra orientada como primera línea de asistencia sanitaria, pero sus recursos se quedan insuficientes cuando se trata de enfrentarse a problemas complejos, como son los pacientes mayores que padecen pluripatología, con enfermedades interrelacionadas de presentación atípica y complicaciones graves, que requieren el manejo en niveles asistenciales especializados y una estrecha coordinación con los recursos sociales. No debe pretenderse que la atención primaria resuelva situaciones para las que no se encuentra equipada ni preparada y que excederían sus posibilidades de tiempo y de ámbito de actuación. Por otra parte, las personas mayores enfermas son actualmente los consumidores más frecuentes de Atención Especializada. En este ámbito se aprecian igualmente deficiencias formativas entre los/as profesionales, y en general una falta de orientación integral de la mayor parte de la medicina actual que “compartimentaliza” en exceso la asistencia de pacientes complejos, como lo son los/as ancianos/as o los/as enfermos/as terminales. Se aprecia también que la coordinación dentro del propio sistema sanitario está poco desarrollada y está circunscrita a la formación de algunos/as profesionales o al voluntarismo de otros/as. Así mismo, al igual que ocurre en la Atención Primaria, el control actual del proceso asistencial en Atención Especializada se dirige más hacia la cantidad y coste “de producción” que hacia la calidad de dicha producción. El Informe del Defensor del Pueblo sostiene también que en este ámbito además la edad se constituye aún en factor de discriminación en el acceso a determinados servicios sanitarios como urgencias hospitalarias, ingresos, acceso a la rehabilitación, indicación de determinadas intervenciones, y es que frecuentemente se puede plantear el problema ético de creer que un tratamiento tiene menos valor en las personas mayores que en las jóvenes.

Finalmente el tercer pilar de la protección social, aunque el sistema de Servicios Sociales se iniciara con la llegada de la democracia, ha desarrollado tardíamente la disposición de Servicios Sociales Específicos para las personas ancianas y dependientes. La razón se encuentra en la tradicional provisión familiar y específicamente femenina del cuidado, dada la escasa tradición del voluntariado y la reciente oferta del mercado en España. Las Comunidades Autónomas, aunque con distinta nomenclatura han venido prestando desde los Servicios Sociales dos tipos de prestaciones: la técnica y la económica. La técnica a su vez diferencia, por un lado, los Servi-

cios Sociales de Atención Primaria (de base, básicos, generales o comunitarios) destinados a toda la población, que se caracterizan por su proximidad al ciudadano/a y que ofrecen información y detección de necesidades sociales, entre los que destacan el Servicio Social de Ayuda a Domicilio y los Servicios de Atención Especializada (especializados o específicos); y por otro lado, una prestación técnica en centros de titularidad pública o privada, a los que se accede tras la derivación, valoración y diagnóstico de los primeros, entre los que se encuentran los Centros de Día, Centros residenciales de válidos, Centros residenciales asistidos y Residencias mixtas. La económica, menos generalizada, se apoya en prestaciones, periódicas o no, como la Ayuda de Emergencia Social.

Hasta la creación de lo que se ha dado en llamar el cuarto pilar del Estado de Bienestar, esto es, de un Sistema Nacional de Dependencia que garantice los derechos de las personas dependientes -mayores pero también afectadas por deficiencias, enfermedades o trastornos- con el mismo rango que la sanidad, las pensiones o la educación, la cobertura en esta materia estaba integrada por cuatro tipos de servicios: a) la Red de servicios de atención a domicilio, incluyendo el servicio de teleasistencia; el de comidas a domicilio; el de prestación económica para adecuación de la vivienda y para familias cuidadoras; y el Servicio de ayuda a Domicilio (SAD); b) los servicios de atención diurna, conocidos como centros de día o clubes de mayores; c) los servicios de atención residencial, incluyendo la atención residencial y el servicio público de acogimiento familiar; y d) los sistemas alternativos de alojamiento, como viviendas públicas tuteladas, servicio público de acogimiento y otros servicios ofertados por Comunidades Autónomas o Entidades Locales. En la actualidad, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) incluye servicios (teleasistencia, ayuda a domicilio, cuidados personales, centros de día y de noche, centros de atención residencial) y prestaciones económicas (vinculadas al servicio, para cuidados en el entorno familiar y de asistencia personal).

La atención a la dependencia se propuso por primera vez en 2004 y el “Libro Blanco sobre la Dependencia. Atención a las personas en situación de dependencia en España” (MTAS, 2005), vio la luz con la pretensión de servir de base para la elaboración del proyecto de Ley. Finalmente, la “Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía

Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia” (BOE 299, 15/12/2006) se diseñó con la intención de regular las diferentes intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas. La Ley establece que el Sistema habrá de tener un contenido común garantizado por la Administración General del Estado, del que habrá de disponer toda Comunidad Autónoma, y contempla la financiación que será asumida por la Administración central, así como un régimen de cooperación y financiación entre ambas administraciones para el desarrollo de las demás prestaciones y servicios. En sus comienzos la puesta en marcha de la Ley ha experimentado algunas dificultades, en tanto que la satisfacción de las demandas ha llevado diferentes ritmos en las diferentes Comunidades Autónomas. Así mismo, la realidad parece desbordar las previsiones iniciales cifradas inicialmente en 2,8 millones de personas dependientes en alguno que otro grado (MORÁN, 2008), aunque la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (INE, 2008) arroja unos resultados provisionales de 3,8 millones de personas con alguna discapacidad, de modo que la cifra final y sus baremos (dependencia moderada, severa y gran dependencia) se fijarán cuando finalicen las valoraciones en curso.

En el territorio español, el grado de implantación de los Servicios sociales, el desarrollo normativo o el nivel de gasto revelan cierta inequidad territorial, puesto que la realidad de cada Comunidad Autónoma -las formas, requisitos de acceso, contenido y alcance de los diferentes servicios sociales públicos varían muchísimo de unas a otras- configura un complejo sistema de atención nacional. Esto supone que a la necesidad de asegurar unos niveles y una normativa básica de servicios en todo el Estado se sume el problema de unos bajos niveles de cobertura en los servicios sociales públicos destinados a los/as mayores -como se constatará en el próximo epígrafe-, por lo que resulta que las rentas más bajas acceden a los servicios públicos por abajo y las más altas acceden a los privados, mientras que quedan excluidos de los mismos las rentas medias. Es más, dado que el acceso al sistema público de servicios sociales requiere valoración previa de necesidad y presenta un escaso desarrollo, el “Índice de su grado de cobertura”<sup>34</sup>, lo sitúa entre los más bajos de Europa, ya que sólo quienes presentan situaciones de extrema necesidad pueden acceder a estos servicios con cierta agilidad. El mencionado Informe

“La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos” (DEFENSOR DEL PUEBLO, 2000) apunta graves problemas como que las listas de espera se convierten en un muro infranqueable. Paralelamente, constata una utilización de los recursos sociales y sanitarios en muchas ocasiones inadecuados y poco eficaces: estancias hospitalarias que no responden a criterios estrictamente clínicos, excesiva frecuencia de reingresos, consumo de recursos no acorde con los perfiles de necesidades, imposibilidad de derivación o atención integral de los sistemas sanitario y social, duplicidad y fragmentación en los recursos, entre otros. Por parte de los servicios sociales se observa cierta reticencia a involucrarse en programas de atención sociosanitaria. En fin se hace patente, por una parte, el temor de un sistema débil, como el social, ante la presión para que se asuman unas funciones que se sitúan en el confuso “espacio sociosanitario” sin que vayan acompañadas de las consiguientes partidas presupuestarias. Y por otra parte, pesa aún en el sector social el papel desempeñado históricamente por el modelo de carácter benéfico asistencial, íntimamente ligado a la satisfacción de las necesidades más básicas de los sectores más desfavorecidos de la sociedad.

El Estado Español, por tanto, se enfrenta a un triple reto. El primero, económico y financiero, en tanto que precisa de la armonización con la política social de la Unión Europea. El segundo, no por ello menos importante, es el institucional que plantea el Estado de las Autonomías, puesto que de ello depende el acceso equitativo de los ciudadanos y ciudadanas a los servicios y a las prestaciones sociales, y en general, a los derechos sociales, (derechos que garantizan una vida digna para todos, y especialmente para las mujeres mayores, que son con frecuencia las personas más vulnerables en la estructura social). Y el tercero, la articulación de un sistema de atención integral, interdisciplinar y rehabilitador. El “Informe Nacional de Estrategias para la Protección Social y la Inclusión Social del Reino de España 2008-2010” (GOBIERNO DE ESPAÑA, 2008) en el que han trabajado tres Ministerios<sup>35</sup>, ha sido elaborado en el marco de la “Estrategia Europea para la Inclusión Social” (CONSEJO DE EUROPA, 2000)<sup>36</sup>, y se ha trazado el objetivo de reforzar las políticas y sociales y avanzar en el Estado de Bienestar. Para los próximos años se propone, entre otras metas, la subida de las pensiones más bajas y el desarrollo y plena implantación de la conocida conocida coloquialmente como la Ley de la Dependencia.

### 3.5.- La población anciana canaria. La Comunidad Autónoma.

La población canaria, joven y dinámica, corresponde a la Comunidad Autónoma menos envejecida del Estado Español, con una proporción de 12,66% de mayores (INE, Padrón Municipal de 1 de enero de 2008), inferior a la media nacional (Tabla 14). Las pautas demográficas en la región cumplen, no obstante, las tendencias apuntadas para el resto de las sociedades occidentales, en tanto que la evolución de los indicadores estructurales -que se abordan en el siguiente capítulo- señala un envejecimiento de la población canaria, tanto en términos absolutos como relativos. Al igual que se reproducen aquellos fenómenos que acompañan esta tendencia, esto es, el envejecimiento del envejecimiento y, consecuentemente, la feminización del envejecimiento. El Índice de Envejecimiento<sup>37</sup> se sitúa en la actualidad en el 0,77<sup>38</sup>.

Las pirámides poblacionales canarias (Gráfica 6) presentan el mismo perfil que las de otras Comunidades Autónomas que conservan tasas relativamente altas de natalidad combinadas con la inmigración y la consecuente incorporación de efectivos poblacionales que han impulsado el repunte de la fecundidad, si bien en Canarias a la inmigración laboral se une la de retiro<sup>39</sup>. Las pirámides adoptan en la Comunidad Autónoma formas cuasi-prismáticas, debido a la estrechez de la base originada por una reducción de la población infantil y adolescente que se muestra persistente en el tiempo, si bien el año 2005 se registró un ligero repunte de la natalidad que se sostiene en la proyección a 2010, para disminuir en 2015 y 2019. Las proyecciones realizadas en los noventa para el año 2011 que apuntaban para

ese año a los 1.791.495 habitantes (ISTAC, 1996-2011) han sido desbordadas. Las últimas proyecciones (ISTAC 2004-2019) apuntan a los 2.422.596 habitantes en 2.019, respecto de la que la población de 65 años y más se mantendrá en un 12,6%. En la actualidad, Canarias, con 243.700 pensiones contributivas reconocidas, cuenta con una prestación promedio de 702,28 euros, que le sitúa por debajo del País Vasco con el promedio más alto (930,13)<sup>40</sup>. Mientras que cuenta con 22.936 pensiones no contributivas de jubilación reconocidas, de las que más del 75% corresponden a mujeres<sup>41</sup>.

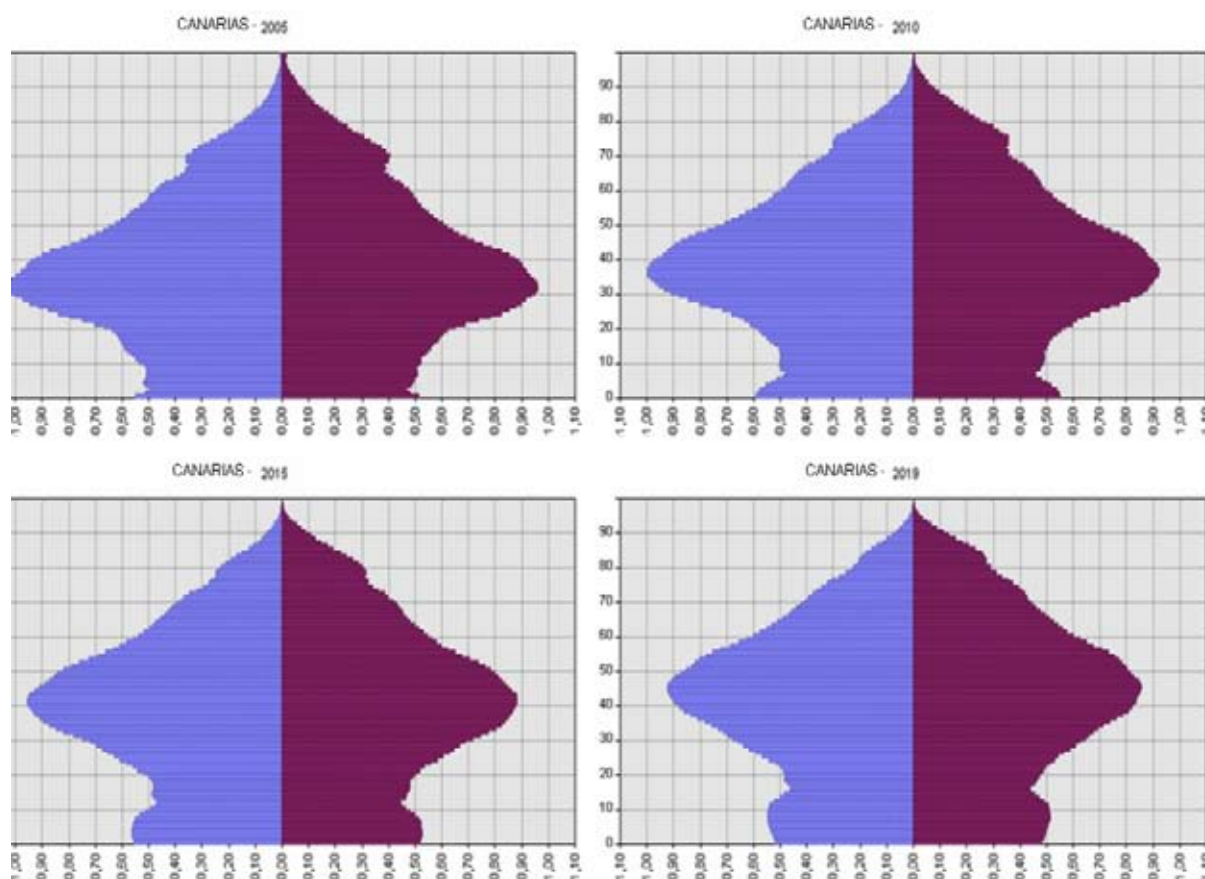
En el aspecto sanitario, el “II Plan de Salud de Canarias 2004-2008”<sup>42</sup>, determinado por la “Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias” (BOC 96, de 5/8/ 1994) planteaba objetivos y actividades para la reducción de riesgo y la mejora de la oferta asistencial sobre los problemas de salud más prioritarios, habiéndose seleccionado, entre otras, las enfermedades cardiovasculares, y concretamente la cardiopatía isquémica sobre la que se actuaría mediante el objetivo de la disminución del consumo de tabaco, la mejora de los hábitos nutricionales, la realización de actividad física, en la línea con las propuestas del “envejecimiento activo”. El Plan contemplaba específicamente a las personas mayores, sus características demográficas y socioeconómicas, su capacidad funcional, sus hábitos de vida, el uso que hacen de los servicios sanitarios o la salud autopercibida. En el ámbito local, los Centros de Salud tienen asignado lo concerniente a la salud y a la asistencia sanitaria, tanto en lo preventivo como en lo asistencial en colaboración con los Servicios sociales municipales. Algunos Centros de Salud cuentan con un programa específico de atención a las personas mayores.

**Tabla 14. Evolución de la población mayor en Canarias por grupos de edad, 1970-2007**

	1970	1981	1991	2001	2005	2007
De 65 a 79	62.842	94.194	112.640	163.501	186.165	197.384
De 80 y más	14.589	17.983	29.571	40.150	51.721	54.569
Total 65 y más	77.431	112.177	142.211	203.651	237.886	251.953
% mayores	6,88	8,20	9,52	12,02	12,09	12,43
Total población	1.125.418	1.367.669	1.493.784	1.694.477	1.968.280	2.025.951

Elaboración propia.

Fuente: CES. (2007). Informe Anual.

**Gráfica 6. Estructura de la población proyectada según sexo y grupos de edad Canarias 2004-2019**

Fuente: ISTAC. (2008). Proyecciones de población 2004-2019.

La Atención Primaria, en cualquier caso, se ha mostrado efectiva en la detección, valoración, e intervención precoz de situaciones de riesgo, particularmente respecto de las personas que tienen más de 80 años, viven solas, han perdido a su pareja en el último año, han cambiado recientemente de domicilio, están polimedicaadas, han estado ingresadas en un hospital el año anterior, padecen una afección crónica invalidante o una problemática social con incidencia sobre su salud -situación económica precaria, aislamiento geográfico extremo, ausencia de personas de apoyo-, en fin, sobre las “personas mayores de riesgo” (PMR) según la denominación del SERVICIO CANARIO DE SALUD (2002: 7). El Plan recogía además la mejora de los servicios de salud para las personas mayores como una de sus prioridades y establecía objetivos como la creación de unidades de valoración geriátrica en los hospitales, unidades de media estancia, hospitales de día entre otros recursos, así como el impulso de programas y dispositivos de Atención Primaria. El “Informe del Comité

de Expertos sobre financiación y sostenibilidad del Sistema Canario de Salud” (SERVICIO CANARIO DE SALUD, 2005), sin embargo, ha manifestado una cierta preocupación por la escasa atención prestada a los/as mayores dependientes con una escasa infraestructura alojativa sociosanitaria y residencial y con una deficiente Ayuda Domiciliaria y de Centros de Día que ha contribuido a la medicalización de problemas sociales con ingresos innecesarios y prolongación injustificada de la hospitalización.

En lo relativo a los Servicio Sociales, la Comunidad Autónoma, en virtud del mandato constitucional, asumió de manera exclusiva, conforme a la “Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, de Estatuto de Autonomía de Canarias” (BOE 195, 16/8/1982), las competencias en esta materia, de modo que ejerce tanto la gestión de los centros y servicios transferidos, como la de los de nueva creación, e igualmente asumió la potestad legislativa y normativa. La “Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales” (BOC

56, 4/5/1987) se ha configurado como el marco jurídico para la intervención social, en cuyo Preámbulo se consagra el principio de universalidad como inspirador de todo el sistema de servicios sociales. El artículo 4 de dicha Ley establece, entre otras áreas de actuación, la atención y promoción del bienestar de la vejez para normalizar y facilitar las condiciones de vida que contribuyan a la conservación de la plenitud de sus facultades físicas y psíquicas, así como su integración social. El artículo 5 recoge la estructura del sistema de conformidad con los niveles funcionales de Servicios Sociales generales o comunitarios, Servicios Sociales especializados y Programas integrados por áreas, sectores y ámbitos espaciales.

Los Servicios Sociales Generales constituyen el nivel primario del sistema de servicios sociales para toda la ciudadanía, cuya actuación ha de ser compatible con la permanencia de los individuos, grupos y comunidades objeto de la acción en su medio habitual. En este nivel, se pueden conceder prestaciones económicas no periódicas y se gestionan las periódicas. Entre los Servicios Sociales Especializados -dirigidos a necesidades cuya dimensión es más compleja y requieren de una atención técnica específica- se recoge el de la Tercera Edad (artículo 7.3.a.), que tiene por objeto desarrollar actuaciones y establecer equipamientos encaminados a normalizar las condiciones de vida del anciano/a, prevenir su marginación y procurar su integración, favoreciendo el mantenimiento de su medio, en coordinación con los Servicios de Atención a Domicilio, así como el de la marginación por razón de sexo (artículo 7.3.g.), tendente a prevenir y eliminar todo tipo de discriminaciones por tal motivo. En lo que se refiere al equipamiento que podría dar cobertura a las necesidades de las personas mayores se encuentran los Centros de Acogida, las Residencias permanentes y los Centros de Día.

En cuanto a las competencias descentralizadas, la “Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local” (BOE 80, 3/04/1985), establece que son las Comunidades Autónomas las que deben concretar, mediante leyes sectoriales, las funciones que atribuyen a los entes locales, respetando los aspectos básicos contemplados en la dicha Ley. Destaca el artículo que dice que todos los municipios tienen competencia facultativa en la prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social (artículo 25.2.k) y la obligación de prestarlos los que superen los 20.000 habitantes. El “Plan

Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales”<sup>43</sup>, pretende garantizar la prestación de unos servicios básicos en los municipios, esto es, poder acceder a los recursos sociales, desarrollar la convivencia, lograr la integración social y potenciar la solidaridad social. El Plan recoge una serie de prestaciones básicas, ampliables por las Comunidades Autónomas, que consiste en información y orientación, ayuda a domicilio y alojamiento, inserción social y colaboración técnica y económica con las organizaciones no gubernamentales en lo que se refiere a Atención Primaria. Los Servicios Sociales Especializados responden a las necesidades de las personas que no satisfacen los principios de normalización e integración recogidos en la ley.

En Canarias, la “Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales” (BOC 56, 4/5/1987) cierra su Título Tercero denominado “De las competencias públicas y de la organización de los servicios sociales en las administraciones”, especificando que se descentraliza mediante la técnica de la delegación. En dicho Título Tercero, el Gobierno de la Comunidad Autónoma se reserva la ordenación de los Servicios Sociales (artículo 10.1.b) y la planificación de los mismos (artículo 10.1.c.), con el objeto de determinar prioridades, evitar desequilibrios territoriales y establecer niveles mínimos de prestación de servicios. De las competencias de los Cabildos (artículo 12)<sup>44</sup> destaca la programación y gestión de los Servicios Especializados de ámbito insular, y de las de los Ayuntamientos (artículo 13)<sup>45</sup> la gestión de los Servicios Sociales Comunitarios o Especializados en el ámbito municipal. El “Plan General de Servicios Sociales de Canarias 1999-2010”<sup>46</sup>, desarrollado en cumplimiento de la Ley 9/1987, de 28 de abril, aborda la necesaria coordinación institucional y la de incrementar progresivamente los recursos económicos públicos dirigidos a los Servicios Sociales en los respectivos presupuestos. El Plan contiene un capítulo dedicado a las personas mayores en el que se recoge la pretensión de mejorar sus condiciones de vida potenciando las atenciones orientadas a promover el bienestar social de la vejez, a fin de normalizar y proveer las condiciones necesarias para conservar sus facultades físicas y psíquicas, así como su integración social. Para ello traza ciertos objetivos como el de facilitar la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual de convivencia a través de medidas de apoyo a estas personas y sus familias; garantizar la atención integral a las personas mayores con necesidad de cuidados continuados y con ausencia de soporte fa-

miliar adecuado proporcionándoles plaza en la red de centros socio-sanitarios de cuidados continuados; contribuir a la preparación de los trabajadores y trabajadoras que se aproximan a la edad de jubilación para que asuman ésta como un cambio en el modo de participación en la sociedad; contribuir a la mejora del bienestar físico y de la salud de las personas mayores; e introducir en la cultura de la sociedad canaria el compromiso por la integración social de las personas mayores y por la mejora de sus condiciones de calidad de vida. Las medidas propuestas al efecto son las del incremento de la cobertura de Teleasistencia, de la Ayuda a domicilio, de Plazas residenciales y de Centros de día, así como las campañas para lograr actitudes solidarias y favorables a la integración, programas de formación de dirigentes de asociaciones y grupos de personas mayores que aumenten su capacidad de autonomía para la gestión de sus intereses, y programas de captación de voluntarios entre las personas mayores y su incorporación a actividades y proyectos de carácter social y cultural.

Al igual que otras Comunidades Autónomas, la Canaria promulgó una ley específica sobre la tercera edad, la “Ley 3/1996, de 11 de julio, de Participación de las Personas Mayores y de la Solidaridad entre las Generaciones” (BOE 188, 5/8/1996), con la finalidad de dar satisfacción a la Ley de Servicios Sociales. La Ley tiene por objeto crear un sistema de participación social y de protección de los derechos de los mayores residentes en Canarias, a través del Consejo Canario de los Mayores. Se pretende así la consecución de la sensibilización de la sociedad canaria respecto de la situación de las personas mayores; la solidaridad entre las generaciones; la participación del movimiento asociativo de las personas mayores en el proceso de integración comunitaria; el desarrollo integral de las personas mayores, con especial atención a los/as de más de 80 años; la estandarización de las condiciones básicas a que deben someterse los diversos centros y establecimientos residenciales para mayores; el ejercicio de la plena protección jurídica a las personas mayores incapacitadas o con limitaciones; la promoción y difusión de la función social de las personas mayores en la sociedad canaria; la permanencia de los mayores en el contexto sociofamiliar en el que han desarrollado su vida; el establecimiento de un sistema de infracciones y sanciones ante la vulneración de los derechos de las personas mayores; y la eliminación de las barreras físicas, administrativas y

sociales que dificulten el ejercicio de sus derechos constitucionales.

La “Ley 3/1996, de 11 de julio” recoge asimismo, en su artículo 11, que la Consejería competente en materia de Asuntos Sociales promoverá una atención global e integral en el campo de la salud de las personas mayores, en coordinación con el Servicio Canario de Salud, que se orientará hacia la reconversión progresiva de los hogares y clubes para la tercera edad, dependientes de los Servicios Sociales, en Centros de Día polivalentes con actividades enfocadas a la consecución del máximo grado posible de independencia para personas mayores con incapacidad leve o moderada; la transformación, igualmente progresiva, de las actuales Residencias de Válidos en Centros de Cuidados Continuados; y la promoción del establecimiento de viviendas tuteladas, en coordinación con la Consejería competente en materia de vivienda. Los residentes de estas viviendas utilizarán, de forma normalizada, tanto los recursos sociales como los de atención primaria de la salud, así como cualesquiera otras que las circunstancias, situaciones o necesidades requirieran. Por otra parte, el artículo 14 especifica que para los supuestos en los que la convivencia diaria familiar y autónoma del mayor en su propio domicilio y entorno no fuera posible se han de contemplar programas de apoyo a la permanencia en el propio hogar o articular instrumentos alternativos.

Entre los primeros (artículo 15), se consideran los Programas de Apoyo a la Permanencia en el propio hogar que pasan por el fomento de su autonomía personal y la mejora en las condiciones de habitabilidad y acceso de su vivienda; el apoyo a las familias que habitualmente conviven con mayores, con especial atención a la figura del cuidador/a efectivo de los mismos, tanto en su formación e información, como en la posibilidad, en su caso, de alojamiento alternativo temporal; el refuerzo del sistema básico de prestación de ayuda a domicilio y teleasistencia a las personas mayores, mediante la colaboración entre organizaciones sociales y las distintas Administraciones Públicas, en orden a la consecución del objetivo de “envejecer en casa”. Entre los segundos (artículo 16), se especifica que tendrán la consideración de programas alternativos a la permanencia en el propio hogar la articulación de una red de alojamientos o estancias para aquellas personas mayores cuyas circunstancias personales, familiares o sociales así lo aconsejen o hagan necesario. En el artículo 17 se diferencia entre el Alojamiento, entendido

como el conjunto de medidas y actuaciones que cubren hospedaje, alimentación y demás necesidades básicas de los beneficiarios de forma habitual y la Estancia, referida a aquellos medios o actuaciones que cubren determinadas necesidades de las personas mayores, con exclusión o sola inclusión del hospedaje, según los casos. En los sucesivos artículos se detallan los centros de alojamiento y estancia: Centros residenciales de asistidos, Centros residenciales de válidos, Centros mixtos, Viviendas tuteladas, Centros de día, Centros de estancia diurna, Centros de estancia nocturna y Centros de alojamiento o estancia singulares.

En 1997, tras la aprobación del Plan de Salud (Decreto del 21 de enero de 1997) se inició el desarrollo de las actividades orientadas a la coordinación de los Servicios sociales y sanitarios para prestar las mejores atenciones a las personas mayores. Los Servicios sociosanitarios en los que se integran los planes y programas para las personas mayores canarias, aunque descentralizados, dependen de las directrices de la política pública de la Unión Europea y del Estado Español, cuando menos en lo que se refiere al diseño y a la movilización de los recursos. En el “Plan General de Servicios Sociales 1999-2010” (Consejo de Gobierno, de 21 de enero de 1999) se apuntó que una política moderna de asistencia a las personas mayores debe estar encaminada a facilitar la permanencia en su domicilio, utilizando para ello todos los recursos sociales y sanitarios correctamente coordinados, que eviten la institucionalización y el consiguiente desarraigo de las personas de su medio habitual. En dicho Plan se consideraba que para llevar a cabo una política de mantenimiento de mayores en su entorno y domicilio se habría de procurar acciones tendentes a mejorar la vivienda, generalmente antigua y carente de comodidades, de las personas mayores. Con la finalidad de que la accesibilidad no imposibilite y excluya a los/as mayores se ha considerado la eliminación de las barreras arquitectónicas y en tal sentido se dictó la “Ley 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y supresión de barreras físicas y de la comunicación” (BOC 50, 24/04/1995) y el Decreto 227/1997 (BOC 21/11/97) que la desarrolla; pero ni siquiera los planes de acondicionamiento de la vivienda cubren de manera parcial las necesidades reales<sup>47</sup>.

A través del “Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales” (MTAS, 1987) prácticamente todos los Ayuntamientos del Archipiélago prestan Ayuda a Domicilio, aunque la demanda es

superior a la oferta existente<sup>48</sup>. El Servicio de teleasistencia domiciliaria, un servicio de atención social o de salud en el hogar con el apoyo de sistemas basados en Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC), está muy poco extendido<sup>49</sup>. Los Centros de Tercera Edad, tanto Hogares como Clubes públicos, que desarrollan actividades socioculturales y promocionan el contacto social, dependen de los Ayuntamientos, y en ocasiones de asociaciones de diverso carácter. Los Centros de Día, que favorecen la terapia ocupacional para preservar la capacidad física y mental, son escasos aún<sup>50</sup>. Respecto de las conocidas coloquialmente como “Residencias” la normativa de la Comunidad Autónoma sobre centros para personas mayores diferencia entre los Centros de atención social, los Centros de atención sociosanitaria y los Centros residenciales mixtos<sup>51</sup>. Entre los primeros se encuentran los Centros residenciales de válidos, esto es, residencias, hogares funcionales y viviendas tuteladas. Los Centros de atención sociosanitarios, en los que se presta, de forma temporal o permanente y en régimen de internamiento, atención y cuidados de tipo social y sanitario. Finalmente, los Centros residenciales mixtos son los destinados al alojamiento y atención de personas mayores válidas y con necesidades de atención sociosanitaria.

El “Plan de Infraestructura socio-sanitaria, área de mayores 2001-2006”<sup>52</sup> tenía por objeto la mejora y ampliación de la oferta de recursos de atención sociosanitaria -plazas residenciales y de atención diurna-, especialmente para mayores con alto grado de dependencia, por su mayor vulnerabilidad ante la insuficiencia o falta del entorno sociofamiliar. El “Informe Anual del Consejo Económico y Social de Canarias 2007” ha destacado que, a pesar de los avances experimentados en la década de los noventa, el índice de cobertura de las necesidades de las personas mayores de esta Comunidad es inferior a la media (Tabla 15). Así por ejemplo, la media de plazas residenciales europea es de 5%, en España apenas alcanza el 3,18% y en Canarias es el 2,39%, lejos del 8% considerado adecuado en el Plan General de Servicios Sociales de Canarias. En todas las Comunidades es mayor la iniciativa privada residencial, excepto en Canarias (61% de titularidad pública y 39% privada). El nuevo derecho de ciudadanía que articula la “Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia” podría venir a agilizar la garantía de atención y protección a las personas dependientes. La Consejería de Bienestar Social había recibido en el primer

trimestre de 2008 12.655 solicitudes, de las que un 17% pertenecían a la categoría de Grandes Dependientes (La Provincia, 2008). Un más año más tarde el IMSERSO, a 1 de febrero de 2009, había anotado 19,877 solicitudes (0,96% de la población).

**Tabla 15. Índice de cobertura de atención socio-sanitaria, 2005.**

	Canarias	España
Residencias	2,39	3,19
Servicio de Atención Domiciliaria	1,88	2,07
Teleasistencia	0,22	0,94
Centros de Día	0,22	0,13
Índice de cobertura total 2005	6,43	9,43

Elaboración propia

Fuente: CES (2007). Informe Anual.

La citada “Ley 3/1996, de 11 de junio, de Participación de las Personas Mayores y de la Solidaridad entre las Generaciones” alude además a la cultura y el ocio y en tal sentido explicita (artículo 13) que deberá propiciarse el aprovechamiento de la riqueza cultural de los mayores, para potenciar su autovaloración y salvaguardar el patrimonio y las tradiciones culturales; las actividades programadas por los centros o instituciones destinadas a las personas mayores deben proyectarse desde una perspectiva cultural, de modo que constituyan un elemento que enriquezca y aporte bienestar a sus destinatarios y a cuantos se relacionen con ellos; la preparación y adaptación a la jubilación se efectuará mediante acciones formativas concebidas y llevadas a cabo

con la colaboración de todas aquellas instituciones con competencia para ello; los programas de actividades de ocio y tiempo libre deben elaborarse teniendo en cuenta el entorno socio-cultural de los mayores y sus intereses y aspiraciones individuales y comunitarias, así como realizarse de modo que el protagonista de la actividad sea la persona mayor; se potenciará el ejercicio físico de los mayores, en coordinación con los centros de atención primaria de salud, que orientará a la persona mayor sobre el tipo adecuado de actividad física a realizar, promoviendo el uso de todas las instalaciones deportivas dependientes de las Administraciones Públicas, al objeto de garantizar su máxima rentabilidad social; y se promoverán cuantas actividades contribuyan a un uso creativo y activo del tiempo libre de los mayores. Las iniciativas que se han puesto en marcha por instituciones privadas -fundamentalmente Cajas de Ahorro- y públicas incluyen talleres de manualidades, de aprendizaje, físico-deportivos y lúdicos. Sin embargo, es imposible alcanzar el logro de la mejora de la calidad de vida de los/as mayores canarios/as si persiste la pobreza moderada y severa, especialmente entre las mujeres mayores. Como se apuntó anteriormente, la última “Encuesta de Condiciones de Vida” (INE, 2007) asegura que la tasa de pobreza para las personas de 65 años y más alcanza el 28,5%, concretamente de 26,1% para los hombres y de 30,2% para las mujeres, frente al 16,8% de las personas de entre 16 y 64 años. En términos similares, la citada “Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida” (ISTAC, 2007) sitúa al 30% de las mujeres de 70 y más años bajo el umbral de la pobreza. Datos similares a los obtenidos en 2001 y 2004 (Tabla 16).

**Tabla 16. Población bajo el umbral de la pobreza. Pobreza moderada y severa 2004.**

	Hombre	De 0 a 59	De 60 a 69	De 70 y mas	Mujer	De 0 a 59	De 60 a 69	De 70 y mas
Por encima del umbral de la pobreza	798.032	692.557	60.040	45.434	762.749	647.259	59.115	56.375
	100,00	86,78	7,5	5,7	100,00	84,9	7,7	7,4
Pobreza moderada (de 456,73 a 228,38)	135.131	101.402	13.282	20.446	164.076	112.054	18.403	33.618
	100,00	75,00	9,9	15,1%	100,00	68,3	11,2	20,5
Pobreza severa (inferior a 228,38)	29.316	23.815	2.967	2.533	30.306	23.455	3.116	3.735
	100,00	85,00	7,1	7,9%	100,00	77,4	10,3	12,3
Total	962.478	817.775	76.289	68.413	957.131	782.768	80.634	93.728

Elaboración propia.

ISTAC. (2004). Encuesta de Ingresos y Condiciones de vida de los hogares canarios.



El “Consejo Canario de Mayores”<sup>53</sup> pretende ser un instrumento de participación del movimiento asociativo de las personas mayores en las políticas de atención, inserción social y calidad de vida que les compete. En el desarrollo de la ley se ha regulado también la “Comisión Tutelar del Mayor Incapacitado” (Decreto 100/1998, de 26 de junio). Al objeto de satisfacer uno de los objetivos de la “Ley 3/1996, de 11 de junio, de Participación de las Personas Mayores y de la Solidaridad entre las Generaciones”, en 1998 el Gobierno puso en marcha un programa de participación, desde el cual y en colaboración con el Consejo Canario de Mayores, se celebró al siguiente año el “I Congreso Canario de Personas Mayores” bajo el lema “Canarias, una sociedad para todas las edades”, en concordancia con el “Año Internacional de las Personas de Edad” de Naciones Unidas. Desde entonces se celebra el Congreso con una periodicidad bianual. El primer Congreso se desarrolló en diversas mesas de trabajo: políticas de envejecimiento; atención sociosanitaria; familia; ocio y el tiempo libre; y voluntariado. Entre las conclusiones se puso de relieve la oportunidad que supone permanecer en el entorno habitual; la importancia de la familia como la institución adecuada para la prestación de cuidados, estableciendo que sólo si ésta se ve imposibilitada se debería complementar con un Servicio de Ayuda a domicilio, cuya cobertura se valoró como insuficiente, a la par que se proponían los Centros de Día como vía para compatibilizar las obligaciones del cuidador/a en materia laboral o de otro tipo con las de cuidado. En todo caso, se puso de manifiesto la necesidad de superar y resolver la situación de precariedad y alto déficit de plazas residenciales y de atención diurna sociosanitarias, al igual que la descoordinación entre las Consejerías del Gobierno y entre las Administraciones Públicas, que burocratizan y dificultan soluciones cotidianas. El segundo Congreso puso el acento en el asociacionismo, el tercero en la protección legal y efectiva ante las agresiones, el cuarto en aprender a envejecer y el quinto, celebrado en 2008, en la mejora de la calidad de vida.

La Confederación de Federaciones y de Asociaciones de Mayores de Canarias tomó parte del Octavo Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, celebrado en 2007, para discutir el grado de cumplimiento del “Plan de Acción para el Envejecimiento en el país”. El texto legislativo canario, y el mismo abordaje del “envejecimiento activo” en los distintos Congresos canarios, se encontraban próximos a la versión amplia de este concepto al incluir las

oportunidades de aprendizaje a lo largo de toda la vida, lo que se traduce en la oferta de oportunidades para aprender y adquirir habilidades, esto es, para seguir siendo personas creativas y aportar experiencia y conocimientos. En esta línea, se han articulado ciertas iniciativas públicas y privadas, de alcance limitado aún, como la Universidad para los/as Mayores<sup>54</sup> o el acercamiento de éstos/as a las nuevas tecnologías; así como la posibilidad de tomar parte en actividades de voluntariado o la participación en movimientos políticos y sociales.

El Informe “La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos” (DEFENSOR DEL PUEBLO, 2000: 95) sostiene que “es posible que exista cierta hipocresía social en lo que se refiere a la consideración que merecen todas las personas mayores. Intelectualmente estamos convencidos de su valor y de la necesidad de su integración y respondemos como si actuáramos de hecho de ese modo. Por el contrario, enfrentados en la práctica al problema, se toman decisiones de un modo mucho más emocional, con motivaciones lejanas al desarrollo intelectual previo”. El Informe destaca como los documentos, tanto oficiales como de otro tipo, destinados a ofrecer soluciones se repiten de modo sistemático dos términos: carga y cuidados, proyectando una imagen de la vejez como la etapa de la vida inmersa en la dependencia. Para que el envejecimiento no se entienda como un desastre o un problema de difícil solución, sino como uno de los grandes retos del siglo XXI, se ha de tener presente que los intereses sociales y económicos de las personas mayores, que pueden y deben ser definidos y defendidos por los/as propios/as interesados/as, presentan una problemática específica que requiere un tratamiento especial y distinto para la obtención de condiciones de vida dignas, algo que es perfectamente compatible con los intereses del resto de la población, pero que exige un cambio en las políticas, prácticas y actitudes de todos los sectores de la sociedad. Sobre muchas de las cuestiones abordadas en este capítulo se abundará en los siguientes.

Recapitulando sobre todo lo expuesto aquí, se hace preciso señalar cómo el crecimiento mundial de la población mayor, un triunfo a la par que un reto económico y social, ha llevado a la agenda de los gobiernos en los distintos ámbitos territoriales -internacional, europeo, nacional y regional- el envejecimiento demográfico y de las personas como una cuestión de futuro. La propuesta, y a su vez el desafío, es el logro del envejecimiento activo –salud,

participación y seguridad-, en su doble vertiente de mejora de la calidad de vida -autonomía, independencia, esperanza de vida saludable- y de contribución al desarrollo económico, la racionalización del gasto público y, al menos formalmente, al diseño de las políticas sociales, dado que ciertamente las personas mayores poseen recursos y ofrecen contribuciones valiosísimas a la sociedad -cuando menos en forma de intercambio intergeneracional-, que en ocasiones son ignoradas desde las instancias de poder. Sin embargo, aún permanece en un plano secundario la preocupación de las personas y de las familias por planificar la vejez y prepararse para ella, al igual que se aprecia la escasa disposición de las sociedades para reconocer la valía, diversidad y heterogeneidad de las personas mayores. Bien es cierto que más allá de los estereotipos -fealdad, enfermedad, dependencia, carga- es habitual que los valores morales universales trasciendan la cultura y permitan reconocer la dignidad de todas las personas, independientemente de su edad.

El sexo se levanta, en todo caso, como un elemento privilegiado de análisis de la idoneidad de las diferentes políticas, programas y proyectos, puesto que su mera adopción impacta, positiva o negativamen-

te, en el bienestar de mujeres y hombres. Políticas que han de tener en cuenta la secular discriminación que padecen las niñas, las jóvenes y las mujeres adultas en cualquier país del mundo, aunque en diverso grado, y que endurece las condiciones de acceso a los derechos sociales, económicos y políticos en la tercera edad. Una situación de desventaja que se agrava dado el tradicional papel de cuidadora y garante del bienestar familiar asociado a lo femenino y que incide en mayores índices de pobreza entre las mujeres.

En todo caso, la mayoría de las personas que envejecen el ámbito de estudio de la investigación de esta Tesis Doctoral tienen asegurados ciertos niveles de salud y seguridad -variables en función del sexo-género, la edad o la clase social- que permiten una cierta implicación en diferentes esferas de participación, especialmente asociativa, y también reivindicativa, formativa o de recreo. La satisfacción de los desafíos que plantea el envejecimiento de las sociedades y las personas requerirá, sin embargo, de una planificación integral -especialmente en los ámbitos nacional, regional y local- que posibilite el advenimiento efectivo de una sociedad para todas las edades.

## **CAPÍTULO 4**

### **LAS CAUSAS DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN**

## CAPÍTULO 4

# LAS CAUSAS DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

### 4.1. Introducción. Un nuevo ciclo demográfico

El proceso de envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales más relevantes de la sociedad contemporánea puesto que, por primera vez en la historia de la humanidad, las personas mayores han alcanzado un volumen y proporción desconocido con anterioridad. El envejecimiento de la población, que supone la transformación de la estructura de edad, es la lógica consecuencia de la prolongación de la vida media de los individuos. Como sostiene VALLÍN (1995: 45) “cada año, el crecimiento de la población depende de tres factores: su comportamiento fecundo (traducido en su ley de fecundidad), su situación sanitaria (traducida en su ley de mortalidad) y su distribución por edades (ilustrada en la pirámide de edades). Pero, en realidad, el tercer factor depende directamente de las leyes de la fecundidad y de la mortalidad de la población en el pasado”. El envejecimiento hunde sus raíces en el siglo XIX, momento en el que los países occidentales accedieron a un ciclo demográfico nuevo. Éste se caracteriza por la reducción de la mortalidad extraordinaria asociada a epidemias y hambrunas, seguida por la reducción de la mortalidad ordinaria, especialmente infantil, y por la caída de la tasa de natalidad. El envejecimiento de la sociedad por tanto, es el resultado de poner en relación el aumento del número de personas mayores con la reducción progresiva del número de jóvenes.

El caso español presenta ciertas peculiaridades pues “a principios del siglo XX, España era uno de los países más retrasados de Europa, con unos niveles de mortalidad de entre los más elevados y sin apenas indicios de transición demográfica. Durante las últimas décadas del siglo XX estas diferencias ya no existían y el régimen demográfico existente en España figuraba entre los más avanzados del continente” (REHER, 2003: 35). REVENGA ARRANZ (1980) se ha hecho eco de la falta de acuerdo entre los estudiosos de la historia demográfica de este país en torno a la delimitación de las fases de la transición demográfica (DÍEZ NICOLÁS, 1971; NADAL, 1971; DEL CAMPO, 1972; DE MIGUEL, 1977).

El descenso de la mortalidad se inició en el siglo XX, superada la mortalidad catastrófica, y continuó descendiendo paulatinamente, a excepción de los efectos devastadores de la gripe de 1918 y de la Guerra Civil. A resultas de la dinámica demográfica y la mejora de las condiciones sociales y de salud, el siglo pasado fue testigo de un aumento espectacular en la esperanza de vida que pasó de 33,9 y 35,7 años para hombres y mujeres en 1900 a 74,8 y 81,9, respectivamente, en 2001 (INE, 2004)<sup>55</sup>. La esperanza media de vida de los/as españoles/as superó en 2005 los 80 años (80,23) (INE, 2007). Esto significa que más de ochenta y cinco de cada cien españoles y españolas nacidos ahora cumplirá su 65 aniversario, algo que a principios de siglo conseguía un 26% de la población.

El proceso de transición demográfica en Canarias, el más tardío del país, se inició en los años treinta y cuarenta del pasado siglo, al controlarse la mortalidad exógena de carácter infeccioso, y continuó en los setenta con el descenso de la natalidad y la fecundidad; entremedias tuvo lugar una fortísima explosión demográfica. El año en que se elaboró el último Censo de Población y Viviendas (2001), la Comunidad Canaria mostraba ciertas particularidades respecto del conjunto del Estado Español. A pesar de la tendencia a la baja de la tasa de crecimiento natural, presentaba un signo positivo que le situaba segunda, tras Murcia, en lo que a crecimiento vegetativo se refiere. La tasa de natalidad de la región era superada únicamente por Andalucía, las Islas Baleares, la Comunidad de Madrid, la Región de Murcia y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, mientras que la tasa de mortalidad era la más baja de todo el territorio, a excepción de la que le correspondía a las Islas Baleares, Ceuta y Melilla, debido en gran parte al hecho de tener una población mucho más joven que la del resto de España (Tabla 17). Canarias, junto a la Comunidad Valenciana, Ceuta y Melilla, lideraba el saldo migratorio interior, mientras que se situaba en octavo lugar en lo que respecta a inmigración extranjera. En 2006,

**Tabla 17. Movimiento natural de la población española 2001.**

	Matrimonios		Nacimientos		Defunciones	
	Total	Tasa	Total	Tasa	Total	Tasa
España	206.254	5.12	403.859	10.03	358.856	8.91
Andalucía	42.424	5.82	81.082	11.12	59.998	8.23
Aragón	5.898	5.05	10.382	8.89	12.658	10.84
Asturias, Princip.	5.095	4.85	6.934	6.59	11.868	11.29
Balears, Illes	3.964	4.89	9.815	12.12	7.730	6.54
Canarias	6.570	3.78	18.446	10.62	12.083	6.96
Cantabria	2.899	5.47	4.236	8.00	5218	9.85
Castilla y León	12.037	4.88	17.559	7.12	24.758	10.04
Castilla Mancha	9.989	5.80	16.168	9.39	16.592	9.64
Cataluña	30.820	4.96	64.957	10.44	57.165	9.19
C. Valenciana	22.883	5.59	42.046	10.27	37.979	9.28
Extremadura	5.575	5.17	9.830	9.12	9.928	9.21
Galicia	11.814	4.33	19.394	7.12	28.265	10.37
Madrid, Com. de	25.006	4.79	59.923	11.48	39.244	7.52
Murcia, Región de	6.501	5.70	14.986	13.14	9.211	8.08
Navarra, C. Foral	2.672	4.94	5.696	10.53	4.827	8.93
País Vasco	9.941	4.81	17.782	8.60	18.034	8.72
Rioja, La	1.461	5.47	2.384	8.93	2.471	9.25
Ceuta	301	4.01	996	13.26	415	5.53
Melilla	404	6.06	1.243	18.65	412	6.18

(P) Datos provisionales. 1 por 1000 habitantes.

Fuente: INE. (2001). Censos de Población y Viviendas.

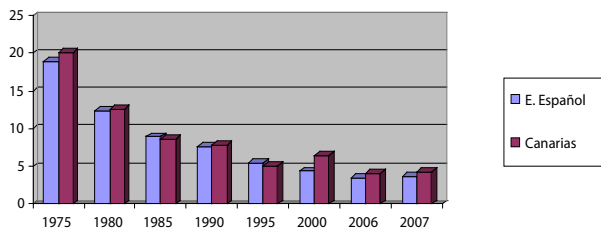
y por motivos relacionados con el dinamismo natalista de la población inmigrante residente, el crecimiento vegetativo de la Comunidad Canaria la situaba en el sexto lugar, tras Andalucía, la Comunidad de Madrid, Cataluña, la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia. En el otro extremo, Galicia, Castilla y León, el Principado de Asturias, Aragón y Cantabria arrojaban un saldo negativo. En este capítulo se abordan con detenimiento estos sucesos demográficos y se caracteriza el envejecimiento de la sociedad española en general, y de la canaria en particular.

#### 4.2. La mortalidad.

En el siglo XX, se ha experimentado “una modificación radical de la edad de la mortalidad” (CASELLI, MESLÉ y VALLÍN, 1999). En el Estado Español, al igual que en el resto de Europa, la transformación principal en lo referente a la mortalidad consistió en el paso de una alta tasa, caracterizada por la presen-

cia de enfermedades infecciosas que afectaban a la población infantil, a otra baja, caracterizada por enfermedades degenerativas, que afectan fundamentalmente a la población anciana, pasando por una segunda en la que “las enfermedades infecciosas, en particular las digestivas y de las vías respiratorias, siguieron siendo la primera causa de fallecimiento, aunque aumentó rápidamente la importancia de las enfermedades del sistema circulatorio y ciertas dolencias degenerativas” (REHER, 1997: 176). La mortalidad infantil, que se situaba a inicios del siglo pasado en torno al 175 por mil, descendió de manera vertiginosa en el transcurso del mismo para situarse en torno al 7 por mil en la década de los noventa. Una caída espectacular que da cuenta de las mejoras sociosanitarias introducidas en el país: adopción de los avances médicos, así como mejoras en las medidas de higiene, alimentación y vivienda. En la actualidad, la tasa nacional se encuentra por debajo de 4 por mil (Gráfica 7), aunque en la Comunidad Canaria la tasa es ligeramente superior.

**Gráfica 7.- Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil, 1975-2007.**

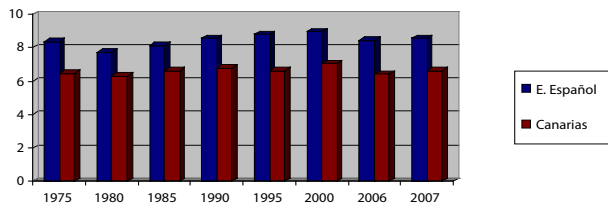


Elaboración propia.

Fuente: INE. (Series desde 1975 a 2007). Indicadores demográficos básicos.

La tasa de mortalidad global inició el siglo pasado al 26 por mil (REHER, 2003) para caer hasta el 8 por mil a finales del mismo. Los datos nacionales de 2007 (8,57‰) revelan la permanencia de la tasa en torno a ese 8 por mil (Gráfica 8). En este caso, la Comunidad Canaria registra una tasa considerablemente inferior, debido a la juventud más acusada de la población.

**Gráfica 8.- Evolución de la Tasa Bruta de Mortalidad, 1975-2007.**



Elaboración propia.

Fuente: INE. (Series desde 1975 a 2007). Indicadores demográficos básicos.

A lo largo del siglo XX, la Comunidad Canaria se vio afectada por el impacto de las dos Guerras Mundiales sobre una economía basada en su papel de enclave estratégico en el tráfico marítimo mundial y en la exportación de ciertos productos agrícolas, como el plátano, el tomate y la papa temprana a Europa. En la primera contienda, las dificultades económicas se reflejaron en la caída de la natalidad y el aumento de la mortalidad. Los exiguos excedentes poblacionales -excesivos para la economía de la región- hicieron reanudar la emigración iniciada el siglo anterior. La Guerra Civil, que dejó tras sí un

importante saldo de bajas, tanto de desaparecidos/as en las Islas, como de muertos en combate, frenó nuevamente el dinamismo poblacional y cuya finalización fue seguida de una crisis económica que aumentó la emigración hacia América fundamentalmente de manera clandestina. La segunda contienda mundial resultó menos perjudicial puesto que parte de la actividad comercial se había canalizado hacia la península, mientras que las dificultades económicas coincidían con la generalización de la Seguridad Social y el descenso de la mortalidad infantil, aspectos que, en todo caso, no frenaron un nuevo proceso migratorio. El modelo, en los años en los que se inicia la transición, responde a la implantación de un “capitalismo subdesarrollado” (MARTÍN, 1987: 1) con fuertes desigualdades y desequilibrios espaciales, que posteriormente añadió, a la secular tradición migratoria de ultramar, la que tenía lugar desde las áreas rurales hacia las zonas urbano-turísticas de las dos islas centrales, que ha llevado a gran parte de la población a ocuparse en la construcción y los servicios, un modelo económico que atraviesa actualmente unas dificultades motivadas por el impacto de la crisis económica. Si bien, a la definitiva inversión del flujo migratorio contribuyó el desarrollo propiciado entonces por el turismo, que unido a la mejora de las condiciones sociales y sanitarias, incidió en un descenso de la mortalidad, especialmente infantil.

La prolongación de la vida media de los/as españoles/as en general, y de los/as canarios/as en particular, ha sido posible debido, en primer lugar, al logro de una menor incidencia de las enfermedades del aparato circulatorio, incluyendo las enfermedades cerebro-vasculares junto a la reducción de las muertes por enfermedades degenerativas, especialmente las cardiovasculares. La segunda es la menor incidencia de la bronquitis y la neumonía. Y la tercera, la reducción del peso tanto de la tuberculosis como del resto de enfermedades infecciosas. Los últimos datos que ofrece el INE, relativos a las “Defunciones según causa de muerte, 2007” (Tabla 18), revelan que las enfermedades cardiovasculares se mantuvieron como la principal causa de muerte -32,2% de las defunciones-.

Las causas de muerte, que han permitido la prolongación de la vida media, son prácticamente las mismas para los dos sexos, pero no han operado con la misma magnitud, pues los factores que limitan el aumento de la esperanza de vida tienen menor in-

**Tabla 18.- Tasa Estandarizada de Mortalidad por causa de muerte, 2007.**

	España	Canarias
Todas las causas	7,66	8,06
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0,16	0,19
Tumores	2,16	2,17
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y trast. inmunidad	0,03	0,02
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,24	0,71
Trastornos mentales y del comportamiento	0,23	0,22
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	0,33	0,30
Enfermedades del sistema circulatorio	2,41	2,49
Enfermedades del sistema respiratorio	0,85	0,75
Enfermedades del sistema digestivo	0,39	0,34
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	0,02	0,04
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,06	0,06
Enfermedades del sistema genitourinario	0,19	0,18
Embarazo, parto y puerperio	0,00	..
Afecciones originadas en el período perinatal	0,02	0,02
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,02	0,02
Síntomas, signos y hallazgos anormales, no clasificados	0,22	0,18
Causas externas de mortalidad	0,34	0,38

Tasa estandarizada (tantos por mil).

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2007). Defunciones según causa de muerte.

cidencia entre las mujeres. Ambos sexos comparten causas negativas que menguan su longevidad como los accidentes de tráfico, el tumor del aparato digestivo, las enfermedades endocrinas, metabólicas y de trastornos de la inmunidad y el infarto, pero las mujeres registran una significativa distancia en la intensidad negativa. Las causas más importantes que impiden el aumento del potencial de la vida media de los hombres y las mujeres tampoco son compartidas. Los datos ofrecidos por el INE en “Defunciones según causa de muerte 2007” apuntaban que las enfermedades cardiovasculares eran la primera causa de muerte, pero un desglose por sexo revela que lo es para las mujeres, mientras que para los hombres lo fueron los tumores. A su vez, dentro de las enfermedades cardiovasculares, las isquémicas del corazón fueron la primera causa de muerte entre los hombres, mientras que entre las mujeres lo fueron las enfermedades cerebrovasculares. Respecto de los tumores -la segunda causa de muerte- el tumor del aparato respiratorio -cáncer de bronquios y pulmón- rompió la tendencia creciente entre los hombres y entre las mujeres el tumor de mama siguió siendo el más significativo, aunque su número

también volvió a descender. El tercer grupo de causas de muerte, el que corresponde a las enfermedades del sistema respiratorio, experimentó en ese año un ligero repunte. Otras causas de muerte frecuentes son la enfermedad de Alzheimer, las enfermedades hipertensivas y la insuficiencia renal. Superados los 60 años (Tabla 19) se registran las mayores tasas de mortalidad, especialmente en lo relativo a las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio, los tumores y el sistema respiratorio.

La estricta separación entre las enfermedades sociales o de comportamiento -relacionadas con los factores de riesgo asociados a la masculinidad hegemónica<sup>56</sup>- y las degenerativas -propias del envejecimiento biológico- se difumina en la medida en que la exposición a ciertos factores de riesgo como el tabaquismo, el alcoholismo, una dieta inadecuada o el sedentarismo, que influyen decisivamente en las muertes degenerativas, han comenzado a ser asumidos por ambos sexos. Y precisamente por ello, es previsible que las causas de muerte diferenciales tengan en un futuro indeterminado una incidencia

**Tabla 19. Tasa Estandarizada de Mortalidad en Canarias por sexo y edad media, 2001.**

	Hombres		Mujeres	
	Edad Media	Tasa	Edad Media	Tasa
Enfermedades infecciosas y parasitarias	61,1	2,22	72,04	2,38
Tumores	68,51	28,70	69,99	24,97
Enfermedades sangre y órg. herat. y trast. inmunidad	69,5	0,21	75,84	0,52
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	72,13	4,17	77,57	5,68
Trastornos mentales y del comportamiento	76,01	1,91	85,65	2,90
Enfermedades del sistema nervioso y órganos sentidos	66,36	1,83	72,22	3,08
Enfermedades del sistema circulatorio	73,7	32,14	81,72	36,90
Enfermedades del sistema respiratorio	75,86	10,83	82,12	8,16
Enfermedades del sistema digestivo	67,27	5,77	76,31	4,52
Enfermedades piel y del tejido subcutáneo	80,69	0,40	85,42	0,57
Enfermedades sist. osteomusc. y del tejido conjuntivo	76,79	0,40	78,59	1,17
Enfermedades del sistema genitourinario	78,88	1,68	79,86	2,38
Embarazo, parto y puerperio	0	0,00	34,79	0,04
Afecciones originadas en período perinatal	0,08	0,62	1,68	0,62
Malformaciones congénitas, anomalías cromosómicas	16,2	0,53	26,76	1,01
Síntomas, signos y hallazgos anormales	56,32	2,91	72,18	2,42
Causas externas de mortalidad	45,62	5,68	56,74	2,68

Elaboración propia.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. (2001). Tasa estandarizada de Mortalidad en Canarias por sexo y edad media.

similar a medida que las mujeres continúen adoptando estilos de vida tradicionalmente masculinos.

**Tabla 20. Relación entre el número de mujeres y número de hombres en España por grupo de edad, 2008.**

Grupo de edad	Número de mujeres/número de hombres
De 0 a 14	0,94
De 15 a 24	0,95
De 25 a 64	0,98
De 65 a 79	1,22
De 80 y más años	1,86

Fuente: INE-INSTITUTO DE LA MUJER. (2008). Mujeres y hombres en España 2008.

#### 4.3.- La natalidad y la fecundidad.

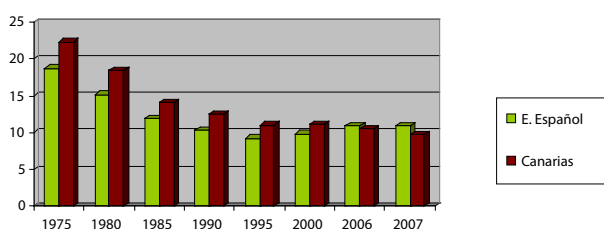
La evolución de la tasa de natalidad es, por encima de la de mortalidad, la que mejor explica la distribución por edades de la sociedad española. En el transcurso del siglo pasado, la tasa de natalidad española experimentó ciertos altibajos según las circunstan-

cias históricas, políticas, sociales y económicas. La Guerra Civil española fue el acontecimiento de mayor impacto y supuso una importante caída de la tasa, combinada con una sobremortalidad masculina. Desde los inicios del siglo pasado la tasa descendió progresivamente desde el 26‰ (REHER, 2003) hasta el 21,6 en la década de los cuarenta, para mantenerse relativamente estable hasta 1965, momento en el que se registró el conocido “baby-boom” (explosión demográfica), que fue seguida de un descenso continuado de la natalidad (“baby-bust”) que llevó a España, junto a Italia, a situarse como el país de más baja fecundidad del mundo, poniendo en peligro la reposición generacional. Es el mantenimiento de una tasa de fecundidad que se sitúa por debajo del nivel de reemplazo generacional, el resultado más visible de la “segunda transición demográfica” (VAN DE KAA, 1987; LESTHAEGHE, 1991), que sobre la base de una relativa estabilidad a la baja de la natalidad y la mortalidad, se acompaña del incremento de la soltería, el retraso del matrimonio, la postergación del primer hijo/a, el aumento de las uniones de hecho, el incremento de los hijos/as nacidos fuera del matrimonio, de las rupturas matrimoniales y de



la diversificación de las estructuras familiares. Un proceso que ha venido asociado al desarrollo económico y a los cambios culturales y políticos experimentados en el Estado. Procesos intensificados en las últimas décadas e impulsados -como afirma ALBERDI (1999: 229)- por “la participación de las mujeres en la actividad económica (que) es el fenómeno que pone en relación el desarrollo económico con la estructura microfamiliar de decisión”.

**Gráfica 9. Evolución de la Tasa Bruta de Natalidad, 1975-2007.**



Elaboración propia.

Fuente: INE. (Series desde 1975 a 2007). Indicadores demográficos básicos.

Al igual que en el resto del territorio español, la natalidad canaria experimentó el siglo pasado ciertos altibajos. Las peculiaridades del caso canario, sin embargo, apuntan que hasta mediados de los años sesenta, la natalidad superaba el 30 ‰, y a pesar de su descenso continuado y acentuado en el último cuarto del siglo pasado dicha tasa no dejó de ser superior a la media española hasta el año 2003. En este año, la tasa pasó a situarse bajo la media nacional, tendencia que se mantiene hasta la actualidad. MARTÍN (1987) afirma que aquella, en otro tiempo, alta tasa de natalidad y su tardío control -a mediados de la década de los sesenta- guardaba relación con las estructuras económicas y sociales de un sistema precapitalista que mantenía unos bajos niveles de vida, de renta per cápita y de instrucción, lo que se combinaba con el predominio de estructuras ideológicas tradicionales. Las diferencias interprovinciales que apuntan las tasas (Tabla 21) señalan un me-

nor natalismo en las islas occidentales, resultado de una mayor emigración transatlántica en el pasado, y de las migraciones hacia las zonas urbano-turísticas de otras islas desde los setenta. Precisamente en esta década se comienza a apreciar el inicio de un proceso de racionalidad de los nacimientos en el interior de la pareja.

Demográficamente, la fecundidad es el estudio de los nacimientos desde el punto de vista de la concepción. LEGUINA (1992: 211) sostiene que, por ello, es producto de dos clases de factores: los que dependen de “la voluntad procreadora de la pareja” -fecundidad dirigida- y los que influyen sobre la fecundidad, pero no dependen directamente de esa voluntad -fertilidad o fecundidad no dirigida-. Ésta a su vez depende de dos tipos de elementos: “factores fisiológicos que son causa de la esterilidad o no esterilidad y factores socioculturales: tabúes, costumbres matrimoniales, etcétera”. DELGADO (2003) en la explicación de la caída de la tasa de fecundidad, dice que algunos autores ponen más énfasis en los aspectos económicos, y otros aluden al acceso de la mujer a la educación y al empleo o el cambio en el sistema de valores como elementos subyacentes a las demás transformaciones, olvidando lo relativo a las directrices políticas. Por tanto, se pueden establecer tres grupos. En primer lugar, los relacionados con la separación entre sexualidad y procreación favorecida por la generalización de los métodos contraceptivos, la mayor supervivencia de los menores, el paso de la familia de unidad producción a unidad de consumo o la consideración de un hijo/a como inversión en un entorno de mejora del nivel de vida. En segundo lugar, los relacionados con el comportamiento de las generaciones de mujeres nacidas en la década de los cincuenta, que se implican de manera decisiva en el sistema educativo y en el mercado laboral, lo que se une al retraso de la edad de emancipación del núcleo familiar, la del matrimonio y la de la maternidad en las generaciones femeninas subsiguientes. Y en tercer lugar, los relacionados con el escaso desarrollo de las políti-

**Tabla 21. Tasa bruta de natalidad en las provincias canarias, 1975-2005.**

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Las Palmas	23,39	19,11	14.82	13.35	11.34	12.00	10.82
Sta. Cruz de Tenerife	21,21	17,74	13.23	11.69	10.33	10.18	10.00

Elaboración propia.

Fuente: INE. (Series desde 1975 a 2007). Indicadores demográficos básicos.

cas públicas de apoyo a la familia y la discriminación femenina en el mercado laboral, que tiene su reflejo en mayores tasas de desempleo femenino, una mayor temporalidad o despidos improcedentes por maternidad, por ejemplo.

La tasa de fecundidad por edades (Tabla 22) muestra que, en los últimos treinta años, la caída se registró en todos los grupos de edad, a excepción del grupo de 15 a 19 que presentó ciertas oscilaciones y una recuperación al final del período en el territorio nacional, no registrada en la Comunidad Canaria, tal vez porque era más alta. La recuperación se inició en algunos grupos de edad en la década de los noventa, pero ha sido más frecuente en el presente siglo. La tasa indica también el aplazamiento de la maternidad, que hace del grupo de 30 a 34 años el más fecundo, desplazando a los dos grupos de edad anteriores, que además han continuado presentando tasas de caída. La recuperación de las tasas en los últimos grupos de edad probablemente responda a una necesidad de satisfacer los deseos de maternidad en los años centrales o finales de la vida fértil, mientras que en edades más tempranas, en parte guardan relación con el fenómeno de la inmigración, pues la población extranjera residente se

concentra en los períodos de mayor fertilidad (INE, 2003), esto es, entre los 25 y 34 años, lo que supone un rejuvenecimiento de la estructura de edades, tanto por el aumento de la natalidad como por los reagrupamientos familiares.

Durante el siglo XX, el indicador coyuntural de fecundidad en es Estado Español inició un descenso que lo situó en los 2,46 hijos por mujer en 1954; posteriormente, coincidiendo con el despegue económico, ascendió hasta alcanzar en 1971 el 2,88, para iniciar finalmente un descenso acusado y sostenido. En unas décadas, se transitó desde una elevada fecundidad fomentada por las políticas pronatalistas franquistas a tener la tasa más baja del mundo. En el período comprendido entre 1996 y 2001, según el INE, España ocupó el último puesto entre los países de la Unión Europea por su tasa de fecundidad. El indicador coyuntural de fecundidad experimentó una variación ascendente en 2005 hasta 1,34 (INE, 2006), un valor que no se alcanzaba desde 1993. En ese repunte ha intervenido, en parte, la inmigración, puesto que los nacimientos de madre extranjera suponen el 16,46% del total. A excepción de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, en las

**Tabla 22. Evolución de la Tasa de fecundidad por grupos de edad, 1975-2006.**

T.B.F.	Grupo de edad	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006
España	15-19	21,94	25,75	18,47	11,90	7,78	8,93	11,59	12,31
	20-24	135,67	116,28	73,72	50,28	28,28	25,65	31,04	33,03
	25-29	189,16	146,30	117,35	101,52	80,36	67,77	64,30	65,45
	30-34	123,33	91,61	74,70	75,47	83,21	95,28	100,38	100,61
	35-39	64,16	46,10	33,63	27,55	30,90	43,02	53,41	55,87
	40-44	23,03	14,46	9,92	5,86	5,06	6,74	9,39	9,99
	45-49	2,21	1,42	0,91	0,45	0,26	0,34	0,52	0,70
Canarias	15-19	43,38	47,83	29,84	22,06	14,69	17,83	15,99	15,61
	20-24	180,42	144,17	95,38	69,06	46,16	41,72	38,27	39,61
	25-29	167,14	139,01	104,91	97,57	80,87	68,27	59,01	61,32
	30-34	127,62	95,03	75,34	69,83	74,25	75,59	75,03	74,21
	35-39	81,81	56,38	38,52	31,09	31,20	39,44	42,81	44,76
	40-44	34,42	20,53	13,85	7,58	6,93	7,29	9,63	9,83
	45-49	3,34	2,74	2,33	0,84	0,43	0,33	0,71	0,80

Elaboración propia.

Fuente: INE. (Series desde 1975 a 2006). Indicadores demográficos básicos.

que la reposición generacional está asegurada, las comunidades que poseen un indicador coyuntural de fecundidad más elevado (Tabla 23) son la Región de Murcia, Andalucía y Cataluña, seguidas de la Comunidad de Madrid y las Islas Baleares, comunidades receptoras de población inmigrante, aspecto éste que se tratará ampliamente en el próximo epígrafe. La Comunidad Canaria se encuentra por debajo de la media nacional.

Un factor escasamente considerado y difícil de conocer en toda su amplitud, ya porque el estricto número de supuestos que despenaliza aún la “Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de Despenalización del Aborto en Determinados Supuestos” deja fuera a un buen número de mujeres que lo hacen al margen de ésta, ya porque aún pesa una valoración moral negativa sobre su práctica, es la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), conocido coloquialmente como el aborto (Tabla 24), cuyo aumento o decremento obviamente marca tendencias en la configuración por edades de la población.

## 24.- Tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), España 1993-2007

	Centros notificadores de IVE	Total IVE	Tasa por 1000 mujeres de 15 a 44 años
2007	137	112.138	11,49
2006	135	101.592	10,62
2005	134	91.664	9,60
2004	133	84.985	8,94
2003	128	79.788	8,77
2002	124	77.125	8,46
2001	121	69.857	7,66
2000	121	63.756	7,14
1999	123	58.399	6,52
1998	117	53.847	6,00
1997	115	49.578	5,52
1996	106	51.002	5,69
1995	102	49.367	5,53
1994	101	47.832	5,38
1993	95	45.503	5,15

Fuente: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (2007). Datos estadísticos.

**Tabla 23. Indicador coyuntural de fecundidad por Comunidades Autónomas, 2000-2006.**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total Nacional	1,234	1,244	1,263	1,31	1,329	1,346	1,343
Andalucía	1,355	1,355	1,356	1,409	1,439	1,466	1,508
Aragón	1,125	1,173	1,166	1,224	1,26	1,262	1,322
Asturias (Principado de)	0,861	0,878	0,862	0,912	0,924	0,956	0,985
Baleares (Islas)	1,351	1,353	1,382	1,369	1,354	1,342	1,404
Canarias	1,243	1,224	1,213	1,18	1,158	1,199	1,214
Cantabria	1,056	1,036	1,096	1,155	1,183	1,212	1,16
Castilla y León	0,997	0,988	1,02	1,05	1,066	1,093	1,111
Castilla - La Mancha	1,287	1,287	1,291	1,331	1,334	1,34	1,344
Cataluña	1,281	1,289	1,333	1,39	1,433	1,455	1,473
Comunidad Valenciana	1,263	1,279	1,296	1,343	1,347	1,36	1,39
Extremadura	1,287	1,266	1,254	1,273	1,263	1,277	1,314
Galicia	0,965	0,955	0,948	0,996	0,999	1,018	1,033
Madrid (Comunidad de)	1,254	1,28	1,313	1,366	1,385	1,375	1,408
Murcia (Región de)	1,474	1,524	1,529	1,58	1,564	1,594	1,639
Navarra (Com. Foral de)	1,21	1,302	1,313	1,386	1,396	1,345	1,388
País Vasco	1,039	1,058	1,09	1,161	1,182	1,191	1,226
Rioja (La)	1,156	1,165	1,214	1,322	1,316	1,34	1,313
Ceuta	1,685	1,667	1,76	1,771	1,885	1,927	2,587
Melilla	2,015	2,043	1,898	2,03	1,855	1,947	2,673

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2006). Indicadores Demográficos Básicos.

Desde que en 1985 se despenalizara la interrupción del embarazo, en algunos supuestos, las cifras no han dejado de crecer. En el período considerado, que abarca poco más de diez años, la tasa de las interrupciones voluntarias del embarazo muestra un incremento de 4,45 puntos. La tasa por grupo de edad, en ese período, es más alta entre las mujeres de 20 a 24 años, mientras que la más baja se registró entre las mujeres de 40 años y más. Madrid fue la Comunidad que arrojó la tasa más alta en 2007 (16‰), mientras Canarias (10,74‰) se situaba por debajo de la media (11,49‰). El motivo expuesto más frecuente fue el de la salud materna (96,93%), seguido del riesgo fetal (2,91%). DELGADO Y BARRIOS (2007) destacan cómo mientras el retraso de la maternidad es uno de los rasgos de la fecundidad española, en el aborto ocurre precisamente lo contrario, esto es, cada vez son más jóvenes las mujeres que realizan esta práctica. Así mismo destacan como aumenta el número de mujeres sin hijos que toman esta opción, al igual que se incrementan las tasas de reincidencia. La entrada en vigor de la reforma de la ley invariablemente introducirá modificaciones.

#### 4.4. Las migraciones.

En la segunda mitad del siglo XIX, muchos europeos/as cruzaron el Atlántico en sucesivas oleadas en busca de un horizonte económico en el continente americano. Irlandeses, ingleses, alemanes o italianos eligieron América del Norte por las amplísimas perspectivas que suponían la colonización del Oeste, mientras que españoles y portugueses se dirigieron hacia América Central y del Sur. Entre 1815 y 1914, momento en que la Primera Guerra Mundial frenó los flujos, 65 millones de europeos/as habían cruzado el Atlántico (GISPERT, 1984: 1.745). Tras los conflictos mundiales los flujos se reanudaron nuevamente en la década de los cincuenta, aunque con menor intensidad, hasta que un mayor desarrollo industrial europeo y el inicio de las políticas restrictivas de inmigración americanas frenaron el movimiento. Entre 1950 y 1973, los países mediterráneos, y España entre ellos, atrasados industrialmente y con una alta presión demográfica lanzaron un nuevo flujo hacia los países europeos meridionales y norteafricanos, atraídos por la dinámica económica y las demandas del mercado laboral. La crisis económica de 1973 frenó esta dinámica y dio paso a los movimientos de retorno. España rompió con su carácter de país de emigrantes hacia los años setenta

del siglo pasado, al iniciar la inversión de los flujos migratorios coincidiendo con un proceso de reestructuración, primero económica y posteriormente política, que condujo a la conformación de un Estado social, democrático y de derecho. Tal inversión aumentó un flujo inmigratorio en la década de los ochenta y subsiguientes, que ha causado un profundo impacto en la población española que situaba a la inmigración (31,5%) como uno de los “problemas” que más le preocupaba a los/as españoles/as tras el terrorismo (44,1%), la vivienda (36,7%), el paro (36,5%) en 2007 (Barómetro de Opinión nº 2728). En 2009, por delante de la inmigración (19,3%) se sitúan el paro (73,5%), los problemas de índole económica (51,9%) y el terrorismo/ETA (22,2%) (Barómetro de Opinión nº 2782).

El avance del Padrón Municipal -de 1 de enero de 2008- puso de manifiesto que el total de personas residentes en el Estado Español había superado la cifra de 46 millones; de ellos, 5,22 eran personas extranjeras, de las cuales 2,1 eran comunitarias. La corta historia inmigratoria sitúa al Estado Español en la primera fase del proceso migratorio en la que abundan los primo-inmigrantes. Su perfil y su trayectoria residencial y laboral no ha sido estudiada en profundidad, pero se trata de una inmigración de muy diversa procedencia, fundamentalmente europea, latinoamericana o norte y subsahariana; mayoritariamente joven, masculina -aunque las mujeres representan el 47% del total y un porcentaje superior en el caso de determinadas nacionalidades como la filipina, ecuatoguineana o rusa y determinadas regiones como América Latina o Europa del Este-; y que trabaja en un número creciente de sectores, aunque son mayoría aún entre los peor valorados. El grupo de los/as mayores extranjeros/as es el de menor entidad relativa en la población española (Tabla 25).

AGRELA ROMERO (2002: 415) señala que “uno de los aspectos más llamativos y significativos de la política de integración es cómo la cuestión migratoria y el modelo de integración que se propone está construido sobre la base de un planteamiento que ya previamente es pensado como problemático”, ya que lo que se antepone es la consideración de “los otros” culturales. En los discursos mediáticos poco se toma en cuenta la participación de los/as inmigrantes en la creación de riqueza o su contribución a la citada “segunda transición demográfica”, por la

**Tabla 25. Población española/extranjera por grupo de edad y procedencia, 2008**

	Total	% respecto al total	Españoles/as	% respecto al total de españoles	Extranjeros/as	% respecto al total de extranjeros
Total	46.063.511	100,0	40.842.934	100,0	5.220.577	100,0
Menores de 16	7.068.430	15,3	6.286.627.	15,4	781.803	15,0
De 16 a 44	20.191.205	43,8	16.857.602	41,3	3.333.603	63,9
De 45 a 64	11.170.069	24,3	10.319.676	25,3	850.393	16,3
De 65 y más	7.633.807	16,6	7.379.029	18,118,1	254.778	4,9

Fuente: INE. (2008). Avance del Padrón Municipal

que intervienen en el incremento y rejuvenecimiento poblacional (Tabla 26). En lo relativo al primer aspecto, resulta que la contribución de los/as inmigrantes al Estado es mayor que lo que obtienen del mismo, a pesar de que la sanidad y la educación sean universales y gratuitas. El Informe “Inmigración y Economía Española” (2006) puso de manifiesto que aunque los/as inmigrantes suponen el 8,8% de la población española absorben sólo el 5,4% del gasto público y consumen el 4,6% del gasto en sanidad y el 6,6% en educación, pero su aportación es el 6,6% de los ingresos totales, de modo que el efecto de la inmigración sobre el crecimiento económico fue valorado como positivo; otra cosa es que la recaudación sea nacional y el gasto lo asuman prioritariamente determinadas Comunidades Autónomas.

En cuanto al segundo de los aspectos, y a pesar de que se reconozca la importancia de los/as inmigrantes en la contribución a la “segunda transición demográfica” al incrementar y rejuvenecer la población, tanto por traer a sus hijos/as como por tenerlos una vez que se han instalado en el país, se sostiene que los flujos inmigratorios no pueden evitar el descenso poblacional, aunque aumentaran desmesuradamente, pues sólo compensan muy parcialmente el envejecimiento

de las poblaciones cuya fecundidad se ha situado por debajo del nivel de reemplazo. FERNÁNDEZ CORDÓN (2001), basándose en el Censo de 1991, estimó que a partir del año 2025 en España se necesitaría la incorporación de un millón de inmigrantes al año, cifra que se iría incrementando hasta alcanzar el millón cuatrocientos mil inmigrantes anuales, para estabilizarse en seiscientos mil en 2050. En similar línea argumental el BANCO DE ESPAÑA (2004) hizo público el informe “Proyecciones de población para la economía española”, en el que ponía en evidencia, aprovechando las nuevas proyecciones de población que efectuó el INE<sup>57</sup>, que la inmigración no alteraría la trayectoria prevista a largo plazo de la tasa de dependencia, incluso si la llegada de inmigrantes alcanzaba una intensidad tan elevada como la que recogían las proyecciones del INE.

El argumento fundamental del Banco de España sostenía que el grueso de las entradas de inmigrantes se concentra en el grupo de edad comprendido entre los 20 y los 40 años, segmento de población que, al envejecer, presionará también al alza sobre la tasa de dependencia. En segundo lugar, recalca cómo los cambios en la tasa de fertilidad se producen de manera lenta, de forma que, incluso si esta varia-

**Tabla 26. Movimiento natural de la población nacional y extranjera, 2002**

MNP	Matrimonios	Nacimientos	Defunciones	Crecimiento Vegetativo
Total	209.065	416.518	366.538	49.980
Nacionales	191.224	373.049	358.245	14.804
Extranjeros	17.841	43.469	8.293	35.176
Extranjeros sobre total %	8,5	10,4	2,3	70,4

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2002). Datos Movimiento Natural de la Población.

ble evolucionara mejor de lo que estima el INE, no cabría esperar tampoco grandes alteraciones en la tasa de dependencia futura. En cambio, aumentos significativos de la esperanza de vida, como están ocurriendo ahora, sí se reflejan de forma sustancial en las tasas de dependencia, empeorándolas en gran medida. Debido a estas circunstancias, la entidad entendía que la capacidad que pudiera tener la política económica del Gobierno para influir en la evolución de la tasa de dependencia era relativamente reducida, aunque apuntaba que una modificación en la edad efectiva de jubilación sí tendría un impacto elevado sobre la tasa futura de dependencia. Concretamente, estimaba que un incremento de un sólo año en este parámetro -de 65 a 66 años- daría lugar a una reducción de más de tres puntos en la tasa de dependencia, que podría situarse sólo en el 52,7% en 2050, frente al 56,1% previsto para ese año; un impacto positivo mucho mayor que el provocado por la llegada masiva de inmigrantes. La entidad recalca que en el año 2020 la mayor parte de la población se concentraría en el grupo de edad comprendido entre 40 y 50 años; y en 2030, entre 50 y 60 años.

El INE destacó en el Informe “Movimiento Natural de la Población” (2007) que durante 2006 la contribución de las madres extranjeras -16,46%- al incremento de la natalidad significó un aumento respecto de años precedentes. Las mujeres de nacionalidad marroquí, seguidas de las ecuatorianas, colombianas y rumanas fueron las que más hijos/as tuvieron. Por el contrario, la tasa bruta de mortalidad continuó descendiendo, de modo que las defunciones de extranjeros supusieron un 2,61% del total; el 72,1% de estas defunciones correspondió a nacionales miembros de países comunitarios, destacando Reino Unido y Alemania. Ello porque los extranjeros comunitarios que residen en el país son los que presentan edades medias más avanzadas dado que normalmente se trata de una inmigración de retiro, a diferencia de la inmigración extracomunitaria que es fundamentalmente laboral y, por tanto, más joven.

En 2007 las Comunidades con mayor proporción de extranjeros eran las Islas Baleares (18,4%), la Comunidad Valenciana (14,9%), Murcia (14,4%), Madrid (14,1%), Cataluña (13,4%) y Canarias (12,3%). Las de menor proporción eran Extremadura (2,7%), Galicia (2,9%), Asturias (3%), la Ciudad Autónoma de

Ceuta (3,7%), País Vasco (4,6%), Cantabria (4,7%) y Castilla León (4,6%). La ampliación a la Unión Europea de los 27, hace que las nacionalidades más numerosas sean ahora las de ciudadanos comunitarios, desplazando a los latinoamericanos. En lo que se refiere a los saldos migratorios interiores, en el período comprendido entre 1996 y 2001 (Tabla 27), todas las comunidades autónomas arrojaron un saldo positivo. La “Encuesta de migraciones 2003” del INE señala que la opción preferente -en números absolutos- para los flujos internos continúa siendo la que lleva a la costa este, esto es, a Cataluña, Comunidad Valenciana e Islas Baleares.

**Tabla 27. Saldos migratorios interiores e impacto en las distintas Comunidades Autónomas, 1996-2001**

	1996-2001	Impacto migratorio
Baleares	111.956	136,61
Canarias	141.595	83,59
Ceuta y Melilla	10.415	76,34
Navarra	34.751	64,54
Murcia	72.901	63,74
Madrid	283.355	54,52
C. Valenciana	187.734	45,72
Cataluña	258.076	41,45
España	1.345.752	33,32
Cantabria	16.518	31,02
Rioja, La	7.333	27,42
Castilla-La Mancha	41.402	23,88
Aragón	20.089	16,83
Asturias	16.861	15,59
Galicia	39.409	14,39
Andalucía	77.843	10,64
País Vasco	11.057	5,27
Castilla y León	10.141	4,07
Extremadura	4.316	4,03

Fuente: GOBIERNO DE CANARIAS. (2003). Informe sobre población e inmigración en Canarias.

En la Comunidad Autónoma Canaria, la emigración numéricamente más importante ha correspondido históricamente a la provincia de Santa Cruz de Tenerife, aunque la provincia de Las Palmas no ha sido ajena al fenómeno. Los flujos migratorios

se han dirigido preferentemente a América, y en menor medida a otras regiones españolas, países europeos o antiguas colonias africanas. Significativas para la configuración de la estructura por edades de la población de cada isla son también las migraciones inter e intrainsulares, y concretamente la emigración hacia las islas capitalinas y hacia aquellas otras de mayor dinamismo turístico -islas occidentales- procedente del resto de las islas, así como las migraciones de las zonas altas e interiores hacia las zonas urbano-turísticas de cada isla. A finales de los años sesenta y principios de los setenta se produjo en Canarias la inversión del modelo migratorio. El territorio dejó de expulsar población para convertirse en un foco de atracción debido a la terciarización de la economía, fundamentada en el desarrollo del turismo, que se vio reforzada por el dinamismo de las actividades comerciales y portuarias y la llegada de fondos europeos. El flujo, desde entonces, arroja un saldo positivo, según el Comité de Expertos sobre Población e Inmigración en Canarias (2003) el 81% del crecimiento de la población derivó del saldo migratorio, por lo que se puede afirmar que el dinamismo de la población canaria está claramente vinculado a la inmigración.

En lo que se refiere a los saldos migratorios interiores, en el período comprendido entre 1996 y 2001, Canarias se situó en segundo lugar en lo relativo al nivel de impacto -referido a la atracción inmigratoria respecto de la población- tras las Islas Baleares. En 2007, Canarias registró por vez primera una población superior a los 2 millones de habitantes, los/as inmigrantes nacionales representan el 10% de la población y los/as extranjeros/as el 12,3%, siendo el 54,3% de estos últimos comunitarios. Estas proporciones no contemplan a quienes no figuran en los registros administrativos y estadísticos, como los inmigrantes de retiro, los/as trabajadores/as europeos invisibles del sector turístico o los/as trabajadores/as irregulares extracomunitarios. La mayor proporción de población inmigrante se encuentra en el intervalo de edad de 25 a 34 años, lo que indica el carácter marcadamente laboral de la inmigración y su importancia para el rejuvenecimiento de la población. La feminización de la inmigración es más acusada en el caso de América Latina (Tabla 28).

**Tabla 28.- Población por lugar de nacimiento y sexo. Canarias, 2008**

	Total	Hombres	Mujeres
Total	2.075.968	1.040.137	1.035.831
España	1.792.121	894.503	897.618
Resto de Europa	150.488	76.660	73.828
África	26.446	18.318	8.128
América	93.932	43.671	50.261
Asia	12.880	6.938	5.942
Oceanía	231	117	114

Fuente: ISTAC. (2008). Avance del Padrón Municipal.

La población inmigrante está presente en todos los municipios de Canarias, aunque con niveles muy dispares. Los municipios de mayor incremento de población son los de mayor actividad turística y se encuentran en las islas de Fuerteventura, Lanzarote, Tenerife y Gran Canaria, por orden de importancia. El impacto ha sido menor en las islas de la provincia occidental, en las capitalinas más pobladas y en las que cuentan con una tradición inmigratoria a consecuencia de un desarrollo turístico temprano.

#### 4.5.- El envejecimiento en el Estado Español.

A resultas del nuevo ciclo demográfico, la pauta de envejecimiento del Estado Español es similar a la que se registra en el resto de las sociedades occidentales, de modo que en 1950 las personas mayores de sesenta y cinco años eran dos millones, en 1980 su número se había duplicado -4,2 millones- y en el Censo de 2001 la cifra casi se había vuelto a duplicar de nuevo, situándose cercana a los siete millones -6.964.267-. El Padrón (1 de enero de 2008) elevaba a 7.633.807 las personas mayores. Las ganancias en esperanza de vida logradas en los últimos años, junto con unas tasas de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo, han contribuido decisivamente al incremento, tanto en números absolutos como relativos, de las personas mayores. Un sector de población que, durante el siglo XX, mientras la población española se duplicaba, se multiplicaba por siete y por trece en el caso de las personas octogenarias. En correspondencia, la pirámide poblacional española dibuja un estrechamiento por la base y en su proyección al año 2050 (Figura 4) se apunta la inversión de la pirámide misma.

La esperanza de vida al nacer, que era a comienzos del siglo XX de 33,9 años para los hombres y 35,7

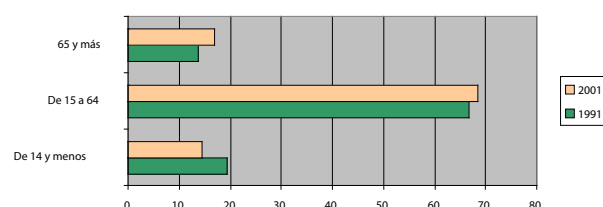
para las mujeres (INE, 1900-1940), había alcanzado en el último Censo de Población y Viviendas de 2001 los 75,25 y 82,16 años, respectivamente. En el año 2005 la esperanza de vida al nacimiento alcanzó para las mujeres los 83,48 años y para los varones 76,96 (INE, 2007). La proyección del INE, elaborada sobre este último Censo (2001), arroja para 2059 una esperanza de vida de 80,9 años para los hombres y 87,0 años para las mujeres en el escenario 1 –hipótesis alta de inmigración-. El escenario 2 -inmigración baja- los sitúa en 80,7 años y 86,1 respectivamente. Los incrementos de la esperanza de vida al nacer no son homogéneos en la población, pues mantienen pautas diferenciadas según grupos de edad y sexo. La diferencia entre los sexos que a comienzos del siglo pasado era de dos años se sitúa en la actualidad en 6,52 (INE, 2007). Estas disparidades ante la muerte se deben a una sobremortalidad masculina en los años centrales de la vida, de modo que, como se ha expuesto, las mujeres no sólo son mayoría entre las personas mayores sino que su proporción aumenta con la edad. Según los datos que se reflejan en la pirámide de la población española de 2001 (Gráfica 4), el porcentaje de mujeres en la base de la pirámide poblacional empieza siendo ligeramente inferior al 50%, a consecuencia de la pequeña mayor probabilidad de nacer hombre que mujer. Un efecto que queda compensado por la mayor mortalidad masculina hacia los 40 años, aunque entre los 20 y los 40 años el número de inmigrantes varones es algo superior. A partir de esta edad la proporción entre los sexos casi se equipara al 50%. A partir de los 45 años, sin embargo, la diferencia a favor de las mujeres va creciendo paulatinamente, debido a su mayor esperanza de vida hasta rozar el 70% en el grupo de 85 años o más.

A consecuencia del incremento de años de vida, los indicadores que reflejaban la duración de la misma han sido mejorados incorporando junto a los cuanti-

tativos, aspectos cualitativos, como la Esperanza de vida Libre de Discapacidad (EVLVD). La “Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999”, (INE, 1999) dio como resultado un 9% de discapacidad en la población española. La “Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, EDAD” (INE, 2008) evidencia un crecimiento en números absolutos (320.000) de personas con discapacidad, sin embargo su crecimiento ha sido menor que el del total de la población, de manera que la tasa ha experimentado una reducción al situarse en 8,5%. La encuesta revela también que de los 3,8 millones de personas discapacitadas, 608.000 personas viven solas en su hogar. Por sexo, resulta que más de 2,30 millones de mujeres afirman tener una discapacidad frente a 1,5 millones de hombres. Por edades resulta que la discapacidad aparece, respecto de 1999, a edades más tardías (Tabla 29).

El envejecimiento demográfico se hace patente a través del incremento del Índice de Envejecimiento<sup>58</sup> que ha pasado de 13,8% en 1991 a 17% en 2001. El “envejecimiento del envejecimiento” revela que, de esa proporción, el 22,75% son personas de ochenta y más años. Un envejecimiento que tiene como contrapartida la pérdida de peso relativo de la población menor de quince años (Gráfica 10), el Índice de Juventud<sup>59</sup> era en 2001 de 14,5.

**Gráfica 10. Evolución de la población por grupos de edad, 1991-2001.**



Fuente: INE. (2001). La población en cifras. Censos.

**Tabla 29. Personas con discapacidad por grupo de edad, 1999-2008**

	EDDS 1999		EDAD 2008	
	Nº de personas (en miles)	% sobre personas con discapacidad	Nº de personas (en miles)	% sobre personas con discapacidad
Total	3.528,2	100,0	3.847,9	100,0
0 a 5 años	49,6	1,4	60,4	1,6
6 a 64 años	1.06,0	39,9	1.560,0	40,5
65 a 79 años	1.320,5	37,4	1.201,7	31,2
80 y más años	752,1	21,3	1.025,8	26,7

Fuente: INE. (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia.



Las Proyecciones de la Población de España (Tabla 30), calculadas a partir del Censo de Población y Viviendas de 2001 apuntan a un 30,8% de personas de 65 años y un 11,1% de 80 y más en 2050. Las proyecciones que fueron llevadas a cabo sobre la población de 1991 han sido desbordadas por la realidad en lo que al tamaño de la población se refiere, pero las proporciones calculadas recientemente son muy similares a las apuntadas.

Las Proyecciones llevadas a cabo por el INE (Ta-

bla 31) mantienen una hipótesis en el escenario 1 -de inmigración alta- que evidencian que en 2020, cuando las abultadas generaciones del “baby boom” superen la renombrada barrera, la tercera edad representará el 19,2% de la población, mientras que en 2060 será un 29.8%. Lo relevante, más que el número de personas que sortean esa barrera es el incremento del número de personas que permanecen con vida un mayor número de años; en 2060 las personas de más de 80 años son el 43,9% de los mayores.

**Tabla 30. Evolución de la población mayor de 65 años. España, 1900-2050.**

Años	Total España	65 y más		65-79		80 y más	
	Absoluto	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1900	18.618.086	967.754	5,2	852.389	4,6	115.365	0,6
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	972.954	4,9	132.615	0,7
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	1.073.679	5,0	143.014	0,7
1930	23.677.794	1.440.739	6,1	1.263.626	5,3	177.113	0,7
1940	26.015.907	1.699.860	6,5	1.475.702	5,7	224.158	0,9
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	1.750.045	6,3	272.478	1,0
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2
1970	34.040.989	3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	3.511.593	9,3	725.131	1,9
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0
2001	41.116.842	7.037.553	17,1	5.404.513	13,1	1.633.040	4,0
2005	44.108.530	7.332.267	16,6	5.429.048	12,3	1.903.219	4,3
2010	45.311.954	7.785.480	17,2	5.490.621	12,1	2.294.859	5,1
2020	48.664.658	9.345.955	19,2	6.338.532	13,0	3.007.423	6,2
2030	50.878.142	11.684.570	23,0	8.025.109	15,8	3.659.461	7,2
2040	52.540.936	14.569.813	27,7	9.886.602	18,8	4.683.211	8,9
2050	53.159.991	16.387.874	30,8	10.464.874	19,7	5.923.000	11,1

Fuente: IMSERSO. (2006). Las personas mayores en España. Informe 2006.

**Tabla 31. Proyección de la población española a 2060. Escenario 1.**

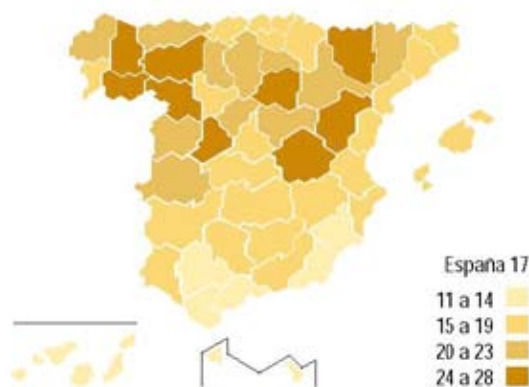
	2005	2007	2010	2020	2050	2060
Población Total	42.935.001	43.995.097	45.311.954	48.664.658	53.159.991	52.511.518
Población 65 y más	7.225.993	7.404.260	7.785.480	9.345.955	16.387.874	15.679.878
65 a 69 años	1.900.402	1.843.249	2.002.335	2.467.594	3.503.625	2.904.583
70 a 74 años	1.933.257	1.917.658	1.780.555	2.180.685	3.714.462	2.884.373
75 a 79 años	1.547.405	1.626.419	1.707.731	1.690.253	3.246.787	2.999.332
80 a 84 años	1.050.464	1.133.278	1.238.931	1.316.394	2.586.337	2.884.144
85 y más años	794.465	883.656	1.055.928	1.691.029	3.336.663	4.007.446

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2004). Proyecciones de población. Base Censo 2001

El envejecimiento dista de ser homogéneo en todo el territorio (Gráfica 11). Las diferencias se registran fundamentalmente entre regiones y entre las zonas rurales y urbanas. Cataluña, Andalucía y Madrid eran, y siguen siendo, las regiones con mayor número de personas de edad empadronadas en sus municipios. El Informe del IMSERSO “Las Personas Mayores en España, 2000” ponía de relieve que Castilla-León, Aragón, Asturias y Galicia encabezaban la lista de las Comunidades más envejecidas, con tasas de envejecimiento superiores al 20%. En el otro extremo, se encontraban Canarias, Andalucía y Murcia, con tasas inferiores al 15%. Unas divergencias que guardan relación con las diferentes historias demográficas de las regiones españolas. Las pirámides poblacionales que dibuja el INE agrupan por similitud a Navarra, País Vasco, La Rioja, Cantabria, Asturias, Galicia, Castilla León, Castilla La Mancha y Aragón, que se han caracterizado en los últimos años por una natalidad especialmente baja y una población más envejecida. Las Comunidades de Madrid, Cataluña y Valencia, a consecuencia de ser receptoras de mucha inmigración se encuentran en un punto intermedio. Extremadura ha experimentado un descenso suave de la natalidad, y junto a Ceuta y Melilla mantienen una alta natalidad relativa. Finalmente, Andalucía, Murcia, Baleares y Canarias presentan las tasas más altas de natalidad y un menor envejecimiento. Según el “Avance del Padrón Municipal 2008” (INE), los mayores aumentos de población en el año anterior se registraron en la Comunidad de Madrid, Cataluña y Comunidad Valenciana, aunque en términos relativos han tenido lugar en las Islas Baleares, Castilla La Mancha y Comunidad de Madrid. Por otro lado, Galicia, el Principado de Asturias y Extremadura experimentaron los menores aumentos relativos.

**Gráfica 11. Índice de Envejecimiento 2001.**

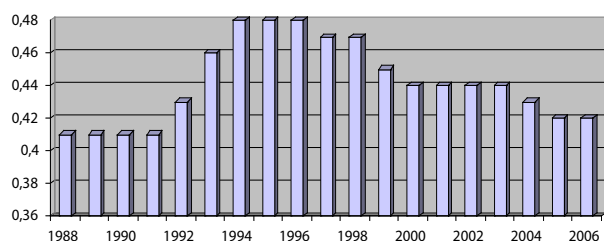


Fuente: INE. (2001). La población en cifras.

El envejecimiento del interior peninsular comenzó con anterioridad al proceso general, con el éxodo rural de los jóvenes, coincidiendo con el “baby-boom” y el desarrollismo de los años sesenta. La migración desde éstas hacia las zonas industrializadas y de servicios ha acelerado el envejecimiento de las zonas de interior y retardado el de las zonas más ricas y receptoras de población joven, pero los inmigrantes de entonces envejecen ahora en las ciudades. Según el Informe del IMSERSO “Las Personas Mayores en España. 2006” (SANCHO CASTIELLO, 2006) la relación de mayores respecto del total de la población en núcleos propiamente rurales -de menos de 2.000 habitantes- es de uno de cada cuatro, y en los más pequeños -con poblaciones que oscilan entre los 500 y 100 habitantes- es uno de cada tres. En los municipios de tamaño rural -entre 2.000 y 10.000 habitantes- es algo menos que uno de cada tres, y en los urbanos -de más de 10.000- los porcentajes rondan la media nacional. La mayor concentración de personas mayores se produce en áreas urbanas, esto es, el 71,7% de las personas mayores españolas, frente al 17,3% de los municipios intermedios y el 11% de los rurales. En los seis municipios más grandes de España -Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Málaga- vivían 1.358.121 personas mayores, algo menos que el 1.449.542 que residía en los 6.904 municipios de menos de 5.000 habitantes.

Es evidente que el peso que la población mayor de sesenta años ejerce, y ejercerá, sobre la estructura de la población no se puede equiparar al de los jóvenes, pues los primeros llevan consigo un mayor gasto social en pensiones, gastos sanitarios y de cuidado o servicios sociales, pero es igualmente cierto que el gasto que ocasionan los/as jóvenes está infravalorado, en tanto que únicamente se toma en consideración a los menores de 15 años, mientras la dependencia juvenil se puede prolongar hasta cerca de la treintena. En todo caso, en cuanto se relaciona la población dependiente con la población potencialmente activa, tanto desde posiciones optimistas como pesimistas, es inevitable que salga a colación el debate sobre la política fiscal o la sostenibilidad del sistema de bienestar y es que el Índice o Razón de Dependencia Económica ha venido aumentando paulatinamente en las últimas décadas, y se situaba en 2006 en 0,42 (Gráfica 12).

### Gráfica 12. Evolución de la Tasa de Dependencia de los adultos nativos mayores de 64 años por ocupado, 1988-2006.



Fuente: LA CAIXA. (2007). Consumo y economía familiar.

Al margen de este debate, a las generaciones de la posguerra la jubilación de los hombres y de un creciente número de mujeres, les resultará favorable por tratarse numéricamente de un grupo reducido justo cuando el número de cotizantes adultos en activo será el más alto de la historia a consecuencia del “baby-boom”, lo que permite una mejora de las pensiones y los servicios sociales de los que depende la calidad de vida que se disfruta en la vejez. Sin embargo, el envejecimiento de estas generaciones del “baby-boom” -cuyo nacimiento desbordó el sistema educativo- previsiblemente desbordará las pensiones de reparto público, la sanidad o los servicios sociales. Las medidas adoptadas en la Unión Europea -entre las que destaca la reducción del gasto social con recortes a la prestación por desempleo, así como el retraso de la edad de jubilación y el endurecimiento de las condiciones de acceso a la prestación- ante la necesidad de sostener una economía competitiva en un mundo globalizado, han tenido contestación social en distintos países de Europa, como Grecia, Portugal, Austria, Alemania, Italia o Francia, lo que revela que ésta más que una cuestión de magnitud económica se ha convertido en una institución social, por tanto, complejamente transformable ante unas generaciones cada más instruidas, que han desempeñado su actividad laboral en una sociedad meritocrática.

#### 4.6.- El envejecimiento en la Comunidad Canaria.

La Comunidad Canaria, caracterizada por su dinamismo demográfico, por primera vez superó el millón de habitantes de derecho en 1970. Desde entonces las islas han experimentado un crecimiento sostenido -que en las décadas de los ochenta y noventa expresaba el mayor ritmo de crecimiento del Estado- y que condujo en 2006 a la superación

de los dos millones. Este dinamismo está vinculado a la expansión económica, iniciada en la década de los sesenta en torno al turismo, actividad que funciona como motor de desarrollo y foco de atracción para la inmigración, y que aún en 2002 suponía la llegada de más de 12.000.000 de personas al año. Una cifra que, tras pequeños altibajos, se ha situado en 9,4 millones de turistas en 2008 (MITC, 2009).

La cifra oficial de población de Canarias -según el último Censo de población y Viviendas de 2.001, referencia de 1 de noviembre de ese año- era de 1.694.477 habitantes (Tabla 32), aunque entonces el Comité de Expertos sobre población e inmigración en Canarias sostenía que la cifra oficial de población procedente de la revisión del Padrón Municipal de ese año -de 1 de enero- establecía 1.781.366 habitantes, mientras que en la misma fecha de 2002 era de 1.843.755, lo que ponía de relieve cómo en el período de un mismo año surgían tres cifras de población cuya discrepancia absoluta era de 149.278 habitantes. El Comité sostuvo entonces que un tercio de todos los supuestos “registros indebidos” del país se encontraban en Canarias, mientras el resto de las Comunidades Autónomas que acumulaban estos hipotéticos sesgos eran la Comunidad Valenciana, Cataluña, Andalucía e Islas Baleares, todas de máxima atracción inmigratoria, lo que apuntaba que estos habitantes empadronados, quizás no estaban interesados en censarse.

En el período intercensal comprendido entre 1991 y 2001, la población canaria experimentó en líneas generales un incremento que se tradujo en una variación de 13,44 puntos porcentuales. Sin embargo, en dicho período destacan los cambios en la estructura de edad, que en algunos casos ofrece una variación negativa. El cambio más significativo fue el experimentado por las cohortes correspondientes a las edades más tempranas, con una considerable reducción de 5,8 puntos porcentuales, de modo que los/as menores de 14 años representaban en 1991 el 22,3% de la población total, mientras diez años más tarde representan el 16,5%. En cambio, las personas mayores de 65 años pasaron de representar el 9,5% del total al 12%. El incremento fue de 2,5 puntos porcentuales, pero su variación (43,64%) era la más significativa. En la proyección del Índice de Crecimiento por grupos de edad para el año 2011 (Gráfica 13) la citada tendencia se intensifica, de modo que los menores de 19 años presentan una reducción porcentual de 13,8 puntos, mientras los grupos de

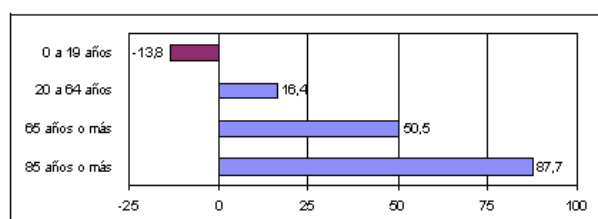
**Tabla 32. Población por islas, números absolutos y porcentajes. Canarias, 1986-2006.**

Islas	Superf. (Km2)	1986	1991	1996	2001	2006
Canarias	7.447	1.455.991	1.493.784	1.606.549	1.694.477	1.995.833
Lanzarote	846	57.038	64.911	77.379	96.781	127.457
%		3,92	4,35	4,82	5,71	6,39
Fuerteventura	1.660	31.382	36.908	42.938	60.273	89.680
%		2,15	2,47	2,67	3,56	4,49
Gran Canaria	1.560	653.179	666.150	713.768	730.622	807.049
%		44,86	44,59	44,43	43,12	40,44
Tenerife	2.034	610.047	623.823	665.611	701.034	852.945
%		41,90	41,76	41,43	41,37	42,74
La Gomera	370	17.336	15.963	17.008	18.285	21.952
%		1,20	1,07	1,06	1,08	1,10
La Palma	708	79.815	78.867	81.507	78.800	86.062
%		5,48	5,28	5,07	4,65	4,31
El Hierro	269	7.194	7.162	8.338	8.682	10.688
%		0,49	0,48	0,52	0,51	0,53

Elaboración propia.

Fuente: ISTAC. (1996). Anuario estadístico de Canarias. INE. (2001). Censos de Población y Viviendas. ISTAC. (2006). Revisión Padrón Municipal, 2006.

más de 65 y 85 y más, crecen un 50,5 y un 87,7, respectivamente. La Tasa de Dependencia Económica de las personas mayores es en la Comunidad Canaria de 0,17, inferior a la nacional de 0,24% (INE, Padrón Municipal, 1 de enero de 2007)

**Gráfica 13. Índice de Crecimiento de la población proyectada, según grupos de edad. Canarias, 1996-2011.**

Fuente: ISTAC. (1999). Proyecciones de población. Canarias 1996-2011.

La revisión del Padrón Municipal (INE, 2008) arroja para Canarias una población de 2.075.968, si bien la distribución de la población varía ostensiblemente de una a otra isla. La distribución poblacional guarda relación con las superficies insulares, con ciertos fenómenos demográficos como una mayor natalidad en las islas orientales y una mayor incidencia de la emigración en las islas occidentales,

y con la tendencia histórica a la concentración de habitantes en las islas capitalinas, y concretamente en los dos municipios capitalinos. “Macrocefalia” denomina BURRIEL DE ORUETA (1981) al fenómeno por el que Tenerife -que en la actualidad lidera el mayor saldo poblacional- concentra el 43% de la población, y Gran Canaria el 40%, lo que a su vez se traduce en una alta densidad de población, 419 y 515 hab./Km<sup>2</sup>, respectivamente. Entre los Censos de Población y Viviendas de 1991 y 2001, la variación relativa de la provincia de Las Palmas fue de 15,59%, y la de la provincia de Santa Cruz de Tenerife fue de 11,16%. El resto de las islas, a excepción de ciertas oscilaciones en las occidentales, muestran un importante dinamismo geográfico, más acentuado en las orientales de Lanzarote y Fuerteventura, importantes focos de atracción para la inmigración debido, entre otras cosas, a la actividad turística de sol y playa.

La población canaria, aunque es una de las más jóvenes del Estado, ha comenzado a experimentar los efectos del envejecimiento demográfico (Tabla 33). La prolongada caída de la natalidad, contrarrestada por la incorporación de inmigrantes y por el peso que aún representan los jóvenes de menos de 30 años, se ha combinado en el Archipiélago con una

considerable caída de la tasa bruta de mortalidad, lo que ha dado como resultado un importante aumento de la esperanza de vida, que se situó en 76,09 años para los hombres y 82,31 años para las mujeres en 2006.

**Tabla 33. Población de derecho por grandes grupos de edad. Canarias, 1991-2001.**

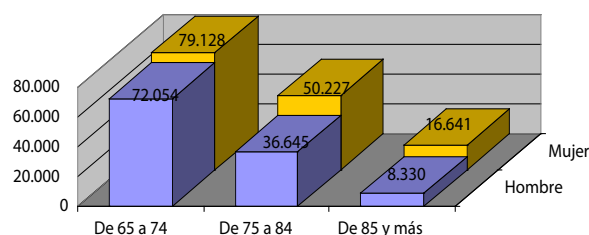
	1991	2001	Variación	% Variación
Población total	1.493.784	1.694.477	200.693	13,44
De 0 a 14 años	333.551	279.525	- 54.026	-16,20
De 15 a 64 años	1.018.205	1.210.946	192.741	18,05
De 65 y más	142.028	204.006	61.978	43,64

Elaboración propia.

Fuente: ISTAC. (1996). La población en cifras. Encuesta de población. INE. (2001). Censos de Población y Viviendas.

La juventud en el Archipiélago presenta una proporción del 15,18%, mientras que las personas mayores de sesenta y cinco años representan el 12,66% (INE, 2008). Los individuos de entre 65 y 74 años representan poco más de la mitad de este sector de población (57%), los de entre 75 y 84 años son el 33%, y los de más de 85 años el 9,49% (Gráfica 14). La vejez es en Canarias mayoritariamente femenina, pues la longevidad de las mujeres es más frecuente y aumenta con la edad, de modo que representan el 55,7% de la población mayor, y el 66,6% de las personas de 85 años y más.

**Gráfica 14. Personas de más de sesenta y cinco años por grupos de edad y sexo. Canarias 2008.**



Elaboración propia.

Fuente: INE. (2008). Revisión del Padrón Municipal.

Al hablar de envejecimiento demográfico en Canarias es obligado señalar las diferencias entre las distintas islas. Geográficamente el envejecimiento crece de oriente a occidente (Tabla 34). Los índices más altos se registran en las islas de El Hierro (19,85%), La Gomera (18,25%) y La Palma (18,05%); moderados en las islas de Tenerife (13,17%) y Gran Canaria (12,28%); y los más bajos en Lanzarote (7,96%) y Fuerteventura (6,03%). El decremento del índice de juventud en las islas occidentales ha sido precedido de una mayor emigración trasatlántica primero, y después insular o regional desde la vertiente de barlovento de las islas de Tenerife, La Palma y La Gomera -ámbitos geográficos de escaso dinamismo económico- con dirección a municipios urbano-turísticos. Semejante éxodo rural y consecuente envejecimiento ha tenido lugar en el interior de las islas orientales, especialmente en Gran Canaria.

**Tabla 34. Índices de juventud y envejecimiento, 1991-2007.**

	Índice de juventud				Índice de envejecimiento			
	1991	1996	2001	2007	1991	1996	2001	2007
Canarias	22,33	18,9	16,5	14,96	9,51	10,48	12,04	12,44
Lanzarote	24,36	20,37	18,1	16,76	7,3	7,67	7,79	7,96
Fuerteventura	26,71	22,75	18,78	16,45	6,55	6,64	6,35	6,03
Gran Canaria	22,47	19,19	16,96	15,59	8,84	9,85	11,66	12,28
Tenerife	22,15	18,55	15,84	14,14	9,76	10,87	12,65	13,17
La Gomera	18,51	15,52	14,06	12,37	15,65	16,46	18,06	18,25
La Palma	19,92	16,77	15,1	13,69	14,29	15,5	17,37	18,05
El Hierro	18,75	15,59	14,74	13,54	18,6	18,84	20,02	19,85

Fuente: ISTAC. (2008). Indicadores demográficos.

**Tabla 35. Personas de sesenta y cinco años y más según grupos de edad por islas, números absolutos y porcentajes. Canarias 2001.**

	Total	De 65 a 74		De 74 a 84		De 85 y mas	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Canarias	204.006	58.268	68.223	23.862	34.819	6.249	12.585
Lanzarote	7.535	2.260	2.401	902	1.210	260	502
Fuerteventura	3.829	1.173	1.166	510	602	143	235
G. Canaria	85.203	24.828	29.073	9.731	14.239	2.454	4.878
Tenerife	88.714	25.182	29.923	10.294	15.262	2.590	5.463
La Gomera	3.302	870	1.028	414	576	160	254
La Palma	13.685	3.504	4.146	1.749	2.624	565	1.097
El Hierro	1.738	451	486	262	306	77	156

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2001). Censos de Población y Viviendas.

Los municipios que presentan una mayor proporción de personas mayores de 65 años son habitualmente las capitales insulares. Arrecife concentra el 41,4% de la población mayor de 65 años de la isla, Puerto del Rosario el 34,6%, Las Palmas de Gran Canaria el 53%, Santa Cruz de Tenerife el 30%, San Sebastián (39%); salvo en los casos de Los Llanos de Aridane (20,7%) y Frontera (54,7%).

La inmigración presenta ciertas particularidades en estos grupos de edad (Tabla 36). La población an-

ciana procedente de la Unión Europea (83,6%), que suele ser de retiro, es la más significativa y presenta una mayor simetría entre los sexos. Muchas personas mayores procedentes de otros países llegaron a las islas en décadas anteriores atraídas por el dinamismo económico de los sesenta. Tenerife es la isla en la que reside la mayor proporción de personas extranjeras (46,3%), seguida de Gran Canaria (26%), Lanzarote (13%), Fuerteventura (9,6%), La Palma (3,2%), La Gomera (1,3%) y El Hierro (0,6%).

**Tabla 36. Personas de sesenta y cinco años y más residentes en Canarias, clasificada por lugar de nacimiento, grupo de edad y sexo, 2001.**

	De 65 a 74		De 75 a 84		De 85 y más	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
* España	54.292	64.461	22.061	32.760	5.894	12.092
- Canarias	49.739	60.769	20.133	30.383	5.456	11.382
Esta Isla	45.145	54.597	18.101	26.856	4.856	10.111
Este municipio	31.230	37.262	12.331	18.093	3.278	6.827
Otro municipio	13.915	17.335	5.770	8.763	1.578	3.284
Otra isla	4.594	6.172	2.032	3.527	600	1.271
- Otra Comunidad	4.553	3.692	1.928	2.377	438	710
* Otro país	3.976	3.762	1.801	2.059	355	493

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2001). Censos de Población y Viviendas.

## **CAPÍTULO 5**

### **EL ORDEN DE PODER ALZADO SOBRE LA EDAD Y EL SEXO**

## CAPÍTULO 5

### EL ORDEN DE PODER ALZADO SOBRE LA EDAD Y EL SEXO

#### 5.1.- Introducción. Poder y sexo

Las personas mayores conforman un importante sector que cada vez gana peso en la población y cuya calidad de vida es objeto de atención por parte de diferentes organismos e instituciones en distintos ámbitos territoriales -tal y como se ha puesto de manifiesto en los capítulos tercero y cuarto-. Sin embargo, su volumen no parece proporcional a su capacidad de influencia en las sociedades occidentales, eminentemente productivistas, inmersas en la revolución de la información y volcadas en la imagen. El poder, en términos weberianos (1922), es la probabilidad de que un individuo en una relación social esté en condiciones de hacer prevalecer su voluntad, incluso contra resistencia, independientemente de si lo hace de manera justa o legítima. El poder no se ejerce en el vacío, está presente en todas las relaciones humanas, y puede ser ejercido por la fuerza, puede estar determinado por el prestigio o por los recursos asignados a una posición en la estructura social. WEBER acompaña la definición de poder con la caracterización de la dominación, entendida como la probabilidad de encontrar obediencia a un mandato, de manera que restringe el campo de análisis del poder a su ejercicio efectivo y distingue tres tipos básicos de dominación legítima: tradicional (basada en la fuerza de la costumbre), carismática (sustentada en las cualidades extraordinarias de algunos individuos) y legal (que descansa en las regulaciones y reglamentaciones formalmente instituidas y en los derechos a ejercer el poder que tales regulaciones determinan). Se puede entender así que en las sociedades premodernas la costumbre determinara la autoridad de las personas mayores, y que ésta se disolviera en el tránsito a la sociedad moderna con el advenimiento de la dominación racional. Ahora bien, existe la creencia de que en el pasado histórico las personas ancianas eran respetadas o temidas por los individuos más jóvenes, de modo que el imaginario colectivo de lo pasado e incluso de lo remoto está poblado tanto de ancianos poderosos o ricos propietarios como de sabias y venerables ancianas, imágenes que no casan con la escenografía de la tercera edad en la actualidad. Es

más, en este capítulo se pondrá de manifiesto que la historia de las sociedades occidentales está jalonada de episodios de violencia hacia los/as mayores de ambos sexos y que tal hecho es aún objeto de investigación dada su inexplicable vigencia, tanto en lo privado como en lo público.

La noción de poder de unos grupos sobre otros, de un sexo sobre el otro, adquiere mayor comprensión si más allá de la tesis weberiana -que sostenía que el poder está unido a la intencionalidad y a la voluntad del individuo- se ha de tener en cuenta, como sostiene ARENDT (1958), que el poder pertenece al grupo y sobrevive en la medida que éste lo sostiene, o como precisa FOUCAULT (1986) que el poder no es una estructura o una fuerza de la que disponen algunos, sino que es un espacio estratégico, complejo, integrado por diversas y variadas relaciones asimétricas. El poder es algo “coextensivo al cuerpo social, no hay entre las mallas de su red playas de libertades elementales; las relaciones de poder son intrínsecas a otros tipos de relación (de producción, de alianza, de sexualidad) que juegan a la vez un papel condicionante y condicionado” (FOUCAULT, 1986: 82), que no está exento de resistencias. El poder es en fin una relación que, a través del discurso, produce realidades y relaciones en un contexto histórico y social determinado, y concretamente categorías sexuales. Particularmente interesantes resultan las propuestas de GRAMSCI (1926-37) sobre la hegemonía que hace complejas las relaciones de dominio y subordinación al incluir los valores, actitudes, creencias y todo aquello que abarca las dimensiones culturales de las relaciones sociales. El consentimiento activo por parte de los grupos sometidos de las normas y valores establecidos -identificación con los discursos y prácticas- es un aspecto central de la hegemonía. Si bien, la estabilidad de un sistema cultural dominante no es estable ni definitiva, puesto que existen contradicciones emanadas de la oposición entre los grupos sociales que participan de intereses y experiencias diferenciadas.



Históricamente, como se ha puesto de manifiesto en el capítulo 2, el poder ha sido detentado por los hombres sobre otros hombres de distinta extracción social o étnica y sobre todas las mujeres. En la estratificación social ha regido un orden, patriarcal, erigido sobre una división del trabajo en función del sexo, de tal suerte que las instituciones políticas, económicas o educativas y sus leyes, los símbolos y el lenguaje, las normas religiosas, los valores y los mores han sido definidos desde la normatividad androcéntrica, organizando la sociedad como si de elaboraciones neutras se trataran, universalizando lo masculino, otorgándole el máximo valor, inferiorizando e invisibilizando lo femenino. La superioridad masculina se ha justificado a través de teorías biológicas y esencialistas que, sin fundamento alguno, han estableciendo relaciones jerárquicas entre los sexos. AMORÓS (1991: 242) afirma que “la necesidad de marcar las diferencias entre el hombre y la mujer debe ser percibida como especialmente importante allí donde la división sexual del trabajo es la división social del trabajo. Por el mismo movimiento de extensión y prolongación, a escala del cosmos, de las diferencias biológicas, social y culturalmente redefinidas, estas últimas aparecerán envueltas en oposiciones cosmológicas. De este modo, las ideologías generalizan las oposiciones biológicas al proyectarlas en el cosmos -organizando mediante tal extensión-proyección toda la imagen del mundo-, y esta proyección amplificada, lejos de volverlas más difusas, se refleja a su vez sobre ellas y las refuerza al otorgarles dimensiones cósmicas”. El par público/privado (MOLINA PETIT, 1996: 19) y sus equivalentes, empleo/trabajo o patrimonio/matrimonio, que han sido las bases sobre las que se ha levantado la organización social, evidencian la secular asociación entre el varón y el poder, el dinero y el éxito, a pesar de que las oportunidades de ambos sexos difieran en función de la ocupación o la posición, la pertenencia a una clase o una etnia. Pares que definen una organización, basada en una relación de dominación, que habitualmente determina los recursos (económicos, sociales, políticos o de tiempo) de los que se disfrutará en la vejez.

## 5.2.- El poder ante las edades.

En las sociedades primitivas la vejez debió ser un suceso excepcional dadas las duras condiciones en las que se desarrollaba la vida, lo que da pie a especular con la posibilidad de que algunos grupos humanos brindaran por ello respeto y consideración

a sus mayores. Pero es igualmente válido especular con la posibilidad de que otros grupos optaran por su eliminación o abandono, dependiendo de factores tales como la salud de la persona anciana, la movilidad del grupo o la cantidad de recursos disponibles para la comunidad. Al fin y al cabo, como afirma CASALS (1982: 7) “las formas sociales de producción determinan en todas las culturas la suerte del anciano”. Ahora bien, como precisa ARIÈS (2000) es necesario distinguir en la historia entre los papeles reales desempeñados por los/as mayores y sus representaciones en el imaginario social.

La vejez puede ser respetada, pero raramente amada o deseada. En la literatura es abundante la proliferación de sátiras y burlas dirigidas hacia las personas mayores. Analizando los escritos legados en la historia, MINOIS (1987) sostiene que cada civilización tiene su propio modelo de anciano y juzga a los viejos y viejas con referencia a ese patrón. Es preciso señalar en este punto que la consideración de la mujer de cualquier edad, y esencialmente de la anciana, para tratar de dilucidar su situación en los textos literarios, y en general en cualquier otro documento histórico, enfrenta una dificultad casi insalvable: su frecuente ausencia. CEPEDA ADÁN (1986: 6) afirma al respecto que “en los grandes relatos, en las síntesis, en las historias nacionales, en el análisis sociológico, en el estudio de los medios de producción y la evolución del concepto de propiedad; en todos estaba ausente la mujer como realidad humana, como sujeto histórico. Aparecía, cuando más, como una sombra, silenciosa “compañera del hombre” que, en cambio, parecía haberlo hecho todo. A veces, de esta oscuridad emergía alguna fémina que saltaba a la biografía porque “tenía mucha historia”, santas, reinas, heroínas, aventureras del amor, pero siempre con carácter de excepción, en forma fugaz y llamativa. Las otras, en conjunto, seguían ignoradas, nadie se ocupaba de ellas, no obstante fueran compañeras en las tareas del hombre desde los primeros pasos de la civilización, claves en el proceso de división del trabajo, factor decisivo en la fijación del núcleo familiar por cuanto sobre ellas recaía el cuidado de la economía del hogar”. La explicación de tal ausencia se encuentra en la asociación entre el poder político y económico (la esfera “pública”) y el sexo masculino con en el desprecio al ámbito de lo privado y lo femenino. En el transcurso de la historia, el acceso de las mujeres a lo público ha tenido lugar no sólo en personas muy concretas como algunas soberanas; sino en circunstancias históricas

muy puntuales como el siglo XII; momento en el que las transformaciones económicas posibilitaron prácticas hasta entonces desconocidas entre la nobleza como la de heredar, lo que unido a la conveniencia familiar de legar íntegramente los feudos, hizo posible que algunas mujeres fueran realmente poderosas.

Profundizando en el análisis del respeto o la burla, MINOIS (1987) señala que posiblemente en el Oriente Próximo antiguo las personas mayores fueran bien valoradas y ejercieran un poder real como patriarcas o consejeros, lo cual se corresponde con la ausencia de sátiras en los textos que han llegado hasta la actualidad. Semejante consideración se deterioró notablemente en el primer milenio, como deduce de los textos del Antiguo Testamento, pues aunque persiste la figura del anciano venerado, el consejo era en ocasiones ridiculizado o desplazado por la voz de los jóvenes. En el mundo hebraico la influencia del pensamiento helénico hizo que la vejez fuera considerada una tragedia individual en lugar de una bendición divina. La suerte de los ancianos y ancianas se tornó responsabilidad de sus descendientes. La sociedad judía tradicional se ha mostrado, en general, ambigua ante ellos, de modo que en el Talmud se distingue entre los ancianos venerables y los que no lo son, mientras el Nuevo Testamento del mundo cristiano los relega a un lugar insignificante.

Estima MINOIS (1987) que los griegos, quienes consideraban la vejez una maldición, dieron únicamente un papel consultivo al consejo de ancianos, pues el gobierno era más monárquico que senatorial y el mismo consejo más aristocrático que gerontocrático. En los medios aristocráticos el anciano podía ser digno o venerable, pero entre los de origen modesto era frecuente la mendicidad. Parece que fue entonces cuando surgieron por vez primera las instituciones caritativas destinadas a su cuidado. En Atenas, a diferencia de Esparta, la autoridad del padre disminuyó ante la mayor independencia jurídica conseguida por los hijos, aunque la tradición macedonia supuso para los ancianos una cierta recuperación de autoridad y poder. La literatura griega refleja, sin embargo, la escasa consideración a la que estaba sometida la vejez, de modo que, la tragedia la sitúa del lado de la fealdad, el sufrimiento o el rechazo social; la comedia la ridiculiza a través del viejo borracho, lascivo o avaro y la vieja enamorada o alcahueta; y hasta la filosofía le dio un tratamien-

to contradictorio y ambiguo, pero preferentemente desfavorable.

El derecho romano, durante la República, atribuyó una gran autoridad a los ancianos en la figura del *pater familias* sobre todos los miembros de la misma, que sólo desaparecía con su muerte, lo que generaba impaciencia entre los hijos (MINOIS, 1987). La comedia romana lo reflejó nítidamente, ya que fue usada como vía de revancha contra la tiranía de ese *pater familias*. La comedia fue más benévola con la *mater familias*, pues en muchos casos compartía con el resto de la familia el resentimiento hacia el esposo, presentado como avaro, concupiscente o repulsivo. Paralelamente, las personas de edad detentaron importantes poderes y los senadores dirigieron durante siglos la política romana. El Imperio abriría más tarde la vía de la denuncia contra los abusos del *pater* y concedió al hijo varón personalidad jurídica, hasta que finalmente, en el Bajo Imperio la potestad paterna perdió el carácter público y se convirtió en algo exclusivamente familiar. Con el desmantelamiento de la potestad del padre, se desmanteló también la del anciano, cuya imagen literaria se tornó en la de un ser feo, impotente y decrepito. Peor suerte corrieron las ancianas que pasaron a convertirse en el emblema de la fealdad absoluta en la vejez. La sabiduría de los ancianos filósofos o el tratamiento artístico de la ancianidad recibieron mejor consideración, pero ciertas quimeras como el poder absoluto, la riqueza infinita y la juventud eterna ocuparon el centro de la mitología. La visión pesimista de la vejez no era sólo un hecho literario o mitológico, el suicidio constituyó, durante el siglo I y II, una salida para las clases acomodadas. El poder del Senado desapareció ante los emperadores, aunque algunos ancianos conservaron cargos claves en Consejos o Magistraturas, al igual que riquezas. No hay constancia del destino de los plebeyos, mientras que los esclavos ancianos eran liberados o abandonados, a partir del siglo III los hospitales cristianos comenzaron a ocuparse de los más desafortunados.

A juicio de MINOIS (1987), la caída del Imperio Romano trajo, con las gentes llegadas del Norte, la ley del más fuerte bajo cuya protección los más vulnerables perdían su libertad, mientras los más desvalidos, entre los que se encontraban las personas mayores, recurrían a las instituciones cristianas. Durante la Alta Edad Media, en la literatura cristiana, heredera de los escritos más modernos del Nuevo Testamento y de la tradición grecorromana,

la vejez se presentó como una maldición que pesa sobre la humanidad a causa de sus pecados, al igual que el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. Durante el siglo VI una minoría de grandes personajes optaron por el retiro a los monasterios a fin de asegurarse la vida eterna, iniciando así la concepción moderna del retiro o asilo, que será privativo de las clases acomodadas hasta el siglo XIX, pues los pobres habrían de trabajar hasta que sus condiciones se lo permitieran, ya que la vejez por sí misma no implicaba una consideración especial para las instituciones caritativas. A diferencia de la autoridad alcanzada en Roma, el padre sólo conservó entonces autoridad hasta que el hijo tomaba las armas o hasta que la hija se sometiera a la autoridad del marido. El padre quedaba así sujeto a la voluntad de los suyos, aunque en los consejos, y especialmente al amparo de las instituciones eclesiásticas, conservó grandes cotas de poder.

Avanzada la Edad Media, y probablemente debido al aumento de su peso demográfico, siempre menor entre las mujeres debido a las muertes en el parto, se inició el estudio de la vejez desde todas las perspectivas, esto es, descriptiva o normativa, médica, moral o simbólica. La imagen empero fue, en conjunto, negativa pues se temía a envejecer y se buscaban vías para escapar de la decrepitud (MINOIS, 1987). La fuente de la juventud formó parte, más que nunca, de la imaginación colectiva que abundaba en elixires o lugares mágicos. A pesar de no poder ser calificados de estados gerontocráticos, los soberanos ancianos fueron entonces numerosos y su peso no fue despreciable en la jerarquía civil o eclesiástica. Menos fueron las mujeres que gozaron de ascendencia política, pues por regla general la viuda se sometía a la autoridad de sus hijos varones. Entre el campesinado, aunque con excepciones, el triunfo de la familia conyugal ante la patriarcal jugó en detrimento de los viudos y viudas ancianas, que en épocas de crisis veían empeorar su situación, aunque conservaron el reconocimiento del saber tradicional.

A partir del siglo XI la ciudad permitió al comerciante, con el paso de los años, acumular riquezas, ser notable e influir en los asuntos públicos. La peste, en los siglos XIV y XV, fue virulenta con los menores y los adultos, pero trató con clemencia a los mayores y consecuentemente introdujo un desequilibrio poblacional a favor de éstos que se vio favorecido por la emigración. MINOIS (1987) ase-

gura que ello incidió en un tipo de reagrupamiento en familias amplias que permitió asegurar la supervivencia, favoreció el rescate de los/as mayores de la soledad y devolvió a los varones cierto protagonismo como patriarcas, a la par que fortaleció su poder económico y político, lo que condujo a su vez al afloramiento de tensiones intergeneracionales. Los ancianos primaron lógicamente en la iglesia, pero también entre los artistas. La sobrevivencia de los viejos y la escasez de mujeres casaderas dio paso a la proliferación de matrimonios con gran diferencia de edad, lo que acrecentó la rivalidad de los jóvenes y el desprestigio o la ridiculización de tales uniones en la literatura, uniones más infrecuentes entre las mujeres ancianas debido a su menor patrimonio y peor consideración, hasta el punto de asociarlas a las fuerzas del mal. En líneas generales, tanto en la literatura como en el arte, la vejez se consideró un período trágico. A finales de la Edad Media se extendió la práctica del retiro entre las personas acomodadas, pero también caballeros, comerciantes o artesanos se organizaron para asegurarlo. En los ambientes desfavorecidos, quienes carecían de fuerzas se dedican a la mendicidad, mientras la mujer anciana sola y pobre quedó relegada al punto más bajo de la escala social. A partir del siglo XV, la aparición de la imprenta, entre otros factores, arrebató a los/as mayores una importante función, la de memoria de la comunidad.

El Renacimiento hizo suyo el rechazo helénico hacia la vejez, a la que desacreditó y maldijo. MINOIS (1987) recuerda que en su combate y en la búsqueda de la fuente de la juventud se imaginaron, una vez más, ungüentos y lugares fantásticos. El encarnizamiento contra la vejez se manifestó principalmente contra las mujeres ancianas, tanto en la literatura como en el arte, pues con ella se representaba la fealdad y el sufrimiento que se oponía a la juventud, la belleza, el amor y el placer terreno, ideales defendidos por cortesanos y humanistas. Un desprecio que pudo ser motivado por la sobrevivencia de un mayor número de ancianas a raíz de un descenso de la mortandad en el parto, al menos entre las más acomodadas. Un trato que se correspondía con la condena a las mujeres ancianas en la vida real de manera que, con mayor frecuencia que las jóvenes, eran acusadas de brujería. Distinta era la situación de los ancianos que, a pesar del descrédito literario al que fueron sometidos, fueron realmente considerados y formaron un grupo proveedor de cargos civiles o eclesiásticos. En adelante, ciertos cambios

sociales incidieron ya de manera definitiva en un declive progresivo de una situación que históricamente sufrió numerosos avatares.

En el Absolutismo la pérdida de poder social de los mayores fue paralela al ascenso de los jóvenes varones belicosos; la privación del poder económico llegó con el advenimiento de la revolución capitalista e industrial; en la esfera política, la revolución democrática les alejó del poder político; y finalmente, en el ámbito del poder simbólico o cultural, fueron relegados en la medida que la creación artística fue desplazada por el triunfo de la ciencia moderna (MINOIS, 1987). De tal suerte que en el siglo XIX la vejez ya no degradaba, pero fue tomando gradualmente protagonismo la imagen del asilo y la actitud de poner a las personas mayores aparte. Entonces quedó definitivamente aplastada la gerontocracia, que habría tenido lugar únicamente en algunas sociedades estructuradas o normadas en las que la propiedad, la valoración de los conocimientos o la conservación del poder fueron atributos que pudieron ser preservados por las personas ancianas hasta el final de sus días, y que como contrapartida obtuvieron rivalidad, pues cuanto más activo eran sus papeles tanto más se les consideraba despreciables o temibles, y obstáculos al fin.

Paralelamente al apartamiento de los mayores de la esfera productiva aconteció la exclusión de las mujeres mediante su reclusión en el ámbito doméstico y reproductivo. Como se apuntó en el capítulo 2, la propuesta de una participación política activa de las mujeres en la esfera de lo público había encontrado ya resistencias entre los varones ilustrados, salvo raras excepciones como la de CONDORCET, pues se consideraba contraria a la naturaleza (ROWBOTHAM, 1976). Sin embargo, el rechazo a tal participación poco tenía que ver con la biología, dado que era el producto de una operación política y social de reasignación de lugares y funciones. La salida de las mujeres del entorno de lo privado se presentó como una amenaza, no ya para el orden político, sino para la sociedad misma, de modo que con la Revolución Industrial apareció en la esfera de productivo, y se convirtió en posibilidad histórica, el modelo burgués de ama de casa, un modelo ideal –como se pondrá de manifiesto en el capítulo 6– puesto que las mujeres trabajadoras han participado de ambas esferas, aunque con una ciudadanía de segunda.

En todo caso, el recorrido histórico que MINOIS

(1987) realiza en la representación de la vejez no ha perdido un ápice de vigencia en la sociedad contemporánea, puesto que el estatuto social del anciano sigue guardando relación con diversos factores entre los que destaca, en primer lugar, la valoración de la fortaleza y fragilidad físicas, de modo que allí donde se imponen los fuertes la condición de los ancianos es menos valorada. En segundo lugar, la importancia atribuida a los rasgos físicos, dado que donde se exalta la belleza y la lozanía se tiende a menospreciar a las personas más viejas, particularmente a las mujeres. Un tercer factor es el tamaño de la familia, ya que las familias extensas son más propensas a prestar apoyo a las personas incapaces de trabajar que las familias nucleares. El cuarto factor determinante es el reconocimiento de la experiencia y los conocimientos adquiridos en el transcurso de la vida, algo fundamental en las sociedades basadas en la costumbre y la transmisión oral de la cultura, por lo que cada vez están más amenazadas de desaparición. Un quinto factor es la concepción de la productividad, pues a medida que se han ido desarrollando las sociedades y complejizando la división social, sexual y generacional del trabajo se ha ido equiparando vejez a improductividad. Y un sexto y último factor, no por ello menos relevante, es la acumulación de riquezas, por la que en unas ocasiones las personas mayores son respetadas y temidas, y en otras son objeto de envidia por los más jóvenes que aspiran a su potestad, poderes o propiedades.

### 5.3. El sexo del poder.

Las distintas esferas de poder han estado ocupadas, en distintos capítulos de la historia, por personas mayores, con sensibles diferencias entre ellas -poder político, económico, coercitivo y simbólico-. Las mujeres mayores que accedían al poder -político o económico- solían ser viudas de algún patriarca y, salvo excepciones, lo conservaban hasta que contraían nuevamente matrimonio o lo cedían a los herederos. “Sólo los conventos monásticos de las reglas religiosas femeninas permitían satisfacer el ansia de poder de las mujeres mayores” (GIL CALVO, 2003: 33). Independientemente de la edad, las personas mayores son hombres y mujeres y su situación ha diferido, y difiere en función de la posición, la ocupación, la clase social o la etnia. Sin embargo, ahora como antaño, las mujeres de todas las edades comparten, por el hecho de serlo, la opresión genérica. Históricamente los hombres se han atribuido

la superioridad, la verdad, la razón, la voluntad, la fuerza y muchos poderes específicos (LAGARDE, 1996: 74).

Más allá de la llegada, a finales del siglo XIX (Nueva Zelanda, 1893), del momento en que las mujeres pudieron elegir y ser elegidas para la representación política, éstas no han estado absolutamente carenciadas. El poderoso lo es, en primer lugar, porque el dominado le otorga existencia y, en segundo lugar, porque la especialización en la satisfacción de ciertas necesidades, asignadas históricamente en lo privado, ha permitido a las mujeres desarrollar una cierto poder subsidiario sobre los/as hijos/as, al menos, cuando eran dependientes. Afirma LAGARDE (1996: 77) que sólo en los ámbitos en que las mujeres satisfacen necesidades y deseos vitales de la vida cotidiana pueden “controlar, dirigir, enjuiciar, castigar e incluso maltratar e infligir daños a otros”, y añade que “en ninguna otra esfera, ni en las instituciones y espacios públicos, las mujeres ocupan posiciones de rango y jerarquía superior a los hombres y cuando de manera excepcional así sucede, tienen menor poder que los hombres aunque tengan mayor rango”. Cabe mencionar aún un tercer tipo de poder, no exclusivamente femenino, pero sí desprestigiado particularmente entre las mujeres, que es el de la seducción. LIPOVETSKY (1999: 58) sostiene que es en la seducción donde más clara se aparece la “lógica bisexuada”, pues los sexos no tienen a su disposición las mismas armas para ganar en este juego dado que, desde tiempos inmemoriales a la hora de conquistar, los hombres tienen múltiples medios: “riqueza, estatus, prestigio, fuerza, inteligencia, poder, humor”; mientras que “el arma suprema de las mujeres ha sido siempre el aspecto físico” (LIPOVETSKY, 1999: 183). Es más, afirma que en los hombres, el poder, la notoriedad o el dinero pueden reemplazar a un físico poco atractivo, mientras que con las mujeres -a pesar del avance en otras esferas otrora reservadas a los hombres- no ocurre nada semejante.

El siglo XX presenció la aparición de las mujeres en escenarios que antes tenían nombre masculino; mientras los hombres se asomaron tímidamente a los lugares donde algunas mujeres habían creado, tras la exclusión, sus dominios. Transgrediendo límites que parecían perpetuos, se puso al descubierto que los papeles definidos para las mujeres y para los hombres eran modificables, abriendo un inmenso territorio para la libertad y el deseo. Esto ha provo-

cado un cambio intenso, especialmente en las mujeres a las que, en el proceso de construcción de la autonomía, les ha llevado a preguntarse qué hay detrás de lo conocido, a investigar sobre las formas de ser hombre o mujer y a proponer cambios inéditos. El estudio del concepto de género -expuesto en el capítulo 2- abrió preguntas donde sólo había respuestas basadas en una tradición que excluía el análisis y la comprensión crítica. Fruto de esa experiencia, vida de las maneras más diversas e incluso ignorada por millones de mujeres y de hombres que continúan en sus estancias de siempre, surge una idea que sintetiza el recorrido: los modos de ser hombre y de ser mujer son una construcción social e histórica y, por lo tanto, cambiante, diferente en cada grupo social, en las diversas culturas y en distintos momentos históricos. Esta afirmación, que ahora parece obvia, requirió el derrumbamiento de un muro: la creencia resistente de que las diferencias entre hombres y mujeres eran naturales e inmutables.

Hace tiempo que se camina por senderos diferentes a los marcados y que el concepto “género” pone nombre a lo que era un asunto real y cotidiano, que habiendo experimentado notables cambios, especialmente en las últimas décadas del siglo pasado, aún precisa de transformaciones. El discurso que reclama la igualdad entre los sexos -como se apuntó en el capítulo 2- se inició en el siglo XV, tomó fuerza en el siglo XVIII, para articularse en la primera oleada del feminismo -el sufragismo- y, dar paso a una segunda oleada que -partiendo de la obra de DE BEAUVOIR y de la idea de que “la mujer no nace, sino que se hace” (2001, II: 13)- posibilitó la desnaturalización de lo femenino y defendió la concepción de que la femineidad opera en la cultura. La existencia de una tercera ola, nacida en los años ochenta (STETSON y MAZUR, 1995), se ha levantado sobre el eje de la crítica al uso monolítico de la categoría mujer, reconociendo así la diversidad de las mujeres e incluyendo otras variables que guardan relación con el género como son la nacionalidad, la etnicidad o la preferencia sexual, siendo las edades de todas ellas la variable a la que menos atención se ha prestado.

Al objeto de analizar el discurso feminista sobre las relaciones de poder entre los sexos, se retoma aquí lo planteado -en el capítulo 2- respecto de las nuevas orientaciones a las líneas clásicas y otras líneas de especial relevancia en la teoría feminista contemporánea. Tales líneas han identificado unos ejes

de investigación que se apoyan tanto en el análisis de lo erótico como un ámbito de relación específico entre los sexos, como en el análisis de la producción, ya sea de los medios de existencia como de la misma existencia (JONÁSDÓTTIR, 1996: 33). Unas bases sobre las que se sustenta la opresión genérica y que han sido consideradas por la teoría liberal, la teoría socialista –en ocasiones complementada por la teoría psicoanalítica–, y la teoría radical. Es posible también establecer una diferencia entre los enfoques teóricos según el énfasis que haya puesto en los aspectos coercitivos o en los cooperativos (SALTZMAN, 1992: 23). Quienes se posicionan en el primer grupo destacan tanto el peso de las variables estructurales, como el control por parte de los varones de los recursos económicos, políticos, ideológicos y, en menor medida, físicos. Mientras que quienes se posicionan en el segundo ponen el énfasis en un nivel microsociológico, destacando como las mujeres vienen a hacer elecciones, de forma inconsciente, que contribuyen a perpetuar su devaluación y posición desventajosa. En fin, se exponen a continuación cómo abordan la distribución jerárquica del poder las distintas teorías feministas, desde las macro a las microestructurales, pasando por las teorías de la voluntariedad y de la socialización, para finalizar con las elaboraciones teóricas más recientes. Teorías que muestran las diferencias que existen en el seno del feminismo y que evidencian que no hay límites permanentes y estables que aislen el discurso o las prácticas en su seno.

El “Feminismo liberal” (FRIEDAN, 1963; BIRD, 1979; EPSTEIN, 1988), cercano al primer feminismo e impregnado de una ideología individualista y voluntarista–, entiende que la subordinación de la mujer se debe a constricciones legales y costumbres que obstaculizan su entrada y el progreso en el mundo de lo público. Las reformas legales –enseñanza igualitaria, remoción de obstáculos en el mercado, corresponsabilidad para con los hijos/as– se constituyen por tanto en el objetivo, mientras que el trabajo en el seno de las instituciones y los grupos de presión, así como las alianzas con los partidos políticos, son los medios propuestos para su consecución. De esta manera, el feminismo liberal, durante décadas, ha inspirado buena parte de la legislación mundial y de las políticas de igualdad formal orientadas a eliminar la discriminación y promover la igualdad de oportunidades. Una “igualdad” que no contemplaba las desiguales condiciones de partida de los sujetos y que se mantuvo al margen de lo que operaba en lo

privado, por lo que se alejó del feminismo socialista, del radical y, finalmente del de la diferencia.

La “Teoría socialista contemporánea” (SACKS, 1974; EISENSTEIN, 1979; YOUNG, 1980; VOGEL, 1983; HARTMANN, 1979, 1984) destaca como el apoyo mutuo entre el sistema capitalista y el sistema patriarcal posibilita la perpetuación de la opresión genérica y de clase. El capitalismo, que precisa de la producción de una plusvalía, posibilita la explotación de la clase trabajadora, cuya parte femenina favorece el abaratamiento de los costes de producción, lo que a su vez permite no cuestionar las bases del orden establecido al percibir éstas menor remuneración que sus parejas mientras, de manera gratuita, mantienen y reproducen la mano de obra, al tiempo que son consumidoras de bienes y servicios. Las mujeres se resistirían también a la sindicalización debido a su percepción de su marginalización dentro del sector asalariado, por lo que constituyen una fuente de ganancia que no ofrece resistencia. Una marginalización que las convierte también en parte importante del ejército de reserva de la fuerza de trabajo y, por tanto, en amenaza y freno para las demandas de los trabajadores. La ideología patriarcal legitimaría también al capitalismo al presentar a las mujeres como madres, avalando el discurso empresarial que se lamenta de un mayor absentismo femenino por las maternidades o la atención a los hijos e hijas. Mientras la esposa burguesa fue vista por el marxismo feminista clásico como el parásito del parásito, la mujer trabajadora es para el socialismo feminista contemporáneo la esclava del esclavo. En toda clase social, la mujer aparece en desventaja respecto del hombre.

El “Feminismo radical” (MILLET, 1970; FIRESTONE, 1976; DWORKIN, 1981; MACKINNON, 1987) considera la sexualidad masculina, caracterizada como negativa y violenta, la única responsable de la opresión de las mujeres; al punto de equiparar libertad sexual con abuso. El coito sería el principal acto de subordinación en las relaciones de género, mientras la prostitución sería la máxima representación de esa sexualidad violenta y la pornografía la muestra de que el deseo es patriarcal. Las mujeres se presentan como simple recurso sobre el que actúan y al que utilizan los hombres como si ellas no formaran parte de la estructura básica del patriarcado. Las feministas liberales no han dudado en criticar esta corriente por apelar a la censura, pisotear la libertad sexual y parecer querer declarar la guerra al sexo masculino.

Más allá de las teorías orientadas hacia lo macroestructural, el “Enfoque del medio-estructural” (KANTER, 1977; MILLAR, 1983; KOHN y SCHOOLER, 1983; CHAFETZ, 1984; SCHUR, 1984; EPSTEIN, 1988) se vuelve hacia la estructura de la organización para sostener que, independientemente de los atributos personales, los individuos responden de manera similar cuando su situación también lo es. Ambos sexos no disfrutaban de niveles similares de oportunidades y poder, de modo que en puestos de responsabilidad, prestigio e ingresos altos, las mujeres no constituyen un importante grupo de referencia. Tales diferencias refuerzan a su vez los estereotipos sobre el sexo, contribuyendo a perpetuar el sistema que sitúa a mujeres y hombres en posiciones distintas en el seno de una organización.

Finalmente, el “Enfoque microestructural” (PARKER y PARKER, 1979; CURTIS, 1986) destaca como la desigualdad generada en los niveles macro y medio repercute en las interacciones directas entre ambos sexos y refuerza la división del trabajo. El enfoque evidencia, a través de la “Teoría del intercambio” (CURTIS, 1986), que para que una relación sea sostenible los participantes en la misma deben proporcionarse valores aproximadamente iguales. De modo que, si una de las partes tiene acceso a recursos necesitados o deseados por la otra, debe ofrecerse algo a cambio para favorecer el equilibrio y dar continuidad a la relación. El intercambio económico, que es explícito, se basa en un acuerdo impersonal de obligación de cumplimiento en cuya contracción queda claro en qué momento se salda la deuda; el intercambio social, que es implícito, conlleva regalos y favores, y no permite fijar con precisión el fin del pago de la deuda, de modo que, la persona que la acumula adquiere poder interpersonal de una manera que excede el poder de una deuda económica. Este último tipo de intercambio, frecuente en las relaciones de pareja, favorece que en las interacciones entre hombres y mujeres se de una relación de poder asimétrico, no recíproco, pues frecuentemente las mujeres ofrecen deferencia y satisfacciones.

A diferencia de las anteriores interpretaciones que inciden en la desigualdad estructurada, la “Teoría de la voluntariedad” (SANDAY, 1981; CHAFETZ, 1984) sostiene que es la sexuación el proceso en el que se adquiere una ideología sexual que establece como cierto un modelo de masculinidad y feminidad, el proceso en el que se fija la normatividad

de sexo que guía los comportamientos y en el que se adquieren los estereotipos sexuales. La teoría pone de relieve que los individuos no suelen percibir la coerción, y particularmente las mujeres no son conscientes de que están más oprimidas que los hombres. La diferencia entre los conceptos de igualdad e igualitarismo resulta relevante en este enfoque, porque el primero en la tradición del feminismo liberal ilustrado hace referencia a una igualdad global que afecta al ámbito de lo político, lo social, lo económico y lo simbólico; el segundo en cambio, se levanta sobre la igualdad estrictamente legal, una condición necesaria pero no suficiente, que puede resultar engañosa e ineficaz. Desde este punto de vista, a diferencia del patriarcado de coerción que impone la dominación por la fuerza, el patriarcado de consentimiento estaría apoyado en el igualitarismo que preconiza la idea de que mujeres y hombres son iguales, asegurándose la dominación a través de unas redes de significación y de procesos simbólicos sutiles y sofisticados que generan la sensación de que tal dominación ya no existe.

En el marco de la Teoría de la voluntariedad, las “Teorías de la socialización” (LEVER, 1976; LEWIS y WEINRAUB, 1979; CAHILL, 1983), cercanas a las del Interaccionismo simbólico, del Aprendizaje Social o del Desarrollo Cognitivo, focalizan la atención en los esfuerzos conscientes y deliberados encaminados a ofrecer formas de pensar, sentir y actuar diferenciadas por sexo. De este modo, niños y niñas adoptan normas socialmente definidas para su sexo, un elemento central para la definición de sí mismos. Los mecanismos que aseguran tal reproducción son la identificación con los otros significativos, generalmente los progenitores, así como los castigos y recompensas que éstos articulan. El grupo de iguales se revela también fundamental en el proceso. Los medios de comunicación, la escuela, los juegos y juguetes, los deportes, la vestimenta o la lengua serían entre otros los factores que refuerzan la identificación y permiten la transmisión intergeneracional. La medida en que la generación adulta se encuentre sexualmente diferenciada, sobre la división sexual del trabajo, marca el modo en que a edades tempranas se expresan preferencias por las tareas asignadas al sexo: tareas diferenciadas en términos de poder, autonomía, oportunidad, recompensas u otros atributos

Las “Teorías de la vida diaria”, cercanas al Interaccionismo Simbólico y al Enfoque Dramatúrgi-

co (WEST y ZIMMERMAN, 1977; GOFFMAN, 1977; HAAVIND, 1984) sostienen que tanto los hombres como las mujeres necesitan a miembros del otro sexo para dar validez a sus identidades sexuales, de modo que las personas están constantemente implicadas en la tarea de producir la diferenciación sexual. A los hombres les supone la demostración de fuerza y competencia, a las mujeres se les atribuye la debilidad y la vulnerabilidad. Desde esta posición teórica se afirma también que prácticamente todas las actividades pueden, y de hecho, son evaluadas de acuerdo a su contenido sexual.

La “Teoría feminista freudiana” (MITCHELL, 1974; CHODOROW, 1978; OLIVIER, 1980; GILLIGAN, 1982; BENJAMIN, 1995) fijó inicialmente su atención en cómo la división sexual del trabajo sitúa, casi en exclusiva, la crianza de los hijos/as en manos de las mujeres, hecho que tiene consecuencias diversas en función del sexo del menor. Las niñas, que se identifican con sus madres, quieren ser cuidadoras, de modo que las mujeres valoran las relaciones con los/as demás como parte fundamental de sus vidas y pasan buena parte de ella preocupadas por los aspectos que tienen que ver con el amor y la simbiosis, lo cual influye en los tipos de trabajos que eligen. Los hijos, en cambio, se orientan hacia la propia individuación y a la demarcación de las fronteras de su ego, convirtiéndose en hombres temerosos de las mujeres que se empeñan en sostener la superioridad y la dominación masculina. Su definición como seres para sí les aleja de los/as otros/as y les lleva a intentar obtener el éxito en el ámbito de lo público. Tales procesos tienen lugar en las etapas pre-edípicas y edípicas de la infancia y se dan independientemente de los procesos conscientes de las personas adultas para enseñar otras conductas y orientaciones a sus hijos/as, y depende del sexo del objeto amado. La tendencia reciente de esta línea de pensamiento desplaza el foco desde la fase pre-edípica a la etapa de separación-autonomía en la que se rompe toda idealización de la madre y se introducen sentimientos de agresión y escisión.

Lo realmente novedoso del siglo XX ha sido la disposición de la mujer para pensarse, de modo que a las principales líneas ideológicas feministas -la liberal, socialista o la radical- y a las nuevas líneas de pensamiento han seguido las del debate igualdad-diferencia, que nace de la reflexión sobre la posibilidad de superar los géneros. El “Feminismo de la igualdad” (BENHABIB, 1992; VALCÁRCEL,

1993; MOLINA PETIT, 1994; AMORÓS, 1997), heredero de la filosofía racional y del feminismo socialista de los años setenta, defiende una moralidad y universalidad ilustrada, aunque considera que los principios democráticos definidos por los teóricos ilustrados nunca se han llegado a implantar completamente, por lo que tales proclamas son aún una reivindicación pendiente. Definen un concepto de igualdad que se refiere a un cierto tipo de relación de homologación entre individuos que son diferentes y perfectamente discernibles. El acceso al poder se configura como una clave para acabar con la discriminación y opresión femenina, y aunque tal acceso está formalmente garantizado, en la práctica no sucede espontáneamente porque el propio proceso de socialización margina y aparta a las mujeres de dicha esfera, mientras los hombres mantienen y conservan su poder a través de pactos metaestables.

El “Feminismo de la diferencia” (IRIGARAY, 1984; MURARO, 1994; RIVERA GARRETAS, 1997; SENDÓN DE LEÓN, 1981), heredero del pensamiento feminista radical, considerando que la igualdad convierte a las mujeres en idénticas a los hombres, reniega de la participación en la reproducción del orden patriarcal, en sus reglas de juego que incluyen desde la expoliación de los recursos naturales hasta el recurso a la guerra, proponiendo una alternativa de valores éticos, que remite a un orden matriarcal primigenio que tiene su correlato en el reconocimiento y la vinculación a la autoridad de una mujer. Reconocimiento que las feministas italianas de la LIBRERÍA DE MUJERES DE MILÁN (1991) han etiquetado como “affidamento” para designar una autoridad que no se mide con la masculina, ni busca poder social en el orden patriarcal. Esta escuela no ha sido ajena tampoco a la crítica de las feministas ilustradas ante lo que estiman la peligrosidad de retornar al biologismo o al esencialismo.

En un afán de reconciliación entre ambas posturas, en la década de los noventa y en la presente, se ha puesto de manifiesto que las teóricas de la igualdad no rechazan la diferencia, y que la igualdad real y plena no es lo contrario de la diferencia sino de la desigualdad (SUBIRATS, 1998; CRUZ Y ZECCHI, 2004). Cercana a la propuesta de la igualdad, esta postura destaca cómo el paro, las categorías laborales inferiores, los salarios más bajos, la precaria incorporación al empleo o las cifras de mujeres asesinadas a manos de sus compañeros y ex-compañeros revelan un panorama de discriminación,



marginalización y desigualdad que no permite rechazar la igualdad como un concepto que únicamente implica masculinización y homogeneización, mientras el excesivo énfasis en la diferencia sexual y en lo privado puede resultar reaccionario. En el ámbito de lo privado ha sido el ámbito de la familia el principal centro de atención, de modo que el foco se ha fijado en el trabajo doméstico, el cuidado de hijos e hijas y otras personas en el hogar, la invisibilidad de tal contribución o la rémora que supone para la promoción de quien se ocupa de ello y carece de apoyos. Acaso menos utópica que la propuesta de la reconstrucción del universo simbólico de la madre, pero igualmente difícil de alcanzar, la propuesta de una igualdad integral apuesta por el respeto a la diferencia y por la valorización de lo femenino a través de la equipotencia, la autonomía, la autoridad, la equifonía, la equivalencia o la interlocución. Otras líneas de trabajo han incidido, por ejemplo, en la gestación del estudio de la identidad masculina y la integración de esas masculinidades diferentes a la “hegemónica” o en el impulso al estudio de los derechos sexuales, las distintas orientaciones e identidades transexuales.

El “feminismo institucional” o la institucionalización del discurso feminista, surge a consecuencia de las demandas del movimiento y parece haberle restado fuerza a las bases, hasta el punto de que se habla de una crisis en su seno, que sería generalizada en los países occidentales (CERVERA, 1992; FOLGUERA, 1988). Entre las bases, algunos sectores del movimiento feminista, denominarían “femócratas” a aquellas personas, casi todas mujeres, que dirigen y/o trabajan en los organismos de igualdad y que habrían sido criticadas inicialmente por haber sido cooptadas por estructuras gubernamentales patriarcales (BUSTELO RUESTA, 2004: 20). Asimismo, la nueva configuración del panorama político ha trasladado muchos de los debates del feminismo al seno de las universidades. El “feminismo académico” inicia, a finales de los años setenta, la crítica al carácter androcéntrico del discurso científico y desarrolla investigaciones orientadas a recuperar la visibilidad de las mujeres en la ciencia, con la vocación de ser un instrumento de cambio social (FOLGUERA, 2006: 441).

Las difíciles relaciones de las mujeres con el Estado han venido cambiando de signo desde los años setenta, de modo que ciertas corrientes feministas han aceptado que sea el instrumento primordial para la

mejora de la condición de las mujeres. Las estrategias gubernamentales en favor de la igualdad entre los sexos han ido apareciendo secuencialmente y se pueden agrupar en tres tipos: a) medidas legislativas dirigidas a la eliminación de la discriminación directa; b) las acciones o discriminación positiva que tratan de identificar y eliminar barreras sociales persistentes a fin de equilibrar la participación de las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad (laboral, político, etcétera) y c) la transversalidad o la integración de políticas específicas de igualdad de oportunidades en las políticas generales. Las dos primeras medidas necesarias, no han resultado suficientes; la tercera es la traducción del concepto de “mainstreaming” que apareció en la escena internacional en la III Conferencia Mundial sobre la Mujer (Nairobi, 1985) e implicaba abordar de manera transversal y sistemática, en cada área social, la eliminación de la desigualdad y la promoción de la igualdad, para lo que es fundamental la colaboración de todos los agentes e instituciones que conforman la sociedad. Tal necesidad, sin embargo, no parece ser apreciada como prioritaria por dichos agentes, por lo que mientras proliferan leyes específicas, no se ha dado su aplicación en la práctica. La conquista de derechos por parte de las mujeres ha sido un proceso largo y, en muchas ocasiones, formal puesto que la desigualdad real permea aún la sociedad y las instituciones, los hábitos y las mentalidades. MOLINA PETIT (1996) afirma que “la situación de subordinación de la mujer se resume en una situación de no-poder como colectivo: dónde quiera que estén situadas o lo que quiera que sea que hagan, las mujeres estarán siempre por debajo de los varones por el hecho de ser mujeres. Hay mujeres poderosas o importantes, pero lo son a título individual y no por ello el colectivo “mujeres” deja de percibirse como un colectivo sin poder”.

En esta investigación se sigue una de las últimas propuestas del feminismo, la “Teoría sexo-género” (SAU, 1989; ASKEN Y ROSS, 1991; LAGARDE, 1996), que nacida con una cierta voluntad conciliadora entre sus corrientes de pensamiento, articula lo macro y microestructural, lo coercitivo y lo cooperativo, apoyándose en cuatro elementos fundamentales: la estratificación y diferenciación entre los sexos, la división sexual del trabajo, las definiciones sociales del sexo y la misma diferencia de poder entre los sexos. El primer aspecto, la estratificación, supone que a pesar de que hombres y mujeres sean iguales entre sí en función de diversas

categorías sociales (clase, etnia o edad), difieren en el acceso y control de los recursos económicos, políticos o de tiempo, y en el reparto de los beneficios (retribuciones económicas, sociales, políticas y psicológicas) que se derivan del uso de tales recursos. Cuanto mayor es la estratificación en una sociedad, mayor desigualdad existe entre los sexos. No se conoce sociedad, más allá de las leyendas, en la que la estratificación sexual favorezca a las mujeres. La diferenciación entre los sexos -considerada en el segundo capítulo- alude a los “modos de ser hombre y mujer” en las distintas sociedades, en el sentido que lo hiciera MEAD (1935) o LAGARDE (1996) y se refiere a responsabilidades, pautas de comportamiento, motivaciones, aspiraciones o temores asignadas a cada sexo. Conceptualmente, tal diferenciación no implica desigualdad, pero en la práctica está íntimamente asociada a la estratificación sexual, de manera que los modos de ser o hacer típicamente femeninos aparecen devaluados y los masculinos sobrevalorados.

La segunda dimensión, la división sexual del trabajo -que se abordará en los capítulos sexto y séptimo- hace referencia a que en todas las sociedades las mujeres desempeñan el trabajo reproductivo (biológico y social) y, de forma variable el productivo, mientras los hombres realizan el productivo, y de manera incipiente y variable el reproductivo. De por sí, la división sexual del trabajo tampoco comporta desigualdad, pero en la práctica el primero aparece social y económicamente devaluado.

Las definiciones sociales del sexo -el tercer aspecto- aluden a los valores, las creencias o estereotipos que comparten los miembros de una sociedad. La ideología sexual asociada a tales definiciones ofrece una base para entender y valorar las diferencias y para legitimarlas, y se materializa en la normatividad social, esto es, en los mandatos de género articulados para ambos sexos, que a su vez se traducen en expectativas sobre la conducta de las personas en función de los estatus que se les asignan. La violación de los mandatos se valora como conducta desviada y merecedora de sanciones. Evidentemente las expectativas varían en el espacio y en el tiempo en base a los cambios económicos, demográficos y tecnológicos, y particularmente desde que el grupo más oprimido, el de las mujeres, ha cuestionado su legitimidad, aunque en lo esencial los mandatos permanecen invariables.

La vitalidad del androcentrismo se apoya en la “cooperación” de las mujeres, garantizada a través de los ya citados mecanismos, y particularmente de la transmisión intergeneracional de los géneros, la limitación en el acceso o la ausencia de control sobre los recursos, la división entre las propias mujeres o el recurso a la violencia, física o psicológica. El poder se ha mantenido históricamente en una dialéctica de coerción y consenso. Las contraprestaciones recibidas para hacer viable la continuidad del sistema han sido esencialmente simbólicas: la valoración de la virginidad, la exaltación de la maternidad o la centralidad de la femineidad. De igual manera que la masculinidad, entendida como virilidad, comporta gratificaciones para los hombres, sometidos igualmente, pero favorecidos por la normatividad de género. La articulación de la segregación sexual es posible, y a su vez se conforma, en base al ejercicio del poder, el último aspecto, que a nivel estructural es posible por el control de los recursos y a nivel interpersonal mediante la orientación de la interacción hacia la satisfacción de los propios intereses.

En las últimas décadas, los sistemas de estratificación de los sexos aparentemente han cambiado en pro de una reducción de la desventaja femenina, pero realmente la división sexual del trabajo se perpetúa como el elemento central del sistema. Los varones conservan a nivel macro el monopolio de los roles de elite, lo que les permite mantener un mayor control sobre los recursos en el nivel micro, reforzando así la misma división sexual del trabajo y su poder. Y es que la división del trabajo en el ámbito privado, aunque ha cambiado, permanece casi invariable, pues la femineidad sexualmente diferenciada alienta a las mujeres a comportarse de formas que mitigan la necesidad de que los hombres usen el poder de los recursos para mantener el orden establecido, ya que la mayoría de las mujeres eligen ser y hacer lo que de otro modo se obtendría por coerción. Las definiciones sexuales no han variado sustancialmente en respuesta a las modificaciones de la división sexual del trabajo, por el que muchas mujeres y pocos hombres, han transitado hacia los espacios públicos y privados respectivamente. Las cosas cambian para permanecer, en esencia, invariables.

La permanencia de las definiciones sexuales remite al discurso de la desigualdad seductiva que encabezaba este epígrafe, una desigualdad que permanece considerablemente estable. LIPOVETSKY (1999)

defiende la idea de que, a pesar de la creencia en la confluencia de los sexos y a pesar de la agitación de las conciencias acaecida tras las revoluciones feministas por la que, al menos formalmente, las mujeres son conscientes de que pueden hacer lo mismo que los hombres, subsiste la permanencia de lo femenino porque las mujeres no desean desdibujar su femineidad, ya que responde a la necesidad de reafirmar su identidad. Algo similar les sucede a los varones, pero en las mujeres se da la necesidad de ser a través de los demás. Una necesidad que, en último extremo, implica mayores dificultades para construir una autonomía que la independencia económica de por sí no garantiza. Una autonomía que equivaldría a la capacidad de generar el poder de controlar la propia vida. En otros términos, empoderarse o no percibirse, permanente y exclusivamente, en función de otros, no verse como un apéndice de los hombres, de la familia, del mercado, de la Iglesia, del Estado y, en general, de las circunstancias.

#### 5.4. La edad, el sexo y el poder.

La sociedad contemporánea es, al decir de GIL CALVO (2003: 28) gerontofóbica, pues las personas mayores parecen invisibles, “se los ignora y se los oculta tanto como se los desprecia y se los odia”. El concepto de gerontofobia (MORAGAS MORAGAS, 1991) tendría su origen en la resistencia juvenil que pretende destruir tanto el poder social como el prestigio simbólico de los ancianos. Como toda fobia, su elemento central es el temor, pues el miedo a la vejez es capaz de disipar una difusa angustia ante la propia muerte. Ahora bien, los prejuicios y el edadismo<sup>60</sup> también tienen género, de modo que cabe atribuir a los ancianos la sabiduría de la experiencia, mientras que el conocimiento de las mujeres es visto con cierto temor. En los cuentos infantiles las brujas malvadas son mujeres mayores y la suegra ocupa un papel relevante entre los seres desacreditados del imaginario colectivo. En general, los conocimientos de las mujeres suelen ser considerados como un “no saber” (JULIANO, 2005: 16), pues lo que las mujeres saben y transmiten por vías no académicas se considera no especializado, no significativo, y normalmente no se asigna al campo del conocimiento, sino al de la naturaleza, pues con tal carácter son contempladas las dos tareas asignadas a las mujeres: “darles hijos e hijas a los hombres o darles placer”. Las mujeres, además, son susceptibles de padecer doble discriminación, por ser mayores y por ser mujeres, inactivas y desprovistas de juventud y capa-

cidad reproductiva, a ellas se les prescribe mayor renunciamiento y moderación a través de los roles de viuda, suegra o abuela.

GIL CALVO (2003: 48) considera que, más allá del temor a la propia muerte, es la posibilidad de la existencia de un monopolio del poder -social, económico, político y simbólico- lo que está realmente en el origen del “odio” de los jóvenes hacia los ancianos patriarcas al impedir estos su ascensión social. PÈNE (1999), sin embargo, considera paradójico hablar del poder de una categoría de la población que tiene como una de sus principales características la de haber renunciado a lo esencial del poder económico y que no puede paralizar la máquina económica mediante huelgas para defender sus intereses; algo que no evitaría un conflicto real y próximo entre las personas mayores y las jóvenes, en un sistema de reparto, al ponerse en relación inmediata las personas en activo y cotizantes con aquellas que perciben pensiones, dado su incremento en volumen, en número de años que van a percibir esa prestación y en el monto de la misma. ROCARD (1994) aludió a una posible guerra intergeneracional por este motivo. Probablemente tal enfrentamiento no ha tenido lugar porque cualquier cotizante es un potencial jubilado/a, que además cuenta entre sus familiares con personas jubiladas o pensionistas. De hecho, en Europa los intentos de modificar las condiciones de acceso a la pensión de jubilación han sido contestados por parte de los trabajadores y trabajadoras con movilizaciones.

La proporción de hombres y mujeres que continúa ocupada tras la mítica barrera legal de los 65 años es aún reducida y así se aprecia tanto en los datos que ofrecía el Censo 2001 (Tabla 37), como en la muestra de esta investigación, en la que el porcentaje de personas mayores de 65 años que mantiene un trabajo remunerado de forma continua se sitúa en un 1,8%, siendo mayor en los varones que en las mujeres (2,9 y 1%, respectivamente). Esa ocupación, pequeña aún, les carencia de poder de presión en la esfera económica. Los cambios en la organización social, estructurada en términos productivos, relega a las personas mayores a ejercer un rol de jubilado equiparable a la improductividad, lo que lleva aparejado un estatus insuficiente debido a la pérdida de prestigio y/o de ingresos que comportan las pensiones. Las mujeres, con menor capacidad para controlar recursos, detentan aún un estatus más bajo. En esta etapa del ciclo vital, la clase social se convierte

**Tabla 37. Población canaria de 65 años y más por sexo y relación con la actividad, 2001.**

Población activa			Población inactiva							
	Ocupado	Parado	Jubilado	Cobra pen. incap.	Cobra pen. orf. viud.	Estudia	Volunt. sociac.	Necita. Ayuda	Tareas del hogar	Otra sit.
<b>Hombres</b>										
65-69	2.818	0	27.599	1.852	358	33	15	70	518	453
70-74	683	0	21.355	1.094	304	30	6	51	349	290
75-79	235	0	13.859	635	260	8	6	49	248	180
80-84	95	0	7.176	300	174	7	2	52	131	83
85 y +	134	0	5.305	161	182	15	2	58	67	79
<b>Mujeres</b>										
65-69	1.066	0	10.783	2.401	7.650	99	47	180	15.479	564
70-74	268	0	9.331	1.549	8.268	64	34	217	9.270	485
75-79	91	0	6.719	882	7.895	26	21	229	4.881	333
80-84	70	0	4.046	495	6.013	16	11	252	1.790	238
85 y +	71	0	3.742	398	5.877	31	5	425	1.025	236

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2001). Censos de Población y Viviendas.

en un elemento decisivo, pues figurar entre los efectivos de los estratos medios y altos permite contrarrestar los problemas asociados a dichas pérdidas, y en todo caso, la disponibilidad de recursos preserva la capacidad de consumir. En la actualidad, esta capacidad se revela como un factor determinante en la conservación de estatus, puesto que las personas jóvenes, incluso si están al margen del mercado de trabajo, obtienen una valoración social más alta en función de su nivel de consumo. El consumo, que no es accesible a todas las personas, se erige como un importante indicador de desigualdad, ya que no tomar parte de él se puede considerar como un factor de exclusión social.

Otra cosa es el poder estrictamente político de este grupo de población. JUSTEL (1983: 134) sostiene que desde los trabajos pioneros de GOSNELL (1930), TINGSTEN (1937) y MILBRATH (1945) se tiene como regularidad empírica, repetidas veces contrastada, el referente que indica que la participación política, y más concretamente la participación electoral, varía con la edad, en el sentido de que “es mínima ente los jóvenes, aumenta gradualmente con la edad, alcanzando su cota máxima entre los cuarenta y lo cincuenta años para disminuir luego, sobre todo a partir de los sesenta años, aunque a esa edad se mantiene una participación más alta que la de los jóvenes”. En cambio, ciertos estudios poste-

riores (NIE, VERBA y KIM, 1974) establecen la relación entre participación política y nivel educativo, y evidencian la casi disolución de la influencia de la edad en el comportamiento del voto. En todo caso, JUSTEL precisa que la variable ideológica también introduce variaciones claras de tendencias, de modo que las personas que se autoubican en el ala de la izquierda presentan un mayor grado de participación política, y aunque los que se sitúan a la extrema derecha y derecha son más que los de centro, en ningún caso presentan frecuencias tan altas de participación. Sin embargo, como electores/as, debido a su peso demográfico, las personas mayores constituyen hoy un sector creciente y muy atractivo de votantes, que en las últimas elecciones representó el 22,19% del Censo Electoral (INE, 2008)<sup>61</sup>. En la muestra de esta investigación, las diferencias encontradas en la participación en las votaciones entre las personas que se definen como de izquierda y las que lo hacen como de derecha son mínimas; en cambio, las personas que dejan de hacerlo representan un exiguo 8,8% (Tabla V). Por tanto su volumen creciente y alta implicación electoral se convierten en dos aspectos altamente valorados por los diferentes candidatos en las diferentes campañas electorales, de manera que la alusión a su capacidad adquisitiva es frecuentemente incluida en los programas electorales. La participación electoral de las personas mayores es tanto más apreciada si cabe cuando se

toma en cuenta la elevada abstención electoral española. La base muestral de esta investigación pone de manifiesto que la participación electoral es muy elevada, pues el 88,2% afirma que acude habitualmente a las urnas ante cualquier convocatoria electoral -europea, nacional, autonómica o municipal-. La participación femenina es menor que la masculina, excepto en las mujeres que se autoposicionan a la izquierda en el eje ideológico.

**Tabla V. Participación electoral por sexo.**

	Total	Mujeres	Hombres
Nunca	8,8	11,1	5,8
En alguna de las convocatorias	2,9	2,5	3,6
Siempre	88,2	86,4	90,7

Fuente: Base muestral propia.

La participación activa de los hombres y mujeres mayores en la esfera política es, en cambio, mínima. La Constitución y las leyes no excluyen a este sector de la ciudadanía de la participación en la acción política, pero su representación para exponer en lo público sus opiniones, necesidades o prioridades no encuentra correspondencia con su peso en la sociedad española; realidad más acusada en el caso de las mujeres. En 2005, el legislativo más feminizado era el Parlamento de Canarias y el más envejecido la Eurocámara de los 15 seguida del Senado (Tabla 38). Entonces la base de datos del Congreso de los Diputados<sup>62</sup> puso de manifiesto que seis diputados contaban con más de 65 años, pero ninguno de ellos era mujer; si bien entre los ochenta diputados que se encontraban en el intervalo de edad de 55 a 65 años, las mujeres representaban una cuarta parte.

**Tabla 38. Órganos legislativos, presencia de mujeres y personas mayores, 2005.**

	Número de Escaños	Mujeres (Porcentajes)	Mayores (Porcentaje)
Parlamento Europeo (15)	732	29,78	8,47
Congreso de los Diputados	350	36,29	2,86
Senado	25	25,10	7,34
Parlamento de Canarias	60	38,33	5,00

Elaboración propia.

Fuente: CEOMA (Confederación Estatal de Federaciones de mayores). 2005.

Al objeto de equilibrar la presencia de ambos sexos en los espacios de toma de decisiones la “Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo (BOE 71, 23/3/2007), para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres” recoge la paridad entre los sexos en las listas electorales (generales, europeas, autonómicas y municipales), al objeto de procurar que en lo sucesivo ninguno de los sexos tenga más del 60 ni menos del 40 por ciento de presencia en las candidaturas<sup>63</sup>; así mismo propone la presencia equilibrada en los nombramientos realizados por los poderes públicos. Paradójicamente tras la última convocatoria electoral, la representación femenina ha descendido, de modo que en el Congreso de los Diputados se sienta una diputada menos que en la legislatura anterior, y aunque la representación femenina ha crecido en el Senado aún no alcanza el 30% (Tabla 39). La razón es que las listas electorales, que no eran de “cremallera”<sup>64</sup>, raramente fueron encabezadas por mujeres. Y en contra de las posibles previsiones, resulta que la proporción de personas mayores ha decrecido en ambas Cámaras nacionales, de modo que, mientras

**Tabla 39. Órganos legislativos, presencia de mujeres y personas mayores, 2008**

	Número de Escaños	Mujeres (%)	Mayores (%)	Edad Media
Diputados/as españoles en Parlamento Europeo	732	25,92	12,96	55
Congreso de los Diputados	350	36,00	1,71	49
Senado	264	29,16	6,06	51
Parlamento de Canarias	60	45,00	1,66*	...

\* Dato no confirmado

Elaboración propia.

Fuente: Parlamento, Congreso de los Diputados, Senado y Parlamento canario. 2008.

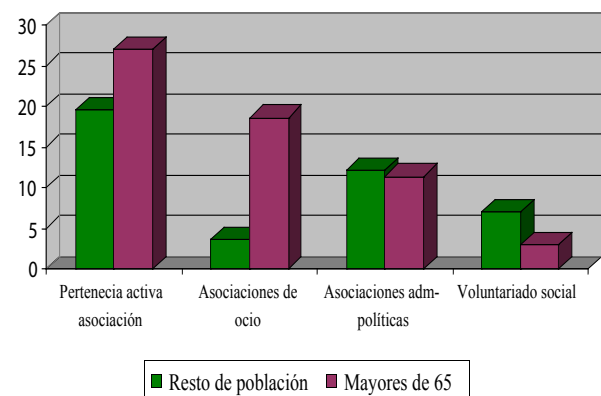
las mujeres son el 12,5% de los mayores en el Senado, carecen de representación alguna en el Parlamento. En esta situación no sólo se hace patente la influencia de la secular exclusión que han padecido las mujeres de los espacios de toma de decisiones, sino las dificultades que tienen para que les sea reconocida la autoridad, ejercerla o reconocérsela a otras mujeres.

La discriminación de las personas mayores en la vida pública se ha tratado de salvar con la creación del “Consejo Estatal de las Personas Mayores” (homólogo nacional del Consejo Canario de los Mayores citado en el capítulo 3-. El órgano fue creado inicialmente en 1994 y regulado por “Real Decreto 117/2005, de 4 de febrero” (BOE 31, 5/2/2005), que establece la creación de un órgano colegiado interministerial, de carácter asesor y consultivo de la administración General del Estado, adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, con la finalidad de institucionalizar la participación de las personas mayores en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas de atención, inserción social y calidad de vida dirigidas a este sector de la población en el ámbito estatal. En el Consejo toman parte los/as 19 representantes de los Consejos autonómicos u órganos análogos, además de quienes representan a las administraciones públicas estatales, autonómicas y locales y de quienes representan a las confederaciones, federaciones y asociaciones de mayores de ámbito estatal o no. La Comunidad Autónoma Canaria, por su parte, mediante la “Ley 3/1996, de 11 de julio, de Participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones” (BOE 188, 5/8/1996), articuló la creación del Consejo Canario de los Mayores, integrado en la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, cuya composición y funciones se ha desarrollado en el “Decreto 240/1997, de 30 de septiembre” (BOC 136, 20/10/1997), en el que se define como un instrumento de participación del movimiento asociativo de las personas mayores en las políticas de atención, inserción social y calidad de vida. Hasta el momento, el protagonismo asumido por ambos órganos parece bastante reducido y su repercusión en la vida pública bastante escasa.

La participación y protagonismo de las personas mayores en la sociedad española encuentra otros cauces a través de la vida asociativa. Una de las principales confederaciones de organizaciones de mayores del país, CEOMA (Confederación Espa-

ñola de Organizaciones de Mayores, [www.ceoma.org](http://www.ceoma.org)), integra unas treinta y seis organizaciones autonómicas y sectoriales estatales y reúne algo más de un millón de personas. En el ámbito autonómico, federaciones como la FEMAC (Federación de Mayores de Canarias, FEMAC [www.femaccanarias.com](http://www.femaccanarias.com)) reúne igualmente a las asociaciones que actúan en la defensa de los intereses de las personas mayores. Si en Canarias, cerca del 20% de la población participa en alguna asociación (Informe Anual CES, 2007: 833), ésta se eleva al 27% en el caso de las personas mayores. El activismo es mayor en asociaciones que cultivan el tiempo de ocio antes que en las de acción política o voluntariado social (Gráfica 15). Si bien la tendencia al asociacionismo entre los/as mayores es superior al del resto de la población en todo el Archipiélago, destacan las islas de Fuerteventura (38,5%) y El Hierro (29,6%), a las que siguen las capitalinas, cada una con una proporción de 28%. Ambos sexos se asocian, pero la participación activa de las mujeres mayores (25,2%) es ligeramente inferior a la de los hombres (29,3%). La participación de los/as mayores comienza a ser valorada de manera positiva por las ONGs que aprecian en los/as mayores un perfil de fidelidad, compromiso y tiempo disponible (DEL ROSARIO, 2007: 14). En la muestra estudiada en esta investigación, la participación en algún tipo de asociación se sitúa en un 24,1%, siendo algo mayor en los varones (27%) que en las mujeres (21,9%).

**Gráfica 15. Participación de la Población de Canarias en asociaciones, 2007**



Fuente: CES. (2007). Informe Anual.

Las tecnologías de la información se ofrecen hoy como una importante herramienta para crear redes entre los/as mayores y/o facilitarles información;

no en vano el grupo de internautas mayores va creciendo gradualmente en el país. La “Encuesta sobre equipamientos y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares” (INE, 2007) sitúa aún la proporción de personas mayores de 65 años en el 1%, pero los/as internautas de 50 años y más alcanzan ya una proporción de 7.5%. Otra brecha, la brecha tecnológica de sexo, se redujo en 2007 en el uso de ordenadores y número de usuarios, aunque aumentó en el uso de internet. Canarias era precisamente una de las Comunidades Autónomas con una tasa de viviendas con acceso a internet (44,6%) superior a la media (INE, 2007)<sup>65</sup>. FELIPE BLANCO (2001: 125), considerando que “son las mismas que impulsan a todos los individuos a comunicarse”, enumera las motivaciones que se han identificado en el uso de internet por parte de las personas mayores: comunicación con familiares y amigos/as; información actualizada de temas de salud; programación y gestión de viajes; decisiones financieras con soporte informático; información sobre vivienda y residencias especializadas; fuente de noticias local, nacional e internacional, desarrollo intelectual al facilitar la información y la formación; desarrollo de la creatividad mejorando el proceso de escritura, las capacidades de diseño visual, el intercambio de ideas en comunidades afines y la experimentación de nuevas identidades; y asesoramiento legal a través de portales especializados para uso personal o por mera curiosidad.

Como asegura DEL VALLE (2002: 50) los hombres y mujeres mayores “se diferencian entre sí por la incidencia en su biografía del contexto personal e histórico que a cada cual le tocó vivir y por la influencia de las variables ideología y clase social, pero han compartido, en función de la marca de género, posibilidades de apertura o limitación hacia el desarrollo personal y hacia cotas más o menos elevadas de autonomía y poder”. Las claves que ayudan a caracterizar buena parte de la vida de las mujeres son el espacio próximo y el tiempo para los otros. Claves que dejan su impronta al llegar a la vejez, sin que ello suponga que se sientan ajenas a los cambios sociales y asuman las nuevas conquistas femeninas impensables en su juventud. De hecho, el 89,2% de las mayores encuestadas en esta investigación está de acuerdo con el trabajo remunerado que realiza la mujer, el 91,4% con el reparto de las tareas entre ambos sexos en el hogar y el 60,3% está en desacuerdo con la idea de que si hay tensiones en una pareja deba ceder la mujer (Tabla VI). Las diferen-

cias entre los sexos son respecto de estas cuestiones significativas (0.000, 0.000 y 0.020, respectivamente), de modo que las mayores son más favorables a la mejora de la situación de las mujeres que sus cohetáneos. A estas generaciones les siguen las adultas y las jóvenes, más ilustradas, más familiarizadas con la retribución por el trabajo, más conscientes de la carencia de asociación natural entre la feminidad y la entrega a los otros, y por ello más cercanas a la idea de autonomía y concertación de intereses en lo privado y en lo público que podrán definir nuevos modelos de relacionarse con el poder en la vejez.

**Tabla VI. Acuerdo o desacuerdo con la frase “si hay tensiones en una pareja debe ceder la mujer” por sexo.**

	Mujer	Hombre
Acuerdo	9,4	9,5
Desacuerdo	60,3	52,7
Depende	28,8	37,2
No contesta	1,5	0,7

Fuente: Base muestral propia

Resulta difícil concretar cómo se materializarán estos cambios en la práctica de la participación social y política de las mujeres mayores del mañana, pero GIL CALVO (2003: 180) alude al “poder gris” para referirse a un cambio de tendencia en las próximas generaciones de mayores, aunque no establece nítidamente una diferenciación de sexo en las pautas de acceso a ese poder. Un cambio hacia una nueva actitud que ambiciona hacer de la vejez una senda de superación personal y ascensión civil en un futuro no lejano en el que, cada vez más, las personas que accedan a la vejez tendrán mejores niveles educativos, habrán desempeñado mejores trabajos y habrán llevado una vida más saludable que las generaciones precedentes. Se trata de personas que habrán hecho su vida laboral en una sociedad meritocrática, acumulando más y mejores méritos y que, a diferencia de las cohortes anteriores, no serán conformistas, “rentistas” en su terminología, sino intervencionistas o “estratégicos” en la búsqueda de mejoras y desarrollo. La existencia de ese poder gris vinculado a una anterior vida productiva abre la posibilidad de dejar al margen a quienes desempeñaron su trabajo en el ámbito reproductivo. Sea como fuere, el que cada vez mayor número de personas superen

la barrera de los sesenta y cinco años, y de promedio vivan otros quince libres de discapacidad, hará que estos hombres y mujeres sean los encargados de construir nuevos modelos sociales para referenciar esta etapa del ciclo vital.

#### **5.4.- La violencia hacia las personas mayores.**

La historia -como se puso de manifiesto en el primer epígrafe de este capítulo- está jalonada de episodios de violencia hacia las personas mayores, unas veces a raíz de las tensiones intergeneracionales por el control de la propiedad, otras por la persecución de los conocimientos de ciertas mujeres sabias. La violencia es una de las fuentes principales de poder humano, acaso la que resulte en la actualidad más repulsiva, al menos teóricamente, puesto que al analizar los hechos sociales resulta ser que está presente en todos los espacios, desde lo macroestructural hasta la microsfera de las relaciones interpersonales. La violencia tiene lugar allí donde se dan relaciones asimétricas de poder y se presenta como un recurso fácil para resolver diferencias, conflictos o frustraciones en las relaciones interpersonales. Dentro de la categoría de violencia interpersonal acaso parezca más incomprensible la que se produce en el seno del hogar. Un tipo que, hasta hace unas décadas, se tenía por un mal menor y era considerado un asunto privado. En los años setenta del pasado siglo XX, una vez se puso sobre la mesa del ámbito público el asunto del maltrato infantil, y luego la violencia hacia las mujeres en el ámbito familiar, vio la luz la problemática del maltrato a las personas mayores. Las revistas médicas británicas recogieron bajo la denominación de abuelas golpeadas -“granny battering”- esta problemática (BAKER, 1975; BURSTON, 1977), que tomó relevancia en la investigación en la década siguiente (EASTMAN, 1984; STEARNS, 1986; BENNETT, 1993). Aunque, obviamente, el maltrato a personas mayores se remonta a la Antigüedad (RHEINHARZ, 1986).

Diversos paradigmas han teorizado sobre el maltrato. La “Teoría situacional” (PHILIPS, 1986) vincula el maltrato a diversos tipos de factores, ya internos ya exógenos a la familia, que causan estrés en la persona agresora. La “Teoría del intercambio” (WOLF, STRUGNELL, GODKIN, 1982) analiza las relaciones de poder en lo interpersonal, así como la lógica de recompensas y castigos. El “Interaccionismo simbólico” (DECALMER y GLENDENNING, 1993, 2000) establece la relación entre esa actua-

ción y el aprendizaje de ciertas conductas y modos de interactuar pautados, de modo que el maltrato se presenta como una representación inadecuada o inapropiada del rol. La “Teoría de la transmisión intergeneracional” (ANSELLO, 1996; GORDON y BRILL, 2001) considera que el maltrato al mayor no es más que un episodio de la historia de violencia en la familia. La “Teoría feminista” (MOORE, 1991; MÉNDEZ, 1997; BURIN y MELER, 1998), desde un nivel estructural, apunta a una distribución desigual de poder social, vinculada a su vez a la familia patriarcal y a las relaciones que mantiene ésta con el Estado y los demás sistemas sociales.

El maltrato a las personas mayores contempla la violación de sus derechos y, en sentido amplio, implica el no proporcionarles un entorno seguro o saludable. La definición sobre el concepto ofrece múltiples interpretaciones (WOLF y PILLEMER, 1989; BRAMMER y BIGGS, 1998; BUTLER, 1999; GLENDENNING, 2000). La “Declaración de Toronto” (OMS, 2002) considera como tal el “acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varias formas: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar negligencia intencional o por omisión”. En cuanto a la tipología no se ha logrado aún un consenso amplio. Las diferencias se refieren al desglose o inclusión de ciertas conductas en los cinco tipos enumerados anteriormente.

El maltrato físico alude a toda acción que, realizada voluntariamente, provoque o pueda provocar daño o lesiones físicas. Es el más visible, pero sus efectos o secuelas no tienen por qué ser las más graves. El maltrato psicológico o emocional se refiere a toda acción o actitud que provoque o pueda provocar un daño psicológico y abarca acciones tales como gritar, insultar, ignorar o privar de afecto, así como la amenaza de abandono o institucionalización. La negligencia es el abandono o la dejación de las obligaciones de cuidado, e incluye desde las necesidades más básicas -alimentación, higiene o asistencia sanitaria- hasta el uso inadecuado, por exceso o defecto, de la medicación. Entre los subtipos, la negligencia activa alude a una privación deliberada y la pasiva es resultante de un olvido. El abuso económico consiste en la utilización no autorizada e inapropiada de los fondos, propiedades u otros recursos de una persona mayor, e incluye desde la disposición



o mal uso de sus recursos hasta la obligación o falsificación de su firma. El abuso sexual es cualquier contacto en que la persona es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual, y abarca desde los tocamientos hasta la violación, pasando por la vejación.

Cabría añadir un sexto tipo que es el maltrato sobre los derechos personales y que resulta de no dejar a los/as mayores tomar sus propias decisiones si, por ejemplo, no se le permite votar, rezar o abrir su correo. Finalmente, se puede considerar maltrato el faltar al deber de favorecer un entorno seguro o saludable<sup>66</sup>, de cuyo descuido ofrece un ejemplo paradigmático la desastrosa ola de calor que en agosto de 2003 se cobró la vida de unos 35.000 ancianos/as en nueve países europeos, habiendo sido Francia el país en el que la cifra de personas muertas resultó ser más escandalosa (11.435)<sup>67</sup>. En España tampoco fue desdeñable con 4.230 fallecimientos. El número de mujeres afectadas entonces por la ola de calor fue considerablemente superior al de sus coetáneos por vivir en solitario. Semejante mortandad se debió a un fallo de los sistemas de apoyo social y sanitario. La probabilidad de sufrir uno de los tipos de maltrato enumerados puede ir acompañada de la de sufrir algún otro, como por ejemplo negligencia con abuso económico. De hecho, la negligencia emocional / psicológica parece ser la más extendida en el caso de la dependencia e incluye el no prestar apoyo o estimulación emocional, aislar a la persona de su entorno, ignorar sus necesidades o peticiones y no facilitarle información que pueda interesarle.

El maltrato, en cualquiera de sus versiones, puede tener un grave impacto en la calidad de vida de las personas, e incluso puede acarrear vergüenza o culpabilización, además de desconfianza, pérdida de autoestima o depresión. La identificación del maltrato intrafamiliar resulta especialmente complicada en este sector de la población, debido a las reticencias de las personas mayores a considerar ciertas situaciones como abusivas o a identificar a quien lo practica; incluso puede que no se reconozca abiertamente el maltrato por miedo o vergüenza, por evitar el estigma social que podría recaer sobre la familia o por un sentimiento de indefensión que lleva aparejada la creencia de que cualquier cosa que se haga empeorará la situación. El maltrato a las personas mayores, sin embargo, se da con más frecuencia en el seno de la familia; el cónyuge y los hijos e hijas son frecuentemente los perpetradores, pero lo pueden ser familiares de segundo y tercer grado.

El informe “Voces ausentes: una visión de las personas mayores sobre el maltrato a mayores” (OMS-INPEA, 2002) puso de manifiesto que el problema del maltrato a estas personas es un problema de alcance mundial y su prevención es, por tanto, un reto global. En el Estado Español, la protección a este colectivo se recoge en la “Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros” (BOE 234, 30/9/2003) que modifica el artículo 153 del Código Penal, para incluir el maltrato que se perpetra en instituciones, de modo que el nuevo artículo 173.2 dice: “el que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por análoga relación de afectividad aunque sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes... así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será privado con la pena de prisión de seis meses a tres años”.

En España la investigación sobre la familia es amplia, pero generalmente se ha puesto el acento en la armonía y el acuerdo, antes que en el conflicto. Ahora bien, los datos muestran que mientras que los delitos contra las personas marcan una tendencia decreciente, los que se producen en el ámbito familiar siguen precisamente una tendencia inversa (Tabla 40). Atendiendo al sexo, por imposibilidad de acceder a la edad, los últimos datos señalan que el porcentaje de varones detenidos por delitos de lesiones contra las personas fue de 94% frente al 6% de las mujeres y en el caso de malos tratos en el ámbito familiar fue de 95%.

En el caso español apenas existen publicaciones sobre los malos tratos sufridos en el entorno familiar por las personas mayores (RUIZ SANMARTÍN ET AL, 2001). Los datos sobre la incidencia y prevalencia del maltrato a las personas mayores son también prácticamente inexistentes en las estadísticas españolas. Todo ello no quiere decir que no acontezca, sino que permanece oculto; investigar sobre el particular es un tema sumamente complejo. BAZO ROYO (2001) realizó un estudio relativo a los malos tratos a personas dependientes en España en el que se entrevistó a auxiliares de Ayuda a Domicilio y detectó un 4,7% de situaciones de violencia, aunque puso de manifiesto que el alcance del fenómeno podría ser mayor, puesto que es difícil reconocer las diversas formas de maltrato y es posible

**Tabla 40. Delitos y faltas conocidas contra las personas, España 2005-2006.**

	2005	2006	%
<b>Delitos**</b>			
Homicidio doloso y asesinato	1.182	1.129	-4,48
Lesiones y malos tratos en el ámbito familiar	62.176	65.324	5,06
Resto	615	574	-6,67
<b>Faltas*</b>			
Homicidio imprudente	...	8	...
Lesiones	...	90.861	...
Amenazas	...	72.584	...
Resto	...	39.162	...

\*\*Cuerpo Nacional de Policía, Guardia Civil y Policía Autónoma Vasca.

\* Cuerpo Nacional de Policía y Guardia Civil

Fuente: MINISTERIO DEL INTERIOR. (2006). Anuario Estadístico.

que existiera algún temor por parte de las personas entrevistadas. La violencia hacia los mayores en el ámbito familiar apunta en los últimos años una evolución creciente; tendencia que se disparó con un incremento de 82,27% (Tabla 41) desde la entrada en vigor de la “Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana violencia doméstica e integración social de los extranjeros” por la que pasó a tipificarse como delito la violencia doméstica. La “Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género” sólo contempla algunas especificidades para aquellas mujeres que por su edad tengan dificultades para la empleabilidad o en el percibo de rentas, y únicamente contempla a las mayores cuando las considera colectivo prioritario en el acceso a residencia para mayores (artículo 28).

**Tabla 41. Personas mayores maltratadas en la familia, España 2000-2003**

	2003	2002	2001	2000	Incremento
Asesinatos	23	22	21	13	76,92
Delitos	1.155	459	459	502	130,08
Faltas	2.948	875	1.744	1.749	68,55
Total	4.103	3.765	2.203	2.251	82,27

Elaboración propia

Fuente: CENTRO REINA SOFÍA. (2004). Violencia en el ámbito familiar- Ancianos.

IBORRA MARMOLEJO (2008) asegura, en el primer estudio que ofrece datos a escala nacional, que una de cada cien personas mayores se siente víctima de maltrato en el ámbito familiar, si bien son cinco de cada cien los/as cuidadores/as que reconocen que agreden a los ancianos y ancianas a su cargo; por ello calcula que en España unos 60.000 mayores están afectados por el maltrato en el hogar. Por su parte, PÉREZ Y GRANADOS (2005) detectaron un 7,1% de maltrato en una muestra de personas mayores grancanarias con algún tipo de dependencia, residentes tanto en domicilios como en centros públicos y privados. De ese porcentaje el 69,23% se encontraba institucionalizado, el 23,08% residía con su pareja u otro familiar y el 7,69% con no familiares; el 53,5% del total eran mujeres. Gritos e insultos y, en menor medida, empujones o golpes son los malos tratos detectados. Un 10% de la muestra afirmó igualmente que no estaba siendo bien atendido dado el trato inadecuado por parte de algún cuidador, recibiendo insultos, falta de cariño o ausencia de un trato adecuado en el baño. Aproximadamente, un 4% de la muestra carecía de atenciones, tanto por parte de familiares como de otras personas (Tabla 42).

En la investigación que se ha desarrollado para esta Tesis Doctoral, el maltrato físico perpetrado por parte de los hijos o hijas es reconocido por un 0,1% y el económico por el 0,4% de la base muestral, mientras que el psíquico lo es por un 1,7% y la negligencia por el 1,5%. La proporción crece respecto

**Tabla 42. Frecuencia del trato y atención que reciben las personas mayores grancanarias dependientes, 2005.**

	Con mucha frecuencia	Con poca frecuencia	Nunca
Con qué frecuencia recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas.	54,4	41,5	4,1
Con qué frecuencia le escuchan cuando usted tiene algún problema, preocupación y/o necesidad.	73,9	21,7	4,3
Con qué frecuencia recibe respeto y consideración.	81,1	15,7	3,1
Con qué frecuencia le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación que a usted le interese.	77,6	19,3	3,1
Con qué frecuencia recibe atención o compañía agradable y que le hace sentir bien.	42,5	49,4	8,1

Fuente: PÉREZ MONTES DE OCA y GRANADOS LÓPEZ. (2005). Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente. Las Palmas de Gran Canaria, Ediciones Anroart.

del maltrato perpetrado por la pareja y es más elevada en el caso del maltrato psíquico (6,2%), si bien se reconoce también negligencia (3,4%), maltrato físico (2,7%), económico (2,7%) y sexual (1,9%). Los hombres también reconocen recibir maltrato psíquico de su pareja en un 2,6% (Tabla VII). La responsabilidad en los casos de malos tratos se puede ampliar a la red social de amigos/as, vecinos/as y cuidadores/as de los centros en los que son institucionalizados/as, e incluso a la administración.

La información sobre los factores de riesgo es, en muchos casos, contradictoria y debe tomarse con

reserva debido a los distintos criterios metodológicos empleados. PILLEMER (2005) establece tres grupos de factores en función de la coincidencia o no entre diversos estudios. Los factores de riesgo probable, que registran un apoyo casi unánime, son las condiciones de la convivencia, el aislamiento social, la salud mental, la hostilidad, el abuso de drogas legales o ilegales o la dependencia del agresor/a. Los factores de riesgo potenciales, que cuentan con un apoyo empírico limitado o contradictorio, incluyen el sexo, la relación entre víctima y agresor y las características de la víctima. Finalmente, entre los factores de riesgo cuestionables, que presuponen

**Tabla VII. Tipo de maltrato por perpetrador/a en el seno de la familia.**

Realizado por...	Hijas/os			Pareja		
	Mujeres mayores	Hombres mayores	Total	Mujeres mayores	Hombres mayores	Total
Físico	0,2	0	0,1	4,6	0,2	2,7
Psíquico	1,6	1,8	1,7	9,0	2,6	6,2
Sexual				2,9	0,5	1,9
Económico	0,4	0,5	0,4	4,2	0,7	2,7
Negligencia	1,8	1,3	1,5	5,5	0,7	3,4

Fuente: Base muestral propia

cierta probabilidad pero que no cuentan con suficiente respaldo empírico, aparecen la dependencia de la víctima, el estrés del cuidador/a y la transmisión intergeneracional. En la base muestral de esta investigación, las mujeres dependientes representan el 39,6% de todas las mujeres maltratadas.

Respecto del ámbito familiar, entre los primeros, esto es, los factores probables, las condiciones de la convivencia apuntan que el vivir en solitario disminuye el riesgo de maltrato y, en contrapartida, el compartir la vivienda aumenta los conflictos y la probabilidad de sufrirlo, situación que se agudiza ante la imposibilidad de escapar de la situación cuando el cuidador/a se siente sobrecargado/a o estresado. En segundo término, una débil red de apoyo social o el aislamiento aumentan la probabilidad, en parte debido a que los comportamientos considerados ilegítimos tienden a ocultarse, por lo que es más difícil su incidencia en familias que cuentan con una red de apoyo social consistente. Los problemas de salud mental padecidos por la víctima, y particularmente en el caso del Alzheimer, parecen ser fuente de estrés entre los/as cuidadores/as.

De entre los segundos, los factores considerados de riesgo potenciales, y dejando a un lado el sexo y la relación entre la víctima y su agresor/a que se abordarán más adelante, resulta que respecto de las características de la víctima parece ser que ciertos rasgos de su personalidad pueden aumentar el riesgo. COMIJS ET AL. (1999) detectaron que las víctimas de maltrato verbal, físico o económico mostraban mayores tasas de agresividad en una escala de hostilidad y eran más propensas a tener estilos de afrontamiento pasivos y de evitación antes que estrategias activas de resolución de problemas, aunque no dejaron claro si las características de la personalidad son factores de riesgo o consecuencia de los malos tratos sufridos.

Por último, entre los factores de riesgo cuestionables, REIS y NAHMIASH (1997) no encontraron que las discapacidades o el deterioro de las actividades cotidianas actuaran como factor de riesgo. Sin embargo, WOLF y PILLEMER (1986) señalaron que las víctimas de negligencia padecían más minusvalías que las que eran objeto de maltrato físico o emocional. La dependencia de las víctimas parece estar relacionada con el estrés de cuidador/a y éste con la probabilidad de incurrir en maltrato, sin embargo los datos no permitieron afirmar tal relación

categoricamente, pues sólo una minoría de personas dependientes fue maltratada. Tampoco se encontraron mayores tasas en comparación con las personas no maltratadas en lo que se refiere a dependencia o estrés de los/as cuidadores/as (BRISTOWE y COLLINS, 1989; PILLEMER y SUITOR, 1992); si bien COYNE y REICHMAN (1993) pusieron de manifiesto que los/as cuidadores/as que llamaban a una línea telefónica de ayuda y que habían cometido malos tratos habían recibido asistencia durante más tiempo que los/as que no lo perpetraban y obtenían una puntuación más alta en una escala de medición de estrés. La transmisión intergeneracional, conocida como el ciclo de la violencia, que se refiere a la posibilidad de que los individuos que han sido víctimas o testigos de tales comportamientos durante la infancia tiendan a reaccionar de manera similar si son estimulados en la vida adulta, y que ha encontrado fundamento en el caso del maltrato a la pareja o los/as hijos/as, no encuentra semejante incidencia respecto de los/as mayores, aunque las investigaciones al respecto son insuficientes.

La prevalencia de las características patológicas del cuidador/a tales como una enfermedad mental, ciertas características de la personalidad o el abuso del alcohol y drogas presentan mayor unanimidad entre las distintas investigaciones y, por tanto, se presentan como importantes factores de riesgo. Estos estudios no diferencian entre distintos trastornos mentales, sin embargo, varios de ellos señalan la depresión como característica de los/as agresores/as (HOMER y GILLEARD, 1990; WILLIAMSON y SHAFFER, 2001), particularmente en los/as que cuidan de pacientes de Alzheimer, susceptibles a su vez éstos de padecer con mayor frecuencia maltrato físico o negligencia. REAY y BROWNE (2001) subrayan que el abuso de alcohol y drogas resulta ser más frecuente entre los/a cuidadores/a maltratadores/as que entre los/as que no lo son. El consumo varía dependiendo del tipo de maltrato, de manera que quienes incurrieran en maltrato físico consumían más alcohol que quienes lo hacían en negligencia, aunque la dependencia de tales sustancias puede conllevar el maltrato económico. Finalmente se puede apuntar que los trabajos iniciales indicaban que los/as agresores/as solían tener cierta dependencia de la víctima, tanto para la vivienda como para los recursos económicos.

KOSBERG y CAIRL (1986) desarrollaron el “Índice de Consecuencias del Cuidado” (CCI, Conse-

quences of Care Index) para evaluar el grado en que la situación de cuidado se percibe como perjudicial en tres áreas: restricciones personales y sociales, salud física y emocional, y gastos directos e indirectos. El Índice valora además la importancia que para los/as familiares tienen las necesidades diarias, sociales, psicológicas y médicas de la persona anciana, así como la posibilidad de que la persona cuidada sea provocadora, reclame más atención y cuidados de los que realmente necesita, realiza peticiones innecesarias, sea desagradecida, impaciente o manipuladora. Finalmente, el Índice señala cuándo es preocupante la calidad de los cuidados que se están proporcionando y las áreas que son percibidas como más molestas por los/as cuidadores/as. En cualquier caso, dado que hasta los familiares con las mejores intenciones y motivaciones pueden sentirse abrumados/as o sobrecargados/as, los servicios de apoyo al cuidado como los programas formativos, los centros de día o los programas de respiro familiar, entre otros, son muy aconsejables. IBORRA MARMOLEJO (2008) señala que cuánto más an-

ciana es una persona y cuanto mayor es su grado de dependencia, mayor es también la probabilidad de que sea maltratada. Su estudio revela que el 57,9% de las personas mayores maltratadas tiene más de 74 años, y que el grado de prevalencia de la agresión aumenta del 0,65% entre las personas desde los 65 hasta los 74 años hasta el 1,1% en el caso de los mayores de 75. La probabilidad de sufrir una agresión también aumenta según incrementa el grado de dependencia, de modo que son víctimas de maltrato el 1% de los/as que padecen una dependencia moderada, el 2,2% de los/as que padecen dependencia severa y el 2,9% de aquellas personas con gran dependencia. LACHS ET AL. (1998) comprobaron que, en un período de trece años, la mortalidad entre los/as mayores maltratados/as era más alta que entre quienes eran autonegligentes y quienes no habían padecido tal trato.

El sexo de la persona maltratada merece una consideración particular puesto que las mujeres son mayoría entre las víctimas (Tabla 43). No existe

**Tabla 43. Denuncias por malos tratos producidos por la pareja o ex-pareja por sexo y grupos de edad, España 2002-2005.**

	2002	2003	2004	2005
<b>Mujeres</b>				
Menor de 16	168	250	323	356
16-17 años	345	462	607	771
16-20 años	1.659	2.037	2.583	2.911
21-30 años	13.601	16.091	18.776	19.831
31-40 años	16.017	18.290	20.487	20.742
41-50 años	7.831	8.869	10.125	10.448
51-64 años	2.955	3.277	3.658	3.680
65 o más años	737	814	969	1.019
Todas las edades	43.313	50.090	57.527	59.758
<b>Hombres</b>				
Menor de 16	48	64	68	88
16-17 años	27	25	33	36
16-20 años	155	141	190	177
21-30 años	1.824	1.889	2.115	2.629
31-40 años	3.181	3.539	3.695	4.177
41-50 años	1.837	1.980	2.157	2.542
51-64 años	922	957	986	1.136
65 o más años	222	246	273	295
Todas las edades	8.216	8.841	9.517	11.080

Fuente: IMSERSO. (2006). Las personas mayores en España. Informe 2006.

consenso acerca de si esto sucede porque el sexo constituye un factor de riesgo o porque las mujeres tienen mayor peso en la población anciana, de ahí que el sexo aparezca como un factor de riesgo potencial. PILLEMER y FINKELHOR (1988) encontraron una tasa de victimización de 5,1% para los hombres y de 2,5% para las mujeres, lo cual puede guardar relación con el que las mujeres ancianas vivan en mayor proporción solas, puesto que estos mismos investigadores señalan que son ellas las que sufren los casos más graves de maltrato, tanto físico como emocional. BAZO ROYO (2001) constató que en España ocho de cada diez víctimas de este maltrato son mujeres e IBORRA MARMOLEJO (2008), unos años más tarde, que seis de cada diez. A su vez, las investigaciones revelan que la mayoría de los agresores son varones (VINTON, 1992; CRICHTON ET AL, 1999), y lo son casi exclusivamente en el caso del abuso sexual. Las mujeres también perpetran maltrato, aunque la negligencia es la única forma en la que representan una mayoría (ANETZBERGER, 1998; DUNLOP ET AL, 2000). Si bien, KOSBERG (1998) afirma que los hombres constituyen un grupo de víctimas especialmente invisible y vulnerable que incluye a los que viven y se sienten solos, los sin techo, los reclusos y homosexuales, los que viven en instituciones, y los que son maltratados por su esposa e hijos/as, muchas veces como respuesta al maltrato que otrora infligió.

En 2007, las mujeres de 25 a 34 años constituyeron el grupo más nutrido de víctimas con resultado de muerte de la violencia machista. Las mujeres mayores representaron la mitad de este grupo y el tercero en importancia (Tabla 44). De ellas, el 63,6% se encontraba casada con su verdugo, y el resto habían iniciado los trámites de separación, se encontraban separadas, eran convivientes o novias. En todos los casos los agresores eran hombres mayores de 65 años o próximos a cumplir esa edad; si bien la proporción total de agresores mayores de 65 años es algo superior.

En los casos pares homicidio/suicidio (COHEN, 2000) los agentes suelen ser ancianos y las víctimas ancianas, y aunque son presentados como pactos, actos de compasión o actos románticos, los datos indican que en realidad las víctimas no han dado el consentimiento ni tienen conocimiento de las intenciones de su pareja. Obviamente, el maltrato a las mujeres mayores se produce dentro de un marco más amplio que es la práctica sociocultural de la violencia contra las mujeres en las sociedades patriarcales, y está en relación con los desequilibrios de poder creados por la desigualdad. A pesar de que los hijos adultos han sido considerados los agresores/as más habituales, es el cónyuge el que lo ejerce mayoritariamente (SEAVER, 1996) por lo que resulta que una elevada proporción del maltrato a mujeres ma-

**Tabla 44. Víctimas y agresores en la violencia doméstica por sexo y grupo de edad, España 2001-2007.**

	Víctimas (%)							Agresores (%)						
	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001
Menos de 25	5,88	8,82	21,67	19,12	4,48	14,58	17,78	7,69	5,80	8,77	10,45	1,56	6,98	7,69
De 25 a 34	30,88	30,88	28,33	20,59	32,83	33,33	33,33	26,16	23,19	24,56	20,90	26,56	27,91	28,21
De 35 a 44	22,06	32,36	23,33	20,59	29,85	14,58	26,67	18,46	39,13	28,07	28,35	26,56	16,28	30,77
De 45 a 54	14,71	8,82	6,67	11,76	17,91	10,42	8,89	20	10,14	15,79	10,45	23,44	13,95	15,38
De 55 a 64	10,29	4,41	5	11,76	4,48	10,42	4,44	10,77	4,35	7,02	7,46	10,94	9,30	5,13
De 65 y más	16,18	14,71	15	16,18	10,45	16,67	8,89	16,92	17,39	15,79	22,39	10,94	25,58	12,82

Elaboración propia.

Fuente: CENTRO REINA SOFÍA. (2004-2007). Informes estadísticos 2004, 2005, 2006, 2007.

yores es en realidad violencia machista en una etapa avanzada de la vida. De hecho, muchas mujeres mayores que presentan denuncias de maltrato lo hacen después de que éste ha durado muchos años de su vida. Incluso ciertos casos que relacionan maltrato y demencia parecen estar asociados a una dinámica de desequilibrio de poder preexistente, aunque un cambio de situación que sitúe al varón, compañero o descendiente como dependiente física, emocional o económicamente, amenazando el orden anterior, probablemente desencadenará una escalada de maltrato.

Las mujeres mayores también son maltratadas en su rol de cuidadoras. Se ha detectado la existencia de ancianos que recibían sus cuidados mientras hacían uso del maltrato verbal y, en menor medida, del físico o sexual (STENMETZ, 1988; HAMEL ET AL, 1990; PHILLIPS ET AL, 2000). En el caso de las cuidadoras, las esposas sufrían malos tratos de mayor gravedad que los que recibían las hijas, tanto en términos de frecuencia como de intensidad, aunque en ningún caso se puso en conocimiento de las autoridades. La preocupación y protección hacia las personas dependientes hace que en muy pocas ocasiones se tome en cuenta las necesidades y problemas de las ancianas cuidadoras, mientras que los valores morales y las presiones familiares, particularmente de los hijos adultos, hacen que estas mujeres difícilmente tengan en cuenta otras opciones para el cuidado del anciano. COOKE-DANIELS (1997) ha profundizado en el maltrato hacia un grupo invisible, el que conforman mujeres y hombres homosexuales o transexuales, a los/as que afecta otras pautas culturales como la homofobia o la transfobia en el entorno de pareja, familiar o institucional.

Durante mucho tiempo se vinculó el maltrato a la dependencia y necesidad de recibir cuidados. PILLEMER (1985) cuestionó tal asociación sosteniendo que la dependencia no es causa de maltrato, aunque no lo excluye completamente; en cambio señaló que son las normas y valores culturales, una vez más, las que juegan en contra de las personas ancianas, pues la discriminación etaria hace que tales personas sean vistas de una forma negativa y estereotipada como seres frágiles, vulnerables, inútiles o dependientes. En fin, el edadismo hace que tales individuos se consideren devaluados frente a los más jóvenes, y que por tanto, sus necesidades sean vistas como menos importantes y su maltrato como menos grave. El 6,8% de las personas encues-

tadas en esta investigación ha reconocido explícitamente haber sido discriminadas sólo por el hecho de ser mayor, de esa proporción el 62% son mujeres (Tabla VIII).

**Tabla VIII. Discriminación por ser mayor, por grupo de edad y sexo.**

		Mujer	Hombre	Total
De 65 a 74	Si	7,5	4,9	6,3
	No	92,5	95,1	93,7
De 75 a 84	Si	8,2	7,9	8,1
	No	91,8	92,1	91,9
De 85 y más	Si	4,6	7,9	5,8
	No	95,4	92,1	9,4

Fuente: Base muestral propia

Por último cabe señalar que, a diferencia del intradoméstico, la reflexión sobre el maltrato extrafamiliar o institucional cuenta con una historia más larga. KINGTON (2005: 133) sitúa su origen en los informes de BROWNE (1837) sobre la crueldad que tenía lugar en los hospicios británicos al amparo de las Leyes de Pobres. Unos estudios que se consolidaron posteriormente de la mano de GOFFMAN (1961) o TOWNSEND (1962), entre otros. El maltrato institucional es aquel que sufren las personas institucionalizadas en residencias o asilos, públicos o privados, e incluye el que se perpetra en hospitales, centros de día o programas de respiro y, de manera amplia, abarca tanto el que ejercen los/as profesionales, funcionarios/as o no, que desde las administraciones someten al mayor a discriminación, despersonalización o infantilización, como las medidas legislativas o políticas sociales inadecuadas. RUBIO (2005: 123), parafraseando a MARTÍNEZ ROIG (1989) que lo definió en relación a la infancia, considera maltrato institucional “cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o derivada de la actuación individual del profesional o funcionario, que conlleve abuso, negligencia, detrimento de la salud, seguridad, bienestar emocional y físico o que viole los derechos básicos de la persona”.

Tres niveles estructurales se pueden establecer en el maltrato institucional (BENNETT ET AL, 1997). El primer nivel es el micro y tiene lugar entre indivi-

duos, esto es, entre el personal y los/as residentes o entre los propios residentes. El nivel medio está en relación con el régimen que opera en la institución, por ser cerrada o por hacer caso omiso de las quejas presentadas. El nivel macro responde a la formulación de unos objetivos erróneos en las políticas sociales o a una legislación inadecuada. PILLEMER (1988) afirma que el maltrato en las instituciones se produce como resultado de las características del personal y de los/as pacientes, que a su vez están influenciados por determinados aspectos del ambiente imperante en la residencia, así como por factores exógenos.

RUBIO (2005) distingue tres tipos de factores de riesgo. En primer lugar, los factores de riesgo vinculados al cuidador/a, tales como la falta de cualificación, la incorrecta aplicación de la normativa vigente, la presencia de altos niveles de estrés en la vida privada, la actitud negativa ante las personas mayores, la escasa capacidad para soportar la frustración o el personal quemado (burnout), sometido a agotamiento físico, psicológico o profesional. En segundo lugar se encuentran los factores de riesgo propios de la víctima, tales como ser mujer, tener alguna discapacidad física o psíquica, rechazar un rol pasivo, carecer de familia o tener pocas visitas. Y en tercer lugar se encuentran los factores propios de las instituciones, esto es, acogida deficiente o insalubridad, rigidez de los horarios, animación sociocultural excesiva o infantilización, cambios bruscos de habitación o hábitat, falta de ayuda en la realización de las actividades de la vida diaria, atentados o privación de la intimidad o ambiente laboral agresivo.

Por su parte, HARRIS (1999) identifica como factores de riesgo la vulnerabilidad de los/as residentes, las políticas de contratación que conducen a una frecuente rotación del personal, y sus bajos salarios en contextos estresantes. WARDAUGH y WILDING (1993) poniendo el acento en las propias instituciones, y aún más en organizaciones cerradas y aisladas, bajo el epígrafe de corrupción de los cuidados, sostienen que el maltrato depende de la neutralización de las consideraciones morales, de la ausencia o equilibrio de poder, del fracaso de la dirección, de los modos de organización, de la ausencia de directrices claras y sistemas de rendición de cuentas, de las presiones y tipos de trabajos, y de la naturaleza de ciertos grupos de clientes.

La tipología detallada con anterioridad sobre el maltrato intrafamiliar, que contemplaba las categorías de físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o negligencia, es aplicable al maltrato institucional. Si bien existe una categorización que diferencia entre conductas abusivas/agresivas, como abofetear o golpear; tratamientos/prácticas abusivas, como la alimentación forzosa, la sedación, las restricciones, el aseo en público o los baños en grupo, el maltrato económico o la negligencia; y las actitudes/conductas abusivas como el desprecio, las críticas o comentarios hostiles, la falta de respeto a la privacidad o la infantilización de la dependencia (GILLEARD, 1974). En este ámbito también se ha puesto de manifiesto la posibilidad de que los/as pacientes agredan verbal o físicamente a sus cuidadores/as (EASTLEY y MIAN, 1993), si bien tales agresiones se revelan como un factor significativo en el maltrato físico y psicológico perpetrado por el personal.

En fin, la detección del maltrato, tanto institucional como intradoméstico, encuentra numerosas dificultades debido a las políticas de cada centro o al aislamiento social, a las numerosas formas que adopta el maltrato, a las diferentes personas que pueden perpetrarlo, a los múltiples factores causales y a las diversas consecuencias que puede revestir. Con la finalidad de prevenirlo, KANE (2001) cree que es deseable conjugar la calidad de vida de las personas mayores con los cuidados a largo plazo, así como medir cuáles son los estándares relevantes para los/as mayores, en lugar de usar criterios convencionales. Propone once criterios para orientar la medición: sentimiento de seguridad y orden, comodidad física, disfrute, actividad útil, relaciones, competencia funcional, dignidad, privacidad, individualidad, autonomía/elección y bienestar espiritual. Insistiendo en este aspecto, KERRISON y POLLOCK (2001) consideran imprescindible la definición de los estándares de calidad por parte de los/as usuarios/as de los servicios.

En los países anglosajones es posible, antes de ingresar o contratar un centro de cuidados continuados, consultar la información referente a los cuidados que se prestan, así como acceder a informes de regulación e inspección. La población institucionalizada no forma parte de la muestra de esta investigación, pero no por ello se dejó de preguntar a los/as encuestados/as si en alguna ocasión habían sufrido maltrato institucional, esto es, discriminación, infan-



tilización o despersonalización por parte de los/as trabajadores/as de la administración pública (Tabla IX). La mayor proporción manifestó haber recibido tal tipo de maltrato por parte del Servicio Canario de Salud (4,1%) o los Centros de salud (3,7%), seguidos de la administración municipal (3,3%), los servicios sociales municipales (2,8%), el Cabildo (2,3%) y el Gobierno de Canarias (2,2%). En todos los casos, la proporción de hombres es superior a la de mujeres.

**Tabla IX. Maltrato institucional, por sexo.**

	Total	Mujer	Hombre
Servicios Sociales Municipales	2,8	2,4	3,3
Resto del Ayuntamiento	3,3	2,5	4,4
Centro de Salud	3,7	3,5	4,0
Resto del Servicio Canario de Salud	4,1	3,4	5,1
El Cabildo	2,3	2,0	2,7
El Gobierno de Canarias	2,2	1,9	2,7
Otros	0,6	0,2	1,1

Fuente: Base muestral propia.

## **CAPÍTULO 6**

# **EL ESPACIO PÚBLICO**

## CAPÍTULO 6

### EL ESPACIO PÚBLICO

#### 6.1. Introducción. La interrelación entre lo público y lo privado

El ámbito de lo público y el ámbito de lo privado<sup>68</sup> se presentan en las sociedades contemporáneas como dos espacios bien diferenciados, regidos por una normatividad diferente y distinta valoración social. Espacios conceptualizados mediante pares de opuestos -público/privado, producción/reproducción, empresa/familia, razón/sentimiento, mente/cuerpo-, habitualmente se equiparan al par cultura/naturaleza (MOORE, 1991)<sup>69</sup>, que representa la contraposición del par varón-masculino/mujer-femenino. Una contraposición cuyos antecedentes se remontan, en el pensamiento occidental, a unas palabras pronunciadas por ARISTÓTELES (348-322 a.C.) que dicen que: “el cuerpo tiene su origen en la hembra, el alma en el varón”. OSBORNE (1993: 63) asegura que “la asociación de la mujer al concepto de naturaleza y el del hombre al de cultura explica en buena medida la general devaluación de la mujer”.

“El mercado laboral tal y como está concebido descansa sobre el trabajo familiar doméstico que reproduce la fuerza de trabajo y crea las condiciones cotidianas para el desarrollo de la vida” (CARRASCO Y MAYORDOMO, 1999: 132). La profunda interrelación entre los espacios público y privado es, por tanto, la que posibilita la organización y la reproducción social. La articulación de dichos espacios sienta sus bases sobre la división sexual del trabajo (FERREIRA, 1996)<sup>70</sup>, que asigna a los hombres un papel protagónico en el primero, y una participación -cuando la hay- testimonial en el segundo; mientras asigna a las mujeres, supuestamente de forma natural, la centralidad en el ámbito de lo privado y presenta como reciente su incorporación a la esfera de lo público. Una separación que se consolidó con el tránsito desde las sociedades tradicionales agrícolas a la sociedad industrial, puesto que en las distintas sociedades preindustriales, el trabajo de todos los miembros de la familia en la producción, incluidas las mujeres, era sustancial para la sobrevivencia del grupo familiar. Las esferas pública y privada quedaron definitivamente separadas con la industrialización, cuando el trabajo de las mujeres pasó

a considerarse pernicioso para la moralidad y consecuentemente se ensalzó la imagen del ama de casa. El siglo que alumbró el nacimiento de las personas ahora mayores se inició con un ideal femenino que asociaba a la mujer con las “tres “k” de Guillermo II: kirche, kurche y kinde -iglesia, cocina, cuna”- (CAPEL MARTÍNEZ, 1986: 105). Obviamente, la condena moral de la autosuficiencia de las mujeres por medio del trabajo extradoméstico no supuso su desaparición, puesto que las mujeres solteras e incluso casadas de escasos recursos, engrosaron las filas del proletariado industrial. La situación se normalizó cuando, a mitad de la centuria, comenzaron a aparecer trabajos para mujeres solteras de clase media (SALTZMAN, 1992).

La consideración de la interrelación entre lo público y lo privado pudiera parecer productiva -en términos de conocimiento- únicamente para analizar la variable sexo; pero es precisamente esta consideración la que evita el peligro de juntar y mezclar la edad y el sexo, el riesgo de abordarlas como meras variables independientes y aditivas, logrando de manera alternativa obtener información sobre el constructo de género y destacar la marca del sexo en la biografía personal. Las decisiones que se toman a lo largo del ciclo vital, en lo relativo a acceder o no al mercado laboral y en lo concerniente a la ruptura o la continuidad en este ámbito, determinan en Occidente la disposición de recursos materiales en la vejez. Y es que “la clase y cuantía de las pensiones, son el resultado final de la situación que cada cual ha ocupado en el mercado de trabajo a lo largo de su vida” (TRINIDAD REQUENA, 2005:37)

De este modo, se estima pertinente iniciar este capítulo con una variable de excepcional relevancia, la evolución sociocultural y económica de España y Canarias en el contexto global, puesto que esta variable marca la trayectoria biográfica colectiva de las generaciones envejecidas y ello, a su vez, las opciones vitales de los individuos. A continuación, se consideran las preferencias educativas y las opcio-

nes laborales seguidas puesto que, además del contexto sociocultural, el género es un condicionante de “las opciones educativas, de la predisposición para las elecciones y decisiones vocacionales, de la inserción laboral, de las experiencias en el trabajo y avances ocupacionales que se van dando en las distintas etapas del desarrollo de la carrera profesional” (DEL VALLE, 2002: 81) Aspectos que, como señalan BAZO ROYO y MAIZTEGUI OÑATE (1999), tienden a perpetuar y a acentuar en la jubilación las disparidades que ya existían en la vida activa. La separación de estos ámbitos -público y privado- en éste y el próximo capítulo, por tanto, se utiliza aquí con una finalidad estrictamente analítica.

## 6.2. El contexto mundial de las generaciones de mayores.

La biografía de las personas que en estos momentos han ingresado en la última etapa del ciclo vital, esto es, de los individuos nacidos entre 1908/09 y 1943/44, está salpicada por los acontecimientos de un siglo convulso. Un siglo sacudido por dos Guerras Mundiales, en el que tuvo lugar la Revolución Soviética, Europa perdió su hegemonía en favor de los Estados Unidos de América, se dibujó de una y otra forma la geografía política mundial con la independencia de ciertos países americanos, asiáticos y africanos, y cuyas últimas décadas estuvieron marcadas por el final del comunismo en la Europa Central y del Este, y la unificación europea. El siglo XX registró también cambios en todas las esferas de la vida humana, hasta tal punto que BOULDING (1966) ha conjeturado que si el Neolítico supuso el tránsito desde la sociedad precivilizada a la civilización, el siglo pasado marcó una segunda transición que condujo hasta la “poscivilización”. Los cambios, registrados en todos los órdenes -político, económico, social, cultural, artístico y espiritual- fueron aún más significativos en los planos de la cultura material y de las ideologías (FERNÁNDEZ GARCÍA, 1998).

El progreso del conocimiento científico -asimilado por los poderes públicos- produjo numerosos beneficios para la humanidad. Unos beneficios que se contrapusieron a una enorme capacidad destructiva -destinada para y ensayada en la II Guerra Mundial- que puso en riesgo la propia subsistencia del ser humano y de todo cuanto le rodeaba y que sentó las bases de un mundo que ya no volvería a ser como antes de esa guerra. Al desarrollo de la industria del

carbón, el acero y el textil primero, y la química, la eléctrica y la mecánica después, siguieron uno tras otro los avances tecnológicos que se habían gestado en los últimos años del siglo anterior. Por un lado, automóviles, televisores, ordenadores o aviones; por otro, neveras, lavadoras y demás electrodomésticos. Tecnologías que se han ido integrando y facilitando la gestión de la vida cotidiana, satisfaciendo, e incluso creando, nuevas necesidades humanas.

Atravesando la Gran Depresión de 1929, y enfrentándose a la “amenaza” comunista, el capitalismo acabó imponiéndose, en su versión liberal primero y neoliberal después, en un mundo en el que el desarrollo de los transportes, los medios de comunicación y las redes telemáticas favorecieron la ulterior globalización del capital y la integración de los mercados financieros, consolidando además un mercado mundial que cada día ofrece menos restricciones a la circulación de bienes y servicios (HIRST y THOMPSON, 1999)<sup>71</sup>. La circulación de personas que tratan de salvar la brecha económica que separa a los países del Norte y del Sur, por la que estos últimos registran índices medio-altos de crecimiento demográfico e índices medio-bajos de nivel de vida encuentra, en cambio, grandes restricciones. El desarrollo de los medios de comunicación ha facilitado también la globalización de informaciones, imágenes, modas, pautas de consumo y de ocio.

En el plano de las ideologías, a principios del siglo XX, el imperialismo europeo se encontraba en todo su apogeo, aunque comenzaba a evidenciar unos signos de crisis que avocaron finalmente a la descolonización en la segunda mitad de la centuria. El socialismo se materializó en organizaciones que comenzaron a tomar protagonismo en la vida política de las naciones industrializadas e impulsó la primera revolución sociopolítica que modificó el modelo de estado zarista; mientras el ideario democrático se convertía en praxis en muchos países desarrollados, si bien se ensayaron modelos de “totalitarismo” (TUSELL GÓMEZ ET AL, 1989) en forma de estalinismo, fascismo, nazismo o franquismo. Paradójicamente el enfrentamiento frente al nazismo devolvió la fuerza y la urgencia al discurso de unión en Europa, que precisaba además hacer frente a las dos grandes potencias -Unión Soviética y Estados Unidos- en liza por la hegemonía mundial y que condujo a la firma del Tratado de Roma en 1957, base de lo que sería la actual Europa de los 27. Los movimientos sociales se inauguraron con la articulación

del obrerismo en movimientos sindicales socialistas y anarquistas, y la creación inicial de los partidos de clase, socialistas en los primeros decenios del siglo y comunistas tras la Tercera Internacional. La pujanza de la izquierda, a finales del siglo anterior, unida al interclasismo que se desarrolló al amparo del desarrollo económico, sentaron las bases de un incipiente modelo de Bienestar que se desarrollaría a partir de la II Guerra Mundial.

En el orden de las creencias han ido cayendo prejuicios y tabúes ancestrales, mientras la secularización terminaba por estrechar la influencia de las religiones en Occidente donde el “vacío postmoderno” no puede satisfacer ya el ansia de emancipación y libertad que prometían los principios humanistas (ZERZAN, 2001: 92). No obstante el integrismo islámico, y algunos fundamentalismos judíos o cristianos, se han convertido en importantes movimientos políticos y religiosos. A finales de los años cincuenta, las publicaciones de KINSEY sobre la conducta sexual del varón (1948) y, posteriormente, sobre la conducta sexual de la mujer (1953), pusieron de manifiesto la existencia de unas relaciones sexuales consideradas antaño como patológicas con mucha mayor frecuencia de lo admitido, lo que causó estupor en la sociedad de la época y caló en la siguiente generación de jóvenes deseosa de sortear tanto la rigidez social como los corsés sexuales. A finales de la década de los setenta, las teorías de la sexualidad dieron un nuevo vuelco cuando FOUCAULT (1976) sostuvo que la sexual no es una simple realidad natural reprimida en diversos espacios y tiempos, sino que ella misma es el resultado de un complejo proceso de construcción social, tras el que se esconde una estrategia de poder. Una consideración que lleva a PULEO (1992: 8) a considerar a FOUCAULT el “heredero no confeso” de los estudios feministas sobre la dimensión política de la sexualidad en la sociedad patriarcal. En efecto, la crítica feminista de la segunda ola, heredera de la Revolución Francesa y el Sufragismo -citada en los capítulos 2 y 5-, había echado a andar de la mano de DE BEAUVOIR (1949), inaugurando una época caracterizada por una gran actividad social y política, que coincidió en el tiempo con el movimiento por los derechos civiles en Norteamérica, y que no descuidó la idea de que lo personal también es político, lo que condujo al reclamo de la separación entre el placer sexual y la procreación. La extensión del uso de la píldora anticonceptiva y la legalización del aborto -iniciado en 1973 con el caso Roe contra Wade<sup>72</sup>- dieron con-

tinuidad en la práctica a la revolución sexual. Los movimientos en favor de los derechos de las personas homosexuales y transexuales comenzaron a articularse a finales de la década de los setenta.

La politización de las masas estudiantiles, vinculadas en su mayor parte a la doctrina socialista, propició el levantamiento parisino del 68. Las manifestaciones de los grupos de izquierdas se articularon frente al imperialismo estadounidense, el fascismo y el racismo. Las crisis en las estructuras del Bienestar en economías capitalistas con democracias de competición entre partidos (OFFE, 1998) favoreció la incipiente articulación de las organizaciones de la sociedad civil en la prestación de asistencia técnica, e incluso humanitaria, tanto en los mismos países occidentales como en el resto. Desde los años ochenta, a resultas de estas innovaciones, se han ido normalizando prácticas como la libertad en las relaciones sexuales o los divorcios, y se ha propiciado el paso desde el movimiento “hippie”, heredero de aquellas primeras transformaciones, al desarrollo de los movimientos altermundistas<sup>73</sup>.

### 6.3. La trayectoria biográfica española.

En los albores del siglo XX, la resistencia de las viejas estructuras de poder frente a las modernas formas políticas, sociales y económicas trazadas por la burguesía a partir de la Revolución Francesa, situaba a España a la zaga de todas las naciones de Europa. El siglo XX se inició con una considerable demora en la modernización debido a la tardía industrialización, apuntalada por el retraso de la aparición en escena de diversos movimientos sociales como el obrero y el feminista y el atraso en la articulación de demandas de derechos civiles y políticos, económicos o sociales. Así mismo, las derivaciones del impacto de 1898 -aunque el imperio colonial había caído en 1824-, supusieron a inicios del nuevo siglo, la prolongación de la pugna entre liberales y conservadores en el marco institucional de una Monarquía que se mostró incapaz de afrontar los retos de una realidad extraordinariamente dinámica (NAVARRO, 1998). Mientras se desarrollaba la I Guerra Mundial, España -situada en la periferia- transitaba tras la crisis de 1917 desde la dictadura de Primo de Rivera (1923-1930) hasta la Segunda República (1931), un paréntesis de Parlamentarismo democrático en el que destacó el anhelo de realizar una profunda transformación de la estructura social española que, por un breve período de tiempo, ma-

terializó ciertas realizaciones políticas, sociales y económicas que impulsaron el país. El trágico final de la II República llegó con un alzamiento militar que condujo a una Guerra Civil (1936-1939) que enfrentó a vecinos/as y conciudadanos/as hasta llevar a unos/as a la derrota, la persecución, el exilio o la muerte y a otros/as a una aparente victoria. La reacción de los sectores sociales aferrados al pasado, junto a los errores propios y a la vulnerabilidad del sistema, habría llevado al enfrentamiento entre “las dos Españas” (1936-1939), una guerra fratricida que se cobró con un número aún por determinar de vidas y dejó abiertas unas heridas de las que aún se duele la sociedad española.

La Posguerra se tradujo en sacrificio y escasez para la mayor parte de la población, aunque la hegemonía fascista supuso para el Régimen Franquista un período relativamente floreciente, hasta que tuvo lugar la derrota de su bando de guerra europeo en la Segunda Guerra Mundial. Tras esa derrota, el Gobierno se vio sometido al ostracismo internacional, por lo que la vida pública española entró en una fase de miseria material y moral en la que campó la precariedad. Se abrió entonces un período histórico, que abarca prácticamente cuarenta años, en el que una España monopartidista, rural y caciquil, autárquica, sujeta a la falta de libertad ideológica, política, religiosa y a la censura se vio sometida al adoctrinamiento del nacionalcatolicismo. La fractura económica, la parálisis política y la ruralización de la sociedad hicieron que en esas generaciones una minoría de varones y una exigua proporción de mujeres accedieran a la educación, la mayoría de los cuales no logró más que un bajo nivel de estudios y, consecuentemente, dudosas expectativas de promoción social. Una situación que permaneció invariable hasta que el sistema educativo, y concretamente la educación primaria, se extendió como parte del contrato social implícito del Franquismo antes de los setenta.

La distancia que separaba a este país de otras naciones europeas se hacía patente en la situación de las mujeres españolas aún a principios del siglo XX. Las actuales mujeres mayores, entonces jóvenes, obtuvieron en el paréntesis republicano el derecho de elegibilidad a las Cortes y la regulación de su presencia en los jurados, experimentaron un avance en el mundo laboral y sindical, y obtuvieron tras encendidos debates el derecho al sufragio. En ese momento se reconoció además el matrimonio civil,

el divorcio, la equiparación entre los hijos/as habidos dentro y fuera del matrimonio, aunque permaneció invariable el modelo tradicional de familia que reposaba sobre la autoridad del “pater familias” (YUSTA, 2006), pues él era el representante legal de la esposa. La entrada en la escena política de las mujeres supuso la articulación de numerosas asociaciones y organizaciones femeninas, algunas de las cuales habían aflorado ya en los años veinte.

La etapa franquista supuso la vuelta a una solución de continuidad con el antiguo modelo de subordinación transmitido de generación en generación desde tiempos inmemoriales en el que ellas como mujeres quedaban “naturalmente” sometidas a la dominación masculina, una subordinación reforzada por el pacto entre el Estado y la Iglesia Católica que garantizó y legitimó la continuidad del sometimiento y el consentimiento de la opresión, y que suponía la defensa explícita tanto de la castidad y virtuosidad de la mujer, como de la entrega y sacrificio de la madre. De modo que las leyes civiles reformadas durante la República volvieron a apoyarse durante la Dictadura en el Código Napoleónico (Código Civil, Real Orden de 29 de julio de 1889) quedando abolido el matrimonio civil, el divorcio o el aborto legalizado (ALBERDI, 1999: 63). Igualmente se retomó la legislación laboral anterior a la República y se aprobó una nueva legislación para proteger a la familia, de modo que en el Fuero del Trabajo (Decreto de 9 de marzo de 1938) establecía en la Declaración XI.1: “El Estado en especial prohibirá el trabajo nocturno de las mujeres, regulará el trabajo a domicilio y libertará a la mujer casada del taller y de la fábrica”. No obstante, la Declaración X recogía que se incrementarían “los seguros sociales de vejez, invalidez, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, tuberculosis y paro forzosos, tendiéndose a la implantación de un seguro total” (VALIENTE FERNÁNDEZ, 2003: 149).

A partir de 1942, la fuerte discriminación legal a la que quedaban subordinadas las mujeres casadas, en pro de una ideología familiarista y natalista, hizo que todas las reglamentaciones de trabajo dispusieran que las trabajadoras al casarse debían abandonar su puesto de trabajo, puesto que éste era desempeñado por necesidad y, en la lógica patriarcal que inspiraba al régimen, la mujer casada era sostenida por el marido. Además las mujeres no podían disponer de sus bienes, comparecer en un juicio por sí mismas o contratar. En el plano privado, el adulterio de

la mujer se penaba con la cárcel e igualmente los anticonceptivos fueron penalizados tras su aparición. En fin, a la mitad femenina de la población se le exigió obediencia, sumisión y abnegación. Su situación era equiparable a la de los menores, es más las mujeres obtenían la mayoría de edad a los 25 años. Sirva de ejemplo citar que con ocasión de unas reformas que venían a ampliar la capacidad de obrar de la mujer casada que podía seguir en el mercado laboral tras el enlace, la “Ley, de 4 de julio, de 1970 (BOE 161, 7/7/1970) decía, en su justificación, que “se contempla, por tanto, la posición peculiar de la mujer casada en la sociedad conyugal, en la que, por exigencias de la unidad matrimonial existe una potestad de dirección que la naturaleza, la religión y la historia atribuyen al marido”. Con la finalidad de reforzar la subordinación de las mujeres se había instrumentalizado la Sección Femenina<sup>74</sup>, una organización que dictaba un único modelo de feminidad, el de la madre-esposa, vigente aún en la mayoría de las sociedades contemporáneas de manera más o menos sutil. Un modelo que planteaba a las mujeres como destino la entrega de por vida a la reproducción biológica, doméstica y socio-cultural y al cuidado de otros seres dependientes, la apartaba de la esfera pública y de la concepción de autonomía para el resto de su vida, una autonomía reservada a la mitad masculina de la población.

A principios de siglo, el país había acusado el impacto de las corrientes del mundo occidental, desde el romanticismo al modernismo, pero hasta que el régimen murió de senilidad, el progreso se detuvo. A partir de los años cincuenta, las condiciones mundiales y la onda de expansión económica que envolvió a Occidente posibilitó igualmente el inicio de una modernización técnica en el país que llegó de la mano de un crecimiento económico indiscutible, un proceso industrializador, la potenciación del sector servicios y la modificación de la estructura de clases (JUTGLAR Y MUNIESA, 1984). El régimen, que había tratado de obviar la situación de aislamiento utilizando la economía, la política y la religión, explotó de tal modo su anticomunismo que ganó el apoyo de EE.UU. en 1953, fecha en la que se firmó también un Concordato con el Vaticano. Tras estos acontecimientos, tuvo lugar un período ligeramente más aperturista, al que siguió un período de desarrollismo que se introdujo de la mano de las inversiones extranjeras, las migraciones del campo a la ciudad o al extranjero, y el turismo. Factores que permitieron la dinamización de la economía y favorecieron la

erosión, en la práctica, de algunos rígidos dogmas del nacionalcatolicismo.

El peso del empleo industrial en la distribución sectorial de la economía española inmediatamente anterior a la guerra no se recuperó hasta 1964, por lo que la mayor parte de la población masculina continuaba en el sector primario. El resto se podría clasificar como pequeños empresarios, autónomos y ayudas familiares, entre quienes se confundía un importante número de mujeres. Las clases medias, especialmente urbanas y afines al régimen, experimentaron un fuerte incremento y eran atendidas en sus reivindicaciones, pero los obreros industriales no corrieron la misma suerte, pues sus demandas se diluían en el sindicalismo vertical<sup>75</sup>. En la década de los sesenta, el impulso económico apoyado en la industrialización del país propició el abandono de la agricultura y el medio rural, abandono incentivado igualmente por el “boom” turístico.

A finales de los años sesenta, a pesar de que el empleo no agrario llevaba más de diez años creciendo, la incorporación de las mujeres al mismo era muy escasa debido a la incapacidad del sistema para dar trabajo a la población potencialmente activa masculina, así como a la descualificación de las mujeres por su falta de formación inicial y la quiebra de una trayectoria laboral en la que no pocas veces incidían las familias numerosas. Cuando las generaciones ahora envejecidas eran adultas se imponía en el Estado Español el modo de vida liberal-occidental, con ideales próximos a los del bando vencido en la Guerra Civil. A partir de los sesenta, y como respuesta al desarrollo económico, a las necesidades de mano de obra barata y a las de una sociedad que reclamaba libertades en el tardofranquismo, se comenzaron a revisar las prohibiciones en materia laboral para las mujeres y se plasmaron en la “Ley 56/1961, de 22 de julio, de Derechos Políticos, Laborales y Profesionales de las mujeres” –que se abordará en el epígrafe 6.7-. En todo caso, la movilidad fue escasa pues la participación femenina era mayoritaria en empleos descualificados de la agricultura, la confección y el textil, el comercio, la hostelería, la limpieza y el servicio doméstico. Una vez dismantelada la oposición interior y habiendo roto el aislamiento internacional, el régimen quiso dar muestras de cierta apertura, de modo que dulcificó la legislación laboral -reconocimiento de convenios laborales- creó la Seguridad Social –con dos regímenes -general y especiales- y un incipiente Esta-

do de Bienestar (falta de legitimación política) con tres subsistemas (CERDEIRA GUTIÉRREZ, 1987) -los Seguros Sociales como herencia del pasado y de corte bismarkiano, la Acción Social benéfico-paternalista del Estado centralizada en el Ministerio de Gobernación y la Beneficencia de las Entidades Locales controlada por el Gobierno Estatal-, lo cual se unió a la obligatoriedad de la educación ente los 6 y los 9 años, de modo que el empleo femenino en educación, sanidad y en la administración acabará por compensar las pérdidas del empleo femenino agrario e industrial.

Las generaciones nacidas en el incipiente desarrollo económico, ahora próximas a la jubilación, pudieron experimentar un proceso de movilidad social ascendente por diversos factores entre los que destacan el citado desarrollo industrial y urbanístico, una mayor escasez numérica poblacional debido a

la caída de la natalidad en la guerra y a la emigración, y un incremento de la escolarización secundaria y universitaria, también entre las mujeres. Precisamente estas generaciones, nacidas entre 1945 y 1955, constituyen una especie de bisagra entre una sociedad tradicional y otra moderna, que salió reforzada en la Transición. Unas generaciones en las que ambos sexos fueron protagonistas de la oposición a la Dictadura y del cambio político democrático que contó con una importante proporción de mujeres universitarias y otra proporción aún mayor de mujeres integradas en el mercado de trabajo que se mantuvieron en él a pesar de contraer matrimonio u optar por la maternidad (Tabla 45), aunque fue menor la proporción de las que cohabitaron sin matrimonio, retrasaron la edad de entrada al mismo, relajaron las pautas de la autoridad paterna y dejaron sin bautizar a sus hijos e hijas. Generaciones que mostraban una apertura a las tendencias de otros países europeos,

**Tabla 45. Personas de 50 a 69 años, según años trabajados a lo largo de su vida laboral, por sexo y grupo de edad. Resultados nacionales, 2006.**

Periodo (años)	Valores absolutos					Porcentajes				
	Total	Menos de 16	De 16 a 35	36 o más	No sabe	Total	Menos de 16	De 16 a 35	36 o más	No sabe
<b>Ambos</b>										
Total	6.708,8	682,4	2.901,2	2.477,8	647,4	100	10	43	37	10
50-54	2.046,8	251,9	1.263,4	357,2	174,3	100	12	62	17	9
55-59	1.779,4	193,4	793,8	622,9	169,3	100	11	45	35	10
60-64	1.584,8	145,9	496,4	794,8	147,7	100	9	31	50	9
65-69	1.297,8	91,2	347,7	702,9	156,1	100	7	27	54	12
<b>Varones</b>										
Total	4.185,2	66,9	1.705,7	2.042,5	370,0	100	2	41	49	9
50-54	1.217,0	33,6	785,4	297,4	100,5	100	3	65	24	8
55-59	1.085,9	16,3	472,2	493,3	104,2	100	2	43	45	10
60-64	1.023,2	7,8	271,7	662,7	81,1	100	1	27	65	8
65-69	859,0	9,2	176,4	589,0	84,3	100	1	21	69	10
<b>Mujeres</b>										
Total	2.523,6	615,5	1.195,5	435,2	277,3	100	24	47	17	11
50-54	829,8	218,3	478,0	59,8	73,7	100	26	58	7	9
55-59	693,4	177,1	321,6	129,5	65,1	100	26	46	19	9
60-64	561,6	138,2	224,7	132,1	66,6	100	25	40	24	12
65-69	438,8	81,9	171,2	113,9	71,8	100	19	39	26	16

Valores absolutos en miles

Años trabajados a cambio de remuneración.

1. Personas ocupadas o que han trabajado después de los 49 años.

Fuente: INE. EPA, Módulo 2006, Salida del mercado laboral y transición hacia la jubilación definitiva.



que posteriormente se plasmaría en la Reforma del Código Civil, por medio de la “Ley de 13 de mayo de 1981, de modificación del Código Civil en materia de filiación, patria potestad y régimen económico del matrimonio” (BOE 119, 19/5/1981) por la que se eliminaron las prerrogativas masculinas en materia del matrimonio, y en la “Ley 30/1981, de 7 de julio, por la que se modificó la regulación del matrimonio<sup>76</sup> en el Código Civil y se determinó el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio (BOE 172, 20/7/1981).

La muerte del dictador posibilitó, a resultas de un consenso entre las diversas fuerzas políticas, una transición, una reforma pactada, hacia la democracia y la Monarquía Constitucional. Un período que no estaría exento de unas tensiones que no eran más que derivaciones del viejo Régimen (MARAVALL Y SANTAMARÍA, 1989). Los Pactos de La Moncloa (1977), que materializaron un acuerdo entre las principales fuerzas políticas, asociaciones empresariales y sindicatos para afrontar la difícil situación económica de entonces, encauzaron las relaciones sociales y permitieron iniciar el proceso de la normalización democrática institucional. Hasta ese año, España figuraba como un país receptor de ayuda al desarrollo; incluso hasta 1981 se encontraba en los listados del Banco Mundial como país en desarrollo y solicitó ser eliminada de la lista de países en desarrollo del Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE en 1983 (GRANELL, 1997). En unos decenios, por tanto, el país ha transitado desde las posiciones de receptor de ayuda internacional y exportador de mano de obra a Europa, Norte de África o América a consolidarse -no sin ciertos brotes de involucionismo- a un estado social, democrático y de derecho (según art.1.1 de la Constitución), económicamente desarrollado, donante de ayuda y receptor de inmigrantes, integrado en la Unión Europea y en la OTAN.

El año 1975 fue precisamente el Año Internacional de la Mujer que inauguró la Década para la Liberación de la Mujer. En ese mismo año se celebraron en Madrid las I Jornadas para la Liberación de la Mujer, aún en la clandestinidad, y al año siguiente las I Jornadas Catalanas de la Dona, en las que la participación se incrementó notablemente y se abordaron temas tan diversos como educación, trabajo, legislación, maternidad, familia, medios de comunicación, barrios, prostitución, ocio, deportes, emigración, delincuencia o política. En todos estos

aspectos, los cambios acaecidos desde entonces -no sin sacrificios personales o activa militancia muchas veces desprestigiada- son espectaculares, lo que ha favorecido lentamente la institucionalización de las demandas y, en menor medida, una transformación del sistema de opresión genérica. La Constitución de 1978, que marcó un hito en la historia del país -y consagró el citado Estado social, democrático y de derecho- supuso un hito también en la situación jurídica de la mujer a la que se le reconoció el principio de igualdad y no discriminación por razón de sexo, aunque ello no se haya traducido en la plena y total igualdad de oportunidades, puesto que las reformas y los cambios legales, aunque mejoren la condición de las mujeres y sean parte fundamental de su proceso de emancipación, no cambian de raíz el patriarcado. Avanza LERNER (1991: 316) que para ello es preciso ir más allá e “integrar estas reformas dentro de una vasta revolución cultural a fin de transformar el patriarcado y abolirlo”

La bonanza económica, la emancipación material, el acceso al empleo y la vivienda permitieron, en los setenta, adelantar la edad de formar una familia. Entre los años 75 y 77 ello se tradujo en un “baby-boom” - citado en el capítulo 4- que alumbró, en términos absolutos, la más abultada generación española. Una numerosa generación que fue de las primeras en evidenciar las dificultades de la emancipación adulta ante los obstáculos existentes para el acceso a la independencia económica a través del trabajo, a pesar de disponer ambos sexos de más formación que las generaciones precedentes, hasta el punto de “devaluar” la formación superior en las generaciones subsiguientes en las que afloran los/as mileuristas<sup>77</sup>. Estas generaciones están integradas por mujeres que han prolongado su formación hasta equipararla a la de sus coetáneos masculinos, han priorizado una carrera profesional ahora más diversificada o la han compaginando con una exigua maternidad, factores que han incidido en la caída de la nupcialidad y de la fecundidad. Otros factores han favorecido igualmente la caída de ambas tasas como el uso generalizado de los anticonceptivos, la separación de la sexualidad de la maternidad, el paso la concepción de los hijos/as como factores de producción a factores de inversión e incluso, de consumo o la insuficiencia de las redes de servicios y ayudas públicas a la infancia.

El “baby-bust” (1978 y 1998) -citado igualmente en el capítulo 4- marcó el cumplimiento de la transi-

ción demográfica con un déficit de nacimientos que ha comenzado a mostrar tímidos signos de recuperación desde 1999, en parte gracias a la inmigración (INE, 1999-2007). A diferencia de las generaciones precedentes, las generaciones nacidas en la sociedad postindustrial, tras ese “baby-bust”, cuentan con importantes niveles de cobertura de las necesidades básicas. Necesidades casi siempre satisfechas por el entorno familiar y, en última instancia, por el Estado. Generaciones que, al menos hasta que tomó cuerpo la recesión económica a finales de 2008, no planteaban demandas materiales (salud, vivienda y seguridad física) sino valores postmaterialistas (autorrealización personal, participación cívica, tolerancia pluralista y defensa de las identidades colectivas y los derechos humanos, ecologismo, pacifismo). En lo económico, estas generaciones se han caracterizado por su gran capacidad de consumo, y en lo político por vivir entre la consolidación de la democracia, la globalización neoliberal y el movimiento altermundista. Aunque no se materialice en la práctica la igualdad real y efectiva entre los sexos, para las mujeres la situación, las oportunidades y la forma de vida han mejorado debido en gran parte a la evolución interna de la sociedad española, a la atenuación de la autoridad paterna en la familia y a la influencia del contexto internacional, que coincide con un importante esfuerzo de Naciones Unidas<sup>78</sup>, pero sobre todo con una fuerte presión por parte de las organizaciones de las propias mujeres.

El avance en la situación laboral de las mujeres desde finales del siglo pasado es incuestionable, si bien a comienzos del siglo XXI aún revela ciertas diferencias. En 2001, la tasa de ocupación española se situó en el 59%, mientras que en la Unión Europea superaba el 64% (INE, 2001), una diferencia debida, en parte, a la tasa de ocupación femenina, que a pesar de su continuo aumento se mantuvo en las últimas décadas del siglo más de 10 puntos por de-

bajo de la comunitaria. En estos últimos años (Tabla 46), la tasa de actividad marca una clara tendencia ascendente (concretamente la femenina pasó de 26,48% en 1982 a 42,53% en 2007, INE/INSTITUTO DE LA MUJER, 2008), pero situada en 54,7%, la tasa de ocupación de las mujeres se encontraba aún casi cuatro puntos por debajo de la media de la UE-27 (58,3%) en 2007.

La tasa de desempleo femenino, sin embargo, ha seguido un camino inverso a la tasa de actividad, de manera que habitualmente se sitúa por encima de la masculina. En 2007 ésta la tasa era de 6,83% para los varones y de 11,00% para las mujeres. En este momento, la tasa de paro asciende al 17,36% de la población activa y el desempleo ha alcanzado un récord histórico al rebasar los cuatro millones de personas (4.010.700) en el primer trimestre de 2009 (INE, EPA 2009). Aunque se pierde mucho empleo masculino debido a la crisis en el sector de la construcción, la tasa de paro masculina es de 16,86% (3,89 puntos más que en el cuarto trimestre de 2008) y la femenina de 18,01% (2,88 puntos más que en el citado trimestre).

#### 6.4. Particularidades del caso canario en la trayectoria biográfica.

La sociedad canaria, esencialmente rural y jerarquizada, caracterizada por un fuerte atraso económico, conoció en el siglo XIX un proceso de transformación y cambio que respondió a un desarrollo basado en una estrategia de crecimiento de base agromercantil y librecambista, bruscamente sacudido por la I Guerra Mundial. A diferencia de lo que ocurrió en la economía peninsular, la guerra puso en evidencia la fragilidad del modelo de crecimiento económico isleño al contraerse la demanda exterior. En estos años, la sociedad presentaba aún un modelo “tricotómico” (ALCARAZ ET AL, 1991): en la cúspide se encontraba un reducidísimo grupo de pro-

**Tabla 46. Tasas de actividad, ocupados/as y tasa de paro por sexo, 2005-2007.**

	Ambos sexos			Varones			Mujeres		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
T. Actividad	57,35	58,32	58,92	68,78	69,12	69,27	46,41	47,95	48,94
Ocupación	18.973,2	19.747,7	20.356,0	11.388,8	11.742,6	11.987,2	7.584,4	8.005,1	8.368,8
T. paro	9,16	8,51	8,26	7,04	6,31	6,37	12,16	11,55	10,85

Elaboración propia

Fuente: INE. EPA (2008). Resultados anuales serie 2005-2007.

pietarios de tierras que conformaba una oligarquía hermética, en la que se contaban algunos nobles y burgueses ennoblecidos. Círculo que se rompió, en los años veinte, para dar entrada a los comerciantes enriquecidos con los nuevos cultivos de exportación y a la burguesía local o extranjera que desarrollaba su actividad comercial o de servicios al calor del desarrollo de los puertos, e incluso a propietarios de pequeñas y medianas industrias. Esta oligarquía, esencialmente urbana y conservadora, controladora de los resortes del poder local, se opondría mayoritariamente a la alternativa republicana, aunque no al Régimen Franquista bajo el que se articularía el caciquismo. Por otro lado, se encontraba el estrato medio, débil y casi sin entidad, integrado por una pequeña e incipiente burguesía agraria, dueños de pequeños establecimientos comerciales y talleres y una escasa proporción de asalariados. Y en tercer lugar se encontraba la clase obrera, que presentaba mayor variabilidad y vulnerabilidad.

En el primer tercio del siglo la clase obrera era esencialmente agrícola, aunque su proporción en este sector fue disminuyendo paulatinamente en el transcurso de la centuria. Entre los varones que trabajaban en el sector servicios destacaba la ocupación en los subsectores del transporte, el comercio y las oficinas; las mujeres, en cambio, lo hacían en el servicio del hogar. En el sector secundario se ubicaban esencialmente los artesanos y artesanas. La ausencia de un proletariado industrial fue, y sigue siendo, una peculiaridad del caso canario, salvo en las tabaquerías y las pesquerías, ámbitos en los que la mano de obra femenina fue un componente importante. Estos dos subsectores, junto a los trabajadores portuarios, eran los que integraban el exiguo proletariado no agrario canario. Las condiciones de trabajo en el campo eran muy duras. Hombres, mujeres y niños/as, esencialmente analfabetos/as, trabajaban jornadas de sol a sol, en duras condiciones de salubridad, tanto en el lugar de trabajo como en la misma vivienda.

La recuperación económica, en los años veinte, supuso un período de expansión que favoreció la modernización de las estructuras productivas, impulsó la actividad comercial e intensificó el proceso de urbanización. Las industrias pesquera y tabaquera crecieron debido a la disponibilidad de financiación y de materia prima, y contribuyeron a su vez a atraer mano de obra a los centros urbanos. El proletariado aún poseía un bajo nivel de cualificación, a pesar de las mejoras introducidas en la enseñanza, si bien

las organizaciones obreras -creadas a principios de siglo- mostraban la articulación de su capacidad de lucha, pues en estos años se implantó la jornada de ocho horas, se reconoció el derecho a la huelga o el descanso dominical. La urbanización llevó consigo el aumento del número de centros sanitarios y de enseñanza, mientras que con capital extranjero se procedió a la mejora de los servicios urbanos -implantación del gas, electricidad, tranvía, agua y teléfono- (CABRERA Y DÍAZ, 1984). Los procesos de modernización y crecimiento económico quedaron limitados a las zonas con mayor dinamismo del Archipiélago, como las urbes de las islas centrales. Los veinte fueron también años de innovaciones de modo que la radio se convirtió en el nuevo medio de comunicación de masas, se popularizó el fútbol y se generalizaron los encuentros de lucha canaria, nuevas modas en el vestir introdujeron tejidos más ligeros, mientras las relaciones personales se tornaron más informales.

La recuperación no fue duradera. La Depresión de 1929, en su relación con los mercados atlánticos, dejó sentir sus efectos en la economía isleña frenando el proceso de diversificación de la economía. Durante la II República, la actividad política alcanzó en las islas una cierta intensidad, de modo que al final del período el territorio se había equiparado al resto del Estado en lo relativo a organización de partidos, organizaciones sindicales y patronales. A partir de 1933, se entró en un nuevo proceso de recesión que no mostró signos de recuperación hasta los años cincuenta. La crisis llevó aparejada también una caída del mercado interno, un aumento del desempleo y de la conflictividad laboral, tanto en el mundo agrario como en el urbano. El proceso de modernización de la sociedad, que seguía un ritmo lento pero continuo, se detuvo con la situación política surgida con el levantamiento militar de 1936 y la posterior Guerra Civil. La guerra truncó la biografía colectiva de las entonces jóvenes generaciones obligándoles a postergar sus proyectos vitales: suspender o abandonar estudios, dejar empleos, aplazar bodas o posponer hijos/as; de hecho, entre 1936 y 1956 se registró un importante déficit en el número de nacimientos (INE)<sup>79</sup>. En esos años de austeridad, la estrategia económica continuaba vinculada fundamentalmente al aprovechamiento agrícola, en el que pesaba aún la desigual distribución de la propiedad de la tierra y el control de un recurso escaso como es el agua.

Las condiciones de vida en los años de posguerra

fueron muy difíciles pues la población trabajadora, sometida a duras condiciones de trabajo, bajos sueldos y nulo poder de negociación, estaba afectada por el racionamiento, mal alimentada y desprotegida ante las enfermedades. En esta etapa, la secular emigración internacional, entonces clandestina, tomó rumbo a Venezuela, si bien desde mediados de los cincuenta los movimientos predominantes fueron de carácter intra e interinsular. Las islas periféricas y las medianías cedieron importantes contingentes de población a las capitales y núcleos expansivos de las dos islas centrales, a las que llegaron en menor medida inmigrantes de la península y del extranjero. Así mismo, aumentó el poblamiento en varias zonas costeras como consecuencia de la crisis de la agricultura tradicional y el despegue en esas partes bajas de cultivos intensivos. La producción en suelos costeros -no aprovechados- de tomate y plátano supuso una mayor proletarización de los/as trabajadores/as agrícolas y permitió la entrada de divisas en esos años. Tras esta etapa, se inicia un nuevo período de crecimiento económico basado tanto en el sector servicios, específicamente en el turismo, como en el sector de la construcción vinculado a éste, que atrajo nuevamente a la población hacia esas zonas costeras. La buena coyuntura en los capítulos tradicionales de exportaciones agrarias y tráfico comercial, unidas a las remesas de los emigrantes, se sumaron a los buenos resultados.

En esos años aconteció el vuelco de la estructura social canaria, pues frente a la terciarización de la ocupación retrocedieron los sectores primario y secundario. Los sesenta y setenta fueron años de crecimiento desmesurado para las capitales, de emigración hacia las islas capitalinas o del trasvase en el interior de éstas desde las zonas centrales y de agricultura de exportación hacia aquellas donde se implantaba la actividad turística; fenómeno que posteriormente se extendería a las islas más orientales. La fase expansiva se quebró con la crisis internacional de 1973-75, que dio paso a una situación de estancamiento y desempleo que se prolongó hasta 1984-1985, momento en el que se entró en una nueva fase expansiva, con intervalos de incertidumbre, que ha tocado techo a finales de 2008.

Una vez que entró en vigor la Constitución de 1978, Canarias se adhirió a un proceso destinado a dotarse de instituciones de autogobierno, y en ese año se constituyó la primera Junta de Canarias. El Estatuto de Autonomía fue aprobado mediante “Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto” (BOE 195,

10/8/1982), y reformado por “Ley Orgánica 4/1996, de 30 de diciembre” (BOE 135, de 31/12/1996). Si bien, fue la “Ley Orgánica 11/1982 de 10 de agosto de Transferencias Complementarias a Canarias” la que dotó a la Comunidad de mayores competencias, como por ejemplo en materia de gestión de puertos y aeropuertos<sup>80</sup>. El Parlamento de Canarias, órgano legislativo de la Comunidad, se estrenó el 30 de mayo de 1983 y ha llevado adelante el desarrollo normativo en materia de educación, sanidad, infraestructuras y empleo, entre otras materias.

Desde aquellos años -que supusieron el paso del centralismo a la autonomía legislativa y la competencia ejecutiva- hasta la actualidad, las generaciones de los actuales mayores han asistido al acelerado proceso de cambio que ha vivido la sociedad española y canaria durante el recién finalizado siglo XX, intensificado de manera espectacular en su último cuarto a raíz de sucesión de innovaciones tecnológicas. Los varones y, especialmente las mujeres mayores, educados en su infancia y adolescencia en un rígido modelo clasista y sexista, apoyado en la división sexual de los espacios y de los derechos y deberes asociados a ellos, han presenciado esta evolución y han experimentado la sensación de vivir la alteración de un orden que parecía inmutable. Respecto de las vivencias de las mujeres, GARRIDO (1993: 12) afirma que la secuencia de estos cambios ha dado lugar a una “profunda cesura entre las mujeres mayores y las jóvenes”, de tal modo que sus experiencias vitales se hacen progresivamente divergentes. La movilidad social intergeneracional ascendente para ambos sexos -aunque limitada por la misma estructura de clases, la persistencia de la segregación sexual en el mercado de trabajo o las características urbanas o rurales del territorio- ha sido una pauta generalizada, al menos hasta la irrupción de la desregulación del mercado laboral que ha complicado y diversificado los itinerarios de inserción profesional de los/as jóvenes. Las tendencias en la movilidad presentan ciertas particularidades que responden a las diferencias que esconde el grupo, aparentemente homogéneo, que integra la población inactiva, pero que la podría abandonar (Tabla 47). Por un lado, los estudiantes entre los que son mayoría las mujeres para todos los grupos de edad, que previsiblemente abandonarán este sector de población para ingresar en la vida activa; y por otro las amas de casa, un sector en el que las mujeres no sólo son mayoría en todos los grupos de edad, sino que casi triplican a las estudiantes. Muchas de ellas tienen deseos e intención de incorporarse a una activi-

dad laboral extradoméstica, de completar su formación o de desarrollar otras actividades ciudadanas o sociales, pero ciertos estudios apuntan que quienes efectivamente manifiestan tales deseos son menos de la mitad (NAVARRO BOTELLA, 2003:110).

La persistencia de la baja participación de la mujer en la población activa anticipa una vejez en la difícilmente será efectiva una equiparación real en las condiciones de vida de los dos sexos.

**Tabla 47. Población residente en Canarias, por viviendas familiares de 16 años y más clasificada por relación con la actividad económica, según grupo de edad y sexo, 2001.**

RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD											
	Población activa			Población inactiva							
	Ocupado	Parado Primer empleo	Trabaj antes	Jubil.	Pens. Incap.	Pens. viuded orfand	Estud.	Vol soc	Neces ayuda	Tareas hogar	Otra situac.
<b>Hombre</b>	422.243	11.137	59.450	97.330	23.335	2.406	55.966	357	1.225	5.473	7.997
16-19	12.441	2.552	3.098	0	197	127	27.159	40	73	258	639
20-24	39.549	2.822	7.623	0	629	71	19.141	51	101	343	664
25-29	62.275	2.036	9.099	0	1.179	45	6.798	48	133	396	729
30-34	67.841	1.304	8.644	0	1.469	56	1.678	35	130	464	774
35-39	63.979	846	8.078	0	2.182	98	453	38	134	481	778
40-44	53.342	531	6.317	30	2.199	97	214	26	92	468	690
45-49	43.885	372	5.052	955	2.360	116	163	25	74	400	610
50-54	35.522	299	4.630	2.335	2.604	119	107	20	71	392	643
55-59	25.825	233	4.487	6.682	3.323	190	104	22	64	504	729
60-64	13.619	142	2.422	12.034	3.151	209	56	21	73	454	656
65-69	2.818	0	0	27.599	1.852	358	33	15	70	518	453
70-74	683	0	0	21.355	1.094	304	30	6	51	349	290
75-79	235	0	0	13.859	635	260	8	6	49	248	180
80-84	95	0	0	7.176	300	174	7	2	52	131	83
85 y +	134	0	0	5.305	161	182	15	2	58	67	79
<b>Mujer</b>	261.111	13.254	53.973	43.389	18.275	46.592	68.580	602	2.221	187.031	6.676
16-19	7.516	2.143	2.221	0	110	153	31.047	8	49	1.602	378
20-24	29.140	3.329	7.322	0	404	122	23.679	28	69	4.949	491
25-29	47.048	2.734	10.620	0	682	81	7.473	34	113	10.166	547
30-34	46.218	1.818	10.647	0	935	125	2.467	56	116	16.227	588
35-39	41.427	1.224	8.418	0	1.208	383	1.349	46	105	20.585	550
40-44	33.402	749	5.540	10	1.287	546	829	48	87	19.688	409
45-49	24.865	532	3.940	441	1.386	839	607	54	86	19.863	417
50-54	15.499	323	2.597	1.380	1.883	1.829	385	76	89	21.605	461
55-59	9.747	269	1.783	2.537	2.300	2.923	338	83	99	22.208	504
60-64	4.683	133	885	4.400	2.355	3.888	170	51	105	17.693	475
65-69	1.066	0	0	10.783	2.401	7.650	99	47	180	15.479	564
70-74	268	0	0	9.331	1.549	8.268	64	34	217	9.270	485
75-79	91	0	0	6.719	882	7.895	26	21	229	4.881	333
80-84	70	0	0	4.046	495	6.013	16	11	252	1.790	238
85 y +	71	0	0	3.742	398	5.877	31	5	425	1.025	236

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2001). Censos de Población y Viviendas.

### 6.5. Lo público: el espacio de la producción y la política.

La separación entre lo público y lo privado, y la asignación de diferentes actividades y responsabilidades a sendos espacios -aunque formalmente reconocida tras la Revolución Industrial y la aparición del ideal burgués del ama de casa- habría tenido vigencia para la organización social en Occidente, al menos desde la Antigüedad clásica. “Desde la civilización griega se consideraba que en la vida humana había dos niveles separados: un dominio privado, familiar, doméstico, que era el lugar que le correspondía a las mujeres, y un dominio público que implicaba las decisiones de interés común, una “*polis*” o una “*ci-vitas*” en sentido propio, que era donde se proyectaba y expresaba la ciudadanía plena, es decir, la de los varones” (MARTÍNEZ, 2005: 153). De hecho, la democracia directa griega consideraba ciudadanos exclusivamente a los hombres libres; mientras que en Roma los que eran ciudadanos disfrutaban de libertad política e igualdad ante la ley, participaban en la administración y en la justicia, dignidades reservadas únicamente a los hombres. El público es el ámbito de la producción y la política, en él todas las sociedades humanas se articulan en base a la desigualdad, incluso en las sociedades más simples donde las diferencias de riqueza o propiedad son inexistentes, prevalecen desigualdades de estatus (MACIONIS Y PLUMER, 2000). Tales divisiones se refieren en última instancia al acceso o no al poder. Amos y esclavos, señores feudales y siervos, capitalistas y proletarios, gerentes y trabajadores de cuello blanco, los unos frente a los otros y entremedias los recursos económicos y políticos de la sociedad. El público es un espacio tradicionalmente masculino, en el que los hombres han sido dirigentes, militares, sacerdotes, legisladores, arquitectos u obreros, mientras a las mujeres quedaba reservada, al menos teóricamente, en virtud de la división sexual del trabajo todo lo relativo a la reproducción biológica y social de la prole. El siglo XX supuso una inflexión histórica al introducir importantes variaciones respecto del acceso a la propiedad y a la toma de decisiones por parte de las mujeres en los espacios públicos en algunos países<sup>81</sup>, lo cual dista de la efectiva consecución de la igualdad real en el acceso y control sobre los recursos, las oportunidades y los beneficios.

La conquista de los derechos y la ciudadanía (MARSHALL, 1949), en sus diferentes vertientes, sufrió

un considerable retraso en nuestro entorno cultural para la mitad femenina de la población. La ciudadanía civil, lograda en el siglo XVIII para el resto de la población, se retrasó para las mujeres hasta el siglo XX y, en muchas ocasiones, se alternó con la tutela del padre o el cónyuge. La ciudadanía política, siguió similares derroteros, de modo que reclamado para las mujeres el derecho al voto a finales del siglo XIX, en muchos países se postergó hasta bien entrado el siglo XX. La ciudadanía social, ligada en gran parte a la participación en el mercado laboral, aunque subsidiariamente también a su consideración en las políticas públicas, presenta notables deficiencias ya que una parte esencial de la protección social está asociada a la vía contributiva, y el acceso de las mujeres al mercado laboral es menor al engrosar una importante proporción de mujeres en edad de trabajar la población inactiva, por lo que no causan tales derechos. CARRASCO BENGOA (2001: 41) sitúa los antecedentes de la “ciudadanía oculta” de las mujeres en la articulación público/privado y, concretamente en la articulación del mercado tras la segunda gran contienda, por la que a las tareas de sostenimiento de la vida humana, no valoradas, se les reservó una ciudadanía específica no reconocida socialmente.

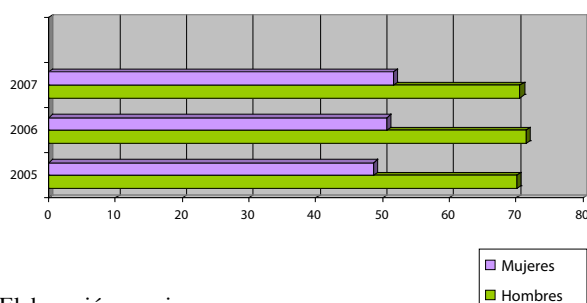
El Estado de Bienestar -materia del capítulo 8-, nacido de la combinación de la experiencia de una burocracia estatal alemana familiarizada con los problemas sociales y el temor de las clases propietarias respecto del proletariado revolucionario, alimentado por el carácter del liberalismo alemán, vino a dar a luz una ciudadanía social, que era precisa para dar satisfacción a la ciudadanía civil y política. Finalizada la II Guerra Mundial, la fórmula keynesiana, un “pacto masculino” (CARRASCO BENGOA, 2001: 42), basado en el empleo estable, seguro, garante de derechos, que permitía el acceso a una seguridad social y al consumo de masas, se cerraba con un modelo familiar que, aunque más antiguo, acompañaba al modelo fordista de empleo<sup>82</sup>. En aquel momento histórico, tras la salida de las mujeres de sus hogares a la fábrica durante el conflicto, la organización social reclamó para su funcionamiento de su devolución a un espacio en el que se desarrollarían de manera eficiente los trabajos de reproducción biológica, social y cultural de la prole, trabajos ni remunerados ni reconocidos socialmente. Sin embargo, la necesidad de reconstrucción primero y el crecimiento de las economías occidentales después, llevo a las mujeres de nuevo a los mercados de tra-

bajo remunerado. En España y en Canarias tal incorporación se retrasó hasta los años setenta, y su crecimiento ha sido relativamente lento.

Las mujeres canarias representaban en el Censo de Población y Viviendas 2001 el 39,98% de la población activa. La máxima tasa de ocupación registrada entonces, en el grupo de edad de 25 a 29 años, no superaba el 43%, diecisiete puntos porcentuales por debajo de la media nacional. Consecuentemente, las mujeres representaban el 65,79% de la población inactiva; las tareas del hogar ocupaban a un 33,92% de esas personas inactivas y de ellas el 97,15% eran mujeres. A su vez, de quienes percibían una pensión de viudedad u orfandad el 95,08% eran mujeres; siendo las mayores de 65 años el 76,62% de ellas; mientras que únicamente suponían el 30,83% de los jubilados.

La tasa de actividad femenina canaria ha venido creciendo en los últimos años, pero aún se sitúa en torno al 50%. La Encuesta de Población Activa (INE, 2T-2008), recoge en la Comunidad Canaria una tasa actividad de 70,67 para los varones y de 50,98 para las mujeres, de modo que las separa casi 20 puntos de diferencia. Mientras la tasa española recoge mayores diferencias en el grupo de edad de 55 a 60 años, en Canarias se registra en el grupo de 45 a 54 años. Por su parte la tasa de ocupación, que en el resto del Estado ha pasado de 22,74% a 43,94% en los últimos 25 años, en Canarias lo ha hecho de 22,6% al 44,61. Las diferencias con las tasas masculinas, en este caso, han pasado de 39 a 20,57 puntos en el caso español y a 17,6 en el canario

**Gráfica 16. Tasa de actividad por sexo. Canarias 2005-2007.**



Elaboración propia

Fuente: INE. (2008). EPA Resultados anuales serie 2005-2007.

El pacto ha sufrido las tensiones que ha introducido la fragmentación y la precariedad laboral, pero que no ha perdido su principal característica, cual

es que el empleo es mayoritariamente masculino, y aunque la participación laboral de las mujeres ha variado mucho, lo cierto es que a pesar de la legislación en la materia (“Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la Conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras” (BOE 266, 6/11/1999); modificada por la “Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres” (BOE 71, 23/3/2007), no se acaba de resolver la conciliación entre la vida laboral y familiar. A las tasas de inactividad femenina se unen otras dificultades para el acceso a un pleno disfrute de los derechos sociales de las mujeres: mayores dificultades para acceder a un empleo<sup>83</sup>, menores retribuciones, mayor presencia en el empleo a tiempo parcial<sup>84</sup>, temporal<sup>85</sup>, no regularizado, sumergido o considerado ayuda familiar.

Las necesidades de sostenimiento del sistema de Bienestar, sin embargo, reclaman en la actualidad la participación laboral de cuantas más mujeres mejor para sostener a la población económicamente dependiente<sup>86</sup>. La relación entre el Estado y las mujeres ha sido analizada tanto desde la óptica de la dominación patriarcal (EINSENSTEIN, 1979; BROWN, 1981) como desde la consideración de una alianza estratégica (HERNES, 1984; BORCHORST y SIIM, 1987). Ciertamente el feminismo ha luchado por el acceso en igualdad a la ciudadanía de las mujeres frente al Estado, y tras la lucha del primer feminismo por los derechos civiles y políticos, no ha cejado en el empeño de reivindicar el disfrute en igualdad de los derechos económicos y sociales. La visión de la alianza estratégica, en cambio, presenta al Estado como un “amigo de las mujeres” (LEIRA, 1994: 27), en tanto que ellas son el grueso de sus trabajadoras a la par que las consumidoras de buena parte de sus servicios y prestaciones. Esto es, el Estado favorece la ocupación de las mujeres en el cuidado público mientras le presta los servicios necesarios para su participación en el mercado laboral.

El Estado de Bienestar finalmente ha favorecido a la población femenina, pero no ha logrado la superación de la diferente concepción del trabajo masculino y femenino y, por ende, tampoco la paridad en las condiciones laborales entre los sexos. Ni siquiera en los países del Norte de Europa<sup>87</sup> (Tabla 48) se han podido superar los niveles de desigualdad, que van desde la discriminación salarial hasta una mayor precariedad, pasando por la asunción de diferentes jornadas laborales. La explicación últi-

**Tabla 48. Población asalariada según sexo y tipo de contrato por principales características demográficas, Canarias 2007.**

	Total	Sexo		Tipo de contrato	
		Hombre	Mujer	Indefinido	Temporal
Total	749,42	456,69	337,73	498,06	296,36
Tipo de contrato					
Indefinido	498,06	287,34	210,72	-	-
Temporal	296,36	169,35	127,01	-	-
Grupo de edad					
16 a 24	83,72	48,72	35	30,83	52,89
25 a 34	250,7	137,98	112,72	141,12	109,58
35 a 44	244,12	137,81	106,31	1560,08	84,04
45 a 54	146,79	87,19	59,6	109,94	36,84
55 y más	69,09	45	24,1	58,09	13,01
Estudios terminados					
Analf. y sin estudios	*1,49	*0,97	*0,52	*0,44	*1,05
E. Primaria	147,95	101,18	46,77	86,87	61,09
E. Sec. (I)	240,69	151,32	89,37	144,5	96,19
E. Sec. (II)	188,26	96,77	91,48	117,23	71,03
E. Sup. no universitar.	73,8	43,34	30,46	56,35	17,45
E. Superior		62,11	79,12	92,67	49,55
Sector de actividad					
Agric., Gan. y Pesca	24,29	14,01	10,28	17,57	6,72
Industria	44,61	36,37	8,24	37,15	7,46
Construcción	122,6	116,86	5,75	41,66	80,95
Servicios	609,91	289,46	313,46	401,68	201,23
Ocupación principal					
P. Direc. y Técnico.	157,26	72,9	84,36	111,56	45,7
Administración	88,67	31,82	56,85	70,48	18,19
Tr. Cualificado	374,44	261,65	112,79	225,87	148,57
Tr. No Cualificado	168,89	85,7	83,19	87,69	81,20
FF. Armadas	5,16	*4,62	*0,54	*2,46	*2,70
Lugar de nacimiento					
Canarias	576,15	336,85	239,3	372,92	203,23
Otras CCAA	58,08	34,71	23,37	41,48	16,6
Otros países	160,19	85,13	75,06	83,66	76,53
Estado civil					
Soltero	334,49	196,62	137,87	176,21	158,28
Casado	380,68	229,05	151,63	266,01	114,68
Viudo, separ., divor.	79,25	31,02	48,23	55,84	23,41
Relación con la persona de referencia					
Persona de referencia	334,08	199,72	134,36	229,3	104,78
Conyuge o pareja	219,19	113,83	105,35	147,35	71,43
Resto de personas	241,15	143,13	98,02	121	120,15

Absolutos en miles de personas. Canarias EPA 4T-2007. (\*) Dato correspondiente a celdas con menos de 20 observaciones muestrales  
Fuente: ISTAC. (2008). Encuesta de Población Activa (EPA)



ma se encontraría en que, más allá de las distintas combinaciones entre las variables Estado-mercado-familia, las mujeres son las responsables últimas del cuidado de las personas dependientes del hogar, ya sean menores, mayores, enfermas o discapacitadas, así como de la satisfacción de todas las necesidades del resto de las personas que lo integran. Y aunque el Estado haya comenzado a asumir parte de esa carga, lo cierto es que la implicación de los hombres en las tareas de cuidado o de mantenimiento del hogar no ha adquirido similar proporción a la de las mujeres en lo público, como se pondrá de manifiesto en el siguiente capítulo.

JÓNASDÓTTIR (1993: 321) sostiene que el patriarcado, el capitalismo y el Estado son estructuras distintas aunque similares, que se combinan mutuamente de forma orgánica; de modo que, “lo mismo que la propiedad privada es la institución clave que vincula Estado liberal y capitalismo, el matrimonio o la posesión conyugal de personas con género y sexo es central entre las instituciones que vinculan al patriarcado con el Estado”. LAMARCA LAPUENTE (2002: 161), ampliando el enunciado que propusiera JÓNASDÓTTIR hasta incluir el mercado, con el enunciado “ella para él, él para el Estado y los tres para el mercado”, articula la disposición de los espacios y las funciones asignadas a los sexos para el sostenimiento del Estado y, fundamentalmente, del sistema capitalista. El mundo de lo público, de la política y la economía, de la toma de decisiones, funciona porque descansa sobre el mundo de lo privado, de lo doméstico, de los afectos, de las actividades básicas para la subsistencia. Ciertamente, la negación histórica de la presencia de las mujeres en lo público ha contribuido a su marginación social, pero por más que se presenten como espacios bien diferenciados y regidos por una diferente normatividad, lo cierto es que las mujeres nunca han estado totalmente al margen de lo público, pues el acceso a la instrucción ha sido demandado y disfrutado en ciertos momentos históricos, y la participación en lo productivo, aunque no reconocida, ha contribuido a sustentar a las distintas sociedades en cada época histórica.

### **6.6. La educación formal en la construcción histórica de lo femenino y lo masculino.**

Desde la Antigüedad hasta fechas relativamente recientes, el desarrollo del conocimiento y el pensamiento ha estado reservado a una pequeña parte de

la población, que frecuentemente se valía de ambos para ejercer la dominación sobre una mayoría iletrada. Entre los integrantes de ese grupo privilegiado no era frecuente la admisión de mujeres. Aproximadamente hacia el siglo V a.C. se inició la interpretación racional de la Medicina, y en sus inicios la “Teoría humoral hipocrática” (CLEMENTE PAULINO, 1998: 77) sostuvo que el universo estaba compuesto por agua, fuego, tierra y aire, mezclándose de forma diversa y dando lugar a los humores, cuya combinación forma los tejidos. Desde estos presupuestos se consagró la idea de que el varón es equilibrado y en él predomina lo cálido y lo seco, mientras la mujer es desequilibrada y tiene un exceso de humedad y frialdad. Dado que el calor es indispensable para la vida, las digestiones y el pensamiento, se estableció entonces la natural inferioridad de las mujeres. La filosofía aristotélica daría a la teoría una mayor complejidad y habría establecido que la naturaleza femenina se debe considerar un defecto natural, al igual que carente de cualquier vestigio de inteligencia.

A pesar de tales observaciones, desde la época helenística avanzada se dieron intentos de alfabetizar a las mujeres, iniciativas que fructificarían en manifestaciones poéticas como las de la Escuela de Lesbos, fundada por Safo. En la Antigua Roma los matrimonios tempranos hacían que resultara poco alentadora la inversión de esfuerzos educativos en las niñas, aunque existían círculos literarios en los que se reunían escritoras de verso o prosa con otros escritores para intercambiar conocimientos. En el Feudalismo primitivo, como herencia del pasado, las mujeres eran equiparadas a objetos de intercambio, aunque paradójicamente la literatura medieval recoge la figura de la mujer como símbolo de belleza y perfección por la que se libraban feroces batallas. Un tratamiento que sería el germen de unas “Cortes de Amor” en las que se favoreció el encuentro de hombres y mujeres en torno a la poesía y la narración de historias. En la Edad Media y aún en el Renacimiento, salvo a las situadas en la cúspide de la estructura social que se instruían en la lectura y escritura, música, canto y latín, a las mujeres les estaba vetada la educación por ser consideradas aún como débiles de mente y cuerpo. Lógicamente, algunas mujeres pudieron acceder a otros conocimientos<sup>88</sup> y destacar en alguna ciencia, pero nunca fueron bien consideradas. No en vano entre los siglos XVI y XVII fueron sentenciados a muerte brujos, pero principalmente un considerable número de

brujas (LEVACK, 1995), que en la mayoría de los casos, eran mujeres mayores que poseían conocimientos médicos o naturales. El destino de la mujer, excluida de la educación, era la vida matrimonial o religiosa.

Los comienzos de la Ilustración marcaron una nueva etapa, en la que la razón trataba de imponerse sobre el mito y la religión. La educación apareció entonces como el instrumento preciso para superar el oscurantismo. Rota definitivamente la creencia estamental de que el puesto de cada individuo viene fijado por el principio inmutable de su origen, la educación fue sometida a una nueva lectura que condujo a la mejora de los métodos de enseñanza y a la defensa del derecho de todo ciudadano a instruirse. En la búsqueda de un conocimiento sistemático de los fenómenos naturales y sociales surgió la consideración de la mujer y de su papel en la sociedad, pero a pesar de las transformaciones en el ámbito ideológico, político y económico prevaleció la creencia de que las mujeres no eran aptas para la creación de conocimiento, en tanto que eran seres delicados y emocionales. PATEMAN (1996) atribuye a LOCKE (1690) el fundamento teórico de la separación liberal entre lo público y lo privado, siendo la primera la esfera del éxito, los intereses, los derechos, la igualdad y la propiedad universal, y la segunda la de los vínculos naturales de los sentimientos, la consanguinidad y el estatus sexualmente adscrito. El pensamiento ilustrado apoyaba esta tesis, pero ya entonces encontró contestación, ASTELL (1706) cuestionó aquel pensamiento liberal que defendía la libertad masculina y la esclavitud femenina. De los clásicos ilustrados, sería CONDORCET (1790) el primero en cuestionar el concepto de desigualdad natural para excluir a las mujeres de la instrucción, señalar el fundamento social de tal desigualdad y la importancia de una socialización diferencial, mientras reclamaba la intervención del Estado para hacer posible la igualdad entre los sexos. Sus postulados encontraron poco eco en la sociedad del momento.

La enseñanza, considerada entonces un instrumento de progreso material, contribuyó a la selección de una elite masculina encargada de programarlo y dirigirlo desde el poder, perpetuando su papel de medio por el que una sociedad se conserva y afianza su estructura. Cuando los alegatos y esfuerzos de las mujeres en demanda de derechos consiguieron ejercer presión sobre los acontecimientos sociales y económicos precipitándolos y abriendo la posibili-

dad de romper la secular exclusión, la educación de la mujer generó la incertidumbre sobre su lugar en la familia y otros aspectos de carácter sociopolítico. Entre éstas destacó el pensamiento de WOLLSTONECRAFT (1792) que cuestionó la justificación de que el dimorfismo sexual condujera a la complementariedad entre el hombre racional y la mujer emocional, y demandó para las mujeres una educación racional, que les permitiera desarrollar su potencial humano.

CAPEL MARTÍNEZ (1986: 115) ha establecido tres momentos en la marcha del problema pedagógico femenino. El primero sería el de reconocerle el derecho a la educación; el segundo el de dársele la igual en grados y contenidos a la del hombre y, el tercero, el permitirle el ejercicio remunerado de todas las aptitudes adquiridas. En los países occidentales, el ritmo de las conquistas coincidió con los desequilibrios económicos internacionales. Mientras en la Gran Bretaña del siglo XVIII existían experiencias pedagógicas innovadoras, en España la situación era bien diferente, de modo que las maestras de escuelas oficiales de primeras letras no precisaban saber leer, escribir o contar. Ciertos ilustrados como Feijoo, Campomanes o Jovellanos, se mostraron dispuestos a cambiar la realidad social y abogaron por la educación femenina (CAPEL MARTÍNEZ, 1986: 311). La instrucción femenina se iniciaría en el siglo XVIII, de la mano de Carlos III (FERNÁNDEZ VALENCIA, 2006: 430), quien ordenó la creación de “escuelas gratuitas para niñas pobres”, a la par que prohibió la coeducación y fijó los requisitos para ser maestra, previo examen de Doctrina y Labores. En todos los casos, se trataba de armonizar la educación con el reparto de funciones entre los sexos y la estructura socio-familiar, de modo que la pretensión última era hacer de las niñas mejores madres. Las sociedades en las que se parte de una distribución explícita de los roles, en función del sexo de nacimiento, atribuye a ambos distintos destinos, justificando tales diferencias en función del dimorfismo de la especie. En el transcurrir de la centuria, las formas modernas de educación continuaron impregnadas de sexismo. Las escuelas modernas consecuentemente articularon dos modelos, cuya versión femenina era más diluida, y contenía aspectos específicos sobre labores y rezos.

El siglo XIX se inició para ambos sexos con un denominador común que combinaba elevadas tasas de analfabetismo con una pedagogía tradicional,

la escuela como privilegio y la educación superior como un lujo reservado a la elite, pero siempre con un resultado más desfavorable para las mujeres. A pesar de la insistencia de un movimiento feminista organizado, escritoras e intelectuales como Concepción Arenal, Emilia Pardo Bazán o Fernán Caballero (CAPEL MARTÍNEZ, 1986: 320) defendieron tanto el acceso a una enseñanza sin diferencias como otros derechos para las mujeres, junto a algunas entidades públicas pero sobre todo privadas. Precisamente, hacia mitad del siglo XIX, los krausistas promovieron diversas iniciativas educativas orientadas hacia las mujeres, pero sin descuidar la formación general, la materialización de tales esfuerzos se plasmó en una enseñanza moral y religiosa adecuada a los deberes propios del sexo. La preocupación por la instrucción femenina continuaba relacionada con la finalidad de hacer a las mujeres mejores madres y esposas. Así por ejemplo, la intensificación de la enseñanza de fisiología e higiene tenía la clara intencionalidad de reducir la mortalidad infantil. Salvando los obstáculos sociales algunas mujeres incursionaron en el mundo de la medicina, la filosofía, el derecho, las matemáticas o la economía. La Universidad Complutense, cuyas puertas abrieron en Alcalá de Henares en 1508, no doctoró a una mujer hasta el año 1882 (GARCÍA DE LEÓN, 2006: 330)

Desde entonces hasta bien entrado el siglo XX, las reivindicaciones de las mujeres para el reconocimiento de sus derechos tuvieron que hacer frente a fuertes resistencias intelectuales, políticas y sociales. CAPEL MARTÍNEZ (2006: 84) apunta que el derecho electoral de las españolas fue “considerado hasta tres veces por las Cortes en el espacio de medio siglo” -1877, 1907 y 1931; las dos primeras veces motivado por las inquietudes de algunos diputados al hilo de los acontecimientos británicos. Pero en España siquiera se había articulado un movimiento sufragista, y no fue hasta la II República que se debatió en el Parlamento el voto femenino, de la mano de la diputada Campoamor. En la II República las mujeres, aunque sujetas a un modelo de familia patriarcal, disfrutaron de una situación que mejoraba sustancialmente la de etapas precedentes. El programa pedagógico de la República –la piedra angular de su programa- se basó en una escuela pública, gratuita, mixta y laica. Las mujeres vieron mejorar además su situación jurídica y laboral, y junto a al incremento de sus posibilidades educativas, se sumaron ciertos derechos jurídicos ya citados, aunque

algunos avances laborales chocaron con las resistencias de los obreros reacios a la equiparación de sus derechos. Más allá de lo formal, YUSTA (2006: 103) señala que “para las mujeres de clase media, la modernidad republicana se reflejaba sobre todo en ideales “pequeñoburgueses”, como el interés por el maquillaje y el cuidado del cuerpo, por el deporte o por una nueva concepción del hogar como reducto del confort importada de Hollywood. Para las mujeres de las clases populares, por el contrario, suponía simplemente la posibilidad de ser rescatadas de una esclavitud ancestral”.

El desenlace de la Guerra Civil -como ya se ha puesto de manifiesto- supuso la desaparición de los logros políticos, sociales y civiles conquistados. Durante el Franquismo, la enseñanza religiosa obligatoria se hizo extensiva a todos los grados y se proscribió la coeducación -por orden en el año 1939- pues este sistema pedagógico se consideró “contrario a los principios del Glorioso Movimiento Nacional” y su supresión se consideró imprescindible por antipedagógico y antieducativo (FERRÁNDIZ Y VERDÚ, 2004: 55). La Sección Femenina de la Falange Española<sup>89</sup> asumió entonces el papel de preservar la moralidad de las mujeres y formarlas en las tareas domésticas y de exaltación de los valores patrios, de modo que entre las asignaturas obligatorias se encontraban Hogar, Economía Doméstica y Formación del Espíritu Nacional. Una minoría de mujeres, cuya cifra se mantuvo casi paralizada hasta la época del desarrollo socioeconómico español, accedió entonces a la universidad<sup>90</sup> (Tabla 49).

En la época en que las personas mayores crecían, el analfabetismo era muy elevado. La escuela se articulaba sobre un doble modelo heredado del pasado, segregado por sexo, con contenidos centrales de moral, religión y exaltación nacional adecuados a los deberes apropiados a la “naturaleza” de cada género; y segregado también por clase social, en una sociedad atrasada en la que la situación política y económica condicionaba, para ambos sexos, la necesidad de contribuir al sostenimiento del hogar. La preferencia por la educación masculina, dado que los mandatos de género reservaban para las mujeres el destino del matrimonio y la maternidad, operó en detrimento de la educación femenina. En 1920 las tasas de analfabetismo en España de los hombres y las mujeres eran respectivamente del 35% y del 50% (GARRIDO, 1993: 144), una diferencia que fue aminorando con el paso del tiempo, de modo

**Tabla 49. Evolución de las mujeres en el alumnado universitario, 1940-1986.**

	1940-45	1946-50	1951-55	1956-60	1967-68	1986-87
Total	32.501	46.046	52.291	62.058	115.590	902.300
Mujeres	5.032	6.275	8.660	11.932	34.677	452.400
Mujeres %	13,0	13,5	15,0	19,0	30,0	50,1

Fuente: GARCÍA DE LEÓN, M.A. (2006). "A la sombra de la Universidad" en MORANT, I (dir.) Historia de las mujeres en España y América Latina. Del siglo XIX a los umbrales del XX.

que en 1960 las tasas eran de 9% y 18%, y en 1980 de 4% y 9%. Los datos informan de las diferencias que se perpetúan, pues mientras se considere en el cálculo a mujeres y hombres que no aprendieron a leer en su infancia, el analfabetismo seguirá siendo elevado y más acusado entre las mujeres, ya que es improbable, aunque no imposible, que aprendan a leer en la vejez. En la Comunidad Autónoma Canaria, el Censo de Población y Viviendas 2001 indicaba que las personas que no saben leer y escribir representan el 3,61% de la población mayor de 16 años; en la que un 62,01% son mujeres y de ellas el 67% se encuentra en el grupo de más de 65 años. Otro 84,17% de las mujeres mayores ni siquiera finalizó la EGB, mientras que sólo un 2,3% accedió a la universidad.

Para muchas mujeres finalizar la instrucción primaria suponía acabar su proceso de escolarización.

En el subgrupo de las personas universitarias canarias mayores de 65 años, los varones representan el 64,5% del total (Tabla 50); y la proporción más abultada corresponde a los varones de 65 a 74 años (45%). Las proporciones de personas con estudios de ciclo corto son relativamente equiparables, aunque los hombres se sitúan cuatro puntos por encima de las mujeres. Las diferencias se acentúan, sin embargo, en las titulaciones de ciclo largo, puesto que ellos representan el 31% frente al 8,5% de las mujeres. De las canarias mayores de sesenta y cinco que habían cursado tanto estudios de formación profesional como universitaria (2,5%), el 83,96% lo hicieron en enseñanzas no técnicas, y de ellas el 48,98% cursaron estudios de magisterio o educación infantil; el 18,11% de salud y servicios sociales; el 17,02% de ciencias sociales, el 13,45% de arte y humanidades y el 2,41% de derecho.

**Tabla 50. Población residente en Canarias, por viviendas familiares, de 65 años y más clasificada por nivel de estudios, según grupo de edad y sexo, 2001.**

	Total	De 65 a 74		De 75 a 84		De 85 y más	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
	179.964	57.878	67.755	23.500	34.008	6.003	11.810
No sabe leer ni escribir	28.854	5.210	9.540	3.041	6.444	1.136	3.479
Menos de 5 años de escolarización	56.199	20.836	25.894	9.469	13.856	2.480	4.658
Sin completar Bach, ESO/EGB	56.059	16.911	20.292	6.072	8.932	1.352	2.500
Bach Elemental, ESO/EGB	21.302	7.328	7.533	2.288	2.929	481	743
Bach. Sup. BUP/LOGSE, COU/PREU	7.664	3.035	2.234	1.039	953	216	187
FPI, FP medio. Oficialía indust.	1.012	446	285	137	90	31	23
FPII, FP superior. Maestría industrial	1.290	695	245	224	75	39	12
Diplomatura Arquít Ing. Técnica	4.039	1.503	1.205	527	508	130	166
Licenciatura, Arquít. Ing. Superior	3.064	1.623	485	594	200	122	40
Doctorado	481	291	42	109	21	16	2

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2001). Censos de Población y Viviendas.

**Tabla 51. Población canaria mayor de 65 años con titulación universitaria, 2001.**

	Mujeres	Hombres
De 65 a 74	23,0	45,0
De 75 a 84	10,0	16,0
De 85 y más	2,5	3,5

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2001). Censos de Población y Viviendas.

El desarrollismo experimentado en el tardofranquismo impactó en las instituciones sociales y en las estructuras económicas, abriendo paso a la demanda de una educación que no permitiera atribuir al sistema las desigualdades y que produjera distintas cualificaciones para afrontar la creciente especialización de un incipiente capitalismo meritocrático. En la segunda mitad del siglo XX se universalizó la educación primaria y se realizó la unificación de los modelos formales educativos de hombres y mujeres. En una sociedad todavía mayoritariamente analfabeta, la “Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa”, pretendía romper con los esquemas clasistas de la precedente “Ley Moyano”<sup>91</sup> o “Ley de Instrucción Pública, de 9 de septiembre de 1857”, y democratizar su acceso estableciendo la enseñanza universal, retrasando además la edad de escolarización obligatoria de los 9 a los 14 años e integrando las enseñanzas profesionales, otrora aprendidas en la familia o en el mismo oficio, en dos niveles de formación profesional. La perpetuación del peso de las órdenes religiosas en la docencia favoreció, sin embargo, la continuidad del esquema clasista de división entre la escuela pública y privada, así como la consideración de la inadecuación de la coeducación. FERRÁNDIZ Y VERDÚ (2004: 59) afirman que la función de la educación diferencial, en relación con las instancias eróticas reprimidas, fue la de reforzar -real e ideológicamente- la formación de “dos universos” cuyos contactos fueron instrumentalizados y restringidos para la formación de una familia jerárquica.

La diferenciación entre la escuela pública y privada se perpetuó durante la Transición española y la posterior consolidación de la democracia, y de hecho aún muchos centros educativos se encuentran bajo la responsabilidad de órdenes religiosas. Respecto de la otra segregación, la de espacios y contenidos

por sexos, se hizo insostenible una vez que se reconoció a la mujer como sujeto de derechos en la Constitución de 1978. Cualquier rasgo que pudiera ser calificado de sexista ha pasado de estar recogido explícitamente en la norma y estructura escolar a un estado de latencia, aunque “el contenido de la enseñanza sea esencialmente masculino” (FERNÁNDEZ ENGUIA, 1995: 116). Tal afirmación se evidencia al analizar el “currículo oculto” -ya citado- en el que aparece diferenciado por sexo la ocupación de los espacios en las aulas o lugares de esparcimiento, se aprecia en el lenguaje o las ilustraciones de los libros de texto y se percibe en ciertas actitudes del profesorado que son producto de una valoración diferencial para cada uno de los sexos, generalmente cargadas de estereotipos, que se manifiestan en el trato o la interacción verbal y su contenido. Aspectos que refuerzan el orden social genérico aprendido por niñas y niños a edades tempranas. La denuncia de SUBIRATS y BRULLET (1988) acerca de la persistencia del androcentrismo en una escuela que conserva el esquema de diseño patriarcal y jerárquico entre los géneros -señalado en el capítulo 2- no ha perdido vigencia. En las escuelas, la unificación curricular y de criterios de formación no se ha hecho por fusión de los estereotipos masculino y femenino, sino por extensión de los primeros al conjunto de los individuos; de modo que las niñas son cada vez más incluidas en las actividades de los niños, mientras que se produce un menosprecio de las actitudes consideradas tradicionalmente femeninas, que en cierto modo se presentan como menos dignas de ser incluidas y transmitidas por la escuela. Así pues en la escuela, como en el resto de la sociedad, el orden dominante sigue siendo el orden masculino, hecho que no tiene por qué oponerse directamente a un tratamiento igualitario de los individuos de ambos sexos, pero que remite a una diferenciación y jerarquización de los géneros. Siguiendo las críticas expuestas al feminismo liberal sobre la igualdad en la esfera educativa, FERNÁNDEZ ENGUIA (1995: 113) ha llegado a cuestionar incluso la bondad del sistema educativo al afirmar que resulta dudoso, incluso, que la educación haya sido inequívocamente positiva para las mujeres, pues “aunque ha significado su incorporación a una estructura de relaciones formalmente igualitarias [...] cabe preguntarse si el resultado principal no ha sido la aceptación de las niñas y jóvenes en una enseñanza masculina, o la simple imposición de ésta”.

Las ulteriores modificaciones legislativas han incidido en el aumento de la edad de escolarización

obligatoria, de modo que “Ley 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo” (BOE 4/10/1990)<sup>92</sup>, la popularmente conocida LOGSE, retrasó la edad a los 16 años para superar el desfase entre la conclusión de ésta y la edad mínima laboral. Las sucesivas reformas educativas emprendidas en 2002 y 2006 no han abundado en este extremo, pero el sistema educativo ha pasado a convertirse en la “institución central para acceder al mundo del empleo” (CASAL, 1996: 79), de modo que la consolidación del modelo supuso la sustitución de las vías tradicionales de acceso, o sea del acceso a través de la familia o del aprendizaje del oficio en el lugar de trabajo. La incorporación de alumnado de todas las extracciones sociales y ambos sexos a la educación obligatoria ha favorecido la movilidad social ascendente. Para las mujeres, particularmente, ha supuesto avanzar en la independencia económica respecto de los varones de la familia por el acceso al empleo, a la par que se ha operado una renovada consideración social de las tareas domésticas y de cuidado categorizadas crecientemente en términos de trabajo.

La igualdad de oportunidades, sin embargo, se diluye ocasionalmente en la realidad dado que el relajamiento de los filtros selectivos no ha conseguido eliminar las desigualdades educativas asociadas a

la ventaja de pertenecer o no a una familia con un capital educativo y económico suficiente como para apoyar y sostener a sus hijos e hijas hasta que alcancen los niveles superiores del sistema educativo. Por otro lado, la presencia de las mujeres en el sistema educativo y sus mayores logros se mezclan con la persistencia de la marca de género que condiciona la elección de los estudios, y por ende la inserción sociolaboral y su retiro (Tabla 52). Tal elección hace que la presencia de las mujeres sea minoritaria en la opción científico-tecnológica de bachillerato, aunque su peso no deje de aumentar. Al igual que explica su menor presencia en los Ciclos formativos, aunque su situación varía por ramas.

La incorporación de las mujeres al alumnado universitario que, como se apuntó anteriormente, era anecdótica hasta la llegada a la universidad de las generaciones nacidas en la década de los cincuenta, inaugura una tendencia imparable desde la década de los ochenta, que ha dado como resultado una mayor matriculación femenina que masculina en las universidades españolas en general, y canarias en particular. Aparentemente superada la herencia franquista que impuso la separación de los sexos como principio doctrinal y que orientó a los alumnos hacia la inserción en trabajos productivos y directivos y a las alumnas hacia lo doméstico y familiar, la re-

**Tabla 52. Población residente en Canarias, por viviendas familiares de 16 años y más con nivel de estudios clasificada por tipo de estudio profesional, según grupo de edad y sexo, 2001.**

	De 16 a 24		De 25 a 44		De 45 a 64		De 65 y más	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Total	16.570	21.151	79.794	90.344	28.133	20.253	6.853	3.399
Informática	1.066	607	3708	2.374	391	164	51	23
Ingenierías	771	396	5418	1.733	2.565	211	630	25
F. téc e indust	6.434	2.010	22.548	6.526	5.040	926	867	181
Ciencias	533	709	3.642	3.679	1.352	818	328	122
Arquit. constr	366	242	2.636	1.357	1.491	208	686	18
Agr. gan. Vet.	237	160	1.225	638	405	69	118	10
Derecho	399	627	4.051	5.301	1.531	642	651	69
Magisterio	442	1.544	4.011	11.330	3.265	6.256	627	1.398
Cc. Sociales	2.788	6.251	15.084	25.812	4.782	3.418	1.056	486
Artes y hum.	925	1.385	5.119	8.039	1.774	2.300	339	384
Salud, Ss. soc	991	3.718	6.005	14.240	2.888	3.961	710	517
Otros estudios	1.618	3.502	6.347	9.315	2.649	1.280	790	166

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2001). Censos de Población y Viviendas.

ciente incorporación de las mujeres a estudios en los que su presencia era poco significativa indica que el ámbito universitario refleja los cambios sociales, pues es patente la mayor importancia del alumnado femenino en titulaciones tradicionalmente “masculinizadas” de ciclo largo como la de medicina, veterinaria o la licenciatura en derecho; e incluso avances notables en las Enseñanzas Técnicas como las de arquitectura o ingeniería.

Lo notorio, sin embargo, es la persistencia en la elección por parte de las chicas de los estudios que suponen la continuidad con las tareas del cuidado, puesto que son mayoría en las titulaciones vinculadas a los/as otros/as: magisterio, enfermería o trabajo social; mientras el fenómeno no ha operado a la inversa, esto es la matriculación de alumnos en titulaciones “feminizadas” no alcanza la misma dimensión, pues ellos son mayoría en Enseñanzas Técnicas como ingeniería, informática o arquitectura, profesiones más valoradas socialmente, mejor retribuidas y con mayores posibilidades de carrera profesional. Precisamente CRUZ y ZECCHI (2004: 15) llaman la atención acerca de que una cosa es haber alcanzado unas tasas de matriculación paritarias y otra muy distinta las repercusiones que las titulaciones obtenidas por las mujeres han tenido en la sociedad, ya que “si bien las mujeres constituyen más del 50% del alumnado universitario, no ocurre lo mismo entre el profesorado (donde el porcentaje de catedráticas no llega al 10%), y sigue habiendo una importante segregación por género en las especialidades elegidas, tanto en el Bachillerato y Formación Profesional como en la Universidad”.

**Tabla 53. Estudiantes de las Universidades Canarias, de primer y segundo ciclo, matriculados/as por rama de enseñanza y sexo. Curso 2006-2007.**

Rama de enseñanza	Mujer	Hombre	Total
Humanidades	2.504	1.451	3.955
Sociales y Jurídicas	14.830	7.684	22.514
Experimentales	1.110	765	1.875
Ciencias de la Salud	3.173	1.190	4.363
Técnicas	3.369	7.950	11.319
Total Ramas	24.986	19.040	44.026

Elaboración propia.

Fuente: CRUE. (2008). La Universidad española en cifras.

El informe “La contribución de las universidades al desarrollo” (CYD, 2008)<sup>93</sup> revela que los principa-

les problemas que enfrentan los/as universitarios/as españoles/as son la tasa de abandono, que oscila entre el 30 y el 50%, y el elevado número de años que requieren para titularse, más de seis en el ciclo largo (6,3) y más de cuatro en el corto (4,5). Las mujeres obtienen, en todo caso, mejores resultados, de modo que un estudio sobre “La excelencia académica de las universitarias” (DE VICENTE Y ROYO DE SAN MARTÍN ET AL, 2001-2003)<sup>94</sup> puso de manifiesto que el porcentaje de mujeres con expediente excelente en el conjunto global (60,53%) supera a los varones (39,47%). El esfuerzo y la motivación no están guiados únicamente por la excelencia, sino por continuar la formación de postgrado e instrumental en idiomas y conocimientos informáticos, sobresaliendo más las mujeres en el esfuerzo por completar su formación y en el dominio del idioma inglés, y los varones en el dominio de la informática. Aspectos que indican que aún sigue siendo preciso un mayor acopio de credenciales educativas por las mujeres.

**Tabla 54. Alumnos/as graduados/as en las Universidades Canarias, por rama de enseñanza y sexo. Curso 2006-2007.**

Rama de enseñanza	Mujer	Hombre	Total
Humanidades	257	129	386
Sociales y Jurídicas	1.703	635	2.338
Experimentales	134	78	212
Ciencias de la Salud	466	144	610
Técnicas	356	790	1.146
Total Ramas	2.916	1.776	4.692

Elaboración propia.

Fuente: CRUE. (2008). La Universidad española en cifras.

Las dificultades en el tránsito hacia la vida adulta para ambos sexos se han tratado de paliar ampliando y diversificando la oferta formativa, lo que ha supuesto un incremento de la incertidumbre respecto de las elecciones correctas para la inserción laboral, lo cual unido a una cierta inflación de títulos universitarios, deja a muchos jóvenes, especialmente de sexo femenino, en el subempleo, dada la persistencia de los estereotipos sexistas en el mercado de trabajo<sup>95</sup>. A ello se suma el que el logro de la igualdad educativa, tal como lo concibiera el feminismo liberal, sea sólo un paso en la incorporación de la mujer a la esfera pública, puesto que las diferencias sociales persisten en el interior del sistema educativo.

A pesar de ello, permanecen los déficits formativos de las mujeres que forman parte del legado cultural de la historia. El Censo 2001 indicaba que la mitad de las personas escolarizadas por un período inferior a los cinco años, que representaban un 12,9% del total, eran mujeres, y de ellas el 46,22% habían superado los 65 años. Inversamente, de las personas con una licenciatura o estudios análogos que representaban el 4,62% del total, las mujeres suponían el 48,98%, pero únicamente el 2,30% superaba los 65 años. Este modelo, que se comenzó a quebrar con la universalización de la educación, ha posibilitado que las mujeres superen en número a sus compañeros en las universidades españolas o que cuenten con menos efectivos entre los individuos del grupo de edad de 16 a 19 años que no han finalizado el bachiller elemental, ESO o EGB (15.814 hombres frente a 11.764 mujeres). Ello, sin embargo, dada la importante proporción de mujeres que figuran como inactivas en el grupo de amas de casa (44,70% respecto al total de mujeres, inactivas, 61,96%) o la persistencia de mayores tasas de desempleo femenino (18,01%) (INE, EPA1T2009), dificulta el acceso a la independencia económica, y por tanto, a causar derechos propios para vejez.

### 6.7. Femenino y masculino: el trabajo y el empleo.

El estereotipo predica que los hombres han sido tradicionalmente proveedores y las mujeres reproductoras y, por tanto, que se han incorporado recientemente al mundo laboral. Tal concepción enraíza en creencias arcaicas. QUEROL (2005: 30) recuerda que, aunque el modelo es anterior, DARWIN (1859) habría defendido que “la caza, llevada a cabo exclusivamente por los varones, era tan difícil y compleja y obligaba a tanta coordinación y entendimiento, que provocó o acusó el desarrollo de la inteligencia humana (del varón), mientras que las mujeres esperando pasivas la llegada de los hombres con los alimentos cárnicos, no contribuyeron en nada a ese desarrollo”. El debate sobre la importancia de la caza, que ha mantenido ocupada a la comunidad científica durante casi un siglo, ha dado paso en los años setenta a una nueva línea de pensamiento que defiende la mayor importancia de la recolección vegetal en la dieta de los homínidos y la contribución femenina a la sobrevivencia del grupo humano (LINTON, 1979). Una línea que sostiene la tesis de que “es la cooperación la base y razón principal del cambio de comportamiento que dio lugar a la huma-

nidad” (QUEROL, 2005: 73), equipara el modelo de cooperación al comportamiento maternal dado que permite socializar, transmitir conocimientos, lenguaje o técnicas. Ambos modelos de explicación de la humanización tienen la categoría de hipótesis, pero el cambio de paradigma ha supuesto eliminar la representación de las mujeres como pasivas criaturas que están a la espera del hombre-proveedor superior.

El trabajo femenino, independientemente de ello, ha sido fundamental para las distintas sociedades históricas por un doble motivo. En primer lugar -como ya se apuntó- porque lo privado realmente no opera al margen de lo público sino que está interrelacionado con ello, y desde luego lo sostiene a través de la reproducción biológica y social de la prole. Y, en segundo lugar, porque las mujeres no han permanecido exclusivamente en el ámbito de lo reproductivo, sino que han estado presentes en el ámbito productivo, aunque en tareas consideradas secundarias o inferiores, peor valoradas, escasa o nulamente retribuidas. La separación de las mujeres respecto del trabajo productivo por tanto sólo ha sido posible en determinados momentos históricos, y en algunos de ellos sólo para las pertenecientes a los estratos más altos de la sociedad. CAPEL (1986: 106) apunta que a finales del siglo XIX la encuesta de la Comisión de Reforma Sociales puso de manifiesto que “un ochenta por ciento de las trabajadoras asalariadas lo son por necesidad, el veinte por ciento restante por aumentar los ingresos familiares o para obtener fondos con vistas al matrimonio”.

Aún estando sometido a prohibiciones, las duras condiciones de vida han hecho que la separación de las mujeres del trabajo extradoméstico nunca fuera absoluta. Organizado tradicionalmente de manera jerárquica, las mujeres han trabajado bajo la autoridad del padre, marido o hermano, y generalmente no han sido dueñas del producto de su trabajo. Al trabajo femenino esclavo en la Antigüedad (MARTÍNEZ: 2005), se sumó el de los gremios artesanos medievales (SEGURA: 2005) o el trabajo a domicilio en la época pre-industrial (CARBONELL, 2005) y, desde los albores de la Revolución Industrial, el trabajo en las fábricas, decisivo en los períodos bélicos mundiales. La participación en la esfera productiva ha dependido pues de su posición familiar o personal en la estructura social y de las transformaciones económicas de la sociedad misma. En las sociedades preindustriales, pasadas y presentes, una



economía centrada en los productos de la tierra ha precisado del trabajo de mujeres y hombres, constituyendo la unidad familiar una unidad productiva en sí misma.

DUBY y PERROT (1991) han señalado que incluso en ciertas épocas especialmente restrictivas para el trabajo femenino, como el Renacimiento y el siglo XVIII, las mujeres de los estratos más desfavorecidos no abandonaron el desempeño de un trabajo extradoméstico. El Renacimiento, como paso a la Edad Moderna, fue una época de grandes transformaciones, si bien para las mujeres no significó más que una etapa de consolidación de su situación desfavorable. El honor de las mujeres, puesto en su virginidad, era altamente estimado y justificaba el robo o la competición por el mismo. Las mujeres debían de ser recatadas y puras y poner especial atención en ser seducidas; perder la “honra” era motivo de desprecio social, incluso por parte de la propia familia. El destino de la mujer, excluida de la educación, era el matrimonio o el convento, por ello se le privó de la educación profesional para acceder a un oficio y el trabajo de los talleres pasó a ser considerado infamante y deshonesto. Las mujeres trabajadoras fueron relegadas a sectores productivos marginales lo que significó el agravamiento de sus condiciones de trabajo. El siglo XVIII fue testigo además de tres fenómenos relevantes en Europa: el desarrollo de la burguesía, el aumento del poder del Estado y la pérdida de la suprema autoridad que la Iglesia Católica había mantenido en el Medievo. Sin embargo, para las mujeres la situación tampoco fue mucho más favorable que en épocas precedentes.

Al menos desde la industrialización, el empleo es masculino y sólo subsidiariamente femenino. ROCA I GIRONA (2003: 49) sostiene que “el modelo burgués de ama de casa aparece y se convierte en posibilidad histórica con la Revolución Industrial, que permite, como es sabido, la nítida separación entre la esfera productiva asociada al ámbito público, a la fábrica y al trabajo remunerado, y la esfera reproductiva ligada al ámbito privado, al hogar y al no trabajo -en el sentido de trabajo no remunerado-. [...] Modelo ideal en efecto, puesto que las mujeres de la clase trabajadora van a participar por igual de ambas esferas, e incluso las mujeres pertenecientes a la burguesía van a derivar gran parte de sus responsabilidades en el hogar en el servicio doméstico, traspasando a menudo los límites de la esfera privada mediante su participación, por ejemplo, en actividades de carácter filantrópico”. Desde la incipiente

industrialización y dado que las mujeres dejaron de tener exclusivamente en la casa el lugar de trabajo, se reforzó la idea de que para conseguir una cierta seguridad la mujer debía recurrir al matrimonio, lo que suponía la total dependencia económica del varón; las mujeres solteras tenían ante sí perspectivas de futuro sombrías.

PATEMAN (1996) sostiene que fue LOCKE en su Segundo Tratado (1664) quien proporcionó el fundamento teórico para la separación de lo público -regido por criterios de éxito, intereses, derechos, igualdad y propiedad universal- y lo privado -erigido sobre unos vínculos naturales de sentimientos, consanguineidad y estatus adscrito de los cónyuges-. Sin embargo, fue ROUSSEAU quien destacó por extrapolar estos supuestos a la educación de niños y niñas, excluyendo a éstas de la formación intelectual. ROUSSEAU (El Emilio, 1762) defendió que la mujer que lograra metas cuyo objetivo no fuera el bienestar de la familia, perdía las cualidades que la hacían estimable y deseable. Las mujeres virtuosas tenían por único destino el ser esposa y madre. El acceso a una mínima educación por parte de las mujeres tenía por objeto el que pudieran criar y educar adecuadamente a sus hijos e hijas. La vida pública y el trabajo remunerado quedaban reservados para los hombres, únicos proveedores del hogar.

El trabajo de la mujer fue declarado deshonesto e infame, y finalmente se consagró una idealización de la vida familiar y del matrimonio que mantuvo una gran influencia a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX. De hecho, PARSONS (1942) consideró la familia como el ámbito ideal para la especialización en unas funciones instrumentales -dotes de mando, ambición, autocontrol- y unas funciones expresivas -afectuosidad, gentileza, amabilidad- que facilitarían la adquisición de los roles sexuales precisos a su vez para la integración y en última instancia para el control social. Ciertamente admitió la posibilidad de un cambio, pero defendía que éste no debía poner en peligro la estabilidad social y recelaba de la igualdad ocupacional a la que consideraba fuente de inestabilidad matrimonial. Entre las críticas a semejante defensa destaca la que entiende que la institución de la familia es de por sí un producto complejo, escenario de relaciones superpuestas y a menudo conflictivas.

A pesar de ello, y contrariamente a la creencia que apunta que las mujeres se fueron incorporando progresivamente al mercado laboral con el desarrollo

económico que sucedió a la II Guerra Mundial, la proporción de mujeres que trabajaban fuera de casa habría permanecido notablemente constante desde principios de siglo y giraría en torno a un tercio de las mujeres en edad laboral (GONZÁLEZ SETIÉN, 1992: 61). Un hecho que se explica por “la presencia en los países desarrollados de dos corrientes que actúan en sentido contrario”, esto es, mientras que un número cada vez mayor de mujeres de las clases medias se incorporan al sector profesional, se produce un retroceso en el número de mujeres asalariadas procedentes de estratos sociales más bajos; retroceso debido a distintos factores entre los que cabe destacar el aumento del nivel de vida, que permite a las mujeres de los sectores económicamente débiles consagrarse por entero a su marido y a su prole”. Esta doble corriente, inversa a la descrita históricamente, no puede desligarse del hecho de que mientras un número creciente de mujeres de nivel medio y superior valoran positivamente su actividad profesional, las mujeres de estratos sociales bajos, cuyas condiciones laborales son particularmente malas, viven el trabajo extradoméstico como una necesidad de la que desean liberarse a toda costa.

La Revolución Industrial llegó con retraso a España, de modo que, en la sociedad eminentemente rural del siglo XIX la producción por parte de hombres y mujeres para el autoconsumo familiar era vital. En el mundo rural (CAPEL MARTÍNEZ, 1986: 110) la campesina además de participar de la siembra y la recolección, teje, hila, cultiva la huerta, cría animales, transforma los productos obtenidos de la huerta o el ganado y se encarga de vender sus productos en la ciudad. En el medio urbano, las mujeres realizaban trabajo a domicilio y servicio doméstico. Aún tras el triunfo de la Revolución Industrial en el país, el trabajo a domicilio siguió siendo una fórmula alternativa a la presencia “deshonesta e infamante” (CAPEL MARTÍNEZ, 1986: 159) de las mujeres en los talleres y generaba empleo en vestido y tocado, cordonería y pasamanería, abanicos, artículos de papel, cartón y cuero, joyería y platería y juguetería entre otros. La base eminentemente agrícola del país demoró la consolidación del capitalismo y el triunfo de la sociedad industrial hasta las primeras décadas de la siguiente centuria, salvo en los casos del País Vasco o Cataluña en los que se había desarrollado una industria siderúrgica o extractiva y textil, respectivamente. La llegada de la industrialización supuso que, a la par que se protestaba por la incorporación de las mujeres a los trabajos profesionales, obreras y campesinas realizaran los trabajos

más duros y peor retribuidos. La industria textil y la tabacalera preferían la mano de obra femenina por su alto rendimiento, mayor habilidad y menor coste. Para las mujeres de escasos recursos provenientes del mundo rural las alternativas eran las de trabajar como nodrizas, en la servidumbre o en la prostitución.

El incremento de las obreras en el sector industrial y los deseos de las integrantes de la clase media por desempeñar profesiones liberales reavivaron un debate en el que los ideales católicos tenían un gran peso. Finalmente triunfa, en las primeras décadas del siglo, la idea de que el trabajo doméstico es una obligación natural de las mujeres y, de una vez, su consideración como no trabajo. CAPEL MARTÍNEZ (1986: 105) abunda en este tema al poner de manifiesto que desde todos los sectores se alzaban voces contra el trabajo de la mujer repitiéndose hasta la saciedad en publicaciones periódicas e informes oficiales “lo pernicioso de sus consecuencias para la moralidad, desarrollo y bienestar físico personal, el mejoramiento de la raza, la constitución de una familia”. El ideal femenino seguía estando en el pasado, en la mujer descrita tiempo atrás por Fray Luis de León o Juan Luis Vives, que únicamente sale de su casa para ir a misa (CAPEL MARTÍNEZ, 1986). Llevar a la práctica ese ideal de perfecta casada suponía que el marido satisficiera todas las exigencias materiales del grupo familiar, algo posible exclusivamente entre las altas capas sociales o en el seno de la clase media; pero desde luego que entre el proletariado la situación distaba mucho de ser la misma. NIELFA (2006) señala como las primeras legislaciones laborales a inicios del siglo XX, inspiradas en una corriente internacional favorable a la protección de las mujeres trabajadoras, aunque tenían carácter reformador no hicieron más que poner de manifiesto la figurada debilidad de las mujeres, la necesidad de proteger la maternidad y la supuesta complementariedad de su salario; leyes que finalmente contribuyeron a perpetuar la segregación sexual en el mercado laboral.

En el momento de la proclamación de la Segunda República, las mujeres que participaban ya de las organizaciones políticas desde los años veinte, estaban presentes en la agricultura, en la industria textil, tabacalera, de alimentación o de madera, así como en los servicios; pero no se articuló una propuesta feminista moderna hasta que en 1936 bajo el lema “educación para la capacitación”, las mujeres anarquistas expusieron la necesidad de liberar a la

mujer de la triple esclavitud: esclavitud de ignorancia, esclavitud de mujer y esclavitud de productora (YUSTA, 2006: 120). La Guerra Civil no supuso una retirada, dado que las mujeres fueron combatientes y activistas, desarrollaron tareas en sanidad o auxilio y formaron parte de una retaguardia laboriosa y poco exigente, aunque ello no supusiera que se resquebrajaran los viejos esquemas con respecto “a la mujer, su papel y su valor social” (NASH, 2006: 128).

El Franquismo supuso una “contrarrevolución de género” al proponer el retorno al modelo tradicional de sumisión patriarcal (TAVERA GARCÍA, 2006: 241), que exigía esposas y madres ejemplares. La exaltación de la familia corría paralela a una retribución suficiente para que aquella fuera numerosa y para evitar que las madres tuvieran que abandonar la casa. La familia numerosa se incentivaba con premios y beneficios a partir del tercer hijo/a, que aumentaban proporcionalmente y ascendían notablemente a partir del doceavo. La opción aislacionista autárquica del Régimen Franquista mantuvo a las mujeres en su cautiverio doméstico<sup>96</sup>.

La singularidad española hizo que el período de expansión económica experimentado en Occidente en los años cincuenta, que conllevó niveles de renta y de consumo desconocidos hasta entonces, se demorara en España hasta los años sesenta, después de que viera la luz el “Plan Nacional de Estabilización Económica” (1959). Momento de ruptura con la autarquía, se inició en el país un mayor desarrollo industrial, la expansión del turismo y la apertura comercial y cultural. La modernización llegó de la mano del aumento de las clases medias, del descenso de la natalidad y del tamaño de las familias, del desplazamiento de muchas tareas domésticas al sector servicios, así como su apoyo por la industria de los electrodomésticos y de la provisión de servicios en el hogar, como el agua corriente, que supusieron un considerable ahorro de tiempo. Paralelamente a estas transformaciones nació una nueva concepción del trabajo para las mujeres que se plasmó en la “Ley 56/1961, de 22 de julio, de Derechos Políticos, Laborales y Profesionales de las mujeres”, que reconocía los mismos derechos para ambos sexos en el ejercicio de toda actividad política, laboral y profesional. Desde la mitad de la década anterior se había registrado el incremento de las mujeres en la población activa española, así como la incorporación de las niñas al sistema educativo. Paralelamente se registraban otros acontecimientos como la

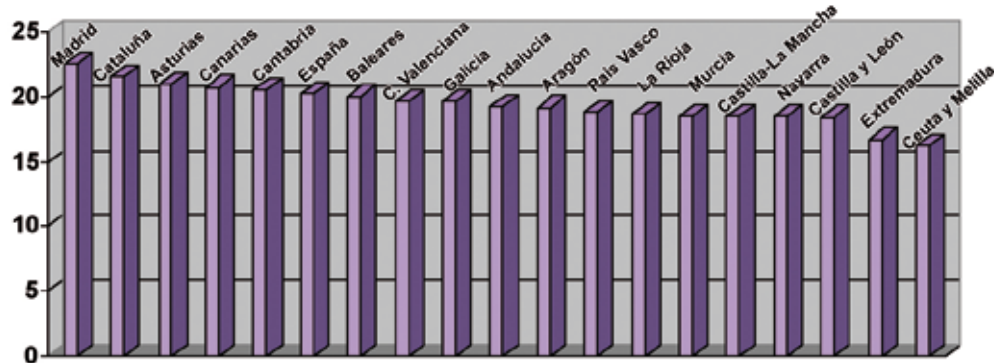
creación de “profesiones femeninas nuevas”, azafatas y asistentes sociales, por ejemplo (TAVERA GARCÍA, 2006: 259) o se impulsaban iniciativas que reclamaban mayor igualdad jurídica entre los sexos.

Desde entonces, la incorporación de las mujeres a las distintas ocupaciones del mercado laboral ha ido ampliándose y diversificándose, particularmente al amparo de Estado de Bienestar español cuyo desarrollo gradual ha favorecido su empleabilidad. Este “amigo de las mujeres” (LEIRA, 1994: 27) crea un tipo de empleo que supone, en muchos casos, la prolongación en la vida pública de las tareas de cuidado que se prestan en el hogar, si bien ha posibilitado la promoción en igualdad entre los sexos, la igual remuneración por igual trabajo y el traslado de responsabilidades otrora desempeñadas por las mujeres en la familias al ámbito de las organizaciones especializadas en la educación o la salud. El modelo sella la amistad con las mujeres porque ha posibilitado, a través de la presión fiscal y la redistribución del gasto, la cobertura de las necesidades de quienes aún habiendo trabajado a lo largo de toda su vida en el ámbito productivo no han sido causantes de derechos propios para la vejez. La crisis, el desmantelamiento o el viraje hacia el mercado de los servicios de un Estado de Bienestar que contribuyó al acceso de las mujeres a la ciudadanía puede tener un impacto mucho mayor en la vida de las mujeres que en el resto de la población.

En España la presencia femenina se concentra en el sector servicios, que ha pasado de un 38% de mujeres en 1982 a un 53,24% en 2007, si bien se ha incrementado también en el resto de los sectores: agricultura (de 26,24 a 27,27%); industria (de 20,3 a 25,6%) y construcción (de 1,8 a 5,7%). A pesar del avance de la igualdad en todos los ámbitos desde los años sesenta, y particularmente desde los ochenta, la apariencia de paridad es engañosa (Gráfica 17) y aún es pronto para ser contrarrestada por la “Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva entre mujeres y hombres” (BOE 23/3/2007). Las mujeres permanecen sobrerrepresentadas en determinadas categorías profesionales subalternas o en ocupaciones cuyos bajos salarios dependerían más de su feminización que de una comparación estricta en términos de productividad. CRUZ y ZECCHI (2004: 15) señalan que de modo análogo a lo que ha sucedido en el ámbito de la educación, “la masiva incorporación de las mujeres al ámbito laboral ha sido significativa sobre todo en

los niveles medio y bajo de la administración pública y la empresa privada, mientras que en los niveles altos la presencia femenina sigue siendo exigua”. Ello apunta a la influencia de las relaciones sociales de sexo en la jerarquía de las cualificaciones, formas contractuales y remuneraciones a aplicar a los puestos de trabajo, pero también en la definición del estatuto y las formas de control adoptadas en cada lugar de la vida laboral, factores que contribuyen a mantener la diferencia salarial entre sexos. En la Unión Europea la diferencia salarial resiste todos los intentos de superación, de manera que entre 1995 y 2005 apenas bajó del 17 al 15%; período en que se situaba en este país en el 13%, según la Comisión Europea (RITUERTO, 2007). Cuanto mayor es la vida laboral, mayor es la diferencia salarial, de modo que es de 7% al inicio de la carrera profesional y de 33% al finalizar la misma. El “Informe mujeres y hombres 2008” (INE/INSTITUTO DE LA MUJER, 2008) señala que en el año 2005, el 43,4% de las mujeres tenían ingresos salariales entre una y dos veces el Salario Mínimo Interprofesional (7.182 euros en 2005), mientras que sólo el 28,1% de los hombres se encontraban en ese intervalo. Si se tienen en cuenta los salarios más elevados, el 17,1% de los hombres presentaron unos ingresos cuatro veces superiores al salario mínimo interprofesional, frente al 9,3% de las mujeres.

**Gráfica 17. Mujeres en puestos de alta responsabilidad en las empresas españolas por Comunidades Autónomas, 2008.**



Fuente: SARRIEGUI, J.M. (2008). El País-Axesor.

En el mercado laboral subyace aún la asociación entre el ser mujer, la maternidad, la vida doméstica y la complementariedad del trabajo extradoméstico femenino. Una asociación que aún condiciona al empresario a la hora de contratar y que conduce

a la vivencia de un conflicto en las mujeres entre su rol de trabajadora y el de madre en una tensión originada al confrontar lo que se puede vivir como un fallo personal con los fundamentos morales y culturales subyacentes a la organización social y económica de la sociedad. De hecho, el ciclo profesional de una pareja puede llevar a la interrupción de la vida laboral de la mujer si, ante la maternidad, no se dispone de recursos apropiados tales como el acceso a una escuela infantil pública o los recursos para financiar una privada, un compañero que asuma la corresponsabilidad en el cuidado de los/as menores, otras redes de apoyo familiar como el apoyo de las/os abuelas/os o las redes informales de las amistades o la vecindad. El retorno al mercado laboral tras una o más maternidades asumidas, casi o completamente, en exclusiva deja a las mujeres en una gran desventaja, debido a la falta de reciclaje en las innovaciones tecnológicas que cada vez más se exigen en el mercado laboral. Incluso si la interrupción se reduce al mínimo legal, las mujeres se encuentran en desventaja, ya que a la tradicional doble jornada, integrada por el trabajo productivo y el reproductivo, se suma la imposibilidad de realizar horas extraordinarias, acudir a reuniones fuera de horario o incrementar en esos tiempos su formación. El resultado suele ser una menor posibilidad de promocionar y una sobrecarga de trabajo. CARRASCO y MAYORDOMO (1999: 159), citando a PICCHIO (1992) sostienen que “la situación particular que asumen las mujeres -doble trabajo, doble presencia- no ha hecho más que crear la condiciones para que aflorase un conflicto que permanecía oculto: la

relación entre la producción capitalista cuyo fin es la obtención de beneficio y la reproducción social de las personas”.

La “Ley/1999, de 5 de noviembre, para la Conciliación familiar y laboral de las personas trabajadoras” (BOE, 6/11/1999), y posteriormente “Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres” (BOE 71, 23/3/2007), que persiguen el fomento de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres para conciliar responsabilidades profesionales, familiares y de índole educativa derivada del cui-

dado de los/as hijos/as se ha combinado con la voluntad de ciertos sectores de la población masculina de participar en tales responsabilidades, mientras han ido cayendo prejuicios sexistas alejaban a los varones de tareas de cuidado y mantenimiento del hogar. Pero aún falta mucho trecho para llegar a una conciencia social mayoritaria que haga posible un reparto equitativo de tales tareas. En 2007, el Informe de IESE Bussiness School de la Universidad de Navarra reveló que “el 30% de las directivas renuncian a su cargo al no poder conciliar trabajo y vida familiar” (SÁNCHEZ VALLEJO, 2007), de ellas el 59% optó por cambiar de trabajo para conciliar, el 27% por crear su propia empresa, el 12% por el autoempleo y el 2% restante por el abandono. Conciliar pasa por articular horarios laborales flexibles, articular jornadas de compromiso entre lo laboral y lo personal, facilitar el teletrabajo o los salarios a la carta (SARRIEGUI, 2008), pero la mayoría de las empresas siguen pensadas por y para hombres. La persistencia de la marca de sexo, difícil de remover, se configura como el más poderoso factor limitante de la consecución de una posible igualdad de condiciones materiales en la vejez, al menos, a corto y medio plazo.

La Comunidad Canaria -como se ha señalado- prácticamente desde los años de las arribadas castellanas hasta que tuvo lugar el despegue económico centrado en el turismo, se configuró como una sociedad eminentemente rural, con una economía basada en su papel de enclave estratégico en el tráfico marítimo mundial, en la agricultura de exportación y la agricultura de consumo interno. HERNÁNDEZ (1995) señala que a principios del siglo XX se dedicaba al sector primario el 80% de los habitantes de las islas. La mujer participaba del trabajo de la

tierra, especialmente en la zafra del tomate; y de la pesca, tanto del marisqueo como de la venta de pescado. La industria ocupaba aproximadamente a un 12,2% de la población activa, despuntando la presencia femenina en la industria tabaquera y de bordados. Finalmente, en los servicios destacaban los sirvientes domésticos, labor a la que se dedicaba un 5%, y era desarrollada en su inmensa mayoría por la población femenina. La mujer hacía artesanalmente alfarería y trabajos de seda.

En la década de los años veinte tuvo lugar un importante trasvase de mano de obra desde la agricultura al servicio doméstico, que fue acompañado de un incremento de las activas casadas. HERNÁNDEZ (1995: 15) señala que, entre otros motivos, esta situación tuvo lugar porque salieron de las islas alrededor de 218.000 personas entre 1901 y 1935 con destino a Cuba y entre 1946 y 1955 otras 127.000 hacia Venezuela, según los Censos de la época. En ambos casos, solían ir los hombres solos, pero las mujeres, aunque en menor medida, también fueron protagonistas de la emigración al continente americano, hasta que tuvo lugar el cambio de tendencia de la economía. Desde los años sesenta, el ciclo expansivo de la economía, con momentos de receso, se apoyó en el par turismo-construcción y, en general, en el sector servicios. Un modelo económico de suma fragilidad -dependiente y abierto al exterior- que ha permitido la modernización y capitalización de la economía, la movilidad ascendente y la elevación del nivel de vida de la población. Ocupada en este sector -el terciario- se encuentra el 73,83% de la población (Tabla 55), mientras que el sector primario se ocupa únicamente el 4,96%, en el industrial el 7,16% y en la construcción el 14,03% restante.

**Tabla 55. Población canaria, en viviendas familiares, ocupada de 16 años y más por actividad según sexo y edad, 2001.**

	De 16 a 24		De 25 a 44		De 45 a 64		De 65 y más	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	51.990	36.656	247.437	168.095	118.851	54.794	3.965	1.566
Agric. gand. caz. silvic.	2.213	1.995	8.817	7.088	6.964	4.159	385	114
Pesca	134	17	1.057	105	827	1.930	29	2
Ind. energía, gas y agua.	5.254	1.227	22.696	5.835	11.623	1.930	311	65
Construcción	15.034	692	53.632	3.020	22.447	605	425	26
Servicios	29.355	32.725	161.235	152.047	76.990	48.051	2.815	1.359

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2001). Censos de Población y Viviendas.

Entre las actividades que se incluyen en el sector servicios, el sector comercial, junto a la hostelería y restauración, los transportes y las telecomunicaciones son los más importantes y ocupan al 53.89% de la población. Administración pública, defensa y seguridad social ocupa a otro 12.62%, un dato que responde al desarrollo del sector público en el Archipiélago, que da acogida al 70.9% de los hombres y al 86.7% de las mujeres. Ahora bien, la presencia en distintas actividades profesionales no muestra tendencias de crecimiento homogéneas, particularmente en los ámbitos de mayor protagonismo, prestigio y poder, mientras se refuerza la presencia femenina en puestos administrativos, de servicios –de restauración, personales, protección y vendedoras- y trabajo no cualificado; al igual que mientras es escasa la presencia en la dirección, crece en el trabajo profesional, científico y de apoyo entre las mujeres.

El significado del empleo para las distintas generaciones de mujeres que coexisten en el país es muy diferente y pasa “de ser algo puntual a convertirse en un proyecto de desarrollo”, al menos para las que desean desarrollar una carrera profesional (DEL VALLE, 2002: 81). A diferencia de los varones, la mayor parte de los cuales no ha visto comprometida su carrera profesional por los compromisos familiares y que, en todo caso, han podido dar solución de continuidad a su actividad, las mujeres mayores, a resultas de la época que les tocó vivir, comparan experiencias muy similares. Muchas tuvieron un trabajo productivo antes de casarse y quedaron excluidas, aún contra su voluntad, tras el matrimonio. Algunas otras, sin contraer matrimonio, permanecieron en él. Otras, en cambio, emprendieron la actividad laboral productiva después de casadas, en el interior del hogar o aguardaron a que se levantarán las restricciones, ya por necesidad o por afán de conquistar cotas de autonomía. En esta investigación se ha puesto de manifiesto (Tabla X) que entre las mujeres mayores que abandonaron el mercado laboral o que no accedieron a él (67,7%), un 49% ha trabajado en algún tipo de actividad que ha reportado ingresos al hogar como la costura, el lavado de ropa, la limpieza, la ayuda en alguna empresa, la agricultura y los animales o en actividades que favorecían el ahorro familiar como el trabajo en el huerto o al cuidado de animales. Son las más mayores las que mayor implicación han tenido en este tipo de trabajo productivo desvalorizado, de modo que, entre las mujeres de 85 y más años la proporción alcanza al 60%.

**Tabla X. Actividad laboral por sexo.**

Trabajo remunerado	Total	Mujer	Hombre
Lo tuvo	59,2	31,3	95,8
Lo conserva	1,8	1,0	2,9
No lo tuvo	30,7	53,2	1,1
Lo abandonó	8,3	14,5	,2

Fuente: Base muestral propia.

La mayoría de las mujeres que fueron expulsadas o impedidas de acceder al mercado laboral (60%), al ser consultadas acerca de qué trabajo les hubiera gustado desempeñar de manera remunerada se refieren al mundo laboral en términos realistas, esto es, pensando en haber retomado alguna actividad abandonada con el matrimonio, como por ejemplo, el trabajo en la fábrica (de tabaco, pescados, etcétera) o bien llevando a lo público aquello que han hecho en el mundo de lo privado (costura); mientras otras piensan en términos de deseo, de viejas aspiraciones no satisfechas. Las mujeres respondieron que habrían sido costureras (16,7%), maestras (9%) o enfermeras (4,5%), aunque más de un tercio de las encuestadas ni siquiera había madurado tal posibilidad (39,7%). Como el deseo no conoce de limitaciones algunas otras soñaron con ser políticas, militares, artistas o misioneras. En casi todos los casos la influencia del género es patente (Tabla XI).

**Tabla XI. Profesión que (las mujeres) habrían desempeñado.**

Costurera	16,7
Maestra	9
Enfermera	4,5
Trabajo doméstico (y cocina)	3,7
Secretaria	3,2
Cuidado niños/as y mayores	2,2
Dependiente	3
Cantante	2
Médica	1,7
Empresaria o comerciante	1,2
Militar o policía	1
Arte	1
Fábrica	1
No sabe	39,7
Otra	10,5

Fuente: Base muestral propia.

Las generaciones posteriores, las correspondientes a las mujeres de mediana edad, aunque muchas de ellas hayan incurrido en una interrupción de la vida laboral para dedicarse exclusivamente a la familia, han vuelto a reinsertarse laboralmente, aún pagando el correspondiente sobre esfuerzo. En estas generaciones destaca ya el perfil de la mujer con estudios y un capital profesional que tiene “una vida laboral de continuidad, de compromiso con la carrera, de progresos y avances y en general son agentes de cambio en (éstas) áreas educativas y profesionales” (DEL VALLE, 2002: 99). Precisamente éstas podrán diversificar los modelos de envejecer, al haber ampliado el abanico de trayectorias biográficas. Las generaciones de mujeres más jóvenes, por último, tienen respecto del trabajo diversas consideraciones puesto que lo valoran como un derecho, una fuente de realización personal, un medio de subsistencia o de autonomía e independencia económica. Consideraciones a las que subyace la clara intencionalidad de tener recursos propios, de tal manera que la mayoría causará derechos propios para la vejez y estará en disposición de diversificar aún los modelos propuestos por las generaciones precedentes.

### **6.8. Economía, empleo y jubilación.**

Un sistema económico, cualquiera, no es más que la organización de los medios de que se dispone para la consecución de unos fines económicos, esto es, para la satisfacción de las necesidades materiales humanas. De los diversos tipos de sistemas -primitivo, de economía artesanal, de economía cerrada, corporativista, socialista y capitalista- éste último se presenta como si fuera el único modelo de desarrollo y organización social, a raíz de ciertos acontecimientos históricos como la caída del Muro de Berlín, la desmembración de la antigua URSS, el giro hacia la economía de mercado del comunismo chino y, en general a raíz de la globalización del capital, la interdependencia de los mercados financieros, los flujos mundiales del comercio y la inversión en bienes y servicios. El modelo tiene un eje central: el mercado, que basado en la producción y consumo de bienes y servicios, se apoya en la lógica de la maximización del beneficio. La versión neoliberal del capitalismo promulga que cuanto más se desregule la economía, cuanta menos intervención estatal y cuanta más libertad se dé al juego de la oferta y la demanda, más posibilidades habrá de satisfacer los deseos y aspiraciones individuales, aunque la persistencia de la precariedad, de la pobreza, de la

marginación y de la exclusión social informen de lo contrario. Las protagonistas del sistema, las empresas, han operado una transformación sorprendente que ha desplazado el interés desde el “crecimiento” a la “flexibilidad” (PÈNE, 1999: 158).

Tras la II Guerra Mundial, y durante la vigencia del pacto social keynesiano<sup>97</sup>, la empresa tenía como objetivo la ampliación de mercado en un determinado sector de crecimiento, lo que permitía reducir costes y aumentar beneficios, a la par que favorecer cierto incremento de los salarios, la autofinanciación, la inversión y los dividendos. Dividendos y salarios a su vez incentivaban el ahorro y el consumo y, por tanto, la inversión y la demanda. La especialización en la producción incluía la innovación tecnológica o la implicación en nuevas direcciones. La integración de la producción dentro de la empresa hacía infrecuente la subcontratación y a pesar de la existencia de filiales, era plausible la localización de las empresas. La prosperidad de éstas se medía por la evolución de las cotizaciones bursátiles y los dividendos, pero también por el crecimiento del volumen de ventas y del empleo. A su vez, la estabilidad en el empleo era favorecida por los agentes sociales, mientras la presión impositiva generaba recursos para la colectividad.

Tras la crisis de los setenta<sup>98</sup>, y en las décadas subsiguientes, la empresa ha venido desplazando el interés por la cuota de mercado hacia la reducción de los costos, de manera que los beneficios, incluso en períodos de recesión, proceden de una reducción sistemática de las cargas, que permite también una rebaja de los costes fijos. Dicha evolución hace que las condiciones para lograr un compromiso entre los diferentes agentes sociales sean cada vez más difíciles de alcanzar. Los fenómenos asociados, en lo que respecta a los/as asalariados/as son bien conocidos: flexibilidad en el empleo, sustitución de empleo por innovación tecnológica, subcontratación, deslocalización productiva, etcétera. La desregulación del mercado laboral ha abierto una brecha entre la mano de obra base -formal, estable y cualificada- y una mano de obra informal y periférica, con trabajos precarios, temporales, a domicilio, a tiempo parcial, peor remunerados. En la sociedad contemporánea, para la mayor parte de la población, carecer de empleo o de prestaciones sociales en su defecto, y más allá de relaciones sociales o familiares, supone caer en la precariedad social. Si persisten las dificultades para salir de esta situación, sobrevendrá el riesgo de

exclusión social. CASTEL (1997) distingue tres zonas en la sociedad. La primera es una de integración, en la que quienes se sitúan en ella poseen un trabajo estable y una inscripción relacional sólida, familiar y de vecindad. La segunda corresponde a la zona de vulnerabilidad, una zona de inestabilidad, en la que el trabajo se vuelve más precario y las relaciones familiares y sociales más frágiles. La última es la zona de marginalidad o exclusión, marcada por la ausencia de trabajo y el aislamiento social. Tener un espacio en el mundo laboral reporta un beneficio económico (salario), social (prestigio, reconocimiento) y psicológico (autoestima, pertenencia a un grupo de iguales) y, al menos teóricamente, habilita para causar derechos directos al llegar la edad de jubilación y, cuando menos, permite contratar algún tipo de protección para la vejez.

El disfrute de tales beneficios, sin embargo, no es equiparable entre personas pertenecientes a distintas categorías porque el mercado laboral no es neutro. El acceso y el tipo de empleo depende de ciertas variables demográficas como el sexo, la edad o la identidad étnica, pero también de determinadas características personales como el tener una discapacidad o sanitarias como padecer enfermedades infectocontagiosas, crónicas, degenerativas o mentales. Se ha de considerar también la existencia, permanencia y surgimiento de criterios de carácter estructural como las crisis económicas, los ajustes de plantillas, la deslocalización o la automatización y especialización de sectores productivos, entre otros. Todo ello opera en un contexto en el que el mercado, mediante técnicas de marketing difundidas a través de los medios de comunicación de masas, incitan a un consumo que responde al despliegue de los deseos ofrecidos por la multiplicación de las ofertas de unos bienes y servicios cada vez más personalizados, de manera que se exaltan el individualismo y ciertos valores asociados a él como el éxito, vinculado a la disponibilidad de dinero y a las actitudes narcisistas relacionadas con el culto al cuerpo y, en suma, al hedonismo<sup>99</sup>.

Las personas actualmente envejecidas, tanto hombres como mujeres, solían incorporarse tempranamente a las responsabilidades de la vida adulta. Para la mayoría de los hombres la finalización de los estudios suponía el acceso a un empleo, mientras que el abandono o la inaccesibilidad a los mismos eran habitualmente seguidos de una continuidad en las actividades económicas familiares, puesto que la

movilidad intergeneracional era escasa en una sociedad eminentemente rural -que aplazó la modernización de la estructura productiva hasta los años sesenta-. Con mayores tasas de actividad y ocupación, los hombres han desempeñado a lo largo de su vida uno o más trabajos retribuidos, generalmente regularizados, que les han provisto de unos ingresos, y que les han puesto en disposición percibir una cierta seguridad económica para afrontar la vejez.

La mayoría de las mujeres mayores, en cambio, con menores índices de formación y mayores tasas de analfabetismo, aprendieron que la conyugalidad y la maternidad eran destino, por lo que dando continuidad a las actividades domésticas -cuyo conocimiento adquirieron tempranamente en el ámbito de lo privado- entraron a edades relativamente tempranas al matrimonio, abandonando -en el caso de haber accedido- el mercado laboral, aunque muchas continuaron en la ayuda familiar -agricultura, pequeño negocio- u otras actividades de la economía sumergida -empleadas domésticas-, sin causar derechos directos para la vejez. Otras dieron continuidad a su actividad regulada (Tabla 56), generalmente en la enseñanza o la sanidad, en las escalas más bajas de la administración pública, en el comercio o la hostelería, y causaron una pensión de jubilación. Entonces, de manera similar a como sucede en la actualidad, la disposición de estudios entre las mujeres no garantizaba remuneraciones equiparadas, ni similar consideración del trabajo, y en general prevalecía la discriminación por razón de sexo en el mercado de trabajo, mientras la discontinuidad en la carrera profesional debido a las maternidades era asumida como una entera responsabilidad femenina. De esta manera, las mujeres que han participado de las actividades productivas afrontan actualmente la vejez con unas pensiones de jubilación más exiguas que las de sus coetáneos -como se puso de relieve en el capítulo 3 y se abordará nuevamente en el capítulo 9-, son dependientes de la pensión de jubilación de sus compañeros, perciben pensiones derivadas de su relación con un trabajador ya desaparecido o pensiones no contributivas.

Determinadas situaciones puede situar a los individuos en condiciones de suma vulnerabilidad. El desempleo en la etapa adulta, en mayor medida si acontece en edades previas a la jubilación, y especialmente en el caso de las mujeres, suele ser devastador, puesto que las posibilidades de inserción laboral son minúsculas y disminuyen ante el incremento formativo de los/as jóvenes, así como



**Tabla 56. Personas de 50 a 69 años, según años trabajados a lo largo de su vida laboral, por sexo y grupo de edad. España, 2006.**

	Valores absolutos					Porcentajes				
	Total	Menos de 16 años	De 16 a 35 años	36 años o más	No sabe	Total	Menos de 16 años	De 16 a 35 años	36 años o más	No sabe
Ambos sexos										
Total	6.708,8	682,4	2.901,2	2.477,8	647,4	100	10	43	37	10
50-54	2.046,8	251,9	1.263,4	357,2	174,3	100	12	62	17	9
55-59	1.779,4	193,4	793,8	622,9	169,3	100	11	45	35	10
60-64	1.584,8	145,9	496,4	794,8	147,7	100	9	31	50	9
65-69	1.297,8	91,2	347,7	702,9	156,1	100	7	27	54	12
Varones										
Total	4.185,2	66,9	1.705,7	2.042,5	370,0	100	2	41	49	9
50-54	1.217,0	33,6	785,4	297,4	100,5	100	3	65	24	8
55-59	1.085,9	16,3	472,2	493,3	104,2	100	2	43	45	10
60-64	1.023,2	7,8	271,7	662,7	81,1	100	1	27	65	8
65-69	859,0	9,2	176,4	589,0	84,3	100	1	21	69	10
Mujeres										
Total	2.523,6	615,5	1.195,5	435,2	277,3	100	24	47	17	11
50-54	829,8	218,3	478,0	59,8	73,7	100	26	58	7	9
55-59	693,4	177,1	321,6	129,5	65,1	100	26	46	19	9
60-64	561,6	138,2	224,7	132,1	66,6	100	25	40	24	12
65-69	438,8	81,9	171,2	113,9	71,8	100	19	39	26	16

Valores absolutos en miles y porcentajes

1.- Personas ocupadas o que han trabajado después de los 49 años. Años trabajados a cambio de remuneración.

Fuente: INE (2008). Módulo año 2006. Salida del mercado laboral y transición hacia la jubilación definitiva.

ante la disponibilidad de éstos para percibir ingresos de menor cuantía. Esta situación suele generar en edades previas a la jubilación tales sentimientos de indefensión que pueden llegar a afectar la propia valoración del sujeto y sus relaciones con el entorno, máximo si no se han llegado a cubrir los años de cotización precisos para causar la pensión de jubilación. Muchas de estas personas se ven avocadas a aceptar trabajos en la economía sumergida, situación frecuente entre las mujeres con menores recursos.

Las personas mayores tampoco han sido ajenas a procesos de expulsión del mercado laboral a través de prejubilaciones, utilizadas en muchas ocasiones como un despido encubierto para ajustar plantillas, dado que tiene menor coste prejubilar que mantener a un individuo como activo. La prejubilación se produce porque en el momento del cese de la actividad

no se tiene acceso a la pensión, motivo por el que en espera de los 60 o 65 años, se está en situación de desempleo pero con un subsidio. El acontecimiento es privilegiado en unos pocos casos en los que mediante la implicación de la empresa con un plan programado, ésta se compromete a pagar la totalidad o una parte significativa del sueldo anterior, mientras que la persona prejubilada ha de realizar un convenio con la Seguridad Social para mantener la cotización de modo que su pensión no disminuya. Si el cese no ha sido programado, la empresa se desentiende y el prejubilado/a sólo tiene acceso a un subsidio que sólo puede recibir si carece de rentas superiores al 75% del Salario Mínimo Interprofesional (SMI). En caso de que no se suscribiera el convenio, las cotizaciones se verían reducidas y, por ende, la pensión a recibir. La prejubilación se introdujo en el país en los años setenta, de la mano de la reconversión industrial y se consolidó posteriormente reforzada

**Tabla 57. Evolución de la tasa de actividad, paro y empleo para el grupo de 55 años y más, Canarias 1995-2002.**

	Actividad		Paro		Empleo	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1995	30,10	8,59	8,61	8,46	27,50	8,12
1996	29,21	8,57	7,44	8,31	27,03	7,85
1997	30,55	8,68	7,88	8,06	28,14	7,98
1998	29,16	8,17	6,72	9,97	27,20	7,35
1999	29,37	8,95	6,45	4,69	27,47	8,52
2000	30,70	9,99	6,74	6,56	28,63	9,34
2001	29,16	9,78	3,75	5,47	28,06	9,25
2002	30,57	10,29	3,80	7,08	29,41	9,56

Elaboración propia.

Fuente: ISTAC. (2002). Estadística de género. Canarias.

por las innovaciones tecnológicas y la competencia con las economías emergentes, para ser finalmente regulada por el Estado en 1984, a través de la “Ley 27/1984, de 26 de julio, sobre Reconversión y Reindustrialización” (BOE 180, 28/07/1984), que afectó especialmente a la siderurgia, al sector naval y al textil, y de la que se han beneficiado otros sectores de actividad, particularmente las grandes empresas -banca, telefonía, transporte-. Situación bien diferente es la de la jubilación anticipada, que implica el derecho a cobrar una pensión de jubilación para quienes se encuentran en ciertos grupos -carbón, mar, etcétera- a la que pueden acceder quienes, habiendo cotizado los períodos establecidos, se retiran a los 60 años, viendo reducido el montante de su jubilación.

La diferencia entre la tasa de actividad femenina y masculina, para las personas canarias mayores de 55 años (Tabla 57), susceptibles de prejubilación o próximas a la jubilación, aunque ha venido menguando progresivamente en la última década, alcanzó en 2002 los 20,28 puntos porcentuales. La tasa de desempleo femenino prácticamente duplicaba entonces a la masculina, mientras que la tasa de empleo, sensiblemente inferior, distaba cerca de veinte puntos porcentuales.

La jubilación, tal y como se conoce en la actualidad, acontece en medio de una profunda reestructuración del Estado de Bienestar combinada con un progresivo protagonismo del mercado, en el marco de una economía globalizada que atraviesa un período recesivo. Factores que sugieren que las condiciones que se disfrutaban actualmente variarán en un plazo

relativamente corto de tiempo o cuando menos serán muy diversas. La “Ley 12/2001, de 9 de julio, de Medidas urgentes de reforma del mercado de trabajo para el incremento del empleo y la mejora de su calidad” (BOE 164, 10/07/2001), derogó la disposición adicional décima del Estatuto de los Trabajadores en la que se autorizaba expresamente que los convenios colectivos pudiesen fijar una edad para la jubilación forzosa. La Sala de lo Social del Tribunal Supremo en su sentencia de unificación de doctrina de 9 de febrero de 2004, declaró nulas todas las cláusulas que al respecto se pactaron en los convenios suscritos después de la entrada en vigor de la modificación normativa, si bien esta decisión no alcanza a los pactos vigentes en la fecha en la que se derogó la referida Disposición Adicional. Por otra parte, el Tribunal Constitucional declaró nulo el artículo del Real Decreto 781/1986 por el que se imponía un límite de edad máximo para los aspirantes a puestos de la función pública local.

Actualmente coexisten medidas como las que tienen por objetivo garantizar ciertos derechos en los casos de prejubilación, así como los supuestos de jubilación anticipada, y las medidas complementarias como la incapacidad permanente y la jubilación de trabajadores/as minusválidos/as, junto a otras iniciativas novedosas introducidas con la “Ley 35/2002, de 12 de julio, de Medidas para el establecimiento de un sistema de jubilación gradual y flexible” (BOE 167, 13/07/2002), que modificó la regulación de la pensión de jubilación y que pretende retrasar el acceso a la pensión de jubilación, favorecer un acceso gradual y progresivo a la jubilación o la jubilación parcial, e incluso el acceso desde la jubilación a un

**Tabla 58. Población residente en Canarias, en viviendas familiares de 65 años y más clasificados por relación con la actividad económica, según grupo de edad y sexo, 2001.**

Actividad	De 65 a 74		De 75 a 84		De 85 y más	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población activa	3.501	1.334	330	161	134	71
Ocupados/as	3.501	1.334	330	161	134	71
Parados/as	0	0	0	0	0	0
Población inactiva	54.377	66.421	23.170	33.847	5.869	11.739
Jubilados/as	48.954	20.114	21.035	10.765	5.305	3.742
Cobra pensión incapacidad	2.946	3.950	935	1.377	161	398
Cobra pensión de viudedad/orfandad	662	15.918	434	13.908	182	5.877
Estudiante	63	163	15	42	15	31
Voluntariado Social	21	81	8	32	2	5
Necesita ayuda	121	397	101	481	58	425
Tareas del hogar	867	24.749	379	6.671	67	1.025
Otra situación	743	1.049	263	571	79	236

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2001). Censos de Población y Viviendas.

trabajo parcial. A la jubilación parcial se puede acceder tras cumplir 60 años, simultaneándola con un contrato de trabajo a tiempo parcial y vinculada o no a un contrato de relevo, del que supuestamente se pueden beneficiar los/as jóvenes por lo que a transferencia de conocimientos y experiencias se refiere. Tales medidas pretenden desincentivar la jubilación anticipada así como ahorrar costes dado que el/la trabajador/a jubilado/a parcialmente no recibirá la totalidad de la prestación, sino una parte.

La jubilación flexible es aquella por la que una persona ya jubilada accede desde tal situación a un trabajo a tiempo parcial, y conlleva la minoración de la pensión en proporción inversa a la reducción aplicable a la jornada de trabajo de el/la pensionista en relación a la de un/a trabajador/a a tiempo completo comparable, con el consiguiente ahorro para la Seguridad Social. Tal diversidad viene a romper con la anterior regulación de la edad de jubilación abriendo lo que DEL REY y GALA (2004) denominan “jubilación flexible y a la carta”. Más allá de la edad media de entrada a la jubilación -que como se apuntó en el capítulo 2 supera los 63 años-, en esta investigación (Tabla XII) se ha puesto de relieve que el 47,5% de las mujeres y el 53,9% de los hombres se han jubilado a los 65 años; la proporción de varones que opta por retirarse entre los 66 y los 69 años es de 4,7% mientras que la de las mujeres es de 10,9%.

**Tabla XII. Edad de jubilación por sexo.**

	Mujeres	Hombres
Menos de 65*	39,3	38,4
De 65 a 69	58,5	58,6
De 70 a 74	2,2	2,5
De 75 a 79	0	0,5

\* Incluye edad de retiro previa a la jubilación

Fuente: Base muestral propia.

## 6.9. La vivencia de la jubilación.

El aprendizaje de un oficio, y de manera limitada hasta su universalización, la inmersión en el ámbito educativo y organizacional, entrenan desde la infancia a los individuos para su conversión en seres productivos. La salida del mercado laboral, en cambio, raramente va acompañada de alguna preparación. La palabra jubilación procede etimológicamente del latín *iubilat\_o*, *-\_nis* y según la primera acepción del Diccionario de la Lengua Española (2001: 1325) se define como la acción y efecto de jubilar o jubilarse. A su vez jubilar tiene diversas acepciones entre las que destacan: a) disponer que, por razón de vejez, largos servicios o imposibilidad, y generalmente con derecho a pensión, cese un funcionario civil en el ejercicio de su carrera o destino; b) dispensar a alguien, por razón de su edad o decrepitud, de ejer-

cicios o cuidados que practicaba o le incumbían; c) desechar algo por inútil y d) alegrarse, regocijarse. Efectivamente, la jubilación puede significar la ansiada liberación del trabajo, considerado en el imaginario colectivo un castigo bíblico, y la apertura a una etapa de la vida en la que podría disfrutar del no trabajo y/o cultivar aficiones. Pero cabe la posibilidad de que se dé la situación inversa, esto es, que el sujeto quede sumido en un sentimiento de insatisfacción, relegación y/o aislamiento que le conduzca a sufrir trastornos de diversa índole.

El empleo, ha sido y es, el mecanismo fundamental para acceder al “modo de vida” mayoritario, y por encima de todo, un importante elemento de identidad social, una forma de vivir u organizar el tiempo y de relacionarse con los demás. La actividad laboral remunerada ocupa un lugar central en la vida de los individuos, especialmente de los varones. La asignación de papel de proveedor hace vivir a éstos de manera conflictiva el desempleo o la asunción en exclusiva de las tareas domésticas. RIERA (1999: 69) abunda en este particular al afirmar que “los hombres, incluso los que son ricos, deben trabajar por dignidad porque así corresponde a su género”, por lo que la expulsión del mercado de trabajo incide en su “línea de flotación”, ya que no es sólo su modo de vida, sino su propia identidad como varón las que están en juego. La importancia de otros elementos para la conformación de la identidad suele quedar minimizada ante el peso que se otorga en esta materia al trabajo, si bien es cierto que los cambios operados en el ámbito laboral desde el “neocapitalismo” -flexibilidad, movilidad, condiciones de trabajo- (SENNETT, 2000) están variando la subjetividad de los trabajadores y trabajadoras al impactar en los ejes organizadores de la vida el futuro impredecible quebrando la linealidad de los acontecimientos. Un “nada a largo plazo” que condiciona otros aspectos de la vida de la persona como la confianza, la lealtad o el compromiso mutuos.

La jubilación se refiere al hecho de “interrumpir de una manera por lo general brusca, la actividad laboral o profesional desarrollada durante la vida o una parte importante e la vida por causa de la edad (CASALS, 1982: 51). El elemento definitorio es la edad y no las condiciones físicas o psíquicas del trabajador o trabajadora. La jubilación, posible en sociedades con excedentes económicos, se creó para la clase trabajadora industrial, en tanto que fuerza y agilidad eran características inherentes al trabajo

manual. Actualmente, la jubilación, generalizada a trabajos manuales e intelectuales, tiene aparejada la pérdida de una posición social, el vacío de un estatus y de los papeles y la normatividad asociada al mismo. SCHWARTZ (1974) afirma que las personas al jubilarse no sólo pierden su fuente de ingresos, sino que al tiempo pierden el estatus de colaborador o colega con su fuente de íntimo contacto y amistad y de las actividades valoradas que surgen de este contacto, tales como la participación en reuniones, comidas de trabajo, etcétera. HOLCOMB (1975) señala que en una cultura en la que el estatus y la identidad propios están determinados en gran medida por lo que uno/a hace, el momento de la jubilación puede significar una mayor pérdida del sentido de la propia identidad que el de las condiciones económicas personales.

Independientemente de cómo se pueda asumir esa pérdida, la jubilación implica cambios en tanto que se deja de acudir a diario al lugar de trabajo, se diluye el concepto de compañerismo, se permanece más tiempo en el hogar, se dispone de mayor capacidad para estructurar el tiempo, se pierde capacidad adquisitiva. En fin, tras treinta o cuarenta años de rutinas se asiste a un cambio de estilo de vida. La transición no ha de resultar siempre una experiencia difícil. ATCHLEY (1991) sostiene que para las personas que se jubilan el ocio puede ser una importante fuente de identidad debido a que los/as coetáneos/as se jubilan casi al mismo tiempo. Además quien se jubila conserva otros papeles sociales relacionados con la familia o la comunidad. Ello opera en un contexto en el que tanto la jubilación como el ocio se están haciendo, cada vez más, socialmente aceptables. Jubilación no tiene por qué ser sinónimo de ruptura de la importante red social e interpersonal de un individuo.

CUENCA CABEZA (1995: 85) advierte que el fenómeno de la jubilación se plantea muchas veces de forma radicalizada y poco objetiva. Mientras que “para unos, puede ser la liberación, el final de una etapa de la vida caracterizada por el esfuerzo, el sacrificio y la realización de actividades obligada y, en ocasiones, no queridas. Para otros, es un momento terrible, porque es símbolo de la decrepitud, del deterioro, de la etapa final de la vida. Ambas maneras de ver o tratar el tema pecan de generalistas y simples, de ahí que pueden considerarse falsas”. Y es que quienes la deseaban con anhelo pueden verse pronto añorando lo que hacían anteriormente

y, a la inversa, quienes pensaban que sólo restaba la muerte pueden encontrar nuevas satisfacciones. En esta investigación se ha hecho patente que las valoraciones positivas (alegría, descanso merecido, disponibilidad de tiempo para otras cosas) sobre la jubilación es más frecuente entre las mujeres (77,9%) y los hombres (73,9%) que las negativas (Tabla XIII). Las negativas son más frecuentes entre los hombres que se ven con más tiempo libre del que desearan o que consideran una pena haber abandonado el trabajo. De estas personas, un 67% se jubiló “forzosamente”, esto es, al haber cumplido la edad preceptiva.

**Tabla XIII. Significado de la jubilación por sexo.**

	Mujer	Hombre
Alegría	25,3	22,4
Descanso merecido	39,2	40,6
Disponibilidad de tiempo para otras cosas	13,4	10,6
Demasiado tiempo libre	5,9	9,0
Otras (pena, tristeza)	16,1	17,3

Fuente: Base muestral propia.

Desde los años cincuenta se han venido elaborado y reelaborando distintas herramientas con la finalidad de conocer la disposición de los individuos ante la jubilación. La Escala de Privación Laboral (THOMPSON, 1958), adaptada en 1992 por SZINOVACZ, consta de 16 ítems entre los que destacan el aburrimiento, la pérdida de contacto con los/as compañeros/as o el disponer de más tiempo del necesario para realizar las actividades deseadas a fin de valorar los sentimientos de inutilidad y pérdida tras finalizar la carrera profesional. La Escala de Prejubilación (BOYACK y TIBERI, 1975) consta de 3 escalas y 17 subescalas para valorar la planificación del retiro y la jubilación: de actitudes (favorable o resistente, optimista o pesimista, valor funcional, ánimo y vulnerabilidad a la depresión), de información (aspectos relacionados con la planificación económica, el cuidado y mantenimiento de la salud, el ajuste personal y las relaciones sociales) y de comportamiento (planificación, participación en actividades comunitarias y de voluntariado, aspectos económicos y de salud, y relaciones íntimas). La Escala de Valoración del Trabajo (KILTY y BEHLING, 1980) toma en cuenta la enajenación laboral y el compromiso a través de factores como el sentido que da a la vida el trabajo, la importancia que se le concede, el trabajo como necesidad y

sus influencias positivas. La Escala de Diagnóstico Laboral (HACKMAN y OLDHAM, 1976, 1981) ha sido reutilizada en 1995 por BEEHR y NIELSON, presentando ambas cuatro subescalas referidas a la autonomía, el repertorio de destrezas, la significación de la tarea y las necesidades de interacción.

El “Cornell Study of Occupational Retirement” (STREIB ET AL, 1958), puso de manifiesto que no había ninguna evidencia que mostrara los efectos negativos de la jubilación en la salud física o mental. Sus investigaciones señalaron que efectivamente se producía una pérdida de poder adquisitivo, pero que los ingresos eran considerados en todo caso suficientes; conclusiones similares a las que han llegado estudios posteriores (PALMORE ET AL, 1985). Sin embargo, otras investigaciones (ECKERDT, 1987; D’AMOURS ET AL, 1999, SPANO, 2000) sostienen el impacto negativo de la jubilación en, particularmente en el caso de la anticipada, en tanto que se da una pérdida de identidad y reconocimiento social. En fin, no todas las personas cuando dejan de trabajar se ven afectadas por una crisis, ni ésta se presenta de la misma manera en todos los casos.

BUENO MARTÍNEZ y BUZ DELGADO (2006) apuntan que, a pesar de que la jubilación suele suponer un cambio brusco por el tránsito de la actividad a la inactividad laboral, la mayor parte de los autores la considera un proceso continuo que acontece a través de una serie de etapas. ATCHLEY (1976) formuló una clasificación clásica que articula cinco fases. La fase de prejubilación es aquella en la que el individuo se plantearía expectativas acerca de cómo será su jubilación y objetivos más o menos alcanzables. A continuación vendría una fase de luna de miel en la que se intenta hacer todo lo que se deseó y no se pudo cuando se trabajaba o se intenta descansar disminuyendo cualquier tipo de actividad. Algunas personas, incapaces de encontrar actividades satisfactorias, llegarían a una fase de desencanto al no cumplirse sus expectativas. Posteriormente, en la fase de reorientación estas personas empiezan a formarse expectativas más realistas sobre la jubilación. Hasta que finalmente se consigue un ajuste entre las percepciones y la realidad, con lo que se llega a una fase de estabilización.

MADRID y GARCÉS (2000: 87) coinciden en señalar que las primeras investigaciones utilizaron un referente masculino y sus resultados se generalizaron al resto de la población, hasta que, en la década de los setenta, se tomó consciencia del peso específico

de la variable sexo. En ese momento, las diferencias identificadas con una menor satisfacción por parte de las mujeres fueron atribuidas a una menor percepción de ingresos ocasionada por la discontinuidad que propician las responsabilidades familiares, la percepción de un salario inferior en la vida ocupacional o una mayor expectativa de vida, aunque evidentemente la pérdida de poder adquisitivo exige una adaptación y, en ocasiones, privación también para los hombres. La categoría profesional revela igualmente información de interés pues aunque en todas ellas se manifestaba el deseo de jubilarse, éste parece fuertemente asociado a categorías inferiores y de menor formación, si bien inciden factores como la salud o el cansancio y la dureza o estrés del puesto de trabajo junto a factores estrictamente de carácter profesional o laboral como la disminución del rendimiento o la menor satisfacción en el desempeño, los conflictos entre compañeros/as, el mayor riesgo de despido o la no integración en la empresa. En ésta destacan a su vez otras causas como una mayor resistencia al progreso tecnológico, una menor capacidad de adaptación a nuevas formas de producción o el comportamiento de las empresas. Este último incluye aspectos tales como el pragmatismo y la exaltación de la juventud entre los empresarios. Las categorías más altas, en cambio, se correspondían con quienes tienen una mayor dificultad para imaginar otro estilo de vida.

El estado civil, y concretamente la vida en pareja, aparece como determinante para el disfrute de una mejor salud física y psicológica, una mayor satisfacción moral y social, un mayor disfrute del tiempo de ocio y un mayor apoyo social. Ciertos desajustes, no obstante, aparecen asociados a la falta de salud, las dificultades económicas o la no coincidencia en los períodos de jubilación, ya que en determinados supuestos relacionados con la conservación de actitudes tradicionales respecto al rol de proveedor, si el marido al ser mayor se retira y la esposa continúa empleada, se da una menor calidad en la vida marital, incrementándose ésta en la situación inversa. La vida en pareja mejora una vez se deja de lado el estrés y los problemas asociados a la vida laboral. Aunque se ha de tener presente que, en ocasiones, el hogar, fuente de requerimientos en única o mayor medida para las mujeres, resulta un lugar conflictivo para los hombres, ya que el tiempo que se pasaba en él durante la vida laboral era un bien escaso, pero la pérdida de tal condición hace que se adopte en él, y en concordancia con el desconocimiento o la apatía hacia las actividades que implica, una actitud pasiva

y de receptor de servicios, o por el contrario, que se pretenda organizar dichas actividades como si del trabajo se tratara; en ambos extremos el varón puede sufrir y ser insufrible para los/as demás. RAMOS TORRE (1995: 74) señala que en estos casos, “es obvio que la convivencia se ha de reconstruir”.

El ajuste a la jubilación, de manera más amplia, aparece asociado al apoyo social proveniente de la familia y los/as amigos/as en la construcción de una nueva identidad, especialmente si el grado de congruencia en las expectativas entre el/la jubilado/a y su entorno es alto. En esta investigación se ha puesto de relieve que el 73,2% de los/as encuestados/as no ha experimentado merma alguna en la valoración de sí mismo/a tras su retiro (Tabla XIV), una proporción algo más elevada entre las mujeres (76,3%) que entre los hombres (71,8%).

**Tabla XIV. Autovaloración tras el retiro laboral por sexo.**

	Total	Mujeres	Hombres
Sí	21,1	19,4	21,9
No	73,2	76,3	71,8
Ns/Nc	5,7	4,3	6,2

Fuente: Base muestral propia.

Cuando los resultados se analizan por grupos de edad, el comportamiento es algo diferente. Para los varones las mayores diferencias se concentran en el grupo de edad más joven, esto es, el de 65 a 74 años. Sin embargo, para las mujeres al aumentar la edad aumenta la expresión de una merma en su autoestima (Tabla XV).

**Tabla XV. Merma en la valoración de sí mismos/as tras el retiro por grupo de edad.**

	De 65 a 74	De 75 a 84	De 85 y más
Mujeres que sí les produjo merma	19,0	16,4	33,3
Mujeres que no les produjo merma	77,1	79,1	60,0
Hombres que sí les produjo merma	25,3	18,9	8,1
Hombres que no les produjo merma	68,0	76,4	83,8

Fuente: Base muestral propia.

La salud, obviamente, se revela como un factor de primera magnitud pero, antes y después del retiro, está fuertemente condicionada por los comporta-

mientos y estilos de vida previos, lo que a su vez guarda relación con la personalidad de los individuos, puesto que las personas más vitalistas permanecen más activas y mantienen mayor control en el trato con otras personas y con las instituciones. Otro factor de peso en la vivencia de la jubilación es el tiempo, exactamente una concepción idealizada del tiempo libre, ya que durante la vida laboral se presenta como un recurso escaso, por lo que inicialmente su mera disposición resulta gratificante, aunque luego su manejo puede resultar problemático, especialmente si no se mantienen intereses que den sentido a la vida, entonces ese tiempo no parece tener valor, pues está libre de productividad o lucro. Esto es más infrecuente entre las mujeres, a las que suele perseguir su rol de cuidadora más allá de la edad legal de retiro.

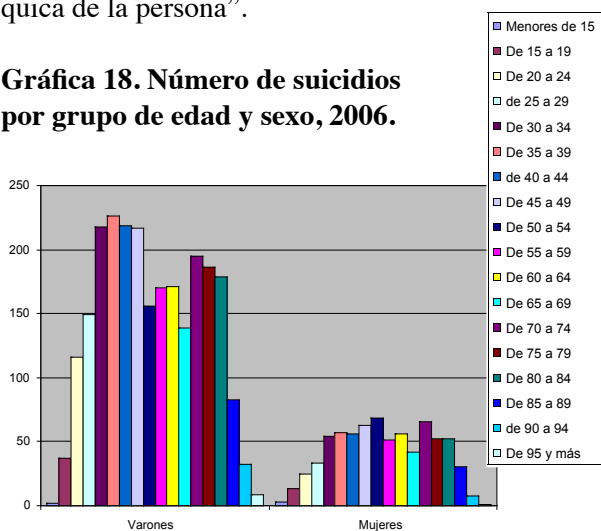
En general, los hombres y mujeres que tienen unos ingresos adecuados, una buena salud y acceso a un buen sistema de apoyo social son más favorables a la satisfacción con la jubilación. El ajuste parece ser más positivo si se ha planificado con anterioridad el retiro y las actividades que van a ocupar el tiempo libre. BUENO MARTÍNEZ y BUZ DELGADO (2006) recuerdan que el entrenamiento en la preparación para la jubilación nació, en el año 1947 en el seno de la industria estadounidense, con el objetivo de ayudar a abandonar el papel productivo y favorecer la adaptación a una nueva forma de vida. Las primeras experiencias obtenidas con estos programas en Gran Bretaña, Suiza o Francia demostraron que el ajuste y la satisfacción con el proceso de jubilación eran mayores entre las personas “preparadas”. Entre los jubilados “no preparados” aparecían más dificultades de adaptación y mayor. Los cursos de preparación para la jubilación deben adaptarse teniendo en cuenta ciertas características -profesión, nivel de educación, estado de salud, etcétera- y favorecer que los y las participantes se acerquen a esta nueva situación con mayores opciones para anticipar e identificar estilos de vida, para aprender a hacer frente a los cambios de salud, de relaciones sociales e intereses, para redirigir sus objetivos y metas, y para preparar los recursos y sistemas de apoyo. En España el desarrollo de programas para la preparación para la jubilación ha sido muy limitado.

La satisfacción con la jubilación parece estar relacionada con mayores niveles educativos, mejor categoría profesional e ingresos más elevados. A la inversa, la jubilación se presenta como un evento

estresante para quienes tiene implicaciones negativas, es decir, para quienes tienen dificultades de adaptación a su nuevo rol, son forzados involuntariamente a jubilarse por razones de salud o de la empresa y, particularmente, para quienes experimentan que la salud o los ingresos disminuyen tras la jubilación. Y, claramente, la actitud con que la persona enfrenta la salida del mercado laboral predispone hacia una mejor o peor adaptación. AGULLÓ-TOMÁS (2001) enumera cinco posibles actitudes a la hora de afrontarla: rechazo, aceptación, liberación, oportunidad y ambivalencia. a) La actitud de rechazo hace que la jubilación se niegue, quizás porque se ha desarrollado o sobrevalorado la faceta laboral. La vida pasa a percibirse entonces vacía de sentido, sin la posibilidad de mantener el estatus y/o el nivel de vida anterior. Una jubilación prematura, la consideración de ésta como un distanciamiento brusco de la carrera laboral a la que se ha dedicado toda la vida, la pasividad que supuestamente implica y/o su asociación con el envejecimiento son algunas de las razones de la negación. b) Cuando se acepta la jubilación se está tomando una actitud conformista y resignada. Se acepta como algo inevitable, como una etapa más a la que debe enfrentarse. c) Se puede considerar la jubilación como una liberación y pensar que es un premio al trabajo realizado. Este tipo de actitud tiene el riesgo de provocar aburrimiento y apatía por la falta de expectativas, proyectos y actividades con las que llenar el tiempo dedicado al trabajo. d) Percibir la jubilación como una oportunidad significa que la persona desea jubilarse, pues con ella llega la posibilidad de poner en marcha proyectos y actividades que hasta entonces no se han podido realizar por estar trabajando: voluntariado, ocio, relaciones sociales, viajes, etcétera. Ésta es la actitud más positiva porque permite iniciar nuevas actividades, en muchos casos más enriquecedoras que el trabajo que se ha abandonado. e) Finalmente, la persona puede tomar una actitud ambivalente, es decir, mantener varias de las actitudes citadas conjuntamente, e igualmente es posible encontrar en una misma persona distintos discursos dependiendo de distintos aspectos. En cualquier caso, si el trabajo se ha convertido para los individuos en una parcela fundamental de la vida, más si se ha usado como refugio para fracasos en otros ámbitos, entonces la disponibilidad de tiempo y la ausencia de su normatividad tras años de vida laboral, unido a la pérdida de poder o de prestigio, de poder adquisitivo, de relaciones sociales y de expectativas de futuro puede llevar a un estado de anomia al no reconocerse el individuo en su nuevo tipo de vida.

DURKHEIM (1893) sostenía que, en casos extremos, la anomia puede inducir al suicidio. Según la OMS (SAUQUILLO Y PORTINARI, 2008) al año mueren de esta forma más de un millón de personas, lo que sitúa ésta entre las cinco primeras causas de muerte, aunque no son noticia dado que existen compromisos acerca de limitar la difusión de informaciones autodestructivas para limitar los efectos miméticos. En España durante el año 2006 un total de 2.017 personas intentaron poner fin a su vida y de ellas 1.806 consumaron la tentativa; de estas últimas, el 76,8% eran varones (Gráfica 18). Los datos que facilita el INE, no consideran situación profesional u ocupación, y es que ni tan siquiera los expertos pueden determinar la cantidad de factores psicológicos, sociales, económicos y biológicos que pueden influir en una muerte así. CASALS (1982: 58) sostiene empero que “el abandono brusco de toda actividad, produce una sensación de aburrimiento muy peligrosa para la integridad física y psíquica de la persona”.

**Gráfica 18. Número de suicidios por grupo de edad y sexo, 2006.**



Elaboración propia

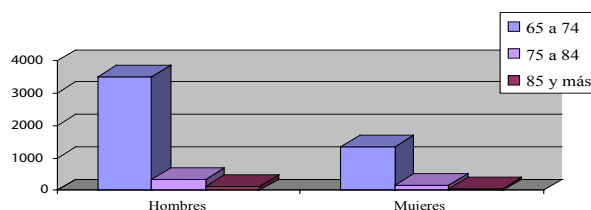
Fuente: INE. (2007). Estadística del suicidio en España.

Durante 2006, un total de 50 personas se quitaron la vida en las Islas, de las que el 80% eran varones y algo más de la mitad tenía más de 50 años. La Encuesta de Salud de Canarias 2004, del Servicio Canario de Salud, revelaba que el año anterior habían acabado con su vida 20 personas mayores de 65 años, de ellas el 50% eran hombres de 65 a 69 años. En el período 1998-2002, las tasas de suicidio más alta del Archipiélago se registraron tanto entre los varones pertenecientes a los grupos de edad de 60 y más, como en los de 20-29 y 30-39 años y en la provincia de Santa Cruz de Tenerife (Tabla 59). El primer grupo de los señalados registra tasas que, en

ese período, oscilan entre el 19,7% y el 13,8% del total, aunque esas tasas pueden ocultar situaciones diversas, esto es, personas ocupadas, desempleadas, prejubiladas o jubiladas.

Frente a las personas que han salido del mercado laboral, una pequeña proporción de la población (Gráfica 19) ha decidido continuar ocupada tras los 65 años (0,8%); en consonancia con las reformas legales y las recomendaciones del “envejecimiento activo”. De esa proporción, las mujeres son minoría (28,3%) (INE, 2001); tendencia que tal vez cambiará de signo en el futuro dado que la merma de ingresos con el retiro y la consecuente pérdida de poder adquisitivo es considerablemente más elevada para las mujeres. Y es que las razones habituales para continuar vinculados al mercado laboral son el encontrarse en perfectas condiciones físicas e intelectuales sabiendo que se puede tener por delante un importante número de años de vida -unos 10 y 17 años respectivamente para hombres y mujeres- y, aún deseando jubilarse, el considerar que sus pensiones no cubrirán un importante decremento salarial. Algunas actividades parecen más proclives a mantener a las personas mayores en activo, como la política, la literatura o el arte, la religión y algunas profesiones liberales, así como las de artesanos/as, empresarios/as o comerciantes, y lo hacen en mayor medida que las personas que trabajan en el sector primario y son autónomas. Tras la entrada en vigor en 2008 de la reforma de la Seguridad Social, cualquier persona que continúe trabajando a partir de los 65 años tendrá una mejora del 2% -3% si acredita más de 40 años cotizados- por año adicional en sus pensiones.

**Gráfica 19. Población canaria de 65 años y más ocupada por grupo de edad y sexo, 2001.**



Fuente: INE. (2001). Censos de Población y Viviendas.

La investigación propia ha puesto de relieve que un 79,9% de los varones y un 81,2% de las mujeres jubilados/as no se muestran dispuestos/as a volver a trabajar de manera remunerada. No se encuentran



**Tabla 59. Suicidios según edad y sexo, por provincias. Canarias 1998-2002.**

	1998			1999			2000			2001			2002		
	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M
CANARIAS	76	54	22	54	37	17	55	43	12	61	51	10	72	58	14
Las Palmas	36	29	7	18	17	1	8	8	0	27	23	4	28	20	8
S.C.Tenerife	40	25	15	36	20	16	47	35	12	34	28	6	44	38	6
Hasta 12															
CANARIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Las Palmas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S.C.Tenerife	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
De 13 a 19															
CANARIAS	4	3	1	5	2	3	0	0	0	1	1	0	3	2	1
Las Palmas	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1
S.C.Tenerife	3	2	1	3	0	3	0	0	0	1	1	0	1	1	0
De 20 a 29															
CANARIAS	22	16	6	15	9	6	14	13	1	5	5	0	7	7	0
Las Palmas	14	12	2	5	4	1	4	4	0	4	4	0	3	3	0
S.C.Tenerife	8	4	4	10	5	5	10	9	1	1	1	0	4	4	0
De 30 a 39															
CANARIAS	15	11	4	11	10	1	8	7	1	17	14	3	23	18	5
Las Palmas	4	4	0	6	6	0	3	3	0	11	9	2	9	7	2
S.C.Tenerife	11	7	4	5	4	1	5	4	1	6	5	1	14	11	3
De 40 a 49															
CANARIAS	9	5	4	6	4	2	8	8	0	12	11	1	15	11	4
Las Palmas	4	3	1	0	0	0	1	1	0	6	5	1	5	3	2
S.C.Tenerife	5	2	3	6	4	2	7	7	0	6	6	0	10	8	2
De 50 a 59															
CANARIAS	4	3	1	4	2	2	6	5	1	8	5	3	11	10	1
Las Palmas	3	2	1	2	2	0	0	0	0	1	1	0	5	4	1
S.C.Tenerife	1	1	0	2	0	2	6	5	1	7	4	3	6	6	0
De 60 y mas															
CANARIAS	21	15	6	13	10	3	19	10	9	17	14	3	12	10	2
Las Palmas	9	6	3	3	3	0	0	0	0	5	4	1	3	2	1
S.C.Tenerife	12	9	3	10	7	3	19	10	9	12	10	2	9	8	1
No consta															
CANARIAS	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1
Las Palmas	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
S.C.Tenerife	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0

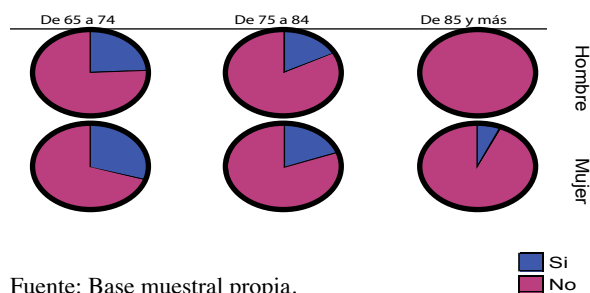
T=total, V= varón, M= mujer.

Fuente: INE. (2003). Estadísticas de suicidio en España.

diferencias significativas si se contempla la variable “motivo de jubilación” (voluntario, aceptado y forzado); sin embargo, se encuentran diferencias entre los sexos al tomar en cuenta la variable “merma en la autovaloración al jubilarse”, de modo que, el 33,7% de los varones que la sufrieron volverían a trabajar frente al 22,2% de las mujeres. Igualmente, aquellos varones (33,3%) que señalan que sus ingresos sólo les permiten “llegar justos a fin de mes”, declaran en mayor proporción que las mujeres (10,3%) que volverían a trabajar de manera remunerada.

En todo caso, las formas de contribuir a la vida sociocultural del país son diversas. Desde el estatuto de retirado/a se puede participar en la sección de jubilados de un sindicato o en el seno de alguna organización cuasi-profesional. SECOT<sup>100</sup> (Seniors Españoles para la Cooperación Técnica) es una iniciativa que apunta en esta última dirección. El Servicio de Expertos Seniors (SES) cuenta con más de 5.200 colaboradores/as, de los que únicamente el 6% son mujeres. En general, el voluntariado se abre con una vía para la participación de las personas mayores en la vida comunitaria, y aunque tradicionalmente ha vinculado a las mujeres con la caridad, desde los años ochenta va diversificando el ámbito de actuación y mejorando la implicación mediante formación. El interés también ha crecido entre los varones, pues a las tareas de servicios y cuidados se suman las de administración y gestión. Sin embargo, más de las tres cuartas partes de las personas encuestadas (78,7%) en esta investigación tampoco se han mostrado dispuestas a colaborar en tareas de voluntariado. La proporción de mujeres que se prestaría a este servicio sería algo superior (24,2%) a la de los varones (20,1%). La disposición decrece a medida que aumenta la edad (Gráfica I).

**Gráfica I. Disposición a prestar algún servicio a la comunidad como voluntario/a.**



Fuente: Base muestral propia.

Obviamente jubilarse no es sinónimo de dejar de trabajar de forma productiva. Más allá de los ser-

vicios a la comunidad, muchas personas mayores continúan desempeñando alguna actividad que beneficia al hogar. Del 18,1% de los/as encuestados/as que realiza una actividad diferente del trabajo doméstico y de cuidado (Tabla XVI), los hombres representan una mayor proporción (20,6% frente a 12,4% de las mujeres). Un huerto, el cuidado de animales, la costura, supervisar un negocio familiar o el bricolage son actividades que se reservan para la jubilación, y que unas veces supone la continuidad con el trabajo desempeñado a lo largo de la vida y otras es una afición que se torna productiva. Las frecuencias más altas de actividad se presentan en los núcleos poblacionales más pequeños.

**Tabla XVI. Actividad actual por sexo.**

	Total	Mujer	Hombre
No	81,9	87,6	79,4
Si	18,1	12,4	20,6

Fuente: Base muestral propia.

La formación a lo largo de toda la vida aparece ligada a las necesidades de adaptabilidad de los/as trabajadores/as a los requerimientos de la producción, así como a la prolongación de la formación entre los/as jóvenes para una mayor cualificación para la inserción sociolaboral. Sin embargo, la idea de una educación para todas las edades -como la que proponen las agencias multilaterales- va más allá de objetivos meramente profesionalizadores a la consecución de los conocimientos como una finalidad en sí misma. En tal dirección se encontrarían las iniciativas de los/as mayores que optan por adquirir una formación básica y los/as que optan por acceder a las aulas universitarias. Estas iniciativas están relacionadas con ciertas actitudes vitalistas, y estrechamente asociadas a pretéritas exigencia no satisfechas de carácter sociolaboral, de clase o de género. Este espacio se convierte para sus protagonistas en lugar de enriquecimiento y comunicación intergeneracional. Los Programas para Mayores de las universidades españolas tienen poco más de una década de antigüedad, a pesar de lo cual se han extendido rápidamente. Proliferación en la que se combinan distintos factores como las excelentes condiciones físicas e intelectuales de unos/as mayores cada vez más longevos/as, la oportunidad que representa para las universidades el llenar las aulas con este sector de la población ante el decremento del alumnado a consecuencia de las bajas tasas de

**Tabla 60. Porcentaje de personas que realizan la actividad relacionada con el estudio en el transcurso del día y duración media diaria dedicada a dicha actividad. España, 2002-2003.**

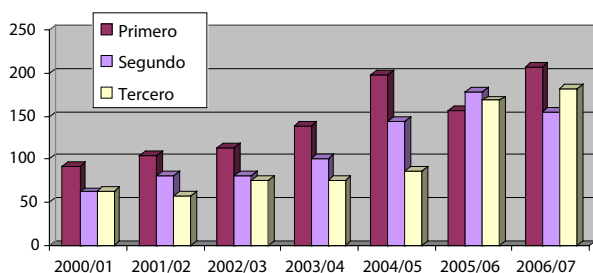
	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	%	Durac. media diaria	%	Durac. media diaria	%	Durac. media diaria
TOTAL	13,7	4:57	13,3	5:11	14,0	4:44
Tipo de día de la semana						
Lunes a jueves	15,3	5:35	14,5	5:54	16,2	5:18
Viernes a domingo	11,5	3:49	11,8	3:59	11,2	3:38
Tamaño del hogar en el que viven						
Hogar de 1 miembro	*3,6	*2:16	*2,0	*2:00	*5,9	*2:23
Hogar de 2 miembros	*7,3	*3:19	*6,4	*3:07	*8,0	*3:26
Hogar de 3 miembros	11,3	5:01	*11,3	*4:46	*11,4	*5:16
Hogar de 4 miembros	19,6	5:19	18,1	6:00	21,2	4:43
Hogar de 5 ó más miembros	15,9	5:01	*17,5	*4:55	*14,3	*5:10
Tipo de hogar en el que viven						
Hogar unipersonal	*3,6	*2:16	*2,0	*2:00	*5,9	*2:23
Hogar de 2 adultos sin niños dependientes	*6,1	*3:04	*6,5	*3:07	*5,6	*3:00
Otros hogares sin niños dependientes	6,9	4:57	*6,4	*5:35	*7,5	*4:21
Hogar de 1 adulto con 1 ó más niños dependientes	*30,1	*5:38	*27,8	*4:10	*30,5	*5:55
Hogar de 2 adultos con niños dependientes	21,9	5:16	21,2	5:32	22,6	5:00
Otros hogares con niños dependientes	18,2	4:57	*20,4	*5:07	*16,3	*4:45
Nivel de ingresos del hogar en el que viven						
Menos de 1.000 €	11,3	5:03	*11,5	*4:25	*11,2	*5:35
De 1.000 a 1.499,99 €	14,5	4:31	*12,3	*4:47	16,9	4:18
De 1.500 a 1.999,99 €	16,1	4:25	*17,2	*5:30	*14,8	*3:02
2.000 € o más	13,5	5:53	*13,0	*5:52	*13,9	*5:53
Tipo de municipio en el que viven						
Capitales de provincia	14,5	4:21	15,5	4:35	13,5	4:07
Resto de municipios	13,3	5:15	12,4	5:30	14,3	5:01
Edad						
Menos de 25 años	46,7	5:33	47,5	5:31	45,9	5:35
De 25 a 44 años	7,2	3:10	*5,3	*4:09	9,2	2:34
De 45 a 64 años	*1,8	*3:07	*2,4	*3:17	*1,3	*2:49
65 ó más años	*0,9	*5:45	*0,3	*3:30	*1,4	*6:09
Nivel de estudios alcanzado						
Analfabetos, sin estudios o educación primaria	12,4	4:56	13,4	4:46	11,3	5:09
Educación secundaria. Primera etapa	15,5	5:46	16,5	6:00	14,6	5:32
Educación secundaria. Segunda etapa	15,0	4:33	*11,4	*5:11	*18,3	*4:11
Formación profesional superior	*7,4	*4:11	*6,2	*4:46	*8,9	*3:40
Educación universitaria	*15,8	*3:27	*11,9	*4:03	*19,5	*3:07
Estado civil						
Casado	*3,4	*2:38	*1,8	*2:51	*5,0	*2:33
Soltero	29,4	5:20	28,5	5:21	30,6	5:18
Viudo	*0,0	*..	*0,0	*..	*0,0	*..
Separado o divorciado	*3,7	*2:13	*0,0	*..	*6,6	*2:13
Relación act. y sit. prof. respecto al primer trabajo						
Activos	5,9	2:28	*4,1	*2:46	8,7	2:14
Ocupados	5,8	2:11	*3,9	*2:25	*9,0	*2:01
– Empresarios	*1,1	*3:50	*0,0	*..	*5,0	*3:50
– Asalariados	6,5	2:09	*4,6	*2:25	*9,4	*1:57
Parados	*6,6	*4:10	*6,2	*4:51	*7,0	*3:38
Inactivos	23,8	5:45	32,4	5:49	19,0	5:41
Estudiantes	69,8	5:48	69,0	5:53	70,6	5:42
Jubilados o pensionistas	*1,9	*4:30	*1,6	*3:03	*2,2	*5:54
Labores del hogar	*0,9	*4:26	*0,0	*..	*0,9	*4:26

\* En la casilla correspondiente el número de observaciones muestrales es menor de 30, por lo que esa cifra hay que interpretarla con cautela.  
Fuente: INE. (2003). Encuesta de Empleo del tiempo. 2002-2003.

natalidad, así como la necesidad de las políticas sociales de ir más allá del asistencialismo. Según los datos la Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003 (INE) un 14% de las mujeres y un 13,3% de los hombres de todas las edades dedican parte de día al estudio, aunque ellas emplean menos horas debido a que en las horas centrales del día emplean más tiempo en las tareas del hogar y cuidado de la familia, en detrimento de otras actividades como el estudio y el trabajo, aunque varía en función del grupo de edad, dedicando las menores de 25 años cuatro minutos más al estudio diariamente. Los datos sobre las personas mayores de 65 años han de ser tomados con cautela debido al bajo número de observaciones maestras. Un porcentaje relativamente bajo respecto del total, más alto entre las mujeres, dedican 6:09 horas diarias al estudio frente a las 3:30 horas de los hombres.

Las dos universidades canarias, en colaboración con la Dirección General de Servicios Sociales del Gobierno Canario, iniciaron en el curso 1999/2000 programas de estudio para las personas mayores de 50 y 55 años. En la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, la media de edad es de unos 60 años. Evidentemente estos programas no son la única vía de ingreso a la Universidad, pues se accede también por el acceso para mayores de 25 años. En el Programa de “Peritia et Doctrina” de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (Gráfica 20), el número de alumnos/as que se matriculan, que supera el centenar, ha venido aumentando de forma paulatina desde su creación, habiéndose ampliado la oferta a las islas de Lanzarote y Fuerteventura en el curso 2004/05. En el curso 2001/02 las mujeres representaban el 78,7% del alumnado.

**Gráfica 20. Evolución del número de estudiantes de “Peritia et Doctrina” por curso académico, 2000-2007.**



Fuente: La ULPGC en cifras, 2007.

TRINIDAD REQUENA (2005: 144), sobre la base de una investigación cualitativa, señala que se está produciendo un cambio tanto en el comportamiento económico y social, como en la visión de la jubilación, por parte de personas mayores. Un “cambio lento, no unánime”, que no tiene vuelta atrás, y que asociado a mayores niveles de status, renta e instrucción, dibuja dos grandes grupos: los nuevos y los viejos jubilados; que a su vez dan cabida a cuatro discursos. Los dos primeros, con la etiqueta de nuevos jubilados, se encuentran en el medio urbano y corresponden a personas de elevados o medios niveles educativos, con rentas medias y altas, que son o se sienten activos y buscan ser útiles. Los otros, identificados con el jubilado tradicional, se encuentran en el medio urbano o de municipios intermedios y rurales, y son más inactivos y tras la jubilación tienen una vida social muy limitada (Modelo p. 201). En este modelo, las mujeres encuentran cabida en el tercer discurso, el de quienes tienen estudios medios-bajos y rentas bajas, y lo componen sobre todo mujeres viudas. TRINIDAD REQUENA (2005: 149) afirma que si la jubilación se da junto al “nido vacío” se vive como una fase de liberación de las cargas, del mismo modo que si la jubilación se une a la viudedad y sus consecuencias son superadas con rapidez.

En todo caso, como señala TRINIDAD REQUENA, las personas mayores necesitan de estrategias sociales y económicas para adaptarse a una nueva situación de “incertidumbre” (2005: 182). Entre las estrategias sociales, sostiene que los viejos jubilados irían al hogar del pensionista, a pasear o a tomar café con los amigos, y en fin, que sus estrategias se centrarían en las relaciones con sus iguales, mientras que los nuevos jubilados tratarían de reforzar su identidad y enriquecerse acudiendo a alguna asociación; siendo las mujeres mayores las que tendrían más oportunidades de cambiar la realidad, ya que estos espacios les reforzaría una identidad malamente reconocida en el hogar. Entre las estrategias económicas, tanto para los viejos como para los nuevos jubilados, se conserva la capacidad de ahorrar, si bien son estos últimos los que muestran mayor iniciativa a la hora de arriesgar o ganar beneficios a través de esos ahorros.

Recapitulando sobre todo lo expuesto en este capítulo, se puede decir que tras los debates de los siglos XVIII y XIX en torno a la exigencia de una educación racional para las mujeres, la lucha por la es-

**Nuevo jubilado y jubilado tradicional.**

Nuevo jubilado	Jubilado tradicional
Pensión media-alta	Pensión meda-baja
Nivel de formación medio-alto Planificación social de la vejez (la vejez preocupa desde antes de la jubilación; hay que ir buscando cosas que hacer para cuando llegue el fin del trabajo)	Nivel de formación medio bajo No hay planificación social de la vejez (sólo preocupa cuando viene)
Planificación económica de la vejez	No existe planificación económica de la vejez, como mucho el ahorro seguro
Zonas urbanas y costeras	Zonas rurales y zonas urbanas pobres
Ahorro como inversión	Ahorro como previsión
Las entidades bancarias son un comercio para hacer negocio	Las entidades bancarias como mediadoras del ahorro seguro
Inquietudes sociales	No existen inquietudes sociales
Económicamente independientes	Económicamente dependientes
Buscan nuevas relaciones	No buscan nuevas relaciones
La jubilación es una nueva etapa de la vida donde se abren otras esferas sociales	La jubilación es el fin de la vida laboral y casi de la social
La jubilación es, simplemente, un cambio de actividad; de lo que se trata es de buscarse nuevos papeles que ayuden a que el individuo se siga sintiendo útil	Cuando uno se jubila ya no es útil; lo único que le espera es la muerte.

Fuente: TRINIDAD REQUENA, A (2005). La realidad económica y social de las personas mayores.

colarización primaria a principios del siglo pasado, el acceso a la enseñanza secundaria y universitaria -en España desde 1910-, la posterior segregación en centros y aulas, y el definitivo logro de la educación universal junto a la unificación de modelos formales educativos de hombres y mujeres en la segunda mitad del siglo pasado, saldado finalmente con la escolarización obligatoria hasta los 16 años vigente en la actualidad, los avances registrados en el ámbito de las libertades y oportunidades en todas las esferas, particularmente la educativa, han posibilitado cerrar la brecha que separaba a las mujeres y los hombres en el disfrute de los derechos de ciudadanía, sin embargo la persistencia de la desigualdad obliga a no dejar de pensar en cómo la educación, en tanto que proceso social directa o indirectamente interviene en la construcción de las diferencias y las desigualdades entre los sexos.

En la esferal laboral, a pesar de las actuaciones legislativas desarrolladas a lo largo del siglo pasado -que fueron sustituyendo la noción de protección por la de igualdad, pasando previamente por la de

autonomía, con un largo paréntesis de prohibiciones- subsiste también la desigualdad. Diferencias salariales, distintas carreras profesionales, segregación horizontal (concentración en sectores y profesiones) y vertical (jerarquía de funciones y profesiones), y en fin la división sexual del trabajo revela la relativa desconexión entre el crecimiento de la actividad femenina y la segregación. La escolarización y progresión de la actividad femenina ha implicado, en el mercado laboral, una feminización masiva de las profesiones socialmente poco valoradas, aunque ello no sea sinónimo de inmovilismo, pues igualmente una importante proporción de mujeres han accedido a profesiones cualificadas y en menor medida a funciones de toma de decisiones. Ello supone que sólo una parte de las mujeres recupera la inversión realizada en el sistema educativo, mientras se acrecientan las diferencias entre las mujeres. Las diferencias en el acceso a los recursos educacionales, laborales y por ende materiales, necesariamente seguirán condicionando las oportunidades vitales en la tercera edad.

## **CAPÍTULO 7**

### **EL ESPACIO PRIVADO**

## CAPÍTULO 7

### EL ESPACIO PRIVADO

#### 7.1. Introducción. Lo privado sostiene lo público

El ámbito de lo privado incluye los espacios y acciones vinculadas al cuidado y satisfacción de las necesidades personales y de la familia, así como lo doméstico. Éste es el ámbito tradicionalmente reservado a las mujeres y asimilado “naturalmente” a lo femenino en función de la capacidad reproductiva de las mujeres. Desde la Antigüedad hasta nuestros días, la debilidad de informaciones reales sobre las mujeres contrasta con la sobreabundancia de los discursos que filósofos, teólogos, moralistas, médicos, pedagogos, artistas o literatos han elaborado sobre lo que debería ser una mujer, como se apuntó en la introducción.

En la Antigüedad, la religiosa fue una importante esfera de poder femenino, o al menos en la que menor número de restricciones se impusieron (MIRÓN, 2005). Probablemente en un tiempo prehistórico, donde la vida y la reproducción biológica eran fundamentales para la conservación del grupo a la vez que constituían un misterio, la maternidad y la tierra -identificadas entre sí con la fertilidad- despertaron la veneración hacia la figura de la diosa madre<sup>101</sup> asimilada a la madre tierra (CAUDET YARZA, 1994). La primera figura humana representada pudo ser la femenina<sup>102</sup>, “primer referente de lo sagrado” (BLAISE, 1996: 201). Ésta era una figura que se correspondía con la encarnación de la naturaleza en un momento en que existía la creencia de que el principio femenino regía las fuerzas del universo. La existencia de festividades exclusivamente femeninas respondería a la manifestación de la supervivencia de un período matricéntrico, cuando la religión estaba en manos de las mujeres. Tales festividades habrían guardado relación con la implicación femenina en la tierra -horticultura, jardinería-, y por ello con los cultos a la fertilidad (POMEROY, 1987). La oficianta llevaba a cabo ceremonias para solicitar favores a la Diosa, ayudada por músicas, cantantes y bailarinas.

En el antiguo Egipto, lo femenino -origen de la fecundidad y la vida- personificaba el principio del orden cósmico y era fuente de las divinidades. Como

manifestación social de las leyes planetarias, el sistema matrilineal se erigió en la base de la organización social, no sólo al Norte, también en algunas regiones del Sub-Sahara en África, cuna de la humanidad. La reina era la dueña de la tierra, preservadora de la realeza y guardiana de la pureza del linaje. La asociación entre la fertilidad de la tierra y las mujeres, dada la ausencia de relación causa/efecto entre el coito y el embarazo, pervivió cuando la Diosa Tierra fue sustituida por la Diosa agrícola, y su representante humano fue una mujer, poderosa y sabia, Isis. Tras la primera gran revolución de la humanidad -la revolución agrícola- se introdujo la domesticación del ganado; un acontecimiento que tuvo lugar en Oriente Próximo, para difundirse posteriormente por regiones de África, Asia y Europa. Dado que el sistema patriarcal fue de origen nómada prosperó en los sitios donde la ganadería logró asentarse definitivamente como Mesopotamia, Grecia o Palestina. La relevancia de lo femenino fue perdiendo peso a la vez que el contacto con el ganado permitía reconocer que la procreación no era sólo cosa de “hembras”. El “portador de la semilla”, que la deposita en la tierra, pasó a ser el verdadero hacedor del milagro de la vida. Gradualmente, la Diosa sería desplazada por los Dioses masculinos. Los cambios de este tipo pueden tardar generaciones, incluso siglos, pero finalmente quedan reflejados en un cambio total de cultura y en la exclusión de la mujer del universo simbólico. De ser así, el cambio operado en la consideración de la mujer y lo femenino en algún momento de la historia, probablemente en el mismo Neolítico, fue radical. HERNANDO (2005: 95) considera que fue entonces cuando dio comienzo la “sociedad patriarcal” por una variación en las actividades asignadas a ambos sexos, ejerciendo las mujeres las vinculadas al ámbito doméstico y los hombres las de producción agrícola, ganadera o artesanal. En el origen de tal transformación se encuentra el “matricidio político-simbólico” (BLAISE, 1996: 302) que dio paso a una inversión del poder, que se conformó entonces como un poder patriarcal.

El estudio de la literatura médica sobre el cuerpo desde los griegos –capítulo 6-, condujo a LAQUEUR (1994: 55) a descubrir que fue en el siglo XVIII cuando se pasó de concebir “el cuerpo de sexo único” –con diferencias de grado- a percibir dos con diferencias de tipo. Antes de esa época el cuerpo femenino era una versión inferior del masculino, y sólo desde entonces adquirió la consideración de ser completamente distinto. La identidad sexual, basada en la distinción de los cuerpos, marca desde entonces una diferencia profunda entre los dos sexos. A finales del siglo XVIII, una nueva forma de producción separaría además esos cuerpos en dos espacios claramente diferenciados. Como se ha puesto de manifiesto en los capítulos precedentes -5 y 6-, TUBERT (2003: 59) señala que precisamente una de las consecuencias más importantes de la industrialización y del crecimiento de las ciudades fue la “separación de lo público y lo privado, asociados respectivamente al hombre y a la mujer”. El dimorfismo sexual de la especie humana reforzó la asignación a las mujeres del trabajo en el ámbito privado, como si de algo natural se tratara, considerándolo la extensión de los actos de gestar, parir y amamantar; mientras la naturaleza masculina se asoció a la producción y administración de bienes y recursos.

El espacio privado es, o al menos debiera ser, el ámbito de los afectos y los sentimientos, por lo que todos los valores asociados a él, que a su vez se vinculan a lo femenino, desaparecen y se devalúan en el mundo de lo público, de lo racional e instrumental. En este capítulo se analizarán los elementos que han hecho posible que en el ámbito de lo privado opere el “consentimiento” de la dominación patriarcal por parte de las mujeres en base a la conveniente manipulación del amor romántico, la apropiación de los cuerpos, el control de la sexualidad, la imposición de la conyugalidad y la maternidad como destino, o la asignación, gratuita, de los cuidados y de las tareas domésticas para la reproducción biológica y social.

## **7.2. La dominación sexo-género y la devaluación de lo femenino.**

Prácticamente todas las sociedades históricas y contemporáneas –como se ha puesto de relieve con anterioridad- han tenido en común el uso de la segregación sexual como base para la dominación de los hombres sobre las mujeres. Situar la devaluación

de las mujeres y de lo femenino en un tiempo histórico es altamente complejo y especulativo. HERNANDO (2005) sitúa el origen de la superioridad de los valores masculinos y el control de los hombres sobre el destino del grupo en un reparto de tareas tal que a éstos se les asignaron las relacionadas con la fuerza y la movilidad, mientras que las de inmovilidad espacial se les asignaron a las mujeres. La revisión del papel de la caza y la recolección en los orígenes de la humanización ha supuesto la reconsideración del papel de los sexos en la secuencia evolutiva. Sin que haya sido posible concluir acerca de cuáles fueron las contribuciones de cada uno, sí se ha puesto de manifiesto que, lejos de reconocerse un valor social equiparable a ambos, se reitera una y otra vez la “naturalización” del papel femenino y la infravaloración de su contribución (QUEROL, 2005: 72).

LO RUSSO (1998), para explicar tal devaluación, sostiene una tesis diferente. La superación de la ignorancia de la contribución masculina a la procreación fue la que dio paso a la exclusión de la madre del universo socio-político-cultural, caracterizado desde el inicio y cada vez más por la autoafirmación masculina. Por tanto, en los orígenes del proceso de inferiorización se encontraría el descubrimiento de la relación causal entre el coito y el embarazo, hasta entonces relacionado con el poder mágico. La creación anterior de la figura del tío materno guardaría relación con la necesidad de encontrar una solución al problema de la condición masculina originaria, que careciendo de un nexo causa-efecto, habría posibilitado que el parentesco social prevaleciera sobre el biológico. LO RUSSO (1998: 106) afirma que una vez descubierto el papel procreador del padre y afirmada su absoluta preeminencia en la procreación, no se hace otra cosa que “perpetuar, invirtiéndola, la primitiva concepción unilineal”, reponiendo una teoría que excluye a uno de los progenitores –esta vez a la madre- de la obra procreativa. Todavía en el siglo XVIII se formulaban teorías basadas en el preformismo, esto es, en “el presupuesto de que todo individuo se encuentra ya completamente preformado en el germen, una especie de pequeño ser en miniatura, que ya existe en estado invisible en el esperma” (LAQUEUR, 1994: 293).

La evidencia arqueológica apunta a que la veneración hacia las Diosas estuvo presente en las civilizaciones de la Antigüedad, desde el Mediterráneo hasta Medio y Próximo Oriente, donde probable-



mente desapareció sumida en el papel de madre de Dios en la figura de María (HUSAIN, 2006: 122). Aún cuando no se puede apuntar hacia un año cero del patriarcado y aunque sólo quepa reconocer la ocultación progresiva de lo femenino -simbólica y políticamente- mediante un matricidio histórico que supuso una sustitución más o menos disimulada de un poder político-religioso por otro con la desaparición de la figura sagrada materna y todopoderosa, lo cierto es que en el proceso “se salvaron dos escalones decisivos e irreversibles: el monoteísmo judaico y la jurisdicción romana” (BLAISE, 1996: 319). LERNER (1990:310) sostiene que el proceso se desarrolló en el transcurso de casi 2.500 años, desde aproximadamente el 3.100 al 600 a.C.

Al derecho romano se le puede atribuir la tarea de reunir todos los códigos patriarcales preexistentes, mientras que a la tradición judeocristiana le correspondió marcar una nueva Era que supuso la asunción del monoteísmo y la consecuente desaparición de las diosas y dioses refundidos en un dios omnipotente, omnisapiente y omnipresente, así como la instauración de no una, sino dos imágenes referenciales: Eva y María. La primera es la pecadora que introdujo el castigo eterno, la segunda es la virgen y sin mancha cuyo hijo promete la salvación a la humanidad. La mala y la buena mujer, el pecado y el bien, la otra y la madre. Unos referentes que supusieron la separación entre la sexualidad y la reproducción, reservada ésta para las “madresposas”. Una artificialidad que entrañó una devaluación real, pero también simbólica y definitiva de las mujeres. Dos modelos referenciales de feminidad que marcarían definitivamente la existencia de millones de mujeres en el planeta y que han permitido que durante siglos por imitación a María las mujeres no sólo preservaran la virginidad como el bien más preciado, el único, sino que además antepusieran las necesidades de los/as demás a las propias hasta el sacrificio. En la época en que las mujeres mayores crecían, el culto a la Virgen María nacía de que en ella confluían dos virtudes esenciales: ser virgen y ser madre; la no asunción de este modelo suponía el descrédito social y la condenación. El actual proceso de secularización de la sociedad española parece haber difuminado la imagen de María; la de Eva conserva, sin embargo, plena vigencia, y por ello actualiza la de María, pues en el imaginario colectivo, y particularmente en el masculino, todas son putas menos la madre. CRUZ-CÁMARA (2004: 274) apunta que, en todo caso, el culto a la Virgen

María se basa en la fantasía de una gratificación permanente y una fusión total con la madre; y aunque en la época postmoderna, la mayoría de las mujeres han dejado de tomarla como modelo para construir su identidad, no obstante permanece su fijación con la madre arcaica, “con la imagen de un ser capaz de concedernos todo”.

Reforzado por la centralidad judeocristiana de ese dios-trinidad: padre, hijo y espíritu santo, el patriarcado supuso la consolidación de un orden de poder, de un modo de dominación que -como ya se ha señalado- se apoya en la centralidad del hombre y lo masculino sobre la inferiorización de las mujeres y de lo femenino. El patriarcado se ha perpetuado históricamente sosteniendo tal superioridad en todos los ámbitos, desde el plano político y económico hasta el sexual, estableciendo relaciones de dominación y opresión sobre otros hombres -de otras etnias, pobres, homosexuales- y sobre todas las mujeres -jóvenes, maduras, ancianas-. Tal reproducción cultural ha sido posible por la cooperación de las mujeres, garantizada a través de mecanismos creados por instituciones androcéntricas como la misma transmisión intergeneracional de los géneros, el histórico impedimento del acceso a la enseñanza, la tradicional dependencia respecto de los recursos económicos, la secular exclusión de la participación política, el recurso de la violencia, la división entre las propias mujeres, la privación de conocer su historia y acaso el más importante -posible por la existencia de los anteriores- la persistente reclusión en el mundo de lo privado que -como ya expuso anteriormente- encontró su espaldarazo definitivo en el siglo XVIII, cuando la producción se trasladó del hogar a la fábrica, y se tachó de deshonestas a las mujeres casadas que se dedicaron a la producción fabril y de virtuosas a las que permanecían en su casa bajo el paraguas de las citadas tres “k” que proclaman la maternidad, la religiosidad y la laboriosidad doméstica; una fórmula a la que habría recurrido Bismark, en el período de entreguerras, para que las mujeres retornaran a sus hogares tras ocupar un lugar destacado en la producción industrial del período bélico.

En el Estado Español la proclama tuvo muy buena acogida por parte del Régimen Franquista, como señala SAU (2000: 165) “en España para que fueran tres c, se dijo casa, cocina, calceta”, una “carnada sentimental” resultado de un proceso de inferiorización. Discurso reforzado por las mujeres del régi-

men. Pilar Primo de Rivera afirmó que las mujeres nunca descubren nada pues “les falta, desde luego, el talento creador reservado por Dios para inteligencias varoniles: nosotras no podemos hacer más que interpretar mejor o peor lo que los hombres nos dan hecho”<sup>103</sup>. La exaltación del modelo de feminidad de la época franquista se levantó sobre las figuras de Santa Mónica, Marta y María, Isabel La Católica, Agustina de Aragón o Teresa de Ávila. Figuras que venían a sustituir a las defensoras de la libertad y la autonomía de las mujeres y ejemplificaban las cualidades y virtudes de “la actividad y la contemplación, la obediencia, el valor patriótico y el amor maternal” (DI FEBO, 2006: 232).

Manifiestos o latentes en distintas épocas históricas, muchos de los elementos que han perpetuado el androcentrismo y el desplazamiento de las mujeres hacia lo privado se conservan aún, y se aprecian nítidamente en algunas ocasiones mientras que en otras de manera sutil. LAGARDE (1997: 151) usa el término “cautiverio”, de manera amplia, para referirse a una categoría antropológica que sintetizaría el hecho cultural que define el estado de las mujeres en el mundo patriarcal y que “se concreta políticamente en la relación específica de las mujeres con el poder y se caracteriza por la privación de libertad”. El cautiverio existe desde el momento en el que las mujeres son privadas de autonomía, de independencia para vivir, del gobierno sobre sí mismas, de la posibilidad de escoger y la capacidad de decidir. La dependencia vital habría estado y estaría aún orquestada desde las instituciones -la familia, las iglesias, el mercado, el estado- y los particulares: los otros. El cautiverio respondería, en fin, a la obligación de cumplir con el deber ser femenino de un grupo de adscripción, concretada en vidas estereotipadas sin opciones. Los cautiverios que establece LAGARDE (1997: 363) son los de monjas, putas, presas, locas y madresposas. En esta última subcategoría se encontrarían todas las mujeres pues desde el nacimiento, y aún antes, las mujeres forman parte de una historia que las conforma como madres y esposas. Por tanto, maternidad y conyugalidad son las esferas vitales que “organizan y conforman los modos de vida femeninos”, independientemente de variables tales como “la edad, la clase social, la definición nacional, religiosa o política” de las mujeres.

CORIA (1991: 56) asegura que las coordenadas vitales de lo privado se circunscriben a tres parámetros fundamentales: “tiempo indiscriminado y

espacio restringido, junto a la administración de los dineros de la carencia, de la “caja chica” en su terminología. Con frecuencia las mujeres se mueven en un espacio caracterizado por la “contigüidad, la cercanía, los límites detectables y aprehensibles”; un espacio cuerpo a cuerpo, un espacio material y concreto, posible de medir y de amplitud reducida. El tiempo es continuo, indiscriminado, aparece dissociado de lo económico y ligado a la práctica maternal y a la experiencia doméstica; es un tiempo que transcurre como “una cinta sin fin en donde una tarea sucede a la otra sin que medie un corte definido o un logro que se perpetúe”. Y finalmente, los dineros a administrar tienen un límite predecible y un destino ya asignado; es el dinero de las necesidades más inmediatas como la comida o la ropa, un dinero del que afirma da pocas satisfacciones y demanda mucha responsabilidad.

### 7.3. El trabajo doméstico y de cuidado.

Nacer mujer suponía, y supone, para las mujeres un destino: ser madre-esposa, de tal modo que incumplir los mandatos, y particularmente el de ser madre, supone ser tachadas de incompletas, carentes, no realizadas. La maternidad norma a las mujeres y las construye como seres para los/as demás, puesto que a ellas corresponde gestar, parir y amamantar a sus hijos e hijas pero además, como extensión supuestamente natural de la reproducción biológica, se les asignan, en el ámbito de lo privado, las tareas asociadas a la atención y cuidado de hijos e hijas, del compañero, de los progenitores y suegros ancianos o los familiares discapacitados. La atención que prestan las mujeres abarca incluso a los familiares difuntos. El ámbito de lo privado no se agota en el maternaje, comprende igualmente servicios como la administración de los recursos del hogar, la alimentación de la familia, el cuidado y limpieza de la casa, y la reproducción social y cultural de la prole que asegura la socialización de la norma social, los hábitos o las costumbres, por ejemplo.

ALBERDI (1999: 229) asegura que el cambio, en cuanto a los roles sociales que ocupan las mujeres, está teniendo “una repercusión importantísima en el interior de las familias”. La división tradicional de roles va cambiando, y a medida que las mujeres incrementan su capital formativo, se incorporan al trabajo remunerado y a la vida sociopolítica quieren empezar a compartir también con los hombres las tareas familiares y domésticas. Compartir ese

trabajo con las otras personas adultas del hogar es la única forma de aligerar la carga, particularmente para las mujeres que desempeñan trabajo extradoméstico. Efectivamente, un sector de la población masculina ha comenzado a asumir parte de esa tarea, pero lo cierto es que las mujeres, como colectivo, no pueden librarse del trabajo doméstico y una importante proporción de los varones se resiste a compartirlo. Semejante trabajo no es sólo que sea rutinario, monótono, no remunerado, que se considere vacío de contenido, alienante y carente de satisfacciones, sino que cuenta con los niveles más bajos de aprecio social. Además, reduce la disposición de tiempo pues carece de una jornada laboral concreta e incluye, en ocasiones, la alerta durante las noches así como el trabajo en períodos vacacionales de la familia; y desde luego, no está sujeto a una edad de jubilación ni causa una pensión por derecho propio; y limita las oportunidades de desarrollo personal y social.

GONZÁLEZ DURO (1989: 11) dice haber conocido a través de su consulta a centenares de mujeres dedicadas en exclusiva al ámbito de lo privado, diagnosticadas como enfermas con problemas de salud mental -depresivas, melancólicas, neuróticas, ansiosas, histéricas, fóbicas, obsesivas, maníacas, psicóticas, alcohólicas, drogadictas, consumidoras de psicofármacos, adictas sin drogas, paranoicas, celosas o suicidas- y que todas ellas, fuera de las crisis agudas, se podrían haber considerado por su modo de vida personas felices, pero incomprensiblemente no se sentían bien, ya que llevaban una vida demasiado monótona y aunque íntimamente no se sentían satisfechas, “no podían permitirse el lujo de reconocerlo”. La enfermedad, física o psíquica, al igual que la salud, se mueve entre dos planos: el individual y el social. Obviamente cualquier ser humano es susceptible de padecer, en algún momento del ciclo vital, un estado depresivo o un conflicto psicológico, pero si la sociedad además se encuentra organizada jerárquicamente sucede que el padecimiento de la dolencia se puede asociar al lugar que se ocupa en la estructura social. La caracterización de las mujeres como depresivas, ansiosas, obsesivas... probablemente responda a la vivencia de contradicciones entre lo que internalizaron en su socialización primaria acerca del amor, la conyugalidad y la maternidad y lo que finalmente quiera que les haya deparado la vida adulta. Una educación diferencial levantada sobre “instancias eróticas reprimidas” (FERRÁNDIZ y VERDÚ, 2004: 57) po-

sibilitó que las ahora mujeres mayores idealizaran, en mayor medida, la vida conyugal y la maternidad. A pesar de la disposición de información entre las/os jóvenes, tal idealización pervive en la actualidad de manera más sutil. Como ejemplo ilustrativo, en esta investigación se ha puesto de manifiesto que cerca del 30% de las mujeres frente al 14,9% de los varones verbaliza que su relación de pareja no fue, o sólo lo fue en algunos aspectos, tal y como había imaginado (Tabla XVII).

**Tabla XVII. Es/fue la relación de pareja tal como imaginó antes de asumir el compromiso, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Si	69,7	84,6
En algunos aspectos	17,6	10,2
No	12,4	4,7
No contesta	,4	,5

Fuente: Base muestral propia

BOURDIEU (2005: 68) afirma que “la virilidad, entendida como capacidad reproductora, sexual y social, pero también como aptitud para el combate y para el ejercicio de la violencia (en la venganza sobre todo) es sobre todo una carga”. Efectivamente, cumplir los mandatos de género que impone la masculinidad dominante, en esencia demostrativa, puede resultar una exigencia demasiado elevada para muchos hombres pero, en todo caso, tiene algún tipo de recompensa material, psicológica, social o política. La recompensa para las mujeres es menor y, a veces, inexistente. Los mandatos de la femineidad exigen mujeres trabajadoras, ordenadas, limpias, voluntariosas, sensatas, cumplidoras, poco o nada agresivas. Muchas de las mujeres que lo han internalizado sin más son excelentes amas y administradoras de la casa con escasa disposición de tiempo libre, buenas esposas que se muestran satisfechas con sus parejas en todos los planos de la convivencia y orgullosas madres siempre solícitas, que hacen y dicen en todo momento lo que se espera de ellas sin una queja, agradecidas de tener una familia unida, un hogar con sus comodidades y suficientes recursos económicos. Ahora bien, la ausencia de un proyecto de vida propio, de la definición o exposición de sus intereses y necesidades, y la ausencia de recompensas -trabajo no remunerado y desvalorizado familiar y socialmente- puede generar conflictos

internos o con los miembros de la familia de intensidad variable. Obviamente los modelos de feminidad que han asumido las mujeres mayores, las adultas y las jóvenes han ido experimentando variaciones a consecuencia de las intensas transformaciones socioculturales experimentadas en las últimas décadas, aunque el núcleo central del modelo sigue siendo bastante consistente.

DEL VALLE (2002: 50) señala cómo las mujeres mayores, a pesar de las diferencias que separan sus actitudes y trayectorias biográficas, coinciden en señalar que las tareas domésticas y de cuidado han sido y son de su responsabilidad exclusiva. El espacio social, y hasta el tiempo, aparecen marcados por las tareas de administración doméstica para unas mujeres que han sorteado la frustración mediante la aceptación de un modelo referencial que correspondía a otros tiempos. Y es que “el peso de las obligaciones domésticas se revela como responsable último del tipo de autonomía que ha caracterizado buena parte de la vida de las mujeres mayores”. En cambio, la ausencia de domesticidad ha permitido disfrutar “a los hombres de un espacio social más vasto que el de sus coetáneas”, de modo que de mayores continúan disponiendo de la autonomía suficiente para generar un tiempo propio y a lo largo de su vida tuvieron además el poder suficiente para emprender proyectos significativos, generalmente en el ámbito profesional, y muchos lo emplean ahora para iniciar proyectos de tipo personal (DEL VALLE, 2002: 57).

De hecho, en esta investigación se ha puesto de manifiesto que la realización por parte de los varones mayores de las tareas domésticas es o ha sido considerablemente baja, mientras una tercera parte no colabora en absoluto (38,9%) y otra colabora en algunas tareas (38,1%). En cambio, la mitad de las mujeres ha sido exclusivamente ama de casa y casi un tercio ha simultaneado el trabajo doméstico y el remunerado. Únicamente el 2,9% de las mujeres sostiene que en su casa se da un reparto equitativo de las tareas del hogar entre todos sus miembros; mientras que es un 4,2% la proporción de las que dice colaborar en algunas tareas y un 4% la que no lo hace en ningún caso (Tabla XVIII). En general, para que las mujeres no trabajen o colaboren en este tipo de tareas, tiene que concurrir algún tipo de discapacidad o problema de salud. De hecho, la mayoría de mujeres que declaran tanto que colaboran puntualmente o que no lo hacen presentan alguna dependencia en un 68% y 70,8%, respectivamente.

Los porcentajes de la dedicación a las tareas domésticas de aquellas mujeres que tuvieron un trabajo remunerado durante su vida laboral son algo diferentes, pero reflejan claramente que no escaparon a la responsabilidad de ser las encargadas de él. Un 65,6% simultaneó ambos trabajos, un 16,5% se encargó exclusivamente de él a pesar de trabajar y sólo un 4,8% dice que nunca se encargó del mismo. Tan sólo el 3,2% declara haber participado de un reparto equitativo y un 5,9% la colaboración en algunas tareas.

**Tabla XVIII. Realiza o ha realizado trabajo doméstico, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Sí, he sido exclusivamente ama de casa	55,2	4,6
Sí, he simultaneado trabajo doméstico y remunerado	27,9	9,7
Sí, hay reparto equitativo	2,9	8,2
Lo hacen exclusivamente las mujeres de la familia	5,7	,4
Colaboro en algunas tareas	4,2	38,1
No, en ningún caso	4,0	38,9

Fuente: Base muestral propia

Acaso el tiempo de dedicación a estas tareas sea el que marca una diferencia sustancial entre los sexos, de manera que el 70% de las mujeres emplea más de 3 horas diarias en el trabajo doméstico, mientras el 83% de los hombres emplea menos de tres horas. De las mujeres que dicen no emplear ninguna hora el 91% presenta algún tipo de dependencia, entre los hombres sólo la presenta un 30%. Cerca de una tercera parte de las mujeres asegura dedicar más de 7 horas diarias a estas tareas (Tabla XIX).

**Tabla XIX. Número de horas dedicadas al trabajo doméstico, de aquellas personas que lo realizan o lo han realizado, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Ninguna en la actualidad	7,9	2,9
Entre 1 y 3 horas	26,3	81,9
Entre 4 y 6 horas	34,5	11,6
Entre 7 y 9 horas	16,3	1,8
10 horas o más	15,1	1,8

Fuente: Base muestral propia

La dedicación en horas al trabajo doméstico únicamente decrece en el caso de contar con un reparto equitativo o ser colaboradoras (Tabla XX). Por el contrario, en los hombres sólo aumenta la dedicación en horas en los pocos casos en los que se dedican exclusivamente a las tareas domésticas.

Mientras la gran mayoría de las mujeres (84,6%) opina que siempre queda algo por hacer en la casa, tan solo un 56,7% de los hombres opina esto; si bien algo más cercana entre los sexos es la opinión de que el trabajo doméstico es fundamental para el bienestar familiar, y así lo afirma el 87% de las mujeres y el 74,4% de los hombres.

Sólo el 23,1% de las mujeres encuestadas señala que en el pasado contó siempre con la colaboración de su cónyuge en la realización de las tareas domésticas, mientras que un 50% nunca tuvo ese apoyo. Los hombres, en cambio, casi siempre han contado con ellas (84,1%). En la actualidad los porcentajes de colaboración se mantienen casi invariables, pues de las mujeres que conservan su pareja el 54% dice que no cuenta con su apoyo, mientras que el 85% de los hombres que conserva su pareja dice que cuenta con ella para realizar las tareas domésticas (Tabla XXI). Muy pocas personas mayores han contado (2,9%) o cuentan (8,7%) con la ayuda externa remunerada para la realización de las tareas del hogar.

**Tabla XXI. Ha contado con la pareja, en el pasado y en el presente, para realizar las tareas domésticas, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Pasado		
Cónyuge siempre	23,1	84,1
Cónyuge ocasionalmente	20,8	5,8
Nunca	49,6	2,9
No tiene	6,5	7,2
Presente		
Siempre	11,5	63,4
Ocasionalmente	11,0	6,2
Nunca	26,9	4,8
No tiene	50,7	25,6

Fuente: Base muestral propia.

A diferencia de las mayores, las generaciones adultas cuentan ya entre sus filas con un elevado porcentaje de mujeres que han accedido a un trabajo remunerado. DEL VALLE (2002: 69) identifica en estas generaciones el modelo de las mujeres que se sienten autónomas, “que han sido capaces de construir unos espacios y tiempos propios”. Obviamente, los cambios son más acentuados en las nuevas generaciones, que se corresponden con mujeres que

**Tabla XX. Número de horas dedicadas al trabajo doméstico según dedicación a él, por sexo.**

		Ninguna	Entre 1 y 3 horas	Entre 4 y 6 horas	Entre 7 y 9 horas	10 horas o más	Total
Mujer	Si, exclusivamente	7,6	19,5	36,3	19,5	17,1	328
	Si, simultaneado	7,8	28,9	36,1	13,3	13,9	166
	Si, equitativo	11,8	47,1	17,6	17,6	5,9	17
	Exclusivamente las Mujeres	8,8	23,5	44,1	5,9	17,6	34
	Colabora en algunas tareas	4,0	88,0	,0	8,0	,0	25
	Total	7,9	26,3	34,5	16,3	15,1	571
Hombre	Si, exclusivamente	,0	33,3	52,4	4,8	9,5	21
	Si, simultaneado	2,3	72,7	20,5	2,3	2,3	44
	Si, equitativo	8,1	73,0	13,5	,0	5,4	37
	Exclusivamente las Mujeres	,0	50,0	50,0	,0	,0	2
	Colabora en algunas tareas	2,3	92,4	3,5	1,7	,0	172
	Total	2,9	81,9	11,6	1,8	1,8	276

Fuente: Base muestral propia.

han aumentado su nivel de estudios, que han desbloqueado su incorporación al empleo, entre las que existe “una disminución de la autoidentificación con la dedicación al hogar y un retroceso de la pauta de casarse y tener hijos inmediatamente” (DEL VALLE, 2002: 75).

Ahora bien, en estas otras generaciones mientras las mujeres se han ido incorporando al mercado laboral para desempeñar una actividad remunerada y han dejado de tener en las labores del hogar su actividad principal, los hombres no han operado la misma transformación o al menos en la misma proporción en lo que se refiere al tránsito hacia lo privado. Pese a las propuestas políticas y legales dirigidas a favorecer un reparto igualitario que se recogen en la “Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras” (BOE 266, 6/11/1999) y las “Medidas de Conciliación de la Vida Familiar y laboral de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres” (BOE 71, 23/3/2007) que regulan permisos de maternidad, paternidad, reducción de jornadas, excedencias o vacaciones, y a pesar de que tiende a desaparecer el modelo tradicional de ama de casa, lo cierto es que el mayor peso y la responsabilidad última por el trabajo reproductivo en el seno del hogar sigue siendo asumido fundamentalmente por las mujeres.

Disponer de un trabajo extradoméstico y unos ingresos, además de proporcionar recursos básicos para la independencia económica, aligera las exigencias de tiempo en las mujeres en el hogar, reduciendo las diferencias relativas a la dedicación entre los sexos, pero en ningún caso las equipara. La Encuesta de Empleo del Tiempo, 2002-2003 (INE) revela que las mujeres con dedicación exclusiva a lo doméstico trabajan en el ámbito privado muchas más horas que aquellas que tienen una doble jornada laboral, esto es, dentro y fuera del hogar (6:47 frente a 3:38) y ambos grupos más que los hombres ocupados (1:49). Los datos informan además de que la disponibilidad de tiempo libre para incrementar el capital formativo y promocionar en el mercado laboral, para disfrutar del ocio o el cuidado personal, varía en función del sexo y la asunción de cargas familiares, y está condicionado por otros factores: la responsabilidad de la pareja, el tamaño de la familia, la edad de los hijos e hijas, la ayuda formal o informal, generalmente, de otras mujeres. Es precisamente la

externalización de tareas, por delegación en otros miembros familiares o por contratación, junto a la mecanización introducida por los electrodomésticos, lo que marca la reducción del tiempo invertido en las tareas domésticas. Sin embargo, el recurso del mercado para la provisión de servicios, además de selectivo, está al alcance de muy pocas familias, pues los elevados costes de la contratación y, en menor medida, los requerimientos afectivos actúan como elementos limitativos. El resultado es que las desigualdades de clase potencian las desigualdades de género en el ámbito doméstico. Las mujeres que cuentan con ayuda en el trabajo doméstico logran la efectiva reducción del tiempo de dedicación, si bien continúan asumiendo su organización.

Las encuestas sobre usos de tiempo que recogen las distintas actividades diarias que desempeñan las personas en un período determinado han estado rodeadas de críticas por resultar excesivamente descriptivas, teóricamente uniformes y poco esclarecedoras debido a las complicaciones para el análisis de las estimaciones de tiempo en toda su complejidad, pero permiten una aproximación a la magnitud de la implicación masculina. La citada Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003 (Tabla 61) muestra que los varones que se dedican a las tareas relacionadas con el hogar y la familia representan el 72,2% frente al 93,1% de las mujeres. Éstas dedican más del doble de horas (4:42) que los hombres (2:08), y especialmente los días laborables y en aquellos hogares de dos adultos con niños/as dependientes. La dedicación aumenta con la edad, en todos los grupos, excepto en el de las mujeres mayores de 65 años, seguramente porque la mayor longevidad merma sus capacidades. Los hombres con formación universitaria dedican más tiempo a estas tareas y correlativamente menos dedican las mujeres, y en ambos sexos disminuye al aumentar los ingresos. Los hombres solteros separados y divorciados son los que menos tiempo emplean, mientras que las mujeres separadas y divorciadas son las que más horas emplean junto a las casadas. Las personas activas dedican menos horas que las inactivas, pero en ambos grupos las mujeres superan a los hombres con creces. Los jubilados o pensionistas aparecen como los hombres que más tiempo dedican al hogar y la familia, aunque ni la proporción de ellos (73,3 frente a 89,3%) ni los tiempos (3:05 y 4:47, respectivamente) son equiparables a los de las mujeres. La lectura es distinta si se precisa qué tipo de actividades se desarrollan bajo el genérico hogar y

**Tabla 61. Porcentaje de personas que realizan la actividad relacionada con el hogar y la familia en el transcurso del día y duración media diaria dedicada a dicha actividad, España 2002-2003.**

	Hombres		Mujeres	
	% personas	Duración media diaria	% personas	Duración media diaria
TOTAL	72,2	2:08	93,1	4:42
Lunes a jueves	66,6	2:05	92,7	4:45
Viernes a domingo	79,6	2:11	93,5	4:39
Hogar de 1 miembro	92,9	2:15	98,0	4:15
Hogar de 2 miembros	71,2	1:57	95,3	4:06
Hogar de 3 miembros	72,8	2:14	94,0	4:56
Hogar de 4 miembros	69,3	2:20	90,1	4:49
Hogar de 5 ó más miembros	68,9	1:49	92,9	4:58
Hogar unipersonal	92,9	2:15	98,0	4:15
Hogar de 2 adultos sin niños dependientes	71,0	1:57	94,7	4:07
Otros hogares sin niños dependientes	65,0	1:59	90,6	4:56
Hogar de 1 adulto con 1 ó más niños dependientes	*86,8	*2:42	95,6	4:40
Hogar de 2 adultos con niños dependientes	74,9	2:20	94,1	5:01
Otros hogares con niños dependientes	70,3	2:03	91,4	4:40
Menos de 1.000 €	73,5	2:29	92,8	5:09
De 1.000 a 1.499,99 €	67,2	2:01	91,4	4:45
De 1.500 a 1.999,99 €	78,8	2:09	93,1	4:45
2.000 € o más	70,8	1:51	95,0	4:05
Capitales de provincia	72,2	1:46	93,5	4:36
Resto de municipios	72,2	2:17	92,8	4:45
Menos de 25 años	61,7	1:26	84,2	2:16
De 25 a 44 años	74,2	2:07	95,3	4:59
De 45 a 64 años	75,9	2:18	97,0	5:53
65 ó más años	76,8	2:57	93,4	5:10
Analfabetos, sin estudios o educación primaria	67,3	2:24	90,6	5:02
Educación secundaria. Primera etapa	73,7	2:03	95,5	5:02
Educación secundaria. Segunda etapa	72,2	1:48	91,2	4:10
Formación profesional superior	68,2	1:35	95,0	4:13
Educación universitaria	90,8	2:09	96,8	3:37
Casado	75,2	2:28	97,6	5:48
Soltero	68,3	1:43	86,8	2:54
Viudo	*70,4	*2:09	91,6	4:57
Separado o divorciado	75,8	1:57	95,9	5:18
Activos	74,3	1:53	94,2	3:50
Ocupados	72,4	1:49	93,4	3:38
– Empresarios	64,5	1:40	*86,1	*4:23
– Asalariados	73,8	1:51	93,9	3:34
Parados	92,2	2:17	98,2	4:49
Inactivos	69,5	2:35	91,7	5:15
Estudiantes	63,7	1:28	80,6	1:55
Jubilados o pensionistas	73,3	3:05	89,3	4:47
Labores del hogar	*100,0	*8:04	99,3	6:47

\* En la casilla correspondiente el número de observaciones muestrales es menor de 30, por lo que esa cifra hay que interpretarla con cautela.

Fuente: INE. (2003). Encuesta de Empleo del tiempo. 2002-2003.

familia puesto que las mujeres dedican más tiempo a las actividades culinarias (1:38) y a las relacionadas con el mantenimiento del hogar, casi 1 hora, mientras los hombres emplean en ambas poco más de media hora. El cuidado de la ropa ocupa a las mujeres una media hora y a los hombres 1 minuto. Las mujeres tardan media hora en hacer la compra y los hombres poco más de un cuarto de hora. Y en el cuidado de los/as niños/as ellas emplean 24 minutos y ellos diez. El grupo de tareas en las que hay mayor presencia masculina son las de jardinería y cuidado de animales (15 minutos los varones y 7 las mujeres) y las de construcción y reparación (seis minutos frente a uno).

Entre 1993 y 2006 las mujeres han reducido en casi dos horas su dedicación al trabajo doméstico, pero los hombres también (10 minutos), de manera que se mantiene entre ambos sexos una distancia de 4 horas. A la vez, ambos han aumentado el tiempo dedicado al trabajo remunerado, pero las mujeres más (1 hora 30 minutos) que los hombres (1 hora 6 minutos) (INE/INSTITUTO DE LA MUJER, 2008). Para las mujeres la incorporación al trabajo remunerado supone enfrentar una doble jornada, esto es, desempeñar en una misma unidad de tiempo -el día-, dos jornadas laborales de características diferentes. La doble jornada produce un sobreesfuerzo que puede acarrear alteraciones en la salud física o psíquica, agotamiento o estrés, y a su vez puede generar algún conflicto interno, pues se espera de una mujer, especialmente si es esposa y madre, su buena disposición en todo momento. Se manifieste o no tal agotamiento, lo cierto es que las mujeres con doble jornada laboral alternan distintas actividades, unas concebidas como empleo y otras como norma genérica, en las que las responsabilidades, espacios, lenguajes, saberes y conocimientos son disímiles. De ahí que la dimensión temporal que ordena los acontecimientos como sucesión de hechos, la más generalizada socialmente, sea sustituida en casos como este por otra basada en el ordenamiento simultáneo que permite introducir más equilibrio y eficacia en las situaciones complejas y multifacéticas.

La forma en que mujeres y hombres se integran en el trabajo asalariado llevó al grupo DONES I TREBALLS (2001: 322) a pensar en la disposición de los tiempos y los espacios por parte de los sexos, y concretamente a una reflexión sobre los conceptos de libertad, necesidad y dependencia. “Por una parte veíamos que la forma masculina de participación

—con libre disposición de tiempos y espacios— sólo puede existir porque los varones han delegado su deber de cuidar en las mujeres. Para el modelo masculino es un valor el haber traspasado a alguien este tipo de actividades que les soluciona la vida cotidiana y les permite dedicarse libremente a la actividad pública. [...] Nos pareció también que un buen ejemplo que representa el actuar masculino era el conocido dicho “hay que superar el reino de la necesidad para conquistar el reino de la libertad”. Decimos que es un dicho masculino porque la necesidad no se supera. Las diferentes necesidades son parte de la naturaleza humana y hay que estarlas satisfaciendo continuamente. Por tanto, sólo es posible superarla delegándola, nunca eliminándola”.

Los intentos de caracterizar el trabajo doméstico, su naturaleza y función en el sistema capitalista, se iniciaron en la década de los setenta. DELPHY (1970) sostuvo que el trabajo doméstico constituye un modo de producción específico, distinto y autónomo del modo de producción industrial, en el que los hombres explotan la fuerza de trabajo femenina, de manera que en este modo de producción patriarcal las mujeres constituyen una clase social. DELLA COSTA (1972) planteó que el trabajo doméstico es productivo en cuanto que reproduce la mercancía fuerza de trabajo, de lo que deriva su reclamo de un salario para el ama de casa. Desde entonces, la polémica se ha polarizado siguiendo dos de las corrientes del feminismo: la socialista y la radical, esto es, poniendo el énfasis en las relaciones capitalistas o en las relaciones patriarcales. El concepto de patriarcado, en todo caso, es susceptible de ser relacionado con el sistema capitalista, de tal manera que es posible ver cómo ambos sistemas actúan en la sociedad reforzándose mutuamente. HARTMANN (1979) afirma que el patriarcado es anterior al desarrollo del capitalismo y que los hombres utilizaron las instituciones y relaciones capitalistas para asegurar su situación de privilegio. Los análisis posteriores han tratado de ofrecer una visión integradora sobre ambos sistemas (BENERÍA, 1987), antes que tratar de sostener un dualismo teórico estéril, que se desplazó luego hacia el trabajo asalariado.

La conceptualización y des-valorización del trabajo reproductivo, en todo caso, se realiza de forma interdependiente y subordinada con el trabajo productivo, el único que social y económicamente ha recibido el reconocimiento de trabajo, porque desde la teoría económica se parte de la diferenciación en-



tre el valor de uso y el valor de cambio, despojando de relevancia social el trabajo reproductivo no cuantificable como beneficio económico. La lógica del capital, asimilando trabajo a empleo, ha impuesto una visión sesgada y reducida de la actividad económica, al excluir las actividades reproductivas de los indicadores de bienestar social y económico. Ahora bien, la mayor parte del trabajo femenino que se desarrolla para/en la familia, desvalorizado económica y afectivamente, es social y tiene un valor de cambio, como se ha evidenciado al catalogar como servicios y poner en el mercado de trabajo tareas de este tipo: limpieza del hogar, preparación de comidas, cuidado de niños/as, enfermos/as o ancianos/as, etcétera; aún así el trabajo doméstico y de cuidado sigue siendo impago e invisible. Impulsar una distribución más equitativa de estas tareas requiere de su reconocimiento y cuantificación, puesto que el valor de su contenido económico únicamente es tenido en cuenta en situaciones concretas como una enfermedad que viene a alterar profundamente la vida cotidiana. La dificultad radica, como afirma CARRASCO (1999: 32) en “reconocer el trabajo de las mujeres sin necesidad de otorgar un valor de cambio a todas las actividades no monetizadas ya que muchas de ellas no son comparables a la producción mercantil”, lo que precisa del desarrollo de herramientas adecuadas para comprender mejor las actividades que implican cuidados y afectos.

El énfasis puesto en la necesidad de incorporar a las mujeres al mercado de trabajo como un importante recurso productivo se está viendo reforzado por un esfuerzo legislativo que trata de democratizar la vida doméstica posibilitando que los varones asuman un reparto igualitario de las tareas del hogar y que trata de paliar las tradicionales deficiencias de la red de prestación de cuidados a personas dependientes: discapacitadas o ancianas. Pero las políticas de inspiración neoliberal partidarias de minimizar la intervención del Estado o las recurrentes crisis del sistema capitalistas amenazan los logros alcanzados, particularmente en lo concerniente al gasto social. En todo caso, la solidez de las prestaciones de cuidado a menores y personas dependientes allí donde el Estado no llega, por deficiencias de la cobertura, se sostiene sobre la centralidad de la institución familiar, de su mitad femenina -aspecto que se analizará en el próximo capítulo. Semejante provisión de servicios de carácter informal alcanza, más allá de las personas que viven en el interior del hogar, a quienes viven fuera del mismo (Tabla 62), con una destacada aportación femenina, pues las mujeres prácticamente triplican la ayuda prestada respecto de los hombres (14% frente a 5,1%), especialmente en lo relativo al cuidado de menores (0,7 horas dedicadas por los varones frente a las 3,5 horas de las mujeres) y de mayores, con una diferencia sensiblemente superior (1,4 frente a 5,9 horas). Y es que

**Tabla 62. Porcentaje de personas que han prestado ayuda a otros hogares en las cuatro últimas semanas y actividades de ayuda por sexo. España 2002-2003.**

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	9,6	5,1	14,0
Preparación de comidas	2,9	*0,5	5,2
Mantenimiento de la casa	3,5	*0,7	6,4
Confección y cuidado de prendas de vestir y del hogar	*1,0	*0,0	*2,0
Jardinería y cuidado de animales	*0,3	*0,1	*0,4
Construcción y reparaciones (incluido vehículos)	*1,0	*2,0	*0,1
Compras	3,0	*0,6	5,4
Gestiones del hogar y servicios (incluido vehículos)	*0,5	*0,2	*0,8
Cuidado de niños	2,1	*0,7	3,5
Cuidado de adultos	3,6	*1,4	5,9
Otras	*0,0	*0,0	*0,0

\*En la casilla correspondiente el número de observaciones muestrales es menor de 30, por lo que esa cifra hay que interpretarla con cautela.

Fuente: INE. (2003). Encuesta de Empleo del tiempo. 2002-2003

como afirma LAGARDE (1997: 389) en la mayoría de las mujeres la necesidad de maternalizar no queda resuelta con tener hijos/as, ya que su “carencia y su necesidad son inagotables y permanentes”, y en ellas se funda la necesidad de la disponibilidad de cuidar a otros.

#### 7.4. Amor.

El amor es una palabra polisémica. La Real Academia Española ofrece hasta catorce acepciones de la misma (2001:140). La primera de las cuatro que aquí se exponen dice que es un “sentimiento intenso del ser humano que, partiendo de su propia insuficiencia, necesita y busca el encuentro y unión con otro ser”. La segunda sostiene que es un “sentimiento hacia otra persona que naturalmente nos atrae y que, procurando reciprocidad en el deseo de unión, nos completa, alegra y da energía para convivir, comunicarnos y crear”. La tercera afirma que es un “sentimiento de afecto, inclinación y entrega a alguien o algo”. Y la cuarta reza que es una “tendencia a la unión sexual”. Definiciones que precisan de matices, pues si bien es cierto que todos los seres humanos son capaces de sentir amor por “alguien o algo” -por la pareja, los hijos e hijas, las amistades, la humanidad, el planeta, el arte o el dinero- es cuando menos dudoso que el sentimiento hacia otra persona se dé “naturalmente”, pues está determinado histórica y biográficamente.

En el plano histórico, sobre la sexualidad de las mujeres pesa el control ejercido explícitamente en el pasado y sutilmente en el presente, por parte de la Iglesia, el Estado, la comunidad, la familia o el compañero. Al igual que pesa el predominio en la madre de lo maternal por encima de lo sexual. Una preeminencia que en ocasiones es identificada con la deserotización de la mujer por parte de sí misma y/o de su compañero, y que a su vez cumple con el mandato genérico que enfrenta a la madre que se mira en María con Eva la pecadora, la entregada a las privaciones y el sacrificio frente a la que se da a los placeres mundanos

A nivel biográfico, las estructuras familiares en las que se ha vivido son fundamentales en el cómo cada individuo mantiene las relaciones con su entorno próximo. Las atracciones, las filias y las fobias de cada quien están sustentadas en las estructuras características que se conformaron en el propio sistema familiar donde se creció. Siendo cierto que la

“falta”, la insuficiencia de completud, es el motor de la búsqueda del “otro”, no es menos cierto que los diferentes estilos de relación de las personas van a estar condicionados por el cómo se desarrollaron las relaciones tempranas que serán determinantes en la resolución del proceso de individuación, no escapando nunca de los sistemas de sexo-género culturales básicos. Así las relaciones del par madre-padre, o sus sustitutivos, son y están claramente sexuados en función del sexo de quien lo establece, madre o padre, y de con quién se establecen los vínculos, la hija o el hijo. Por tanto, las diferencias entre la forma que tienen de amar las mujeres y los hombres, así como las diferentes interrelaciones que se establecen entre amor y sexo, no parecen que sean productos “naturales”, sino más bien resultado de la socialización temprana de niñas y niños y del complejo sistema de construcción de la identidad sexual.

En este sentido, CAPELLÁ (1997:83) sostiene que “a menudo desde el discurso social, que en este tiempo adolescente tiene sus mayores representantes en los padres, pareciera por la experiencia que la sexualidad de la mujer sea entendida como algo mucho más tabú que la del varón, y conlleve mayor número de prohibiciones. Y ello se realiza tanto desde la figura paterna como también desde la materna”. Indudablemente las imágenes clásicas de las sexualidades masculina y femenina han sido cuestionadas por las jóvenes generaciones, pero en cierto modo persisten a nivel de inconsciente colectivo, de manera que siguiendo a CAPELLÁ se puede afirmar que “la sexualidad humana sufre una rotunda disociación entre su vertiente genital: las posibilidades de placer del órgano genital, y la vertiente extragenital: los afectos y los sentimientos, las caricias, las múltiples formas de beso, etc. Estas dos vertientes quedan repartidas en los dos polos de la sexualidad: el masculino y el femenino. Es así que la sexualidad masculina queda rigurosamente enmarcada por su órgano genital, vetándose otras posibilidades de placer (a menudo las mujeres se quejan de que el varón sólo tiene en cuenta la sexualidad genital o, más aún, la penetración); mientras la femenina es vetada en su genitalidad y propiciada en su vertiente extragenital”<sup>104</sup>.

Invariablemente, el amor aparece en la cultura occidental como uno de los elementos privilegiados para la consecución de la felicidad. La tercera de las definiciones relacionadas dice literalmente: “com-

pleta, alegre y da energía para vivir". El amor, sin embargo, es un "sentimiento" relativamente nuevo en la historia de la humanidad. Raramente en el pasado histórico las uniones de las parejas se construían sobre el amor. Al contrario, una amplia gama de posibilidades han unido a hombres y mujeres, desde las más pacíficas como el intercambio hasta las más violentas como el rapto o la captura, pasando por las alianzas estratégicas para la pacificación o unión de territorios, y dándose entremedias fórmulas como la compra de la novia o la dote, prácticas que han sobrevivido hasta tiempos recientes y aún son habituales en otras culturas (KOTTAK, 2000). En el pasado histórico, desconocido el amor, las parejas se unían tras el acuerdo y la autorización paterna; la entrega del padre al marido "cosificaba" a las mujeres y las equiparaba a un mero bien intercambiable (LERNER, 1990: 47). El refranero español (1986) lo refleja nítidamente: "Doncellita ¿a quién querrás? Al que me quiera llevar (38.902)". "El hombre se casa cuando quiere, y la mujer, cuando puede (38.868)". "Con buen vecino casa tu hija, y vende tu vino (39.078)". "Matrimonios por amores traen muchos sinsabores (39.163)".

El libre consentimiento llegaría hacia el siglo XII, si bien seguiría condicionado por motivaciones económicas hasta el siglo XVIII y mediatizado por la voluntad del padre hasta hace unas décadas. El ritual judeo-cristiano de la boda conserva aún el gesto originario de la entrega, puesto que es el padre, como padrino, el que lleva a la hija al altar donde espera el futuro esposo. ROUGEMONT (1978) sostiene que el amor tampoco se habría relacionado con el matrimonio hasta el siglo XII, pues la concepción occidental del amor tiene su origen en el amor cortés, que surgió como un producto de la lucha contra la concepción del matrimonio que había adoptado la Iglesia Católica, ya que ésta pretendía reservarse el poder de reglamentarlo. La libre elección se levantó entonces como la novedad que aportaba este tipo de amor, inicialmente una creación literaria, hasta que el juego de la seducción fue influyendo en las costumbres de su auditorio: la corte. Tal juego daría lugar a lo que luego se denominó el cortejo, elemento que contribuyó poderosamente a la devaluación de modelos relacionales violentos.

A juicio de DUBY (1990) el amor cortés liberó de la tosquedad a los varones que así se diferenciaban de los villanos. Las reglas derivadas de este amor, tras su infiltración en todos los estratos, caracteriza-

rían posteriormente a los individuos y sociedades de Occidente. A finales del siglo XVIII el Romanticismo, nacido como un movimiento político y cultural opuesto al racionalismo, fue en buena medida el responsable de la sublimación del amor y propició que la belleza de la mujer adquiriera un protagonismo exaltado hasta entonces sólo en el Renacimiento. La mujer se presenta desde entonces como un ser sensible destinado a amar y el amor se instala en los corazones tomando así un lugar en el cuerpo, adquiriendo rango de requisito indispensable en las nuevas uniones heterosexuales de las familias modernas. Un "órgano del amor, más delicado y mejor cualificado que el misterioso lugar que alojaba las pasiones de los viejos tiempos". (MORANT DEUSA Y BOLUFER PERUGA, 1998: 279).

El amor, empero, no logró alejar las sospechas de la moral tradicional de inspiración judeocristiana que ha optado por anteponer el espiritual al carnal. El amor pasional se ha presentado usualmente acechado por indescifrables peligros, realmente asociados al honor y la virtud de la familia de la mujer. ALTABLE VICARIO (1998: 125) sostiene que "la historia amorosa de Occidente es una historia llena de obstáculos y pruebas que aumentan la pasión y la obsesión por el amor. Parece como si Occidente, obcecado por el amor, fuera incapaz de amar, al menos eso es lo que aparece en la literatura. La concepción platónica del amor (Eros) como entusiasmo, endiosamiento, locura o delirio divino, como fusión y alegría que desprecia la pasión, ha quedado lejana en el tiempo, apareciendo sólo en algunos momentos históricos o mezclada con otras concepciones. Es el Ágape o amor cristiano, como separación, dolor, sufrimiento, pasión y muerte, el que ha triunfado casi siempre en las concepciones cristianas del amor." En Occidente, más que una práctica, el amor ha llegado a ser una esencia de la que se puede y se debe sospechar, pues posiblemente esconda rasgos del sistema de dominación patriarcal, y es que aunque se diga natural o privado, el amor es ante todo un hecho social.

Un hecho social que contiene en sí y para sí diferencias de sexo, puesto que el amor es para muchos hombres un medio y para muchas mujeres un fin. Las mujeres suelen quedar ante el amor casi sin límites, sin autonomía, sin definición propia. La felicidad se pone en la entrega. La mujer da en el amor, en el matrimonio, en la familia, en la comunidad, porque es carente, en la esperanza de recibir. Una

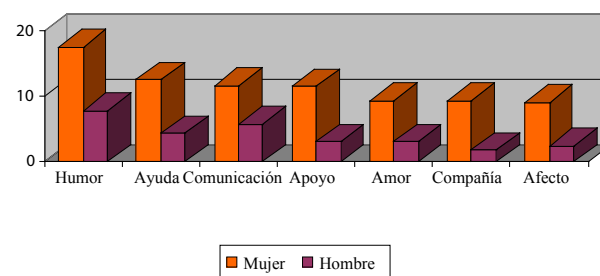
carencia que nace cuando no se verifica la formación de la identidad separada de la madre y el temor a perderla lleva a una desexualización que oculta “la competencia edípica” con ella (FRIDAY, 1983: 101). Una entrega que se evidencia en muchos encuentros amorosos en los que los hombres se fusionan por un tiempo para continuar luego con su vida, mientras las mujeres quedan en suspenso pensando en la fusión total. Hombres y mujeres aman, pero el amor es parte de una ideología más amplia por la que las mujeres, generalmente, se entregan a los hombres, pasando a un estado de dependencia afectiva que los hombres habitualmente son incapaces de entender, porque ellos suelen conservar su independencia.

La relación de las mujeres con la carencia, con la insuficiencia a la que hacía referencia la Real Academia, aparece en la sexuación, pues los valores que internalizan raramente son los de la autonomía y habitualmente son los de la entrega -como seres dulces, amables, tiernos o cariñosos-. Valores que se espera se desarrollen en el matrimonio y la maternidad y que se han trabajado en el curso de la infancia en los juegos con muñecas diez que tienen hermosos compañeros sexuales y con muñecas-bebé que requieren todo tipo de atenciones o en la lectura de cuentos infantiles en los que la espera es resuelta por la aparición fortuita de un príncipe azul; aspectos que se refuerzan más tarde con las revistas para adolescentes, las novelas o telenovelas y el cine romántico. “La fantasía del amor romántico heterosexual marca nuestra socialización primaria” (FREIXAS FARRÉ, 2007: 173). Los hombres, en cambio, reciben juguetes relacionados con el dominio del espacio, el poder, la violencia; sus tebeos, cómics o videojuegos ensalzan a los héroes, y sus muñecos son intrépidos guerreros o aventureros. La socialización masculina lleva a “reivindicar y ejercer la dominación” (BOURDIEU, 2005: 67)

En todo caso, el amor presenta aspectos ideológicos que legitiman la desigualdad entre los sexos en la pareja. En la época en la que las mujeres mayores eran niñas o adolescentes, las uniones eran de por vida, tanto en la legalidad vigente como en la normatividad social. La iniciación sexual femenina sólo era permitida en el matrimonio, mientras que la masculina al margen del matrimonio era aplaudida. El adulterio femenino era penado, mientras el masculino era tolerado. Aún en la actualidad, y aunque la permisividad en las relaciones sexuales es más

elevada que en un pasado cercano, el sostenimiento de relaciones sexuales por parte de los chicos y chicas no tiene la misma significación. El amor al que cantaron poetas, trovadores o rockeros, se ha usado como instrumento para asegurar la incondicionalidad de las mujeres en la perpetuación de un orden opresivo. Y aunque en la actualidad, muchas mujeres han antepuesto su educación y carrera profesional al compromiso y a la maternidad, en gran medida las cosas permanecen invariables respecto del enamoramiento, pues en cuanto aparece el amado se lo sitúa en el centro del universo particular e, incluso se idean nuevos viejos proyectos, desplazando los trazados como prioritarios, satisfaciendo así las expectativas sociales, y calmando ciertos temores y ansiedades propias y extrañas. En esta investigación las personas que tienen o han tenido pareja reconocen haber recibido de ella compañía (93%), amor (92%), afecto (92%), apoyo (91%), comunicación (90%), ayuda (90%) y humor (85%). Una desagregación por sexo muestra frecuencias más altas para las mujeres que no han obtenido tales aspectos de sus parejas, siendo el humor el más deficitario (Gráfica II).

**Gráfica II. Aspectos que no se han obtenido de la pareja, por sexo.**



JÓNASDÓTTIR (1993: 311) afirma que “el amor es una especie de poder humano alienable y con potencia causal, cuya organización social es la base del patriarcado occidental contemporáneo”. En su opinión, el poder del amor de las mujeres, entregado libremente, es explotado por los hombres. Ciertamente el amor ha conducido a muchas mujeres, a través del matrimonio u otras formas de unión, a un estado cercano a la servidumbre en el espacio privado del que se beneficia la pareja y los descendientes de ambos. Tras esta situación subyace una definición cultural de las relaciones entre mujeres y hombres que ha estado permeada por las concepciones patriarcales hasta en sus más mínimas expresiones,

de modo que ni tan siquiera las relaciones más íntimas entre dos seres humanos escaparían a ella. Esta definición supone la conservación de una situación de poder privilegiada por parte de los hombres frente a las mujeres, que difícilmente se habría sostenido en la historia sin una conveniente manipulación ideológica del ser mujer, y de la casada específicamente.

El marido ha sido la figura central del matrimonio, destinatario y usufructuario de todos los valores que se proponen a los cónyuges, de la dedicación del sujeto femenino a la cobertura de sus necesidades y las de la familia. SAU (2000: 36) sostiene que dado que el amor sólo es posible entre iguales, el diseño de la sociedad patriarcal impide por definición el amor entre los hombres y las mujeres. La sociedad patriarcal, estructurada sobre los valores de violencia, enfrentamiento y lucha, al decir de SAU, habla mucho del amor por encontrarse éste ausente y añade que “el hombre no debe amar a la mujer, a ninguna mujer -la madre es una excepción, funesta en tanto que excepción- porque amar al inferior, al subordinado, equivale a hacerse su igual y debilitarse”. De ahí que el varón se decante por el deseo antes que por el amor, de modo que recurriendo a la excusa fisiológica del deseo, obliga a la mujer a ejercer de seductora para que así quede justificada, ante los demás y ante sí mismo, su relación (caída, derrota) con ella.

Siguiendo su línea argumental, la exaltación permanente de la belleza femenina como única cualidad de la mujer remitiría a la imposibilidad del amor en una sociedad erigida sobre relaciones de poder; unas relaciones extensivas a otros pares de colectivos humanos -infantes/adultos, clases sociales o grupos étnicos-. El amor sería negado permanentemente por quienes detentan el poder, y tolerado a los inferiorizados por oprimidos, como un signo y un síntoma de su propia inferioridad, lo cual reforzaría, en forma de bucle, el rechazo a amar por parte de quienes se autolegitiman como superiores. Sólo así es posible entender la violencia de algunos hombres hacia las mujeres, muchas veces asesinadas a manos de sus parejas o ex-parejas, personas a las que se unieron, paradójicamente, por amor. En España, durante el año 2008<sup>105</sup>, 75 mujeres murieron a manos de su pareja o ex-pareja por palizas, acuchilladas, apuñaladas, estranguladas, degolladas, tiroteadas, atropelladas, quemadas, ahogadas, a martillazos, con un taladro o arrojadas por una ventana.

## 7.5. Conyugalidad.

El matrimonio es concebido actualmente como la culminación necesaria del amor y ambos aparecen ligados indisolublemente. Al igual que sucede con el amor, el pasado de esta institución es bien diferente, pues el matrimonio podría haber surgido como una vía de pacificación en la apropiación de las mujeres. Como uno de los múltiples aspectos del intercambio, el matrimonio habría facilitado alianzas entre los grupos humanos gracias a las reglas de exogamia y a la prohibición del incesto. LÉVI-STRAUSS (1985) consideró estos elementos básicos para la primera forma de organización social, pues la regla del incesto -que prohíbe la sexualidad en la familia y prescribe el emparejamiento fuera de la misma- hizo posible el paso de la naturaleza a la cultura. Así concebido, la función del matrimonio no es unir dos personas, sino enlazar dos familias que establecen relaciones de parentesco, originando así la sociedad.

LERNER (1990: 81) se hace eco tanto de las especulaciones de LÉVI-STRAUSS (1969), como de las de MEILLASSOUX y AABY (1977), que sostienen que el intercambio de mujeres entre sociedades tribales supuso su cosificación, lo que a su vez significó la cosificación de su capacidad reproductiva y la aparición de la propiedad privada. Esta hipótesis supondría situar la necesidad de controlar la sexualidad femenina, tal y como anticipara ENGELS (1884), en un momento anterior a la aparición de la propiedad privada y del propio patriarcado. Controlando la sexualidad femenina, a través de la fidelidad conyugal, el hombre habría podido asegurar el legado de su apellido y su patrimonio a sus descendientes, y no a los de otros hombres.

Los sistemas de parentesco patriarcales, heredados por las sociedades contemporáneas, se fundaron sobre un pacto entre los hombres sobre el cuerpo de las mujeres por el que un padre hacía entrega de una hija a otro hombre. Un pacto que RIVERA (1996: 39), retomando el concepto de PATEMAN (1995) denomina “contrato sexual” para diferenciarlo del contrato social de ROUSSEAU (1762). Pacto que no se habría realizado entre ambos sexos, sino entre varones, que consagró la centralidad del cuerpo de las mujeres en la historia, consolidó el patriarcado y favoreció el que la desigualdad adquiriera el carácter de “natural”. A juicio de RIVERA este es un pacto anterior al contrato social, cuya presencia ra-

ras veces dejan entrever las instituciones políticas, pero cuya existencia es fundamental para entender la subordinación histórica de las mujeres a los hombres. Desde entonces el matrimonio será el espacio en el que se definan los destinos femeninos y una institución clave para entender las relaciones entre los sexos, entre cada quien y su grupo de pertenencia, entre la esfera familiar y la pública.

En una línea de pensamiento similar, AMORÓS (1991: 123) sostiene que el problema de las relaciones entre hombres y mujeres consiste en que no existen realmente como tales, sino que están siempre condicionadas por las relaciones entre los hombres. La mujer funciona de alguna manera como símbolo de estatus, de clase, de prestigio y/o de capacidad de seducción. La mujer es el “terminus ad quem” ilusorio de una relación, no manifiesta pero sí interiorizada, más o menos competitiva entre hombres. AMORÓS se pregunta cómo se ha producido la contradictoria situación por la cual la mujer ha sido manipulada como símbolo de la cultura a la vez que ha sido manipulada ideológicamente como naturaleza. Y se responde que pensada como naturaleza por su condición de reproductora de la especie, al mismo tiempo que como mediación, es símbolo del pacto entre los hombres.

Entre las mujeres, la rivalidad adopta la forma de la “enemistad histórica” (LAGARDE, 1999) que enraíza en la primera infancia, concretamente en el proceso de individuación, tras la ruptura de la fusión con la madre, pues es con esa mujer con la que se inician los primeros ejercicios de rivalidad para competir por el amor del padre que introduce, al fin y a la postre, el exterior (triangulación edípica). Al crecer, este enfrentamiento que ha nacido en el mundo de lo íntimo y lo doméstico, es decir, en la familia, se traslada a todos los ámbitos de la vida pues, en la búsqueda de reconocimiento, se devalúa a las otras mujeres y se tiende a profundizar las diferencias hasta hacerlas antagónicas, agudizando la enemistad. Una situación que se amplifica, interesadamente, en el patriarcado con el mito que sostiene que entre las mujeres sólo es posible la competencia y la envidia, aspectos necesarios para evitar la unión y defensa de intereses comunes. A pesar de que LAGARDE recalca que las mujeres aprendemos a competir no sólo por el hombre, las rivalidades más frecuentes le sitúan en el centro de un triángulo (mujer/hombre/mujer) en el que se enfrentan suegra/nuera, esposa/cuñada, mujer/mejor

amiga, secretaria/asistente, esposa/amante. Cuando para la mujer no es una prioridad mostrarse como objeto de deseo para ser elegida, la sororidad<sup>106</sup> se nutre de la cercanía e identificación básicas para la construcción de alianzas.

Entendido como principio de organización social, institución, hecho demográfico o fenómeno de interacción entre dos personas, el matrimonio, desde la Antigüedad, se encuentra en la base del funcionamiento económico, social y político de una sociedad particular. GAUDENET (1993) señala que en el Derecho Romano se conocían tres formas generalizadas de relación matrimonial: la religiosa (*confarreatio*), la civil (*coemptio*) y la natural (*usus*), en una sociedad en la que ya aparecía claro que el destino de la mujer era el matrimonio y su finalidad la maternidad. Con fórmulas variables según las épocas, las tres formas sobrevivirían bajo el cristianismo, para transformarse en una ritualidad concreta entre los Concilios de Letrán y Trento (1545-1563). En éste último, el contrato adquirió el rango de sacramento (MORANT DEUSA y BOLUFER PERUGA, 1998: 39). La iglesia pretendía así, entre otros aspectos, delimitar los grados de consanguinidad, sancionar la indisolubilidad y acrecentar la dignidad del contrato jurídico. Como se apuntó en el epígrafe anterior, el amor entraría en relación con el matrimonio hacia el siglo XII, con la aparición y generalización del cortejo, en el citado proceso de lucha contra la concepción del matrimonio que tenía la Iglesia Católica. Finalmente, la idea de la inferioridad de la mujer y de su necesaria sumisión al hombre, en la familia y en la sociedad fue refinada por las distintas confesiones que nacieron de la división de la cristiandad a partir de este momento.

ALBERONI (1980: 147) sostiene que “una civilización impone su lenguaje y sus instituciones hasta en el estado naciente de dos que caracteriza el enamoramiento”, de modo que por ejemplo, el sacramento del matrimonio cristiano en el que no existe una distinción entre enamoramiento, amor, querer y sexualidad, “lo que realmente tiende a asegurar es el querer -la alianza- y la sexualidad -la reproducción-”, pues el resto no tiene un valor particular. El cristianismo además plantea una diferencia entre el amor entre humanos y el amor a Dios, la adoración a Dios, de modo que el enamoramiento entendido como adoración podría haber sido considerado un caso de idolatría.

Las generaciones de personas mayores vivieron una juventud que discurrió en un contexto reaccionario y represor de la sexualidad, misógino y culpabilizador en el que se negaban y castigaban las relaciones prematrimoniales y extraconyugales. En el “Código Penal de 1944” constaban delitos por conducta sexual como el adulterio o el amancebamiento. Especialmente represora fue la actitud del Régimen Franquista ante la homosexualidad. La revisión al alza de la “Ley de Vagos y Maleantes” de 4 de agosto de 1933, incorporó en 1954 a las personas homosexuales a la lista de delincuentes que debían ser apartados, castigados y rehabilitados mediante el trabajo forzado. La norma, derogada por la “Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre Peligrosidad y Rehabilitación social” (BOE 187, 6/8/1970) unió al castigo la filosofía de la defensa social y la curación del presunto delincuente. Los varones homosexuales, puesto que en la mentalidad machista del Régimen las lesbianas simplemente eran ninguneadas y las personas transexuales constituían un mal a erradicar, eran castigados no sólo por ejercer prácticas homosexuales, sino por la orientación, ya que cualquier persona sospechosa de tendencias “anormales” podía ser detenida sin más. Tal situación se prolongó durante toda una década, pues aunque Franco falleció en 1975, hubo que esperar hasta 1979 para que la homosexualidad dejara de ser considerada un delito.

Para esas generaciones la socialización primaria, bajo un modelo genérico mucho más opresivo que el vigente en nuestros días, se llevaba a cabo en una familia rígidamente estructurada bajo la omnipotente autoridad paterna, mientras buena parte de sus vidas transcurrió bajo la atenta vigilancia represiva del Estado y de la Iglesia. Una época en la que la mayor parte de las niñas no accedía a una educación reservada para sus hermanos y en la que las mujeres que trabajaban por falta de recursos abandonaban sus trabajos al contraer matrimonio. En un tránsito desde la autoridad del padre a la del marido, la alternativa decorosa al matrimonio y la maternidad era la vida religiosa. La opción de la soltería, sobrevalorada en los hombres en la figura del soltero de oro, era desvalorizada para las mujeres en la de la solterona. Cualquier intento de salvar ese rígido modelo era considerado una transgresión y era, por tanto, punible o estigmatizante.

Mucho más rígida para las mujeres, la norma sexual se sustentaba en tres pilares: la virginidad, la mono-

gamia y la fidelidad. En un tiempo en que muchos hombres y prácticamente todas las mujeres llegaban al matrimonio sin conocer su cuerpo o su deseo erótico, la idealización del matrimonio y la maternidad probablemente condujo a muchas de ellas a una desengaño al constatar que su vida había quedado reducida a la servidumbre, en la realización cotidiana de tareas repetitivas y monótonas, no valoradas, en una dependencia económica que limitaba cualquier aspiración, y en una dependencia emocional fortificada por la mística del amor, que las dejaba a la espera de las realizaciones de los/as demás. Una nueva vida que deja al margen la realización de los sueños. De ahí que en algunas mujeres nazca una queja, que sus compañeros identifican como una “matraquilla”, que responde a la necesidad de formular sus demandas desde una cierta victimización.

Los hombres, en cambio, habiendo experimentado o no decepciones, han obtenido mayores rentabilidades del contrato dado que contempla las tareas que las mujeres realizan en el ámbito doméstico decisivas para la supervivencia, lo relativo a los afectos y a las relaciones sociales. La menor presencia de los varones entre las personas solteras y viudas en Canarias (Tabla 63) guarda relación con las mayores ventajas que les reporta el matrimonio, que les sitúa en mayor disposición al casamiento. La viudez, en cambio, es un estado típicamente femenino ya que entre las mujeres de 65 y más años lo son el 81.53%, no sólo porque sean más longevas, sino que, al contrario que ellos, suelen tener menor disposición para contraer un nuevo matrimonio dado que con una nueva unión suspenden los derechos causados por la viudedad y, consecuentemente, la autonomía económica, así como se suspenden también ciertas cotas de libertad mientras se gana en responsabilidades.

La conyugalidad, unida casi de manera indisoluble a la maternidad, ha situado a muchas mujeres en una dependencia vital hacia los otros que ha comportado la renuncia a un proyecto vital propio. En la literatura o el cine, las mujeres están a la espera del amado para obtener la felicidad negada, por la posición social, la rivalidad sexual o cualquier otra razón. KOLBENSCHLAG (1994: 12) señala que “por desgracia, la interiorización de los mitos de la feminidad es tan profunda que los cambios externos pueden inducirnos a creer que, en efecto, somos libres al fin”, pero que realmente la tarea de liberación de hombres y mujeres está inacabada y es inacabable.

**Tabla 63. Población de 18 y más años clasificada por estado civil, según sexo y edad. Canarias, 2001.**

	Total	Soltero/a		Casado/a		Viudo/a		Separado/a		Divorciado/a	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
	1.345.100	265.550	216.939	348.211	343.388	16.027	72.695	22.183	28.815	12.848	18.444
De 18 a 19	48.288	24.224	23.103	241	606	1	5	16	56	2	34
De 20 a 24	140.527	67.969	61.892	2.849	6.860	6	52	137	599	33	130
De 25 a 29	162.236	64.249	50.185	16.812	25.770	35	180	1.278	2.622	364	741
De 30 a 34	161.592	43.428	29.393	35.433	43.253	104	403	2.563	4.319	867	1.829
De 35 a 39	152.362	23.957	16.213	46.493	49.415	271	1.124	4.119	5.289	2.227	3.254
De 40 a 44	126.601	13.288	9.217	44.150	43.335	382	1.581	3.892	4.817	2.294	3.645
De 45 a 49	107.042	8.666	6.161	39.491	37.907	426	2.181	3.234	3.757	2.195	3.024
De 50 a 54	92.869	6.337	4.253	35.651	33.357	630	3.746	2.429	2.578	1.695	2.193
De 55 a 59	84.954	4.249	3.343	33.811	30.847	1.065	5.181	1.750	1.867	1.288	1.553
De 60 a 64	67.675	3.028	2.747	26.464	23.759	1.321	6.185	1.153	1.225	871	922
De 65 a 69	71.985	2.617	2.945	27.286	22.924	2.409	10.964	851	851	553	585
De 70 a 74	53.648	1.870	2.748	19.095	14.117	2.462	11.872	468	464	267	285
De 75 a 79	36.557	886	2.102	11.776	7.227	2.525	11.362	180	231	113	155
De 80 a 84	20.951	434	1.364	5.502	2.704	1.956	8.712	74	88	54	63
De 85 y más	17.813	348	1.273	3.157	1.307	2.434	9.147	39	52	25	31

Elaboración propia.

Fuente: ISTAC. (2001). Censo de Población y Viviendas de Canarias.

Si bien, los hombres aparecen en la mitología cultural desempeñando un rol activo. Él se casa y ella se desposa; ella tiene un marido y él una mujer.

Tal vez por ello, de las mujeres mayores encuestadas en esta investigación que fueron interrogadas con la finalidad de conocer si el cuidado de los/as hijos/as pequeños limitó el desarrollo de otros proyectos personales, el 48% dijo que no dado que se trataba de una elección libre, el porcentaje de hombres que asegura lo mismo es similar (46%), pero dado que las opciones para ellos eran mucho más amplias se entiende que no se puede valorar en los mismos términos el significado del concepto elección. De hecho, un 73,5% de los hombres que dicen que el cuidado limitó sus proyectos personales nunca han colaborado en las tareas domésticas o como mucho lo han hecho puntualmente, mientras que un 60% de las mujeres que vieron limitados sus proyectos personales son amas de casa en exclusiva. Las mujeres que afirman claramente que esa dedicación limitó su desarrollo profesional alcanzan una proporción del 22,6% frente al 13,4% de los varones. La mayor proporción de hombres que dicen haber estado en otra situación (17,9%) son aquellos que reconocen abiertamente que tal cuidado era una tarea femenina (Tabla XXII).

**Tabla XXII. Cuidado de los/as hijos/as pequeños como posible limitación en el desarrollo de proyectos personales.**

	Mujer	Hombre
Limitó desarrollo profesional	22,6	13,4
Elección	48,1	46,2
Sin opción	25,9	22,5
Otra situación	3,3	17,9

Fuente: Base muestral propia.

En virtud de las transformaciones socioculturales de las últimas décadas la institución del matrimonio ha sufrido múltiples transformaciones. La fórmula religiosa convive con la civil y ambas con las uniones de hecho. La institución ha dejado de tener como finalidad exclusiva la procreación y el cuidado de la prole para dar centralidad a la vida en pareja. La unión ha dejado de ser indisoluble para poder disolverse mediante el divorcio. La mujer ha dejado de estar subordinada al marido para disfrutar ambos cónyuges de los mismos derechos. En la sociedad actual, se juzga con menor dureza la vida sexual de las mujeres y muchas optan por tener un/a hijo/a sin adquirir un compromiso de pareja, mientras los con-



trayentes en un matrimonio no tienen por qué satisfacer el requisito de pertenecer a distintos sexos.

Como consecuencia de todo ello, el modelo de familia patriarcal tradicional, al frente de la que se encontraba el cabeza de familia, y que fue bastión de las sociedades agrarias durante milenios para conservar su fuerza en la modernidad, está adoptando multitud de formas. El acceso de las mujeres a la educación y al trabajo remunerado y la consiguiente independencia económica han contribuido decisivamente tanto a la reformulación del papel de la mujer casada como al talante de la familia que deja de basarse en la autoridad paterna, exigente y distanciada, para conformar un modelo más democrático en el que, al menos teóricamente, las responsabilidades se distribuyen por igual y el criterio de ambos progenitores tiene el mismo valor. Ahora bien, la realidad más que de cambios informa de permanencias. El 58% de las mujeres españolas (CSIC-CIS, 2006) cree que los hijos son un obstáculo para la vida profesional y sólo el 3,9% piensa que esta circunstancia es negativa para los hombres (Tabla 64).

Y aunque el 79% de las mujeres embarazadas en el momento de la encuesta había deseado quedarse en estado, lo cierto es que muchas madres profesionales habían visto alterados sus proyectos, de modo que, tras la maternidad, un 28% interrumpió su trabajo durante al menos un año, otro 28% redujo su acti-

vidad, un 17,9% vieron limitadas sus oportunidades de promoción, mientras que otro 14% tuvo que abandonar su trabajo (Tabla 65).

En el ciclo vital el matrimonio inaugura una nueva etapa pues su mera existencia pone en acción multitud de preceptos que tipifican la figura del adulto. FERRÁNDIZ y VERDÚ (2004, 213) apuntan que en la concepción burguesa ser joven es hallarse todavía en la etapa de integración, mientras que ser adulto es haber cumplido ese proceso de integración y situarse en las responsabilidades y prerrogativas del orden constituido. Ahora bien, “una cosa es ser joven -en la semántica del sistema- y otra es la juventud. [...] Un casado, sin necesidad de mencionar la edad, es ya una persona adulta, aunque no deje de ser por ello joven”. Y es que las virtudes burguesas del ahorro, la utilidad y la seguridad presidían la acción empresarial del capitalismo temprano, aún presente en el capitalismo informacional, postcorporativo, postmoderno y se corresponden con la normativa que presidía y preside aún las relaciones intersexuales, y ello, aún impregnado de ortodoxia religiosa -en una sociedad aparentemente secularizada- que permea la concepción del bien y el mal, el lenguaje y en última instancia, la conducta social.

El estereotipo que predica que la fobia a la soltería es asimilable a las mujeres y la de casarse a los hombres ha funcionado y funciona, aunque haya perdido

**Tabla 64. Identificación de obstáculos para la vida profesional, España 2006.**

	Si	No	N.s.	N.c.
El matrimonio es un obstáculo para la vida profesional de la mujer	16,5	79,2	3,6	,7
El matrimonio es un obstáculo para la vida profesional del hombre	1,7	95,8	2,0	,5
El hecho de tener hijos es un obstáculo para la vida profesional de la mujer	58,0	35,7	3,7	,8
El hecho de tener hijos es un obstáculo para la vida profesional del hombre	3,9	93,4	2,1	,6

Fuente: CSIC-CIS. (2006). Fecundidad y valores en la España del siglo XXI.

**Tabla 65. Haber tenido hijos/as le ha supuesto o le supuso algún cambio en su vida profesional, tal como... España, 2006.**

	Si	No	No procede	Ns	Nc
Ha reducido su actividad laboral	22,8	47,7	26,1	,2	3,2
Ha interrumpido su trabajo durante un año o más	22,5	47,9	26,2	,2	3,2
Ha limitado sus oportunidades de promoción	16,9	52,4	26,5	,7	3,4
Ha supuesto una discriminación en su trabajo	6,7	63,3	26,3	,3	3,3
Ha dejado de trabajar definitivamente	14,1	56,5	25,7	,6	3,1

Fuente: CSIC-CIS. (2006). Fecundidad y valores en la España del siglo XXI.

vigor, puesto que la libertad masculina está sobrevalorada. Entre las mujeres la soltería a edades maduras se ha considerado tradicionalmente un estigma. ÁLVAREZ (1994: 21) recuerda como en tiempos de la Sección Femenina las solteras que llegaban a la frontera de los cuarenta o la traspasaban “se daban ya por retiradas del mercado o feria matrimonial” y se dedicaban a estar siempre disponibles para cuidar de cualquier familiar que las pudiera necesitar. Entre los hombres, en cambio, ha sido y es más frecuente y menos reprochable el temor a una relación de pareja, al compromiso o las responsabilidades. CLARAMUNT (1998: 573) sostiene que en los últimos tiempos se registra una fobia al matrimonio en tanto que institución, puesto que no hay rechazo a la sexualidad, al contrario, se sobrevalora su papel a expensas de la relación personal y de su continuidad por vida, y añade que “los motivos fundamentales de desacuerdo matrimonial residen en la inmadurez de uno o ambos esposos, en su falta de generosidad y exceso de egoísmo (egocentrismo, narcisismo) evolución patológica de la relación de dependencia (lazos verdugo-víctima, absorbente-absorbido), falta de lazos suficientes (desinterés, desamor, divergencia progresiva)”.

En la complejización de este rechazo al compromiso influye el retraso de la emancipación juvenil, del paso a la vida adulta, en un nuevo contexto caracterizado por la prolongación de la educación como mecanismo de credencialización para retrasar el acceso a un mercado de trabajo cada vez más complejo. Posibilidad que en nuestro entorno es viable por el papel que la familia de origen desempeña como proveedora de los bienes y servicios necesarios que la juventud precisa para la subsistencia. La carestía de la vivienda y la permisividad de la familia con una sexualidad vivida como deseo entre los/as más jóvenes son factores que inciden en el retraso de la edad de entrada al matrimonio y en la caída de la fecundidad. Paradójicamente, en el ámbito meramente teórico, el matrimonio tiene buena aceptación, puesto que en el “Estudio de Actitudes y valores en la relaciones interpersonales” (CSIC, 2002) el 72,6% de la muestra consideró que “el matrimonio no es una institución pasada de moda”.

La soltería es, en la sociedad canaria, el estado que corresponde al 35,87% de la población mayor de edad. Más de la mitad de las personas solteras son varones (55,03%), registrándose las tasas más altas entre los 20 y 29 años de edad. Inversamente, entre las personas mayores de 65 años, las mujeres repre-

sentan el 62,89%. Más de la mitad de la población (51,4%) está casada, en este caso, entre los jóvenes y adultos de hasta 39 años, las mujeres son mayoría, pero esta tendencia se invierte a partir de los 40, a la par que entre las mujeres de estas edades se registran tasas de separación y divorcio más elevadas. Tendencia que se invierte nuevamente a partir de los 65 años, edades para las que se registran las tasas más bajas de separación y divorcio.

La mayoría de las personas mayores de 65 años se unieron bajo la idea de que el compromiso debía ser vitalicio, pero para las mujeres encuestadas en esta investigación es siempre menor la satisfacción en la convivencia de pareja que entre los hombres (Tabla XXIII). La satisfacción en la convivencia aparece altamente correlacionada con la satisfacción en la actividad sexual, pasada y actual.

**Tabla XXIII. Satisfacción en la convivencia, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Muy satisfactoria	28,7	34,1
Satisfactoria	51,9	58,1
Regular	13,3	5,9
Insatisfactoria	3,3	1,2
Muy insatisfactoria	2,4	,0
No contesta	,4	,7

Fuente: Base muestral propia.

En todo caso, ambos sexos estiman que lo que debe primar en la felicidad de un matrimonio es el respeto mutuo (54,5%). Como segunda preferencia las mujeres anteponen el amor y los hombres el entendimiento.

**Tabla XXIV. Qué prima en la felicidad de un matrimonio, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Respeto mutuo	55,2	53,6
Fidelidad	3,1	5,0
Entendimiento	19,9	22,0
Las/os hijas/os	1,8	,9
Relaciones sexuales satisfactorias	,0	,5
Ingresos adecuados	,2	,2
Amor	11,7	9,2
Gustos e intereses comunes	,0	,7
Otra	7,5	6,9
No contesta	,5	,9

Fuente: Base muestral propia.

El Censo de Población y Viviendas 2001 (ISTAC) revelaba que a diferencia de las mujeres que han contraído un compromiso, entre las solteras (Tabla 66) y puesto que, en muchos casos han antepuesto la formación y la carrera profesional a la vida de pareja o familia, es mayor el número de Diplomadas, Licenciadas o Doctoradas, de modo que ellas son el 56,08% de las personas solteras con educación superior. Las mujeres que no saben leer y escribir, en cambio, representan el 62,67% de su categoría, y son mayoría en todos los estados civiles, a excepción de la soltería. Tanto el nivel educacional, y en menor medida pero también de manera decisiva, el matrimonio y la maternidad, definen la posición de las personas en el mercado laboral, y ambos factores parecen jugar aún en contra de las mujeres. Ciertamente cada vez una mayor cantidad de mujeres mejoran sus condiciones de envejecimiento, al ser causantes directas de los beneficios, públicos o privados, a que haya lugar en la vejez, sin embargo esta condición no será extensible al resto de las mujeres, especialmente esa gran proporción que figura en las estadísticas entre la población inactiva: las activas amas de casa.

### 7.6. Maternidad y paternidad.

Las reglamentaciones sociales que articulan la descendencia y la filiación, el parentesco en suma, se encuentra en la base de la rígida organización genérica. La paternidad no se puede comprender si

no es desde la articulación con la maternidad, y su relación tiene sentido en un sistema de parentesco. Pero nada de ello se puede entender si no se sitúa en el universo simbólico de la cultura de la que se trate. La maternidad es un hecho biológico innegable, pero muchas culturas son incapaces de disociar maternidad y feminidad. A partir de una condición biológica, la capacidad reproductora, se “instaura un deber ser, una norma, cuya finalidad es el control tanto de la sexualidad como de fecundidad” de las mujeres (TUBERT, 1996: 7). La paternidad en cambio es una institución sociocultural, asociada al poder.

La inferiorización y la necesidad de control de lo femenino han corrido paralelas con una de las preocupaciones recurrentes del sistema patriarcal: la filiación. Como se puso de relieve en la introducción de este capítulo, en la Antigüedad cuando no se había visualizado el nexo entre la relación sexual y el embarazo, la capacidad de dar vida de la madre era considerada algo cercano a lo sobrenatural. LO RUSSO (1998: 33), centrando su atención en la figura del tío materno de las culturas arcaicas -epígrafe 7.2-, mostró su sorpresa ante las explicaciones “acrobáticas y difíciles” que los antropólogos como MALINOWSKI (1929) o LÉVI-STRAUSS (1985) elaboraron respecto de esa figura, así como la poca atención prestada a la paternidad y la calificación por ello del sistema de parentesco como artificio,

**Tabla 66. Población canaria de 18 y más años clasificada por nivel de estudios, según estado civil y sexo, 2001.**

	Total	Soltero/a		Casado/a		Viudo/a		Separado/a		Divorciado/a	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
No lee	49.759	5.562	4.977	10.289	13.153	2.113	11.888	444	822	159	344
Menos5	177.399	15.745	10.155	56.716	54.264	5.832	26.285	2.719	3.105	1.115	1.463
SinESO	307.188	51.465	29.166	92.960	89.143	4.286	20.160	5.985	7.519	2.734	3.790
ESO	377.266	86.659	61.873	93.807	98.036	1.993	9.047	6.823	9.629	3.712	5.687
Bach	167.508	44.236	44.317	33.267	31.839	758	2.516	2.642	3.182	1.096	2.845
Grd md	50459	13.789	11.738	10.623	10.464	161	458	727	1.173	476	850
Grd sp	62.960	17.784	15.997	13.966	11.551	186	20.792	799	1.380	647	1.544
Diplom	83.313	15.612	22.146	17.847	20.792	355	1.380	1.052	1.544	1.006	1.579
Licenc	64.248	13.948	15.813	16.688	13.204	294	555	885	852	962	1.045
Doctor.	5.008	750	757	2.048	942	49	48	127	69	131	87

Elaboración propia.

Fuente: ISTAC. (2001). Censo de Población y Viviendas de Canarias.

creando así métodos sofisticados para estudiar algo que considera verdaderamente sencillo. En estas culturas en la que los hombres no tienen descendientes directos, por desconocer el referido nexo, resolvían sus problemas de descendencia por vía colateral, a través de los hijos de la hermana, respecto de los que sabía que efectivamente eran de su familia, asegurando una consanguinidad que de otro modo no podía quedar clara, puesto que el padre no se sabía, ni reconocía, como pariente del hijo. La supuesta artificialidad del parentesco, confundida en ocasiones con matrilinealidad o con matriarcado, representa una clara estrategia cultural por la que el tío materno revela la importancia de la descendencia biológica: el hombre que no sabe que es padre, se proyecta y reconoce como sus herederos naturales y parientes consanguíneos más próximos a los hijos de la hermana.

LO RUSSO (1998) postula que la necesidad de crear nuevas relaciones sociales que ampliaran las relaciones biológicas originales nació del varón, al sentirse no necesario, con la finalidad de incluirse en la relación madre-hijo, especialmente cuando los hijos de la hermana vivieran distantes. El matrimonio tendría así la función de unir socialmente, legalmente, a un hombre al grupo biológico madre-hijo estableciendo de esta forma el control masculino sobre la maternidad. Apostilla esta hipótesis reparando en el origen etimológico de la palabra matrimonio, que procede del latín "*matrimonium*" o condición legal de "*mater*", e implica poner la filiación bajo la tutela de un hombre. Tal creación significó la inversión de las cosas, de modo que no sería el varón el que necesitara encontrar un lugar en el parentesco y la descendencia, sino que serían las mujeres y los menores quienes necesitarían de un varón. Los más débiles protegidos por los más fuertes. La inferiorización de la mujer pasó de ser el hecho cultural que debe ser explicado a ser el hecho natural que sirve de explicación.

La progresiva ubicación social de la figura masculina hacia el centro (androcentrismo) corrió paralela a un proceso de desplazamiento, subordinación, marginación, exclusión de las mujeres del universo socio-político-cultural. En el momento en que se tomó conciencia de la contribución masculina en la procreación, se operó el cambio. La comprensión del papel genético jugado por el padre trastocó el estatus de la mujer que de responsable de la vida pasó a ser considerada un receptáculo, un ser pasivo frente

al ser activo que fecunda, que engendra: el hombre. Concepción justificada por ARISTÓTELES que -como sostiene LERNER (1990: 27) y se refirió en el epígrafe 6.6- "da por hecho que las mujeres son seres humanos incompletos y defectuosos, de un orden totalmente distinto a los hombres". Concepción aceptada posteriormente por numerosos pensadores, consolidando la supremacía del padre y la autoafirmación masculina en la cultura occidental.

IRIGARAY (1985), contradiciendo a FREUD (1913) que situó el origen de la cultura en el parricidio de Edipo, afirma que el matricidio es la base de nuestra sociedad y cultura, y BLAISE (1996: 383) estima que ese matricidio no sucedió únicamente de manera simbólica sino real, y que como "origen y estrategia fundamental de patriarcado, divide social y psicológicamente a las mujeres, por una parte entre ellas, por otra parte en ellas mismas, (y) les priva de su conciencia de pertenecer a un mismo grupo humano explotado, y culturalmente colonizado". De la derrota histórica del sexo femenino -que dijera ENGELS (1884)- nace la sumisión y adhesión de las mujeres al patriarcado, del que ellas mismas han sido su principal agente transmisor. SAU (1985: 110) considera a las mujeres "hijas sin madre", puesto que ésta como tal no existe, ya que en realidad es una función del padre. El vínculo entre madres e hijas se rompe porque la hija observa a la madre como un mal augurio de su futuro, a la par que la madre ve a la hija con desprecio porque le hace extensivo su autodesprecio mismo y la educa para el sacrificio del que ella misma es un resultado. SAU considera que "sólo se puede amar verdaderamente a la madre si antes se la ha odiado. Porque la odiada es la impostora, mientras que la amada es la huérfana que hay en ella, la otra hija mayor, tan hija como la hija misma".

Antes que la Ilustración convirtiera el amor maternal en una emoción ensalzada por encima de todas y modelo de todos los demás afectos, los tratadistas solían contemplarlo con desconfianza (BADINTER, 1980; MORANT DEUSA y BOLUFER PERUGA, 1998). Las representaciones de la buena madre en el arte, la literatura, los tratados médicos o los libros de buena conducta son esfuerzos de la religión, la teología, la filosofía, la medicina o el derecho en el afán de obtener la natural abnegación femenina y librar a los menores de una influencia supuestamente perniciosa. El instinto maternal, por tanto, habría aparecido como una construcción ideológi-

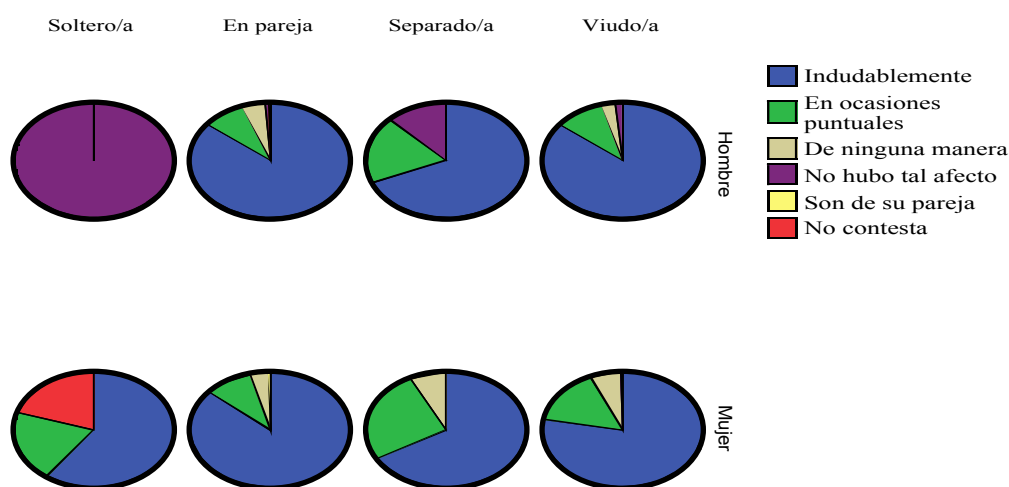
ca, un mito forjado por los hombres el siglo XVIII. Un mito funcional, por otra parte, para el incipiente sistema capitalista, que la historia posterior exaltó a fin de asegurar la subordinación femenina. Hasta que el siglo XIX se erija finalmente como el siglo de la madre por antonomasia, en el que entrega y sacrificio se conviertan en conceptos indisociables de su idealización, y los modelos que presenten a la mujer sean los de “ángel del hogar y perfecta casada” (TOBÍO, 2005: 43). Quizás sea demasiado reduccionista suponer que con anterioridad no había existido ningún tipo de amor maternal, sin embargo este amor ha estado sujeto a un elevado número de prescripciones y, como todo sentimiento, está expuesto a procesos de elaboración cultural; de hecho, pocos instintos innatos han sido tan permeados por la cultura. Las representaciones y valoraciones de la maternidad han otorgado una importante carga simbólica a esa institución; su exaltación ha tenido su correspondencia en la sobrevaloración de la misma en la vida de las mujeres.

La “nueva paternidad” (ALBERDI, 2007: 41), resultado de los cambios protagonizados por las mujeres, aunque no responde a un modelo único, es frecuentemente una experiencia deseada, vivida y sentida por los varones con un alto grado de emocionalidad, que se aprecia en sus aspectos enriquecedores, pero que no deja de ser valorada como una limitación por su carácter vitalicio. Tradicionalmente en la vida de los hombres, la sobrevaloración que ha experimentado la maternidad no ha tenido semejante corres-

pondencia, pues el rol de “pater familia” se ha desempeñado desde un “ser para sí”, que ha permitido a los que ocupaban tal estatus ser beneficiarios de los servicios del hogar, proveedores de recursos materiales y figuras ausentes ocupadas en los asuntos públicos y en las relaciones sociales, representando siempre la autoridad intransigente. En esta investigación, ocho de cada diez mayores encuestados/as asegura que sus hijas e hijos les dan el mismo apoyo y afecto que ellos/as dieron cuando crecían; entre las personas casadas la proporción de personas de ambos sexos que así lo sienten es la misma (86%), pero son precisamente las mujeres las que dicen no recibir un apoyo equiparable al que entregaron (19,3%). Entre las mujeres viudas la proporción es de 77,8% y entre los viudos un 85%. En cambio, sólo una pequeña proporción de hombres (1,5%) reconoce que no hubo tal afecto (Gráfica III).

La paternidad, concretamente la forma en que se asumen y desempeñan sus funciones, ha experimentado notables transformaciones en la historia de la cultura occidental. Se ha transitado desde el modelo del “pater familias” con poder absoluto ejercido mediante la patria potestad, pasando por el padre que trasmite el patrimonio, hasta llegar al de una familia tradicional en declive, en la que la figura del padre se presenta mucho más cercana y comienza a implicarse en el cuidado del menor en términos de corresponsabilidad. La pérdida de potencia del padre se corresponde con la afirmación de la madre, y

**Gráfica III. Percepción del apoyo y afecto recibido por los/as hijos/as, por sexo y estado civil.**



Fuente: Base muestral propia.

**Tabla 67. Familias monoparentales según estado civil de la persona de referencia, España, 2007.**

		2002	2003	2004	2005	2006	2007			
							I Trim.	II Trim.	III Trim.	IV Trim.
Ambos sexos datos absolutos (en miles)	TOTAL	303,20	319,80	307,20	353,30	393,30	403,10	405,50	404,10	...
	Casadas/os	18,70	16,80	15,60	49,30	61,30	67,00	64,40	59,50	...
	Solteras/os	34,90	39,80	39,40	62,40	84,20	83,10	85,80	83,50	...
	Viudas/os	62,30	62,70	57,10	51,80	46,80	47,70	51,20	47,50	...
	Separadas/os	187,30	200,30	195,10	189,80	201,10	205,30	204,20	213,60	...
% Mujeres	TOTAL	90,04	88,90	88,93	86,67	88,33	87,35	86,86	85,80	...
	Casadas/os	81,82	84,52	85,26	77,89	80,75	76,57	72,67	70,25	...
	Solteras/os	95,42	94,47	95,43	91,83	93,47	94,46	92,54	89,58	...
	Viudas/os	84,43	82,62	82,49	77,41	80,34	80,08	77,73	78,11	...
	Separadas/os	91,72	90,16	89,80	89,73	90,35	89,67	91,19	90,31	...

Fuente: INSTITUTO DE LA MUJER DE ESPAÑA (2007). Modelos familiares.

en su origen encontramos la incursión de lo punitivo contra la violencia ejercida hacia los hijos/as en el siglo XIX. Los cambios se han hecho patentes tanto en lo jurídico y económico como en lo subjetivo. Según KNIBIEHLER (1997: 135), los padres de las nuevas generaciones tienen que manejar y construir tres tipos de relaciones: “con una mujer-madre, con los poderes públicos y con los hijos que ya no son, e indudablemente no volverán a ser jamás, únicamente suyos”.

La maternidad, destino ineludible hasta hace unos años, sigue situando ante la sociedad a las mujeres que la rehúsan como anómalas o carentes, mujeres incompletas a las que se interpela para que “normalicen” su situación. Como no podía ser de otra manera, la maternidad tampoco ha sido ajena a transformaciones, sin embargo, la asunción y el desempeño de sus funciones siguen siendo en su núcleo muy parecidas. El rechazo que despierta en el imaginario colectivo la figura de la mala madre no se corresponde en absoluto con la del mal padre, porque mientras uno es despreciable la otra es un ser abominable. Sirva de ejemplo señalar que casi nueve de cada diez hogares monoparentales en España (Tabla 67) estaba encabezado en 2006 por una mujer, y es que habitualmente a las mujeres se les otorga la custodia de los/as hijos/as casi de manera automática, razón por la que muchos hombres en este país, en el ejercicio de una “nueva paternidad”, se han unido para reivindicar la custodia compartida.

En un sentido similar, los y las menores de tres años que no han accedido a la escolarización raramente están al cuidado de un padre, habitualmente es la madre la que permanece junto a ellos/as y, en todo caso, esa mujer siempre podrá recurrir a otra: familiar o cuidadora, para suplir su presencia. En el curso 2003/2004 (Tabla 68) la escolarización de los niños y niñas de 3 años era prácticamente total en el país (95,9%), mientras Canarias se situaba por debajo de la media nacional, en la cola (89,7%). En cambio, la tasa de escolarización neta de 0 a 2 años era muy pequeña en el curso 2003/04, tan solo de 12,7%, dos puntos más que en el curso 2000/2001, si bien en Canarias no superaba el 2%. Por otra parte entre el año 2000 y el 2007, las mujeres solicitaron en 94,06% de excedencias por cuidados de hijos/as (INE/INSTITUTO DE LA MUJER, 2008).

**Tabla 68. Tasa neta de escolarización en educación infantil (3 años), Cursos 1991/92, 2001-02 y 2003/04. España.**

	1991-92	2001-2002	2003-2004
España	38,6	93,0	95,9
Canarias	11,3	91	89,7

Elaboración propia.

Fuente: MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (2006). La infancia en cifras.

Los referidos cambios registrados desde el fin de la vigencia del nacionalcatolicismo franquista, que se

orientó hacia una política natalista, dictó leyes de protección a la familia, penalizó los anticonceptivos, el aborto y derogó el divorcio, eran entonces impensables. Tales cambios han supuesto la disminución del número de matrimonios, el aumento de las relaciones prematrimoniales y la cohabitación, el retraso de la edad de entrada al matrimonio, el desplazamiento definitivo de la familia extensa por la nuclear, el incremento de los hogares de una sola persona tanto en la soltería como en la vejez, el aumento de la ruptura de hogares con un divorcio cuyo trámite se ha agilizado con la fórmula conocida popularmente como “divorcio express”, el incremento de hogares con un/a sólo progenitor/a, hogares reconstruidos y homosexuales. Lo acontecido ha permitido también poner de manifiesto que la maternidad no es un asunto privado, puesto que el incremento de la natalidad preocupa a los gobiernos de los países desarrollados. El Estado Español, con una de las tasas de natalidad más bajas del planeta –como se evenció en el capítulo 3-, es uno de los países europeos que menos ayudas otorga por hijo/a y menos servicios sociales habilita para su cuidado, lo que obviamente contradice los esfuerzos legislativos orientados a conciliar la vida familiar y laboral. TOBÍO (2005) no sólo constata que la actividad laboral femenina española está por debajo de la media europea, sino que trabajan más las madres en situación de monoparentalidad (65% frente al 37%) y que estas madres solas son más activas laboralmente por la merma económica que les produce la separación o pérdida de su pareja.

### 7.7. Cuerpo, sexualidad y erotismo.

BOURDIEU (2005: 22) afirma que “el mundo social construye el cuerpo como realidad sexuada y como depositario de principios de visión y de división sexuales”. El proceso de sexuación del ser humano –que se alza sobre el dimorfismo de la especie– corre paralelo al de socialización y, por tanto, se inicia con el nacimiento y finaliza con la muerte. Tal proceso está influenciado por multitud de factores del entorno familiar y social más próximo e, ineludiblemente, proporciona identidad a los individuos.

La sexualidad incluye el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste, forma parte del proceso constitutivo de los individuos y orienta la adscripción a grupos genéricos y a condiciones de vida predeterminadas socialmente

y constituyendo además un espacio preferente para analizar las relaciones de poder. LAGARDE (1997: 196) señala que en “nuestra cultura, la sexualidad se caracteriza por la división genérica antagónica del mundo, del trabajo, de las actividades creadoras, del tiempo y del espacio, de los lenguajes, por la relación distinta de los géneros con lo sagrado y con el poder, por su participación en los ritos y en el mundo profano”. La sexualidad, por tanto, no sólo está condicionada por la cultura, sino que es uno de los ejes que la sustentan; y de ahí se deriva que la división del trabajo es un hecho sexual, como lo es la masculinidad o la feminidad. Así puede entenderse que “el cuerpo y la sexualidad de las mujeres son un campo político definido, disciplinado para la producción y la reproducción, construidos ambos como necesidades femeninas irrenunciables”. MACKINNON (1989) considera que la sexualidad es una dimensión omnipresente que impregna toda la vida social, a lo largo de la cual se produce el género y a través de la cual el género es socialmente constituido; y a lo largo de la cual otras divisiones sociales, como etnia y clase, en parte se extinguen.

En el ciclo vital, la adolescencia es acaso la etapa más ardua, especialmente para los varones, porque para construir la identidad se ha de reafirmar constantemente la diferencia. “La interiorización de las normas de la masculinidad exige un plus de represión de los deseos pasivos, especialmente el de ser cuidado por una madre” (BADINTER, 1993: 77). Construida inconscientemente desde los primeros años de vida y reforzada en los años posteriores, la masculinidad explota en la adolescencia, el momento en el que el miedo a la feminización comienza a hacerse evidente. Una gran mayoría de los jóvenes luchan contra ese temor reforzando más las murallas de la masculinidad. La definición de lo masculino siempre se da por oposición a lo femenino (BOURDIEU, 2005). Las trasgresiones en este plano de la vida social han sido calificadas como enfermedades o desviaciones; maricón o marimacho son calificativos usados tradicionalmente de manera peyorativa para estigmatizar la ambigüedad.

CONNELL (1997:41) afirma que “la opresión ubica las masculinidades homosexuales en la parte más baja de una jerarquía de género entre los hombres. La homosexualidad, en la ideología patriarcal, es la bodega de todo lo que es simbólicamente expelido de la masculinidad hegemónica, con asuntos que oscilan desde el gusto fastidioso por la decoración

hasta el placer receptivo anal. Por lo tanto, desde el punto de vista de la masculinidad hegemónica, la homosexualidad se asimila fácilmente a la femineidad. Y por ello -de acuerdo al punto de vista de algunos teóricos homosexuales- la ferocidad de los ataques homofóbicos”. Por tanto, dado que la homosexualidad masculina cuestiona las bases de una frágil masculinidad, se convierte en una razón más que suficiente para rechazar el homoerotismo. Identidad que lleva incluso, entre los mismos homosexuales, a menospreciar las orientaciones más afeminadas. Una homofobia que sufren menos las chicas, ya por invisibilizarse, ya porque el imaginario colectivo supone que en ausencia de pene no hay cabida para el placer. En esta investigación, un 0,1% de las personas que integran la muestra reconocieron haber sido discriminadas a lo largo de su vida por su orientación homosexual, si bien tal orientación no le crea problemas en la actualidad.

La heteronormatividad responde, culturalmente, a la necesidad de especializar a los miembros de una sociedad para asegurar la procreación y asegurar la segregación genérica. La especialización sexual con fines reproductivos asegura una política que ha girado en torno a la imposibilidad de elección erótica real por parte de los sujetos y, al mismo tiempo, la descalificación del erotismo como placer en sí mismo. Ahora bien como afirma LAGARDE (1997: 244), “los seres humanos no nacen hetero, homo o bieróticos. Son entes sexuados por sus características físicas y dotados de líbido sin objeto. Están por así decirlo, a la búsqueda y al encuentro del objeto. Y, culturalmente se asigna a los individuos por grupos sexuales, el objeto sobre el cual se deposita y sobre el cual se despliega la líbido”. LAGARDE (1997: 235), entendiendo de manera amplia homosexualidad como relaciones sociales entre individuos con las mismas características sexuales, afirma que a pesar de esas sólidas bases heterosexuales, la cultura patriarcal “no sólo segrega a los sujetos sino que, políticamente, fomenta la homosexualidad femenina y masculina”. Esta arriesgada afirmación se basa en el reconocimiento de los pares, esto es, los hombres reconocen como sus iguales a los hombres y ponderan la relación laboral, artística, política, amistosa entre ellos; mientras como contrapartida se fomenta el homoerotismo femenino al convertir a las mujeres –para todos y todas- en objetos eróticos.

Los estudios sobre la sexualidad en la adolescencia (REMAFEDI, 1987; ROSS-REYNOLDS, 1982;

SAVIN-WILLIAMS y RODRÍGUEZ, 1993) indican que efectivamente las conductas sexuales entre pares del mismo sexo, lejos de ser algo excepcional, forman parte de la experiencia de un buen grupo de jóvenes con independencia de que sean o vayan a ser homosexuales. Soriano Rubio (1999: 20) afirma que generalmente “el 15% de los chicos y un 10% de las chicas tienen este tipo de prácticas antes de los 15-16 años”. La curiosidad por conocer otro cuerpo diferente al suyo, la necesidad de intimidad o la vergüenza a relacionarse con el otro sexo son las motivaciones fundamentales de estas conductas. Entre los hombres, pero particularmente entre las mujeres, el erotismo a estas edades está formalmente prohibido, y cuando ocurre entre las pensadas como heterosexuales, no es reconocido ni nombrado, debido al mecanismo de declarar inexistente lo que está sancionado negativamente. Al no existir, el erotismo entre mujeres queda subsumido en cualidades femeninas positivas como el afecto, la ternura, los besos, los abrazos, en fin, todo está permitido entre las mujeres porque se supone deserotizado. Pasada esta edad, si la orientación no es homosexual, esas conductas tienden a desaparecer en ambos sexos, unas veces por la presión social y otras porque aparece la atracción y relación con el otro sexo.

A pesar de ese complejo núcleo de relaciones, los mandatos de género dicen que las mujeres han de depositar su libido y han de sentirse exaltadas por los hombres. Semejante norma hace que el cuerpo de la mujer se construya a través de la mirada de los otros, concretamente del deseo de los otros. Los otros además norman los cuerpos. Las instituciones políticas, civiles, eclesiásticas, creadas dentro del orden patriarcal, han dictado la vida de las mujeres, desde ese cuerpo como referente simbólico. Cuerpo privado y colectivo, pureza y pecado, bondad y perfidia, pero casi siempre objeto de represión, de censura. La niña, educada en el desprecio o la desatención a su cuerpo, descubrirá que éste le da un cierto poder que le es negado por otras vías. El cuerpo, desconocido, es central en la vida de las mujeres, pocas veces para reconocerlo y amarlo, muchas para adaptarlo a los reclamos de la sociedad que las proclama y reclama como cuerpos atractivos, objetos eróticos, al alcance de cualquiera, a través de la publicidad, la moda o el cine.

En nuestra cultura la sexualidad es identificada con el erotismo al punto de usarse indistintamente am-



bos términos; sin embargo, la sexualidad contiene al erotismo, pero no lo agota. Siguiendo a LAGARDE (1997: 207), se podría decir que “el erotismo se corresponde con la exaltación o inhibición de los impulsos libidinales. [...] Tiene por protagonistas a los sujetos particulares y los grupos sociales; tiene como espacio al cuerpo vivido, y consiste en acciones y experiencias físicas, intelectuales, emocionales, subjetivas y simbólicas, conscientes e inconscientes, así como formas de percibir y sentir, tales como la excitación, la necesidad y el deseo, que pueden conducir o significar por sí mismas goce, alegría, dolor, agresión, horror, y pueden generar placer, frustración o malestar de manera directa o indirecta”. En el campo erótico se han de distinguir las prácticas, los conocimientos, las creencias... puesto que cada grupo humano incluye una cultura erótica específica, conformada por las relaciones sociales, normas prescriptivas o prohibitivas, códigos, prácticas, preferencias, conocimientos, saberes, concepciones, lenguajes y tabúes.

Asegurar la continuidad del orden patriarcal ha precisado de la combinación de las exigencias de castidad, virginidad y monogamia a la mitad de la población, la femenina. Para RIVERA (1996) la heterosexualidad obligatoria o el fundamentalismo heterosexual explica dos de esas construcciones sociosimbólicas fundamentales históricamente para las mujeres en el marco de la familia: la virginidad y la desnudez del cuerpo femenino. La virginidad, exigida únicamente a las mujeres, está ligada a esa necesidad de controlar la sexualidad femenina y expresa la posesión del cuerpo por un hombre. Los cuerpos de las mujeres, fundamentales para el placer masculino y para la reproducción, no han pertenecido a las mujeres, sino a los compañeros, a los hijos, a las iglesias, a los Estados... de ahí que la soberanía de las mujeres sobre sus propios cuerpos haya sido una de las primeras reivindicaciones de la segunda ola del feminismo. Afirma RIVERA (1996: 41) que “la construcción de la virginidad codifica, pues, en el orden simbólico patriarcal, el tipo o grado de pertenencia del cuerpo de una mujer a uno o más hombres: la “doncella” es del padre (que es, en principio, un pariente prohibido), y el padre negocia con la virginidad de ella hasta instalarla en el centro de un nuevo grupo de parentesco a través del matrimonio; las casadas son de su marido; las monjas son de Cristo; las prostitutas son de todos los hombres”, y las viudas -cabe añadir- de uno fallecido. La vir-

ginidad de la muchacha suponía, y en muchas culturas supone aún, el honor de la familia. El cuerpo de la mujer, objeto de represión, debe preservarse de todo contacto, por ello la casa ha sido el espacio femenino por excelencia. La tradición judeocristiana cuenta que por una mujer, Eva la pecadora, entró en el mundo la muerte, el sufrimiento; otra mujer, magnificada en el siglo XII tras acalorados debates en el seno de la Iglesia, la Virgen María, la que concibió sin mancha, redime al mundo e intercede ante su hijo, todopoderoso, a cambio de su castidad, humildad, modestia, silencio, laboriosidad, misericordia. El control y castigo de las mujeres, de su sexualidad desconcertantemente peligrosa, ha sido materia de tratados médicos, teológicos, didácticos y morales desde la Antigüedad. El otro elemento es el deseo de cubrir el cuerpo de las mujeres de la familia y de descubrir el del resto, en la libertad de mirar, decir, calificar a las otras se recuerda a las mujeres que son cuerpos accesibles, apropiables, violables... que sus cuerpos, en fin, no les pertenecen.

En la cultura occidental las oposiciones cielo y tierra, luz y tinieblas, alma y cuerpo, emanadas de la necesidad de trascendencia de los seres humanos, presentes desde las culturas milenarias, sabiamente manipuladas históricamente por el poder y la religión en un afán de controlar los “apetitos de la carne”, la promiscuidad, el orden social, y en fin, la necesidad de asegurar las líneas de filiación y la transmisión de la propiedad, han hecho más restrictivas las prohibiciones a las mujeres. La doble moral propia de las sociedades represoras ha operado a favor de los unos y en perjuicio de las otras. La mujer virtuosa ha tenido que negar en ella la existencia de deseos sexuales, ser desflorada en el matrimonio y conservar su virginidad hasta entonces, para transitar a la maternidad, con la que se recibe el beneplácito de la sociedad, y que supone la renuncia al erotismo que aunque presente en todas las mujeres, se reserva para las otras. Ello ha llevado a muchas mujeres, especialmente mayores, a percibir lo relacionado con la sexualidad como algo ajeno, a poder vivir sin mantener relaciones sexuales, e incluso a sentir cierta aversión hacia ellas. La sexualidad masculina en cambio, aunque ha estado sujeta a control, es mucho más permisiva. La iniciación del varón puede incluso haber sido acompañada por el padre. Cualquier cosa es válida con tal de que no se cuestione la virilidad del hijo, como tampoco la del padre.

En el Franquismo, la mayoría de las mujeres, sumidas en la ignorancia y la vergüenza, debían experimentar su cuerpo y su deseo en el matrimonio, quedando ambos supeditados a las necesidades del otro. La Sección Femenina (1958)<sup>107</sup> no dudó en articular un discurso de sumisión, de negaciones y fingimientos, en la relación sexual: “En cuanto respecta a la posibilidad de relaciones íntimas con tu marido, es importante recordar tus obligaciones matrimoniales: si él siente la necesidad de dormir, que sea así, no le presiones o estímulas la intimidad. Si tu marido sugiere la unión, entonces accede humildemente, teniendo siempre en cuenta que su satisfacción es más importante que la de una mujer. Cuando alcance el momento, un pequeño gemido por tu parte es suficiente para indicar cualquier goce que hayas podido experimentar. Si tu marido te pidiera prácticas inusuales, sé obediente y no te quejes”.

Los cambios operados en la vivencia de la sexualidad española tras finalizar la Dictadura, particularmente para las mujeres, han seguido la dirección del desarrollo personal y la afirmación de la libertad individual. Sin embargo, existen aún muchos nudos difícilmente resolubles si se toma en cuenta la persistencia del androcentrismo patriarcal, lo complejo de los procesos de individuación en la infancia y la definición de las identidades y los deseos sexuales, que no pocas veces llevan aparejados problemas de orden psíquico. ROS I RAHOLA y LÓPEZ GARCÍA (2001: 93) afirman que “la sexualidad dista mucho de tener un contenido equivalente para el hombre y la mujer, ni tampoco es un ejemplo logrado de complementariedad, a pesar de los mitos existentes en este sentido” puesto que ambos sexos tienen dificultades tanto con el propio deseo como con el de su pareja, de manera que no son extraños los conflictos sexuales, así como situaciones de incomunicación, soledad e incluso violencia, máximo en un contexto en el que predominan las prisas, el consumismo, la virtualidad y la necesidad de satisfacciones inmediatas. La edad de inicio de las relaciones sexuales es cada vez más temprana entre las chicas jóvenes (Tabla 69), que respecto de sus abuelas lo han hecho 4,6 años antes. La experiencia de los varones es distinta debido a la doble moral que ha caracterizado a las sociedades patriarcales, de modo que entre los jóvenes y sus abuelos sólo dista 1,9 años. Ente las personas mayores de ambos sexos la edad media en que iniciaron relaciones sexuales dista tres años.

**Tabla 69. Edad media en la que comenzó a mantener relaciones sexuales. Población canaria de 16 años y más, 2004.**

	Número de personas	Media
Total Mujeres	698.672	19,5
De 16 a 29	151.810	17,6
De 30 a 44	237.153	18,9
De 45 a 64	195.265	20,1
De 65 o más	114.444	22,2
Total hombres	676.555	18,0
De 16 a 29	166.221	17,3
De 30 a 44	244.013	17,8
De 45 a 64	182.628	18,4
De 65 o más	83.694	19,2

Elaboración propia

Fuente: SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2004). Encuesta de Salud de Canarias. Datos preliminares.

FOUCAULT (1989: 41) puso de manifiesto el funcionamiento de la sexualidad como régimen de poder que se hace posible a través de la construcción discursiva del sexo. Desde el siglo XVIII y XIX proliferaron los discursos desde las instituciones pedagógicas, la medicina y la justicia. Instancias que se dieron a la tarea de “proteger, separar y prevenir, señalando peligros por todas partes, llamando la atención, exigiendo diagnósticos, amontonando informes, organizando terapéuticas” de modo que, intensificando la conciencia de peligro, la necesidad de control reactivó la necesidad de hablar de sexo. La concepción de la normalidad en la práctica sexual se ha ampliado enormemente, de manera que lo que se consideró perversión en el siglo XIX ha pasado a categorizarse como desviación y, posteriormente, como variación.

Igualmente la relación sexual normal o normalizada, eminentemente reproductora, ha pasado a estar guiada por una finalidad estrictamente hedónica en la que se puede prescindir, al menos verbalmente, de afecto o amor, puesto que las prescripciones morales en este punto se han difuminado, a pesar de las proclamas de las jerarquías eclesiales o sectores reaccionarios de la sociedad. Los cambios resultan impresionantes, y en ellos ha incidido la irrupción de un nuevo discurso científico desde la sexología (KINSEY ET AL, 1948, 1953; MASTERS y JOHNSON, 1967, 1972) en el panorama internacional de los años cuarenta y cincuenta, las reivindicacio-

nes feministas, y la progresiva secularización de la sociedad. Hitos que han dado pie a la articulación de unos derechos sexuales y reproductivos inherentes a los seres humanos.

A diferencia de lo que le sucedió a muchas mujeres ancianas en su juventud, actualmente las jóvenes están informadas sobre los métodos anticonceptivos existentes, e incluso pueden recurrir al aborto, ciertamente en unos supuestos limitados que hacen pasar a muchas de ellas por enfermas -hasta que entre en vigor la reforma de la ley-, mientras en la vida sexual de la pareja se ha abierto el lugar para la comunicación y la satisfacción del placer de ambos. La articulación de colectivos y demandas de homosexuales y transexuales, y de los derechos legales en materia de unión y filiación para los/as primeros/as, permite evidenciar la relajación en la normatividad que orienta el deseo y las identidades sexuales, aunque obviamente persiste la homofobia<sup>108</sup> y la transfobia<sup>109</sup>; al igual que persiste en el plano negativo la pandemia del sida, un elevado número de embarazos adolescentes no deseados, y una elevada cifras de mujeres de todas las edades asesinadas a manos de sus parejas o ex-parejas.

En ese clima de “libertad” subsisten actitudes negativas y creencias inexactas sobre la sexualidad y el envejecimiento, incluso entre las personas ancianas. Actitudes que pueden inhibir o anular el deseo y/o la respuesta sexual. El culto a la juventud y al cuerpo en una sociedad “genitalizada y coitocéntrica” (NIETO, 1995: 17) deja a las personas mayores como seres asexuados, no sólo en el imaginario colectivo, sino también entre los mismos investigadores sociales. Así por ejemplo, en el estudio “Salud y hábitos sexuales: las conductas sexuales desde la perspectiva del sida” (INE, 2003) la muestra probabilística seleccionada incluía hombres y mujeres de entre 18 y 49 años, lo cual indica el desprecio a la sexualidad más allá de los cincuenta como si las cuestiones referidas al número de parejas, el uso de preservativo o el pago de relaciones sexuales no tuviera relevancia en este sector de la población; o aún peor, como si el sida en estas edades no fuera significativo. Por cierto que los resultados de la encuesta resultan relevantes para apoyar las afirmaciones vertidas anteriormente respecto de la persistencia de las diferencias entre los sexos puesto que un 24,4% de los hombres y un 55,6% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales con una única persona a lo largo de su vida; mientras que el 4,1% de las mu-

jes y el 21,6% de los hombres dijeron haber tenido relaciones con diez o más parejas sexuales. Así mismo, el 25,2% de los hombres frente al 8,4% de las mujeres, que mantuvieron relaciones sexuales en el último año, tuvieron parejas ocasionales. El preservativo en la primera relación, para las personas de 40 y más, sólo fue usado por el 31,5%; elevándose a un 79,6% en el caso de los menores de 30. Tanto hombres como mujeres declararon que la mujer no asume la iniciativa en asegurarse de que el preservativo esté disponible, casi en tres de cada cuatro ocasiones el preservativo lo llevaba el hombre; las razones aludidas eran la baja percepción de riesgo, la no disponibilidad del mismo o la falta de comunicación. El 27,3% de los hombres que habían tenido relaciones sexuales manifestaron haber tenido en la vida relaciones con personas a las que pagó por ello, de las mujeres no se decía nada. El tratamiento de la sexualidad resulta aún más coitocéntrico en el estudio “Preferencias sexuales de los españoles” (DEMOSCOPIA, 2004)<sup>110</sup>, en el marco de la que se pone de relieve que madrileños, canarios y andaluces son los que más fallan en la cama. El apoyo de un laboratorio farmacológico parece traslucir cierto interés en medicalizar la disfunción eréctil.

La sexualidad de la persona anciana, puesta en referencia con esa sexualidad centrada en la genitalidad se aparece, desde luego, como devaluada o inexistente. NIETO (1995: 17) sostiene que es ese reduccionismo genitalista reconstruido desde la sexualidad joven es “el que impregna los poros del cuerpo social y que vacía las conductas sexuales en términos de actividad coitocéntrica, con sus gravámenes obsesivos de potencia y frecuencia, el que se apodera también de actitudes y valores de los ancianos haciendo de su sexualidad una sexualidad referencial de difícil ejecución”. La sexualidad en la sociedad occidental, orientada hacia las necesidades de los varones, está centrada en la genitalidad, es coital y numérica (NIETO, 1995). Ciertamente con la edad se producen ciertos cambios que afectan a la respuesta sexual, fundamentalmente en los aspectos relacionados con el impulso y la velocidad en la respuesta excitatoria, motivados por ciertos cambios hormonales y vasculares; pero en ausencia de enfermedad específica -diabetes, neuropatías, hipertensión arterial, cardiopatías y depresión, fundamentalmente- los cambios operados no tienen por qué afectar al deseo, la seducción, la pasión, la masturbación, el afecto, los sentimientos, las emociones, la fantasía o los juegos. BRECHER (1984)

**Tabla 70. Práctica de relaciones sexuales. Población canaria de 16 y más años, 2004.**

	Hombres				Mujeres			
	16 a 29	30 a 44	45 a 64	65 o más	16 a 29	30 a 44	45 a 64	65 o más
Si	177.090	258.402	200.459	93.525	152.977	241.291	199.368	122.364
%	82,90	94,80	93,60	88,90	72,80	93,80	94,90	91,50
No	22.888	4.043	2.500	2.410	44.392	5.724	3.230	4.245
%	10,70	1,50	1,20	2,30	21,10	2,20	1,50	3,20
NsNc	13.640	10.174	11.239	9.303	12.646	10.107	7.491	7.087
%	6,40	3,70	5,20	8,80	6,00	3,90	3,60	5,30
Total	213.618	272.619	214.198	105.238	210.015	257.122	210.089	133.696
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2004). Encuesta de Salud de Canarias. Datos preliminares.

encontró que entre las personas de más de 70 años, el 75% de los hombres y el 59% de las mujeres calificaron su interés por el sexo de fuerte o moderado, que aproximadamente la mitad de los varones de 80 años eran sexualmente activos y que las mujeres solteras de más de setenta años experimentaban cierta liberación sexual a través de la masturbación. Los datos sobre práctica sexual en la tercera edad del Servicio Canario de Salud (ISTAC, 2004) apuntan en esta dirección y revelan una mayor práctica femenina (91,50%) que masculina (88,90%), algo relacionado con su sobrerrepresentación en este grupo de edad (Tabla 70), ya que también la pequeña proporción de mujeres que no tienen relaciones sexuales (3,20%) supera a la masculina (2,30%).

En la muestra de esta investigación, a las personas que tienen o han tenido pareja (que son el 92,7%) se les ha preguntado sobre la vivencia de su sexualidad, resultando que la proporción de mujeres que no mantiene actualmente relaciones sexuales (69,8%) es muy superior a la de los varones (39,3%).

**Tabla XXV. Mantiene relaciones sexuales en la actualidad, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Sí las mantiene	28,0	59,0
No las mantiene	69,8	39,3
No contesta	2,2	1,7

Fuente: Base muestral propia.

Un 67,3% de las mujeres que no las mantiene declara que su pareja ha fallecido, siendo entre los hombres el porcentaje de 39,8% (Tabla XXVI). Por el con-

trario un 51,2% de los hombres que no mantienen relaciones sexuales en la actualidad sí tienen pareja, representando las mujeres en este caso el 23,6%.

**Tabla XXVI. No mantiene relaciones sexuales en la actualidad, por situación de pareja y por sexo.**

	Mujer	Hombre
No tiene pareja	2,6	0,6
Tiene pareja	23,6	51,2
Separado/a, divorciado/a	6,5	8,4
La pareja ha fallecido	67,3	39,8

Fuente: Base muestral propia.

La satisfacción en las relaciones sexuales en el momento de la encuesta desciende al 60,1%, si bien los hombres siguen declarando que sus relaciones sexuales son satisfactorias o muy satisfactorias en mayor proporción: 52,8% los hombres y 64,9% las mujeres.

**Tabla XXVII. Satisfacción, en la actualidad, de las relaciones sexuales, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Muy satisfactoria	5,5	5,9
Satisfactoria	47,3	59,0
Regulares	36,4	30,9
Insatisfactoria	2,4	1,2
Muy insatisfactoria	1,2	,4
No contesta	7,3	2,7

Fuente: Base muestral propia.

En todo caso, la vivencia de la sexualidad de las personas mayores se podría calificar de optimista. El 78,7% de la muestra dice que sus relaciones sexuales con anterioridad a la llegada a esta etapa del ciclo vital han sido satisfactorias, no habiendo demasiadas diferencias entre las mujeres y los hombres, si bien éstos (84,1%) tienden a señalar en mayor proporción que las mujeres (74,4%) que sus relaciones sexuales han sido satisfactorias o muy satisfactorias.

**Tabla XXVIII. Satisfacción de las relaciones sexuales, en el pasado, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Muy satisfactoria	12,4	17,5
Satisfactorias	62,0	66,6
Mejóro con los años	5,9	3,8
Empeoró con los años	12,2	10,4
Insatisfactorias	4,6	,2
Muy insatisfactorias	,9	,0
Inexistentes	,5	,2
No contesta	1,5	1,2

Fuente: Base muestral propia.

Y en general, la valoración sobre toda su vida sexual es satisfactoria para el 84,2% de las mujeres y el 93,8% de los hombres.

**Tabla XXIX. Cómo ha sido, de manera amplia, la vida sexual, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Muy satisfactoria	13,2	17,5
Satisfactoria	71,1	76,3
Indiferente	9,9	4,0
Insatisfactoria	2,4	,5
Inexistente	1,1	,2
No contesta	1,5	1,4

Fuente: Base muestral propia.

En fin, la población mayor muestra la percepción de que su vida sexual ha sido satisfactoria en una proporción realmente alta (88,5%), si bien tal proporción contrasta con una vivencia actual menos satisfactoria de las relaciones sexuales que en el pasado. No obstante, de las personas mayores que siguen manteniendo relaciones sexuales, más de la mitad califica de satisfactoria su sexualidad actual.

Los hombres se sienten significativamente más satisfechos que las mujeres tanto con su vida sexual en general, como con sus relaciones sexuales preteritas y actuales. Una mayor proporción de varones que de mujeres señala que su relación de pareja cumplió las expectativas que depositaron en ella. Las mujeres tienen una percepción de su vida sexual como satisfactoria en una proporción elevada, pero un 12,3% la califica de indiferente o insatisfactoria. La mitad de las mujeres que mantiene relaciones sexuales en la actualidad no las califican de satisfactorias. Por su parte, un 30% de las mujeres apunta que su relación de pareja no cumplió con las expectativas que tenía antes del compromiso o sólo lo hizo en algunos aspectos.

De la sexualidad de las personas mayores ciertos aspectos son aún desconocidos o silenciados. En la vida cotidiana las manifestaciones de deseo sexual por parte del anciano fuera del ámbito privado conllevan su calificación peyorativa en términos de “viejo verde”. Un calificativo que, a pesar de la carga discriminatoria que comporta, oculta cierto reconocimiento, en tanto que el sujeto es un hombre. Tal figura no encuentra habitualmente paralelismo entre las mujeres, salvo que se considere la figura de la viuda alegre -que raramente es una mujer mayor-. En el imaginario colectivo, las mujeres mayores se presentan como seres carentes de deseo, sexualmente inactivas y, en todo caso, no deseables por alejarse de las exigencias de juventud y delgadez, requisitos inseparables de la concepción actual de belleza. En todo caso, el deseo sexual de las mujeres mayores es velado como inexistente.

Una moral sexual reproductivista supone que la mujer mayor ha perdido su principal valor representativo, la fertilidad. Belleza, juventud y delgadez son atributos que se asocian a la vida fértil, cuyo final está marcado por los mitos que anuncian la entrada en la vejez. La menopausia, en cambio, no es más que un acontecimiento fisiológico natural que acompaña, en torno los 45 y 55 años de edad, la salida del período reproductivo; un hecho que tiene una sintomatología muy variada entre las mujeres, pero que “está sujeta a un considerable condicionamiento social y cultural” (FREIXAS FARRÉ, 2007: 125). Es más, el estereotipo sociocultural anuncia que la menopausia supone la llegada del deterioro físico -flaccidez, arrugas y canas-, de problemas de salud -osteoporosis, alteraciones de la tensión ar-

terial, etcétera- y de incontables pérdidas -belleza, atractivo, deseo-. FREIXAS FARRÉ (2007: 150) recuerda que ciertas patologías se asocian mágicamente con la menopausia y no se relacionan con el paso de los años para ambos sexos, la vida sedentaria, la mala alimentación o una pareja sosa y “tantas otras coyunturas que necesitamos reordenar cuando llegamos a un punto que ahora se sitúa en la mitad de la vida y que antes era, ciertamente, el inicio de una vejez clara y sin paliativos: nos moríamos treinta años antes que ahora”. Añade FREIXAS FARRÉ que más allá de los mitos, la sexualidad es “un espacio de interacción en el que influye claramente la calidad de la experiencia previa y la comunicación emocional con la pareja”.

### 7.8. Economía, trabajo y “nido vacío”.

La extensa bibliografía existente sobre la vida productiva contrasta con la escasez de la que se ha dedicado a la reflexión sobre la jubilación, y aún ésta parece abundante si se compara con la atención prestada al “nido vacío”, en lógica concordancia con el insuficiente interés que reciben los acontecimientos que suceden en el interior del espacio privado en las sociedades productivistas. El “nido vacío” ha recibido atención desde el marco conceptual del “desarrollo de la familia” (DUVALL, 1957; DEL CAMPO, 1982) -que se abordará en el próximo capítulo- como una fase, la anteúltima, del curso vital familiar, y que precede a la de la desaparición de la familia por la muerte de los progenitores. Aunque el modelo de desarrollo sitúa esta fase en un momento anterior a la jubilación, el “nido vacío” es a las mujeres lo que la jubilación a los hombres, ya que ambos acontecimientos parecen marcar los momentos decisivos que vacían de sentido las vidas de las personas, dado que desaparecen los roles centrales que la sociedad tradicionalmente ha atribuido respectivamente a ambos sexos.

El abandono de los hijos e hijas del hogar de origen para la creación de una familia propia, e incluso por motivos formativos o laborales, suele ser motivo de orgullo para ambos progenitores, pero mientras los hombres construyen la subjetividad masculina sobre una gama más amplia de variables y asumen como ley de vida su independencia, resulta que la centralidad de la maternidad en la vida de las mujeres, esto es, la construcción de la feminidad sobre las bases de “ser para los otros”, hace que muchas

de ellas sean proclives entonces a reflexionar sobre su lugar en el mundo o el sentido de la existencia. El vacío del nido puede ser vivido como un vacío de la identidad, dado que el trabajo doméstico, con sus exigencias cotidianas de gestión del hogar, atención a las necesidades fisiológicas, afectivas y emocionales, de educación y responsabilidad, la vivencia de los éxitos y fracasos ajenos supone la no definición de las propias necesidades e intereses, y en fin, la ausencia de un proyecto de vida propio.

El “nido vacío” es una de las últimas fases de transición del ciclo familiar, aunque muchos hijos e hijas nunca acaban de irse del todo, pues las tareas relacionadas con la preparación de alimentos y/o atención a la ropa, en vez de ser asumidas por quienes se emancipan, pueden seguir siendo desempeñadas en el hogar de la familia de origen. El retraso del vacío del nido, en todo caso, es cada vez más frecuente, ya que los cambios experimentados en los rituales de paso en las sociedades occidentales asociados al mercado laboral e inmobiliario, y las dificultades para posicionarse en ambos retarda la formación de un hogar propio entre los/as jóvenes, incluso más allá de los 30 años, aplazando igualmente el vacío del nido más allá de la jubilación de los progenitores. Situación que puede correr paralela con la prestación de cuidado a los/as nietos/as, si tanto el padre como la madre de éstos/as trabajan fuera del hogar y optan por retrasar el ingreso en una escuela infantil, por motivos económicos o en el intento de conjurar el temor de dejar al menor en manos extrañas.

El cuidado de las personas es un rol característicamente femenino, y aunque los abuelos participan del cuidado de nietos y nietas, sus intervenciones son puntuales y más difusas. Coloquialmente se usa el “síndrome de la abuela quemada” para referirse a aquellas que se ven desbordadas por sus muchos quehaceres, pues además de los propios, tienen que asumir los que depositan en ellas sus descendientes más o menos independizados. Las mujeres mayores que han trabajado extradomésticamente y/o que llevan una vida de ocio o de crecimiento personal propia, no necesariamente vinculada a la familia, pueden experimentar un conflicto de intereses o una sobrecarga de ocupaciones ante tales requerimientos. Ocho de cada diez personas encuestadas en esta investigación (79,2%) tienen nietas y nietos y cerca de la mitad de ellos/as (42,4%) además les cuidan (Tabla XXX). De estos, la mayoría (57,3%) lo hace

de manera ocasional, si bien un 23,2% lo hace de manera permanente y otro 19,3% en los días laborables. Las mujeres cuidadoras representan un 43,7% del total y los hombres el 40,7%, ahora bien, la implicación de los abuelos es mayor en las ocasiones puntuales y equiparable a la de sus coetáneas en los días laborables. Una destacada proporción considera esta tarea un disfrute (78,2%) o una colaboración (14%), mientras que tan sólo un 4% lo considera un trastorno. La mitad de los hombres, independientemente de la edad de sus nietos/as (49%) y una proporción superior de mujeres (55%) reconocen ser más consentidores con sus nietos y nietas de lo que lo fueron con sus hijos e hijas frente a una proporción de 9,8% de mujeres y 13,7% de hombres que no lo son.

**Tabla XXX. Cuida de los/as nietos/as, por sexo.**

	Permanente-mente	Días laborables	Ocasio-nalmente	No
Mujer	12,3	8,2	23,2	56,3
Hombre	6,6	8,3	25,9	59,3

Fuente: Base muestral propia.

En el “nido vacío” la experiencia de compartir alegrías y enfrentar problemas y contrariedades favorece el apoyo y la ayuda mutua en una pareja que se reencuentra de nuevo sin interferencias, en una situación recobrada en la que la intimidad puede adquirir de nuevo sentido. Sin embargo, la emergencia de tensiones puede tener lugar al desaparecer las siempre absorbentes vivencias de los hijos e hijas que habían ocupado el centro de la escena y de las vidas de sus progenitores, pues si no se ha dado un espacio específico para el cuidado de la relación en esos años o para la solución de recurrentes conflictos, la vuelta a la soledad tras la marcha de los hijos/as puede ser vivida como un encuentro entre dos extraños. Las mujeres, en parejas que han asumido una distribución rígida de roles, habiendo dedicado parte de su vida al bienestar de su compañero, se encuentran ante la jubilación de ésta con el peso de su desocupación si apenas sale de casa y no encuentra en su hogar un lugar o tarea apropiada, de modo que puede quedar confusa, desorientada o agobiada. La situación es bien diferente si uno de los cónyuges sufre una dependencia invalidante; en este caso a las mujeres les resultará menos dificultoso que a los hombres ejercer de cuidadora, aunque carezcan de

formación específica, pero en ambos sexos tal cuidado suele comportar aislamiento, pérdida de relaciones sociales y ausencia de tiempo libre, además de influir negativamente en la salud del cuidador/a.

Una situación distinta es la soledad, experimentada en mayor medida por las mujeres, debido a la sobremortalidad masculina. Tras ella subyace la diferencia de edad en la conformación de las parejas, y la preferencia de los hombres por restablecer vínculos de pareja. La soledad se ha agudizado en las sociedades contemporáneas debido a los cambios en las estructuras del hogar que disminuyendo en su forma plurinuclear y extensa ha dado paso al aumento de su variante unipersonal -aspecto en el que se profundizará en el próximo capítulo-. Los datos del último Censo de Población y Viviendas (INE, 2001) apuntan que en el país el 7,7% de los hogares unipersonales están ocupados por mujeres mayores de 65 años, mientras que sólo el 2,2% lo está por hombres. Más del 25% de las personas mayores de 90 años, unos 60.000, viven solas; mientras que en el grupo de edad de 85 a 89 la cifra se eleva a 140.000 y a 250.000 en el grupo de entre 80 y 84 años. En el Archipiélago Canario, los hogares en los que residen mujeres solas representan el 4,45% y 1,7% en el caso de los hombres. La soledad, en el caso de estar acompañada de una salud precaria, degrada la calidad de vida, aunque generalmente la opción de vivir en un hogar unipersonal se apoya en la posibilidad de valerse o en la evitación de la institucionalización.

Un caso particular, asociado a la soledad, es el “síndrome de Diógenes” (CLARK, MAKINKAR y GRAY, 1975) que refiere la auto-reclusión y el auto-abandono de la persona anciana. Previamente, ciertos autores habían descrito el fenómeno calificando tales conductas de pobreza imaginaria (BEATSON, 1960), ancianidad reclusa (GRANICK y ZEMAN, 1960) o hundimiento senil (MACMILLAN y SHAW, 1966). El síndrome se refiere a un comportamiento caracterizado por el aislamiento voluntario, la ruptura de las relaciones sociales, la inobservancia de las normas convencionales de convivencia, de cuidados del hogar, del vestido o la higiene. Comportamiento acompañado de actitudes de indiferencia u hostilidad hacia el entorno, así como de ausencia de sentido del ridículo o vergüenza por la situación de descuido absoluto. La sobrevivencia de las mujeres hace que éstas sean más vulnerables al síndrome, pues el principio etiológico necesario, aunque

no suficiente, es la soledad. DE LA GÁNDARA (1992) ha establecido las características clínicas de este síndrome: la soledad, inicialmente condicionada por las circunstancias, y luego buscada voluntariamente; diferentes rasgos de personalidad previos que indican una tendencia al aislamiento o a la inadaptación social; y factores estresantes propios de la edad tardía, como la muerte de familiares, las dificultades económicas u otro tipo de pérdidas.

Circunstancias tales como el retraso en la salida de los/as hijos/as del hogar de origen, el cuidado de un cónyuge, padre o madre dependiente, hijo o hija discapacitado/a o y de los nietos y nietas evitan el vacío del nido, y reclaman la satisfacción de necesidades más allá de una edad legal de jubilación y prácticamente hasta la muerte de las personas cuidadas o la del cuidador/a. Los estereotipos, tal y como se apuntó con anterioridad, simplifican la percepción social y a menudo deforman la realidad; sus efectos perversos sobre la ancianidad, operan igualmente en relación al sexo. La fase del nido vacío no tiene por qué conducir necesariamente a la tristeza o el abatimiento. Cabe la posibilidad de articular mecanismos de adaptación y ajuste para vivir esta etapa como la propicia para hacer todo aquello que se ha anhelado y se postergó ante las obligaciones familiares y los requerimientos ajenos, salvo que las limitaciones de orden material o de salud lo impidan. De hecho, el 18,1% de la muestra base de esta investigación son personas que aseguran desarrollar más actividades recreativas y culturales tras la marcha de sus hijos/as del hogar, y de las personas que lo afirman el 69% son mujeres (Tabla XXXI).

**Tabla XXXI. Desarrolla más actividades recreativas o culturales que en el pasado, tras la marcha de sus hijos/as, por grupo de edad y sexo.**

		Mujer	Hombre
De 65 a 74	Si	24,6	13,1
	No	75,4	86,9
De 75 a 84	Si	20,7	13,8
	No	79,3	86,2
De 85 y más	Si	3,7	22,9
	No	96,3	77,1

Fuente: Base muestral propia.

Las diferencias entre los sexos son significativas en el primer y tercer grupo de edad, de modo que las

mujeres más jóvenes y los hombres más mayores han emprendido más actividades tras la marcha de sus hijos/as.

Rescapitulando, se puede señalar que así como en ciertas sociedades se conservan ritos de pasaje para marcar las distintas etapas del curso vital, la conyugalidad o cohabitación, la maternidad y la paternidad se configuran en Occidente como ritos de paso que acompañan a los cambios en la posición estructural de los individuos. La plena autonomía respecto de la familia de origen adquirida por alguna de estas vías posibilita a la sociedad etiquetar a un individuo de adulto.

Lo privado -el espacio de la reproducción- se construye fundamentalmente sobre los ejes del amor, la sexualidad y el cuidado. En este espacio, la centralidad del trabajo doméstico, que recae aún de manera desproporcionada sobre las mujeres, requiere de una importante inversión de tiempo, rapidez y destreza en la ejecución de tareas repetitivas y desvalorizadas (características por otra parte apreciadas en el trabajo industrial) que se llevan a cabo sin remuneración alguna y que aseguran finalmente la reproducción biológica y social. En la base de la división sexual del trabajo, las tareas domésticas junto a las relaciones sociales de sexo en la familia, contribuyen a explicar las desigualdades que se registran tanto en el ámbito de lo público y sus consecuencias futuras, como en el acceso a diferenciado a otros recursos vitales como el tiempo o la estima, pero éstos no suelen impactar en una disposición diferencial de los afectos en la última etapa del ciclo vital -como se pondrá de manifiesto en el capítulo 8-.

En fin, mientras que a la mayoría de los hombres los compromisos de cuidado y domésticos les permiten conservar importantes parcelas de libertad, a la mayor parte de las mujeres les impone ciertas limitaciones, respecto de las que se tome o no plena conciencia, supone una rémora cuyas manifestaciones en el plano material se evidenciarán en el envejecimiento. Indudablemente las decisiones tomadas en un momento de la vida tendrán sus consecuencias futuras, y para un todavía elevado número de mujeres jóvenes y maduras sus condiciones en el envejecimiento no distarán mucho de los estándares actuales. Para otras, los cambios socioculturales implicarán diferencias en la forma en que envejezcan, pero es demasiado pronto para asegurar hasta qué punto.



## **CAPÍTULO 8**

### **ENTORNO FAMILIAR Y VITAL**

## CAPÍTULO 8

### ENTORNO FAMILIAR Y VITAL

#### 8. 1. Introducción. La plasticidad de la institución familiar

La formación de familias en las economías predominantemente rurales, como la que conocieron las personas ahora mayores, requería que hijos e hijas fueran productivos a edades muy tempranas. Pocos llegaban a adultos con sus progenitores vivos en tanto que los ancianos y las ancianas eran entonces relativamente escasos. En ese contexto, en el que la sobrevivencia requería de un esfuerzo productivo de todos los miembros de la unidad familiar, se construían unos marcados y persistentes roles en función del sexo y la edad. En Europa la familia tradicional extensa fue dando paso, mucho antes de que se iniciaran los procesos de industrialización y urbanización, a la familia nuclear de la sociedad moderna, si bien la familia española no consolidó tal modelo hasta las décadas setenta y ochenta del siglo XX.

A lo largo del siglo pasado, particularmente desde la década de los sesenta, la estructura y dinámica de la vida familiar española se vio afectada por cuatro procesos de cambio, algunos ya señalados, cuales son la espectacular disminución de los niveles de mortalidad; la caída sin precedentes de la fecundidad; los cambios en la institución matrimonial (varía la tasa de nupcialidad, el sentido y significado último atribuido a la unión matrimonial, la edad media de contraer matrimonio, la fecundidad deseada y la considerada ideal, las razones para contraerlo y las cualidades deseadas en el cónyuge); y por último, cambios significativos en la dinámica interna familiar, tanto en las relaciones padre/hijo caracterizadas por la existencia de un menor grado de autoritarismo, como sobre todo en las relaciones esposo/esposa en la dirección de una cada vez mayor simetría (BELTRAN ET AL, 1987: 13).

A consecuencia de ello, las familias son cada vez más pequeñas, pues se han rebajado las exigencias reproductivas biológicas y socioculturales asignadas desde tiempos inmemoriales a las mujeres bajo una división sexual del trabajo androcéntrica. Las familias son además cada vez más longevas, en ellas se pueden interrelacionar tres o cuatro generaciones.

La posibilidad de que ambos cónyuges sean proveedores de recursos pecuniarios a la familia no sólo ha incidido en la democratización de la institución, sino que ha supuesto que el Estado fuera asumiendo gradualmente un mayor número de funciones para facilitar la reproducción social. La generalización de la protección social y la progresiva universalización de la asistencia sanitaria ha garantizado a las personas mayores cierta cobertura de sus necesidades en uno de los períodos de mayor vulnerabilidad del ciclo vital. En todo caso, las insuficiencias de la cobertura pública son resueltas hoy, igual que en el pasado, por la institución familiar, y predominantemente por su mitad femenina. Precisamente ha sido la centralidad de la familia en los países del Sur de Europa, unida a la fuerte presencia de la Iglesia Católica, la que ha retrasado la constitución y el fortalecimiento del entramado institucional del Bienestar Social en España –como se anticipó en el capítulo 3 y se ampliará en el 9-. En este capítulo se aborda la importancia funcional de la familia y las relaciones de reciprocidad entre las distintas generaciones.

#### 8.2.- La funcionalidad y la forma de la familia.

La concreción del concepto familia ha variado históricamente, tanto que incluso resulta difícil de precisar en una época concreta. De origen latino, el sustantivo “*famulus*” o servidor se debió aplicar originalmente al conjunto de esclavos y servidores que vivían bajo el mismo techo, y después a la casa en su totalidad, incluyendo el señor, la mujer, sus hijos/as y criados. Luego, por extensión, vino a designar a los parientes paternos y maternos y, al menos en la lengua corriente, se convirtió en sinónimo de “*gens*”. ZONABEND (1988: 17) distingue *casa* entendida como “conjunto de individuos que viven bajo el mismo techo” de *gens* “comunidad formada por todos los que descienden de un mismo antepasado; *agnati*, parientes paternos, *cognati*, los maternos, y posteriormente, por extensión, el conjunto de los parientes de sangre”. Diferentes unidades de parentesco que se reúnen ahora bajo el mismo

concepto de familia, pues la amplitud de los círculos de pertenencia a la familia han variado según el lugar y la época. ANDERSON (1980: 10) afirma que “la familia, al revés de la mayoría de los organismos sociales, carece en gran medida de fronteras claramente identificables y de estructura formal, así como de todo conjunto de funciones claramente identificadas; en otras palabras, carece de los distintivos conceptuales en que solemos basar nuestro análisis de la diferencia y el cambio”. La familia se podría definir como “el cruce de un sistema de reproducción y de un sistema de alianzas sociales, que vertebra la cohesión social entre las generaciones y los géneros” (PÉREZ DÍAZ, CHULIÁ y VALIENTE, 2000: 27). Esta institución social agrupa a los individuos en grupos cooperativos para la satisfacción de las necesidades sexuales, reproductoras, emocionales, económicas y de socialización de sus miembros. Ciertas funciones desempeñadas históricamente por la unidad familiar han sido asumidas en la modernidad por organizaciones formales especializadas, tales como las escuelas, los hospitales o los geriátricos. En todo caso, la familia no deja de ser el principal soporte material y emocional de sus miembros y conserva funciones destacadas por las principales escuelas sociológicas

Todos los sociólogos clásicos, como COMTE, MARX, DURKHEIM o TONNIËS, se han interesado por la familia y, de hecho las formas de estudiar esta institución son tantas como autores se han dedicado a ella. LE PLAY (1855), sin embargo, representó el tránsito del pensamiento social presociológico a la investigación empírica en esta materia, pues en lugar de tratar de dar respuestas de tipo filosófico, estudió cómo viven y se organizan las familias en un marco social y cultural determinado. DEL CAMPO y NAVARRO (1985: 16) recogen los cinco marcos conceptuales que se consideran clásicos en el análisis de la familia, que identificaron HILL y HANSE (1960): simbólico interaccional, estructural funcional, situacional, institucional y desarrollo de la familia. Marcos a los que NYE y BERRARDO (1966) sumaron los enfoques económico, antropológico, social, religioso y jurídico.

El análisis del “Interaccionismo” (BURGESS, 1926; MICHEL, 1960; RAPAPORT, 1971) sugiere que la familia puede ser estudiada como una unidad de personas en interacción, cada una de las cuales ocupa una posición, definida por un determinado número de roles. Cada cual define sus roles en

relación con las expectativas del grupo de referencia o con su propia concepción de la conducta a llevar en una determinada situación. Rol y cumplimiento del rol son conceptos centrales que se mezclan con estatus, autoridad, iniciativa, comunicación o conflicto. El interés en analizar la familia como un grupo viviente conduce al olvido del análisis de sus relaciones con otras agencias sociales. El “Marco estructura-función” (DAVIS, 1947; MERTON, 1949, PARSONS, 1955; HOMANS, 1950; LEVY, 1952) considera a la familia un subsistema social que forma parte del sistema social total. Un grupo de individuos que actúa en función de una red de estatus y roles cuya significación es el mantenimiento del sistema familiar, y a través del cual se perpetúa el sistema social entero. Se incluyen en este análisis las expectativas de roles de los otros miembros de la familia, las disposiciones subjetivas, los grupos de referencia y todos los elementos que actúan como mediadores para transformar la estructura familiar en comportamiento abierto. Pero el acento cae en el aspecto estático de la estructura, puesto que se presta poca atención a la iniciativa de los individuos y las posibilidades de la familia como agentes de cambio. El “Análisis situacional” (BOSSARD, 1943; BARKER y WRIGHT, 1955; CHOMBART DE LAUWE, 1956; MOGEY, 1960) analiza el contexto en que se encuentra el individuo o la respuesta abierta del individuo a una situación. En este análisis el acento recae en los aspectos psicológicos y se presta especial atención a las interacciones. La familia se entiende como una situación social para el comportamiento, un estímulo, como lo es la situación misma. El “Análisis institucional” (ZIMMERMAN, 1947; SIRJAMAKI, 1953; KÖNIG, 1970) se relaciona con los estudios históricos de MORGAN (1887), DURKHEIM (1902) y MAUSS (1947). En esta aproximación la institución del matrimonio y la familia está situada en la sociedad global, considerada un organismo, un sistema mantenido por las partes que lo componen. Éste marco se asemeja al análisis estructuro-funcional, pero se caracteriza por el acento puesto en la investigación descriptiva, histórica y comparativa. La familia se considera una de las instituciones más importantes de la sociedad contemporánea, a pesar de la pérdida de funciones que ha experimentado. Finalmente, el “Marco del desarrollo” (DUVALL, 1957; HILL, 1964) tiene muchos puntos en común con el del Interaccionismo, en tanto que la familia se ve como un grupo de personas interactuando; no obstante, los roles son considerados emparejados interiormente (marido-

padre, hijo-hermano). Las normas prescriben el rol apropiado para cada una de las posiciones, cómo debe ser mantenida la reciprocidad y cómo deben cambiar dichos roles con la edad. Y es que el grupo tiene una historia natural previsible cuyas etapas se desarrollan de acuerdo a unos ciclos que empiezan con la pareja y que se hacen cada vez más complejos con la llegada de los descendientes, hasta que se vuelven a limitar a la pareja cuando los hijos/as se casan y tienen una profesión. Paralelamente a los ciclos evolucionan la calidad y el tipo de interacción, de modo que a veces reina la armonía y otras veces se encuentran los intereses antagónicos. Este análisis, con vocación unificadora, se encuentra cercano no sólo al Interaccionismo, sino también al Funcionalismo. Se incluye en este marco la investigación de la interacción en la pareja: autoridad, reparto de tareas domésticas, comunicación, acuerdo y conflicto.

Otros marcos conceptuales acentúan los aspectos conflictuales. Desde el marxismo, ENGELS (1884) consideró que las sociedades primitivas o simples se reducen al parentesco, mientras que las complejas, en las que se ha constituido el Estado, el parentesco cede su importancia al orden de la propiedad, de modo que la función de la familia consiste en identificar herederos a fin de asegurar la concentración de la riqueza y la reproducción de la estructura de clases, posibilitando la perpetuación de las desigualdades sociales. Desde una perspectiva feminista, DELPHY y LEONARD (1992) sostienen que la familia es una institución central para la opresión de las mujeres, pues favorece un sistema económico en el que los hombres se benefician del trabajo impago de las mujeres. En otro sentido, BURIN y MELER (1998) destacan cómo la familia es un lugar privilegiado para conocer las relaciones de poder entre los géneros y las subjetividades sexuadas derivadas de tal orden, manifiestas en el par dominación-subordinación. La deconstrucción de la familia como una unidad “natural” se presenta como obra del movimiento feminista, pues en tanto que movimiento político, “se encargó de liberar a las mujeres de los miedos a no ser buena esposa y a no ser buena madre, dándoles la capacidad de elegir y ofreciéndoles alternativas al margen de la posible situación familiar” (ALBERDI, 1999: 349).

La base conceptual para el estudio de la familia carece pues de homogeneidad, los postulados y las hipótesis varían con cada aproximación. Ahora

bien, en lo relativo al origen parece existir cierto consenso, puesto que en el átomo del parentesco están presentes los tres tipos de relaciones familiares que se dan en una sociedad humana: “relación de consanguineidad, relación de alianza y relación de filiación” (MICHEL, 1974: 44). LÉVI-STRAUSS (1947) situó el origen de la familia en el mismo tabú del incesto, una prohibición universal que se levanta como el núcleo de la teoría del parentesco, puesto que la exogamia permite intercambiar individuos entre grupos familiares al perseguir establecer alianzas de concordia y cooperación.

Probablemente los primeros grupos humanos fueron matricéntricos -como se apuntó en el capítulo 7-, pero el concepto de familia en la historia ha estado indisolublemente ligado al de patriarcado, de modo que las familias han intercambiado tradicionalmente mujeres jóvenes de padres o hermanos a maridos, cosificándolas. En este sentido BOURDIEU sostiene que “el tabú del incesto, en el que LÉVI-STRAUSS ve el acto fundador de la sociedad, en la medida en que supone el imperativo del intercambio entendido como comunicación equivalente entre los hombres, es el correlato de la institución de la violencia mediante la cual las mujeres son negadas en cuanto que sujetos del intercambio y de la alianza que se establece a través de ellas, reduciéndolas sin embargo, al estado de objetos o, mejor aún, de instrumentos simbólicos de la política masculina” (BOURDIEU, 2005: 60).

Los distintos modelos familiares que se han conformado en el transcurso de la historia no han tenido una evolución clara ni un destino uniforme. A la “*oikia*” griega organizada en torno a la figura de “un hombre que es padre, amo de esclavos y marido” (SISSA, 1988: 172), que se sitúa entre el individuo y la sociedad, le sucede el “*domus*” (casa) o la *familia* (patrimonio, bienes) romana, que tomada en su línea masculina es la “entidad política por excelencia” (THOMAS, 1988: 238). En la Edad Media, la diversidad se extiende por Europa, pues en gran parte domina ya la familia nuclear que convive con otros modelos de organización y distribución de la autoridad. “Se desmintió hace tiempo la idea general de un paso progresivo de la familia-tronco de la Alta Edad Media a la familia nuclear de la Europa Moderna” (BRESC, 1988: 403). En sus orígenes la industrialización en el campo “prolonga las estructuras familiares (extensas) tradicionales, conserva la interdependencia de generaciones, mantiene el

poder de las leyes de ayuda mutua, de parentesco y de vecindad, extiende a los obreros el marco estructurador de valores y costumbres aldeanas” (SEGALLEN, 1988: 392).

En la ciudad, las estrategias de la familia obrera, que sigue cumpliendo con gran número de funciones, le lleva a adoptar diversas formas que se mezclan con las que adopta la familia burguesa. Será hacia finales del siglo XIX cuando la Iglesia, el Estado, el empresariado y las sociedades de beneficencia impulsen “los modos de vida obreros en torno a un modelo familiar conforme a las normas procedentes de la clase burguesa, insistiendo especialmente en el reparto sexual de las tareas, además de una mayor atención a los hijos y al hogar doméstico” (SEGALLEN, 1988: 408). Desde principios del siglo XX y tras la Primera Guerra Mundial se adviene la cultura de la clase media, con una ideología familiar que, enfatizando la importancia de la esfera privada, se articula en torno al amor de la pareja y la educación de los/as hijos/as. A mediados del siglo XX, todos los países occidentales comparten ya ciertos rasgos de organización social, particularmente en lo relativo al sistema familiar, de modo que el grupo doméstico, generalmente nuclear, se inserta en una red de parentesco bilateral de funciones flexibles

Así como los cambios económicos, sociales y culturales relacionados con la modernidad en la sociedad española impactaron en los modelos de agrupación familiar, esos cambios unidos al avance del individualismo en las sociedades postmodernas han supuesto la articulación de unas demandas que, apoyadas en los principios de libertad e igualdad en las relaciones interpersonales recogidas en la Constitución de 1978, han incidido lentamente en cambios legislativos y de las costumbres para la articulación de nuevos tipos de familia. La incorporación de la mujer al trabajo remunerado, el retardo o rechazo del matrimonio, la planificación familiar, la reposición de la ley del divorcio y la del matrimonio homosexual son algunos hechos sociales que han contribuido a una mayor diversidad: familias de hecho, parejas sin descendencia, monoparentales/monomarentales, reconstituidas u homoparentales. Estas formas de convivencia han existido siempre, “lo novedoso es la naturalidad con la que se aceptan y su aumento en relación con la reducción del número de hogares formados por parejas que viven con sus hijos” (ALBERDI, 2007: 27). Como afirman BURGUIÈRE ET AL. (1998: 543) “la modernización (y la postmodernización, se po-

dría añadir) de las sociedades no se ha hecho contra la familia, sino con ella”. El debate sobre la crisis de la familia como institución ha cedido ante la evidencia de su transformación, resultado de la quiebra del modelo patriarcal de familia; un modelo en el que el varón, frecuentemente el de más edad, tenía atribuido el poder y la autoridad. Algunas señales de resistencia a la pérdida de cotas de poder son ciertas actuaciones violentas perpetradas por algunos varones, aunque el fenómeno de la violencia conyugal no es nuevo; lo que es nuevo es la sensibilidad social, el tratamiento mediático y la implicación de los poderes públicos.

Ciertos analistas, en lugar de hablar de crisis, apelan al “malestar generacional como indicador de cambio social” (DONATI, 2003: 174) para referirse a que aún cuando se da una convivencia pacífica entre generaciones, las más envejecidas y las maduras aprecian de las más jóvenes un menor compromiso y una cierta distancia fruto de una lectura de la realidad diferente, por ejemplo, respecto de las relaciones entre hombres y mujeres. DONATI señala dos grandes tipos de factores culturales y estructurales que definen tal situación, por un lado, la pérdida de un sentido compartido de las referencias simbólicas usadas en la comunicación, y por otro, la extrema incertidumbre en las expectativas recíprocas. Semejante malestar guarda relación con la particular aceleración de los cambios sociales, y en general, con las razones de progreso: los procesos de escolarización en masa de los jóvenes que marcan distancias cognitivas y simbólicas; los ritmos competitivos de vida y de trabajo que recortan el tiempo de estar juntos; las comunicaciones de masa que al tiempo que relacionan con personas distantes acentúan las distancias con personas cercanas; las particulares exigencias de consumo a la que están habituadas las generaciones de la sociedad opulenta; el progreso científico y tecnológico que hace retroceder todo lo que es natural; y las presiones de una realidad virtual que aleja de las situaciones reales. Desde esta óptica, en un mundo próximo los vínculos sociales entre padres e hijos serán “más débiles, impredecibles, fluctuantes” (DONATI, 2003: 177). Pero tales desequilibrios no necesariamente están destinados a destruir a la familia como relación de plena reciprocidad entre los sexos y las generaciones.

La familia es, en todo caso, una institución flexible que puede adoptar múltiples formas que combinan de distintas maneras lo social y lo biológico. Las transformaciones experimentadas por el modelo tra-

dicional se evidencian también en la evolución de la estructura de los hogares en España. Una evolución que apunta a la reducción de su número medio, y que a su vez informa de la disminución de familias con más de un núcleo conyugal, así como del aumento del número de hogares formados por parejas sin descendencia, monoparentales y unipersonales. De hecho, en los últimos treinta años en España el número medio de miembros por hogar ha pasado de 4 a 2,81 en 2005 (Tabla 71). Semejante reducción se explica en base a datos como el que informa de que el 73% de las personas con 25 años sigue soltera y viviendo con alguna persona de una generación anterior, normalmente sus progenitores. Ese porcentaje no baja de 50% hasta los 28 años y de 35% a los 30 años. A pesar de que los jóvenes protagonizan la creación de los hogares unipersonales al emanciparse de la familia de origen, un buen número de esos hogares están ocupados por personas mayores. En 2005, se contabilizaron 905.600 hogares unifamiliares de personas de menos de 65 años frente a los 1.201.700 hogares de personas de 65 y más años.

En Canarias el tamaño medio del hogar ha seguido una tendencia decreciente, similar a la que se registra en el resto del país (Tabla 72), si bien despunta por encima de la media estatal. En la Comunidad Canaria, el 29% de los hogares unipersonales correspondían en 2001 a personas mayores de 65 años. Habitualmente son las personas mayores, con un nivel aceptable de salud y unos ingresos econó-

micos suficientes, las que pueden mantener su hogar y ser independientes de sus hijas e hijos durante un largo período de tiempo. Ahora bien, el 71,9% de esos hogares unipersonales de mayores estaban ocupados por mujeres, para las que la tasa de soledad aumentaba con la edad, de modo que el último ciclo se iniciaba a los 65 años con el 13,6% y finalizaba con un 31,3%. Los varones mayores, solteros y viudos, con menor peso en términos absolutos y porcentuales entre la población anciana (7% y 13,5% los hombres y 9,2% y 45,8% las mujeres, respectivamente), acceden más fácilmente a la convivencia con parejas o familiares, dado su desentrenamiento en las tareas del ámbito doméstico.

**Tabla 72. Tamaño medio del hogar según número de personas por islas. Canarias. 1991-2001.**

	1991	2001
Canarias	3,69	3,21
Lanzarote	3,80	2,88
Fuerteventura	3,75	2,95
Gran Canaria	3,78	3,25
Tenerife	3,60	3,24
La Palma	3,39	3,38
La Gomera	3,74	3,21
El Hierro	2,96	2,93

Elaboración propia.

Fuente: ISTAC. (2001). Tamaño medio del hogar por islas.

**Tabla 71. Tamaño del hogar. España 1991-2005.**

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Tamaño medio	3,4	3,3	3,3	3,23	3,21	3,19	3,15	3,11	3,06	3,02	2,97	2,93	2,90	2,86	2,81
Distribución porcentual por número de miembros															
1	10,85	11,34	11,52	12,00	12,23	12,02	12,36	12,96	13,40	14,03	14,45	14,89	15,38	15,61	16,26
2	21,66	22,06	22,40	22,73	22,91	23,16	23,64	24,01	24,77	25,18	25,88	26,26	26,66	27,46	27,57
3	20,97	21,21	21,51	21,82	21,91	22,50	22,78	22,92	22,92	22,94	23,38	23,51	23,66	23,69	23,81
4	24,89	24,82	25,30	25,24	25,27	25,78	25,67	25,37	25,03	24,93	24,55	24,12	23,60	23,38	22,80
5	12,77	12,45	11,98	11,41	11,22	10,74	10,20	9,82	9,55	8,97	8,16	7,87	7,58	6,99	6,77
6	5,54	5,18	4,67	4,37	4,25	3,90	3,63	3,41	3,03	2,78	2,47	2,36	2,20	2,03	1,90
7	2,06	1,80	1,64	1,58	1,44	1,24	1,12	0,96	0,85	0,83	0,79	0,72	0,64	0,56	0,60
8	0,74	0,64	0,57	0,50	0,46	0,42	0,37	0,37	0,28	0,21	0,21	0,20	0,18	0,18	0,16
9	0,30	0,29	0,23	0,19	0,19	0,14	0,14	0,11	0,10	0,08	0,07	0,05	0,06	0,07	0,07
10 y más	0,23	0,21	0,18	0,15	0,11	0,11	0,08	0,08	0,07	0,06	0,04	0,03	0,04	0,05	0,07

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2006). Datos nacionales. Familia y relaciones sociales.

En el Archipiélago, los/as mayores que figuran como persona de referencia (Tabla 73) representan el 32,56% de aquellos/as que conviven con otra persona, en el caso de ser la persona de referencia un hombre generalmente lo hace con su pareja, mientras que para ambos sexos cabe la posibilidad de convivir con un progenitor/a de edad avanzada, un/a hijo/a soltero/a, separado/a o divorciado/a y, con menor frecuencia, algún hermano/a o sobrino/a. El 18,75% convive con otras dos personas, frecuentemente el cónyuge y algún hijo/a o cualesquiera otros parientes. El resto convive con tres o más personas, lo cual abre la posibilidad a que en la residencia de la persona mayor referente se encuentre uno o más núcleo/s familiar/es de sus descendientes.

La familia, como defiende la “Teoría del desarrollo” (GLICK, 1947; DUVALL, 1957; HILL, 1964), tiene su propio ciclo vital. Un ciclo en el que atraviesa ciertas etapas desde su establecimiento hasta su desaparición. Etapas en las que el comportamiento para cada posición social y los cambios asociados a las mismas, a causa de la edad, se rigen por la normatividad social. En términos similares a la propuesta psicosocial de ERICKSON (1975, 2000) que establece ocho etapas en el ciclo de vida y sus respectivas crisis, cada una de las cuales provoca un desafío con una alternativa que lleva al desarrollo, se afirman tres procesos de continuidad y desarrollo respecto de la familia: autonomía contra dependen-

cia; cercanía contra separación, y continuidad contra dislocación de la familia en tanto que sea unidad funcional (GONZÁLEZ MIERS, 2005: 54). La primera aflora desde la adolescencia, la segunda enfrenta un nivel equilibrado de implicación o ayuda mutua frente a las tensiones de poder, autoridad o control, y la tercera, la más importante en el envejecimiento de la familia, se refiere a supervivencia frente a confrontación hacia lo desconocido.

DEL CAMPO y NAVARRO (1985: 42) recogen el modelo clásico de ROWNTREE (1906) quien estableció tres etapas: una primera de pobreza cuando los hijos/as son pequeños/as, a la que sigue otra de relativa prosperidad al poder estos/as trabajar, hasta que acontece de nuevo la pobreza en el último momento, cuando los padres son ancianos y los hijos/as se emancipan para establecer sus propias familias de procreación. A partir de estos enunciados, “la teoría del desarrollo” ha sostenido que la familia es una institución social definida que posee su propia y predecible historia natural, constituida por etapas de complejidad creciente a las que siguen otras de simplificación familiar, variando además las características sociales y económicas de las familias desde su formación hasta su disolución. El modelo de DUVALL (1962) recoge en ocho fases la extensión y contracción de la familia, desde el comienzo de la familia (pareja sin hijos/as); las familias con bebés; las familias con hijos/as preescolares; las familias

**Tabla 73. Tamaño del hogar, por edad de la persona de referencia, en grandes grupos de edad y sexo. Canarias, 2001.**

Número de personas	Total	Total		De menos de 16 a 64		De 65 y más	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
1	117.995	57.556	60.439	32.915	50.815	24.641	9.624
2	115.347	51.115	64.232	36.563	41.222	14.552	23.010
3	108.948	42.762	66.186	36.363	52.147	6.399	14.039
4	115.007	35.544	79.463	33.043	72.303	2.501	7.160
5	53.974	16.695	37.279	15.687	33.992	1.008	3.287
6	23.186	8.084	15.102	7.689	13.735	395	1.368
7	9.860	3.638	6.222	3.489	5.640	149	582
8	4.512	1.857	2.655	1.780	2.417	77	239
9	1.769	746	1.023	718	947	28	76
10	1.899	832	1.067	800	991	32	76
Total	552.497	218.829	333.668	169.047	274.209	49.782	59.461

Fuente: INE. (2001). Censo de Población y Viviendas. Elaboración propia.

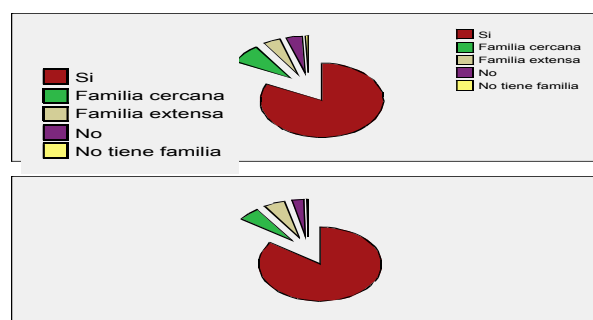
con adolescentes; las familias como “plataformas de colocación”, desde que se va el primer hijo/as hasta que se va el último/a; las familias maduras, desde el “nido vacío” a la jubilación; y por último las familias ancianas, desde la jubilación hasta el fallecimiento de los miembros de la pareja. Recientemente se empieza a hablar de la fase del “nido sin usar”, en tanto que las mujeres no sólo reducen el número de hijos/as que tienen, sino que concentran los partos en un período corto de la vida fértil. Otros cambios registrados son la prolongación de la permanencia en el nido por parte de los hijos e hijas y el aumento del período correspondiente al “nido vacío” ante el aumento de la esperanza de vida de los progenitores. Diversos son los modelos que se han propuesto, pero habitualmente cada ciclo puede ser identificado con sus propias fuentes de conflicto y solidaridad y cada uno puede ser considerado según tres dimensiones de complejidad creciente: a) las tareas cambiantes y las expectativas de roles de los hijos e hijas; b) las tareas cambiantes y las expectativas de roles de los progenitores; y c) las tareas de la familia que resultan de los imperativos culturales en los distintos ciclos y de las exigencias de desarrollo de los progenitores e hijos/as.

Las familias de las personas mayores han cubierto, habitualmente, las diferentes etapas del ciclo vital y se sitúan en las dos últimas de las descritas por DUVALL (1960), esto es, en la fase madura o en la etapa anciana, al igual que no son infrecuentes las familias que se encuentran en las etapas inmediatamente anteriores, en la que algunos hijos e hijas se han ido de casa pero otros permanecen en el hogar. MOTA (2000: 146) distingue dos etapas a lo largo del ciclo vital del envejecimiento. “Una primera en la que la persona mayor mantiene un grado de autonomía personal aceptable, que le hace vivir de forma independiente en su hogar, y con su propio núcleo familiar, y en la que sus necesidades asistenciales son limitadas. Y otra, en la que de forma progresiva va perdiendo autonomía, y en la que tiene que introducir cambios notables en sus actividades cotidianas”. MOTA considera que es esta última la que determina el umbral de la condición social de la vejez, en tanto que se produce un desequilibrio entre las crecientes necesidades de apoyo y cuidado y los menores recursos que se disponen para satisfacerlas. Así, a medida que aumenta la edad, y consecuentemente la discapacidad, disminuyen los recursos económicos porque las personas más mayores reciben pensiones más pequeñas como resultado de

los bajos niveles salariales que tuvieron durante su vida; y disminuyen los apoyos primarios ya que, a medida que se envejece, es cada vez mayor la probabilidad de perder a la pareja

Obviamente hay individuos, y cada vez más, que por un motivo u otro no llegan a desarrollar el ciclo familiar, como las personas solteras, e incluso quien lo desarrolla de forma anormal, algo que puede ocasionar alguna problemática específica de abandono o rechazo por parte de la familia. Las familias no están exentas de situaciones de tensión que pueden suponer la desorganización familiar, debido a rupturas de pareja o tensiones entre padres e hijos/as o entre hermanos/as. Obviamente, se registran también casos gravísimos de abandono y de falta de respeto filial que resultan escandalosos, pero que representan un pequeño porcentaje, lo cual no quita la gravedad del problema a nivel individual. Ahora bien, la población española mayor ha constituido y vivido predominantemente una situación familiar “normal” y en una proporción muy elevada ha desarrollado un ciclo vital homogéneo (DEL CAMPO y NAVARRO, 1985: 274). En esta investigación la proporción de personas que reconoce que sus relaciones familiares no son buenas supone el 3,6% (Gráfica IV), las mujeres son poco más de la mitad (55%) y el 60% pertenece al grupo de los jóvenes mayores.

#### Gráfica IV. Relaciones familiares satisfactorias, por sexo.



Fuente: Base muestral propia.

DEL CAMPO (1982: 27), considerando que el enfoque del desarrollo de la familia es, posiblemente, el más útil y completo, estima que “el ciclo vital de la familia debe relacionarse en cuanto concepto con el más amplio del “Curso de la vida individual” (Life course)”. Tal consideración es importante a la



hora de valorar si los varones conservan en la vejez las posiciones de dominio que ocuparon tradicionalmente respecto de sus compañeras en la familia o si las han cedido a resultas de su nuevo estatus de jubilado. El balance de las relaciones de poder a lo largo del ciclo vital remite a los roles de género y a la utilización de los recursos disponibles en el desempeño de tales roles. La “Teoría de los Recursos” (HESSE-BIBER y WILLIAMSON, 1984) pone de manifiesto que el poder de cada miembro dentro del sistema familiar está en función de los recursos que posea, sean estos económicos, educacionales, de prestigio, de fuerza, atractivo, etcétera. En relación con la edad dibujan una curva invertida, puesto que los recursos aumentan progresivamente hasta aproximadamente la mitad de la vida, momento en el que se inicia un lento declive hasta el final del ciclo vital. En las familias nucleares, los padres suelen incrementarlos cuando sus hijos/as son pequeños y carentes, se estabilizan y disminuyen cuando sus hijos/as comienzan a acumularlos. La vejez supone, en muchos casos, una pérdida de recursos y un cambio de roles, especialmente si se aviene la dependencia respecto de los/as hijos/as. Supuestamente para las mujeres, semejante dependencia debería ser más llevadera por su falta de habituación, pero ellas poseen ciertos recursos que se pierden con la edad, como el atractivo físico o que guardan una relación menos íntima con el poder, como la dedicación al apoyo afectivo, y por tanto reservarían solamente una capacidad limitada de influencia. Los hombres, sin embargo, debido a su situación privilegiada en relación con los ingresos, puesto que las pensiones que les corresponden son sustancialmente más elevadas que las de las mujeres, hayan éstas cotizado o no a la Seguridad Social, conservan mayor autoridad. Habitualmente, las decisiones sobre los gastos son tomadas en función de su naturaleza, es decir, en las parejas las mujeres administran ciertos gastos relacionados con el sostenimiento del hogar, mientras los gastos de mayor envergadura son atendidos

o decididos por los varones. Ésta es una de las razones por las que en la viudez muchas mujeres se ven incapaces de gestionar dineros o hacer trámites.

Los recursos de poder permiten pues decidir y actuar, así como lograr que otros/as también lo hagan, por lo que el varón conserva más peso en las decisiones significativas, aunque si la mujer dispone de semejantes recursos -pensión propia, elevado estatus, etcétera- pasa a detentar un papel más activo en la toma de decisiones y a conformar relaciones más igualitarias. Esto no es incompatible con una cierta flexibilización de los roles de género en esta etapa del ciclo vital, ya que los hombres tratan de dar nuevos significados a las expectativas sociales o laborales que antes recaían sobre ellos y las mujeres buscan nuevas respuestas a su feminidad antes sustentada principalmente sobre los roles maternal y doméstico. Efectivamente en estos años pierde peso la especificidad de las funciones consideradas como propias de uno u otro sexo, sin embargo en la consideración de una posible variación en la relación entre los varones y los roles domésticos al final del ciclo vital familiar se deben hacer matices. En el capítulo anterior se apuntó que su participación en la realización de las tareas domésticas es o ha sido considerablemente baja, pues mientras algo más de una tercera parte no colabora en absoluto (38,9%), otra proporción similar sólo lo hace en algunas tareas (38,1%). Ahora bien, los varones mayores, socializados en un rígido modelo genérico y testigos de esa profunda cesura que se ha abierto entre las mujeres mayores y las más jóvenes (GARRIDO, 1993) consecuencia de la divergencia de sus experiencias vitales, en mayor o menor medida, y al menos formalmente, aceptan los cambios en el estatus de las mujeres (Tabla XXXIII).

Dado que la familia se conforma como una conjunción de carreras profesionales mutuamente continuas, es posible adivinar que los cambios en este

**Tabla XXXII. Valoración de cambios en los roles sexuales, por sexo.**

	Acuerdo		Desacuerdo		Condiciona	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
El trabajo remunerado de la mujer	89,2	79,2	3,9	10,4	6,4	10,0
El reparto de tareas de la casa	91,4	81,2	2,7	8,8	5,4	9,5
Quien debe ceder en la pareja es la mujer	9,4	9,5	60,3	52,7	28,8	37,2

Fuente: Base muestral propia.

orden serán más intensos a medio o largo plazo. Predeciblemente cualquier tendencia a la homogeneización del ciclo vital familiar se rompa al envejecer las generaciones nacidas en los cincuenta, las que al decir de ALBERDI (1999: 29) “vivieron las ilusiones de Kennedy, la música de los Beatles, la revolución estudiantil y la lucha contra la Guerra de Vietnam”, las generaciones que creyeron posible cambiar la cultura y la política en los países occidentales.

### 8.3. La red de apoyo primario: la pareja.

Una red social se refiere al “tejido de individuos con que uno tiene relaciones interpersonales y a los vínculos que se establecen, en términos de número de miembros, frecuencia de contactos, diversidad de vínculos, reciprocidad e intimidad” (PUGA GONZÁLEZ, 2007: 30). Las redes están integradas fundamentalmente por familiares (pareja, hijos/as, hermanos/as, padres y madres, nietos/as), y además por amigos/as y vecinos/as.

Junto al trabajo, la familia es la otra institución fundamental en las vidas de las personas (BAZO ROYO, 2000). En algunos casos, las relaciones familiares sirven de ayuda para sustituir la pérdida de las relaciones laborales, sea por medio de los hijos o de los nietos, pero también por la existencia de la pareja. Más allá de los casos de dependencia que pudieran ganar cobertura en aplicación de la “Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia” (BOE 299, 15/12/2006), la autonomía residencial, combinada con la necesidad de ayuda para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana, resulta más sencilla si se cuenta con la ayuda del cónyuge y es que como asegura MOTA (2000: 147) se apoyan el uno al otro en lo que se refiere a problemas de salud, de movilidad o cuidado del hogar. Tal situación

es algo relativamente frecuente ya que el 42,4% de las mujeres y el 76,6% de los varones canarios mayores están casados (Tabla 74).

El/la cónyuge constituye una ayuda fundamental a medida que se empieza a tener limitaciones para realizar actividades de la vida diaria y se precisa un apoyo continuado y cercano. El aumento de la edad y de las limitaciones funcionales impacta en la autonomía residencial para quienes han perdido a su compañero/a, de modo que estas personas son más propensas a perder tal autonomía en favor del desplazamiento al domicilio de un hijo/a, y en menor medida, a rotar entre los hogares de varios de ellos. Estos/ “abuelos/as golondrina” representan en esta investigación un 0,6% de la muestra, una proporción menor que la del 1% que vive de manera permanente en casa de un hijo o el 3% que lo hace en casa de una hija o de otro familiar (2,1%); mientras que la mayoría de las personas viven en una casa de su propiedad (84,7%) o de alquiler (6,6%) (Tabla XXXIII). Obviamente, las dificultades para conservar la autonomía residencial se incrementan para quienes carecen de hijos/as y/o quienes los/as tienen en el extranjero, hecho relativamente frecuente en las islas a consecuencia de la emigración a países americanos como Venezuela, Cuba o Uruguay.

**Tabla XXXIII. Vivienda en la que residen, por sexo.**

	Mujer	Hombre	Total
Propiedad	82,7	87,4	84,7
Alquiler	7,2	5,8	6,6
De hija (permanencia fija)	3,5	2,2	3,0
De hijo (permanencia fija)	1,3	,4	1,0
Hijos/as (rotatorio)	,2	1,1	,6
Otro familiar	2,9	1,1	2,1
Otra forma	2,2	2,0	2,1

Fuente: Base muestral propia

**Tabla 74. Personas casadas de 65 años y más, por sexo, 2001.**

	Varones casados	Total varones	Mujeres casadas	Total mujeres
España	2.267.768	2.884.590	1.790.599	3.912.246
%		78,61		45,76
Canarias	66.645	87.048	48.066	113.337
%		76,56		42,40

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2001). Censos de Población y Viviendas.

Las mujeres son habitualmente quienes deben enfrentarse a la necesidad de realizar cambios importantes en aspectos esenciales de la vida cotidiana como consecuencia de la disolución del hogar. La longevidad y las pérdidas se combinan con mayor frecuencia con el sexo femenino, de modo que la tasa de soledad (Tabla 75) es más alta para las mujeres (21,7%) que para los hombres (11,1%) y aumenta con la edad, pues para las mujeres de 90 años y más es de 31,3%. Valles (2001: 462), en el estudio de los hogares unipersonales urbanos, diferencia la soledad sobrevenida, la soledad anunciada, y en definitiva, “la soledad no deseada” del hecho de vivir solo sin sentimiento de soledad, que lógicamente no tiene por qué significar falta absoluta de compañía, de lazos sociales y familiares.

Conservando o no la autonomía funcional para realizar las actividades de la vida diaria, envejecer junto a otra persona a la que unen lazos afectivos puede ser fuente de compañía, intimidad y bienestar. De las personas encuestadas en esta investigación, el 7,4% no ha tenido una pareja estable a lo largo de su vida; de las que el 61% son mujeres. La mayoría (87,5%) ha tenido una sola pareja, si bien un 5,2% ha tenido más de una (Tabla XXXIV).

**Tabla XXXIV. Pareja estable (matrimonio o cohabitación), por sexo.**

	Mujer	Hombre
No	7,9	6,6
Una	88,0	86,7
Dos o más	4,0	6,6

Fuente: Base muestral propia.

MORGAN Y KUNKLE (1996: 229) proponen la existencia de una “curva de satisfacción marital” relacionada con la edad, en la que se alcanzan las mayores cotas en el momento de institucionalización de la pareja, para luego descender con la crianza de los hijos e hijas, y posteriormente a medida que éstos/as abandonan el hogar, ascender nuevamente. La hipótesis ha recibido ciertas críticas, pues muchas mujeres experimentan la jubilación del marido como una ocupación de su espacio o una alteración de sus rutinas. En esta investigación, la mayoría (85,7%) de las personas encuestadas asegura que su relación de pareja ha sido satisfactoria (54,6%) o muy satisfactoria (31,1%). Un 10% la califica de regular y el 3,7% de insatisfactoria o muy insatisfactoria.

**Tabla XXXV. Satisfacción en la convivencia de pareja, por sexo.**

	Mujer	Hombre	Total
Muy satisfactoria	28,7	34,1	31,1
Satisfactoria	51,9	58,1	54,6
Regular	13,3	5,9	10,1
Insatisfactoria	3,3	1,2	2,4
Muy insatisfactoria	2,4	,0	1,3
No contesta	,4	,7	,5

Fuente: Base muestral propia.

SCOTT y WENGER (1996) señalan que el matrimonio es más beneficioso para los hombres puesto que el mantenimiento del hogar y de las relaciones familiares recae sobre las mujeres. Efectivamente, las mujeres encuestadas que tienen o han tenido pareja muestran frecuencias más bajas en la expresión de satisfacción, e inversamente más altas en la de

**Tabla 75. Mayores que viven solos/as y tasas de soledad por sexo y edad. Canarias, 2001.**

	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	Personas	Tasas	Personas	Tasas	Personas	Tasas
65-69	8.356	11,6	3.149	9,4	5.207	13,6
70-74	8.263	15,4	2.399	9,9	5.864	19,9
75-79	7.315	20,1	1.688	10,9	5.627	26,7
80-84	5.339	25,6	1.167	14,7	4.172	32,3
85-89	3.381	28,0	816	19,4	2.565	32,7
90 o más	1.611	29,1	405	24,1	1.206	31,3

Fuente: IMSERSO. (2004). Informe las personas mayores en España. Comunidad Autónoma: Canarias.

**Tabla XXXVI. Grado de satisfacción con la convivencia en la relación (de pareja) principal, por sexo.**

	Muy satisfactoria	Satisfactoria	Regular	Insatisfactoria	Muy insatisfactor	No contesta	Total
Mujer	52,2	53,7	74,5	78,3	100,0	40,0	56,4
Hombre	47,8	46,3	25,5	21,7	0,0	60,0	43,6

Fuente: Base muestral propia.

insatisfacción; y mientras las tres cuartas partes de los hombres casados dicen que su relación es satisfactoria o muy satisfactoria, sólo lo afirma, aproximadamente, un 40% de las mujeres casadas. Curiosamente, las mujeres viudas son las que expresan niveles de satisfacción más altos, en torno al 55%.

Las mujeres mayores que han tenido un trabajo remunerado expresan menor satisfacción con la convivencia en esta etapa de la vida que los hombres, acaso porque la pérdida del rol laboral supone una ruptura similar a la que experimentan los varones o porque son más exigentes en la calidad de las relaciones de pareja. Un 69% de las personas encuestadas en esta investigación considera que es fundamental compartir este período de la vida con un/a compañero/a; las mujeres que no mantienen tal afirmación representan una proporción cuatro veces superior a la de los hombres (Tabla XXXVII). Esa consideración acerca de la pareja disminuye a medida que aumenta la edad, y precisamente es la edad la que aumenta la distancia entre sexos. Las frecuencias referidas al estado civil revelan una mayor autonomía femenina, puesto que solteros, separados y, en menor medida, viudos, duplican a las mujeres respecto de la consideración de la necesidad de una pareja; únicamente entre las personas casadas de ambos sexos se equiparan las respuestas.

La satisfacción tiende a aumentar en el caso de que la pareja se encuentre sola, y a disminuir si perma-

**Tabla XXXVII. Considera fundamental compartir este período de la vida con un compañero/a, por sexo.**

	Mujer	Hombre	Total
Si	57,1	85,4	69,3
No	42,9	14,6	30,7

Fuente: Base muestral propia.

nece algún otro familiar en el hogar como un descendiente, y especialmente si se cohabita con un ascendiente que puede presentar problemas de salud o de autonomía en la vida diaria. Ahora bien, la falta de armonía puede conducir al deterioro de la pareja, aunque los casos de separación y divorcio para estos grupos de edad son relativamente escasos y más frecuentes entre los varones (Tabla 76).

La viudedad ha sido calificada por MORGAN y KUNKLE (1996) como una de las transiciones más estresantes de la vida de una persona, pues no sólo implica la pérdida de un compañero/a, sino que además supone la pérdida de un rol -esposo/a- o la mengua de los ingresos, especialmente en el caso de las mujeres que ven reducida la pensión de jubilación al 52%. Las mujeres viudas que viven en solitario cuatriplican a los varones, sin embargo, aunque ellas abandonan el rol de esposas habitualmente no abandonan el de proveedoras de atención y cuidados.

**Tabla 76. Ruptura matrimonial. Canarias, 2003.**

	No consta	Hasta 34 años		De 35 a 59		De 60 a 69		De 70 y más		Total
		Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	
Nulidades	0	1	1	1	1	0	0	0	0	4
Separaciones	141	1.032	715	1228	1484	46	97	7	18	4.768
Divorcios	82	551	381	881	1025	40	57	5	14	3.036

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2003). Estadística judicial civil.

En esta investigación se ha hecho patente que la muerte de familiares cercanos (ascendentes y, especialmente, descendentes) es el acontecimiento más estresante (40,5%), seguida de la muerte de la pareja (23,6%) o un accidente personal (14,1%). A considerable distancia se encuentran otras experiencias como el divorcio (2,2%), la jubilación (2%), el cambio de situación financiera (1,9%) o la muerte de amistades cercanas (1,1%). Las mujeres presentan frecuencias más altas que los hombres al lamentar las pérdidas por fallecimiento de familiares y parejas, mientras que los hombres las presentan en el caso de la jubilación, una enfermedad o accidente personal, el cambio de situación financiera o la pérdida de los amigos por fallecimiento. (Gráfica V).

Casi una cuarta parte (23%) de las personas encuestadas en esta investigación no ha superado el fallecimiento de su pareja, y cerca de la mitad (47%) se entristece ocasionalmente por ello, sólo el 22% dice haberlo superado muy bien, y el 3% restante ha experimentado con el fallecimiento cierta liberación. La proporción entre los sexos prácticamente se equipara a la hora de expresar tanto la imposibilidad de superar la muerte de la pareja como la de haberlo logrado. De las personas viudas, las mujeres representan el 78,6%; siendo que las que no han superado la pérdida presentan en todos los grupos de edad una proporción similar. En los casos en los que se manifiesta cierta liberación, la proporción de mu-

eres es más alta que la de los hombres, entre ellas el 70% manifiesta haber sido víctima de violencia psíquica. Ocho de cada diez personas encuestadas para esta investigación (86,4%) no volvería a contraer nupcias si enviudara. Sólo el 4,2% de las mujeres se plantearía contraer nupcias de nuevo frente al 24% de los hombres; entre las mujeres que han enviudado la proporción baja al 2,2%, mientras que en los hombres es de 11,7%.

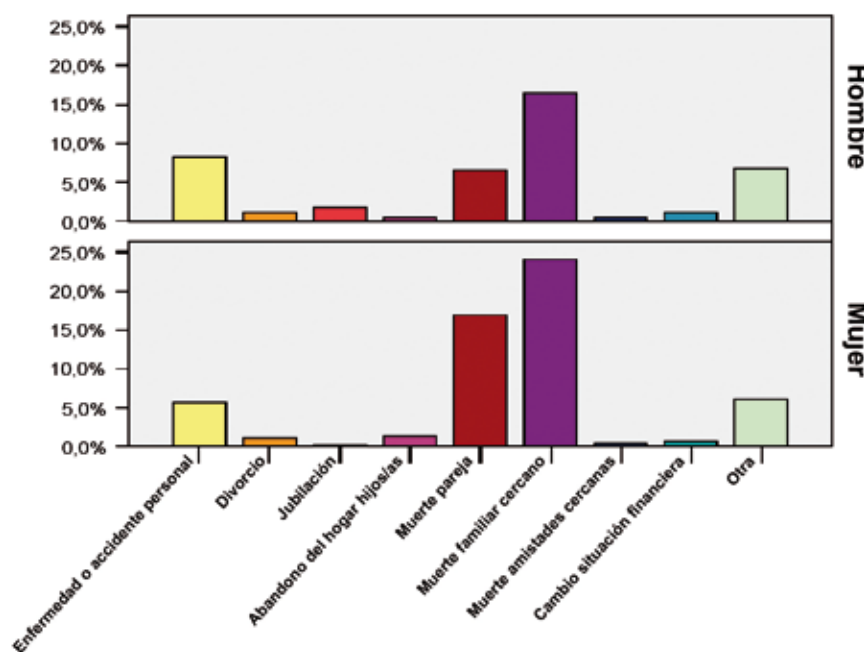
**Tabla XXXVIII. Si enviudara se casaría de nuevo, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Si	1,5	7,6
Tal vez	2,7	16,
No	95,1	75,1
No contesta	0,7	0,9

Fuente: Base muestral propia.

Las personas mayores raramente recurren a la compañía de otros seres vivos. De hecho, en esta investigación un 62% de las personas encuestadas carece de mascota, aunque un el 37% cuenta con uno o más animales. La mayoría de las personas que tienen mascota consideran su compañía imprescindible (61,6%), mientras que el resto se muestra indiferente e incluso podría prescindir de ella (12,8%). Las

**Gráfica V. Acontecimiento más estresante de su vida, por sexo.**



Fuente: Base muestral propia.

personas mayores que viven en solitario y poseen animal de compañía estiman que su compañía es imprescindible en un 71,1%.

**Tabla XXXIX. Animales de compañía, por sexo.**

	Mujer	Hombre	Total
Uno	19,0	18,1	18,6
Varios	18,9	20,1	19,4
Ninguno	62,1	61,7	62,0

Fuente: Base muestral propia.

#### 8.4. La descendencia y el intercambio generacional.

PÉREZ-DÍAZ (2000: 89) apunta que en el caso de las personas mayores se da una “experiencia bifronte” pues mientras su situación económica ha tendido a mejorar, su situación asistencial ha tendido a hacerse cada vez más problemática. Más allá de los cambios demográficos, los nuevos valores de la sociedad postmoderna permean la estructura familiar y las relaciones entre sus miembros. Unos valores asociados al modelo económico hegemónico que se apoya en la afirmación del enriquecimiento y del éxito individual, a través de la competitividad, como sustitutivo de cualquier proyecto social o colectivo; el consumo como única vía para la satisfacción de las necesidades humanas; la mercantilización de las relaciones personales eliminando otros lazos de solidaridad y cooperación; el predominio de los valores urbanos sobre otras formas culturales más acordes e integradas con el medio; la fe en el desarrollo tecnológico sin límites y en el “progreso”; la ruptura de lazos con la tradición y con la experiencia de generaciones pasadas y la ineludible desaparición de lo comunitario absorbido por lo estatal o lo privado... valores que socavan la capacidad de prestar apoyo a las personas mayores y que pudieran hacer pensar que la ancianidad es afrontada por la mayoría de las personas mayores en situaciones de abandono o soledad.

Ahora bien, se ha de tener en cuenta que en el Estado Español subsiste la consideración mayoritaria de la familia como un núcleo solidario y que existe un amplio abanico de posibilidades a la hora de prestar apoyo a los/as mayores. Las personas jóvenes, durante las primeras fases del proceso de socialización, han interiorizado las actitudes y valores tradiciona-

les sobre el apoyo familiar (BAZO ROYO, 1994). El “Sondeo sobre la juventud española” (INJUVE, 2003)<sup>111</sup>, realizado a jóvenes de ambos sexos de 15 a 29 años, no sólo puso de manifiesto que el 96% de ellos/as se encontraba muy y bastante satisfecho con la familia, sino que al 91,1% le parecía que la ayuda y colaboración con personas ancianas desde el ámbito del voluntariado era muy y bastante importante. La relación de los miembros de una familia puede ser un indicador de la consideración que se da a los mayores en una sociedad determinada. ALBERDI (1999: 35) afirma que “el principio básico de la organización familiar es la solidaridad. La familia pone sus recursos en común; primero como pareja, institucional o no, y luego como forma de atender a sus hijos y cuidar a sus mayores. Ésta es la tradición histórica y la base de su fuerza como célula básica de la sociedad. Esta tendencia es muy fuerte en la familia española, con sus aspectos positivos de apoyo y defensa de sus miembros en las situaciones normales y en las de necesidad, y con sus aspectos negativos de defensa frente al exterior, y de nepotismo en comportamientos de carecer público”.

CAPARRÓS, MORENO y TOLSA (2003: 104), desde un punto de vista estrictamente economicista, sostienen que “para que un sistema familiar funcione son necesarias al menos tres generaciones: abuelos, padres e hijos”, ya que cada uno es –al menos potencialmente– padre e hijo, y lo es en momentos distintos, respecto a generaciones distintas. Generaciones que sólo parcialmente se solapan en el tiempo y las obligaciones, conformando una estructura abierta que se constituye en base de la continuidad de la sociedad, de su duración. La solidaridad intergeneracional funciona salvando los déficits del Estado benefactor y las dificultades de acceso a los sistemas privados de provisión de cuidados, hasta tal punto que estos economistas no dudan en sostener que “el sistema de préstamos familiares está en la base de ese gigantesco esfuerzo social que ha permitido durante el siglo XX mejorar la calidad de las personas y de la vida humana”. Solidaridad, reciprocidad, confianza o donación mutua son los valores que subyacen a esas mejoras y que distinguen el sistema de préstamos familiares del mercado de capitales, con el que no se puede comparar. “El mercado de capitales es depredador (absorbe riqueza) y coloca al acreedor sobre el deudor. En cambio, el sistema familiar es expansionista (crea riqueza) y sorprendentemente coloca en una posición privilegiada al deudor (hijo) sobre el acreedor (padre)” (CAPARRÓS, MORENO y TOLSA, 2003: 130).

CASALS (1982: 81) revisa los análisis clásicos del funcionalismo y el marxismo para poner de manifiesto cómo el primero les atribuye una función pasiva, esto es, la de ser atendidos, mientras que el segundo no les atribuye ninguna, pues no son transmisores de ideología a sus hijos/as ni son productivos. “Encontramos que tanto en uno como en otro esquema el papel del anciano dentro de la familia no existe. Sin embargo, los tipos de intercambio en pro de la supervivencia y el bienestar que tienen lugar entre las diversas generaciones pueden ser de carácter instrumental –bienes y servicios- o afectivo. En la línea descendente de intercambio, destaca el cuidado cuidado a las personas mayores y la prestación de ayuda ante las limitaciones para la realización de actividades de la vida diaria, uno de los pilares de la solidaridad intergeneracional. Cuando falta la pareja, son los hijos, y sobre todo las hijas, los cuidadores principales; quienes prestan una ayuda como un servicio informal de manera difusa, prácticamente permanente y continua. Según el estudio “El universo de las personas cuidadoras” (MINISTERIO DE IGUALDAD, 2008), en el Estado Español, más de cinco millones de personas prestan cuidados informales, por un total de 4.541,1 millones de horas al año, de las cuales el 32% son dedicadas al cuidado de mayores. El perfil del cuidador informal es el de una mujer (83,6%), de unos 50 años, casada (76,2%), con estudios primarios (43%) y no ocupada laboralmente (73,1%). Por su parte, la “Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, EDAD” (INE, 2008) señala como perfil de la persona principal que presta cuidados el de una mujer (76,3%), de entre 45 y 64 años, que reside en el mismo hogar que la persona a la que presta cuidados. Los cuidados que se prestan habitualmente por parte de las mujeres están en relación con las actividades básicas de la vida diaria (comer, asear, vestir), mientras que los hombres participan más de las actividades instrumentales (hacer gestiones, administrar el dinero). Dado que la necesidad de ayuda y cuidado aumenta con la edad, la mayor parte de las personas que precisan tal ayuda son mujeres; concretamente, el 58% de las personas dependientes

La motivación predominante para el cuidado es el deber moral, el citado estudio (MINISTERIO DE IGUALDAD, 2008) concreta que lo es para un 90,6% de las/os cuidadoras/es. En otros casos, es la reciprocidad o la resignación lo que impulsa a aceptar esta obligación, que viene reforzada por

la asignación tradicional genérica de los cuidados a la población femenina. El crecimiento de los niveles educativos de las mujeres y sus requerimientos profesionales han comenzado a operar cambios relevantes, de modo que el potencial de cuidados ha disminuido en España en un 62% entre las décadas de los años sesenta y noventa. La citada “Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia” (BOE 299, 15/12/2006), cuarto pilar del Estado de Bienestar, ha reconocido la necesidad de que sea el Estado el que atienda a las personas que no se puedan valer por sí mismas, una medida que, como se ha expuesto, es prácticamente inaplazable dado el capital de formación profesional y laboral de las nuevas generaciones de mujeres y la necesidad del sistema de incorporar recursos productivos.

Diversas investigaciones sobre los cuidados han señalado sentimientos de satisfacción en el desempeño de esa tarea, pero muchas personas cuidadoras de familiares enfermos refieren los efectos negativos sobre su salud y bienestar general, debido al estrés y sentimientos de sobrecarga que conlleva la realización del cuidado (BAZO ROYO, 1998; RODRÍGUEZ, 1994; PEACE, 1991; CRUZ y COBO, 1990). La necesidad de articular nuevas respuestas que permitan compaginar la permanencia del mayor en su entorno con la provisión de cuidados ha dado lugar a la alternancia entre los hermanos y hermanas en función de los horarios e intereses de cada quien, si bien el citado estudio “El universo de las personas cuidadoras” (MINISTERIO DE IGUALDAD, 2008) apunta que el 83% de las personas cuidadoras no recibe ninguna ayuda, y el 77,2% lo presta además de manera permanente. La contratación de servicios, profesionales (73% de mujeres asalariadas de profesiones sanitarias y 85% de mujeres asalariadas de profesiones de los servicios sociales) o no profesionales (habitualmente, mujeres inmigrantes), es aún pequeña, pues el estudio contabilizó 199.622 cuidadoras/es, de quienes prestaban atención a personas dependientes sólo el 51%. El SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio) da cobertura en España a unas 327.004 personas (IMSERSO, 2008)<sup>112</sup>, otros mecanismos, como la Teleasistencia o los Centros de Día son las alternativas públicas para favorecer la autonomía residencial con dependencia –aspectos abordados en el capítulo 3 y que serán considerados nuevamente en los el capítulos 9 y 10-.

Quienes se encuentran en un estado avanzado de deterioro físico y/o mental tienen más probabilidad de ser institucionalizados. Las residencias se presentan como una alternativa poco deseada por sus protagonistas, e incluso, utilizada en último extremo por los propios familiares, si bien no es imposible que se obvie este compromiso moral. Los medios de comunicación se hacen eco en verano, aunque el fenómeno se produce todo el año (NIETO, 2004), de cómo ciertas personas mayores con patologías crónicas que no requieren hospitalización son abandonadas temporalmente en las áreas de urgencias de los hospitales en períodos vacacionales, tal vez ante la imposibilidad de ingresarles en unas residencias que cuentan con largas listas de espera. En todo caso, en la Comunidad Canaria el número de personas mayores de sesenta y cinco años, que reside en

hogares familiares (Tabla 77) representa el 98,50%, lo cual hace que la población que reside en viviendas no familiares o colectivas se reduzca a un 1,5%. De esas 3.052 personas, debido a la sobremortalidad masculina, el 67,3% son mujeres.

Consultados acerca de la llegada de una hipotética dependencia, los/as mayores también creen que deben ser los familiares quienes asuman el cuidado. En esta investigación (realizada antes de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia) la mayoría de los/as encuestados/as (61,2%) creía que los/as mayores debían ser cuidados por sus hijos e hijas indistintamente, si bien conscientes de la participación laboral de las mujeres, y precisamente por no estorbar, algunos/as señalaron el Servicio de Ayuda a Domicilio (10,2%), el personal contratado a

**Tabla 77. Población según clase de vivienda (familiar o colectiva). Canarias, 2001.**

Clase de vivienda.									
	Total			Hombres			Mujeres		
	Total	Vivienda familiar	Vivienda colectiva	Total Hombres	Viviendas familiares	Vivienda colectiva	Total Mujeres	Vivienda familiar	Vivienda colectiva
Total	1.694.477	1.688.569	5.908	843.061	840.048	3.013	851.416	848.521	2.895
0 a 4	90.894	90.847	47	46.234	46.212	22	44.660	44.635	25
5 a 9	88.669	88.598	71	45.325	45.287	38	43.344	43.311	33
10 a 14	99.962	99.868	94	51.174	51.112	62	48.788	48.756	32
15 a 19	112.555	112.444	111	57.170	57.102	68	55.385	55.342	43
20 a 24	140.778	140.527	251	71.177	70.994	183	69.601	69.533	68
25 a 29	162.621	162.236	385	83.061	82.738	323	79.560	79.498	62
30 a 34	161.984	161.592	392	82.709	82.395	314	79.275	79.197	78
35 a 39	152.705	152.362	343	77.335	77.067	268	75.370	75.295	75
40 a 44	126.859	126.601	258	64.197	64.006	191	62.662	62.595	67
45 a 49	107.257	107.042	215	54.162	54.012	150	53.095	53.030	65
50 a 54	93.059	92.869	190	46.867	46.742	125	46.192	46.127	65
55 a 59	85.194	84.954	240	42.298	42.163	135	42.896	42.791	105
60 a 64	67.934	67.675	259	32.973	32.837	136	34.961	34.838	123
65 a 69	72.373	71.985	388	33.904	33.716	188	38.469	38.269	200
70 a 74	54.118	53.648	470	24.364	24.162	202	29.754	29.486	268
75 a 79	37.114	36.557	557	15.674	15.480	194	21.440	21.077	363
80 a 84	21.567	20.951	616	8.188	8.020	168	13.379	12.931	448
85 a 89	12.758	12.118	640	4.404	4.244	160	8.354	7.874	480
90 a 94	4.858	4.560	298	1.506	1.438	68	3.352	3.122	230
95 a 99	1.043	973	70	277	261	16	766	712	54
100 ó +	175	162	13	62	60	2	113	102	11

Elaboración: ISTAC, Instituto Canario de Estadística.

Fuente: INE. (2001). Resultados de los Censos de Población y Viviendas. Avance de Resultados.”



domicilio (3,9%), la residencias públicas (7,2%) o privadas (5,7%); incluso el 11,1% se refería estrictamente a las mujeres o a las/os sobrinas/os (0,2%), y pocos (0,1%), todos ellos hombres, señalaban a la pareja (Tabla XL).

**Tabla XL. Quién debe cuidar a las personas mayores dependientes, por sexo.**

	Mujer	Hombre	Total
Hijas e hijos, indistintamente	61,8	60,4	61,2
Ayuda a domicilio	11,1	9,1	10,2
Personal contratado domicilio	5,2	2,2	3,9
Residencia privada	4,0	8,0	5,7
Residencia pública	5,7	9,1	7,2
Sobrinas/os u otro familiar	,2	,2	,2
Cónyuge/compañero	,0	,2	,1
NS/NC	,5	,2	,4

Fuente: Base muestral propia.

Al preguntarles acerca de quién debía de cuidarles a ellos/as cuando les alcanzara la dependencia, entonces aumentó la proporción de implicación a las hijas (18,9%), a las/as sobrinas/os (2,1%) o el acceso a las residencias públicas (10%); y disminuyeron las opciones de recurrir a los hijos e hijas indistintamente (52%), al Servicio de Ayuda a Domicilio (7,7%) o a la residencia privada (3,5%). Sólo el 0,1% de la muestra sacó a colación la elección de la eutanasia (Tabla XLI).

**Tabla XLI. Quién debe cuidarle cuando sea dependiente, por sexo.**

	Mujer	Hombre	Total
Hijas	20,5	16,8	18,9
Hijas e hijos, indistintamente	52,9	50,9	52,0
Ayuda a domicilio	7,7	7,7	7,7
Personal contratado domicilio	4,2	2,7	3,5
Residencia privada	9,1	11,3	10,0
Residencia pública	1,9	2,4	2,1
Sobrinas/os u otro familiar	,0	2,2	1,0
Cónyuge/compañero	,0	,2	,1
NS/NC	1,2	,9	1,1

Fuente: Base muestral propia.

Indudablemente las personas mayores se benefician de sus descendientes (RODRÍGUEZ, 1994; RO-

DRÍGUEZ CABRERO; 1999; MONTORO RODRÍGUEZ, 1999; CAMPO LAREDO, 2000), pero la contribución al bienestar familiar, e incluso social, por parte de las personas mayores es si cabe mayor, aunque esté infravalorada (ATTIAS DONFUT, 1996; BAZO ROYO, 1996, 2001; ATTIAS DONFUT y SEGALÉN, 2001; PÉREZ ORTIZ, 2003). El apoyo afectivo, la prestación de servicios y, en menor medida, la ayuda material que brinda la familia a sus mayores es compensada por estos mediante la cesión de bienes por herencias u otras transferencias de pequeñas cantidades -dinero o regalos-, y más allá de los aspectos pecuniarios, con la prestación de unos servicios que incluyen tareas del hogar o de cuidado tanto para los hijos/as que permanecen el en hogar como para aquellos/as otros/as que durante sus jornadas laborales transfieren la atención o el cuidado de los/as nietos/as. Por un lado, la creciente autonomía económica de las personas mayores, garantizada por la articulación de unas pensiones contributivas y, en menor medida, no contributivas, ha intervenido en el proceso de modernización de la familia española, en cuanto que ha favorecido el incremento del número de hogares y la reducción de su tamaño. Esa autonomía ha permitido además “la igualación de los flujos, ascendente y descendente, de ayuda económica regular entre generaciones” (PÉREZ-DÍAZ, CHULIÁ y ÁLVAREZ-MIRANDA, 1998: 87). Por otro lado, las tareas de cuidado a menores, que habitualmente son las que verdaderamente permiten conciliar la vida familiar con la vida laboral a las mujeres adultas, son asumidas por los hombres mayores usualmente de manera puntual o concreta -como ya se expuso en el capítulo 7-, pues muchos de ellos no participaron siquiera del cuidado de sus hijos y carecen de habilidades para satisfacer todos los requerimientos que los nietos/as presentan, por lo que si se compara con el que dispensan las abuelas, se dan diferencias significativas en cuanto al nivel y el tipo de frecuencia con que se ejerce ese cuidado.

TOBÍO (2005) señala que la presente generación de abuelas es la última de mujeres dedicadas al mundo doméstico, puesto que hay una división generacional que separa a las mujeres de las que sólo una minoría trabaja extra-domésticamente y a las más jóvenes, mayoritariamente activas, pues las mujeres buscan con ello independencia e identidad. TOBÍO añade que es precisamente la asunción del rol de madres por parte de las abuelas la que paradójicamente hace posible la transformación de los viejos

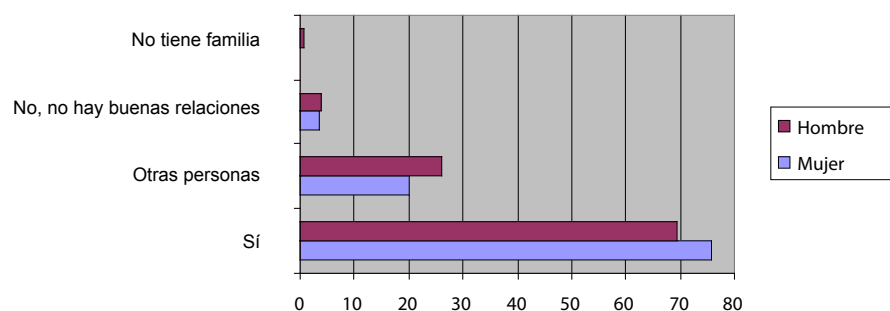
roles de género. En fin, el trabajo extradoméstico de las madres-abuelas, que posibilitó el que sus hijos, y sobre todo sus hijas, adquirieran un capital formativo y accedieran al mercado laboral y pudieran permanecer en él compatibilizando lo laboral y lo doméstico, refuerza en los años finales del ciclo vital el rol de cuidadoras de las abuelas. En el caso español, un 12% de las abuelas cuidan de sus nietos/as de manera informal, una proporción que se sitúa próxima a la europea, pero la media de horas de dedicación (4 h.) es superior (TOBÍO, 2005). Las abuelas cuidan de los nietos/as tanto en edad preescolar como en situaciones de excepción. Respecto al ejercicio de la abuelidad, NEUGARTEN y WEINSTEIN (1964) identificaron al menos cinco modelos de ejercicio: distante, formal o convencional, amigo/a, depositario/a de la sabiduría familiar y de parentesco subrogado, es decir, que ejerce de padre o de madre. Su propuesta abrió paso a la formulación de otras tipologías basadas en las percepciones de los propios abuelos y abuelas (SMITH, 1991; CHERLIN Y FUSTENBERG, 1986, 1985; KIVNICK, 1986; WORD y ROBERTSON, 1976). Por otra parte, no es infrecuente que las “jóvenes abuelas” reciban demandas de ayuda de sus hijos/as a la vez que deben atender a sus padres y madres (ALBERDI, 1999: 326).

NAVAS CASTELLÓN (2003) diferencia tres estilos de vida principales. El primero se corresponde con el de los/as mayores dependientes de la familia extensa o de las ayudas asistenciales, que ocupan un lugar periférico, tanto en la familia como en la estructura social. El segundo es el de los mayores dependientes de las necesidades de la familia y los/as hijos/as, que se concentran principalmente en la denominada “familia flexible”, en la que los mayores siguen estando en un lugar central y prestan ayuda

en ciertas funciones domésticas, algo que puede llegar a bloquear su independencia. El tercero es el correspondiente a los/as mayores independientes que tienen la oportunidad de vivir otra nueva vida, estilo en el que ya no se considera la jubilación como un retiro sino una ganancia de tiempo, que permite negociar con los/as hijos/as independizados. En cualquier caso, ante la ausencia de obligaciones profesionales y el relajamiento de las tareas domésticas, la familia se convierte en un elemento central al envejecer, proporcionando satisfacciones que influyen en el bienestar personal y la calidad de vida de los/as mayores.

La importancia de las relaciones familiares parece aumentar con la edad, y es mayor para las mujeres, pues la continuidad en el desempeño con los roles asociados a la misma permite una mejor transición a este período. Inversamente, quienes han desempeñado exclusivamente roles laborales, frecuentemente hombres, experimentan una ruptura que puede incidir en el proceso de envejecimiento. PÉREZ-DÍAZ (2003) añade que además las mujeres mayores asumen la función de mantener la cohesión familiar, lo cual tiene una importancia capital en las sociedades en las que las redes de parentesco están cada vez más dispersas en diferentes hogares. La cohesión está urdida sobre visitas, contactos telefónicos, ayudas que habitualmente se mantienen entre las mujeres de distintas generaciones y que en las encuestas al uso se suelen abarcar en la categoría de ocio. El 73% de las personas que integran la muestra encuestada para esta investigación afirma que actúa como elemento de unión en su familia, si bien las mujeres presentan mayor frecuencia (76%) que los hombres (69,5%), una centralidad que disminuye con la edad (Gráfica VI).

**Gráfica VI. Actuación como elemento de unión en la familia, por sexo.**



Fuente: Base muestral propia.

Entre las personas mayores canarias, la inclusión en hogares multigeneracionales parece ser poco significativa. La forma más extendida de convivencia –como ya se ha señalado– es la vida en pareja, con o sin hijos/as; a la que sigue en importancia la vida en solitario y la convivencia con uno o varios descendientes (Tabla 78). Nueve de cada diez personas que integran la muestra de esta investigación tiene hijas (75,2%) e hijos (74,5%). Algunas han experimentado lo que consideran una de las circunstancias más duras de su vida, el fallecimiento de alguno de ellos. Prácticamente todas las personas casadas (95%) tienen hijos y la mayor parte se han emancipado (74%), si bien un 20% convive con alguno de ellos y otro 5% con los dos, de entre los que registran mayores frecuencias los varones. De manera análoga, el 91% de las personas que han enviudado tienen descendencia, en el 19% de los casos permanece uno y en el 3% dos hijos en el hogar; las mujeres presentan una frecuencia ligeramente mayor.

En esta investigación se ha puesto de relieve que la valoración que las personas mayores hacen del “nido vacío”, esto es, de la emancipación de los/as

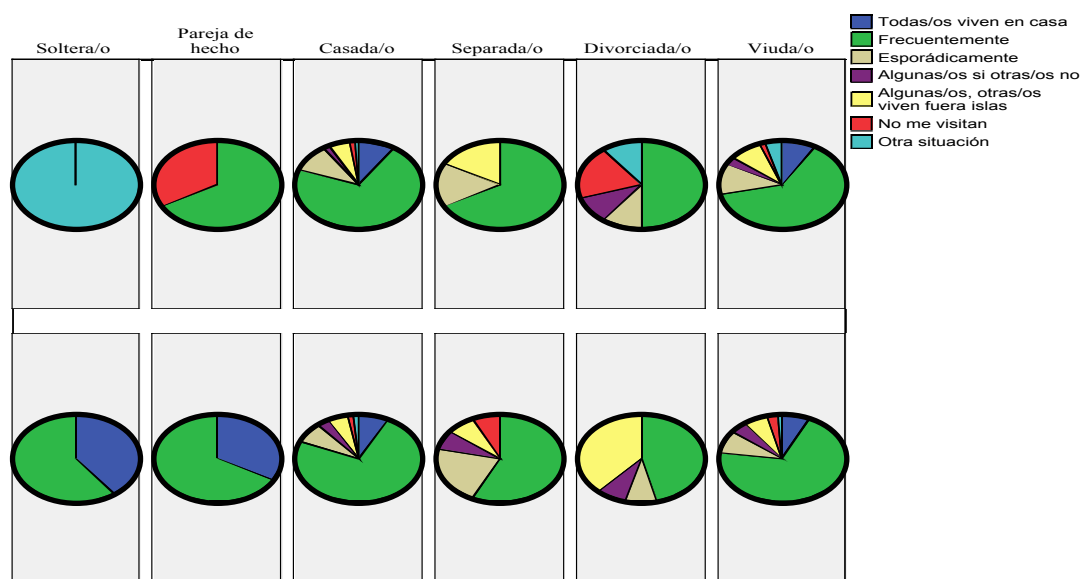
hijos/as es muy positiva (68%), si bien lo valora así el 71% de los hombres y el 67% de las mujeres. Hay quien se muestra indiferente ante este suceso considerándolo “ley de vida”, al igual que hay quien declara su insatisfacción, caso en el que entre las mujeres destacan las viudas (17%). En la visión positiva del acontecimiento incide el que se reciban visitas frecuentemente (70%) o esporádicamente (9%) por parte de los hijos e hijas (Gráfica VII). Entre quines sólo son algunos/as los/as hijos/as que les visitan (9,3%) el motivo suele ser que residen fuera de las islas (66%); y entre quienes no reciben visita alguna se encuentran los hombres que viven con una pareja de hecho y las personas de ambos sexos que han sufrido una ruptura de pareja (personas separadas y divorciadas). La frecuencia de mujeres viudas que no reciben visitas, aunque considerablemente baja, es realmente la más alta. Ahora bien, es posible que las personas mayores que no reciben visitas sean las que tomen la iniciativa de visitar a sus hijos/as, aunque lo habitual es que las relaciones sean fluidas, dado que un 87,1% visita frecuente o esporádicamente a sus hijos/as.

**Tabla 78. Tamaño del hogar, por estado civil y sexo de la persona de referencia en el grupo de edad de 65 años y más. Canarias, 2001.**

	Soltero/a		Casado/a		Viudo/a		Separado/a		Divorciado/a	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
1	3.868	2.629	775	1.321	18.919	4.440	592	749	487	494
2	1.318	705	3.661	20.016	9.070	1.918	309	225	194	146
3	322	216	2.198	12.909	3.664	811	143	58	72	45
4	110	89	999	6.717	1.321	306	45	38	26	10
5	66	42	383	3.108	521	111	30	20	8	6
6	27	25	143	1.274	215	59	7	6	3	4
7	12	7	60	541	72	31	4	3	1	0
8	6	2	29	224	37	11	5	2	0	0
9	5	1	8	69	13	5	2	1	0	0
10	3	2	13	72	15	1	1	1	0	0
Total	5.737	3.718	8.269	46.242	33.847	7.693	1.138	1.103	791	705

Fuente: INE. (2001). Censo de Población y Viviendas. Elaboración propia.

**Gráfica VII. Frecuencia de visitas de los/as hijos/as por sexo y estado civil.**



Fuente: Base muestral propia.

Más relevante para las personas mayores que el tamaño de los hogares y su aspecto estructural, es el aspecto relacional (REQUENA SANTOS, 1994). Para conocer su significado se ha interrogado a la muestra seleccionada para esta investigación acerca de la intensidad de los contactos interpersonales. La frecuencia de visitas a las personas mayores es diaria por parte de un 48,4% de las hijas y de un 40,7% de los hijos (Tablas XLII y XLIII). En ciertos casos, los hijos e hijas viven en el mismo hogar que sus mayores, y en otros, particularmente en el caso del medio rural, la vivienda está próxima o es contigua a la de los progenitores. Aproximadamente una

cuarta parte de las nietas y nietos visitan diariamente a sus abuelos/as y uno de cada tres lo hace una vez por semana. Las visitas de otros parientes como los hermanos, hermanas u otros familiares se espacia, de modo que más frecuentemente se realiza con carácter semanal o mensual; si bien, la proporción de personas que no recibe visitas de sus hermanos/as ronda el 14% y asciende al 20% en el caso de otros familiares menos cercanos. Algunas personas mayores, solteras o viudas, han optado por la convivencia con sus hermanos/as.

**Tabla XLII. Frecuencia de visitas de las hijas, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Diariamente	37,4	36,3
Semanalmente	23,9	24,8
Mensualmente	5,1	4,0
Anualmente	3,4	2,4
Nunca	1,7	3,5
No tiene	23,7	23,9
Vive/n en casa	4,5	5,1
No contesta	,3	,0

Fuente: Base muestral propia.

**Tabla XLIII. Frecuencia de visitas de o**

	Mujer	Hombre
Diariamente	31,0	29,2
Semanalmente	28,3	27,7
Mensualmente	6,2	7,3
Anualmente	3,9	3,1
Nunca	1,9	2,9
No tiene	26,4	25,0
Vive/n en casa	2,0	4,9
No contesta	,3	,0

Fuente: Base muestral propia.

El aspecto relacional informa de unos lazos intergeneracionales que trascienden los límites del hogar.

En el centro de este núcleo relacional se encuentra el teléfono como un aparato que permite sostener, con mayor o menor fortaleza, los vínculos afectivos salvando distancias y eliminando los riesgos de aislamiento social. Existe la posibilidad de que los contactos sean cada vez más superficiales y mediatizados por las tecnologías, pero en la actualidad, el contacto telefónico y la ampliación gradual del uso de los recursos informáticos amplía efectivamente el círculo de contactos a un mayor número de familiares tales como hijos e hijas distantes, residentes en otros municipios, islas, comunidades o países, así como a hermanos/as o sobrinos/as y parientes políticos. El 48,4% de las personas encuestadas en esta investigación recibe llamadas telefónicas diarias de sus hijas y otro 31,8% recibe llamadas alguna vez por semana. En el caso de los hijos las llamadas diarias representan el 45,4% y las semanales el 25,1% (Tablas XLIV y XLV). Aproximadamente un 64% de las nietas y nietos habla, con una frecuencia diaria o semanal, con sus abuelos/as. Las llamadas telefónicas se distancian en el tiempo en el caso de los hermanos y hermanas, cuya frecuencia más alta es semanal o mensual.

**Tabla XLIV. Frecuencia de llamada de las hijas, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Diariamente	43,4	40,5
Semanalmente	18,0	19,5
Mensualmente	2,5	2,2
Anualmente	,2	,4
Nunca	4,7	6,4
No tiene	23,6	22,3
Vive/n en casa	4,5	4,9
No tiene teléfono	2,2	2,9
Vive/n al lado	,0	,4
No contesta	,8	,4

Fuente: Base muestral propia.

En fin, las personas mayores intentan conservar su autonomía residencial el máximo tiempo posible y, generalmente los hijos e hijas están más o menos pendientes de ellos/as.

**Tabla XLV. Frecuencia de llamada de los hijos, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Diariamente	35,6	31,4
Semanalmente	23,8	26,3
Mensualmente	3,2	4,0
Anualmente	,5	,7
Nunca	6,2	6,9
No tiene	25,3	22,6
Vive/n en casa	2,0	4,6
No tiene teléfono	2,2	2,9
Vive/n al lado	,2	,2
No contesta	1,0	,4

Fuente: Base muestral propia.

### 8.5. La red amplia: amistad, vecindad y apoyo social.

A través del concepto de “aislamiento estructural” de la familia (PARSONS, 1943) se introdujo la creencia de que, especialmente en los núcleos urbanos, las relaciones con la familia extensa tendían a debilitarse a favor de las más íntimas y frecuentes relaciones de amistad y vecindad, de modo que los vínculos establecidos mediante la proximidad espacial superarían en importancia a los vínculos biológicos del parentesco. El grupo de iguales durante la adolescencia es clave para establecer relaciones sociales propias, formarse la imagen uno/a mismo/a distinta a la que se recibe de los/as adultos/as y afirmar la identidad. Los compromisos de pareja y la llegada de hijos e hijas desplazan las amistades a segundo plano, pero de su conservación dependen una serie de ventajas en la vejez cuando la pareja fallece y los/as hijos/as no están próximos. Entre las personas mayores las relaciones de amistad pueden restringirse debido al deterioro de la salud, la reducción de la movilidad o los efectos de la mortalidad, pero las ventajas son similares a las que disfrutaban otras generaciones, pues las relaciones informales proporcionan apoyo emocional, compañía, consejo y ayuda instrumental.

WENGER (1991) elaboró una tipología de las redes de apoyo basada en la disponibilidad de un pariente próximo en la localidad de residencia; el nivel de participación de la familia, amistades y vecindad;

y el nivel de interacción con los grupos de voluntariado y la comunidad. De la combinación de esas variables derivan cinco categorías, la primera de las cuales es la “red de apoyo familiar dependiente” en la que los vínculos familiares locales son muy estrechos y el peso de amigos y vecinos muy pequeño. Generalmente una hija y, en menor medida un hijo, vive en la misma o en una vivienda próxima, y en todo caso, el parentesco suele satisfacer todas las necesidades de apoyo. La participación en la comunidad suele ser baja y el tamaño de la red pequeño. Estas redes suelen estar formadas por personas de edad avanzada, generalmente mujeres, con un estado de salud deficitario. La segunda corresponde a la “red de apoyo local integrada” en las que las relaciones con familiares, amigos/as y vecinos/as son muy estrechas. La red se suele construir sobre la larga permanencia en la misma residencia y la activa participación en la comunidad. El tamaño de la red es extenso.

La tercera es la “red de apoyo local restringida” en la que las relaciones con un pariente que vive en la misma localidad o cercana es infrecuente y son mayores con las personas que viven próximas, generalmente vecinos/as. Es frecuente que la persona que forma la red carezca de descendencia, tenga una baja participación comunitaria y adopte un estilo de vida centrado en el hogar. El tamaño de la red es inferior a la media. Finalmente, la ausencia de parientes en la localidad queda comprendida en las últimas categorías. La cuarta es la “red centrada en la comunidad” típicamente orientada a relaciones con parientes distantes y en la que es muy destacada la presencia de amigos/as y vecinos/as. Este tipo está asociado a los traslados de residencia y a una participación comunitaria de mayor relevancia. El tamaño de la red es superior a la media. La quinta, y última, es la “red de apoyo privada y restringida” en la que los/as parientes suelen estar ausentes, a excepción del cónyuge, e incluye tanto a matrimonios independientes como a personas dependientes que han dejado de participar o se han aislado de la comunidad. En muchos casos, el bajo nivel de contacto social es una continuidad de pautas adoptadas a lo largo de la vida. Al igual que en la categoría anterior, el tamaño de la red es inferior a la media. Posteriormente WENGER concluyó que el estado de ánimo en la vejez está en relación con la salud o los recursos personales, pero también con el estado civil, el nivel de confianza, la amistad, el apoyo

social y el tipo de barrio de residencia o con el aislamiento social.

WILSON (1996) ha puesto de manifiesto que las mujeres mayores son socialmente más activas y disfrutan más relaciones sociales dentro y fuera de la familia, algo que guarda relación con el hecho de que a lo largo de su vida han estado más orientadas hacia las relaciones íntimas y el apoyo emocional. Por su parte, CLARK y ANDERSON (1967) han precisado que las mujeres mayores tienen amigas y los hombres compañeros, y es que generalmente los hombres se encuentran en el espacio de lo público, en la calle, de modo que hacen amistades en el entorno laboral o de ocio, mientras las mujeres las hacen en los hogares o en torno al mismo y se visitan con cierta regularidad. La jubilación supone tanto la disminución de las actividades que se realizan fuera del hogar como los contactos con las amistades del ámbito laboral, lo cual tiene un mayor impacto entre los hombres debido a la centralidad del empleo en sus vidas (IGLESIAS DE USSELL, 2001). Sin embargo, SCOTT y WENGER (1996) destacan también el ocio como fuente de amistad masculina, y señalan que las amistades femeninas, más relacionadas con la vecindad y la experiencia compartida de cada acontecimiento relevante en cada etapa de la vida, son menos propicias a sufrir alteraciones.

En esta investigación, un 5% ve diariamente a los que han sido sus amigos del trabajo. Las frecuencias son mayores en el caso de los amigos en general, de modo que un 16% los ve diariamente y un 21% lo hace semanalmente. Las proporciones más altas las presentan en este caso los hombres, y crecen a medida que aumenta la edad. Las visitas o encuentros con los/as vecinos/as presentan proporciones mucho más elevadas, de modo que un 37% se relaciona diariamente y un 27% semanalmente (Tabla XLVI). Los hombres se relacionan con sus vecinos, pero estas relaciones, aunque con distinta periodicidad, son más frecuentes entre las mujeres e igualmente ganan centralidad con la edad. Las frecuencias de llamadas telefónicas a los/as amigos/as es algo mayor que la de las llamadas a amigos/as del trabajo, y en todo caso, inferior a las que se hacen entre familiares. En los municipios de menor tamaño la llamada telefónica es sustituida por el encuentro o la reunión, en ciertos puntos de encuentro en las calles, los bares o los centros de reunión habitual.

**Tabla XLVI. Frecuencia de visitas de los/as vecinas/os, por sexo.**

	Mujeres	Hombres
Diariamente	37,4	36,7
Semanalmente	29,6	24,1
Mensualmente	6,4	5,8
Anualmente	1,5	2,9
Nunca	20	25,7
No tiene	3,4	3,1
No contesta	1,7	1,8

Fuente: Base muestral propia.

Las amistades no son únicamente una fuente de satisfacción en sí mismas, son además un poderoso antídoto contra uno de los principales problemas de la vejez, la soledad. Y es que con el envejecimiento se producen una serie de cambios en las relaciones sociales de cada persona pues no sólo comienzan a faltar ciertos vínculos afectivos con el fallecimiento de la pareja o de los/as familiares allegados, sino que se pierden igualmente ciertas amistades. Al enviudar se reducen las interacciones con los amigos y amigas casadas y con las amistades del cónyuge desaparecido, de ahí que el reestablecimiento de viejas amistades o la creación de nuevas amistades no sea infrecuente en la tercera edad, particularmente con personas en la misma situación. Las amistades nuevas se suelen establecer en clubes o asociaciones, y aparecen mezcladas con las retribuciones propias de la participación social.

De los distintos tipos de ayuda que puede precisar una persona, la familia suele proveer la de asistencia personal y asistencia doméstica, pero la asistencia auxiliar, el apoyo social y la vigilancia suele ser cubierta con la colaboración de vecinos/as y amigos/as. PÉREZ ORTIZ (2004) incidiendo en el aislamiento social que acompaña a la dependencia funcional para la realización de las actividades de la vida diaria, señala que aquellas mujeres cuyos hijos/as y nietos/as viven en la misma localidad, y que precisan de ayuda, no ven menguar la frecuencia de los contactos; pero que éstos se reducen significativamente si los familiares viven en otra localidad. Por ello, aunque el estado de salud condicione la frecuencia de las relaciones de amistad, resultan imprescindibles para conservar la autonomía.

Junto a las amistades, la vecindad se levanta como otro importante soporte social para las personas

mayores. De hecho, el debilitamiento o ausencia de las relaciones de vecindad contribuye a crear la sensación de aislamiento (IGLESIAS DE USSELL, 2001), especialmente si se vive solo. En muchas ocasiones, la vecindad se apoya en relaciones muy duraderas y, en todo caso, anteriores a la vejez. La frecuencia de contactos con la vecindad es más alta que la que se sostiene con las amistades y, a diferencia de otras relaciones, sólo se interrumpen en situaciones extremas (PÉREZ ORTIZ, 2004). En la vecindad se encuentra compañía y conversación y, en algún caso, ayuda, pero no intenta suplir las responsabilidades de la familia. La vinculación al barrio o al pueblo proporciona además la satisfacción de un buen número de necesidades, por ejemplo, de consumo o sanitarias.

### 8.6. La residencia.

Uno de los “Principios en favor de las personas de edad”, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, de fecha 16 de diciembre de 1991 (Resolución 46/91) dice que “las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible”. De hecho, permanecer en su propia vivienda es, para la persona mayor, la opción más deseable mientras se pueda, pues “para la persona mayor seguir viviendo dentro de su propio hogar le supone estabilidad y seguridad” (MOTA, 2000: 151), tanto porque en él ha transcurrido buena parte de su historia vital y eso le permite ubicar puntos de referencia espaciales y temporales, como porque ello le permite mantener una red de relaciones sociales estables que le impiden caer en la soledad, el aislamiento o la marginación social. El mantenimiento de la autonomía residencial es también un hecho valorado por la sociedad y se entiende como un factor positivo en la calidad de vida, si no es vivida en condiciones de precariedad, soledad y/o abandono.

Vivir solo no es en sí mismo un indicador de fragilidad. Para que la autonomía residencial se de en buenas condiciones es importante, además de una autonomía económica, contar con el apoyo de la red social, particularmente de la familiar -pareja y, en su defecto, con el apoyo de los servicios públicos si las limitaciones para realizar actividades para la vida diaria así lo exigen. Otro factor crucial de la estabilidad residencial es la tenencia de una vivienda en propiedad, lo que sucede entre el 82,7 y el 87,4% de las mujeres y hombres encuestadas/os.

**Tabla XLVII. Residencia, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Propiedad	82,7	87,4
Alquiler	7,2	5,8
Otra (hijos/as, familiares, etc.)	10,1	6,8

Fuente: Base muestral propia.

Datos que son coherentes con los que expone el “Informe 2004. Las personas mayores en España para la Comunidad Autónoma: Canarias” (MTAS, 2004), según el cual el 80,2% de las personas mayores era propietaria de su vivienda (Tabla 79), mientras un 7,8% residía en una vivienda de alquiler. La relativa novedad de la “Ley 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de barreras físicas y de la comunicación (BOC 24/04/95)” en la Comunidad Canaria puede explicar que el 69,4% de las viviendas de los/as mayores carezca de accesibilidad, lo cual limita la movilidad de las personas, y en caso de discapacidad, convierte el hogar en un lugar de reclusión, especialmente si se trata de un edificio de pisos sin ascensor. De hecho, el 45,4% de las personas mayores residía en una vivienda construida entre 1961 y 1980, el 34,2% en una levantada entre 1900 y 1960, el 9,3% en las edificadas entre 1981 y 1990, el 5,1% en una construcción anterior a 1900. Sólo el 5,5% en una construida recientemente, entre 1991 y 2001. La media de las personas mayores que residen en un edificio de entre tres y cinco pisos y carecen de ascensor siempre supera a la media de las que disfrutan de él. La longevidad y mayor afección de la discapacidad entre las mujeres les hace especialmente vulnerables a las limitaciones espaciales.

La habitabilidad de la vivienda resulta igualmente un aspecto esencial para la autonomía residencial. En la Comunidad Canaria, el estado de la vivienda de los mayores es en el 0,7% de los casos ruinoso, en el 2,0% malo y en el 9,6% deficiente. Al aumento de la edad le corresponde una mayor probabilidad de habitar una vivienda en peores condiciones, pues los mayores más jóvenes (65 a 69 años) superan en 2,6 puntos porcentuales a los de más de 90 años a la hora de habitar en un edificio en buen estado. Las viviendas de las personas mayores adolecen también de ciertos servicios: el 0,5 no tiene agua corriente y el 4,3% no cuenta con un sistema de evacuación de aguas residuales. Además, algunas viviendas carecen de algunos otros equipamientos considerados imprescindibles como el tendido telefónico, del que carece el 6,8%, aunque cabe la posibilidad su morador/a haya adquirido un teléfono móvil. Las malas condiciones de la vivienda y la ausencia de ciertos equipamientos domésticos impactan negativamente en la calidad de vida de las personas mayores, especialmente cuando mengua la movilidad.

**Tabla XLVIII. Accesibilidad de la vivienda.**

	Mujer	Hombre
Piso con ascensor	15,2	18,4
Piso sin ascensor	19,5	17,9
Terrera	58,8	54,0
Otra	1,0	,2
Sin datos	5,6	9,5

Fuente: Base muestral propia.

**Tabla 79. Régimen de tenencia de la vivienda principal de los mayores. Canarias, 2001.**

	Personas	Porcentaje
En propiedad por compra, totalmente pagada	121.6827	60,7
En propiedad por compra, con pagos pendientes	11.420	5,7
En propiedad por herencia o donación	27.715	13,8
En alquiler	15.587	7,8
Cedida gratis o bajo precio por otro hogar	3.348	1,7
Otra forma	20.633	10,3
Total	200.385	100,0

Fuente: IMSERSO. (2004). Informe las personas mayores en España. Comunidad autónoma: Canarias.



El hábitat, especialmente el urbano y metropolitano, es menos propicio para la autonomía residencial en el envejecimiento debido al mayor número de barreras arquitectónicas, si bien el rural puede presentar mayores dificultades cuando la edad es elevada y los recursos económicos escasos. No obstante, el medio rural ofrece otras ventajas comparativas, puesto que la jubilación no suele llevar aparejada la desvinculación del trabajo o la actividad habitual, una separación que más que por la edad viene determinada por la capacidad física. De igual manera, los mayores rurales perciben ingresos de menor cuantía, pero tienen menores niveles de gasto y mayores niveles de ahorro. El éxodo de los jóvenes de las

familias tradicionales rurales hacia zonas dinámicamente activas no permite dar las mismas respuestas que el pasado a posibles situaciones de dependencia, aunque también es cierto que la soledad es más fácilmente sobrellevable en el medio rural, dado que las relaciones de vecindad, confundidas con las de amistad, son más sólidas que en el medio urbano. En 2003, más de la mitad de la población mayor canaria (51,2%) residía en grandes ciudades (50.001 a 500.000 habitantes), el 31,9% en ciudades (10.001 a 50.000), el 15,8% en municipios (20.01 a 10.000), únicamente el 1,2% reside en municipios de tamaño inferior a los 2.000 habitantes.

**Tabla 80. Población según tamaño municipal y grupos de edad. Canarias, 2003.**

	Total	Menos de 16	De 16 a 64	De 65 y más
Total	1.894.868	322.016	1.344.710	228.142
De 0 a 2.000	12.435	1.665	8.135	2.635
%		13,4	65,4	21,2
De 2.001 a 10.000	233.155	36.953	160.231	35.971
%		15,8	68,7	15,4
De 10.001 a 50.000	662.056	116.927	472.321	72.808
%		17,7	71,3	11,0
De 50.001 a 500.000	987.222	166.471	704.023	116.728
%		16,9	71,3	11,8
Más de 500.000	0	0	0	0
%		0,0	0,0	0,0

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2003). Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero.

## **CAPÍTULO 9**

### **SITUACIÓN ECONÓMICA**

### **OCIO Y CONSUMO**

## CAPÍTULO 9

### SITUACIÓN ECONÓMICA. OCIO Y CONSUMO

#### 9.1. Introducción. La estrecha relación entre vejez y pobreza

Históricamente la vejez y la pobreza han mantenido una estrecha relación que aún persiste en numerosos países del planeta. Tradicionalmente, el retiro de las personas mayores de la vida productiva ha estado asociado a la capacidad antes que a la edad y ha sido cubierto por el ahorro voluntario, la familia o la caridad. La creación del Estado de Bienestar abrió la vía a la posibilidad de que primero algunas categorías de mayores, y luego todas ellas, tuvieran asegurados unos recursos mínimos para afrontar la última etapa de la existencia. El logro de estos derechos no ha exorcizado aún un riesgo de pobreza que ha sido particularmente duro con aquellas mujeres que habiendo perdido a un cónyuge que les proporcionaba un lugar en la sociedad, enfrentan cotidianamente dificultades o carecen de mecanismos de apoyo, de modo que la “feminización de la pobreza” -considerada en el capítulo 3- comprende a una elevada proporción de mujeres mayores y solas. Tal materialización de derechos sociales y económicos, compatibles con el desarrollo histórico del capitalismo, subsiste a pesar del ataque por parte de las tesis neoliberales, en las últimas décadas, que sostienen la inevitable crisis del modelo.

Los antecedentes remotos de la previsión social, en sentido amplio, se pueden situar en los Colegios romanos o en las Gildas británicas o germanas, así como en las Cofradías medievales. Tales instituciones tenían por objeto la defensa de los intereses del oficio y el afán de hacer más llevadera la vida de los asociados y sus familiares, anticipando las bases del mutualismo. No obstante habrá que esperar hasta la aparición de las Cortes absolutistas para situar el origen de las gratificaciones por jubilación. En las Cortes se generalizó la costumbre de beneficiar económicamente a las personas que dejaban sus puestos tras haber prestado servicios durante muchos años. Las primeras pensiones de jubilación obligatorias fueron instauradas por Colbert en la Francia del siglo XVII, originariamente en beneficio de los marineros, “con el objeto de evitar que practicaran la piratería para garantizarse la vejez”

y posteriormente de los militares y los obreros de las manufacturas reales, hasta que se hicieron extensibles a otros funcionarios dos siglos más tarde (PÈNE, 1999: 29).

A lo largo del siglo XIX, a pesar de la influencia del liberalismo que concebía el esfuerzo individual como la principal fuente de progreso personal y social, ningún Estado permaneció completamente pasivo en materia de protección social. El Estado vigilante del mantenimiento de la ley y el orden, había emprendido algún tipo de intervención en la regulación de las condiciones de trabajo o enseñanza y en materia de beneficencia. En las últimas décadas de dicho siglo, el Estado-policía cedió el paso al Estado-interventor, germen del Estado de Bienestar, que tratará de integrar las demandas de ciudadanía y proporcionar un bienestar elemental. Nuevas estructuras relativamente democráticas, la expansión de la industria, el crecimiento de la población y las ciudades, la centralidad de la burocracia eran retos que sólo el Estado, con su capacidad económica y coercitiva, parecía capaz de afrontar. Las intervenciones se iniciaron en materia educativa y en materia de previsión o seguridad social, mientras que un conjunto de símbolos y rituales reforzaban la legitimidad del poder y la lealtad de los individuos hacia él. Ciertas leyes obligaron a patronos y obreros a participar en sistemas que trataban de asegurar los medios necesarios para poder hacer frente a la vejez, los accidentes o la falta de trabajo, participando el Estado en la financiación y administración del mismo. Ello supuso que, por primera vez, la comunidad reconociera la obligación de proteger al ciudadano de la indigencia, no como una cuestión de caridad, sino de derecho, desplazando así los presupuestos liberales más puramente mercantilistas, y dando paso a la consideración de que la pobreza, incluso la de las personas perfectamente capaces, no era consecuencia de su pereza, inmoralidad o falta de previsión de la que sólo ella misma era culpable (MORENO, 2000).

Desde entonces, la progresiva implicación del Estado en la vida diaria hizo que incrementara el volumen del empleo y el gasto público en países como el Reino Unido, Alemania o Francia. El establecimiento de un Seguro Social en España, habría de esperar al inicio de la siguiente centuria, así la “Ley de, 30 de enero de 1900, de Accidentes de Trabajo en la Industria” vino a establecer un seguro de carácter voluntario, al que siguió, a lo largo de la primera mitad del siglo, un conjunto de seguros sociales obligatorios y de naturaleza pública que pretendían hacer frente a los distintos riesgos: maternidad, enfermedad, vejez, muerte, y que se perpetuaron hasta el nacimiento del actual sistema de Seguridad Social en 1963 (GÓMEZ POMAR, 2000). La evolución de un sistema profesional hacia un modelo más universalista no llegaría al Estado Español hasta el último cuarto del siglo. Cómo este modelo ha beneficiado a las personas mayores, y particularmente a las mujeres, es objeto de este capítulo.

## 9.2. El Estado de Bienestar y la protección social.

Los límites temporales de la génesis y desarrollo del Estado de Bienestar se suelen establecer entre la Segunda Guerra Mundial y los años ochenta del siglo XX (MISHARA, 1989), si bien es cierto que no existe unanimidad, pues algunos lo sitúan en las Leyes de pobres inglesas de 1601 (GARCÍA COTARELO, 1987), y otros en la legislación social alemana del gobierno de Bismarck (HECLO, 1981). Alemania habría sido la pionera en el ensayo de un modelo que se extendió rápidamente por Europa y culminó en Gran Bretaña en la primera década del siglo XX. Los factores que confluyeron en Alemania para hacer posible la fórmula del Bienestar fueron el desarrollo de una importante burocracia estatal familiarizada con los problemas sociales, el carácter del liberalismo alemán influido por los intelectuales y el temor de las clases propietarias respecto del proletariado revolucionario que coincidieron con la preocupación que experimentaba Bismarck frente al movimiento obrero organizado que había registrado un importante avance electoral tras la unificación de los partidos obreros en 1875 (MORENO, 2000).

Semejante situación posibilitó el que, tras la legislación relativa al seguro de enfermedad y maternidad y la de accidentes de trabajo, Alemania articulara en 1889 la Ley de seguro de enfermedad, jubilación y defunción. La Ley establecía un sistema de seguro

obligatorio para patronos y obreros, subsidiado por el gobierno, con contribuciones progresivas, sobre la base de cuatro categorías de ingresos. Los obreros industriales, entre quienes era mayor la influencia socialista, fueron los primeros beneficiarios de una legislación que más tarde se ampliaría a otros grupos de trabajadores. El ejemplo alemán fue seguido por la práctica totalidad de los países europeos. Entre 1887 y 1903 Austria, Italia, Noruega, Francia u Holanda introdujeron seguros contra accidentes, enfermedad o vejez. Dinamarca y Bélgica adoptaron el modelo alemán. Suiza optó por organizar un programa de seguridad social. España introdujo el seguro contra accidentes en el año 1900. Comparativamente tardía fue la legislación social en el Reino Unido, puesto que el establecimiento de un sistema nacional de seguridad social se produjo en 1906; si bien con anterioridad el Estado había comenzado a aceptar obligaciones respecto a ciertos grupos, como los menores abandonados o los enfermos indigentes.

Las leyes de contenido social promulgadas por los gobiernos europeos, liberales o conservadores, a finales del siglo XIX no implicaban una transformación profunda de sus doctrinas, de modo que el partido liberal mantenía la defensa de la forma clásica del liberalismo, individualista y partidario de la mínima intervención estatal, mientras los conservadores abogaban por una vaga ideología paternalista, de base individualista, aunque más sensible a actuar para aliviar la suerte de las personas excluidas. El Estado de Bienestar, de hechura socialdemócrata, se distinguiría de las iniciativas anteriores por la realización de los sistemas de protección social en el marco del desarrollo de la democracia, cuando la política social pasa a ser concebida como expansión de los derechos sociales o materialización de los derechos políticos democráticos. Este moderno Estado de Bienestar, se desarrolla plenamente tras la Segunda Guerra Mundial, y tiene su antecedente en la construcción del sistema público inglés de protección social integrado y universal que se desarrolló entre 1945 y 1948.

Más allá de sus orígenes y de su compleja trayectoria histórica, la consolidación del Estado de Bienestar está indisolublemente vinculada al espectacular crecimiento económico experimentado por diversos países en el período 1945-1974, que posibilitó una situación de plena ocupación y la generalización de un alto nivel de consumo, que a su vez hizo viable

un sistema de seguridad social con cobertura para la totalidad de la población y la garantía de un nivel de vida mínimo incluso para los más desfavorecidos. ANISI (1989) denomina “pacto keynesiano” al modelo que conjugó el capitalismo desarrollado y el Estado de Bienestar, que permitía obtener el pleno empleo, tanto del capital como del trabajo, altas tasas de beneficios y una red de seguridad para la ciudadanía, además de la incorporación del progreso técnico, la elevación de la productividad y la posibilidad de un crecimiento continuado de las rentas salariales, sin alterar estructuralmente el proceso de distribución de la renta, que se vio favorecido por el crecimiento y estabilidad en unos años de consolidación del comercio internacional. El primer freno al desarrollo del modelo keynesiano lo pusieron, en los años setenta, el desplome del patrón-oro y la crisis energética, que supusieron la caída de la producción y el desempleo, revelando la fragilidad del modelo.

La evolución del Estado de Bienestar fue distinta en cada país según se articuló la relación de fuerzas entre el Estado, el mercado y la institución familiar. ESPING-ANDERSEN (1993: 47) -citado en el capítulo 3- diferencia, en virtud de la asunción de competencias entre Estados liberales, socialistas y conservadores, aunque en el último caso sería más correcto hablar de fórmulas intermedias. La forma liberal o residual, correspondería a países como Estados Unidos, Canadá y Australia en los que el Estado juega un papel subsidiario en la satisfacción de las necesidades y las instituciones públicas de bienestar intervienen cuando los mecanismos naturales o tradicionales de satisfacción de necesidades, la familia y el mercado, fallan o son insuficientes. La forma de intervención estatal se basa en la garantía de una subsistencia mínima en la prestación de determinados servicios. El segundo tipo, el socialdemócrata o institucional, se encuentra en Suecia, Noruega o Finlandia. Un modelo en el que el Estado está comprometido con políticas activas de promoción de la solidaridad e igualdad, y en él predominan las transferencias universales, adquieren relevancia las políticas de planificación y solidaridad salarial, altas tasas de sindicalización, alto gasto público y niveles importantes de desmercantilización de las relaciones sociales. Entre estos dos modelos, existe una amplia gama de fórmulas, siendo el caso más paradigmático el de Alemania, pues es el mercado laboral y su regulación el mecanismo principal de asignación inicial de los recursos, desempeñando las

instituciones de bienestar social un papel auxiliar de la economía. Este modelo provee de cobertura sólo a quienes han contribuido o cotizado en el pasado, no está diseñado con una finalidad redistributiva entre grupos sociales, sino para redistribuir la renta y el ahorro a lo largo del ciclo vital de los individuos y familias, cubriendo las situaciones de necesidad ante situaciones de riesgo, como accidentes, enfermedad, desempleo o cuando se ha entrado en un período de inactividad laboral, como la jubilación. A los modelos anglosajones, nórdicos o continentales, RODRÍGUEZ CABRERO (2004: 18) añade un cuarto para referirse a los países del Sur de Europa, el “modelo latino”, “constituido por países en los que el proceso de modernización y las luchas sociales se han combinado con formas clientelares de protección social, una cierta patrimonialización del Estado, exigua y débil presencia de la sociedad civil, papel crucial de la familia y fuerte presencia de la Iglesia Católica en la constitución del entramado institucional del bienestar social”. Un modelo que, en países como España y Portugal, se completarían en la década de los ochenta, en pleno auge del neoliberalismo.

Los distintos modelos del Bienestar proporcionan servicios y una cierta seguridad de ingresos, pero inciden, de una u otra manera, en la “estratificación social” (ESPING-ANDERSEN, 1993: 81). El neomarxismo (OFFE, 1972; O’CONNOR, 1973; MULLER y NEUSSUSS, 1973) sostiene que el Estado de Bienestar no sólo reproduce sino que alimenta a la sociedad de clases. El objetivo último de las políticas de bienestar no sería promover la igualdad, sino facilitar el funcionamiento del capitalismo, que con esta fórmula se asegura una mano de obra formada y sana, mientras consigue la conformidad del trabajador/a. Si bien es cierto que otros teóricos (PARKIN, 1979; LIPSET, 1960) estiman que el bienestar elimina las principales causas de la lucha de clases, transformando el conflicto en una competición de estatus. La incidencia en la estratificación, en todo caso, es variable en función de la tradición fundacional y de la importancia concedida al universalismo y al igualitarismo en cada una de ellas, puesto que existe una fuerte correlación entre gran universalismo y alta desmercantilización en los países escandinavos, e inversamente, entre baja desmercantilización y fuerte confianza individualista en los países anglosajones.

Por otro lado, si bien es cierto que la consolidación

del Estado de Bienestar ha contribuido también a la mejora de la condición de las mujeres -como se apuntó en el capítulo 6-, su situación varía de manera análoga en función del modelo aplicado. El escandinavo se presenta como el que reporta mayores beneficios debido a la cultura política de la igualdad y como el que ofrece una mayor gama de servicios y prestaciones de orientación universalista que se perciben como derechos de la ciudadanía. En general, la fórmula ha resultado beneficiosa para el sector femenino de la población, al menos en un doble sentido, por un lado porque al prestar servicios, genera empleo y absorbe una buena parte de la demanda laboral de las mujeres; y por otro porque crea servicios de atención y cuidado a personas y posibilita que las mujeres prioricen sus carreras profesionales. Pero el Estado de Bienestar también genera efectos perversos, pues la participación laboral en iguales términos para los dos sexos es aún una quimera y la segregación sexual horizontal -concentración en algunos sectores y actividades- y vertical -concentración en ciertos niveles de la jerarquía profesional- son muy resistentes al cambio.

Las ideas neoclásicas críticas con el Estado de Bienestar, motivadas por el gasto público o las regulaciones e interferencias del libre mercado en un contexto demográfico de población crecientemente envejecida, afloraron por primera vez tras la fase de estancamiento económico e inflación que siguieron a la primera crisis del petróleo. Se iniciaron entonces grandes tensiones entre los partidarios y los detractores de la viabilidad del modelo, que han originado la articulación de tres propuestas de reforma. La primera es la opción “neoliberal” que supone el desmantelamiento del Estado de Bienestar y la contratación de la provisión en el mercado -empresas o entidades financieras-; la segunda es la opción “corporatista” que implica mantener el Estado de Bienestar en base al consenso centralizado entre los agentes tradicionales de la acción colectiva; y la tercera es la opción “conservadora” que supondría el retorno a la sociedad civil, entendida como comunidad tradicional, la vuelta a los microgrupos, a las familias, a sus mujeres y, en fin, a identidades y papeles perdidos en la modernización económica y con el crecimiento del Estado en todos los terrenos de la vida social (RODRÍGUEZ CABRERO, 2004: 40).

En la década de los ochenta, el gobierno británico destacó por tratar de llevar adelante la reformula-

ción más drástica del modelo, pero la irrelevancia en la disminución del gasto público en ese mandato informó de lo contrario. Desde que se inició la década de los noventa se viene asistiendo a un nuevo intento de reestructuración del Estado de Bienestar, tras el derrumbe del socialismo del Este y la proclamación del triunfo del liberalismo de mercado, pues éste reclama una mayor competitividad económica en el mercado mundial, bajos costes laborales y sociales de la mano de obra, flexibilidad máxima del mercado de trabajo y reducción o contención del gasto social y, por tanto, traslado de la carga de la protección social al individuo, la familia o el tercer sector. Tales medidas resultan difíciles de articular debido a la gran fragmentación del mercado laboral, la persistencia del paro estructural y la exclusión social, y porque aunque el gasto social puede resultar gravoso para competir en el mercado, las políticas activas de empleo junto a los gastos sanitarios y educacionales son una condición necesaria para el crecimiento económico. En líneas generales, el panorama europeo ha dibujado una cierta convergencia entre el modelo de Bismarck, concebido como un sistema de garantía de las rentas profesionales, y el de BEVERIDGE<sup>113</sup>, proveedor de un mínimo vital, ya que la tendencia ha sido la de garantizar a la ciudadanía unas rentas mínimas sujetas a pruebas de necesidad, a la par que se va forzando a los actuales regímenes contributivos hacia la iniciativa privada complementaria.

LÓPEZ GANDÍA y OCHANDO CLARAMUNT (2005: 9) sostienen que “abandonadas las predicciones más catastrofistas sobre la inevitable crisis del Estado del Bienestar, el debate actual se vuelve más realista y práctico, menos ideologizado y teórico. Hasta el momento, los desafíos económicos, sociales y políticos no han conducido, en ningún país europeo, a un desmantelamiento del Estado del Bienestar, si acaso a la búsqueda de nuevas vías de financiación, gestión y de protección que garanticen su viabilidad económica y política y que mejoren sus resultados en términos de una mayor eficiencia, eficacia y equidad”. En este sentido, en Europa se han ido articulando reformas no estructurales como la separación de las fuentes de financiación de las pensiones, el endurecimiento de los requisitos de acceso a la pensión, el recorte de las cuantías, los incentivos al retraso de la edad de la jubilación y la penalización a la anticipación, la mejora en la lucha contra el fraude y la evasión, los incentivos fiscales a los fondos de pensiones privados complementarios, etcétera.

Sometido a unas correcciones dirigidas a la búsqueda de hacer compatibles el crecimiento económico y la competitividad, el Estado del Bienestar cambia, para mantenerse en lo esencial inalterado, algo que en parte es debido a su alto grado de legitimidad social y también a la necesidad de la clase política de evitar la pérdida de confianza de la población. ESPING-ANDERSEN (2005: 169) considera que estos “modelos del bienestar fueron creados hace generaciones, y básicamente, reflejan el perfil de empleo, familia y riesgo típico de otra época”, pero desde entonces se han producido ciertas transformaciones que requieren de una nueva arquitectura del Estado del Bienestar, como los cambios en el ciclo vital de las personas; la pluralidad de nuevas formas de familias y hogares; los cambios en la estructura del empleo; los cambios provocados por la sociedad del conocimiento; la intensificación de las desigualdades de rentas y los cambios en el contrato intergeneracional. Respecto de este último punto señala específicamente cómo aumentan los riesgos para las familias jóvenes, mientras que las familias ancianas disfrutan de mejores niveles de vida. Todo lo cual le lleva a considerar imprescindible renovar el Bienestar incorporando nuevas políticas activas dirigidas tanto a la familia como a la infancia, dado que ese gasto favorecería la reconciliación entre la maternidad y el empleo y posibilitaría la inserción de los menores en la sociedad con unos niveles altos de bienestar. En fin, estima que combatiendo la insuficiencia de habilidades cognitivas y los bajos niveles educativos se puede disminuir las situaciones de desempleo, precariedad y empleos con bajos salarios.

### 9.3. El gasto en protección social y las pensiones en Europa.

Las distintas iniciativas conducentes a la integración europea evidencian que, a pesar de que la Europa social se ha ido construyendo más lentamente que la Europa económica, su articulación ha dejado una huella indeleble en el modelo económico, desde el que se propone conjugar el pleno empleo y el dinamismo económico con una mayor cohesión y justicia sociales. La Cumbre de Lisboa (Consejo Europeo de Lisboa, de marzo de 2000, Boletín UE 3-2000) recoge el vínculo esencial existente entre el vigor económico de Europa y su modelo social y la adopción como principio rector del refuerzo de la política social como factor productivo, lo cual no supone la pretensión de armonizar las políticas so-

ciales de los distintos países miembros, ya que la finalidad en esta materia es lograr objetivos comunes y aumentar la coordinación de las políticas sociales en el contexto del mercado interior y la moneda única, sin que ello requiera de una financiación adicional; antes bien, la propuesta se formula en la necesidad de reorientar el gasto público para mejorar la eficacia y la inversión. Entre los retos comunes que han planteado los Estados miembros respecto de sus sistemas sociales de cara a crear una sociedad cohesionada destacan la necesidad de adaptarse a un mundo del trabajo en evolución, las exigencias de una economía basada en el conocimiento, las nuevas estructuras familiares, la persistente desigualdad entre hombres y mujeres, las crecientes desigualdades en la renta y los cambios demográficos, particularmente el envejecimiento. Aspecto éste del que se apunta que, a largo plazo, afectará en gran medida a la estructura del mercado de trabajo y a la oferta de mano de obra y ejercerá una gran presión en los sistemas sanitarios y de pensiones.

Resultado de historias particulares, la Unión Europea presenta notables diferencias en lo que se refiere a la estructura del mercado laboral, los sistemas de cotización o de imposición fiscal. Pese a ello, se pueden establecer comparaciones en base a los procesos de homologación que ha propuesto EUROS-TAT. En 2005, la media europea de gasto en protección social superó la cuarta parte del PIB, para situarse en 27,2% (Tabla 81). Los países con mayor gasto en protección social de la Unión europea fueron Suecia (32,0%), Francia (31,0%), Dinamarca (30,1%) y Alemania (29,4%), mientras que Letonia (12,4%), Estonia (12,5%), Lituania (31,2%) y Rumanía (14,2%) presentaron el gasto social más reducido. De la UE-15, sólo Irlanda (18,2%) concedió menos importancia al gasto social que España país que, con un 20,1% del PIB, se situó 7,2 puntos porcentuales por debajo de la media. En el período inmediatamente anterior (1994-2005), aunque sujeto a descensos y oscilaciones, el gasto social en la UE experimentó cierto aumento, particularmente en países como Malta o Suiza.

Desde la década de los ochenta España ha venido haciendo un importante esfuerzo por incrementar el gasto social per cápita, pese a lo cual se ha situado como uno de los países de menor gasto de la UE 15. La variación media de la tasa española de gasto social alcanzó su máxima expresión entre 1987 y 1993, para luego sufrir un descenso entre 1994 y

**Tabla 81. Gasto en protección social como porcentaje del PIB. Unión Europea, 1994-2005.**

Precios corrientes, % PIB	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
UE-27	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	27,2 <sup>(e)</sup>
UE-25	:	:	:	:	:	:	26,6	26,8	27,1	27,4	27,3 <sup>(p)</sup>	27,4 <sup>(e)</sup>
UE-15	:	27,7	27,9	27,5	27,1	27,0	27,0	27,1	27,4	27,8	27,7 <sup>(p)</sup>	27,8 <sup>(e)</sup>
Euro-zona-13	:	27,2	27,6	27,3	26,9	27,0	26,8	26,9	27,4	27,8	27,8 <sup>(p)</sup>	27,8 <sup>(e)</sup>
Bélgica	28,7	27,4	28,0	27,4	27,1	27,0	26,5	27,3	28,0	29,1	29,3	29,7
Bulgaria	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	16,1 <sup>(p)</sup>
R. Checa	:	17,5	17,6	18,6	18,5	19,2	19,5	19,5	20,2	20,2	19,3	19,1 <sup>(p)</sup>
Dinamarca	32,5	31,9	31,2	30,1	30,0	29,8	28,9	29,2	29,7	30,9	30,9	30,1
Alemania	27,8	28,2	29,3	28,9	28,8	29,2	29,3	29,4	30,0	30,3	29,6	29,4 <sup>(p)</sup>
Estonia	:	:	:	:	:	:	14,0	13,1	12,7	12,6	13,1	12,5
Irlanda	15,5	14,8	13,9	12,9	12,0	14,6	14,1	15,0	17,3	17,8	18,2	18,2
Grecia	22,1	19,9	20,5	20,8	21,7	22,7	23,5	24,1	23,8	23,6	23,6	24,2
España	22,8	21,6	21,5	20,8	20,2	19,8	20,3	20,0	20,3	20,4	20,6 <sup>(p)</sup>	20,8 <sup>(p)</sup>
Francia	30,2	30,3	30,6	30,4	30,1	29,9	29,5	29,6	30,4	30,9	31,3	31,5 <sup>(p)</sup>
Italia	25,3	24,2	24,3	24,9	24,6	24,8	24,7	24,9	25,3	25,8	26,0 <sup>(p)</sup>	26,4 <sup>(p)</sup>
Chipre	:	:	:	:	:	:	14,8	14,9	16,2	18,4	17,8	18,2 <sup>(p)</sup>
Letonia	:	:	:	15,3	16,1	17,2	15,3	14,3	13,9	13,8	12,9	12,4 <sup>(p)</sup>
Lituania	:	:	13,4	13,8	15,2	16,4	15,8	14,7	14,1	13,6	13,3	13,2 <sup>(p)</sup>
Luxemburgo	22,9	20,7	21,2	21,5	21,2	20,5	19,6	20,9	21,6	22,2	22,3	21,9
Hungría	:	:	:	:	:	20,7	19,3	19,3	20,4	21,1	20,7	21,9
Malta	:	15,7	17,1	17,5	17,5	17,3	16,5	17,4	17,5	17,9	18,4	18,3
Holanda	31,4	30,6	29,6	28,7	27,8	27,1	26,4	26,5	27,6	28,3	28,3	28,2 <sup>(p)</sup>
Austria	28,8	28,8	28,7	28,6	28,3	28,7	28,1	28,4	29,0	29,3	29,0	28,8
Polonia	:	:	:	:	:	:	19,7	21,0	21,1	21,0	20,1	19,6 <sup>(p)</sup>
Portugal	21,3	21,0	20,2	20,3	20,9	21,4	21,7	22,7	23,7	24,1	24,7 <sup>(p)</sup>	:
Rumanía	:	:	:	:	:	:	13,2 <sup>(p)</sup>	13,2 <sup>(p)</sup>	13,4 <sup>(p)</sup>	12,6 <sup>(p)</sup>	15,1 <sup>(p)</sup>	14,2 <sup>(p)</sup>
Eslovenia	:	:	24,1	24,5	24,8	24,8	24,6	24,8	24,8	24,1	23,7	23,4 <sup>(p)</sup>
R. Eslovaca	:	18,4	19,3	19,6	20,0	20,0	19,3	18,9	19,0	18,2	17,3 <sup>(p)</sup>	16,9 <sup>(p)</sup>
Finlandia	33,7	31,5	31,4	29,1	27,0	26,2	25,1	24,9	25,6	26,5	26,6	26,7
Suecia	36,5	34,3	33,6	32,7	32,0	31,7	30,7	31,2	32,2	33,2	32,7	32,0 <sup>(p)</sup>
Reino Unido	28,5	28,0	27,8	27,3	26,7	26,2	26,9	27,3	26,2	26,2	26,3 <sup>(p)</sup>	26,8 <sup>(e)</sup>
Islandia	18,4	18,9	18,7	18,5	18,3	18,8	19,2	19,4	21,2	23,0	22,6	21,7
Noruega	27,4	26,5	25,8	25,1	26,9	26,9	24,4	25,4	26,0	27,2	25,9	23,9
Suiza	24,8	25,6	26,4	27,3	27,3	27,3	26,9	27,6	28,5	29,1	29,3	29,2

(...) no disponible. / (p) valor provisional. / (e) valor estimado.

Fuente: EUROSTAT/ESSPROS. (2007). Living condition and welfare. Social protection.



1999 que se correspondió con una contención del gasto, y recuperarse posteriormente y permanecer estable en torno al 20% actual. De manera más amplia, se puede decir que en el período 1980-2003 se experimentó un crecimiento de 2,3 puntos en el gasto social, aunque el dato necesariamente ha de ser contrapesado con el crecimiento del propio PIB, pues en términos reales su crecimiento en ese período fue de 87,4%, y por tanto el del gasto social fue de un 117,6%. El mayor crecimiento de la variación media anual del caso español respecto a la media europea no deja de ser un indicador de las diferencias entre los Estados, pues esos promedios ocultan las diferencias en los sistemas de protección social, de las estructuras demográficas, económicas, sociales e institucionales de cada Estado miembro.

El Informe sobre la evolución del gasto la pasada década, “La evolución de la protección social en Europa 1992-2001” (EUROSTAT, 2004) destaca que los cuatro países con mayor nivel de protección social en el quinquenio 1999-2001 disminuyeron su cuota sobre el PIB, Suecia (-2,6 puntos), Dinamarca (-1,9), Francia (-1), Alemania (-0,1). La ampliación al decenio 1992-2001 sin embargo, revela que únicamente redujeron la cuota Suecia (5,8 puntos) y Dinamarca (0,8); mientras que Francia y Alemania la habían aumentado (0,7 y 2,2 puntos, respectivamente), a este último aumento se le asocia la reunificación con la Alemania del Este.

En 1992, España se encontraba en el grupo de los más rezagados junto a Portugal, Irlanda y Grecia, y en el decenio apuntado retrocedió del doceavo al catorceavo lugar. Grecia y Portugal realizaron un notable esfuerzo al aumentar su porcentaje de participación (6 y 5,5 puntos, respectivamente), mientras en Irlanda y España se observó un retroceso (5,7 y 2,3 puntos, respectivamente). Sin embargo, el signo de la inversión ha cambiado, y señala cómo España se encuentra, junto a Bélgica, Irlanda, Francia e Italia, en un grupo de países en los que los gastos en protección social crecen continuamente desde 2000 (PETRÁSOVÁ, 2008). El último dato apunta que en 2005, el gasto en protección social ascendió al 27,2% de PIB en la Unión de los 27 (PETRÁSOVÁ, 2008).

Como se apuntó anteriormente, de todos los frentes que tiene abierto el Estado de Bienestar, el sostenimiento de las prestaciones por envejecimiento se presenta como una de las mayores preocupaciones

ante el cuestionamiento de su sostenibilidad e impacto social a futuro. En 2004, las pensiones representaron de media el 45,9% del gasto social en la UE-25, situándose como el gasto social más importante en todos los países a excepción de Irlanda, que junto a Estonia, Lituania y Eslovaquia fueron los que registraron un gasto menor, frente a Italia, Austria, Alemania y Francia que registraron el mayor (Tabla 82). En el Estado Español, el gasto en pensiones ascendió a 9,0% del PIB, 3,2 puntos por debajo de la media del gasto europeo en pensiones. En ese año, EUROSTAT reveló que, en buena medida, a consecuencia del envejecimiento de la población, se dio un importante aumento del gasto sanitario en los UE-15 entre 1991 y 2002. PETRÁSOVÁ (2008) desglosando los beneficios sociales de la UE-27 en 2005 (que suponen a su vez el 96,2% del gasto social) ha revelado que se destinó el 39,9% a pensiones y el 27,5% a gastos sanitarios, mientras el destinado a familia y menores representó el 7,7%.

Las políticas europeas dirigidas a las personas mayores se han ido incorporando a las agendas de los distintos países miembros, desde los años setenta, a un ritmo desigual y en función de factores tales como el avance del envejecimiento demográfico o el grado de maduración del sistema de pensiones, pese a lo cual los objetivos de dichas políticas se han ido unificando. Con la finalidad de llevar a la práctica los Acuerdos de Lisboa en materia de objetivos sociales se diseñó una Agenda quinquenal (Resolución de 25 de octubre de 2000) que propuso el método abierto de coordinación, la legislación, el diálogo social, los fondos estructurales y una serie de programas específicos de cada acción para alcanzar los objetivos de productividad, competitividad, solidaridad y justicia social. Los socios comunitarios que se han incorporado recientemente a la UE han tenido que iniciar previamente un proceso de adopción de un corpus de leyes y normas a fin de adaptarse al acervo comunitario en materia social y de empleo. La estrategia seguida desde 2004, ha privilegiado el crecimiento económico combinado con la innovación y la tecnología, así como la creación de empleo, con la finalidad de hacer de Europa un lugar atractivo para la inversión. El objetivo estrella de Lisboa, el logro de una tasa de empleo del 70% en 2010 -truncado por la recesión económica que recorre Europa-, convertía en un imperativo el aumento de la participación de los/as trabajadores/as de más edad, de modo que en el Consejo de Estocolmo (2001) se acordó que la mitad de la pobla-

**Tabla 82. Gasto en pensiones. Unión Europea, 1993-2005.**

Precios corrientes, % PIB	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
UE-27	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	12,2 <sup>(e)</sup>
UE-25	:	:	:	:	:	:	12,3	12,3	12,3	12,3	12,2 <sup>(p)</sup>	12,2 <sup>(e)</sup>
UE-15	:	12,6	12,7	12,7	12,5	12,5	12,4	12,3	12,3	12,4	12,3 <sup>(p)</sup>	12,3 <sup>(e)</sup>
Euro-zona-13	:	12,7	12,9	12,9	12,7	12,8	12,6	12,6	12,7	12,8	12,7 <sup>(p)</sup>	12,7 <sup>(e)</sup>
Bélgica	12,8	11,8	11,9	11,6	11,5	11,3	11,0	11,1	11,2	11,3	11,2	11,2
Bulgaria	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	8,0 <sup>(p)</sup>
R. Checa	:	7,3	7,5	8,3	8,3	8,5	8,5	8,5	8,8	8,7	8,3	8,4 <sup>(p)</sup>
Dinamarca	11,4	11,3	11,4	11,1	11,0	10,8	10,5	10,6	10,7	11,1	11,1	10,9
Alemania	12,4	12,5	12,7	12,7	12,8	12,8	12,9	13,0	13,2	13,4	13,2	13,1 <sup>(p)</sup>
Estonia	:	:	:	:	:	:	6,7	6,0	5,9	5,9	6,1	5,9
Irlanda	4,3	4,0	3,7	3,4	3,2	3,7	3,6	3,7	4,7	4,7	4,9	4,9
Grecia	11,1	10,0	10,4	10,5	11,1	11,3	11,1	11,8	11,7	11,6	11,7	11,9
España	10,4	10,1	10,3	10,1	9,9	9,6	9,6	9,3	9,2	9,1	9,0 <sup>(p)</sup>	8,9 (p)
Francia	13,2	13,4	13,5	13,5	13,4	13,4	12,9	12,9	13,0	13,1	13,1	13,3 (p)
Italia	14,6	14,2	14,5	15,0	14,5	14,9	14,4	14,3	14,6	14,7	14,6 <sup>(p)</sup>	14,8 (p)
Chipre	:	:	:	:	:	:	5,8	5,8	6,5	6,8	6,6	6,8 (p)
Letonia	:	:	:	9,5	10,2	10,8	9,5	8,6	8,2	7,5	6,8	6,3 (p)
Lituania	:	:	6,7	6,7	7,3	8,2	7,9	7,3	7,0	6,8	6,7	6,6 (p)
Luxemburgo	12,3	11,1	11,0	11,3	10,9	10,1	9,4	9,8	10,0	10,1	9,9	9,7
Hungría	:	:	:	:	:	9,1	8,4	8,6	8,9	9,1	9,3	9,8
Malta	:	7,3	8,1	8,1	8,3	8,4	8,0	8,9	8,6	8,9	9,1	9,3
Holanda	14,2	13,9	13,8	13,4	12,8	12,8	12,5	12,4	12,7	12,8	12,8	12,6 <sup>(p)</sup>
Austria	14,0	14,2	14,3	14,3	14,2	14,3	14,1	14,3	14,5	14,6	14,3	14,2
Polonia	:	:	:	:	:	:	12,6	13,6	13,7	13,8	13,3	12,7 <sup>(p)</sup>
Portugal	9,9	9,7	9,9	9,9	10,1	10,1	10,5	10,9	11,3	11,8	12,3 (p)	:
Rumanía	:	:	:	:	:	:	6,7 (p)	6,9 (p)	6,8 (p)	6,1 (p)	6,2 (p)	6,2 (p)
Eslovenia	:	:	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2	11,3	11,5	11,0	10,7	10,5 (p)
R. Eslovaca	:	7,2	7,1	7,2	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4 (p)	7,6 (p)
Finlandia	13,4	12,7	12,7	12,0	11,2	11,0	10,5	10,6	10,9	11,2	11,2	11,2
Suecia	13,3	12,7	12,7	12,4	12,2	12,0	11,6	11,6	11,9	12,7	12,6	12,5 (p)
Reino Unido	12,0	11,8	11,8	11,9	11,4	11,5	12,1	11,7	11,0	10,8	10,7 (p)	11,0 (e)
Islandia	5,5	5,7	5,6	5,7	5,7	5,9	6,2	6,1	6,6	7,3	7,1	7,0
Noruega	8,6	8,4	8,1	8,0	8,6	8,7	7,6	7,7	8,4	8,7	8,4	8,0
Suiza	10,6	11,1	11,4	11,7	11,9	12,2	12,0	12,5	12,7	13,1	13,0	13,1

(...) no disponible. / (p) valor provisional. / (e) valor estimado.

Fuente: EUROSTAT/ESSPROS. (2007). Living condition and welfare. Social protection.

ción europea de edades comprendidas entre los 55 y los 64 años debería estar empleada en 2010, y en el Consejo de Barcelona (2002) se acordó que para 2010 debería elevarse progresivamente en torno a cinco años la edad media efectiva en la que cesa el trabajo.

En la práctica los Estados miembros no sólo habían comenzado a aplicar fórmulas, amparadas por agencias económicas internacionales, como la restricción de la jubilación anticipada, el retraso de la edad de jubilación o la promoción de su flexibilidad, sino a cambiar la fórmula de las pensiones y a fomentar los sistemas mixtos -aspectos considerados en el capítulo 3-. Los gobiernos de Gran Bretaña, Dinamarca y Bélgica optaron por favorecer los sistemas privados. En Francia y Alemania se complementa la aportación procedente del sistema público con fondos privados contratados por el empleado/a. Las medidas adoptadas por Austria pasan por ampliar el período de cotización y retrasar la edad para su acceso. Finlandia aplica una fórmula de cálculo que tendrá en cuenta la totalidad de la vida laboral, tal y como se aprobó en su día en países como Portugal o Suecia. La edad oficial de retiro en la Unión Europea varía entre los 60 y 65 años para las mujeres y entre los 62 y 65 años para los hombres. En 2005, la edad de retiro efectiva fue para los hombres los 60,7 años y para las mujeres 59,4 (EUROSTAT, 2008). Acaso la medida más impopular, y que ha dado pie a mayores movilizaciones, sea precisamente el retraso de la edad de jubilación. Entre las últimas propuestas destacan las de Alemania y Gran Bretaña que estudian elevar la edad de jubilación a los 67 y 68 años, respectivamente (COMAS, 2005; OPPENHEIMER, 2005).

La aplicación de tales medidas tendentes a retrasar la edad de jubilación debería ser acompañada de otra batería de medidas para salvar las actuales discriminaciones etarias y sexistas que afrontan las personas adultas en el mercado laboral y que lleva a muchas al desempleo en los años previos a la jubilación. En 2005, la proporción de personas de entre 55 y 64 años empleadas en la UE-25 se situó en 42,5%, y sólo en ocho Estados superó el 50%. Las correspondientes tasas de empleo para las mujeres y los hombres en este grupo de edad era en promedio de 34% y 52%, respectivamente (EUROSTAT, 2008). Igualmente, se ha de tener en cuenta que la capitalización podría agravar la disparidad entre mujeres y hombres en la vejez, al percibir éstas me-

nores salarios, sufrir mayor precariedad en el empleo y tener mayor discontinuidad en su historial de cotización; sin mencionar la dedicación a las tareas de atención y/o cuidados a la familia que inciden en los procesos de inserción y reinserción laboral. Circunstancias todas ellas que aumentan los riesgos de inseguridad económica y pobreza en la vejez

El concepto de pobreza ha sido sometido a numerosas interpretaciones, OCHANDO CLARAMUNT (1999: 67) recoge la idea de una “cultura de la pobreza” como un círculo vicioso y cerrado (LEWIS, 1969; JACKSON, 1974); así como la de su carácter estructural vinculado a las relaciones de dominación dentro de la estructura económica y social del sistema capitalista, relaciones de producción desiguales, desigualdad estructural en el proceso de distribución de la renta y la riqueza (IGLESIAS, 1991); la aparición de “nuevos pobres” como consecuencia de las recientes crisis económicas, esto es, del desempleo masivo y de larga duración, de la precariedad en el mercado de trabajo, de la segmentación y desregulación de las relaciones laborales, de la extensión de la economía sumergida (PORTILLO, 1989); y los procesos de feminización de la pobreza (FERNÁNDEZ, 1992). En general, una interpretación materialista y economicista de la pobreza hace referencia a la carencia de bienes materiales para el desarrollo de la vida humana. Mientras que definición más amplia y precisa dice que es aquella situación que afecta a las personas que no tienen posibilidad de ejercer sus derechos económicos y sociales, y que por ello, no pueden desarrollarse según el nivel medio del país, accediendo a la educación, el trabajo, la vivienda, los ingresos, la participación...

Los estudios de la “feminización de la pobreza” que han constatado que las mujeres sufren más privaciones que los varones en situación de pobreza, superando la tradicional equiparación entre ésta y la falta de ingresos, han centrado la atención en la participación de las mujeres en la esfera productiva, sus roles tradicionales en la reproducción biológica y social, y la división sexual del trabajo como elementos favorecedores de la desigualdad. Desde esta nueva forma de analizar la realidad, que se incluye en la perspectiva del Desarrollo Humano<sup>114</sup>, pobreza y exclusión social se entienden como formas de violencia estructural, puesto que la pobreza limita la posibilidad de vivir con autonomía personal y desde el desarrollo integral. Desde esta concepción, se entiende que una persona alcanza su bienestar cuando

**Tabla 83. Tasa de riesgo de pobreza entre las personas de 65 años y más (%). Unión Europea-España, 2008.**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
UE 25	...	...	...	18s	17s	17s	16 s	...	17 s	18 s	19 s	19 s
UE 15	21 s	20 s	18 s	18 s	17 s	17 s	18 s	...	19 s	19 s	20 s	20 s
España	16	14	16	15	16	19	22	28	28	30	29	31

Elaboración propia.

Fuente: EUROSTAT/ESSPROS (2008). Tasa de riesgo de pobreza.

**Tabla 84. Tasa de riesgo de pobreza en la Unión Europea, 2006.**

País	Año	Tasa de riesgo de pobreza (%)	Población pobre (en miles)
Chipre	2003	52	44
Irlanda	2003	40	176
España	2003	30	1.112
Portugal	2003	29	504
Grecia	2003	28	539
Reino Unido	2003	24	2.268
Bélgica	2003	21	370
Malta	2003	20	9
Eslovenia	2003	19	56
Austria	2003	17	213
Dinamarca	2003	17	135
Estonia	2003	17	37
Finlandia	2003	17	135
Francia	2003	16	1.561
Italia	2003	16	1.743
Alemania	2003	15	2.167
Letonia	2003	14	52
Suecia	2003	14	215
Lituania	2003	12	61
Eslovaquia	2003	11	68
Hungría	2003	10	156
Holanda	2003	7	154
Luxemburgo	2003	6	4
Polonia	2003	6	294
República Checa	2002	4	57
UE 25	2003	18	13.350
UE 15	2003	19	12.156
New member states	2003	9	902

Usando el 60% de mediana de la distribución de los ingresos por unidad de consumo.

Fuente: CENTRO EUROPEO PARA LA POLÍTICA DE BIEN-ESTAR SOCIAL E INVESTIGACIÓN. (2006). Pobreza de la población anciana en la UE25.

puede decidir sobre su vida, cuando sus capacidades y recursos le permite discernir, optar, rechazar, programar, desear; en fin, poner en movimiento sus potencialidades. SEN (2000), antes que medir las rentas disponibles de los hogares, propone medir capacidades, esto es, se considera necesario disponer de un mínimo de renta, pero también de salud, educación o libertad política.

Según EUROSTAT (Tabla 83), la Tasa de riesgo de pobreza sitúa a quienes se ven afectados por ella bajo el umbral del 60% de la renta media por unidad de consumo de todos los hogares. En Europa esa tasa es de 15%, pero una variable como lo es el superar los 65 años incide en su incremento en cuatro puntos hasta el 19%, ser mujer supone sumar otros dos hasta los 21, y en caso de vivir solo se añaden otros diez, sumando 29%. En 2006 España presentó una tasa de riesgo de pobreza para las personas mayores que se eleva 12 puntos por encima de la media europea, lo cual apunta hacia el bajo nivel adquisitivo de las pensiones, sensiblemente más reducidas entre las mujeres.

Precisamente, España junto a Malta, Dinamarca, Finlandia, Portugal, Grecia, Reino Unido y Bélgica está entre los países en los que la población mayor presenta entre 1,5 y 2 veces más riesgo de pobreza que la población de entre 16 y 64 años (UE, 2006).

#### 9.4 El gasto en protección social y las pensiones en el caso español.

Más allá del ahorro individual o la beneficencia, en el caso español RUMEU DE ARMAS (1944) situó los antecedentes remotos de la previsión social en la conquista de la península ibérica por parte de los romanos, con la instauración de las asociaciones de artesanos, cuya creación parecía combinar ciertas aspiraciones mutualistas y religiosas. De este modo,

en el *Collegia* primaba la finalidad profesional y en los *Soladitates* la religiosa-funeraria. Tales asociaciones de socorro mutuo, en las que se combinaba el ahorro colectivo y la solidaridad, pervivieron bajo la monarquía visigoda, pero desaparecieron posteriormente durante la islamización peninsular, para reaparecer en el Medioevo bajo la denominación de Cofradías gremiales. Éstas protegían especialmente de los riesgos de enfermedad y muerte, pero, en tanto que generadora de pobreza, cubrían también la vejez, aspecto éste que descuidó otra institución de la época, la Hermandad.

Al objeto de desvincular el mutualismo de los Gremios y de desproveerlo de su carácter religioso surgió el Montepío, que pronto comenzó a atravesar dificultades de carácter económico, ya que a diferencia de las Sociedades de Socorro Mutuo que cubrían riesgos de corta duración como una enfermedad, un accidente, una incapacidad temporal, la asistencia médica y farmacéutica o la muerte con una pequeña cantidad, los Montepíos solían orientarse a cubrir riesgos de larga duración -seguros de supervivencia, seguros de invalidez y seguros de vejez-. Las dificultades económicas se vieron agravadas con la complejidad de los riesgos que surgían de la incipiente Revolución Industrial, aspectos que finalmente reclamaron una intervención estatal, tras la que subyacía el interés de un Estado burgués por preservar el modelo de sociedad con la integración de la conflictividad social. Con tal propósito vio la luz en 1883 la Comisión de Reformas Sociales, precedente del Instituto de Reformas Sociales creado en 1903, que se integraría en 1920 en el entonces recién creado Ministerio de Trabajo. Previamente y bajo la forma de entidad autónoma, con la denominación de Instituto Nacional de Previsión, se inició en 1909 la protección a la vejez mediante el “Régimen de libertad subsidiada”, que se mantendría hasta 1921 (MALDONADO, 2002).

En el siglo XVIII, los primeros Montepíos fueron los de funcionarios militares, que desde sus orígenes trataron de articular una acción protectora para evitar la mendicidad a las viudas y huérfanos, si bien el actual sistema de pensiones del funcionariado público data de 1926 por aprobación del Estatuto de clases pasivas (HERRÁIZ DE MIOTA, 2005). A finales del siglo XIX las Cajas de Ahorro ya contaban con un oferta de servicios relacionada con la previsión y los seguros que incluía pensiones de vejez, de supervivencia para viudedades y orfandades,

dotales e incluso los Montepíos de la Mujer que Trabaja y la Obra Maternal (CUEVAS y MARTÍNEZ SOTO, 2008). El punto de arranque de los sistemas de pensiones de los trabajadores fue establecido en 1908 con carácter facultativo, para tomar carácter de obligatoriedad al implantarse por el Real Decreto de 11 de marzo 1919 el “Retiro Obrero Obligatorio”, un sistema de capitalización que fue sustituido en 1939 por uno de reparto denominado “Seguro de Vejez”. Posteriormente, en 1947 se realizó la ampliación de su ámbito de aplicación incluyendo la invalidez en el denominado SOVI (Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez), ampliado en 1955 con el riesgo de muerte. En 1963, se produjo el tránsito desde un conjunto de Seguros sociales a un Sistema de Seguridad Social, a través de la “Ley 193/1963, de 28 de diciembre, de Bases de la Seguridad Social” (BOE 30/12/1963).

Como se expuso en el capítulo 6, en estos años se asiste al tránsito de una sociedad predominantemente rural, en la que tenía un peso específico la pequeña propiedad, a otra en gran medida urbanizada, en la que predomina el trabajo asalariado, con un importante peso del empleo industrial. Una fase de crecimiento demográfico y pleno empleo, generalmente de carácter fijo y masculino, que se logra a costa de la emigración. Pero como sostienen VELARDE FUENTES y CERCAS ALONSO (1999: 199) “no llegó, ni pudo llegar a España, el programa del Estado de Bienestar, o, si se prefiere, sólo pudo llegar un programa imperfecto o patológico del Estado del Bienestar. En España los gobernantes pensaban que el concepto de Estado social que ellos manejaban era infinitamente mejor que ese Estado de Bienestar propio de las decadentes democracias parlamentarias, con su cortejo de rojos, sindicatos marxistas y compañeros de viaje”.

La constitucionalización de los derechos sociales y económicos tuvo lugar en 1978, a requerimiento del capitalismo y de las demandas obreras que pretendían la continuación de la frustrada reforma social de los años treinta, lo que se plasmó en la puesta en marcha de servicios públicos en materia de educación, sanidad, servicios sociales y vivienda. Durante el período expansivo de la economía española, en la década de los ochenta, y a fin de paliar los efectos negativos del modelo económico, se fue consolidando en el país una Seguridad Social de raíz keynesiana, que se completó con la universalización de los servicios educativos y sanitarios, así

como la universalización del sistema de pensiones. Esta última se plasma en la “Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establece en la Seguridad Social prestaciones no contributivas” (BOE 306 22/12/1990), que complementa a las pensiones de jubilación reformadas por la “Ley 26/1985”. En las últimas décadas, el menor crecimiento demográfico acompañado de una distribución preferentemente urbana de la población se ha combinado con la reducción del peso de la actividad agraria e industrial y la creciente importancia económica del sector servicios, promoviendo el crecimiento de las nuevas clases medias funcionales. Al igual que al fenómeno del paro, el retraining del empleo fijo y el aumento del empleo de carácter temporal o precario le ha sucedido la inversión de los flujos migratorios, elementos que han incidido en el crecimiento de la pobreza y la exclusión. La dinámica de europeización en el marco de la lógica del mercado mundial, que requiere un esfuerzo productivo y de distribución intensiva en capital y tecnología, ha jugado más aún en detrimento del trabajo, que se desregula y precariza, impactando con fuerza entre los/as jóvenes y las mujeres; mientras las exigencias en materia de competitividad en el marco de la mundialización de los mercados exigen la racionalización del gasto social.

Las políticas sociales españolas, caracterizadas por una intensa politización -que se plasmó en el Pacto de la Moncloa (1977) y tuvo su continuación en el Pacto de Toledo (1995)-, registraron ese carácter en la “Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y racionalización del Sistema de la Seguridad Social” (BOE 169 16/7/1997); si bien, formalmente las políticas sociales se atribuyen una base negociadora no estrictamente política sino social y sindical, y han pasado a caracterizarse por una progresiva, aunque desigual, universalización; no cerrada como sucede en el caso de la protección por desempleo o incompleta como en el caso de la sanidad; y sujeta a la contención de la intensidad protectora. Características a las que se ha sumado la descentralización administrativa, que corre paralela al creciente protagonismo de las Comunidades Autónomas en la planificación y ejecución, y que ha introducido un riesgo de inequidad y descoordinación territorial, como se apuntó en el capítulo 3. Lo cual se evidencia, por ejemplo, en la creación de las Rentas Mínimas de Inserción que ha tenido lugar sin que previamente se definiera un marco normativo que fijara sus características y contenidos mínimos. Tales políticas

se han caracterizado también en los últimos años por una creciente privatización, materializada en la financiación de la producción externa de servicios con dinero público, de conciertos con entidades con y sin ánimo de lucro, y con el progresivo peso del interés mercantil.

El logro de prolongar la vida más allá de los sesenta y cinco años en perfectas condiciones se ha visto ensombrecido por la consideración de este grupo poblacional como una carga y ciertamente existe fundamento para una relativa preocupación puesto que la tasa de fertilidad actual, establecida en España en 1,34 hijos por mujer (INE, 2006) -como se expuso en el capítulo 4-, no satisface la tasa de reemplazo generacional convencional (2,1 hijos por mujer), originando un notable descenso poblacional de la infancia. Las nuevas cohortes, cada vez más pequeñas, en un futuro no muy lejano, conformarán una cada vez menor población activa que habrá de sostener a una creciente y cada vez más longeva población inactiva anciana. El contrato social de solidaridad intergeneracional vigente en España, está soportado por una gran mayoría de ciudadanos/as, que ven con un fuerte pesimismo el futuro de ese contrato. La incidencia de la estructura demográfica llegará a ser un factor explicativo de primera magnitud en la evolución de los gastos sociales, no tanto cuando envejezcan las generaciones de posguerra, como cuando lo hagan las del “baby-boom”.

El “Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social de Eurostat, Seepros” considera “protección social” todas las intervenciones de organismos destinadas a aligerar la carga que representa para los hogares e individuos una serie establecida de riesgos o necesidades, siempre que no haya un acuerdo simultáneo, ni recíproco ni individual. El concepto incluye tanto las intervenciones públicas en materia de protección social como las llevadas adelante por mutualidades de previsión social, y excluye las transferencias directas entre los hogares o individuos y los seguros privados. Comprende las funciones de enfermedad/ asistencia sanitaria, invalidez, vejez, supervivencia, familia/hijos, paro, vivienda y exclusión social. Como ya se comentó, el gasto social total en España se situó en el 20,8% del PIB, 6,4 puntos por debajo de la media europea (27,2%) en 2005 (Tabla 85). Ahora bien, al desglosarlo resulta que un 20,1% de gasto, la mayor parte, se destinó a educación (4,3% del PIB) y a sanidad (5,8% del PIB) en 2001. Por su parte, el gasto social en protec-

**Tabla 85. Convergencia real España-UE. Desagregación del gasto social por 100 habitantes (miles de PCC del euro corriente). Niveles y relación España/UE 15 y UE 25. 1960 – 2003.**

Niveles	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
España												
PIB per cápita	0,6	1,1	1,7	3,3	5,3	7,7	11,6	14,0	18,9	19,7	20,7	21,2
Educación	...	...	...	...	...	64,2	86,6	95,6	108,2	111,7	...	...
Sanidad	...	...	...	...	54,0	52,3	73,8	85,2	96,9	101,7	...	...
Vivienda	...	...	...	...	0,4	0,5	1,3	2,8	3,3	3,4	...	...
Protección social	...	...	...	...	121,5	151,2	187,1	220,8	237,2	239,5	...	...
Tasa de paro (%)	1,3	1,0	0,5	1,9	8,5	17,7	12,9	18,1	11,3	10,5	11,3	11,3
Relación España-UE15												
PIB per cápita	61,4	71,6	75,6	82,2	74,9	73,4	78,3	79,0	83,4	84,3	86,1	87,4
Educación	...	...	...	...	...	59,2	72,3	70,3	72,9	73,6	...	...
Sanidad	...	...	...	...	53,6	52,3	64,8	66,9	69,3	69,2	...	...
Vivienda	...	...	...	...	15,2	8,0	16,6	26,7	31,7	32,4	...	...
Protección social	...	...	...	...	52,4	57,4	62,6	62,3	62,1	62,2	...	...
Tasa de paro (%)	59,9	56,3	24,1	49,7	159,5	185,9	178,5	185,5	149,9	148,0	152,7	146,9
Relación España - UE25												
PIB per cápita	...	...	...	...	...	...	86,3	87,5	91,6	92,4	94,2	95,4
Educación	...	...	...	...	...	...	...	77,7	78,8	79,3	...	...
Sanidad	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Vivienda	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Protección social	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tasa de paro (%)	...	...	...	...	...	...	164,5	182,2	133,1	127,3	132,4	129,3

NOTA: Todas las variables monetarias están medidas a precios constantes y en miles de PCC del euro (patrón de poder de compra) del año tomado como base (1995), excepto el PIB per cápita corriente. La previsión del año 2003 y las estimaciones para los años anteriores correspondientes al PIB per cápita y la tasa de paro están obtenidas a través de previsiones económicas.

Elaboración propia. Fuente: BANCO DE ESPAÑA. (2004). Síntesis de indicadores económicos.

ción social, cercano al de sanidad, incluía las prestaciones por desempleo (12,9%), la protección de la familia (2,6%), las personas con invalidez (7,6%), la vivienda y la exclusión social (1,7%), junto a las pensiones (9,7%). España se situaba entonces en el último lugar en lo que a ayudas a la familia se refiere con ese 2,6% sobre una media europea del 8% y el primero en subsidios de paro (12,9%), doblando el 6,2% europeo. De igual manera, era uno de los últimos en materia de vivienda y exclusión social.

El sistema público de pensiones español -como se apuntó en el capítulo 3- está conformado por dos subsistemas de diferente cobertura e intensidad pro-

tectora. El primero, contributivo, consta a su vez de dos niveles. El más importante y el que centra el debate sobre su sostenibilidad es el de la Seguridad Social, financiado por las cotizaciones del empresario y de los/as trabajadores/as; el otro es el del funcionariado público. De estos dos, el primero es contributivo, obligatorio y de reparto, se basa en el principio declarativo de la equidad y pretende garantizar pensiones proporcionales a las contribuciones satisfechas. Una proporcionalidad que está lejos de ser alcanzada en la práctica, puesto que la base reguladora de las pensiones se calcula en función de los últimos años de cotización, años que suelen ser también aquellos en los que muchos/as trabaja-

dores/as perciben sus mayores ingresos. El sistema tampoco garantiza la distribución equitativa de costes y beneficios entre las clases activas y pasivas, ni garantiza la equidad intrageneracional dado que el sistema se encuentra fragmentado en el régimen general y una serie de regímenes especiales -general, de autónomos, agrario, hogar y clases pasiva- cada cual con sus propias reglas de funcionamiento y sus propios tipos de rendimiento interno. El segundo subsistema es el sistema no contributivo o asistencial, que beneficia a la población mayor de dieciséis años incapacitada para el trabajo, a las personas que padezcan enfermedad crónica y a las personas mayores de sesenta y cinco años que no han cubierto el período mínimo para causar una pensión, estando sujeto a prueba de necesidad. En España, cerca de 9 millones de personas han causado derecho a una pensión, de las que 8.338,4 millones tienen carácter de pensión contributiva de la Seguridad Social (Tabla 86).

La edad de jubilación legal en España es 65 años, como en la gran mayoría de los países de la Unión Europea, en la práctica las personas se jubilan antes. En 2006, la edad media de retiro era de 63,47 años, superior a la media de la UE 27 (61,2), y ha seguido aumentando hasta establecerse en 63,66 en

2008 (Tabla 87). De las personas entre 50 y 69 años el 43,3% había tenido en 2006 una vida laboral que hubiera durado entre 16 y 35 años, y sólo el 36,9% trabajó 36 años o más. Las diferencias por sexos eran muy significativas, de modo que, el 48,8% de los hombres tuvo una vida laboral de 36 años o más, mientras que entre las mujeres fue el 17%.

**Tabla 87. Evolución de la edad media de entrada en la jubilación. España 2006-2008.**

	2006	2007	2008
Mujeres	63,86	63,90	63,92
Hombres	63,30	63,43	63,54
Total	63,47	63,57	63,66

Elaboración propia.

Fuente: GOBIERNO DE ESPAÑA (2008). Anexo VIII al Informe de Estrategia de Pensiones 2008-2010.

El número de años necesarios en España para alcanzar la pensión contributiva máxima es de 35, un período menor que en la mayoría de otros países en los que se requiere alrededor de 40 años. La tasa neta del beneficio, como porcentaje del salario neto, se sitúa en torno al 97-98% sin cónyuge y al 96-98% con cónyuge. NAVARRO y QUIROGA (2004)

**Tabla 86. Personas bajo Protección Social. España, 2008.**

	Dato del último período	Variaciones sobre igual período del año anterior	
		Absolutos	Porcentajes
<b>Pensiones contributivas de la seguridad Social (miles)</b>			
Total pensiones (2008)	8.338,4	107,0	1,3
-Incapacidad permanente	902,5	24,2	2,8
-Jubilación	4.900,7	57,2	1,2
-Viudedad	2.240,4	27,9	1,3
-Orfandad	257,0	-1,4	-0,5
- Favor familiar	37,9	-0,8	-2,1
<b>Pensiones no contributivas de la seguridad Social (unidades)</b>			
Pensiones no contr.	469.453	-9.186	-1,9
- Invalidez	201.751	-2.622	-1,3
- Jubilación	267.702	-6.564	-2,4
Prest LISMI	46.432	-5.744	-11,0
Pens. asistenciales	23.140	-3.086	-11,8
- Enfermedad	19.037	-2.160	-10,2
- Vejez	4.103	-926	-18,4

Elaboración propia.

Fuente: MTAS. (2008). Estadísticas y variables básicas.



señalan que cuando se deriva de estos datos la conclusión de que las pensiones son muy altas al representar, en el beneficio máximo, casi la totalidad del salario, se ignora un hecho fundamental y es que los salarios son muy bajos en España. Así, tomando los salarios del sector manufacturero -de salarios más altos en 1999- y estableciendo el salario horario promedio de Estados Unidos como 100, resulta que los salarios de Austria (114), Dinamarca (120), Finlandia (110), Noruega (125), Suecia (112), Bélgica (119), Alemania (140), Países Bajos (109) y Suiza (123) son superiores a ese promedio, mientras que en España son muy inferiores (63). Por ello, un alto porcentaje de salario bajo representa una cantidad de pensión mucho más baja que el valor promedio de pensión para un trabajador que fuera considerado el mejor pagado de España. Situación que se agudiza en el caso de las mujeres, ya que mayoritariamente trabajan en un sector, el de los servicios, con salarios inferiores a los de los varones. Los autores señalan pues, que el problema no es la excesiva generosidad de las pensiones, sino la austeridad de los salarios.

El compromiso con la estabilidad presupuestaria, uno de los ejes prioritarios de la política económica española, se refleja en el marco institucional que gobierna la política fiscal y en sus resultados presupuestarios. Hasta fechas recientes la puesta en práctica de este compromiso se ha traducido en la generación de unas posiciones fiscales superavitarias, a pesar de un entorno económico internacional antes incierto y ahora sombrío, derivado del bajo crecimiento de la eurozona, la incertidumbre generada por la evolución de los precios del petróleo y la debilidad del sector financiero. El mantenimiento de las pensiones venía siendo favorecido por el buen ciclo de la evolución demográfica y por el fuerte crecimiento de la economía española y del empleo. La economía en la zona euro venía creciendo en términos interanuales (a un 1,5%), pero en el segundo

trimestre de 2008 la recesión económica, con origen en las “hipotecas subprime” de EEUU, se ha dejado sentir pues la economía de esta zona ha caído un 0,2% en el tercer trimestre de 2008 y un 1,5 en el último, mientras en España la caída en este último trimestre fue de 1%. Éste es el primer retroceso desde la creación de la Unión Monetaria en 1999, y lleva a los países más ricos en la cola, puesto que tanto Alemania, Francia e Italia han experimentado importantes caídas del PIB. España, tras el pinchazo de la burbuja inmobiliaria, creció un 1,2% en 2008 (MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA, 2009)<sup>116</sup>, muy por debajo de las cifras de años anteriores, pero aún por encima de media europea. El crecimiento de la economía y del empleo en España, antes de que soplaran los vientos de recesión, habían tenido implicaciones positivas en las afiliaciones a la Seguridad Social y en las cotizaciones (Tabla 88), aunque en julio se registró una caída del 0,9 interanual respecto del mismo mes del año 2007. El capítulo de noticias negativas se cierra con el dato que apunta que las administraciones públicas cerraron 2008 con un déficit de 2,74%, parte del cual se contrajo para contrarrestar la crisis económica.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales había estimado que el superávit acumulado por la Seguridad Social podría estar asegurado hasta 2015 (VEGA, 2005), un superávit que ha permitido destinar una parte sustancial del mismo a garantizar el futuro de las pensiones a través del Fondo de Reserva (Tabla 89). Al cierre de 2008, la Seguridad Social había logrado un superávit equivalente al 1,31% del PIB, lo cual fue posible porque los ingresos aumentaron y los gastos, en términos absolutos, fueron menores (MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN, 2009)<sup>117</sup>. Sea cual sea el signo de las cuentas nacionales, lo cierto es que la articulación gradual de reformas con la finalidad de evitar una posible crisis ha seguido su curso. El “Real-Decreto Ley 16/2001, de Medidas para el establecimiento de un sistema

**Tabla 88. Afiliación de trabajadores/as al Sistema de la Seguridad Social, España 1998-2008.**

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ene-jun
13.591,0	14.344,9	15.062,9	15.649,9	16.126,3	16.613,6	17.081,8	17.835,4	18.596,3	19.152,3	19.222,1

Media anual, en miles.

Elaboración propia.

Fuente: MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN. (2008). Afiliación de trabajadores al Sistema de la Seguridad Social.

**Tabla 89. Superávit de la Seguridad Social (en porcentaje del PIB). España 1999-2007.**

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0,18	0,55	0,89	0,93	1,16	1,1	1,1	1,3	1,1

Elaboración propia.

Fuente: MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (2008). Informe económico-financiero. Presupuestos de la Seguridad Social 2008.

de jubilación gradual y flexible”, desarrollado por la “Ley 35/2002, de 12 de julio, de Medidas para el establecimiento de un sistema de jubilación gradual y flexible” -ya citada-, con la finalidad de retener en el mercado laboral a las personas de más edad, hace compatible la pensión de jubilación con el trabajo, exonera el pago de cotizaciones a la Seguridad Social e introduce previsiones que posibilitan que el porcentaje aplicable a la base reguladora de la pensión de jubilación pueda superar el 100% respecto a aquellos trabajadores que permanezcan activos más allá de los 65 años de edad y acrediten un mínimo de 35 años de cotización, así como un incentivo para las empresas, una rebaja de cotizaciones del 50% al 100% para trabajadores que tengan entre 60 y 65 años y la exoneración total a partir de esa edad. El estímulo para los empleados es poder mejorar su pensión en un 2% de la base reguladora por cada año que retrasen su retiro más allá de los 65 años. La edad legal de retiro aún no se ha modificado, salvo que por Convenio Colectivo se disponga otra cosa, según la doctrina emanada del Tribunal Constitucional, si bien la pretensión última es la de retrasar la edad real, y de hecho, cada vez son más las declaraciones en este sentido.

Paulatina y tímidamente las reformas se han ido extendiendo a otros ámbitos. En España la protección privada, voluntaria y libre, bajo la que se inscriben los seguros de vida y planes de pensiones financiados por sistemas de capitalización, se han ido constituyendo como un complemento al Sistema de Seguridad Social obligatoria. La Comisión No Permanente del Pacto de Toledo, en sus recomendaciones, ha abogado por la profundización en las políticas que permitan avanzar hacia un sistema complementario de asistencia y prestaciones externo a la Seguridad Social, de carácter voluntario y financiado con aportaciones privadas, que sirva de complemento y mejora a las prestaciones de la Seguridad Social. El compromiso del Gobierno en esta materia es el de fomentar el desarrollo de la prestación complementaria con miras a que, antes de que acabe la década, la mayor parte de los trabajadores

y trabajadoras del sistema de la Seguridad Social pasen a tener previsión complementaria. La Declaración para el Diálogo Social “Competitividad, empleo estable y cohesión social”, firmada en julio de 2004 por el Gobierno y los interlocutores sociales recogía la conveniencia de potenciar los sistemas de protección social complementaria, como instrumentos importantes de ahorro y previsión a largo plazo y analizar los problemas que dificultan el desarrollo de los derivados específicamente de la negociación colectiva, destacando asimismo que interesa incentivar estos importantes instrumentos de ahorro y previsión a largo plazo. La Declaración no ha dejado de reconocer que el mercado de trabajo español tiene un doble problema: el insuficiente volumen de empleo y la alta temporalidad, y proponía como prioridad aumentar el empleo de jóvenes, personas de edad avanzada, personas con discapacidad y otros colectivos de difícil inserción, así como la integración laboral de las mujeres, la mejora de sus condiciones de trabajo, y la conciliación de la vida familiar y laboral.

Las medidas más recientes sobre la previsión social complementaria, y concretamente sobre unos instrumentos financieros, cuya base social crece gradualmente, se establecieron en el “Real Decreto 304/2004 de 20 de febrero”, por el que se aprobó el “Reglamento de planes y fondos de pensiones”. (BOE 48, 25/2/2004), modificado por el Real Decreto 1684/2007, de 14 de diciembre (BOE 300 15/12/2007), que incorporaba la normativa de la Unión Europea e incidía en la diferenciación entre los fondos de pensiones de empleo y los fondos de pensiones personales, para establecer tres categorías: a) el sistema de empleo, que se corresponde con los planes cuyo promotor es cualquier empresa, sociedad, corporación o entidad y cuyos partícipes sean los empleados de éstas; b) el sistema asociado, que se corresponde con planes cuyo promotor sea cualesquiera asociación o sindicato, siendo los partícipes sus asociados, miembros o afiliados y c) el sistema individual, planes cuyo promotor es una entidad de carácter financiero y cuyos partícipes

son cualesquiera personas físicas. Dada la diferente naturaleza de sus objetivos, el primero se encuadra en el segundo pilar de la previsión complementaria, que permite instrumentar los compromisos por pensiones de empresas con sus trabajadores, mientras que los segundos y terceros (individuales y asociados) se encuadran en el denominado tercer pilar, que canaliza decisiones individuales e independientes de ahorro finalista.

### 9.5. Ingresos, prestaciones, servicios y ayudas adicionales.

“La autonomía económica de las personas mayores respecto de sus parientes depende, en nuestro país y los de su entorno, del sistema público de pensiones” (PÉREZ-DÍAZ, CHULIÁ y ÁLVAREZ-MIRANDA, 1998: 61). Las pensiones han favorecido la aproximación de la renta media de los hogares encabezados por personas mayores a la renta media de la población total, aunque aún se mantenga por debajo, como resultado de su incremento gradual. Como afirma PÉREZ-DÍAZ (2000: 92) esto “ha sido el efecto final de varios procesos en los que intervienen elementos tanto de deliberación como de inercia”. Por una parte, hay que valorar el esfuerzo de la clase política y los actores socioeconómicos por aproximar el nivel de renta de los mayores españoles al que registraban los mayores en otros países europeos, y de paso, aumentar su base de legitimación. Por otra parte, la mejora de las prestaciones por jubilación es el resultado de unas inercias que se resumen habitualmente en el concepto de “maduración” del sistema de pensiones, es decir, la entrada en el sistema de trabajadores/as con carreras de cotización largas y salarios altos.

LEITNER (2001) afirma que el sistema de pensiones -sus principios, sus requisitos o reglas de cálculo- actúa como mecanismo institucional de perpetuación de las diferencias de género en la vejez. La desagregación por sexo de los datos disponibles sobre pensiones contributivas de la Seguridad Social revela que las mujeres se encuentran en situación de discriminación en el Sistema de la Seguridad Social pues disfrutan de un menor nivel de protección, dado que figuran mayoritariamente en los niveles más bajos de las prestaciones. En España, la pensión media de jubilación alcanzó en julio de 2008 la cuantía de 815,27 euros, según datos del Gabinete

de Comunicación del MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN<sup>117</sup>. Ahora bien, la pensión de jubilación media femenina resulta siempre de inferior cuantía a la masculina (Tabla 90). Las normas reguladoras de regímenes especiales muy feminizados, como el de las/os empleadas/os de hogar (449,3 euros), sitúan a sus beneficiarias en un nivel de protección muy inferior, y eso cuando no han trabajado en la economía sumergida al margen de la Seguridad Social. A su vez, una desagregación por sexo y grupo de edad revela que más de las tres cuartas partes de las pensiones contributivas de la Seguridad Social corresponden a personas con 65 o más años; una proporción que guarda una relación directa con el incremento de la esperanza de vida. Los jubilados más recientes se ven mejor asegurados por las pensiones contributivas porque han realizado carreras de cotización más completas, en momentos de mayor cobertura y con salarios más elevados, pero la cuantía media de las pensiones contributivas, a partir de los 65 años, disminuye a medida que aumenta la edad, y es inferior para las mujeres.

La división sexual del trabajo muestra sus efectos en la clase y cuantía de la pensión que se percibe, pues dado que el sistema contributivo se apoya en el origen profesional y el carácter eminentemente contributivo, los hombres perciben mayoritariamente prestaciones sustitutivas del trabajo, mientras que las mujeres se incluyen principalmente en las de muerte y supervivencia, por lo que no son titulares de tales derechos. En fin, la menor tasa de actividad femenina ha contribuido a la exclusión de una importante proporción de mujeres del acceso al nivel contributivo, ya que el 83% de los perceptores de pensiones por jubilación son hombres, mientras que las mujeres representan el 93% de las personas que perciben una pensión de viudedad (Tabla 91). Estas mujeres perciben una pensión derivada del hecho de que los varones tradicionalmente han detentado, de forma exclusiva o principal, el rol de proveedores, pues la pensión está sujeta a matrimonio con aquel cuya muerte deja a su cónyuge en estado de necesidad. Este tipo de pensiones ha mostrado variaciones anuales de signo positivo en los últimos años, de modo que entre 2004 y 2007 se ha revalorizado un 60,47%, según datos del MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, si bien su beneficiaria/o percibe únicamente el 52% de lo que correspondía al titular fallecido.

**Tabla 90. Pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social. Pensiones e importe medio y pensionistas por sexo, media anual (en miles). España, 2006.**

	PENSIONES				PENSIONISTAS	
	Número En miles		Importe medio En euros/mes		En miles	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
TOTAL (1)	7.979,7	8.165,3	609,75	641,86	7.331,1	7.434,1
Jubilación	4.678,3	4.809,3	686,61	722,71	4.634,4	4.699,6
Incapacidad Permen.	832,8	859,8	700,05	731,55	828,3	842,0
Viudedad	2.165,9	2.196,9	455,26	476,70	1.579,7	1.607,1
Orfandad	262,7	260,2	267,96	285,87	253,7	250,8
Favor Familiar	40,1	39,1	349,89	374,57	35,0	34,7
VARONES	3.948,5	3.992,5	751,98	798,05	3.817,8	3.863,3
Jubilación	3.094,3	3.129,9	790,25	840,19	3.056,6	3.096,5
Incapacidad Perman.	568,2	575,0	762,48	799,35	564,4	571,4
Viudedad	145,6	147,8	369,24	383,68	60,1	60,4
Orfandad	133,2	131,9	265,28	284,09	128,7	127,4
Favor Familiar	8,2	8,0	320,93	345,39	8,0	7,8
MUJERES	4.031,2	4.172,3	469,19	492,40	3.513,3	3.570,3
Jubilación	1.584,0	1.679,2	482,03	503,68	1.577,8	1.602,9
Incapacidad Perman.	264,6	284,8	563,60	594,55	263,9	270,6
Viudedad	2.020,3	2.049,1	461,37	483,39	1.519,6	1.546,6
Orfandad	129,5	128,1	269,46	287,75	125,0	123,3
Favor Familiar	31,8	31,2	356,40	382,01	27,0	27,0

(1) Incluye no consta sexo.

Fuente: MTAS. (2007). Anuario de Estadísticas laborales y Asuntos Sociales, 2006.

En la Comunidad Canaria, 239.772 personas han causado pensiones contributivas. Estos sujetos representan el 2,9% del total nacional y perciben unos 2.365.870 millones de euros al año (INSS, 2008)<sup>118</sup>. Las pensiones de jubilación representan algo más de la mitad (52,8%), mientras que la de viudedad son el 28,7%.

En Canarias, la pensión media de jubilación alcanzó en julio de 2008 la cuantía de 676,07 euros, según datos del Gabinete de Comunicación del Ministerio de Trabajo e Inmigración. Con un crecimiento de 6,9% en relación al mismo mes del año anterior, tal cuantía permanecía por debajo de la media nacional (815,27 euros). En los años 2005 y 2006 el importe de la pensión media en la provincia de Las Palmas fue ligeramente superior al de la provincia tinerfeña.

El desarrollo de las pensiones no contributivas de la Seguridad Social, y particularmente en el caso de las de jubilación, ha contribuido a aminorar el peso de la pobreza severa en la tercera edad, aunque no es equiparable la reducción en términos de pobreza relativa. El sistema asistencial se articuló en España a través de la citada “Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecieron en la Seguridad Social las prestaciones no contributivas” (BOE 306, 22/12/1990), que vinieron a fijar el suelo de las pensiones. La “Ley 4/2005, de 22 de abril, sobre efectos en las pensiones no contributivas de los complementos otorgados por las Comunidades Autónomas” (BOE 97, 23/04/2005) fija, conforme a la doctrina constitucional, los términos de sus actuaciones estableciendo que cualquier prestación de carácter público que tenga como finalidad complementar, ampliar o modificar las prestaciones de

**Tabla 91. Pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social. Importe de pensiones mínimas por clase (con IPC previsto) para titulares con 65 años, España 2008.**

	Euro / mes		Euro / año	
	Con Cónyuge	Sin Cónyuge	Con cónyuge	Sin Cónyuge
Jubilación	658,75	528,55	9.222,50	7.399,70
Incapacidad permanente	658,75	528,55	9.222,50	7.399,70
Viudedad		528,55		7.399,70
En favor de familiares		411,34		5.758,76
SOVI		356,20		4.986,80
Pensiones no contributivas		328,44		4.598,16
Pensión máxima SS		2.384,51		33.383,14

Fuente: MTAS. (2008). Pensiones mínimas.

**Tabla 92. Número e importe total nacional y autonómico de las pensiones contributivas, en euros/ mes, 2006.**

	2004		2008		Var	
	Número	Importe Íntegro	Número	Importe Íntegro	Número	Importe Íntegro
España	8.013.459	64.256.565.027,66	8.492.784	84.959.716.224,60	479.325	20.703.151.196,94
Canarias	227.876	1.739.889.709,04	242.426	2.365.870.956,40	14.550	625.981.247,36
Las Palmas	119.781	929.705.658,42	124.820	1.258.901.655,34	5.039	329.195.996,92
S.C.Tenerife	108.095	810.184.050,62	117.606	1.106.969.301,06	9.511	296.785.250,44

Elaboración propia.

Fuente: MTAS. (2007). Anuario de Estadísticas Laborales y Asuntos Sociales, 2006.

**Tabla 93. Importe medio nacional y autonómico de las pensiones contributivas, según clase, en euros/ mes. Media anual, 2006.**

	TOTAL		INCAPACIDAD PERMANENTE		JUBILACIÓN		VIUEDAD		ORFANDAD Y FAVOR FAMILIAR	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
España	609,75	641,86	700,05	731,55	686,61	722,71	455,26	476,70	278,82	297,47
Canarias	571,24	602,80	618,50	649,43	667,23	703,89	448,44	470,20	257,12	275,34
Las Palmas	580,02	610,63	616,24	648,45	684,94	719,75	451,93	472,82	260,14	278,69
S.C.Tenerife	561,69	594,23	621,93	650,91	649,09	687,53	444,78	467,45	253,38	271,15

Elaboración propia.

Fuente: MTAS. (2007). Anuario de Estadísticas laborales y Asuntos Sociales, 2006.

la Seguridad Social, en su modalidad no contributiva, forma parte del Sistema de Seguridad Social, sin perjuicio de las ayudas de otra naturaleza que las Comunidades Autónomas puedan conceder en el marco de sus competencias en beneficio de los/as pensionistas que residan en ellas. Establecidas, en términos generales, para los riesgos de vejez e invalidez, el crecimiento de este tipo de pensiones fue muy significativo en la década de los noventa, especialmente al inicio, ya que a las nuevas altas se sumó la reconversión de las antiguas pensiones asistenciales. Desde el año 2001 los/as perceptores/as de las pensiones de invalidez de 65 años y más pasaron a convertirse en beneficiarios/as de jubilación. El factor que actúa como limitante en esta prestación es la insuficiencia de la cuantía, notoriamente inferior al umbral de riesgo de pobreza.

En junio de 2008, según el GOBIERNO DE CANARIAS<sup>119</sup>, 42.248 personas percibían una pensión no contributiva. El 64% por invalidez y el 35,9% por jubilación. De manera inversa a lo que sucede con las contributivas, la media de estas pensiones no contributivas se muestra en Canarias ligeramente

superior a la media nacional (Tabla 94). La percepción de una pensión no contributiva (336,33 euros es la cuantía mensual íntegra para 2009)<sup>120</sup> sitúa a la persona que la percibe bajo el umbral de la pobreza y dada la desproporcionada presencia de mujeres entre sus receptoras se puede hablar de “feminización de la pobreza” en la tercera edad.

Puesto que a estas pensiones acceden aquellas personas cuya vida laboral se ha caracterizado por la precariedad, la inestabilidad o la invisibilidad, las mujeres representan el 72,68% (71,73% en Canarias) de las personas que perciben una pensión no contributiva de la Seguridad Social, y concretamente el 86,59% (el 77,15% en Canarias) de las que perciben una pensión de jubilación no contributiva de la Seguridad Social en 2008<sup>121</sup>. Por grupos de edad resulta que una tercera parte de las mujeres canarias que perciben una pensión no contributiva tiene más de 80 años. En cuanto al estado civil, la mayoría está casada (57,20%), mientras las solteras (15,47%) representan una proporción similar a las viudas (16,21%), y las que menos las separadas (7,47%) y divorciadas (3,74%).

**Tabla 94. Importe medio nacional y autonómico de las pensiones no contributivas, según clase, en euros/mes. 2005-2008.**

	TOTAL		INVALIDEZ		JUBILACIÓN	
	2005	2008	2005	2008	2005	2008
España	334,67	330,57	360,94	355,65	315,35	311,70
Canarias	342,80	341,72	365,73	367,22	323,07	320,01
Las Palmas	342,50	340,90	364,42	365,11	323,87	320,81
S.C.Tenerife	342,97	342,20	366,47	368,40	322,60	319,54

Los datos referido a 2005 son producto de una media anual, los referidos a 2008 son del mes de diciembre.

Elaboración propia.

Fuente: MTAS. (2006). Anuario de Estadísticas laborales y Asuntos Sociales. MEPSD. (2008). Informe de seguimiento y evolución de la gestión.

**Tabla 95. Perfil del pensionista receptor/a de PNC por grupo de edad y sexo. España, 2008.**

	65 a 69		70 a 74		75 a 79		80 a 84		85 y más		N.c.
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Ambos
España	19,00	17,48	26,07	26,67	26,75	26,47	20,78	18,98	7,39	10,39	0,02
Canarias	15,81	14,48	25,92	25,25	29,84	28,42	21,66	21,30	6,77	10,55	0,00
Las Palmas	21,73	18,56	24,49	27,66	28,27	27,41	17,61	17,27	5,90	9,10	0,00
Tenerife	12,53	11,66	25,60	23,59	30,71	29,12	23,90	24,09	7,25	11,54	0,00

Elaboración propia.

Fuente: MINISTERIO DE EDUCACIÓN, POLÍTICA SOCIAL Y DEPORTE (2009). Perfil del pensionista de PNC. Diciembre de 2008 (Avance).

**Tabla 96. Beneficiarios/as de prestaciones no contributivas e importe medio, por modalidad y clase, media anual. España, 2006.**

	NÚMERO		IMPORTE MEDIO En euros/mes	
	2005	2006	2005	2006
<b>AMBOS SEXOS</b>				
PENS. NO CONTRIBUTIV. DE LA SS (1)(2)	484.508	481.764	334,67	346,25
Invalidez	205.319	204.844	360,94	373,78
Jubilación	279.189	276.920	315,35	325,89
PENS. ASISTENCIALES (2)	33.101	27.857	149,86	149,86
Enfermedad	25.676	22.285	149,86	149,86
Vejez	7.425	5.572	149,86	149,86
PREST. DE LA LISMI (3)	63.369	54.989	113,52	111,86
Subsidio de garantía de ingresos mínimos	43.537	38.246	149,86	149,86
Subsidio por ayuda de tercera persona	5.881	4.898	58,45	58,45
Subs de movilidad...	4.278	3.762	45,11	47,15
Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica	18.087	15.186	-	-
<b>VARONES</b>				
PENS. NO CONTRIBUTIV. DE LA SS (1)	138.309	136.033	334,67	346,25
Invalidez	87.251	87.151	360,94	373,78
Jubilación	51.058	48.882	315,35	325,89
PENS. ASISTENCIALES	5.497	4.554	149,86	149,86
Enfermedad	4.704	3.958	149,86	149,86
Vejez	793	596	149,86	149,86
PREST. DE LA LISMI (3) (4)	12.278	10.351	113,52	111,86
Subsidio de garantía de ingresos mínimos	4.141	3.471	149,86	149,86
Subsidio por ayuda de tercera persona	1.029	845	58,45	58,45
Subs de movilidad...	1.331	1.177	45,11	47,15
Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica	7.693	6.452	-	-
<b>MUJERES</b>				
PENS. NO CONTRIBUTIV. DE LA SS (1)	344.877	344.501	334,67	346,25
Invalidez	116.754	116.463	360,94	373,78
Jubilación	228.123	228.038	315,35	325,89
PENS. ASISTENCIALES	27.574	23.289	149,86	149,86
Enfermedad	20.946	18.317	149,86	149,86
Vejez	6.628	4.971	149,86	149,86
PREST. DE LA LISMI (3) (4)	51.091	44.638	113,52	111,86
Subsidio de garantía de ingresos mínimos	39.396	34.775	149,86	149,86
Subsidio por ayuda de tercera persona	4.852	4.053	58,45	58,45
Subsidio de movilidad...	2.947	2.585	45,11	47,15
Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica	10.394	8.734	-	-

(1) En importes se incluyen las pagas extraordinarias y la paga única por desviación del IPC correspondiente al año 2.005, y para el año 2006 salvo en las Comunidades Autónomas de Cataluña, Navarra y País Vasco.

(2) Se incluyen los no clasificables por sexo.

(3) Sin datos del País Vasco y Navarra.

(4) El total de beneficiarios no tiene porqué coincidir con la suma de los beneficiarios según clase de prestación, ya que un mismo beneficiario puede recibir más de una prestación. En importes no se incluyen las pagas extraordinarias y atrasos.

Fuente: MTAS. (2007). Anuario de Estadísticas laborales y Asuntos Sociales, 2006.

Entre estas mujeres que han sido invisibles para el sistema se cuenta una importante proporción de mujeres mayores, que habiendo trabajado fuera del ámbito doméstico, no tienen pensión por derecho propio al no haber cotizado y no poder acreditar sus derechos ante la Seguridad Social. Muchas trabajaron en su juventud hasta que se retiraron al contraer matrimonio, otras se retiraron forzosamente ante las exigencias legales, algunas otras se dedicaron a la ayuda familiar colaborando en negocios familiares, trabajando en el campo, cuidando animales o elaborando productos agroalimentarios; y aún otras nunca regularizaron su situación, como las empleadas de hogar o las trabajadoras del sexo. En general, las mujeres son más vulnerables a la pobreza que los hombres porque el dinero, que circula en el mundo de lo público, ha estado claramente sexuado (CORIA, 1991). FERNÁNDEZ VIGUERA (1992) recoge además de las causas del empobrecimiento femenino ya referidas como la discriminación en el mercado laboral y la insuficiencia de sus ingresos; otras como el matrimonio, en cuyo seno el capital-económico, social, cultural, etcétera- disminuye para ellas, mientras el de su compañero aumenta, así como la separación y el divorcio.

La Encuesta de Condiciones de Vida (INE, 2007) revela que las personas situadas bajo el umbral de la pobreza en España representan el 19,7%, de las que las mujeres representan más de la mitad (53,6%). La pobreza impacta con mayor frecuencia en el intervalo de edad de entre 25 y 49 años, y entre los hombres (Tabla 97); sin embargo, la mujeres mayores presentan una frecuencia 6,9 puntos porcentuales superior a sus coetáneos.

**Tabla 97. Distribución de la población española en la pobreza desglosada por edad y sexo, 2007-**

	Ambos sexos	Mujer	Hombres
Total	100,0	53,6	46,4
Menos de 16 años	18,5	16,7	20,6
De 16 a 24	10,4	10,8	10,0
De 25 a 49	33,2	31,4	35,4
De 50 a 64	14,3	14,4	14,2
De 65 y más	23,6	26,8	19,9

Fuente: INE. (2007). Encuesta de Condiciones de Vida.

La citada Encuesta de Condiciones de Vida (INE, 2007) revela que en Canarias las personas situadas

bajo el umbral de la pobreza representan el 26,8% de la población, una proporción 7,1 puntos porcentuales superior a la media española (19,7%). Según esta última ECV, la pobreza presenta en el país una tasa mayor entre las mujeres (21,2%) que entre hombres (18,5%) y afecta en mayor medida a los mayores de 65 años (30,6%) que a los menores de 16 años (23,8%), pero es precisamente el grupo de las mujeres mayores de 65 años el que presenta la tasa más elevada (32,6%). El Consejo Económico y Social de Canarias, en su "Informe Anual 2007", elevó a 59,5 el porcentaje de personas mayores de 65 años que se encuentran objetivamente en situaciones de ingresos que les coloca bajo el umbral de la pobreza. Una pobreza más severa entre las mujeres que entre los hombres, de modo que, el 40% de las mujeres mayores de 70 años frente al 34% de los varones se encuentra bajo el umbral de la pobreza.

Por otra parte, la Encuesta de Condiciones de Vida (INE, 2006) había arrojado una media nacional de ingreso neto de los hogares españoles de 23.442 euros, que en el caso de los hogares canarios se situó por debajo, en 21.159 euros (Tabla 98). La Encuesta puso de relieve que un 39,9% de los hogares españoles llega a final de mes con algún grado de facilidad, mientras un 68,8% tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos, si bien las principales diferencias entre los hogares venían dadas por el nivel de estudios de la persona de referencia, de modo que los ingresos se reducen a 17.648 euros en el caso de personas con educación igual o inferior primaria. Precisamente éste es el caso del 42,9% de los hogares españoles, así como del 80,3% de las personas mayores, y concretamente del 83,7% de las mujeres mayores.

**Tabla 98. Ingreso nacional y autonómico neto anual medio, 2006.**

	Ingreso medio por hogar	Ingreso medio por persona
España	23.442	8.403
Canarias	21.159	7.134

Elaboración propia

Fuente: INE. (2006). Encuesta de Condiciones de Vida.

A pesar de que en el país se van registrando distribuciones más igualitarias de las rentas por edades, lo cierto es que la incidencia de la pobreza es más alta



en los grupos más envejecidos; mientras la menor y más irregular participación de las mujeres en la actividad laboral y su mayor esperanza de vida implican una menor protección frente a ella en esta etapa del ciclo vital. El “Informe de Estrategia de España en relación con el futuro del sistema de pensiones” (MTAS, 2005), al objeto de alcanzar pensiones adecuadas, establecía como primer objetivo garantizar que las personas mayores no se encuentren expuestas al riesgo de pobreza y puedan disfrutar de un nivel de vida decoroso; compartir el bienestar económico del país y, participar activamente en la vida pública, social y cultural. En este informe se manifiesta la necesidad de intensificar la protección social de determinados colectivos que presentan una mayor vulnerabilidad y que tienen una cobertura de menor intensidad, así como la de reforzar la solidaridad para asegurar a las personas mayores ese nivel de vida digno. El Sistema español de Seguridad Social trata de responder a los objetivos de adecuación a través del mantenimiento del poder adquisitivo de las pensiones, mejorando adicionalmente las de cuantías más bajas y tratando de garantizar un mayor nivel de prestaciones. De este modo, la “Ley 2/2008, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2009” (BOE 309, 24/12/2008) contiene, en su Título IV los criterios de revalorización para dicho ejercicio, y prevé esa revalorización de acuerdo con el índice de inflación previsto. Ciertamente se han experimentado mejoras progresivas en la situación económica de las/os perceptores de las pensiones más exiguas del sistema, aunque se han revelado insuficientes ante la carestía de los productos de la cesta de la compra.

A pesar de todo, y aunque muchos hogares encabezados por mayores continúen en desventaja respecto al conjunto de los hogares españoles, lo cierto es que este sector de población no constituye un todo homogéneo en el plano económico. Las personas mayores, pensionistas, pueden contar con ingresos extras provenientes de unas actividades que reportan beneficios y que ven más como una forma de pasar el tiempo que como un trabajo. Igualmente, esos ingresos extras pueden provenir de las rentas procedentes del alquiler de inmuebles, del arrendamiento de tierras, de los intereses y dividendos de las entidades bancarias. BAZO ROYO y MAIZTEGUI (1999) señalan que para muchas personas mayores éstas constituyen una importante vía de ingresos, pero el ahorro no disponible suele ser en la mayoría de los casos superior al disponible, siendo este

último de escasa cuantía y raramente convertido en consumo. Más allá de las pensiones y rentas, las personas mayores se benefician de otras prestaciones, servicios y ayudas adicionales, como el programa de vacaciones para mayores o el de termalismo.

Por otra parte el derecho a Asistencia Sanitaria y los Servicios Sociales. El Sistema Nacional de Salud es definido, en el artículo 44 de la “Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad” (BOE 101, 29/04/1986), como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. Sus características son la universalización del derecho, la financiación pública y la igualdad de acceso a los servicios de salud. Las prestaciones sanitarias comprenden desde la atención primaria hasta la atención especializada, pasando por las prestaciones farmacéuticas gratuitas para los pensionistas y las prestaciones complementarias (medidas preventivas, medidas de recuperación o de rehabilitación, prótesis quirúrgicas y ortopédicas, transporte sanitario).

Tras la conclusión del proceso de transferencias de competencias a las Comunidades Autónomas y la consiguiente descentralización plena del Sistema Nacional de Salud (SNS), finalizada en el año 2001, que ha ido ligado a la definición del nuevo modelo de financiación, la ausencia de un sistema integrado de información sanitaria común a los diecisiete servicios de salud autonómicos hace complicado acceder a una síntesis de conjunto en lo relativo al estado de salud de la población, los recursos, el funcionamiento o el nivel de gasto. La “Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Servicio Nacional de Salud” (BOE 128, 29/5/2003), pretende salvar esta importante deficiencia, para lo cual estipula la creación de órganos como el Instituto de Información Sanitaria, con una finalidad de compilación y divulgación de la información existente a nivel estatal y la cooperación con los Servicios de Salud autonómicos a la hora de garantizar una mayor difusión de los principales datos de interés sanitario, así como del Observatorio del Sistema Nacional de Salud. En cualquier caso, es manifiesto que el gasto sanitario público español se encuentra algo por debajo de la media comunitaria, y que el sistema sanitario español presenta un nivel intermedio de recursos humanos y materiales. En todo caso, la política de salud pública estatal se ha visto impulsada con nuevos planes integrales como el de Cardiopatía Isquémica, el Plan Integral contra el Cáncer y

el Plan Nacional contra el Tabaquismo. Así mismo, en materia de política de uso racional del medicamento se ha producido un importante cambio en las características del sistema vigente de precios de referencia<sup>122</sup>. Todo ello, en cierta medida, guarda relación con la pertenencia al club de los países desarrollados en el que la salud se trata de vehicular a los factores socioeducativos y culturales y se pretende incidir en la elección de hábitos de vida saludables o a la calidad del entorno ambiental.

Por su parte, los Servicios Sociales se contemplan como un complemento a las prestaciones y en los últimos años han sido objeto de esfuerzos encaminados a su desarrollo, especialmente en materia de atención a los y las mayores en situaciones carenciales y de dependencia. Sin embargo, los poderes públicos son los primeros en admitir su insuficiencia, particularmente ante los cambios que se han producido en las estructuras familiares tras el decisivo acceso de las mujeres al mercado laboral y el aumento de los hogares unifamiliares. La citada “Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia” (BOE 299, 15/12/2006) se diseñó con la intención de regular la protección a la dependencia, aunque, como se ha comentado con anterioridad, su puesta en marcha está experimentando distintas velocidades en las diferentes Comunidades Autónomas. A la necesidad de asegurar unos niveles y una normativa básica de servicios para la totalidad del territorio español, se suma la necesidad de salvar las diferencias de renta, pues dado que los niveles de cobertura en los servicios sociales públicos son bajos aún resulta que las rentas más bajas acceden a los servicios públicos por abajo y las más altas acceden a los privados.

El escaso desarrollo del sistema público de servicios sociales, en el modelo latino, ha arrojado hasta ahora un grado de cobertura –que ya se ha considerado en los capítulos 3 y 8– que ha situado a España entre los más bajos de Europa. La cobertura de tales servicios, a fecha de enero de 2004, se recoge en el Informe “Estrategia de España en relación con el futuro del sistema de pensiones” (MTAS, 2005). El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) contaba con un número total de usuarios/as de 228.812, lo que significaba que sólo 3 de cada 100 personas de 65 y más años utilizaban el servicio. La Teleasistencia contaba con 148.905 usuarios, lo que suponía un ín-

dice de cobertura de 2,05% sobre personas mayores de 65 años y de 11% sobre el total de personas mayores que vivían solas. Los denominados Servicios intermedios, que incluían la oferta de Centros de Día, cuyos usuarios principales son las personas de 80 años y más, ascendía a 1.756, públicos y privados, con una oferta de 33.709 plazas para personas mayores dependientes y un índice de cobertura del 0,46%. Las Residencias, que se apoyan en un modelo de gestión y financiación mixta, tenían un índice de cobertura del 3,78% y su número de usuarios se situaba en torno a los 275.049. De los servicios que se prestaban, el 60% se destinaban a personas en situación de dependencia. Las alternativas de alojamiento innovadoras, como las viviendas compartidas y los alojamientos heterofamiliares constituían una oferta dirigida a personas mayores con escasos recursos, pero sin problemas de dependencia. En definitiva, a enero de 2004, la suma total de potenciales usuarios de todos los servicios sociales se elevaba a 680.000 personas atendidas; por lo tanto, en principio, tan sólo un 9,43% de la población de 65 y más años tenía sus necesidades cubiertas ante situaciones de dependencia.

## 9. 6. El consumo y el ahorro.

El consumo es una función vital para los individuos y más allá de la mera subsistencia, tiene por objeto la satisfacción de un proyecto vital. La capacidad de consumir tiene dos limitaciones, la una material y la otra de tiempo. Afirma REBOLLO ARÉVALO (2001: 8) que “el nivel de vida alcanzado por un determinado individuo en un momento del tiempo, será la suma de todos los productos obtenidos más la utilidad obtenida por el tiempo dedicado a las distintas actividades”. El consumo es también una función central de las sociedades y una condición indispensable para la reproducción del ciclo económico. La expansión de esta actividad en el planeta, tanto en volumen de gasto como en número de personas implicadas, ha dado paso al consumo de masas.

Los profundos cambios que la sociedad española ha experimentado desde la segunda mitad del siglo XX en los planos demográfico, político, cultural y económico han tenido un notable impacto en la estructura del gasto, de modo que en las últimas décadas, el modelo de consumo se ha ido acercando progresivamente al dominante en la Unión Europea, que concede una menor importancia relativa al gasto vinculado más directamente con la supervivencia,

y concretamente con la alimentación, mientras atribuye un mayor peso a elementos situados en otro orden de necesidades, como la cultura, la educación o el ocio.

En líneas generales las pautas de consumo, además de estar condicionadas por variables subjetivas como los valores y las actitudes personales y por variables objetivas como el estado de salud, el nivel de ingresos o la situación familiar y patrimonial, varían en función del sexo y de la edad. Según la “Encuesta Continua de Presupuestos Familiares” (INE, 2006) el gasto medio por hogar fue de 23.525,61 euros en el caso de las mujeres frente a los 31.288,28 de los varones. De manera análoga, aquellos hogares en los que el sustentador principal era una persona mayor de 65 años, y en mayor grado si pertenecía a una mujer, presentaron el gasto medio por hogar más bajo (Tabla 99).

En general, las personas mayores “tienen unos niveles de consumo inferiores a la media y concentrados en bienes y servicios de primera necesidad, aunque el gasto en medicamentos, muy importante, corre a cargo de la Seguridad Social” (IRANZO, 2001: 211). TRINIDAD REQUENA (2005: 208) señala que las personas jubiladas gastan más que el resto de la población en conceptos como: “los alimentos y bebidas no alcohólicas; vivienda, agua, electricidad y otros combustibles; mobiliario, equipamiento del hogar, gastos corrientes; y salud”; mientras

están por debajo en “transporte, ocio, espectáculos y cultura; enseñanza; y hoteles, cafés y restaurantes”. En un punto intermedio, por debajo de la media, gastan menos en “bebidas alcohólicas, tabaco y narcóticos; artículos de vestir y calzado; comunicaciones; y otros bienes y servicios”. En todo caso, la importancia numérica que comienzan a dibujar las personas mayores, tanto en los países desarrollados como en el resto del planeta, les convierte en un mercado emergente, especialmente atractivo si se tiene en cuenta que las próximas generaciones de personas mayores han desarrollado su vida laboral en una sociedad meritocrática, que han adquirido mayores niveles de estudios y que comenzarán a disfrutar de unas pensiones más abultadas que las generaciones precedentes.

La población mayor, en todo caso, es un amplio colectivo y muy heterogéneo que demanda bienes, y especialmente servicios específicos, como los de atención a domicilio o de rehabilitación, pero también y cada vez más los relacionados con el deporte, el turismo, la educación o la banca y todo aquello que se ha dado en denominar el “mercado gris” (GUNTER, 1998), el mercado de las personas mayores de 55 años, en el que se ofertan productos como las leches con calcio, las cremas anti-edad, las tarjetas doradas, los planes de descuento en las eléctricas, y otros productos, como móviles y vehículos más fáciles de manejar o envases más legibles y fáciles de abrir.

**Tabla 99. Gasto total, medio por hogar y por persona, por sexo y edad del sustentador principal. España, 2006.**

	Gasto total	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona
Total	466.058.239,00	29.393,93	10.632,15
Total varones	375.030.839,25	31.288,28	10.470,18
Varones entre 16 y 29 años	20.987.572,45	28.294,60	11.394,24
Varones entre 30 y 44 años	127.838.322,99	31.798,78	10.144,64
Varones entre 45 y 64 años	166.780.450,18	36.570,74	10.998,05
Varones de 65 ó más años	59.424.493,63	22.307,86	9.567,78
Total mujeres	91.027.399,75	23.525,61	11.355,95
Mujeres entre 16 y 29 años	4.469.723,12	22.860,52	10.783,78
Mujeres entre 30 y 44 años	28.217.195,87	29.139,41	11.444,83
Mujeres entre 45 y 64 años	34.643.794,92	29.535,46	11.779,14
Mujeres de 65 ó más años	23.696.685,83	15.463,17	10.797,07

Gasto total en miles de euros. Gastos medios en euros.  
Fuente: INE. (2006). Encuesta de Presupuestos Familiares.

Si bien es cierto que, entre los consumidores de mayor edad podrían encontrarse tantas diferencias como en los grupos de población más jóvenes, en general, la persona mayor parece ser un consumidor poco propenso a los cambios, tiende a mostrarse cauto y con criterio a la hora de consumir. La resistencia a probar nuevos productos guarda relación con la evitación de riesgos. GRANDE ESTEBAN (2000) afirma que como consumidores los/as mayores perciben hasta cuatro tipos diferentes riesgos. En primer lugar se encuentra el riesgo financiero que guarda relación con el temor a un quebranto económico tras haber experimentado una reducción de ingresos tras la jubilación. Aunque suelen tener hogares más pequeños y con menos necesidades, el dinero proporciona seguridad para afrontar posibles situaciones prolongadas de enfermedad o cuidados, lo cual explicaría, entre otras razones, su tendencia al ahorro. Lógicamente, cuanto menor sea la renta de un consumidor la percepción de riesgo financiero será mayor. En segundo lugar, el riesgo físico se refiere al temor ante la posibilidad de que un producto cause algún daño, lo que actúa como freno a la adopción de innovaciones, salvo que se proporcionen garantías y argumentos de seguridad. En tercer lugar, el riesgo psicológico alude al temor de quedar con insatisfacción por una compra poco afortunada, algo poco usual dada la experiencia, pero no del todo imposible si surgen dificultades para recabar información o formarse expectativas de lo que se desea comprar. Finalmente, el riesgo funcional alude al temor de manejarse ante nuevos bienes o servicios debido a la disminución de habilidades o capacidades físicas o cognitivas.

Para las personas mayores, la compra de bienes de consumo inmediato, como los alimentos, se puede convertir en una actividad con un gran componente social pues permite mantener relaciones con quienes se encuentran en los puntos de venta. La compra cotidiana favorece además el ejercicio físico y proporciona distracción. La mayoría de las personas mayores (62%) realiza personalmente las compras indispensables de su hogar (Tabla XLIX). A esta tarea se dedica el 73,4% de las mujeres y el 46,9% de los hombres, muchos de los cuales acompañan a su pareja.

La discapacidad o la edad son factores que dificultan la práctica de la compra, de modo que el 61,7% de las personas afectadas por alguna discapacidad renuncia a esta actividad (Tabla L). Entre las personas que acuden a realizar sus compras personalmen-

te las mujeres (89%) casi duplican a los hombres (48,5%)

**Tabla XLIX. Realiza personalmente las compras del hogar, por sexo y grupo de edad.**

		Mujer	Hombre	Total
De 65 a 74	Si	84,4	51,9	69,7
	No	15,6	48,1	30,3
De 75 a 84	Si	66,7	39,4	55,5
	No	33,3	60,6	44,5
De 85 y más	Si	33,8	34,2	34,0
	No	66,2	65,8	66,0

Fuente: Base muestral propia.

**Tabla L. Personas con dependencia para Actividades Básicas y/o Instrumentales, por sexo y realización de compras personalmente.**

		Mujer	Hombre	Total
Sí	Compra personalmente			
	Si	38,6	37,5	38,3
No	No	61,4	62,5	61,7
	Si	89,0	48,5	69,3
No	No	11,0	51,5	30,7

Fuente: Base muestral propia.

Un 18,1% de la muestra de esta investigación elige dónde realizar la compra en función de los productos a adquirir, si bien las personas mayores parecen preferir los supermercados (65%), tiendas (8,9%) y mercados (1,9%), y en general lugares con una persona en un punto de venta que le dispense un trato cercano, accesibles, próximos al domicilio y con movilidad en su interior. Un 6,2% hace uso de las grandes superficies, una práctica imposible en las islas en las que no se han implantado (Tabla LI).

**Tabla LI. Lugar donde se realizan las compras, por sexo.**

	Mujer	Hombre	Total
Tienda	8,8	7,7	8,3
Mercadillo	1,5	2,4	1,9
Supermercado	65,3	64,6	65,0
Gran superficie	5,6	7,1	6,2
Por productos	18,2	17,9	18,1
No contesta	,7	,2	,5

Fuente: Base muestral propia.

Calidad, precio y comodidad (TRINIDAD REQUE-NA, 205: 215) son las variables clave del comportamiento del consumidor/a mayor, aunque hay quien por su estado de salud no repara en el precio con tal de que acerquen a su casa el producto, al igual que hay quien prefiere establecimientos con servicios rápidos y eficaces.

Testigos de la guerra y/o de posguerra, muchos/as mayores conservan una gran capacidad de ahorro con la finalidad de prevenir para la vejez, afrontar posibles problemas de salud o ayudar a la familia. Capacidad que se ve reforzada ante la desaparición de las cargas familiares fijas de años anteriores. De las personas encuestadas para esta investigación el 51,4% había podido ahorrar a lo largo de su vida, si bien en esta etapa únicamente puede hacerlo el 19,8% (Tabla LII). Los esfuerzos a lo largo de la vida son relevantes para ambos sexos, y disminuye una vez insertos/as en la tercera edad, pero tanto en el pasado como ahora los varones declaran mayor capacidad de ahorro.

**Tabla LII. Capacidad de ahorro, a lo largo de la vida y en la actualidad, por sexo.**

Ahorro		Mujer	Hombre	Total
A lo largo de la vida	Si	43,4	61,9	51,4
	No	56,4	37,6	48,3
	No contesta	,2	,4	,3
En la actualidad	Si	15,2	25,9	19,8
	No	84,7	73,7	79,9
	No contesta	,2	,4	,3

Fuente: Base muestral propia.

**Tabla LIII. Tenencia de tarjetas de crédito y compra en grandes superficies, por sexo.**

	Mujer	Hombre	Total
Posee tarjeta crédito	23,1	30,5	26,3
Posee tarjeta grandes almacenes	7,6	10,8	9,0
Posee otra tarjeta	,5	,4	,5

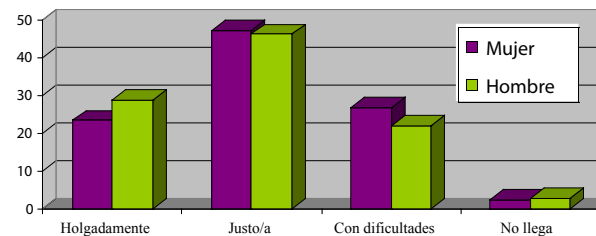
Fuente: Base muestral propia.

Así mismo, las personas mayores tienen preferencia por el pago al contado, pues no se educaron en la cultura del plazo o en el manejo del “dinero electrónico”, y tampoco suelen hacer uso de internet o de

la compra por correo por tratarse de un riesgo percibido. De hecho, únicamente el 26,3% de la muestra tiene una tarjeta de crédito y el 9% una tarjeta de grandes almacenes (Tabla LIII). Significativa (estadísticamente) resulta la diferencia en la tenencia de tarjeta de crédito por sexo, lo que no sucede en el caso de los grandes almacenes.

La citada Encuesta de Condiciones de Vida (INE, 2007) revelaba que en Canarias las personas situadas bajo el umbral de la pobreza representan el 26,8% de la población, y puesto que la pobreza presenta una tasa mayor entre las mujeres, y afecta en mayor medida a los mayores de 65 años, ineludiblemente ha de limitar su capacidad de consumo. Precisamente, una cuarta parte de los/as mayores encuestados para esta investigación (24,9%) afirma que llega con dificultades a final de mes y el 2,7% dice que no llega; cerca de la mitad (46,7%) llega justo y el 25,7% restante llega holgadamente (Gráfica VIII). Las mujeres viudas y los hombres solteros son los que acusan más dificultades.

**Gráfica VIII. Sus ingresos le permiten llegar a final de mes, por sexo.**



Fuente: Base muestral propia.

A pesar de reconocer que hay determinados productos de los que no se puede prescindir, el 14,7% ha dejado de adquirir productos de alimentación, el 29,6% vestido y el 28,1% calzado; el 34,7% muebles y enseres; el 14,9% servicios para el cuidado personal y el 27,2% para el ocio (Tabla LIV). La proporción de mujeres que ha limitado los gastos es, en todas las categorías de consumo, mayor.

Las personas mayores en la publicidad no suelen aparecer como seres sujetos a pasiones y emociones, si bien los mensajes publicitarios, aunque básicamente plagados de referentes de la estética juvenil hegemónica, se han comenzado a adecuar a estos nuevos segmentos emergentes de consumidores que hasta hace unos pocos años eran considerados re-

**Tabla LIV. Ha dejado de adquirir de bienes o servicios en los últimos 12 meses, por la subida de los precios, por sexo y grupo de edad.**

	De 65 a 74		De 75 a 84		De 85 y más	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
En alimentación	16,8	13,2	16,4	13,4	7,7	15,8
En vestido	37,3	23,7	31,1	22,0	24,6	31,6
En calzado	34,7	22,3	30,6	22,0	23,1	28,9
En muebles/ enseres	39,0	34,1	33,3	26,0	35,4	34,2
En cuidado personal	17,6	12,2	16,4	11,0	15,4	15,8
En ocio	33,2	23,0	26,2	22,8	26,2	26,3

Fuente: Base muestral propia.

siduales. Particularmente, las personas jubiladas de clase media se han convertido en clientes codiciados por la banca y la industria en general, de modo que, es predecible que el “señor” se acabará imponiendo como un activo del que la sociedad no puede prescindir. TRINIDAD REQUENA (2005) señala -como se expuso en el capítulo 6 -que el nuevo jubilado opta por no quedarse en casa, por seguir formándose, por ayudar a la sociedad, por participar en organizaciones sin ánimo de lucro, por cuidar de su familia, y por un sinnúmero de cosas que proporcionan un sentimiento de utilidad, de sentirse todavía parte de algo importante.

Como consumidores/as las personas mayores aceptan la comunicación o publicidad con alto nivel informativo y, puesto que no valoran tanto las marcas como la utilidad del producto o servicio, el mensaje debe de ser argumentativo. Las marcas son consideradas si su experiencia y permanencia en el tiempo les reputa confianza, por lo que tampoco se muestran muy permeables a la oferta de nuevos bienes y servicios. Admiten de mayor grado las imágenes de naturalidad, convivencia, humor, belleza o experiencia, y conectan bien con códigos comunes a los jóvenes, excluyendo la comunicación agresiva, rápida o dura. GRANDE ESTEBAN (1993: 1.947) considera que los medios impresos para las personas mayores “son la mejor herramienta para tomar sus decisiones de consumo” ya que pueden ser asimiladas al ritmo que fija cada lector/a, empleando para ello el tiempo que se estime pertinente, a diferencia del encorsetado tiempo de los anuncios de radio y televisión.

### 9.7. Tiempo libre y ocio.

En las sociedades contemporáneas, el ocio se presenta como un elemento clave que se asocia al descanso y la recuperación, que se considera fuente de bienestar y calidad de vida. El ocio se ha convertido por ello en un fenómeno de masas y a él se aplican los avances tecnológicos que dan lugar a multitud de formas de entenderlo y vivirlo, que se adquieren, lógicamente, en el mercado. El ocio moviliza importantes cantidades de dinero, impulsa la producción, genera beneficios, moviliza recursos humanos y publicidad, se transmite por medios de comunicación como valor impulsor del desarrollo económico. A consecuencia de su presencia en el mercado, el ocio no sólo ha diversificado formas y funciones, sino que ha impactado en la jerarquía de valores, priorizando el “yo”, la autorrealización; esto es, a la par que se diversifica permite la subjetivación. En el proceso ha perdido su unidad e integridad, lo cual dificulta su comprensión, porque se han difuminado sus rasgos tradicionales. En fin, el ocio “surge como consecuencia de una elección y de un uso tanto voluntario como placentero del tiempo libre” (ASILI, 2004: 209). En épocas pasadas, el ocio tenía connotaciones negativas y era considerado un vicio, tal vez por ello la demanda de ocio de las generaciones envejecidas no está tan diversificada. Sin embargo, entre los/as más jóvenes de los mayores ya se empiezan a articular demandas que se pueden asimilar a la de otros grupos de edad más jóvenes.

En Europa, la disposición promedio de tiempo es de casi de cinco horas y media. Se entiende por tal el tiempo dedicado a prácticas de ocio -deporte, aficiones-, entretenimiento y, en particular, la atención

a los medios de comunicación -televisión, vídeo, radio-, así como el llamado tiempo de socialización -vida social, trabajo voluntario y ayuda informal a otros hogares, así como actividades culturales-. El Informe “La vida de las mujeres y los hombres en Europa. Un retrato estadístico” (EUROSTAT, 2008) señala que ambos sexos gastan cantidades de tiempo similares en el cuidado personal pero diferentes en la tareas domésticas y de ocio. Entre los mayores de 65 años, la pauta en el cuidado personal, que abarca las horas de dormir y comer, tampoco presenta diferencias entre los sexos (12,5 horas). Las mujeres, sin embargo, pasan mucho más tiempo que los hombres en las tareas domésticas, mientras que los hombres dedican mucho más al ocio. Las actividades a las que se dedica más tiempo son a mirar televisión o vídeo, las actividades físicas, sobre todo pasear, y la lectura. En lo relativo a mirar televisión, por ejemplo, resulta que los hombres dedican poco más de tres horas diarias, alrededor de 23 minutos diarios más que las mujeres

En Canarias, la “Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios” (ISTAC, 2007) puso de manifiesto que la mitad de la población (50%) dispone de cuatro horas o más de tiempo libre, tiempo disponible para las tres cuartas partes de los mayores. Los hombres mayores con al menos cuatro horas de disponibilidad representan el 81% frente al 72% de las mujeres (Gráfica 21).

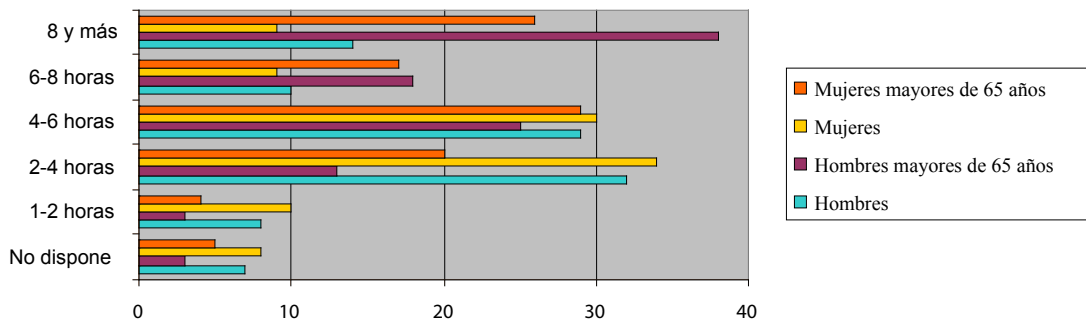
La base muestral de esta investigación apunta que cuatro de cada diez personas considera que tiene mucho o muchísimo tiempo libre (42,5%), mientras que el 32,5% dice tener suficiente y el 24,9% poco o muy poco tiempo (Tabla LV). En este último grupo se encuentra una tercera parte de las mujeres

(30,8%) y un 17,2% de los varones. A medida que aumenta la edad aumenta también la disposición de tiempo libre, si bien entre las personas mayores de 85 años un 11,6% dispone aún de poco tiempo libre, de ellas el 75% son también mujeres. Al otro extremo, la mitad de los hombres (51,8%) y otra tercera parte de las mujeres (35,5%) considera que disponen de mucho tiempo libre.

Ahora bien, la mitad de las personas encuestadas (50,2%) nunca se aburre, el 32,1% se aburre en alguna ocasión y únicamente el 17,5% restante se aburre frecuentemente (Tabla LVI). La proporción de personas que no se aburre es ligeramente superior entre los hombres (53,8%) que entre las mujeres (47,5%). La edad no marca grandes diferencias en este punto, puesto que el 54,5% de las personas de 65 a 74 años, el 42,6% de las de entre 75 y 84 años y el 46,6% de las mayores de 85 años no se aburre nunca.

Habitualmente, las personas mayores tienden a buscar pautas de ocio vinculadas a la familia, a las amistades o la vecindad, así como actividades pasivas y centradas en el hogar (Tabla LVII). De modo que los hombres se implican en tareas relacionadas con el bricolaje o la jardinería, y también gustan de charlas o juegos con los amigos en el bar o club. Entre las mujeres proliferan las visitas y la prestación de ayuda, aunque tampoco son infrecuentes las reuniones de juego. La mujeres mayores, con menos obligaciones en el ámbito privado que en el pasado, encuentran en la visita a una asociación voluntaria o un grupo amical, un recurso que, como sostiene DEL VALLE (2002: 52), les sirve “para aprender a valorarse y a cultivar un tiempo propio, dentro y fuera del hogar”

**Gráfica 21. Disposición del tiempo libre de la población. Canarias, 2004.**



Elaboración propia.

ISTAC. (2007). Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios, 2007.

**Tabla LV. Disposición de tiempo libre, por sexo y grupo de edad.**

	De 65 a 74		De 75 a 84		De 85 y más	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Poquísimo	9,5	4,2	7,1	3,1	4,6	,0
Poco	29,2	15,0	14,8	12,6	9,2	7,9
Suficiente	33,5	33,1	33,9	28,3	33,8	23,7
Mucho	21,7	32,1	29,5	26,8	29,2	36,8
Muchísimo	6,1	15,7	14,8	29,1	23,1	31,6

Fuente: Base muestral propia.

**Tabla LVI. Sensación de aburrirse, por sexo y edad.**

	De 65 a 74		De 75 a 84		De 85 y más	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Frecuentemente	17,3	12,2	25,7	20,5	20,0	5,3
Ocasionalmente	31,2	29,3	32,8	34,6	33,8	47,4
Nunca	51,2	58,5	41,0	44,9	46,2	47,4
No contesta	,3	,0	,5	,0		

Fuente: Base muestral propia.

**Tabla LVII. Actividades en el tiempo de ocio vinculadas a la familia y/o amigos/as, por sexo.**

	Visitar familia		Reunión amigos/as		Estar en bar / cafetería	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Frecuentemente	47,8	46,9	36,9	63,1	14,8	42,9
Poco frecuente	32,0	37,8	16,0	16,4	25,4	29,6
Lo hacía	11,8	6,9	22,4	11,7	15,5	13,1
Nunca	8,4	8,4	24,7	8,8	44,3	14,4

Fuente: Base muestral propia.

**Tabla LX. Horas promedio/día que se ve o escucha la televisión y radio, por sexo.**

	Horas promedio / día televisión		Horas promedio / día radio	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Ninguna	2,4	2,0	27,9	17,5
Menos de una hora	16,2	20,8	28,3	28,5
Entre una y tres	46,6	49,3	28,6	35,4
De tres a cinco	24,4	19,5	9,1	12,8
Más de cinco	10,4	8,4	6,1	5,8

Fuente: Base muestral propia.



Como el resto de la población canaria, las personas mayores dedican buena parte del tiempo libre a disfrutar de la familia. La “Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios” (ISTAC, 2007) señala una frecuencia de 92% (Tabla 100). El disfrute diario alcanza a un 80% de la población, que se eleva a un 83% en el caso de los/as mayores (82% para los varones y 81% para las mujeres). Las personas mayores que nunca o sólo a veces disfruta de su familia en el tiempo libre alcanzan una proporción de 7%

**Tabla 100. Dedicación del tiempo libre a disfrutar de la familia. Canarias, 2007.**

	Nunca /A veces	Veces a la semana	Diariamente	Total
Mayores de 65 años	17.176	28.926	196.612	242.713
%	7	12	81	100,0
Total población	129.950	167.384	1.435.867	15265
%	8	10	83	100,0

Fuente: ISTAC. (2007). Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios.

En esta investigación, una proporción similar (81,9%) visita o se reúne con la familia en su tiempo libre, de ellos el 47,4% lo hace frecuentemente y el 34,5% con menor frecuencia, mientras que un 9,7% ya no lo hace y un 8,4% no lo ha hecho nunca. La proporción de los hombres que se reúnen menos frecuentemente es algo superior a la de las mujeres. Comer fuera de casa es una práctica que sigue el 59,7% de la muestra, lo habitual es hacerlo con la familia los fines de semana (Tabla LVIII).

**Tabla LVIII. Práctica de comer fuera de casa, por sexo.**

	Mujer	Hombre	Total
Lo hacía	13,1	9,7	11,7
Nunca	30,0	23,9	27,3
Esporádicamente	56,7	63,5	59,7
Diariamente	,2	2,9	1,3

Fuente: Base muestral propia.

Así mismo, el 63% de las personas que tienen pareja suele ir acompañada de ella en todas las salidas que hace, un 17,7% sale indistintamente con ella o no, y el 18,6% restante raramente suele salir acompañada (Tabla LIX). La valoración que hacen am-

bos sexos de esta práctica es muy distinta, pues las mujeres que aseguran salir frecuentemente con su pareja (57,9%) son bastantes menos que los hombres (67,7%).

**Tabla LIX. Salir acompañado/a de su pareja.**

	Mujer	Hombre
Frecuentemente	57,9	67,7
Indistintamente	20,1	15,4
Raramente	21,4	16,0
No contesta	,6	,8

Fuente: Base muestral propia.

La dedicación a los/as amigos/as, aunque importante, es menor puesto que sólo el 48,2% se reúne con ellos/as asiduamente y el 16,2% con una menor asiduidad. Los hombres que se reúnen frecuentemente duplican a las mujeres. Los lugares de reunión usuales son para ellos los espacios públicos, como plazas, centros o bares, y para ellas las casas y sus proximidades o los centros públicos.

El tiempo que se concede a los medios de comunicación, y especialmente a la televisión, no ha cesado de aumentar en España desde finales de los años ochenta. La “Encuesta de Empleo del Tiempo, 2002-2003” (INE, 2004) reveló que el 91% de los españoles y españolas ven la televisión como actividad principal o como secundaria durante una media de casi tres horas diarias. Ver la televisión es una actividad de carácter pasivo que, para las personas mayores, ocupa un promedio de tres horas y media diarias, según dicha fuente. En esta investigación, una ínfima proporción (2,2%) de las personas que integran la muestra afirma no dedicarle tiempo alguno; mientras que cerca de la mitad (47,9%) emplea entre una y tres horas, el 12,9% entre tres y cinco horas y el 9,4% más de cinco horas (Tabla LX).

El 27,7% considera buena o muy buena la programación televisiva, exactamente la misma proporción (27,2%) que la considera mala o muy mala. A la hora de señalar el tipo de programa favorito raramente se señala uno. En todo caso, los informativos son los programas más seguidos, y tras ellos las novelas, el fútbol, los “magazine”, las películas y los documentales. Mientras ambos sexos gustan por igual de ver las noticias, los documentales y las películas, el fútbol es de preferencia masculina (92,2% de los hombres frente al 7,8% de las mujeres); y de

preferencia femenina son las novelas (93,4% de las mujeres frente al 6,6% de los hombres) y, en menor medida, los “magazine” (77,5% de las mujeres frente al 22,5% de los hombres).

La importancia de la radio como medio informativo y de entretenimiento ha sido desplazada por la televisión, de modo que una cuarta parte de la muestra (22,7%) no la oye habitualmente y una proporción algo mayor (28,4%) le dedica menos de una hora diaria. El 32% dedica a la radio entre una y tres horas y el 11,9% más de tres horas, siendo las mujeres las que dedican más horas a este medio de comunicación. La valoración que se realiza de la programación radiofónica es mejor que la televisiva, pues cerca de la mitad de la muestra (49,3%) la considera buena o muy buena, mientras que únicamente el 4,3% la considera mala o muy mala. Las noticias, las tertulias o debates y el fútbol son los programas con más audiencia entre los/as mayores.

La prensa es el medio de comunicación que menos adhesión logra en este sector de población, de modo que el 30% no la lee, si bien la sigue frecuentemente el 33,9% de la muestra, práctica más extendida entre los hombres. El hábito de la lectura frecuente lo tiene un 24,4%, mientras que un 22,1% lo hace poco frecuentemente y otro 34,4% de la muestra jamás ha dedicado tiempo a la lectura. La práctica de oír música, con mayor o menor frecuencia (70,7%), es preferida a la de bailar (18,6%); ésta última, en ocasiones, se combina con la de hacer excursiones (30,9%), dos actividades que se suelen realizar a instancias de los Clubes de Mayores municipales. Únicamente, un 3,1% emplea, con mayor o menor frecuencia, su tiempo en internet, actividad en la que los varones duplican a las mujeres. Entre las actividades que cuentan con menos seguimiento se encuentra el cine, ya que sólo un 1,8% acude frecuentemente y un 11,9% lo hace esporádicamente; mientras que el 43,5% nunca ha asistido a una pro-

**Tabla LXI. Programa favorito de televisión y radio, por sexo.**

	Televisión		Radio	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Noticias	32,7	45,4	38,4	47,3
Tertulias, debates	5,1	3,1	16,2	12,6
Documentales	6,1	8,4	,2	,4
Fútbol	1,3	20,8	,5	11,3
Otros deportes	1,2	2,2	,0	1,3
Novelas	19,0	1,8	,2	,0
Películas	8,0	7,5	,0	,2
Magazine	10,4	4,0	1,7	,2
Concursos	4,9	1,5	,2	,0
Crónica rosa	5,9	,4	,3	,0
Ninguno	3,2	3,8	32,5	20,6
Otro tipo	2,4	1,1	9,9	6,0

Fuente: Base muestral propia.

**Tabla LXII. Actividades en el tiempo de ocio, por sexo.**

	Ver la televisión		Excursiones organizadas		Bailar		Pasear	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Frecuentemente	86,5	82,3	17,7	14,4	11,3	9,1	56,6	74,3
Poco frecuente	10,8	15,3	15,0	14,2	8,1	8,6	22,1	15,9
Lo hacía	1,2	,4	21,2	20,1	44,1	43,1	12,8	5,3
Nunca	1,5	2,0	46,1	51,3	36,5	39,2	8,6	4,4

Fuente: Base muestral propia.

yección. Una proporción ligeramente superior de hombres que de mujeres gusta de salir por la noche (11,9%).

Pasear es la actividad preferida para ocupar el tiempo libre (83,7%), de cada diez seis mujeres y siete hombres lo hacen frecuentemente. La práctica diaria de otro ejercicio o deporte es seguida únicamente por un 9% de la muestra (Tabla LXIII), mientras que un 62,6% no lo ha hecho nunca. Antes que ir a la playa (48,3%), los y las mayores prefieren ir al campo (60%), un espacio no sólo para pasear sino para ocupar las horas en alguna pequeña propiedad agrícola, bien cultivando o cuidando de algunos animales. La proporción de personas que gusta de ocupar su tiempo libre con la agricultura y la ganadería (3,2%) es similar a la que gusta de la caza, y particularmente, la pesca (3,4%). Estas actividades al aire libre son practicadas con mayor frecuencia por los varones. La jardinería (1%) es una afición más frecuente entre las mujeres.

**Tabla LXIII. Frecuencia en la realización de ejercicio o deporte.**

	Mujer	Hombre	Total
Lo hacía	12,3	21,5	16,3
Nunca	66,5	57,5	62,6
Esporádicamente	12,1	12,4	12,2
Diariamente	9,1	8,6	8,9

Fuente: Base muestral propia.

Viajar es otra actividad que gusta realizar a las personas mayores. La proporción de personas que jamás ha viajado es de 18,7%, caso en el que las mujeres superan a los hombres en unos cinco puntos porcentuales. Un 21,6% de la muestra nunca ha visitado otra isla, un 44,5% no ha viajado nunca a la península y un 63,2% no ha salido nunca al extranjero, si bien una importante proporción de las personas han visitado el extranjero lo han hecho en calidad de emigrantes. Entre los proyectos que los/as mayores tienen en mente para realizar a corto plazo destaca precisamente el de viajar (Tabla LXIV). En el tiempo libre, sólo el 1,1% gusta de tocar algún instrumento, mientras que el 0,9% estudia, el 0,5% asiste al teatro y el 0,5% escribe. Frente a estas opciones, un ocio conservador se llena con actividades tradicionales, de modo que el 10,1%, mujeres todas, hace costura y el 5,1% otro tipo de manualidades, finalmente, un 2,9% juega a las cartas, la

lotería o el dominó. Una considerable proporción de mayores (19,8%) no hace ni le gustaría hacer nada en su tiempo libre; más de la mitad (54,5%) de las personas que no hacen nada dicen tener suficiente o poco tiempo y cerca de la mitad (45,4%) no se aburre nunca.

La superación de esa barrera legal que son los 65 años les ha valido a algunos/as para iniciar ciertas actividades como viajar (21,9%), realizar actividades culturales (10,3%), hacer cursillos (8,9%), formar parte de asociaciones (7,9%) o del voluntariado (4%), hacer deporte (7,2%), iniciarse en la informática (2,1%) y acceder a los estudios primarios (2,1%) o universitarios (0,8%). Las mujeres muestran mayor iniciativa de modo que son el 77,3% de las que se deciden a estudiar, el 72% de las que se inician en el deporte o el 86% de las que se animan a hacer cursillos, por ejemplo.

**Tabla LXIV. Proyecto en mente para realizar a corto plazo.**

	Porcentaje
Viajar	23,3
Iniciar hobby	0,7
Estudiar	0,6
Otra	3,0
No	72,5

Fuente: Base muestral propia.

A veces se considera que la tercera edad es el momento esperado para practicar los hobbies o aficiones que durante el período activo no se pudieron desarrollar, y ciertamente algunas personas realizan al fin sus aspiraciones o descubren un nuevo ritmo de vida marcado por unas actividades agradables y satisfactorias, pero esto no es lo que ocurre en el grupo social de las personas mayores en su conjunto. “No es posible inventar aficiones ni desarrollar la imaginación a los sesenta y cinco años cuando jamás se preparó al individuo para esto, sino para todo lo contrario: para obedecer, para realizar un trabajo rutinario y monótono, para contemplar deporte y no para hacerlo, y, en general, para ver y no para hacer” (CASALS, 1982: 59). Pero tampoco es posible esperar que lo haga si las capacidades y los recursos no permiten discernir, optar, rechazar, programar, desear y en fin –como se apuntó anteriormente– poner en movimiento las potencialidades.

## **CAPÍTULO 10**

### **SALUD**

## CAPÍTULO 10

### SALUD

#### 10.1. Introducción. El proceso de salud-enfermedad

En la actualidad, el concepto de salud-enfermedad “sobrepasa el estricto marco biomédico para convertirse en un fenómeno sociocultural” (RODRÍGUEZ y DE MIGUEL, 1990: 59). NORTHROP (1999: 39) afirma que “nuestro cuerpo está hecho de sistemas energéticos dinámicos influidos por la dieta, las relaciones, la herencia y la cultura, y la interacción entre todos estos factores y actividades”. Desde su constitución<sup>123</sup>, la Organización Mundial de la Salud ha optado por la adopción de un concepto positivo de salud que se caracteriza por un estado de completo bienestar físico, mental y social, y que por tanto no se limita a la ausencia de afecciones o enfermedades. La OMS (1986) considera, igualmente, que la salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Sin embargo, esto no siempre ha sido así, pues la concepción sobre la salud ha cambiado notablemente en la historia dependiendo de los parámetros utilizados para su definición.

Hasta que la OMS sancionó el concepto con tal amplitud, las distintas interpretaciones habían girado fundamentalmente en torno a dos ejes. Uno oscilaba entre la consideración exclusiva de factores físicos frente a la necesidad de acompañar a estos de aspectos psíquicos y sociales; y el otro se movía entre la consideración de la salud como una cuestión individual frente a la concepción de ésta como el resultado de la interacción del sujeto con su entorno (LEAVELL y CLARK, 1965; COCKBURN, 1963). La literatura especializada, de manera particular en las últimas décadas, ha sido muy prolífica y en ella se aprecia el tránsito desde una formulación negativa, en la que la salud se interpreta como ausencia de enfermedad, a una concepción positiva que abarca un conjunto de elementos deseables que ayudan al bienestar de una persona desde una perspectiva integral. La consideración positiva de salud alude a un estado de equilibrio en el que diversos factores biológicos y psicológicos, económicos y sociales,

sanitarios y del entorno se contrapesan, de modo que la enfermedad aparece cuando tal equilibrio es perturbado por la fuerza con que actúan uno o varios factores.

De cara a sus necesidades de atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, atendiendo tanto a su situación como a su estado de salud, las personas mayores son clasificadas en tres grupos (INSALUD, 1995):

- a) personas mayores sanas: aquellas que no presentan enfermedades sintomáticas crónicas ni otros problemas importantes de salud;
- b) personas mayores enfermas: las que presentan alguna afección aguda o crónica no invalidante o que no cumple los criterios de paciente geriátrico; y
- c) personas ancianas de alto riesgo: las que residiendo en la comunidad se encuentran en un estado de equilibrio inestable que les acarrea un elevado riesgo de incremento de cuidados y/o de requerir atención institucional.

Estas últimas son consideradas vulnerables si tienen más de 80 años, depresión, soledad, alta hospitalaria reciente, situación de duelo en el último año y/o un bajo nivel económico. Cada vez son más las personas que superan los 65 años gozando de una buena salud física y mental, aunque la salud continúa siendo una de las principales preocupaciones de las personas mayores, pues su merma se relaciona con la limitación funcional. Ahora bien, si la enfermedad no ocasiona incapacidad y/o dependencia se puede aprender a convivir con ella. Este capítulo aborda aspectos relacionados con la morbilidad, la percepción del estado de salud, los hábitos de vida, la dependencia y la mortalidad.

## 10.2. Percepción del estado de salud y morbilidad.

LOCKER (1981) sostiene que la percepción que el individuo tenga o pueda tener de su estado de salud, e incluso su mismo nivel objetivo de salud, se verá influenciado por variables socioeconómicas y por variables de tipo cultural y existencial. La autopercepción o autovaloración del estado de salud depende además del conocimiento que las personas tienen sobre aspectos relacionados con la salud y de las expectativas sobre la efectividad de la creciente oferta de los servicios sanitarios y es, en todo caso, un predictor de otros indicadores como la esperanza de vida, el padecimiento de enfermedades crónicas o de la mortalidad.

La “Encuesta de Salud de Canarias” (SERVICIO CANARIO DE SALUD, 2004) ha puesto de relieve que el 69,41% de la población general valora su salud, en los últimos 12 meses, de “muy buena o buena”, con resultados más favorables para los hombres que para las mujeres (74,88% frente a 63,91%) y en líneas generales, discretamente más desfavorables para las islas con estructuras demográficas más envejecidas como El Hierro y La Gomera, lo que puede estar expresando la asociación entre edades más avanzadas y peor estado de salud (Tabla 101). La autovaloración referida al momento preciso de la realización de la encuesta como “muy buena o buena” elevaba la proporción al 72,85%,

con resultados igualmente más favorables para los hombres (78,92% frente a 66,81%). Una tendencia que se repite entre las personas mayores, puesto que el 54,79% de los hombres perciben su salud como “muy buena o buena” mientras que sólo la califican en similares términos menos de la mitad de las mujeres (40,59%). Inversamente, mientras un 8,77% de los hombres califican su salud de mala o muy mala, las mujeres casi duplican esa proporción (15,12%).

En lógica correspondencia con los datos expuestos, los hombres de la muestra de esta investigación tienen una mejor percepción de su estado de salud que las mujeres (Tabla LXV). Un 30% de las mujeres dicen tener un estado de salud malo o muy malo frente a un 19% de los hombres (p 0,000). Estas diferencias se siguen manteniendo en todos los grupos de edad, si bien es cierto que al ir aumentando la edad las diferencias disminuyen, puesto que en el primer grupo de edad la diferencia asciende a 12 puntos (28,6 frente a 16,7), en el segundo a 9,6 (31,7 frente a 22,1) y en el tercero a 8,6 (32,3 frente a 23,7) (p respectivas de ,002; ,015 y ,054).

De la lectura de estos datos, se deduce que la edad no sería la única variable que interviene en la percepción de los estados de salud, ya que se puede apreciar una cierta influencia del sexo, y ambas variables pueden a su vez estar relacionadas a edades avanzadas con la soledad (estado civil) o la pobreza (ingresos). En esta dirección apunta BAZO ROYO (1990) cuando

**Tabla 101. Autovaloración del estado de salud en el momento de la encuesta. Población canaria de 16 años y más por sexo y grupo de edad, 2004.**

	Hombres				Mujeres			
Muy buena/ buena	199.191	232.461	146.536	57.660	169.821	198.282	119.441	54.268
%	93,25	85,27	68,41	54,79	80,86	77,12	56,85	40,59
Regular	11.664	34.128	46.560	37.435	33.493	51.349	69.713	57.532
%	5,46	12,52	21,74	35,57	15,95	19,97	33,18	43,03
Muy mala/mala	* 2.762	* 4.716	19.227	9.234	6.701	7.264	18.892	20.210
%	1,29	1,73	8,98	8,77	3,19	2,83	8,99	15,12
NS/NC	0	1.313	1.875	909	0	226	2.044	1.687
%	0,00	0,48	0,88	0,86	0,00	0,09	0,97	1,26
Total	213.618	272.619	214.198	105.238	210.015	257.122	210.089	133.696
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

\* Dato correspondiente a menos de 10 observaciones muestrales.

Fuente: Servicio Canario de Salud. (2004). Encuesta de Salud de Canarias.

sostiene que, aún influyendo el género en la percepción de la propia salud, la relación con la soledad se revela como más importante, de la misma manera que se percibe mejor estado de salud, aún con bajos ingresos, cuando no se experimenta la soledad. De hecho, en la muestra de esta investigación, el estado de salud percibido no guarda relación con el número de personas que conviven en el hogar, aunque se viva en solitario (Anova F 0,790, significación 0,500), pero sí revela una correlación con el sentimiento de soledad (Coeficiente de correlación Rho Spearman 0,212,  $p < 0,000$ )

**Tabla LXV. Estado de salud, por grupo de edad y por sexo.**

Grupo de edad	Estado de salud	Sexo	
		Mujer	Hombre
De 65 a 74	Muy Bueno	6,1	9,1
	Bueno	28,3	39,4
	Regular	37,0	34,8
	Malo	22,0	12,9
	Muy Malo	6,6	3,8
De 75 a 84	Muy bueno	6,6	1,6
	Bueno	21,3	33,9
	Regular	40,4	42,5
	Malo	25,1	19,7
	Muy malo	6,6	2,4
De 85 y más	Muy bueno	9,2	,0
	Bueno	26,2	34,2
	Regular	32,3	42,1
	Malo	30,8	15,8
	Muy malo	1,5	7,9

Fuente: Base muestral propia.

A través de la citada “Encuesta de Salud de Canarias 2004” se exploró el impacto de la enfermedad sobre la restricción en la actividad durante las dos semanas previas a la realización de la encuesta. El 12,76% de la población entrevistada tuvo que restringir su actividad principal o de trabajo y el 11,51% tuvo que hacerlo en el tiempo libre, siendo en el primer caso esta situación más frecuente entre las mujeres (15,53%) que entre los hombres (10%), al igual que en el segundo, (14,30% las mujeres y 8,73% los hombres). En las mujeres existe una relación entre el aumento de la edad y la restricción de la actividad principal por el padecimiento de algún problema de salud, que no parece existir entre

los hombres. A su vez, el aumento de la edad guarda relación con la duración media del período de restricción de la actividad principal, tanto para los hombres como para las mujeres. Los problemas de salud responsables de la restricción en la actividad principal o de tiempo libre son, tanto en el hombre como en la mujer adultos, los relacionados con los problemas osteo-articulares (30,47%), seguidos de los problemas de ansiedad-depresión o dificultades para dormir (12,18%), y los catarros o gripes (10,95%), entre algunos otros de menor frecuencia.

De igual manera, el impacto de los problemas de salud sobre la restricción de la actividad durante los 12 meses previos a la encuesta, indica que el 41,27% de la población entrevistada tuvo que restringir su actividad principal o de trabajo, siendo esta situación más frecuente entre las mujeres (43,21%) que entre los hombres (39,34%). La duración de esta restricción de la actividad principal aumenta con la edad, tanto para los hombres como para las mujeres. En cambio, la restricción en el tiempo libre fue algo más frecuente entre las mujeres (40,71%) que entre los hombres (36,04%). Los problemas de salud responsables de la restricción en la actividad principal o de tiempo libre son, tanto en el hombre como en la mujer adultos, los relacionados con los problemas osteo-articulares (23,87%), seguidos de los catarros y gripes (23,53%) y de ansiedad-depresión o dificultades para dormir (8,9%), entre algunos otros. Además, el 9,58% de la población entrevistada reconoció haber sufrido algún tipo de accidente durante el año previo a la ejecución de la encuesta, siendo discretamente superior para los hombres (11,54%) que para las mujeres (7,61%); y el grupo de edad de 16-29 años el que presenta una mayor incidencia. El 27,41% de los accidentes ocurren en el trabajo o centro de estudios (37,86% en los hombres y 11,50% en las mujeres), un 21,74% son accidentes de tráfico (20,01% para hombres y 24,38% para mujeres), mientras que un 19,77% ocurren en el hogar (11,51% para hombres y 32,36% para mujeres). Las islas de Gran Canaria y La Palma tienen unos ratios de personas accidentadas superiores al resto de las islas.

En esta investigación se ha hecho patente que, aunque las mujeres presentan mayor morbilidad aguda (prevalencia de 41,2% frente a 36,7% en los hombres), las diferencias encontradas con respecto a los varones no son significativas. Con todo en esta investigación la morbilidad aguda, en el año anterior a

la realización de la encuesta que produjo una limitación de la actividad habitual más de diez días seguidos, apunta a un claro patrón diferencial por sexo en lo relativo a las causas. Así las mujeres tuvieron más fracturas que los hombres (7,7 % frente a 2,4%) y más dolores musculoesqueléticos (13,8% frente a 10,2%). Los problemas de salud que no conllevan gravedad registraron frecuencias similares en ambos sexos (39,9% frente a 36,7%), mientras que las mujeres padecieron menos problemas de salud que conllevan gravedad (19,9% frente a 33,7%). Finalmente, las mujeres sufrieron más accidentes (1,6% frente a 0,6%) y algunas menos intervenciones quirúrgicas (8,5% frente a 10,2%) que los hombres. El patrón de morbilidad aguda se mantiene diferenciado por sexo a cualquier edad (Tabla LXVI).

**Tabla LXVI. Problemas de salud agudos declarados, por sexo.**

	Mujeres	Hombres
Fracturas	7,7	2,4
Dolores músculo esqueléticos	13,8	10,2
Problemas de salud sin gravedad	39,9	36,7
Problemas de salud con gravedad	19,9	33,7
Catarros o gripes	2,8	2,4
Accidentes	1,6	0,6
Intervenciones quirúrgicas	8,5	10,2
Otras	5,8	3,8

Fuente: Base muestral propia.

A pesar de que la prevalencia de los problemas agudos es algo más alta entre las mujeres que declaran más haber padecido uno o dos episodios agudos de enfermedad, tales diferencias disminuyen con la edad, llegando a invertirse en edades avanzadas (Tabla LXVII), puesto que los hombres mayores de 85 años presentan una prevalencia mayor a sus coetáneas.

**Tabla LXVII. Prevalencia de problemas de salud agudos declarados, por edad y sexo.**

	Mujeres	Hombres
Todas las edades	41,2	36,7
De 65 a 74 años	38,7	32,1
De 75 a 84 años	44,8	42,0
De 85 y más	44,6	52,6

Fuente: Base muestral propia.

Los principales problemas de salud crónicos más frecuentemente padecidos e identificados en la “Encuesta de Salud de Canarias 2004” correspondieron a los problemas de los órganos sensoriales (35,46%), las enfermedades músculo-esqueléticas (31,13%), la hipertensión arterial (15,25%), los problemas de salud mental (14,79%), los problemas de la circulación sanguínea en las piernas (12,43%), y los dolores de cabeza o migrañas (12,28%). La mayoría de las enfermedades crónicas aumentan su frecuencia con la edad (Tabla 102), a excepción de los dolores de cabeza o migrañas y alergias, de mayor frecuencia en los grupos de edad más jóvenes.

Los problemas de salud crónicos más frecuentemente identificados por los hombres, y con mayor prevalencia entre las mujeres, de entre 65 y 74 años corresponden a problemas de los órganos sensoriales como la vista y el oído (52,20% y 69,34% respectivamente), las enfermedades músculo-esqueléticas (45,33% y 63,60%), la hipertensión arterial (29,64% y 34,56%), colesterol alto (15,94% y 20,10%), mala circulación y varices en las piernas (11,30% y 33,19%), problemas de nervios, demencias y enfermedades mentales (9,95% y 33,13%) y alteraciones del sueño (8,22% y 22,03%) y la diabetes o azúcar en sangre (20,22% y 17,58% respectivamente). Los problemas de salud crónicos entre los hombres y mujeres del siguiente grupo de edad, esto es, de 75 años y más, corresponden a problemas de los órganos sensoriales (58,73 y 64,24% respectivamente), enfermedades músculo-esqueléticas (42,31 y 65,70%), hipertensión arterial (27,99 y 45,45%), mala circulación y varices en las piernas (23,31 y 41,13%), enfermedades cardiovasculares, problemas de nervios, demencias y enfermedades mentales, (9,80 y 25,07%) y diabetes o azúcar en sangre (16,72 y 19,36% respectivamente). En este grupo de edad, cobran relevancia entre las mujeres las enfermedades cardiovasculares (22,56% y 30,12%), mientras que la bronquitis crónica, asma o enfisema afectan de manera desproporcionada a los varones (17,95% y 6,37%).

En esta investigación el 96,5% de la muestra seleccionada declara padecer algún problema de salud. Todos los hombres de la muestra dicen tener alguno de los problemas declarados, mientras que un 6,2% de las mujeres no tiene ningún problema de salud crónico. Los principales problemas de salud crónicos declarados como diagnosticados por las mujeres y hombres en la encuesta de esta investigación presentan algunas variaciones según el sexo y la edad.



**Tabla 102. Prevalencia de enfermedades crónicas. Principales problemas de salud. Población canaria de 16 años y más por sexo y grupo de edad, 2004.**

	Hombres				Mujeres			
	16 a 44	45 a 64	65 a 74	75 o más	16 a 44	45 a 64	65 a 74	75 o más
Enf. músculo-esqueléticas	84.800	70.740	27.965	17.746	104.474	110.932	49.276	37.332
	17,44%	33,03%	42,31%	45,33%	22,36%	52,80%	65,70%	63,60%
Prob. nervios, demencias	35.238	21.686	6.574	3.836	72.632	59.573	24.859	14.717
	7,25%	10,12%	9,95%	9,80%	15,55%	28,36%	33,14%	25,07%
Enfermedades cardiovasc.	12.328	20.856	11.529	8.831	11.360	11.171	12.089	17.677
	2,54%	9,74%	17,44%	22,56%	2,43%	5,32%	16,12%	30,12%
Tumores en general	11.183	14.430	5.505	* 2.176	20.816	20.657	6.262	3.997
	2,30%	6,74%	8,33%	5,56%	4,46%	9,83%	8,35%	6,81%
Prob. órganos sensoriales	91.556	93.119	38.813	21.613	117.984	121.212	48.184	40.697
	18,83%	43,47%	58,73%	55,20%	25,26%	57,70%	64,24%	69,34%
Tensión alta	26.883	55.150	18.500	11.605	22.050	57.930	34.089	20.285
	5,53%	25,75%	27,99%	29,64%	4,72%	27,57%	45,45%	34,56%
Diabetes o azúcar sangre	4.012	19.094	13.360	6.548	10.626	27.731	13.189	11.363
	0,83%	8,91%	20,22%	16,72%	2,27%	13,20%	17,58%	19,36%
Dolor cabeza, jaquecas	32.109	18.052	* 2.890	* 2.298	91.711	37.465	8.055	5.920
	6,60%	8,43%	4,37%	5,87%	19,63%	17,83%	10,74%	10,09%
Problemas de estómago	34.097	24.116	9.257	4.290	50.312	40.939	10.792	9.552
	7,01%	11,26%	14,01%	10,96%	10,77%	19,49%	14,39%	16,27%
Colesterol alto	24.998	40.228	10.535	5.723	23.500	41.336	21.828	11.109
	5,14%	18,78%	15,94%	14,62%	5,03%	19,68%	29,10%	18,93%
Alergias	35.141	10.220	* 2.735	* 1.596	51.758	22.743	7.280	5.406
	7,23%	4,77%	4,14%	4,08%	11,08%	10,83%	9,71%	9,21%
Mala circulac. Varices	5.822	17.486	7.471	9.125	57.585	54.347	24.891	24.142
	1,20%	8,16%	11,30%	23,31%	12,33%	25,87%	33,19%	41,13%
Alteraciones del sueño	18.407	18.121	5.429	1.935	40.046	42.808	16.520	10.463
	3,79%	8,46%	8,22%	4,94%	8,57%	20,38%	22,03%	17,83%
Bronq crónica asma, enfis.	16.502	9.752	5.942	7.030	22.055	13.419	6.204	3.740
	3,39%	4,55%	8,99%	17,95%	4,72%	6,39%	8,27%	6,37%
Otros	45.056	40.549	16.691	20.275	116.134	54.801	14.940	15.663
	9,27%	18,93%	25,26%	51,79%	24,86%	26,08%	19,92%	26,69%

\* Dato correspondiente a menos de 10 observaciones muestrales.

Fuente: SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2004). Encuesta de Salud de Canarias.

**Tabla LXVIII. Problemas de salud crónicos, declarados como diagnosticados, por sexo.**

	Mujeres	Hombres	Estadístico Exacto de Fisher (Síg)
Hipertensión arterial	44,4	35,8	0,005
Colesterol elevado	33,7	24,6	0,002
Diabetes	27,6	29,0	0,628
Bronquitis crónica, asma, enfisema	9,3	10,8	0,406
Enfermedades cardiovasculares	17,5	21,5	0,114
Problemas del estómago	5,2	7,1	0,238
Alergias	12,1	5,5	0,000
Depresión	23,6	9,7	0,000
Otras enfermedades mentales	1,7	1,5	1,000
Jaquecas, migrañas, dolor de cabeza	23,1	9,3	0,000
Problemas de la circulación, varices	45,8	22,6	0,000
Hernias	16,8	9,5	0,001
Enfermedades músculo-esqueléticas	56,7	31,9	0,000
Osteoporosis	19,	4,4	0,000
Cáncer, tumores en general	2,2	1,1	0,233
Alteraciones órganos sensoriales	10,6	12,8	0,284
Problemas de próstata		17,3	

Fuente: Base muestral propia.

Para las mujeres el principal problema de salud es el que corresponde a las enfermedades músculo-esqueléticas (1ª), seguidas de los problemas de la circulación y varices (2ª), hipertensión arterial (3ª), colesterol elevado (4ª), diabetes (5ª), depresión (6ª), jaquecas y dolor de cabeza (7ª), osteoporosis (8ª), enfermedades cardiovasculares (9ª) y hernias (10ª). Para los hombres, en cambio, las diez primeras causas de morbilidad diagnosticada declarada son la hipertensión arterial (1ª), enfermedades músculo-esqueléticas (2ª), diabetes (3ª), colesterol elevado (4ª), problemas de circulación y varices (5ª), enfermedades cardiovasculares (6ª), problemas de próstata (7ª), alteraciones de los órganos sensoriales (8ª), bronquitis crónica, asma y enfisema (9ª) y depresión (10ª).

En las mujeres el orden que ocupan los principales problemas de salud no presenta una gran variabilidad con respecto a la edad. Tanto la depresión como las jaquecas disminuyen en importancia conforme aumenta la edad y, de manera inversa, los problemas cardio-circulatorios van ganando más importancia. En los hombres conforme aumenta la edad van tomando más importancia los problemas cardio-cir-

culatorios y los relacionados con los órganos de los sentidos, ocupando el segundo y el tercer lugar en importancia.

Se pueden establecer relaciones, médicamente plausibles, entre los diferentes procesos crónicos que se evidencian en las correlaciones que se establecen entre ellos. Por un lado, están fuertemente correlacionados, en ambos sexos, la hipertensión arterial, el colesterol elevado, la diabetes y los problemas cardiovasculares (Coeficiente de correlación  $\Phi > 0,200$  significación 0,000). También presentan una correlación significativa los problemas circulatorios y los cardiovasculares (Coeficiente de correlación  $\Phi > 0,170$  significación 0,000). Si bien las correlaciones más intensas se producen entre problemas músculo-esqueléticos y problemas circulatorios y varices, de forma más fuerte en las mujeres (Coeficiente de correlación  $\Phi > 0,332$  en mujeres y en hombres 0,222).

El seguimiento de un tratamiento médico entre las personas encuestadas para esta investigación es elevado. Un 74,6% de las mujeres y un 64,4% de los hombres toman medicación de manera permanente,

**Tabla LXIX. Diez primeros problemas de salud diagnosticados declarados en mujeres, para todas las edades y por grupo de edad.**

	Todas las edades	65-74 años	75-84 años	85 años y más
1ª	Prob. Musculo-esqueléticos (56,7)	Prob. Musculo-esqueléticos (58,7)	Prob. Musculo-esqueléticos (55,2)	Prob. Musculo-esqueléticos (50,8)
2ª	Prob. Circulatorios y varices (45,8)	Prob. Circulatorios y varices (45,4)	Prob. Circulatorios y varices (47,5)	Prob. Circulatorios y varices (43,2)
3ª	Hipertensión Arterial (44,4)	Hipertensión Arterial (45,4)	Hipertensión Arterial (43,2)	Hipertensión Arterial (43,1)
4ª	Colesterol elevado (33,7)	Colesterol elevado (36,4)	Colesterol elevado (31,1)	Diabetes (27,7)
5ª	Diabetes (27,6)	Diabetes (28,0)	Diabetes (26,8)	Colesterol elevado (26,2)
6ª	Depresión (23,6)	Depresión (24,0)	Depresión (23,6)	Prob. Cardio circulatorios (18,7)
7ª	Jaquecas, dolor de cabeza (23,1)	Jaquecas, dolor de cabeza (24,9)	Prob. Cardio circulatorios (23,2)	Hernias (18,5)
8ª	Osteoporosis (19,7)	Osteoporosis (19,7)	Jaquecas, dolor de cabeza (23,1)	Osteoporosis (15,4)
9ª	Prob. Cardio circulatorios (17,5)	Hernias (15,3)	Osteoporosis (19,7)	Jaquecas, dolor de cabeza (13,8)
10ª	Hernias (16,8)	Prob. Cardio circulatorios (14,5)	Hernias (19,1)	Alt. Órganos sensoriales (12,3)

Fuente: Base muestral propia.

**Tabla LXX. Diez primeros problemas de salud diagnosticados declarados en hombres, para todas las edades y por grupo de edad.**

	Todas las edades	65-74 años	75-84 años	85 años y más
1ª	Hipertensión Arterial (35,8)	Hipertensión Arterial (35,1)	Prob. Musculo-esqueléticos (38,6)	Hipertensión Arterial (44,7)
2ª	Prob. Musculo-esqueléticos (31,9)	Diabetes (30,7)	Hipertensión Arterial (34,6)	Prob. Cardio circulatorios (31,6)
3ª	Diabetes (29,0)	Prob. Musculo-esqueléticos (30,3)	Prob. Circulatorios y varices (30,7)	Alt. Órganos sensoriales (23,7)
4ª	Colesterol elevado (24,6)	Colesterol elevado (24,7)	Diabetes (28,3)	Prob. Músculo-esqueléticos (21,4)
5ª	Prob. Circulatorios y varices (22,6)	Prob. Circulatorios y varices (19,2)	Prob. Cardio circulatorios (26,8)	Prob. Circulatorios y varices (21,3)
6ª	Prob. Cardio circulatorios (21,5)	Prob. Cardio circulatorios (17,8)	Colesterol elevado (26,0)	Jaquecas, dolor de cabeza (21,2)
7ª	Próstata (17,3)	Próstata (15,0)	Próstata (21,3)	Próstata (21,1)
8ª	Alt. Órganos sensoriales (12,8)	Alt. Órganos sensoriales (11,8)	Alt. Órganos sensoriales (11,8)	Diabetes (18,5)
9ª	Bronquitis crónica, asma, enfisema (10,8)	Bronquitis crónica, asma, enfisema (11,1)	Bronquitis crónica, asma, enfisema (11,0)	Colesterol elevado (18,4)
10ª	Depresión (9,7)	Depresión (9,4)	Jaquecas, dolor de cabeza (11,0)	Hernias (15,8)

Fuente: Base muestral propia.

mientras que un 13,1% de las mujeres y 15,7% de los hombres lo hacen puntualmente. Por tanto, los hombres siguen menos tratamiento médico que las mujeres; y en el caso de seguirlo es más frecuente que lo hagan de manera puntual, mientras que las mujeres lo hacen de manera permanente. Las diferencias se suavizan algo con la edad, fundamentalmente en la frecuencia de mujeres y hombres que no siguen tratamiento alguno (Tabla LXXI). Respecto de los problemas de salud crónicos resulta que únicamente cuando se trata de problemas cardio-circulatorios y jaquecas o dolores de cabeza, la prevalencia de recibir un tratamiento permanente es mayor en los varones que en las mujeres (92,8% y 91,3% - 85,7% y 81,0, respectivamente)

La “Encuesta de Salud de Canarias 2004” evidenció que en la población canaria un 60,71% había utilizado algún tipo de medicamento en las dos semanas previas a la realización de la encuesta, siendo su consumo más frecuente entre las mujeres (68,72%) que entre los hombres (52,72%). Un consumo que se incrementaba notablemente con la edad, de modo que, por encima de los 65 años los habían consumido el 92,71% de las mujeres y el 82,76% de los hombres. El policonsumo afectó al 9,52% de la población, de modo que el 12,85% de las mujeres y el 6,25% de los hombres habían tomado cuatro medicamentos o más; unos porcentajes que tam-

bién se intensifican en la tercera edad (33,11% y 23,61%, respectivamente). Los medicamentos más utilizados por la población fueron los que tratan el dolor o la fiebre (21,96%) y la tensión arterial alta (15,65%), así como los tranquilizantes e inductores del sueño (13,98%) y los que tratan los síntomas del catarro o la gripe (10,47%). Los antibióticos y los antidepresivos fueron consumidos por el 4,95 y el 4,51%, respectivamente. En todos esos casos, las mujeres realizaron un consumo más elevado. La citada encuesta también puso de relieve la práctica de la automedicación y apuntaba que un 43,9% de la población consume laxantes y un 41,07 ingiere medicamentos para adelgazar por propia iniciativa. Frente al dolor o la fiebre se automedicó el 34,46% de la población y el 31,96% frente al catarro o la gripe. Un 29,06% decidió administrarse vitaminas o reconstituyentes. Otros medicamentos que entrañan riesgos más elevados fueron consumidos por el 15,24% en el caso de los antibióticos y el 8,83% en el de los tranquilizantes.

Por otra parte, el 77,4% en España y el 72,5% en Canarias del gasto farmacéutico público en 2000 estaba vinculado a las recetas de pensionistas del sistema de Seguridad Social, lo que da una idea de la importancia del coste en un contexto de envejecimiento creciente de la población española. La mayoría de las iniciativas en materia de contención del

**Tabla LXXI. Tratamiento médico, por edad y sexo.**

Grupo de edad	Prevalencia en %	Sexo	
	Tratamiento médico	Mujeres	Hombres
Todas las edades	Permanentemente	74,6	64,4
	Puntualmente	13,1	15,7
	No	12,3	19,9
De 65 a 74	Permanentemente	70,5	59,2
	Puntualmente	14,7	18,1
	No	14,7	22,6
De 75 a 84	Permanentemente	78,1	74,0
	Puntualmente	13,1	9,4
	No	8,7	16,5
De 85 y más	Permanentemente	86,2	71,1
	Puntualmente	4,6	18,4
	No	9,2	10,5

Fuente: Base muestral propia.

gasto siguen centradas en la reducción del precio final de los medicamentos, sin que hasta el momento se haya llevado a cabo un análisis en profundidad de las causas que subyacen a ese incremento del número de recetas, entre las que figuran el incremento de la población protegida, el envejecimiento de la población, la aparición de fármacos de nueva generación y el excesivo protagonismo del tratamiento farmacológico en el sistema sanitario español, aspecto que puede estar supliendo otras carencias del funcionamiento como la saturación de algunos servicios o la dificultad de implantar políticas preventivas eficaces en estas condiciones.

Al analizar las relaciones entre cada uno de los problemas de salud abordados en esta investigación y la autopercepción del estado de salud, la existencia de

morbilidad aguda y el seguimiento de tratamiento médico se evidencian diferentes correlaciones. En las mujeres, tanto los problemas de salud músculo-esqueléticos, como los problemas de la circulación y las varices tienen una fuerte correlación con el estado de salud, con el seguir un tratamiento médico de forma permanente y con la limitación de su actividad habitual por un problema de salud agudo. Lo mismo ocurre con la hipertensión arterial, tener el colesterol elevado y diabetes. En los hombres las correlaciones más intensas con la percepción del estado de salud se encuentran en los problemas cardio-circulatorios, las enfermedades músculo-esqueléticas, los problemas circulatorios y de varices, la depresión y los problemas pulmonares. Del mismo modo, aquellos problemas que necesitan tratamientos permanentes como la hipertensión arterial,

**Tabla LXXII. Coeficientes de correlación Phi y Gamma.**

	Estado de salud C. Gamma	Tratam. médico C. Phi	Padecer trastorn. C. Phi	Estado de salud C. Gamma	Tratam. médico C. Phi	Padecer trastorn. C. Phi
	Mujeres			Hombres		
Hipertensión arterial	-,340**	,326**		-,258**	,287**	
Colesterol elevado	-,176**	,126**		-,197*	,209**	
Diabetes	-,336**	,258**	,087*	-,279**	,346**	
Bronquitis crónica, asma, enfisema	-,527**	,120**	,145**	-,428**		,103*
Enfermedades cardiovasculares	-,462**	,182**	,172**	-,548**	,318**	,172**
Problemas del estómago	-,409**			-,315*		
Alergias	-,347**		,118*			
Depresión	-,534**	,184**	,203**	-,522**	,143**	,183**
Otras enf. mentales			,130**	-,709**		
Jaquecas, migrañas, dolor de cabeza	-,198**			-,403**	,147**	,120*
Problemas de la circulación, varices	-,454**	,266**	,136**	-,459**	,215**	,182**
Hernias	-,435**	,191**		-,248*	,151**	,175**
Enfermedades músculo-esqueléticas	-,520**	,255**	,138**	-,457**	,208**	
Osteoporosis	-,252**	,134**	,139**	-,548**		,104
Cáncer, tumores en general						
Alteraciones órganos sensoriales	-,323**	,114**		-,245*		
Problemas de próstata				-,208**	,159**	,101*
Tratamiento médico	-,649**	,253	,253**	-,503**	1.000	,267**
Padecer trastorno	-,538**	1.000**	1.000	-,613**	,267**	1.000

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01.

\*La correlación es significativa al nivel 0,05.

Sólo aparecen los valores de los coeficientes con significación.

Fuente: Base muestral propia.

el colesterol elevado, la diabetes, los problemas cardio-circulatorios o las alteraciones músculo-esqueléticas presentan correlaciones más altas. Entre las mujeres la correlación más alta se produce entre el estado de salud y el llevar un tratamiento médico; entre los varones se produce entre el estado de salud y la limitación de su actividad habitual por un problema de salud. Las primeras causas de problemas de salud que declaran las mujeres son aquellas en las que la correlación entre el estado de salud y el seguir tratamientos médicos de forma permanente es mayor, lógicamente también están correlacionadas con la pérdida de la actividad habitual pero en menor intensidad.

Volviendo a la autovaloración de estado de salud, se puede decir que dos variables están relacionadas de forma directa con ella, la primera es el haber padecido algún trastorno agudo en el último año y la segunda el seguir o no tratamiento médico de forma permanente o puntual. Ambas variables presentan un coeficiente de correlación significativo con la autovaloración del estado de salud (Coeficiente de correlación gamma -0,571 y 0,592 respectivamente). Esto es, cuando la percepción del estado de salud es mejor se han padecido menos problemas de salud agudos y se siguen menos tratamientos médicos. En cambio, el haber padecido algún tipo de problema de salud, en el año previo que haya limitado su actividad más de 10 días seguidos, está relacionado de forma significativa ( $p < 0,000$ ) con una mala percepción del estado de salud, tanto si se analiza por sexo como por edad. Entre las mujeres que no han padecido ningún problema de salud, la autovaloración es de muy buena o buena en un 46,1% frente a un 20,7% que la percibe como mala o muy mala. Algo parecido ocurre entre los hombres, los porcentajes son de 58,4% frente a 11,5%. De forma inversa, las mujeres que han padecido algún problema agudo, autoperciben su salud como muy mala o mala en un 33% frente a un 13% que la percibe como muy buena o buena; mientras que entre los varones las proporciones son 31,3% frente a 18,1%. En cuanto al tratamiento médico resulta que, tanto en la mujeres como en los hombres, no seguirlo guarda relación con una percepción del estado de salud mucho mejor que en el caso de seguirlo. Los hombres, aún a pesar de seguir algún tratamiento médico, suelen tener una mejor percepción del estado de salud.

**Tabla LXXIII. Autopercepción del estado de salud por tratamiento médico, por sexo.**

	Percepción muy buena o buena (%)	Percepción muy mala o mala (%)
<b>Mujeres</b>		
No se sigue tratamiento	84,9	2,7
Se sigue puntualmente	42,3	15,1
Se sigue permanentemente	22,1	37,1
<b>Hombres</b>		
No se sigue tratamiento	80,0	6,7
Se sigue puntualmente	42,2	12,7
Se sigue permanentemente	32,7	24,0

Fuente: Base muestral propia.

El estudio de las variables relacionadas con el ámbito privado y el ámbito público ofrecen distinta información en lo relativo a la autovaloración de la salud. Así mientras variables como “mantener relaciones familiares satisfactorias” o “contar con apoyo familiar en caso de necesidad” no presentan variación con la percepción del estado de salud, también es cierto que la población que declara carecer de relaciones satisfactorias y apoyo es mínima (4,2 y 3,8%, respectivamente). En cambio, el análisis conjunto de la autovaloración del estado de salud y la variable que indica que “el retiro de su trabajo le ha supuesto una merma en la valoración de sí mismo/a” revela que, en ambos sexos, la autovaloración es mejor entre quienes sostienen que no experimentaron tal merma.

**Tabla LXXIV. Autopercepción del estado de salud, por merma en su autoestima y sexo.**

	Estado de salud muy bueno / bueno	Estado de salud muy malo / malo
Mujeres a las que sí les produjo merma	25,0	41,7
Mujeres a las que no les produjo merma	35,0	25,2
Hombres a los que sí les produjo merma	37,9	30,5
Hombres a los que no les produjo merma	43,4	16,8

Fuente: Base muestral propia.

Así mismo, la clase social se muestra como una variable predictora en cuanto a la probabilidad de tener una mejor autopercepción del estado de salud. Habitualmente a mayor posición socioeconómica, mejor percepción del estado de salud (MSC, 2005). En esta investigación tal posición se puede conocer a través del nivel de estudios, la ocupación anterior a la jubilación y los ingresos, aunque esta última presenta la dificultad de una baja tasa de respuesta. Pues bien, los resultados apuntan que a mayor nivel de estudios, mejor autopercepción, aunque persisten las diferencias de sexo pues, en general, ellos tienen una mejor autopercepción de su salud (Tabla LXXIV). La información resultante del análisis de la ocupación es algo confusa, en tanto que únicamente aparece una diferencia clara en las categorías “profesionales, ejecutivos/as, técnicos/as” y “funcionarios/as”, profesiones en las que precisamente se concentran los estudios secundarios y universitarios.

**Tabla LXXIV. Autopercepción del estado de salud, por nivel de estudios y sexo.**

	Estado de salud muy bueno / bueno	Estado de salud muy malo / malo
Mujeres con estudios primarios o menos	25,4	32,3
Mujeres con estudios secundarios o más	46,5	15,2
Hombres con estudios primarios o menos	39,9	21,4
Hombres con estudios secundarios o más	48,1	11,5

Fuente: Base muestral propia.

Al igual que otros muchos conceptos el de salud se suele presentar como neutro; sin embargo, éste es uno de los conceptos más sensibles a las desigualdades sociales y, particularmente, a las diferencias de género. Muchos de los parámetros a considerar remiten a experiencias personales o intersubjetivas que, en muchos casos, no son comunes para ambos sexos; y en los casos en que lo son, tampoco reciben el mismo significado o valoración social. CARUNCHO y MAYOBRE (1998: 198) señalan que “si se acepta que el mundo es uno pero los sexos son dos, si se acepta que en el mundo occidental hay claras diferencias éticas, políticas, psicológicas y sociales a la hora de nombrar el mundo en femenino o ha-

cerlo en masculino, si se sabe que en nuestra cultura hombres y mujeres bailan una desigual danza -desigualdad que afecta de lleno a la definición de las aspiraciones y necesidades de los unos y de las otras- es obvio deducir que hombres y mujeres no están en igualdad de condiciones para disfrutar de ese recurso de la vida diaria que es la salud”.

Las citadas consideraciones de FRIEDAN (1963) y GONZÁLEZ DURO (1989) sobre la posición de las mujeres en la estructura social, junto a la monotonía y la insatisfacción vital que comportan muchas de las actividades que realizan diariamente se encontrarían detrás de ciertas alteraciones de su salud. DE ARMAS (1993: 41) recoge que “unas veces no son síntomas localizados, pero se sienten mal sin poder verbalizar nada más. En otras ocasiones acuden porque no se duermen bien, por cansancio matutino progresivo que les dificulta incluso realizar sus deberes domésticos. Otras veces presentan dolores de cabeza -en diferentes zonas-, dolor de columna cervical, acompañado o no de hormiguillas en las manos. Otras, dificultad para hacer la digestión, gases, etcétera. También suelen aquejarse de sensación de vacío, que identifican como si fuera “hambre”, pero al comer siguen notando al poco rato la sensación, que es lo que suele conducirles a la obesidad. Estos y otros síntomas pasan por distintos momentos hasta que aparecen las alteraciones estructurales: depresión, obesidad, hipertensión, síndromes vertiginosos, etcétera”.

Acaso porque, como señalan RODRÍGUEZ y DE MIGUEL (1990: 8), “la salud además aparece como un instrumento de poder que tiene como función el mantenimiento de la estructura social, y la estabilidad de las actuales relaciones de dominación” se aprecie la marca del género en los datos relativos a la salud mental. La “Encuesta de Salud de Canarias 2004” recoge, bajo la denominación de “posibles trastornos mentales” (Tabla 103) la depresión, la ansiedad, el desajuste social o la hipocondría, y en menor medida, las psicosis funcionales. El punto de corte para considerar los trastornos de esta índole es el tres, de modo que en el año 2004, de los ciudadanos canarios mayores de 11 años que se encontraban afectados de un trastorno mental (3 o más puntos), el 22,8% eran mujeres mientras que el 11,7% eran hombres. Aunque los datos de la Encuesta no se presentan cruzados por sexo y edad, sí evidencian que el grupo de edad que presenta mayor frecuencia de trastornos mentales es el de 45 a 64 años. En esa En-

cuesta, la autovaloración del estado de salud mental es más favorable a los hombres, pues un 67,83% frente a un 55,17% de las mujeres, afirma carecer de problemas de esta índole (Tabla 103). Los/as ciudadanos/as canarios/as residentes en la isla de Gran Canaria registraron las mayores cifras de prevalencia de trastorno mental estando afectados el 20% de la población seguidos a continuación de los/as residentes/as en la isla de Fuerteventura (19,7%).

En esta investigación, casi una cuarta parte de la muestra, esto es, a un 23,6% de las mujeres, se les ha diagnosticado una depresión frente a un 9,7% de los varones. Ésta se presenta como la sexta causa de morbilidad crónica diagnosticada desde los 65 hasta los 85 años. La “Encuesta de Salud de Canarias 2004” presenta en la categoría “problemas de nervios, demencia, enfermedades mentales” unas frecuencias marcadamente superiores para las mujeres mayores (29%) que para sus coetáneos (9,85%)

### 10.3. Hábitos saludables de vida.

VALLS LLOBET (2007: 17) sostiene que las mujeres hemos sido “estudiadas a través del modelo masculino como normalidad” -como se apuntó en la introducción- y es que tradicionalmente la Medi-

cina ha concebido la salud de las mujeres como una extensión de la de los hombres, a excepción de lo concerniente al aparato reproductor; y en todo caso ha considerado a las mujeres como idénticas aunque éstas, como sus congéneres, son diversas. Una de las líneas que separa a las mujeres es la cesura de la que hablara GARRIDO (1993) que deja a un lado a las mujeres educadas en su infancia y adolescencia en un rígido modelo genérico y del otro a las mujeres que han dispuesto de un impensable margen de oportunidades y realizaciones en la época de sus antecesoras. Las primeras participan plenamente de una identidad basada en un esquema de priorización de los aspectos afectivo-relacionales, que las subyuga a una ética del cuidado. Las otras, transgrediendo los difusos límites que separan lo privado de lo público, han entrado en el mundo del trabajo remunerado, del poder, de la competencia, de la independencia, lo cual ha influenciado en una mayor adopción de hábitos menos saludables como el consumo de tabaco o alcohol.

Más allá de lo físico, la transgresión femenina puede estar asociada a la vivencia de algunas disonancias producto de la contradicción con el modelo genérico femenino, que tal y como especificara CORIA (1991) es el de la dependencia, modelo que actúa

**Tabla 103. Autovaloración del estado de salud mental. Posibles casos psiquiátricos. Población canaria de 11 años y más, 2004.**

	Sexo		Grupo de edad				
	Hombre	Mujer	11 a 15	16 a 29	30 a 44	45 a 64	65 o más
0	585.067	475.078	84.772	269.639	328.409	239.376	137.949
	67,83%	55,17%	79,15%	63,65%	61,99%	56,42%	57,74%
1	126.424	120.493	12.719	61.642	73.912	65.857	32.787
	14,66%	13,99%	11,88%	14,55%	13,95%	15,52%	13,72%
2	50.538	69.312	2.471	35.080	42.343	24.318	15.638
	5,86%	8,05%	2,31%	8,28%	7,99%	5,73%	6,54%
3	29.224	51.160	3.045	18.975	26.175	20.360	11.829
	3,39%	5,94%	2,84%	4,48%	4,94%	4,80%	4,95%
4	15.425	38.887	* 1.974	9.858	10.714	22.183	9.584
	1,79%	4,52%	1,84%	2,33%	2,02%	5,23%	4,01%
5 o más	55.904	106.179	2.117	28.439	48.187	52.193	31.147
	6,48%	12,33%	1,98%	6,71%	9,10%	12,30%	13,04%
Total	862.582	861.108	107.097	423.633	529.741	424.287	238.934
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

\* Dato correspondiente a menos de 10 observaciones maestras.

Fuente: SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2004). Encuesta de Salud de Canarias.



como un poderoso estructurador psíquico. Ser femenina como prescribe el estereotipo de género, y como sigue estando presente en el imaginario simbólico colectivo, no resulta compatible con el ideal de éxito y de logro social de nuestros días, consistente en ser una persona muy competitiva, individualista, con gran reconocimiento social y poder. Aquellas que han desarrollado habilidades para realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y para hacer frente al ambiente, se sitúan en una posición muy frágil, pues se les recuerda continuamente los mandatos de la feminidad, el valor de dar vida, de mantener la unidad familiar, de cuidar a los/as demás a través del mecanismo de la culpa o la amenaza de la soledad.

Dado que los géneros se construyen como excluyentes y complementarios, resulta que el rol de proveedor asignado culturalmente a los varones, opera de manera similar, de modo que una situación de desempleo, la disposición de un empleo de menor prestigio social o de salario inferior al de la pareja e, incluso, la jubilación, puede perturbar el equilibrio psicológico o repercutir en el estado somático. CARUNCHO y MAYOBRE (1998) señalan que el número de depresiones o de casos de alcoholismo relacionados con la pérdida de un trabajo remunerado es muy superior entre los varones y que el incremento en los últimos tiempos de los problemas de disfunción eréctil o de deseo sexual guarda relación con la inseguridad que experimentan algunos varones al ocupar económica o socialmente un lugar secundario o al contemplar que las mujeres asumen la iniciativa o autonomía que por cuestiones de género les correspondía a ellos. La identificación de la pérdida de poder y de estatus entre los varones mayores, y en ocasiones de la salud, puede actuar en un sentido similar al asociarse a una inferior valoración por experimentar una relativa falta de poder. HITE (1992: 326) identifica la disfunción eréctil como un síntoma de esa pérdida de poder, al reconocer que en una cultura que dice que un hombre no lo es a menos que le guste/necesite el coito, es natural que el que no puede copular (que no tiene una erección) se considere “menos que un hombre”; y añade que el término peyorativo “impotencia”, aplicado generalmente a la falta de erección, significa “falta de potencia”, lo que equipara a la falta de capacidad para fecundar a la mujer, “poder básico del patriarcado”.

Muchas de las citadas enfermedades sociales o de comportamiento están íntimamente relacionadas

con la masculinidad hegemónica, y concretamente con las exigencias que ésta comporta. Idealmente un varón debe presentarse en todo momento como un ser que controla y manipula su entorno, que no muestra debilidad o sentimientos de incompetencia, duda o temor, que no expresa una queja o solicita ayuda. La masculinidad es en esencia demostrativa y ello, evidentemente, tiene un coste en términos de salud, puesto que la prevención de la enfermedad guarda relación con la elección de una vida sana y el ejercicio de hábitos saludables. Los hombres suelen desempeñar profesiones y trabajos de mayor riesgo, asumen comportamientos más peligrosos o un estilo de vida más imprudente, ya que fuerza, potencia o velocidad son atributos masculinos. Cuanto más duro o temerario sea uno, mayor reconocimiento recibirá por parte de sus pares. De ahí una mayor frecuencia en la ejercitación de deportes de alto riesgo, la conducción de vehículos potentes a altas velocidades o el abuso de drogas legales e ilegales, que incide en una sobremortalidad masculina (Tabla 104), especialmente entre los jóvenes.

**Tabla 104. Tasas de mortalidad según sexo y edad por 100.000 habitantes. Canarias, 2004.**

	Ambos sexos	Mujeres	Varones
Total	669,6	598,6	740,7
De 0 a 4 años	155,6	130,9	180,0
De 5 a 9	13,4	14,8	12,0
De 10 a 14	8,3	1,9	14,4
De 15 a 19	46,5	21,5	70,8
De 20 a 24	52,1	24,5	79,0
De 25 a 29	54,6	31,5	76,4
De 30 a 34	79,9	49,9	108,6
De 35 a 39	129,5	72,5	184,3
De 40 a 44	186,2	117,8	251,6
De 45 a 49	300,0	211,8	385,5
De 50 a 54	445,6	255,4	629,7
De 55 a 59	679,6	330,7	1.024,7
De 60 a 64	1.002,6	594,9	1.432,8
De 65 a 69	1.556,5	957,6	2.220,7
De 70 a 74	2.495,1	1.745,3	3.394,8
De 75 a 79	4.316,2	3.371,5	5.584,9
De 80 a 84	7.124,6	6.091,7	8.800,1
De 85 años y más	13.884,2	13.282,7	15.067,9

Fuente: IMSERSO. (2004). Informe las personas mayores en España.

ARTAZCOZ ET AL. (2004) afirma que mientras los riesgos laborales clásicos, de naturaleza física, y los accidentes de trabajo afectan fundamentalmente a los hombres, el impacto de los riesgos de naturaleza psicosocial y los derivados de la exposición al trabajo doméstico es superior en las mujeres. Igualmente sostiene que ciertos estilos de vida -tabaquismo, alcohol y sobrepeso- tienen mayor impacto entre los hombres y las clases desfavorecidas, aunque la superación de la carga sexista asociada al consumo de alcohol o tabaco introducirá variaciones en la salud de la población femenina y condicionará el proceso de envejecimiento.

En la Comunidad Autónoma, la “Encuesta de Salud de Canarias” (2004) pone de manifiesto que el consumo frecuente de alcohol es más elevado entre los hombres (15,70%) que entre las mujeres (2%), una pequeña proporción que se eleva 0,20 puntos porcentuales en el caso de las mujeres mayores, pero de manera significativa entre sus coetáneos varones (28,50%). De manera inversa, las mujeres que nunca han consumido bebidas alcohólicas representan el 59,40% del total, siendo un 82,6% las mayores de

65 años, a diferencia de los hombres que no lo han hecho nunca, un 34,50 de la población masculina, de los que un 41,40% son mayores (Tabla 105).

En esta investigación, el consumo de alcohol presenta igualmente un patrón bien diferenciado por sexo, puesto que un 66,6% de los hombres declara que eran o son consumidores de alcohol, mientras que en las mujeres la proporción es de un 13%. En ambos sexos, conforme aumenta la edad aumenta la proporción de personas que nunca han consumido alcohol. En el momento de realización de la encuesta son casi en exclusiva los varones los que consumen diariamente alcohol, en una proporción que va disminuyendo de forma importante conforme aumenta la edad. El consumo esporádico se mantiene estable para los hombres, cayendo la proporción únicamente en los mayores de 84 años que no obstante se sitúa en un 26%. En las mujeres, el consumo esporádico pasa del 12,4% en el grupo de edad de 65 a 74 años a un 1,5% en las mayores de 84 años. Ello quiere decir, que las cohortes más jóvenes ya han comenzado a iniciar un cambio en las pautas de consumo de alcohol (Tabla LXXVI).

**Tabla 105. Consumo de alcohol según frecuencia de consumo. Población canaria de 16 años y más, 2004.**

	Total	Mujeres Total	Mujeres de 65 y más	Hombres Total	Hombres de 65 y más
4 veces o más semana	142.295	15.981	2.941	126.314	39.039
%	8,80	2,00	2,20	15,70	28,50
Entre 2 y 3 a la semana	94.488	27.359	878	67.129	7.446
%	5,80	3,40	0,70	8,30	7,10
Una vez a la semana	185.313	66.674	1.101	118.639	6.305
%	11,50	8,20	0,80	14,70	6,00
Entre una y tres al mes	195.186	93.745	4.184	101.440	8.430
%	12,10	11,60	3,10	12,60	8,00
Menos de una al mes	236.686	124.799	14.160	111.887	9.347
%	14,60	15,40	10,60	13,90	8,90
Nunca	759.848	481.533	110.375	278.315	43.607
%	47,00	59,40	82,60	34,50	41,40
NS / NC	2.778	830	57	1.948	64
%	0,20	0,10	0,00	0,20	1,10
Total	1.616.594	810.921	133.696	805.672	105.238
%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Elaboración propia.

Fuente: SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2004). Encuesta de Salud de Canarias. Datos preliminares.

**Tabla LXXVI. Consumo de alcohol, por sexo y edad.**

		Mujer	Hombre
De 65 a 74	Lo hacía	2,3	16,4
	Nunca	84,7	31,0
	Esporádicamente	12,4	39,4
	Diariamente	,6	13,2
De 75 a 84	Lo hacía	3,8	19,7
	Nunca	89,6	36,2
	Esporádicamente	6,0	37,8
	Diariamente	,5	6,3
De 85 y más	Lo hacía	6,2	28,9
	Nunca	92,3	42,1
	Esporádicamente	1,5	26,3
	Diariamente	,0	2,6

Fuente: Base muestral propia.

En la “Encuesta de Salud de Canarias 2004” cerca de la mitad de la población canaria ha adquirido en alguna ocasión el hábito de fumar, aunque sólo el 31,7% de la población lo conserva, siendo una práctica más frecuente entre los hombres (36,90%) que entre las mujeres (26,40%). El hábito no ha sido adquirido jamás por una importante proporción de la población femenina general (61,40%), proporción que se eleva entre las mayores (90,6%). Entre los varones, la proporción se reduce a un 39,70, de los que el 26,3% tiene 65 años o más. El 4% de los varones encuestados en esta investigación, reconoció fumar y tomar algo de alcohol diariamente, mientras que ninguna mujer mantendría ambos hábitos.

En la muestra de esta investigación, la proporción de hombres que han sido o son fumadores asciende a un 62% frente al 8% de las mujeres, esto es, un 92% jamás ha fumado. De las personas fumadoras un 65% de los varones y un 64% de las mujeres han abandonado el hábito. El hábito tabáquico femenino ha sido y es más frecuente entre las más jóvenes de las mayores.

**Tabla LXXVII. Consumo de tabaco, por sexo y edad.**

		Mujer	Hombre
De 65 a 74	Lo hacía	5,2	39,4
	Nunca	90,2	36,2
	Esporádicamente	,3	4,2
	Diariamente	4,3	20,2
De 75 a 84	Lo hacía	4,4	42,5
	Nunca	95,6	38,6
	Esporádicamente	,0	6,3
	Diariamente	,0	12,6
De 85 y más	Lo hacía	6,2	44,7
	Nunca	92,3	42,1
	Esporádicamente	,0	5,3
	Diariamente	1,5	7,9

Fuente: Base muestral propia.

En la región más de la mitad de la población padece sobrepeso, las mujeres representan el 57,81% y los hombres el 68,58. Una mayor centralidad del cuerpo en la vida de las mujeres explicaría que su

**Tabla 106. Población canaria fumadora de 16 años y más, 2004.**

	Total	Mujeres Total	Mujeres de 65 y más	Hombres Total	Hombres de 65 y más
Si	511.846	214.189	5.499	297.657	25.148
%	31,70	26,40	4,10	36,90	23,90
No, fumaba lo abandoné	287.222	98.656	7.006	188.566	52.373
%	17,80	12,20	5,20	23,40	49,80
No, nunca he fumado	817.526	498.076	121.191	319.450	27.716
%	50,60	61,40	90,60	39,70	26,30
Total	1.616.594	810.921	133.696	805.672	105.238
%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Elaboración propia.

Fuente: SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2004). Encuesta de Salud de Canarias. Datos preliminares.

**Tabla 107. Índice de masa corporal: clasificación. Población canaria de 16 años y más, 2004.**

	Total	Mujeres	Mujeres de 65 y más	Hombres	Hombres de 65 y más
Delgados	65.678	43.357	1.731	22.320	1.617
%	4,06	5,35	1,29	2,77	1,54
Normopeso	467.141	253.509	23.512	213.633	12.721
%	28,90	31,26	17,59	26,52	12,09
Sobrepeso	744.730	331.930	54.029	412.800	60.669
%	46,07	40,93	40,41	51,24	57,65
Obesidad	276.649	136.921	32.340	139.728	22.781
%	17,11	16,88	24,19	17,34	21,65
NS / NC	62.395	45.204	22.084	17.191	7.449
%	3,86	5,57	16,52	2,13	7,08
Total	1.616.594	810.921	133.696	805.672	105.238
%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Nota: Índice de masa corporal IMC = Peso/Talla<sup>2</sup>. Delgados IMC menor de 20. Normopeso IMC mayor o igual a 20 y menor de 25. Sobrepeso IMC mayor o igual a 25 y menor o igual a 30. Obesidad IMC mayor de 30.

Elaboración propia.

Fuente: SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2004). Encuesta de Salud de Canarias. Datos preliminares.

presencia fuera mayor entre las personas delgadas, pues éstas duplican a los hombres (5,35 y 2,77%, respectivamente) y entre las de normopeso (31,26% frente al 26,52%). En ambos sexos, la prevalencia del sobrepeso aumenta con la edad, y aunque las mujeres mayores con exceso de peso representan el 64,60%, los varones suponen el 79,3% (Tabla 107). Sin embargo, el estudio PLENUFAR III (CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS, 2005)<sup>125</sup> puso de manifiesto que en la Comunidad Autónoma Canaria la desnutrición global alcanzaba al 3,8% de los/as mayores, mientras que el riesgo de desnutrición se elevaba al 23,2%. En la región la Tasa de desnutrición global coincide con la nacional. Ahora bien, a nivel provincial resulta que mientras las tasas más altas se registran en Almería (7,7%), Valladolid y Guadalajara (7,3%), y las más bajas en Soria, Cáceres, Segovia y Burgos (1%), resulta que la provincia de Las Palmas (4,6%) arrojó una tasa de desnutrición más eleva-

da que la de Santa Cruz de Tenerife (3,4%). En la Comunidad Autónoma el 18,9% no cumplía la ingesta mínima recomendable, si bien la proporción de personas que sufren obesidad también es elevada (17,11%), pues a edades avanzadas se puede correr el riesgo de ingestas inadecuadas y problemas nutricionales tanto por defecto como por exceso. El problema se puede relacionar con la insuficiencia de las pensiones o el aislamiento.

La frecuencia con la que las personas mayores, encuestadas en esta investigación, estiman que llevan una dieta sana diariamente asciende al 80,2%. Las mujeres la siguen, para todos los grupos de edad, en mayor proporción que los hombres. Poco significativo es el número de personas que dicen que la han abandonado al llegar a los 65 años y todos ellos son hombres. Quienes manifiestan no seguir una dieta sana representan cerca de un 10%, algo menos entre las mujeres.

**Tabla LXXVIII. Frecuencia de dieta sana, por sexo y edad.**

		Mujer	Hombre
De 65 a 74	Lo hacía	,0	,7
	Nunca	8,7	9,1
	Esporádicamente	10,4	13,6
	Diariamente	80,9	76,7
De 75 a 84	Lo hacía	,0	1,6
	Nunca	4,9	8,7
	Esporádicamente	12,5	11,8
	Diariamente	82,5	78,0
De 85 y más	Lo hacía	,0	2,6
	Nunca	7,7	10,5
	Esporádicamente	4,6	2,6
	Diariamente	87,7	84,2

Fuente: Base muestral propia.

El estilo de vida saludable y el manejo del peso guardan relación con la dieta, pero el ejercicio físico es fundamental en estas edades. En el tiempo libre, más de la mitad de la población (55,20%) realiza actividades sedentarias que no requieren de actividad física tales como la lectura o la visión de la televisión, en este caso, las mujeres representan un porcentaje mayor (60,4%). Las diferencias pueden explicarse por los patrones culturales clásicos que

fomentan la actividad deportiva entre los hombres y por la doble jornada que resta tiempo a las mujeres. La relación entre la salud y la actividad física parece evidente, sin embargo, un elevado porcentaje de personas mayores (71,10%) realiza actividades sedentarias, cerca de un 24% realiza ejercicio físico moderado (andar, bicicleta, pescar, jardinería) y únicamente un 2,30% realiza ejercicios vigorosos de manera regular (natación, correr, gimnasia), siendo la práctica regular de ejercicios vigorosos casi despreciable para los/as mayores (0,60%), lo cual revela que el lazo entre masculinidad y vigor, aunque persiste, desciende con la edad (Tabla 108).

La vida sedentaria en el tiempo libre o en el desarrollo de las tareas cotidianas puede ser considerada un factor de riesgo. Su abandono tiene innumerables beneficios que repercuten directamente en la salud física -tono muscular, metabolismo energético, etcétera- e igualmente en otros aspectos tales como la función intelectual o la autoconfianza, así como en una menor incidencia de la ansiedad, el estrés o la tensión emocional. La vida sedentaria es la predominante en el desempeño de actividades laborales, estudiantiles o del hogar y afecta a cerca de un 41% de la población, con una pequeña diferencia para las mujeres (42% frente a 39,50%). La vida sedentaria es más acusada entre las personas mayores (62,50%), aunque un 30,10% de ellos/as anda en el desempeño de sus actividades (Tabla 109)).

**Tabla 108. Tipo de actividad física realizada en el tiempo libre. Población canaria de 2 y más años, 2004.**

	Total	Mujeres	Hombres	65 y más años
Lectura, tv, activ. que no requieren activ. física	1.056.525	575.554	480.972	169.816
%	55,20	60,4	50,10	71,10
Andar, ir en bicicleta, pescar, jardinería.	492.538	248.498	244.040	57.458
%	25,80	26,10	25,40	24,00
Correr, nadar, gimnasia, vigorosos regularmente	244.015	91.944	152.072	5.379
%	12,80	9,60	15,80	2,30
Entrenamiento dep. vigor. varias veces semana	89.377	23.847	65.530	1.323
%	4,70	2,50	6,80	0,60
NS / NC	30.278	13.404	16.874	4.957
%	1,60	1,40	1,80	2,10
Total	1.912.733	953.246	959.487	238.934
%	100,00	100,00	100,00	100,00

Elaboración propia.

Fuente: SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2004). Encuesta de Salud de Canarias. Datos preliminares.

**Tabla 109. Tipo de actividad física en el trabajo, estudio o labores del hogar. Población canaria de 16 años y más, 2004.**

	Total	Mujeres	Hombres	65 y más años
Está básicamente sentado y anda poco	658.189	340.196	317.993	149.415
%	40,70	42,00	39,50	62,50
Anda bastante pero no realiza esfuerzo vigor	620.806	367.151	253.654	72.009
%	38,40	45,30	31,50	30,10
Anda y hace esfuerzo vigoroso frecuentemente	231.341	82.516	148.825	8.759
%	14,30	10,20	18,50	3,70
Básicam. esfuerzos vigorosos, mucha actividad	85.022	9.808	75.214	973
%	5,30	1,20	9,30	0,40
NS / NC	21.236	11.249	9.987	7.778
%	1,30	1,40	1,20	3,30
Total	1.616.594	810.921	805.672	238.934
%	100,00	100,00	100,00	100,00

Elaboración propia.

Fuente: SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2004). Encuesta de Salud de Canarias. Datos preliminares.

En esta investigación, la proporción de paseo diario es más alta entre los hombres (70%) que entre las mujeres (50%). La proporción de mujeres que dicen que han abandonado este hábito o que nunca lo han tenido es el doble que la de los hombres.

**Tabla LXXXIX. Frecuencia de paseos, por sexo y edad.**

		Mujer	Hombre
De 65 a 74	Lo hacía	6,9	3,1%
	Nunca	5,2	3,1
	Esporádicamente	33,5	23,0
	Diariamente	54,3	70,7
De 75 a 84	Lo hacía	9,8	4,7
	Nunca	9,8	4,7
	Esporádicamente	35,0	24,4
	Diariamente	45,4	66,1
De 85 y más	Lo hacía	18,5	7,9
	Nunca	10,8	,0
	Esporádicamente	33,8	13,2
	Diariamente	36,9	78,9

Fuente: Base muestral propia.

De entre las personas que han practicado ejercicio o deporte en la muestra de esta investigación, la proporción de abandono es más alta entre los hom-

bres; aunque la proporción de mujeres que no ha practicado nunca actividades deportivas es sensiblemente mayor que masculina. La práctica diaria es equiparable entre ambos sexos, probablemente por la mayor incorporación a la actividad deportiva de las mujeres después de cumplir 65 años.

**Tabla LXXX. Frecuencia con la que hace deporte, por sexo y edad.**

		Mujer	Hombre
De 65 a 74	Lo hacía	11,8	21,3
	Nunca	61,6	55,4
	Esporádicamente	16,8	13,6
	Diariamente	9,8	9,8
De 75 a 84	Lo hacía	9,8	17,3
	Nunca	74,9	63,8
	Esporádicamente	6,0	11,8
	Diariamente	9,3	7,1
De 85 y más	Lo hacía	21,5	36,8
	Nunca	69,2	52,6
	Esporádicamente	4,6	5,3
	Diariamente	4,6	5,3

Fuente: Base muestral propia.

Efectivamente, el inicio de actividades físicas y deportivas tras los 65 años, como se comentó ante-

riormente, es más frecuente entre las mujeres, que representan una proporción del 10% frente al 4.5% de los hombres.

**Tabla LXXXI. Inicio de actividades físico-deportivas después de los 65 años, por sexo y edad.**

		Mujer	Hombre
De 65 a 74	Sí	12,1	5,6
	No	87,9	94,4
De 75 a 84	Sí	6,0	2,4
	No	94,0	97,6
De 85 y más	Sí	1,5	5,3
	No	98,5	94,7

Fuente: Base muestral propia.

#### 10.4. Las capacidades y la dependencia.

El envejecimiento -como se puso de manifiesto en el capítulo 2- es un proceso de deterioro fisiológico, progresivo e irreversible, bien definido e independiente de episodios patológicos, y en cuya complejidad intervienen además factores de orden psíquico y sociocultural. Precisamente por ello “el envejecimiento es un proceso muy individual, cada persona envejece a distinta velocidad y de maneras diferentes” (BEAVER y MILLER, 1998: 25), lo cual no implica que la vejez tenga que ser invalidante. No existe consenso a cerca de por qué envejecen los seres humanos, aunque la respuesta se encuentra en las células, y concretamente en la alteración de sus capacidades funcionales por el paso del tiempo. Muchas veces inevitables, los procesos de dependencia pueden ser retrasados y reducidos en intensidad a través de programas de prevención de enfermedades, hábitos saludables de vida, realización de ejercicios o de una dieta saludable.

En todo caso, el envejecimiento en tanto que proceso supone pérdidas. Algunas de ellas son “repentinamente (enfermedad aguda) o graduales (enfermedad crónica), traumáticas (la pérdida de un hijo, el cónyuge o un animal doméstico) o no traumáticas (la pérdida de unos zapatos viejos [...])” (BEAVER Y MILLER, 1998: 30). Las más habituales son las de seres queridos, productividad, roles, ingresos, salud o movilidad, y la forma de responder a ellas es variable. El declive de ciertas funciones responde a una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación a las demandas del medio y se traduce en

una serie de cambios que afectan principalmente a la capacidad sensorial y a la actuación psicomotriz ya que, sin ser privativo de este período, la probabilidad de padecer problemas visuales y auditivos ciertamente aumentan con la edad, al igual que la limitación de la motricidad. En menor medida, los cambios pueden afectar al aprendizaje y al pensamiento, especialmente si tales capacidades dejan de ejercitarse, y aunque es difícil sostener que la actividad intelectual disminuye con los años, parece que la percepción, la motivación y la rapidez en la asimilación de conocimientos pueden verse afectadas. Las capacidades habituales pueden menguar por el paso de los años, al igual que por una lesión o una enfermedad. La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (INE, 2008) -comentada en el capítulo 3- arrojó unos resultados provisionales de 3,8 millones de personas con alguna discapacidad, cercanos a los que obtuvo GUILLÉN ESTANY (2006), quien señaló cerca de tres millones y medio de personas (7,9%) con algún tipo de discapacidad en España (Tabla 110), de las que el 58,25% son mayores. Proporción que en Canarias desciende hasta el 46,14% y representa el 5% del total, si bien la “Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia” (INE, 2008) la eleva a 7,13 para la población de 6 años y más.

El incremento de la cuarta edad ha hecho establecer la distinción entre la esperanza de vida en general y la esperanza de vida sana o libre de discapacidad (OMS, 2000) -citada en el capítulo 3-, indicador que combina la mortalidad y la morbilidad con los factores de calidad de vida. Acuñado originalmente por SANDERS (1964) para el cálculo de la probabilidad de supervivencia según el estado funcional del individuo, adoptó su forma actual de manos de SULLIVAN (1971). El indicador ha permitido observar que la esperanza de vida en salud no se ha incrementado al mismo ritmo que la duración total de la vida -como se pone de manifiesto más adelante-.

Así pues la esperanza de vida libre de discapacidad se reduce en relación a la esperanza de vida, y aunque las mujeres esperan vivir sin discapacidades (EVLD) más años que los hombres, las padecen durante más tiempo debido a su mayor esperanza de vida. En relación con tal diferencia se presentan dos excepciones: la esperanza de vida libre de enfermedad crónica (EVLEC) y la esperanza de vida en buena salud percibida (EVBS), puesto que las mu-

**Tabla 110. Personas con discapacidad por Comunidades Autónomas, todas las edades y mayores de 65 años. Proporción de personas mayores de 65 años con discapacidad respecto al total de personas discapacitadas, 2006.**

	Todas las edades	65 años y más	%
Andalucía	708.830	381.348	53,79
Aragón	96.046	64.055	66,69
Asturias	101.003	62.446	61,82
Baleares	56.949	29.118	51,12
Canarias	106.286	49.047	46,14
Cantabria	48.149	29.416	61,09
Castilla-León	275.300	190.088	69,04
Castilla La Mancha	164.896	106.657	64,68
Cataluña	564.513	319.041	56,51
Comunidad Valenciana	312.874	183.941	58,79
Extremadura	102.291	66.544	65,05
Galicia	272.190	168.336	61,84
Madrid	347.800	193.786	55,71
Murcia	111.259	62.376	56,06
Navarra	40.375	25.512	63,18
País Vasco	143.601	78.960	54,98
La Rioja	14.103	8.661	61,41
Total España	3.466.465	2.019.332	58,25

Fuente: GUILLÉN ESTRANY, M. (2006). Longevidad y dependencia en España. Fundación BBVA.

eres padecen enfermedades crónicas antes que los hombres, y como ya se puso de manifiesto, perciben peor su salud general. Dado que aún no han sido publicados todos los resultados de la “Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia” (INE, 2008), se ha recurrido a la “Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999” (INE, 1999) que reveló que “el número de años esperado sin enfermedad crónica es de 38 años para las mujeres y 41 para los hombres”. Al igual que “con buena salud las mujeres viven algo más de 58 años, frente a los casi 60 de los hombres. La diferencia entre estos dos indicadores se debe entre otros factores a las enfermedades crónicas relativamente leves, como algunos tipos de alergias, jaquecas, mala circulación. Si no se tienen en cuenta estas enfermedades, el indicador EVLEC aumenta hasta casi 47 años en los hombres y 45 en las mujeres”. Y finalmente revela que “las mujeres espe-

ran no tener discapacidad hasta los 72 años frente a los 68,5 de los hombres”. En 2003, la esperanza de vida con buena salud al nacer era de 66,8 años para los varones y 70, 2 para las mujeres (EUROESTAT, 2003). El estudio “Longevidad y dependencia en España (FUNDACIÓN BBVA, 2006) pone de manifiesto que en todas las Comunidades Autónomas se acusa un mayor peso de la discapacidad entre las mujeres. En el caso de la Comunidad Canaria la diferencia es notable, más de 10 puntos porcentuales, frente a los 8 de la media española (Tabla 111). Las intervenciones sanitarias y las mejoras de los hábitos de vida en edades medianas pueden prevenir la aparición de dependencia a edades avanzadas.

El proceso de aparición de problemas de salud suele ser gradual. Aparecen en primer lugar las enfermedades crónicas, que conllevan posteriormente una peor autopercepción del estado de salud; luego

**Tabla 111. Proporción de personas mayores de 65 años con discapacidad respecto al total de personas ancianas, por sexo y Comunidades Autónomas, 2006.**

	Ambos sexos (%)	Varones (%)	Mujeres (%)
Andalucía	39,44	33,39	43,82
Aragón	26,82	23,24	29,62
Asturias	29,97	27,28	31,85
Baleares	25,96	25,82	26,05
Canarias	27,22	21,01	31,89
Cantabria	31,53	27,03	34,71
Castilla-León	37,27	32,35	41,06
Castilla La Mancha	33,96	28,35	38,48
Cataluña	32,86	27,47	36,76
Comunidad Valenciana	30,05	25,4	33,44
Extremadura	35,73	30,72	39,43
Galicia	32,43	27,18	36,05
Madrid	26,32	19,97	30,61
Murcia	40,49	35,64	44,15
Navarra	28,77	23,60	32,73
País Vasco	23,92	19,15	27,40
La Rioja	18,33	17,38	19,04
Total España	32,21	27,08	35,94

Fuente: GUILLÉN ESTRANY, M. (2006). Longevidad y dependencia en España. Fundación BBVA.



aparecen las limitaciones en la realización de actividades, y finalmente llegan las discapacidades más severas. Habitualmente, a medida que aumenta la esperanza de vida también lo hace el número de limitaciones que restringen las actividades diarias y, por tanto, la dependencia. Ésta atraviesa toda la estructura de edades de una población, pero la creciente longevidad, favorecida por la mejora de las condiciones sociales y de salud que ha posibilitado vivir más años en mejores condiciones, también ha dado una nueva significación al concepto, al crecer el número de personas mayores con diferentes grados de dependencia. La severidad afecta especialmente a las mujeres, ya que aunque en términos absolutos superen a los hombres, en la discapacidad moderada representan una proporción inferior; una tendencia que se invierte en el caso de la discapacidad total, en la que los hombres presentan un menor peso absoluto y relativo. El estado de dependencia en cualquiera de sus tres grados supone el 28,63% del tiempo restante de vida a los 65 años de edad y más del 58% del tiempo a partir de los 85.

**Tabla 112. Personas mayores de 65 años según grados de discapacidad. España, 2006.**

	Discapacidad		
	Moderada	Severa	Total
Canarias	17.922 (36,55%)	14.753 (30,07%)	16.372 (33,38%)
Total España	626.600 (31,03%)	579.540 (28,70%)	819.022 (40,27%)

Fuente: GUILLÉN ESTRANY, M. (2006). Longevidad y dependencia en España. Fundación BBVA.

En esta investigación se evidencia que la dependencia crece con la edad de manera notable, pasando de un 20,5% entre las más jóvenes de las mayores a un 63,1% entre las de 85 y más.

**Tabla LXXXII. Dependencia para la realización de Actividades de la Vida Diaria (AVD), Básicas y/o Instrumentales, por grupo de edad.**

	Mujer	Hombre
De 65 a 74	20,5	10,1
De 75 a 84	39,3	16,5
De 85 y más	63,1	36,8

Fuente: Base muestral propia.

El “Libro Blanco de la Dependencia” (MTAS, 2005) recoge la definición que ha elaborado el Consejo de Europa que dice que es “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, y concretamente, “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”. En la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), la OMS (1976) conceptualizó la discapacidad como la “restricción o ausencia -debida a una deficiencia- de la capacidad de realizar una actividad de la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano”, incorporando a la clasificación tanto las limitaciones aparejadas a la enfermedad, como los factores personales y ambientales. Posteriormente, la OMS (2001) reinterpreta la clasificación que recoge el CIDDM y ofrece en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud (CIF) unos conceptos asociados a los déficits de funcionamiento, la limitación de la actividad, la restricción en la participación, las barreras y la misma discapacidad. Así, la dependencia aparece como el resultado de un proceso que se inicia con un déficit, que comporta a su vez una limitación en la actividad, que en caso de no ser compensada mediante adaptación al entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de terceras personas. La dependencia supone la concurrencia de tres factores: la existencia de una limitación de la autonomía, la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria y la necesidad de asistencia o cuidados por una tercera persona. La mayor parte de las personas mayores viven en un buen estado de salud relativo y son total o casi absolutamente autónomas para realizar actividades de la vida diaria, aún a edades avanzadas. La “Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (INE, 1999) revelaba unas tasas de discapacidad de 27,2%, siendo más baja entre los varones (21,0%) que entre las mujeres (31,9%)

QUEREJETA GONZÁLEZ (2003) ha realizado una comparación entre una veintena de tablas y baremos para la valoración de la dependencia, entre las que destacan el Índice de Katz (1963), la Escala de Barthel (1965) y la Escala de Lawton (1969) o la más utilizada, el Inventario de Valoración Funcional (Functional Assessment Inventory, 1983), que

**Tabla 113. Personas de 65 y más años por sexo, grupo de discapacidad, tipo de indicador. Canarias, 1999.**

	Personas con discapacidad						Tasa por 1000 habitantes de 65 y más años					
	Total	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Total	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +
<b>Ambos sexos</b>												
Total	51.891	10.889	10.767	10.422	9.806	10.007	272,2	161,6	217	304,5	445,9	575,7
Ver	13.552	2.890	2.018	2.655	2.502	3.486	71,1	42,89	40,68	77,57	113,8	200,6
Oír	12.062	2.548	1.641	2.071	1.560	4.242	63,28	37,81	33,07	60,51	70,94	244,1
Comunicarse	5.373	438	457	1.435	1.216	1.826	28,19	6,51	9,21	41,93	55,31	105,1
Aprender, ap.des	6.134	663	457	1.227	1.376	2.411	32,18	9,84	9,21	35,85	62,59	138,7
Desplazarse	22.548	3.413	5.580	4.136	3.946	5.473	118,3	50,65	112,5	120,8	179,4	314,9
Usar braz y man	15.374	4.213	3.575	2.960	1.635	2.991	80,66	62,51	72,07	86,47	74,34	172,1
Desp. fuera hog	33.193	6.703	6.281	6.643	6.146	7.420	174,1	99,46	126,6	194,1	279,5	426,9
Cuidar de sí	14.484	1.772	1.628	2.113	3.923	5.049	75,99	26,3	32,81	61,73	178,4	290,5
Realizar t. hogar	23.591	3.786	3.926	4.852	4.226	6.800	123,8	56,17	79,14	141,7	192,2	391,3
Relac. otras pers.	6.023	1.044	457	1.227	1.242	2.053	31,6	15,49	9,21	35,85	56,49	118,1
<b>Varones</b>												
Total	17.168	3.233	3.466	3.790	3.472	3.206	210,1	103,2	156,6	267,3	419,4	551,9
Ver	5.086	676	783	1.397	710	1.520	62,23	21,59	35,36	98,53	85,73	261,6
Oír	4.766	821	967	508	820	1.649	58,31	26,23	43,67	35,84	99,04	283,9
Comunicarse	1.397	113	161	520	73	529	17,1	3,61	7,29	36,67	8,86	91,12
Aprender, ap.des	1.143	207	161	141	103	529	13,98	6,62	7,29	9,98	12,43	91,12
Desplazarse	6.631	434	1.420	1.384	1.797	1.596	81,13	13,84	64,16	97,59	217,1	274,7
Usar braz y man	3.622	1.152	728	644	576	522	44,32	36,79	32,88	45,41	69,61	89,84
Desp. fuera hog	9.855	1.404	1.618	2.504	2.089	2.240	120,6	44,83	73,09	176,6	252,4	385,6
Cuidar de sí	4.849	670	665	828	1.161	1.525	59,33	21,39	30,03	58,41	140,2	262,5
Realizar t. hogar	4.915	589	713	1.125	683	1.805	60,14	18,8	32,23	79,33	82,51	310,7
Relac. otras pers.	1.281	429	161	141	103	446	15,67	13,7	7,29	9,98	12,43	76,8
<b>Mujeres</b>												
Total	34.723	7.656	7.301	6.632	6.334	6.800	318,9	212,3	265,7	330,7	461,9	587,7
Ver	8.466	2.214	1.236	1.258	1.793	1.966	77,76	61,38	44,97	62,74	130,7	169,9
Oír	7.297	1.727	674	1.563	740	2.593	67,02	47,87	24,53	77,95	53,97	224,1
Comunicarse	3.976	325	295	915	1.143	1.297	36,52	9,02	10,75	45,64	83,34	112,1
Aprender, ap.des	4.991	456	295	1.086	1.273	1.881	45,84	12,64	10,75	54,14	92,86	162,6
Desplazarse	15.918	2.980	4.159	2.752	2.149	3.877	146,2	82,61	151,4	137,3	156,7	335,1
Usar braz y man	11.752	3.060	2.847	2.316	1.059	2.469	107,9	84,85	103,6	115,5	77,19	213,4
Desp. fuera hog	23.338	5.299	4.663	4.139	4.057	5.180	214,3	146,9	169,7	206,4	295,8	447,6
Cuidar de sí	9.636	1.102	963	1.285	2.762	3.524	88,5	30,56	35,05	64,08	201,4	304,6
Realizar t. hogar	18.675	3.197	3.213	3.727	3.543	4.995	171,5	88,64	116,9	185,9	258,4	431,7
Relac. otras pers.	4.742	615	295	1.086	1.139	1.606	43,55	17,05	10,75	54,14	83,08	138,8

Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad.

Fuente: INE. (1999). Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud.

permite conocer dichas capacidades. A partir de la aprobación de la CIF por la OMS, las Actividades de la Vida Diaria, en adelante AVD, están identificadas, definidas, clasificadas y consensuadas internacionalmente en nueve grupos de actividades: aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacciones y relaciones personales, áreas principales de la vida (educación, trabajo y economía) y vida comunitaria, social y cívica. De ahí que en la dependencia para la realización de las AVD se diferencie entre las AVD-B o básicas, imprescindibles para el autocuidado, y las AVD-I o instrumentales, que se precisan para relacionarse de manera independiente con el entorno. Entre las AVD-B se incluye la necesidad o no ayuda para comer, vestirse y desvestirse, asearse (peinarse o afeitarse), pasear o andar, acostarse o levantarse y tomar un baño o ducha. En las AVD-I se considera la necesidad o no de ayuda para llamar por teléfono, ir a sitios donde no se llegue andando, comprar alimentos o ropa, hacerse la comida, realizar la limpieza de la casa, tomar la medicación o manejar el dinero. La “Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia” (BOE 299, 15/12/2006), sin embargo, considera AVD-B tanto las actividades para el cuidado personal como las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial y las funciones básicas de tipo mental/intelectual. Esta investigación ha puesto de manifiesto que los varones precisan menos ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria (Tabla LXXXIII); entre las actividades básicas, pasear se presenta como la que requiere de mayor ayuda y comer como la que menos, mientras que entre las instrumentales ir a la compra es la que precisa de mayor apoyo y tomar la medicación la que menos.

**Tabla LXXXIII. Personas que presentan algún grado de dependencia para la realización de las AVD-B y AVD-I.**

Dependencia Actividades Básicas	Mujer	Hombre
Sí	14,5	6,2
No	85,5	93,8
Dependencia Actividades Instrumentales		
Si	31,0	14,2
No	69,0	85,8

Fuente: Base muestral propia.

En general, en esta investigación se ha hecho patente que las personas absolutamente o parcialmente dependientes lo son más frecuentemente respecto de las actividades instrumentales de la vida diaria (llamar por teléfono, ir a sitios donde no se llegue andando, comprar alimentos o ropa, hacerse la comida, realizar la limpieza de la casa, tomar la medicación o manejar el dinero) que de las actividades básicas (comer, vestirse y desvestirse, asearse -peinarse o afeitarse-, pasear o andar, acostarse o levantarse y tomar un baño o ducha). Todas las actividades registran diferencias significativas entre los sexos, salvo la de tomar de medicación. Si bien es cierto que por tratarse esta de una investigación domiciliaria se va a presentar un sesgo de selección en la dirección de infra-representar la discapacidad severa y total.

**Tabla LXXXIV. Personas de 65 y más años que no precisan ayuda para la realización de AVD-B y AVD-I.**

	Mujeres	Hombres
AVD-Básicas		
Asearse	91,8	96,5
Ducharse	89,9	96,5
Pasear	88,4	96,5
Vestirse	93,3	97,6
Acostarse	93,9	98,0
Comer	97,8	99,6
AVD-Instrumentales		
Hacerse la comida	85,9	90,5
Limpieza doméstica	73,9	89,2
Uso del Teléfono	92,1	95,1
Uso del transporte público	84,7	93,6
Ir a la compra	77,8	91,2
Manejo de su dinero	90,9	95,6
Tomar medicación	93,8	94,2

Fuente: Base muestral propia.

La atención a la dependencia no es un fenómeno novedoso, sólo lo es su dimensión. Atender a quienes no son autosuficientes ha sido tradicionalmente una cuestión familiar, en tanto las instituciones públicas -hasta el año 2007- se limitaban a actuar subsidiariamente cuando la unidad familiar no estaba en disposición de hacerlo, personalmente o contratando tales servicios. La ayuda familiar es un aspecto que, en una doble vertiente, incumbe a

una mayor proporción de mujeres, por un lado, por ser las principales dispensadoras de estos cuidados dada su construcción como seres para los/as demás -como se señaló en los capítulos 7 y 8-, y por otro, por ser las principales receptoras del mismo dada su mayor longevidad. La baja tasa de actividad de las mujeres y la buena salud de la moral del deber femenino han hecho viable tal modelo de prestación de cuidados, reforzado por el rechazo de los/as mayores a la institucionalización. Por tanto, la ayuda informal familiar ha sido y es la estructura protectora por excelencia para la provisión de cuidados en los países del Sur de Europa (Tablas 114 y 115). “La familia interviene de una u otra forma en casi todos los procesos ligados a la prestación de servicios sanitarios, desde el acompañamiento del paciente en sus visitas al médico de atención primaria hasta la averiguación de información relativa al enfermo y su dolencia, pasando por la atención al afectado [...], bien en su domicilio, bien en alguna institución hospitalaria” (PÉREZ-DÍAZ, CHULIÁ y ÁLVAREZ-MIRANDA, 1998: 112)

El estudio “Cuidados a personas dependientes. Valoración económica” (INSTITUTO DE LA MUJER, 2008) -citado en el capítulo 8) revela que un total de 5.300.000 mujeres en España se dedican al cuidado informal -atención no remunerada- de personas dependientes lo que representaría el 4,62% del Producto Interior Bruto y el 9,05% del empleo. El es-

tudio demuestra que los cuidados se dirigen, por un lado, a mayores dependientes -casi el 60% mujeres- y, por otro, a los niños y las niñas menores de tres años -que representan el 4,2% de la población-. El cónyuge, normalmente la mujer, suele realizar las actividades básicas, más cercanas a la intimidad de la persona dependiente como las de asear, comer, usar el servicio o vestirse. El hombre, en cambio, suele hacer actividades instrumentales, como gestiones, administración del dinero, etcétera.

**Tabla 115. Personas con alguna discapacidad que reciben ayuda asistencial personal por sexo y horas de dedicación a la semana de/la cuidador/a. Canarias, 1999.**

	Ambos sexos	Mujeres	Hombres
Total horas	23.354	16.147	7.208
Menos de 7	3.683	3.229	454
De 7 a 14	4.362	2.619	1.743
De 15 a 30	3.665	2.357	1.308
De 31 a 40	1.846	1.082	764
Más de 40	7.374	5.004	2.370
No consta	2.424	1.885	569

Fuente: INE. (1999). Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud.

**Tabla 114. Personas con alguna discapacidad que reciben ayudas de asistencia personal según grupos de edad, por relación con el cuidador principal y sexo. Canarias, 1999.**

	De 6 a 64		De 65 y más	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Cónyuge	1.370	584	2.926	1.315
Hija	438	1.294	1.724	6.652
Hijo	0	553	299	1.053
Hermana	334	508	382	655
Hermano	0	0	0	127
Madre	2.851	2.498	0	0
Padre	584	129	0	0
Otro pariente	1.042	970	586	3.073
Empleado/a, amigo/a o vecino/a	173	437	722	598
Servicios sociales	0	285	0	1.081
Otra relación	0	0	0	91
No consta	1.994	1.298	569	1.503

Fuente: INE. (1999). Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud.

Señala el estudio “Cuidados a personas dependientes. Valoración económica” (INSTITUTO DE LA MUJER, 2008) que quienes más ejercen el cuidado son mujeres (83,6%), generalmente hijas o cónyuges de la persona cuidada, con una edad que ronda los 50 años, mientras que los hombres suponen entre el 28% y el 31% del total de la población cuidadora. El perfil suele coincidir con el de una mujer casada, con hijos, con estudios de primaria y sin trabajo remunerado. Ahora bien, las mujeres de edad también son cuidadoras, el Informe “Las personas mayores en España 2002” (SANCHO CASTIELLO, 2002) señala que casi un 12% de los cuidadores (fundamentalmente mujeres) tienen más de 70 años, y cuentan con escaso o nulo apoyo de cuidadores secundarios o públicos. En esta investigación, las personas cuidadoras, mayores obviamente, representan el 10,5% de la muestra. De estos cuidadores, el 66,4% son mujeres que prestan atención a las necesidades básicas (67%) e instrumentales (74%) de la vida diaria; mientras que los varones las prestan en una proporción inferior (59,5% y 67,6%, respectivamente). Por su parte, las mujeres cuidan a su cónyuge (41,1%), hijos e hijas (21,9%), hermanos/as (12,3%), progenitores (11%), otros familiares (6,8%) y otras personas (6,8%) y los varones cuidan a su cónyuge (45,9%), hijos e hijas (21,6%), hermanos/as (2,7%), progenitores (8,1%), otros familiares (13,5%) y a otras personas (8,1%). Los cónyuges dependientes y los hijos/as discapacitados/as centran la mayor parte de los cuidados. Las mujeres aparecen con las principales cuidadoras de sus progenitores y hermanos/as (23,3% frente al 10,8% de los varones).

El Informe “Las personas mayores en España 2006” (SANCHO CASTIELLO, 2006), con datos de la “Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999” reveló la existencia de un patrón de asistencia definido según el sexo de la persona dependiente. Así en Canarias, las mujeres mayores dependientes son cuidadas principalmente por sus hijas (el 41,2%), por otros parientes (19,0%), el propio marido (8,1%), un hijo (6,5%), una hermana (4,1%); mientras que un 6,7% lo son por los servicios sociales y otro 3,7% por un empleado/a, amigo/a o vecino/a. Los hombres mayores dependientes son asistidos por sus esposas (40,6%), hijas (23,9%), otros parientes (8,1%), una hermana (5,3%) o un hijo (4,1%); ahora bien, un 10% es

atendido por un empleado/a, amigo/a o vecino/ay ninguno lo es por los servicios sociales. Las mujeres de generaciones intermedias enfrentan la tensión entre la asunción tradicional de roles y la demanda del cambio que se está produciendo en los roles femeninos. En esta investigación se ha puesto de manifiesto la importancia relativa que van adquiriendo los servicios externos a la familia, de modo que las mujeres son cuidadas por sus cónyuges (10%), hijas (33,5%), hijos (4,9%), otros familiares (14,8%), cuidador/a (4,9%), personal cualificado (9,3%), ayuda a domicilio (17%) y otros (5,5%); mientras que los hombres lo son por cónyuges (51,7%), hijas (21,7%), hijos (3,3%), otros familiares (6,6%), cuidador/a (5%), personal cualificado (1,7%), ayuda a domicilio (8,3%) y otros (1,7%). La longevidad de las mujeres hace que ellas cuenten menos con la ayuda de sus cónyuges, y que de manera inversa, ellos se vean beneficiados de los cuidados de sus esposas.

Este tipo de trabajo de cuidado informal en el ámbito privado, no sólo no es valorado en términos económicos, sino que suele comportar cansancio y/o estrés, factores que inciden en un deterioro del estado de la salud, y ocasiona además costes en términos de oportunidades -especialmente laborales para las personas jóvenes y de mediana edad- y puede incidir en un deterioro relacional o el aislamiento social del cuidador/a. Cerca de la mitad de las cuidadoras (46,6%) y cerca de un tercio de los cuidadores (29,7%), en esta investigación, acusa cansancio físico. Y ambos sexos sufren decaimiento anímico (29%), aprecian un deterioro de la vida familiar (11%), tienen dificultades para realizar otras actividades (18%) y/o ven reducido su tiempo de ocio (14,5%). De estas personas solamente el 36% cuenta con el apoyo de los familiares, el 9% con ayuda económica y el 3,6% recurre a un Centro de Día, mientras que apenas el 1% recibe un programa formativo o de respiro familiar. Las demandas que formulan son de apoyo familiar (23,6%), ayuda económica (24,5%) o respiro familiar (13,6%). La concreción del coste para el/la cuidador/a guarda relación con la graduación de la gravedad de la dependencia, aunque la carga asistencial varía en función de otros factores: el contexto en el que se presta la ayuda (domicilio o centro especializado); las actividades que comprende (autocuidados, desplazamientos, rehabilitación, etcétera) o el número de personas implicadas en la prestación de cuida-

dos. La determinación de la graduación tampoco ha encontrado uniformidad en la clasificación de los/as usuarios/as, la valoración de la progresión de la discapacidad, su derivación socio-sanitaria, etcétera, de modo que según la herramienta se pueden clasificar desde dos o tres grupos hasta más de cincuenta, aunque las administraciones diferencian, frecuentemente, tres grandes grupos: dependientes ligeros, autónomos, independientes o válidos; dependientes; y grandes dependientes, complejos o psicogerátricos.

Las familias de nivel socioeconómico alto, y en menor medida de nivel medio, suelen resolver sus necesidades mediante la contratación de servicios privados de atención, fundamentalmente mediante empleadas/os domésticas/os y/o acompañantes, y en menor medida, personal especializado. La inmigración, especialmente su mitad femenina y su parte latinoamericana, encuentra en el cuidado a los/as mayores un importante nicho laboral. En esta investigación ninguna persona ha denunciado recibir un trato inadecuado por parte de sus cuidadoras/es, al contrario, el 50,3% dice que recibe un trato muy bueno y el 41,15% buen trato, lo cual incluye tanto a familiares, en distinto grado, como a personal descalificado nacional y extranjero, ayuda a domicilio o personal cualificado.

**Tabla LXXXV. Valoración del trato recibido por personas dependientes respecto de su cuidador/a, por sexo.**

	Mujeres	Hombres
Muy bueno	48,9	51,7
Bueno	44,0	38,3
Normal	5,5	10
Malo	0	0
Muy malo	0	0
No tiene	1,6	0

Fuente: Base muestral propia,

El citado Informe 2006 señala igualmente que la ayuda se presta fundamentalmente en el domicilio, pero cuando el/la cuidador/a no reside bajo el mismo techo se desplaza diariamente o varias veces por semana (38,3%). En Canarias, la proporción de personas mayores dependientes en hogares unipersonales (Tabla 116) se eleva al 18,55%, siendo más alta entre las mujeres (22,90%).

**Tabla 116. Personas de 65 años y más con alguna discapacidad por tamaño del hogar y sexo. Canarias 1999.**

	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
De una persona	18,55	9,77	22,90
De dos personas	35,92	43,94	31,95
De tres personas	15,43	16,05	15,12
De cuatro personas	12,45	9,32	14,00
De cinco personas	11,15	12,59	10,44
De seis o más	6,50	8,32	5,60

Fuente: INE. (1999). Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud.

En esta investigación tales frecuencias encontradas son más altas, si bien se mantienen las diferencias por sexo. La proporción de dependencia femenina es más alta que la masculina únicamente en hogares unipersonales.

**Tabla LXXXVI. Personas de 65 años y más con alguna discapacidad, por tamaño del hogar y sexo.**

	Total (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)
De una persona	25,4	27,2	20,3
De dos personas	37,5	37,0	39,1
De tres personas	33,5	32,6	35,
De cuatro personas	3,6	3,3	4,7

Fuente: Base muestral propia.

En cumplimiento de la “Ley de la Seguridad Social, de 21 de abril de 1966” (BOE 22/4/1966), el primer intento de planificación de la asistencia tuvo lugar con la aprobación del Plan Nacional de la Seguridad Social en 1971 (Orden de 9 de marzo de 1971), que dirigido a los pensionistas, preveía la creación de dos mecanismos: la acción directa, mediante la ayuda a domicilio, residencias, sanatorios, etcétera, y la acción concertada, para promover la creación de unidades geriátricas por entidades públicas o privadas a fin de extender sobre el territorio nacional una red de asistencia gerontológica. Como resultado de la planificación se levantaron residencias y hogares de ancianos hasta que, en la década de los ochenta, se filtraron los esquemas comunitaristas procedentes de Europa que enfatizaban las ventajas de mantener

a una persona en su medio habitual. Fue entonces cuando se implantó y comenzó a desarrollar un sistema público de servicios sociales.

El primer Plan Gerontológico Nacional (1988) y los sucesivos, aunque ampliamente criticados en lo que se refiere a sus niveles de ejecución, han permitido la clarificación conceptual y la definición de las necesidades, que en 1993 aparecían articuladas en cinco áreas prioritarias: pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio, y participación. Planes sucedidos por el Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007 (Consejo de Ministros de 29/08/2003) que incide en la profundización del envejecimiento activo y el refuerzo de los entornos de apoyo. La “Ley General de la Seguridad Social” (BOE 154, 29/6/1994), Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, considera la incapacidad permanente aquella que derivada de una incapacidad laboral, y establece diferencias entre parcial, total, absoluta y gran invalidez. Éstas conviven junto a la pensión SOVI (Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez), de carácter residual y la prestación de invalidez no contributiva de la Seguridad Social, que a diferencia de la incapacidad permanente, es ajena a la capacidad laboral.

Finalmente, la “Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia” (BOE 299, 15/12/2006), define en su artículo 2,1 la autonomía como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”. Como prestaciones de atención a la dependencia el artículo 14 menciona tanto prestaciones económicas como servicios, aunque estos últimos deben tener un carácter prioritario y se ofertarán a través de la red pública de Servicios Sociales de las diferentes Comunidades Autónomas. El Catálogo de Servicios del Sistema, en el artículo 15, recoge los Servicios de prevención y promoción de la autonomía personal; los Servicios de Teleasistencia; Servicio de Ayuda Domicilio (SAD); los Servicios de Centros de Día y de Noche y los Servicios de Atención residencial.

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) –como se apuntó en el capítulo 3– es la prestación más extendida entre los servicios de protección no monetaria. Originalmente fue creado con la finalidad de

facilitar la independencia vital y la permanencia del beneficiario/a en su entorno habitual mediante la prestación individualizada de cuidados básicos o instrumentales y prestaciones complementarias, esto es, reparación o adaptación de viviendas, instalación de aparatos o ayudas técnicas. PORTO y RODRÍGUEZ (1998) sitúan su aparición en los inicios de la década de los noventa y apuntan que tuvieron una rápida implantación municipal alentada por la entrada en vigor del “Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Sociales en las Corporaciones Locales” (1988), aunque su cobertura se revela en nuestros días insuficiente. El “Libro Blanco de la Dependencia” (MTAS, 2005) situó en 2.69 usuarios/as por cada 100 mayores la cobertura en la Comunidad Canaria, inferior a la media española (3,14); dos años más tarde, el informe “Las personas mayores en España” (SANCHO CASTIELLO, 2006) señalaba que la cobertura se había elevado ligeramente hasta 3,06. Dadas sus características, las principales usuarias son mujeres y mayores de 80 años (Tabla 117).

**Tabla 117. Servicio de Ayuda a Domicilio para la población mayor de 65 años. Canarias, 2006.**

Total de usuarios/as atendidos	7.534
Usuarios/as dependientes	851
Índice de cobertura	3,06
Usuario/as >80 años	377
Usuarias mujeres	5.927
Usuarias mujeres >80 años	309
Edad media usuarios/as	69

Elaboración propia.

Fuente. IMSERSO. (2006). Informe las personas mayores en España.

La articulación de programas para mayores que vivían solos/as o con su cónyuge ha sido muy precaria, según el Libro Blanco (MTAS, 2005) únicamente el 6,5% de las familias que cuidan a personas dependientes contaban con algún apoyo. Ante la soledad, la Teleasistencia asegura la intervención inmediata en casos de crisis personales, sociales o médicas. En la Comunidad Canaria, los índices de cobertura de la Teleasistencia (en 2004: 0,62 y en 2006: 0,97) están muy por debajo de la media nacional (2,05 y 3,50, respectivamente). Otros recursos presentan una cobertura aún inferior como los Centros de Día (en 2004 de 0,23 y en 2006 de 0,42) o las plazas en Viviendas Tuteladas (0).

**Tabla 118. Número de usuarios/as de los Servicios Sociales, 2005.**

	SAD	Teleasistencia	Centros de día
Canarias	6.135	1.422	514
Índice de cobertura	2,69	0,62	0,23
España	228.812	148.905	33.709
Índice de cobertura	3,14	2,05	0,46

Fuente: IMSERSO. (2005). Libro Blanco Atención a las personas en situación de dependencia en España.

La publicación del citado “Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España” (IMSERSO, 2005) fruto del trabajo conjunto entre el Gobierno, las Comunidades Autónomas, las Cortes Generales, el Defensor del Pueblo, los agentes Sociales y la comunidad científica sentó unas bases para la atención a las personas con disfunciones originadas por la edad y aquellas otras con alguna discapacidad, congénita o adquirida. La “Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia” (BOE 299, 15/12/2006) garantiza la atención y cuidados a las personas en situación de dependencia en el domicilio, y en su caso, prestaciones económicas vinculadas. La valoración de las personas en situación de dependencia estima la cantidad y tipo de ayuda que se precisa de otra persona, pero los servicios que se prestan - la teleasistencia, el SAD, Centro de Día y de Noche y el Servicio de Atención Residencial- no dará cobertura a todas las necesidades, y desde luego, no hace desaparecer la responsabilidad última que tienen las familias sobre sus miembros.

El Servicio de Atención Residencial fue concebido inicialmente para las personas mayores con escasez de recursos económicos y sociales. Con el actual sistema de pensiones, las residencias de válidos no pueden considerarse simplemente como una alternativa a la vivienda, ya que suponen un cambio radical del modo de vida de la persona anciana, dado que la institución norma toda su vida cotidiana y restringe los contactos con el exterior. Tal alternativa contradice además las recomendaciones de los organismos multilaterales que apuestan por el mantenimiento de las personas mayores en sus entornos habituales el mayor tiempo posible, permitiendo que puedan optar por aquellos recursos que mejor se adapten a sus necesidades y preferencias. De ahí

que la oferta de plazas residenciales públicas, ante el crecimiento de la población anciana y el auge de recursos alternativos, se reserven a personas con discapacidades graves y enfermedades degenerativas sin posibilidad de recuperación, aunque ello no exorciza el riesgo de abandono o aislamiento. En muchos casos, la falta de recursos de apoyo obliga a institucionalizar a la persona anciana. En función del grado de autonomía se puede ingresar en una residencia de válidos, asistida o mixta. El Plan Sociosanitario de Canarias (2001-2008) preveía la creación de 3.029 plazas residenciales y 1.070 de atención diurna, pero en la actualidad la Comunidad Autónoma Canaria cuenta con 111 Centros residenciales, y una ratio de 2.6 plazas por cada cien personas mayores de 65 años (Tabla 119), lo que le sitúa en el sexto lugar por la cola, por delante de la Comunidad Valenciana, Andalucía, La Región de Murcia o las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, y muy lejos de las 3,5 plazas que establece el Plan Gerontológico Nacional. En 2006 (IMSERSO, 2006) la cobertura alcanzó el 3,21, nuevamente por debajo de la media nacional (4,12). La insuficiencia de la oferta de plazas en residencias públicas o concertadas, y una considerable lista de espera, ha dado pie al crecimiento de la oferta privada. Para ciertas personas dependientes que carecen de algún requisito para acceder a una pública o de ingresos suficientes para una privada, la situación se torna compleja, de ahí que se haya abierto un hueco para otros agentes en la prestación de cuidados, que van cobrando un creciente protagonismo, como las asociaciones de ayuda mutua y el voluntariado.

La dependencia es un fenómeno presente en todas las edades, pero el envejecimiento de la población acentuará, en las próximas décadas, la ratio de dependencia en las personas mayores. La evolución futura de la población dependiente, sin embargo, no define un proceso lineal y uniforme en el tiempo, pues su dinámica estará condicionada por la estructura de la población, de modo que es previsible que hasta 2025 se registre un gran aumento de la demanda de cuidados de larga duración pero que a partir de ese año se produzca un cambio de importancia en esta tendencia, pues la población seguirá envejeciendo, pero el aumento de las personas mayores entre 65 y 75 años será muy superior al que experimentará el grupo de mayores de 75 años, ya que de nuevo comenzarán a llegar a la edad de jubilación generaciones con un número de efectivos muy grande. La salud y el bienestar de las futuras generaciones de personas ancianas estarán en función de los



**Tabla 119. Centros Residenciales por Comunidad Autónoma y número de plazas, 2001.**

	Residencias (no consta nº plazas)	Residencias (consta nº plazas)	Número de plazas (1)	Ratio plazas por 100 personas (2)
España	686	44.475	256.614	3,5
Andalucía	198	417	24.510	2,2
Aragón	15	272	13.621	5,2
Asturias, Principado de	30	171	7.974	3,4
Balears, Illes	9	54	4.056	3,1
Canarias	28	83	5.918	2,6
Cantabria	0	50	4.693	4,5
Castilla y León	48	591	32.950	5,8
Castilla La Mancha	114	356	18.709	5,2
Cataluña	29	1.011	47.646	4,1
Comunidad Valenciana	40	262	16.938	2,3
Extremadura	9	135	7.001	3,4
Galicia	25	162	11.494	2,0
Madrid, Comunidad de	82	446	35.741	4,3
Murcia, Región de	5	46	3.514	2,0
Navarra	15	83	5.670	5,5
País Vasco	37	302	13.171	3,4
Rioja, La	0	30	2.561	4,6
Ceuta	2	2	117	1,4
Melilla	0	2	227	3,1

1 Población 1-1-2004.

2 No se incluyen las 686 residencias (28 en Canarias) de las que no se conoce su tamaño.

Elaboración propia.

Fuente: Base de datos de Residencias de Portal de Mayores (2004), disponible en <http://www.imserso.csic.es/>

modelos de morbilidad, aún por definir, pero se ha especulado con la posibilidad de que en un futuro próximo la verdadera crisis de los Estados de Bienestar sea una crisis en la provisión de los cuidados (MYLES, 1991).

### 10.5. La hospitalización y la mortalidad.

El Informe “La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos” (DEFENSOR DEL PUEBLO, 2000) reveló que, los mayores de sesenta y cinco años y los pensionistas consumen cerca del 70 por 100 del gasto farmacéutico en atención primaria, mientras que en los hospitales, alrededor de un 50 por 100 de las camas se encuentran ocupadas por mayores de sesenta y cinco años. Su tasa de ingresos es el triple, y en el caso de los/as mayores de setenta y cinco años el cuádruple, que la de personas de entre quince y sesenta y

cuatro años. Sin embargo, las personas mayores son identificadas también como los usuarios que utilizan este tipo de recursos de forma más justificada que los adultos más jóvenes; es decir, necesitan con más frecuencia asistencia sanitaria porque son la parte de la sociedad portadora de más enfermedades y problemas de salud.

Uno de los efectos del envejecimiento de la población es que las enfermedades crónicas desplazan a las agudas, lo que incide en una mayor utilización de las consultas médicas y los hospitales. En los doce meses previos a la realización de la Encuesta de Salud 2004, el 84.03% de la población canaria había hecho uso de los servicios sanitarios, uso más intenso por parte de las mujeres (89%) que de los hombres (79,11%). El 27,81% llevó a cabo más de 10 consultas en ese período de tiempo (el 31,99% de las mujeres y 23,65% de los hombres), los ni-

veles más intensos de utilización se dan en ambos sexos entre personas con 65 años y más. Los servicios sanitarios más utilizados fueron los de medicina general o familiar a los que asistió el 77,85% de la población (82,11% de mujeres y 73,61% de los hombres), mientras que los servicios especializados fueron usados por el 46,38% de la población (54,27% de las mujeres y 38,53% de los hombres), siendo el uso más intenso por parte de las personas de edades avanzadas. Únicamente un 13,11% de la población refiere haber hecho uso de los servicios sanitarios privados, (14,37% de las mujeres y 11,69% de los hombres). En el período de referencia, el 8% de la población canaria encuestada fue hospitalizada (8,75% de las mujeres y 7,25% de los hombres). La hospitalización es mayor a medida que aumenta la edad, alcanzando los máximos valores para las personas de 65 años y más, de entre los que fueron hospitalizados el 16,54% de los hombres y el 12,25% de las mujeres. De ahí, que más que el volumen de la población ingresada, uno de los cambios más apreciables en la demanda de servicios hospitalarios en estos últimos años sea el incremento de la edad media de los enfermos dados de alta hospitalaria, como consecuencia del efecto conjunto del envejecimiento de la población y del descenso de la natalidad.

El CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE CANARIAS (CES, 2003) puso de manifiesto que entre 1992 y 2001, en el territorio español, el porcentaje de altas correspondientes al grupo de edad entre 65

y 74 años aumentó del 14 al 16,8 por 100; mientras que la del grupo de 75 a 84 años lo hizo del 12,8 al 13,8%, mientras que la participación relativa del grupo de 25 a 34 años descendió del 17,5 al 14,5 por 100, debido a la disminución de los ingresos por motivo de parto. Otra pauta sostenida es la menor estancia media por alta hospitalaria, que en 2001 se situaba en 8 días, habiendo reflejado una considerable reducción en la década, teniendo en cuenta que en 1992 se situaba en 11 días. Los motivos de los ingresos hospitalarios confirman también una evolución constante. Entre 1992 y 2001, las enfermedades del aparato circulatorio pasaron a ser la primera causa de ingreso hospitalario (12,7% del total de altas); en segundo lugar, las enfermedades del aparato digestivo (11%); y en tercer lugar, las del aparato respiratorio (9,2%). Entre el resto de motivos de hospitalización, destacó el incremento de los tumores malignos (del 4 al 6,2%) y la menor frecuencia de ingresos por parto normal (del 8 al 3,1%). En la Comunidad Canaria (Tabla 120) los hombres de 55 a 74 años y las mujeres de entre 25 y 34 años registraron en términos absolutos mayores altas hospitalarias, aunque las tasas, referidas al porcentaje de individuos en cada grupo de edad, revelaron que éstas aumentan con la edad y son más altas entre los hombres.

Actualmente en España las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población (VILLAR ÁLVAREZ ET AL, 2001). Los dos principales

**Tabla 120. Enfermos/as dados de alta, por grupo de edad y sexo. Canarias, 2001.**

	Números absolutos			Tasas		
	Ambos sexos	Mujeres	Varones	Ambos sexos	Mujeres	Varones
Total	165.274	88.177	77.097	9,3	9,9	8,7
Menos de 1	9.831	4.119	5.712	74,0	65,3	81,8
1-4	4.462	1.841	2.621	6,9	5,6	8,1
5-14	6.310	2.213	4.097	3,1	2,2	3,9
15-24	16.011	10.218	5.793	5,8	7,6	4,2
25-34	29.095	21.232	7.863	8,3	12,5	4,4
35-44	20.765	12.254	8.510	7,1	8,6	5,7
45-54	17.267	7.952	9.315	8,3	7,8	8,8
55-64	18.642	7.613	11.029	11,7	9,4	13,9
65-74	22.243	9.814	12.429	17,2	14,2	20,6
75-84	14.316	7.092	7.223	23,2	19,5	28,6
85 y más	6.332	3.827	2.505	29,0	26,4	34,0

Fuente: INE. (2001). Encuesta de morbilidad hospitalaria.

componentes de las enfermedades del aparato circulatorio son la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular, que en conjunto producen cerca de un 60% de la mortalidad cardiovascular total, que a su vez es aproximadamente el 30% de la mortalidad total. Cabe destacar que en los varones predomina la enfermedad isquémica del corazón sobre la cerebrovascular, mientras que en las mujeres predomina aún la enfermedad cerebrovascular sobre la coronariopatía.

Canarias es la Comunidad que presenta la tasa de mortalidad más baja del Estado (626,5 por cien mil). En el año 2006 se produjeron 12.692 defunciones en la Comunidad (ISTAC, 2007). Las principales causas de muerte fueron las relacionadas con enfermedades circulatorias (193,3) y los tumores (185,2), seguidas de las respiratorias (59,9), digestivas (33,1), endocrinas (41,2) y las causas externas (36,9).

**Tabla 121. Defunciones y tasas por edad y sexo por 100.000 habitantes. Canarias, 2006.**

	Ambos sexos	Mujeres	Hombres
Tamaño poblacional	2.025.951	1.010.458	1.015.493
Defunciones todas las edades	12.692	5.667	7.025
Tasa	626,5	560,8	691,8
Población de 65 y más	251.953	140.429	111.524
Defunciones de 65 y más	9.469	4.761	4.708
Tasa	3.758,3	3.390,3	4.221,5
Población de 0 a 64 años	1.773.998	870.029	903.969
Defunciones de 0 a 64 años	3.223	906	2.317
Tasa	181,7	104,1	256,3

Elaboración propia.

Fuente: ISTAC. (2006). Consejería de Sanidad. Defunciones y tasas específicas de mortalidad por sexo y grupo de edad. Canarias; ISTAC. (2007). Ficheros de microdatos de la Revisión del Padrón Municipal a 1 de enero. Población por grupo de edad y sexo.

Del total de defunciones registradas en la Comunidad Canaria, el 74,69% corresponde a personas de 65 años y más. Las tres principales causas de muerte entre las personas mayores (Tabla 122) están relacionadas con las enfermedades del sistema circulatorio (34,4%), los tumores (24,7%) y las enfer-

medades del sistema respiratorio (10,9%), aunque para las mujeres mayores la tercera causa de muerte son las enfermedades endocrinas. Se aprecia la sobremortalidad masculina en todos los grupos de enfermedades, excepto en el caso de los trastornos mentales y del comportamiento, pues precisamente en este grupo debido a la longevidad femenina prevalece el trastorno mental orgánico senil y presenil, y en el caso de las enfermedades endocrinas. Entre los hombres, en cambio, prevalecen los tumores (30,7% frente a 18,9% en las mujeres), las enfermedades del sistema respiratorio (12,4% frente a 9,4% en las mujeres) y las causas externas de mortalidad (3,3 frente a 2,6% en las mujeres).

Históricamente, el mantenimiento de la salud de las personas mayores se ha basado en la prevención de la enfermedad en lugar de la preferencia por el mantenimiento de la salud y la prevención de la discapacidad. La población en general, y los mayores en particular, han comenzado a asumir una mayor responsabilidad sobre su salud y realizan opciones inteligentes sobre su estilo de vida, lo cual supone evitar factores de riesgo, tomar alimentos nutritivos, hacer ejercicio de manera regular y adecuada o hacer uso de la asistencia médica. Este último extremo, resulta particularmente contradictorio, porque a pesar de la reciente implantación de una concepción amplia y positiva de la salud, lo cierto es que el sistema sanitario, sobrecargado, se encuentra sometido a exigencias de racionalidad, eficacia y productividad, lo cual únicamente permite prestar atención a la enfermedad en lugar de al enfermo/a, negando la centralidad de lo subjetivo.

**Tabla 122. Mortalidad proporcional por sexo y causa de muerte (grandes grupos CIE-10) de las personas de 65 años y más. Canarias, 2006.**

	Porcentaje	Orden de frecuencia
001-008 I. Enfermedades infecciosas y parasitarias		
Ambos sexos	1,86	10 <sup>a</sup>
Varones	1,64	10 <sup>a</sup>
Mujeres	2,08	10 <sup>a</sup>
009-041 II. Tumores		
Ambos sexos	24,78	2 <sup>a</sup>
Varones	30,71	2 <sup>a</sup>
Mujeres	18,90	2 <sup>a</sup>
042-043 III. Enf. de sangre y de órg. hematopoyéticos		
Ambos sexos	0,26	14 <sup>a</sup>
Varones	0,21	14 <sup>a</sup>
Mujeres	0,32	14 <sup>a</sup>
044-045 IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas		
Ambos sexos	7,69	4 <sup>a</sup>
Varones	5,67	4 <sup>a</sup>
Mujeres	9,68	3 <sup>a</sup>
046-049 V. Trastornos mentales y del comportamiento		
Ambos sexos	3,25	7 <sup>a</sup>
Varones	2,36	8 <sup>a</sup>
Mujeres	4,14	6 <sup>a</sup>
050-052 VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y órganos sentidos		
Ambos sexos	3,34	6 <sup>a</sup>
Varones	2,72	7 <sup>a</sup>
Mujeres	3,95	7 <sup>a</sup>
053-061 IX. Enfermedades del sistema circulatorio		
Ambos sexos	34,40	1 <sup>a</sup>
Varones	31,03	1 <sup>a</sup>
Mujeres	37,72	1 <sup>a</sup>
062-067 X. Enfermedades del sistema respiratorio		
Ambos sexos	10,93	3 <sup>a</sup>
Varones	12,47	3 <sup>a</sup>
Mujeres	9,41	4 <sup>a</sup>
068-072 XI. Enfermedades del sistema digestivo		
Ambos sexos	4,70	5 <sup>a</sup>
Varones	5,01	5 <sup>a</sup>
Mujeres	4,39	5 <sup>a</sup>
073 XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo		
Ambos sexos	0,56	13 <sup>a</sup>
Varones	0,47	13 <sup>a</sup>
Mujeres	0,65	13 <sup>a</sup>
074-076 XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo		
Ambos sexos	0,96	12 <sup>a</sup>
Varones	0,51	12 <sup>a</sup>
Mujeres	1,41	12 <sup>a</sup>

.../...

.../...

001-008 I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	Porcentaje	Orden de frecuencia
077-080 XIV. Enfermedades del sistema genitourinario		
Ambos sexos	2,48	9 <sup>a</sup>
Varones	2,23	9 <sup>a</sup>
Mujeres	2,73	8 <sup>a</sup>
081 XV. Embarazo, parto y puerperio	0	-
082 XVI. Afecciones originadas en el período perinatal	0	-
083-085 XVII. Malform. congénitas, deformidades y a.cromosómicas		
Ambos sexos	0,05	15 <sup>a</sup>
Varones	0,04	15 <sup>a</sup>
Mujeres	0,06	15 <sup>a</sup>
086-089 XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (2)		
Ambos sexos	1,71	11 <sup>a</sup>
Varones	1,55	11 <sup>a</sup>
Mujeres	1,87	11 <sup>a</sup>
090-102 XX. Causas externas de mortalidad		
Ambos sexos	3,03	8 <sup>a</sup>
Varones	3,38	6 <sup>a</sup>
Mujeres	2,69	9 <sup>a</sup>

Elaboración propia.

Fuente: INE. (2006). Defunciones según causa de muerte.

## **CAPÍTULO 11**

### **IMÁGENES DE LA VEJEZ**

## CAPÍTULO 11

### IMÁGENES DE LA VEJEZ

#### 11.1. Introducción. La vejez en el espejo de la sociedad

El envejecimiento en tanto que proceso de deterioro, progresivo e irreversible, reviste cierta complejidad en la medida en que en su vivencia intervienen no sólo factores de orden psíquico sino también socio-cultural. Los seres humanos somos por y a través de la mirada del otro, por lo que se puede afirmar que no hay peor muerte que la muerte social<sup>125</sup>. En el caso de las personas mayores, los/as otros/as tienen un peso específico en la vivencia de este período del ciclo vital y es que las expectativas sociales, que habitualmente giran en torno al par pasión/resignación, pueden hacer que los mensajes sociales asociados a la vejez incidan en la percepción de ésta como una etapa positiva o desvalorizante. En este último caso, la interiorización puede agudizar un posible declive.

CURTIN (1972) anticipa tal declive al asegurar que después de la adolescencia sigue la obsolescencia. La consideración de la vejez como una etapa de declive físico y mental, a la que se asocia la enfermedad, la soledad o la tristeza conserva actualmente gran vigor. Los niños y las niñas quieren ser mayores, los/as adolescentes desean ser adultos/as, pero las personas que anhelan la vejez se cuentan como casos excepcionales. El rechazo a envejecer parece estar relacionado con la dificultad que la edad impone a la hora de realizar ciertas actividades, pero oculta temores relacionados con la pérdida de lozanía, e indisolublemente, con la cercanía del final del ciclo vital. MORAGAS (1991) no duda en establecer una relación, que supone inconsciente, entre la concepción negativa de la vejez y su identificación con la muerte.

TRINIDAD REQUENA (2005: 143) enumera los rasgos que, según MATRAS (1992), asocian las sociedades modernas a la vejez, y que se corresponden con un individuo “físicamente disminuido, mentalmente deficitario, económicamente dependiente, socialmente aislado y con una disminución de status social”. En la literatura de autoayuda, especialmente la de trasfondo religioso, es frecuente encontrar

pequeños manuales para envejecer con alegría que sugieren que a pesar de las limitaciones funcionales, envejecer conlleva la serenidad de juicio, la madurez y la gran experiencia. GARCÍA HOZ (1991: 8) afirma que dado que la “fuerza, actividad y placeres físicos van en creciente disminución, hay que echar mano -hacer de la necesidad virtud- de la fuerza, la actividad y las alegrías espirituales”. Su obra se desgrana en capítulos relativos a la fe, la esperanza y la caridad, virtudes teológicas que acompañan a la relativización de las prisas, la serenidad o la humildad.

La imagen de las personas mayores en la sociedad, la imagen que les devuelven los/as demás a las personas mayores y la que tienen de sí mismos/as son el objeto de este capítulo.

#### 11.2. Vivencia e imágenes de la vejez.

Los cambios sociales han operado variaciones sobre la imagen de una persona que ha superado los sesenta años y se supone conservadora, religiosa, austera, intransigente y carente, para ir superponiendo a ésta, cada vez más, otra imagen en la que aparecen personas más aperturistas, permisivas y secularizadas, diversas y heterogéneas, como lo son las de cualesquier otro sector poblacional. La imagen de la vejez se ha ido optimizando a medida que han aumentado los años de vida sin discapacidad, mejorado las condiciones de vida, e incrementado la participación y protagonismo de estas personas en la sociedad.

Ahora bien, el envejecimiento humano no se atiende solamente a planteamientos naturalistas o socioculturales, ha de ser contemplado además desde una perspectiva histórica (FERNÁNDEZ BALLESTROS, 1992). El respeto profesado hacia las personas ancianas, que históricamente ha variado de manera ostensible en función de la posesión de recursos económicos o el desempeño de puestos vinculados al poder -como se destacó en el capítulo 5-, se ha

ido desplazando gradualmente desde el inicio de la modernización. En términos generales ésta supuso el fin del protagonismo de las personas mayores, concretamente de su mitad masculina, en la esfera social. FIGUERA (1995), como hicieran COWGILL y HOLMES (1974), afirma que a mayor nivel de progreso las personas ancianas pierden más espacio social.

En las sociedades occidentales contemporáneas, los/as mayores ocupan un estatus devaluado por su integración en la categoría de “inactivas”, su calificación de improductivas, su menor poder adquisitivo y hábito de consumo, mientras se enfrentan a una sobrevaloración de lo juvenil y del cuerpo, en un sistema de organización social en el que prima la sobreproducción y el hiperconsumo, de modo que la vejez se equipara muchas veces a la muerte social o cuando menos se considera una carga, en ocasiones para las familias que han de hacerse cargo de los/as mayores y, desde luego, para la sociedad que ha de sostener la inactividad de ese grupo cada vez más numeroso. CASALS (1982: 43) afirma que en el contexto de valores de una sociedad productivista “parece que objetivamente los viejos son un estorbo real y que su desaparición resolvería los problemas que causan”, añadiendo “por supuesto que esta afirmación no es jamás pronunciada ni admitida, pero lo cierto es que las sociedades ricas mantienen un considerable número de pobres en welfare, entre los que hay un buen porcentaje de viejos”.

El saber popular está lleno de dichos e imágenes que equiparan o relacionan la vejez con un sinnúmero de déficits, deterioros o pérdidas físicas, psicológicas y sociales (FERNÁNDEZ BALLESTEROS, 1992). De tales concepciones generalizadas en la población tampoco escapan algunos profesionales de la atención a las personas mayores, de modo que ni siquiera es infrecuente en los Planes Gerontológicos, y son frecuentemente asumidas por los propios ancianos y ancianas. En este sentido, YUBERO y LARRAÑAGA (1999) insisten en lo que se podría considerar un proceso de retroalimentación al afirmar que las imágenes de la vejez que la sociedad proyecta sobre las personas mayores influyen no sólo sobre la personalidad de las personas ancianas, sino sobre las actitudes y comportamientos de quienes van a intervenir con ellas. BAZO ROYO (1992), considerando el modo en que se analiza el proceso de envejecimiento afirma que, determinados planteamientos teóricos y metodológicos desvirtúan, en ocasiones, su objeto de estudio produciendo mode-

los negativos o catastrofistas, que al igual que los estereotipos del imaginario social, acaban afectando desfavorablemente a la realidad que estudian.

GIL CALVO (2003: 28) califica la ideología de nuestro tiempo de gerontofóbica -como se apuntó en el capítulo 5-. El “edadismo”, traducción del término anglosajón “ageism”, acuñado por BUTLER (1969), fue un concepto retomado posteriormente por JOHNSON y BYTHEWAY (1993) para definir el proceso por medio del cual se estereotipa, de forma sistemática, a y en contra de las personas por el hecho de ser viejas, y actúa de la misma forma que el racismo y el sexismo. SALVAREZZA (1998) expone que a consecuencia de lo que él denomina “viejismo”, el imaginario popular atribuye universalmente el amor, el deseo y la pasión a la juventud y se la niega a los/as mayores, al igual que sostiene que los prejuicios sociales impiden un contacto directo con la vejez de manera tal que lo que se oculta tras un manto de misterio es el temor a lo desconocido. La mayoría de las investigaciones referentes a la imagen colectiva coinciden en señalar que las percepciones y valoraciones sobre la vejez son, en general, negativas. Baste señalar que entre los/as propios mayores encuestados/as en esta investigación un 29,3% cree que la sociedad canaria les infravalora o desvaloriza, una proporción que asciende al 59,1% si se toma en cuenta quienes creen que se les trata con indiferencia (Tabla LXXXVII). Las diferencias que se encuentran entre ambos sexos no tienen significación estadística, aunque los hombres parece que se sienten menos valorados que las mujeres.

**Tabla LXXXVII. Cómo piensa que son percibidos los/as mayores por la sociedad canaria, por sexo.**

	Mujer	Hombre	Total
Sobrevaloradas	0,5	0,9	0,7
Valoradas	42,6	37,2	40,2
Tratadas indiferentemente	29,5	30,3	29,8
Infravaloradas	21,2	23,5	22,2
Desvalorizadas	6,2	8,2	7,1

Fuente: Base muestral propia.

Contribuiría a explicar esta imagen negativa la existencia de todo un conjunto de tópicos, prejuicios, estereotipos, tabúes y mitos que persisten en el imaginario social. TAMAYO (1995) considera



fundamentales cuatro. El primero mantiene que las personas al no trabajar, no producen y, por ende, no son útiles a la sociedad. El segundo se refiere a que a las personas mayores se les ha asignado un rol en la vida que parece irreversible, cual es el de recordar la niñez, la juventud imposible y la adultez fracasada. El tercero responde a la convicción de que todas las personas y sociedades tienen su momento para gozar de la vida menos las personas mayores. Y el cuarto alude a que la mente se atrofia con la edad hasta quedar inactiva cuando se llega a la tercera edad. BAZO ROYO (1994) revela, sin embargo, la existencia de un contraste entre la imagen que los y las jóvenes tienen de sus abuelos y abuelas, en general positiva e idealizada, y la que tienen de la vejez, más bien negativa. De ahí que afirme que las personas tienen interiorizadas imágenes de la vejez que no coinciden, en líneas generales, con la realidad actual, que existen tipos diferentes de vejez y de personas viejas, y que en la vejez no se dan todas las pérdidas ni tampoco simultáneamente. La realidad social de la vejez es imaginada en una situación peor de la que realmente se encuentra, y en términos generales, parece que la imagen tiende a ser tanto más negativa cuanto menor es la relación intergeneracional existente. BAZO ROYO (1996) también ha verificado que las personas mayores son percibidas preferentemente como receptoras de ayuda, cuidados y apoyo económico antes que como cuidadoras de otras personas, donantes de su tiempo y esfuerzo, de su apoyo afectivo o económico a la familia y a la sociedad.

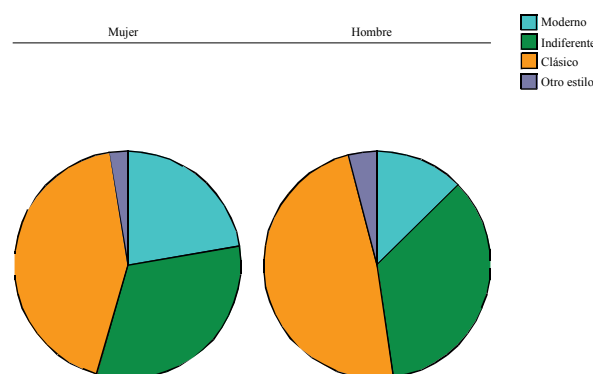
Los prejuicios y el edadismo también tienen sexo, de modo que a los ancianos aún se les puede atribuir la sabiduría de la experiencia; el conocimiento de las mujeres, en cambio, es visto con cierto temor. No en vano -como se apuntó en el capítulo 5- JULIANO (2005:16) afirma que lo que las mujeres saben y transmiten por vías no académicas se considera no especializado, no significativo, y normalmente no se asigna al campo del conocimiento, sino al de la naturaleza. Las mujeres, por otra parte, son susceptibles de padecer una doble discriminación, no sólo por ser mayores sino por ser mujeres. Inactivas y desprovistas de juventud y capacidad reproductiva, a ellas se les prescribe mayor renunciamiento y moderación a través de los roles de viuda, suegra o abuela.

El edadismo se basa, en gran medida, en la percepción del cuerpo. Históricamente pintores, escultores,

poetas o filósofos se han esforzado por representar o describir el cuerpo humano y sus cánones de belleza. Los antecedentes remotos de la estética se sitúan en la prehistoria, aunque fue la Grecia clásica la civilización de la belleza. ECO (2004) recuerda que fue ésta la civilización que exaltó la juventud e inspiró la genialidad del arte renacentista. Desde entonces, la imagen objetiva de la belleza occidental ha experimentado pocas variaciones, dado que los objetos de deseo han girado en torno a unos parámetros definidos. En los últimos decenios, sin embargo, ha operado una variación sustancial, en tanto que en el centro del culto al cuerpo se ha situado la obsesión por la propia imagen. La sociedad contemporánea concede a la propia estética tal sobrevalor que ha tomado forma de objeto de consumo y se ha convertido en eje de mercados muy dinámicos.

Belleza, lozanía y vigor son elementos tan sobrestimados que el registro de señales de envejecimiento a nivel periférico -canas, arrugas, etcétera- o cenesésico -fuerza, resistencia, etcétera- suele dar pie, en mayor o menor medida, a efectos traumáticos. Evitar los síntomas del paso del tiempo, estar sanos, en forma o ir a la moda no es sólo una opción personal, sino una exigencia de la cultura de masas. No por casualidad, un 22,4% de las mujeres mayores encuestadas en esta investigación dicen vestir de forma moderna a diferencia de un 12,6% de los varones (Gráfica IX). Entre las personas mayores de 85 años la proporción se reduce al 5,8% y se aproxima entre los sexos.

**Gráfica IX. Estilo de vestir por sexo.**



Fuente: Base muestral propia.

Cuerpo erótico y cuerpo procreador para los otros, la centralidad del cuerpo, núcleo de la identidad femenina, pierde valor en el envejecimiento. Mientras los hombres mayores se tornan interesantes con la madurez, las mujeres pierden todo atractivo, de modo que no es habitual problematizar el que un hombre mayor empareje con una mujer joven, si acaso puede pasar a ser objeto de envidia o socarronas habladurías, en cambio semejante emparejamiento en una mujer mayor suele provocar cierta repugnancia o cuando menos desaprobación. Así mismo, la profusión de páginas web pornográficas que aparecen al teclear “viejas” en un buscador de internet rescata lo que probablemente responda al placer del morbo producido por fantasías eróticas, seguramente inconfesables, de ciertos usuarios que suelen ser hombres jóvenes. Sin embargo, es poco habitual concebir como artística una exposición fotográfica de cuerpos femeninos envejecidos y desnudos.

Las mujeres dejan de sentirse visibles, atractivas, deseadas a una edad más temprana que los hombres, y es que los períodos del ciclo vital: infancia, juventud, vida adulta y vejez parecen reducirse a tres para las mujeres: infancia, vida fértil y vejez. HYMAN (1993: 67) sostiene que para las mujeres tan estrecho margen de aceptación conduce a un duelo por la pérdida de los años mejores. “Parecer vieja puede ser difícil de aceptar, ya que nos educaron para que nuestra autovaloración se basara en ser agradables para las demás personas y no para nosotras mismas. [...] Muchas de nosotras no hemos aceptado nuestra cara y nuestro cuerpo hasta cumplir los 40 años, y cuando ya nos parecía que nuestras caderas no eran tan anchas ni la nariz tan pequeña, comenzamos a enfrentarnos a otro proceso de cambio a causa del envejecimiento.”

“El diseño cultural de la menopausia como un hecho deprimente que debe ser ocultado” (FREIXAS FARRÉ, 2007: 35) la convierte en la puerta de entrada a una vejez prematura y le concede una dimensión que supera lo que efectivamente es, un acontecimiento fisiológico ligado a la pérdida de la capacidad fértil en las mujeres. La gama de síntomas que aparecen asociados a ella, que son poco perceptibles en algunas mujeres y pasan a tener una presentación intensa en algunas otras, son difícilmente atribuibles en exclusiva a los cambios hormonales

que se producen en este período, interviniendo de forma significativa en la variabilidad de su aparición tanto factores psíquicos individuales como culturales. La menopausia, que hace alusión al cese del funcionamiento ovárico, y por ende al cese de los ciclos menstruales, es encuadrada en el discurso médico en un período más amplio denominado climaterio –en clara alusión al paso a otro momento vivencial– que llega incluso a ser definido en base a ciertas pérdidas, como la de fertilidad y posibles problemas asociados: cierta atrofia genital –adelgazamiento de las paredes vaginales–, osteoporosis, aumento del riesgo cardiovascular, etcétera. La mujer climaterica puede asociar la pérdida de la fertilidad a otras y anticipar en sí misma los síntomas del envejecimiento, de modo que se puede auto-percibir menos joven, atractiva o deseable, llegando incluso a sentirse excluida del espacio de “lo erótico”. Pero la disminución o pérdida del deseo sexual que experimentan algunas mujeres, motivada en parte por los cambios hormonales y, en ocasiones, como resultado de la coitalgia<sup>126</sup> que puede asociarse a cierta atrofia genital, se contrapone a aquello que vivencian otras mujeres en la misma situación, pero que experimentan un aumento del deseo sexual al sentirse más libres para vivir su sexualidad al despejarse definitivamente el temor a un embarazo.

Es posible pues, adoptar una visión crítica y adaptarse a tales cambios sin agregar significaciones simbólicas. De hecho, el 59,3% de la muestra de esta investigación, que se eleva al 60,1% entre las mujeres, considera que el significado de las canas y las arrugas no es otro que el del paso del tiempo, mientras el 21,5% valora las canas y arrugas como experiencia (Tabla LXXXVIII). Aunque la proporción entre los sexos es equiparable en el primer caso, cuando se trata de valorarlas como experiencia la proporción de mujeres decrece (19% de las mujeres frente al 24,8% de los hombres). Para las mujeres la vivencia de tal situación como algo conflictivo posiblemente guarda relación con esa identificación entre feminidad y fertilidad imperante en la cultura patriarcal; la pérdida de la fertilidad puede devolver una imagen devaluada, una degradación del ser mujer, que en todo caso se diluye con los años. Así el 15,7% de las mujeres identifica las canas y arrugas con la pérdida de la juventud y belleza o la decrepitud frente al 12,4% de los hombres.

**Tabla LXXXVIII. Significado de las canas y las arrugas, por sexo.**

	Mujer	Hombre	Total
Sobrevaloradas	0,5	0,9	0,7
El paso de los años	60,1	58,2	59,3
La experiencia	19,0	24,8	21,5
Pérdida de juventud y belleza	12,5	9,5	11,2
La decrepitud	3,2	2,9	3,1
Otro significado	5,2	4,6	5,0

Fuente: Base muestral propia,

BURIN (1998) considera que se puede focalizar en las mujeres de mediana edad tres pérdidas con capacidad de generar procesos de duelo: la del cuerpo juvenil, la de los padres juveniles, y la de los deseos e ideales juveniles. En el primer caso, las representaciones sociales del cuerpo femenino, con su énfasis en la belleza juvenil y la capacidad reproductiva, imprimen a la subjetividad femenina la necesidad de otorgar nuevos sentidos a un cuerpo en transición. El género femenino aceptaría tales representaciones diseñadas en el ejercicio de poder del género masculino con escasa resistencia y sin aportar criterios estéticos novedosos alejados de los criterios hegemónicos. El segundo, implica resolver la pérdida de aquellos/as progenitores con los/as que se padeció conflictos no siempre fáciles de resolver, especialmente con la madre, para lo cual se ha de poner en funcionamiento un “deseo hostil diferenciador” que proporcione un sentido propio al proceso, algo tremendamente complejo debido a un vacío representacional en la mediana edad. En cuanto al tercer aspecto, el duelo por pérdida de deseos e ideales juveniles se refiere a los orientados a la construcción de una pareja, una familia, así como los relativos al desarrollo personal, intelectual, económico, etcétera. La crisis en este caso resulta de la capacidad de la cultura patriarcal por organizar el deseo amoroso en torno al amor maternal y el ideal de trabajo en el reproductivo, lo que lleva a las mujeres a volverse a su primera juventud para recuperar deseos e ideales que fueron significativos entonces.

BURIN considera que si se el trabajo de reorganización subjetiva se combina con la puesta en marcha del deseo hostil y el juicio crítico, nuevos deseos pueden aflorar, como el de saber y el de poder. Deseos que antes giraban en torno a sus roles de madre-

esposa y que ahora requieren de nuevos destinos. La creación de horizontes más amplios los sitúa en mecanismos externos: la psicoterapia y los grupos de reflexión de mujeres. BURIN relaciona los estados depresivos en mujeres de mediana edad con los roles de género tipificados en nuestra cultura, pero entre las mujeres con educación superior y un largo desempeño de su profesión, lejos de la menopausia o el nido vacío, encontró que el factor depresógeno que compartían era el “techo de cristal”. Esa superficie superior invisible en la carrera laboral difícil de rebasar, cuya gestación sitúa en la infancia y que guarda relación con una serie de factores como las exigencias domésticas, la demostración de la excelencia, los estereotipos relacionados con la ausencia de deseo de poder, la falta de modelos femeninos o el temor a la pérdida de identidad sexual, la limitación al logro o los ideales generacionales juveniles.

Entre los varones, la denominada andropausia, asociada a cambios fisiológicos, suele ser vivenciada como una crisis en la potencia sexual, y parece estar más relacionada con inhibiciones psicológicas que incapacidades físicas. La mayoría de las personas encuestadas en esta investigación creen que el envejecimiento, independientemente del sexo, depende de cada quien, sin embargo, un 24,1% cree que lo llevan mejor las mujeres y un 16,5% cree que los hombres. Paradójicamente, de las mujeres las que consideran que su sexo envejece mejor son el 27,9% frente al 19,1% de los varones que opinan que es el suyo.

**Tabla LXXXIX. Cree que el envejecimiento lo llevan mejor los hombres o las mujeres, por sexo y grupo de edad.**

	Mujer	Hombre	Total
Hombres	15,0	18,4	16,5
Depende de cada quien	57,1	62,5	59,4
Mujeres	27,9	19,1	24,1

Fuente: Base muestral propia,

### 11.3. La imagen de la vejez en los medios de comunicación.

Los medios de comunicación social tienen un papel decisivo en la configuración social de la imagen en la sociedad, particularmente entre las personas mayores, pues conforman el sector de población

que más atención le dispensa a los medios, cuando menos a la televisión, puesto que el 91% la sigue todos o casi todos los días (CIS, 2003)<sup>127</sup>. Sin embargo, la presencia de estas personas en los medios es considerablemente menor que la de otros grupos de edad. MONTES CLERIES (2007) ha observado la ausencia de criterios de programación específicos para este segmento de audiencia.

SANTAMARINA (2002) mantiene que los referentes que utilizan los medios de comunicación para la creación de imágenes sociales se tornan concepciones o convenciones sociales, y que a través de tales referentes es posible perfilar las atribuciones y expectativas sociales proyectadas sobre este colectivo social. Con la finalidad de contrastar esta hipótesis realizó un estudio sobre la imagen que de los/as mayores se proyectaba en la prensa española, utilizando cuatro ejes fundamentales de análisis: el ámbito del periódico, el tipo de lector/a, el retiro laboral y ocupacional y la vejez del cuerpo humano. En lo relativo al primer aspecto, el ámbito, resulta que los periódicos de tirada nacional y con más voluntad cosmopolita suelen presentar al mayor entre el anonimato y el desfase del que está fuera de los circuitos productivos; a diferencia de los autonómicos, que ofrecen un tratamiento más cercano y personalista. El segundo aspecto, el perfil del lector revela que, dependiendo del corte del periódico, se puede apreciar que aquellos próximos a posiciones progresistas tienden a una representación de la vejez más vinculada al corte experiencial, al sujeto mismo y ofrece una mirada más cercana al mundo de los/as mayores; en cambio, en los periódicos de corte más conservador se plasma una vejez más cercana a lo representacional, menos personal, y se presenta como un universo único fuera de lo social y de baja visibilidad. Dada la centralidad en la sociedad de los valores de productividad y consumo, así como los de belleza y juventud, los otros dos campos semánticos citados, el retiro y el cuerpo, se revelan fundamentales en la medición del prestigio y la valoración social de los/as mayores.

Así respecto del tercer aspecto, la productividad, sostiene que el punto que separa a las personas ocupadas de las desocupadas, la jubilación, se convierte en una barrera que les sitúa en el anonimato y que se apoya en la imagen de la dependencia absoluta de los familiares o las instituciones: residencias o cuidados geriátricos, y que deja al margen a quienes se mantienen activos/as y participan del intercam-

bio generacional. Determinadas personas mayores activas suelen ser nominadas, valoradas y reconocidas socialmente, pero tal valoración guarda menos relación con el hecho de que sean mayores que con el de haber ganado una excelencia profesional o personal; mientras que el resto, bajo el genérico jubilados, son presentados como personas cercanas a la ancianidad, anónimas y enclavadas en escenarios cotidianos carentes de prestigio. La escasa presencia del grupo emergente comprendido entre los sesenta y setenta años, que habiendo cesado en la actividad no es dependiente, deja a estos/as últimos/as carentes de modelos de identificación en tanto colectivo, están por tanto invisibilizados/as. Por último, el cuarto aspecto es el relativo al cuerpo en la vejez que se enfrenta con el cuerpo juvenil, referente del cuerpo que abandera el mayor reconocimiento social al encontrarse al inicio del proceso de producción y dentro de los cánones de lozanía y belleza. Las personas mayores, separadas de ambos espacios representacionales, el corporal y el productivo, que son los que invisten de prestigio y reconocimiento social, son desplazadas fuera de la centralidad hacia espacios desprovistos de horizontes y sin interés hacia el futuro. En este ámbito, el sexo adquiere un gran peso en los medios de comunicación, pues los hombres aparecen con mayor frecuencia y en aspectos más relevantes, y su nominación es más frecuente que la de las mujeres. Los escenarios sociales también se presentan de manera diferencial, así mientras los hombres aparecen en espacios de poder y reconocimiento social como la economía, la política, la historia o el cine, las mujeres lo hacen en ámbitos más anónimos, en el espectáculo, la televisión o como esposa de... Los espacios públicos y abiertos priman al presentar a los varones, los cerrados y privados al hacerlo con las mujeres. La imagen femenina, con más frecuencia que la masculina, aparece vinculada a los planos afectivos relacionales existentes en la familia. Las relaciones de pareja suelen ser inexistentes y, en todo caso, están desprovistas de pasión y cargadas de ternura, salvo que medie una importante diferencia de edad. Semejante tratamiento revela la escasa acomodación entre las imágenes que se presentan con la realidad social, política, económica, cultural o relacional de las personas mayores.

A pesar de esta imagen distorsionada y estereotipada que se proyecta de las personas mayores en los medios de comunicación, entre las actividades a la que más dedicación le prestan destaca su audiencia.

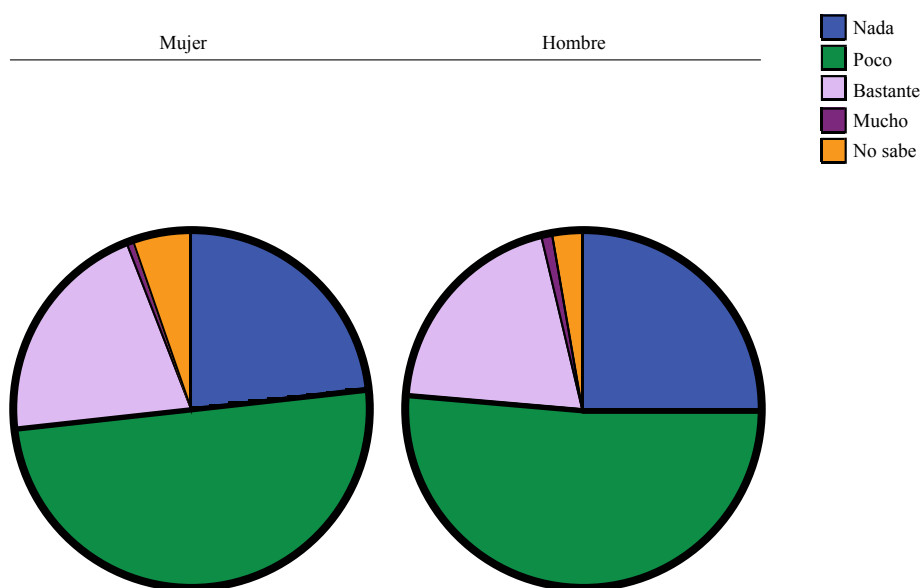
Como se apuntó anteriormente, la televisión es el medio ante el que las personas mayores se revelan como los consumidores/as más fieles y al que más horas dedican, especialmente si se encuentran en situaciones de soledad o dependencia. Sin embargo, ninguna cadena, al menos de la televisión española, dispone de una oferta informativa, formativa y de entretenimiento adecuada a las preocupaciones y los intereses reales de este segmento poblacional, una situación equiparable a la de otros sectores marginados socialmente. La creación de revistas monotemáticas o de espacios radiofónicos dedicados a los/as mayores tuvo que contar inicialmente con el apoyo de los poderes públicos, al igual que la creación inicial de un portal de mayores.

Los/as mayores se saben poco o nada representados en los medios de comunicación social, y es evidente que tienen una presencia marginal, tanto en los estudios de audiencias como en la articulación de propuestas programáticas. En esta investigación se hace patente tal hecho, puesto que tan sólo un 21,4% de la muestra cree que en la televisión aborda mucho o bastante aquellos temas que interesan y preocupan a las personas mayores, en cambio la mitad (50,6%) cree que se abordan poco y el 24% que no se aborda nada (Gráfica X). De manera particular, el 80% cree que no hay o es escasa la presencia de las personas

mayores en los informativos de televisión, el 77,5% cree que lo es en los programas de entretenimiento y el 76,7% en las series de televisión. Algo más críticos se muestran con la radio pues el 21,5% cree que este medio trata mucho o bastante aquellos temas que les interesan y preocupan, el 44,4% cree que se abordan poco y el 17,3% que nada.

Tras la consulta a las personas mayores que componen la muestra de esta investigación sobre posibles modelos referenciales, y concretamente sobre una persona conocida a la que admiraran (Gráfica XI), resultó que tres de cada diez (33,4%) citó a un familiar, siendo los hijos e hijas los más admirados/as (46,2% de estos/as), seguidos de cualesquiera otros familiares (23,8%) como hermanos/as, cuñados/as, nietos/as, sobrinos/as, tíos/as, primos/as, suegros/as, yernos o nueras. De resto, el 14% cita específicamente a su madre o a su padre, el 16%. Tras quienes hacen tal reconocimiento a los familiares, se sitúa un 30,7% dice no admirar a nadie, mientras que un 7,7% cita a un cantante; en este caso la lista es larga, y junto a cantantes fallecidos (Pedro Infante, Concha Piquer, Antonio Machín, Lola Flores), aparecen otros con una trayectoria dilatada (Manolo Escobar, Raphael o Roberto Carlos) y otros ídolos de masas (Ricky Martin, Rosa, Chenoa o David Bisbal). A los cantantes le siguen los/as políticos/as (6,2%), de los

**Gráfica X. Cree que en la televisión se abordan suficientemente temas que interesan y preocupan a las personas mayores, por sexo.**



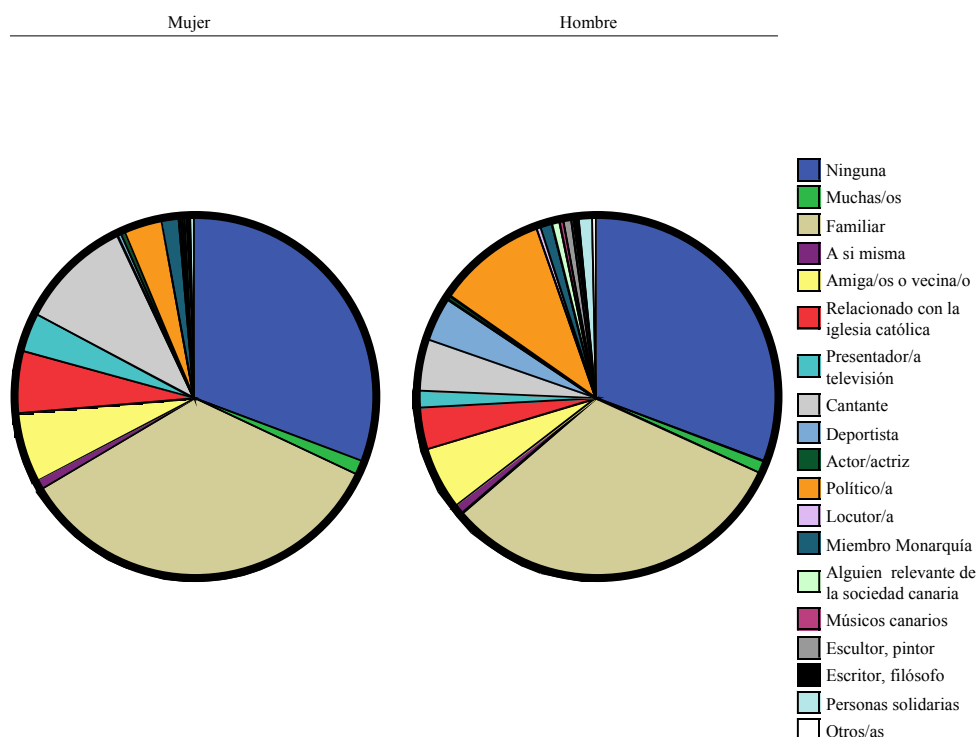
Fuente: Base muestral propia.

cuales la mitad cita a uno de izquierdas (Dolores Ibárruri, Felipe González, José Luís Rodríguez Zapatero, Juan Rodríguez Doreste o Jerónimo Saavedra); tres de cada diez a uno de derechas (Francisco Franco, Manuel Fraga, José M<sup>a</sup> Aznar, Mariano Rajoy o José Manuel Soria); uno de cada diez cita algún político de centro (Adolfo Suárez); y el resto a los nacionalistas tinerfeños (Manuel Hermoso, Adán Martín o Miguel Zerolo). Los/as amigos/as, vecinos/as o conocidos/as (6%) son citados en una proporción similar a los integrantes de la confesión católica (4,9%) e que incluye a Dios/Cristo, los Papas y sacerdotes. Tras ellos desfilan los/as presentadores/as de televisión junto a algún locutor/a de radio (2,9%); deportistas, y especialmente futbolistas (1,9%); miembros de la Monarquía, y específicamente el Rey o la Reina (1,3%); así como actores y actrices (0,4%); y músicos, escritores, escultores o pintores. La equiparación de los sexos es frecuente, pero la marca de género hace que las mujeres presenten frecuencias más altas en la admiración hacia la iglesia católica, personajes del mundo de la televisión y cantantes; mientras que los hombres se decantan más por los políticos, deportistas y artistas.

La actividad de comunicación que posee mayores facultades para influir en la formación de las actitudes es la publicidad, que desempeña un papel fundamental en la imagen de sí y en la que se proporciona a otros grupos. La consideración de las personas mayores en este terreno ha variado desde su inicio y lo seguirá haciendo en los próximos años. Así mientras GRANDE ESTEBAN (2001) mantiene que los/as publicistas consideran a las personas mayores antes como un miembro del hogar que como un target prioritario, BÓDALO LOZANO y SÁNCHEZ VERA (1999) sostienen que la mejora progresiva de la imagen social de los/as mayores está asociada a su constitución como un segmento emergente de consumidores, ya que se va transitando gradualmente de una imagen del mayor anciano, pobre y triste a una de optimismo, actividad y ocio. NAVAS CASTELLÓN (2003) afirma que “el colectivo de personas mayores, con ingresos fijos, alta esperanza de vida y un gran componente de ocio en su vida, es uno de los mercados latentes y en el futuro más activos de la economía”.

En la publicidad, su inclusión habitualmente res-

**Gráfica XI. Persona (conocida) que usted admire.**



Fuente: Base muestral propia.

ponde a una doble visión, ya que por un lado, la tercera edad se asimila a una edad dorada, guardiana de las tradiciones y del saber tradicional; una imagen positiva en todo caso; y por otro lado, se presenta de forma negativa, asociada a carencias. En la primera dirección irían las imágenes de ternura, cálidas, de recuerdo de las raíces de cada cual, de la continuidad familiar, el hogar, y particularmente, las imágenes del abuelo o de la abuela, su afecto, el consejo amoroso y valorativo. En la otra dirección, se encuentran las asociadas a la ruralidad, la falta de formación, la testarudez, el desaliño, la pobreza, la marginación o el declive físico. Así mismo, se aprecia que la presencia de mayores en mensajes publicitarios dirigidos a otros sectores de la población tiene lugar cuando se desea dar al producto credibilidad, extremando el uso de tal figura para evitar dar una imagen de vejez en una sociedad de consumo que ensalza los valores asociados a la juventud, de modo que la mejor imagen de las personas ancianas es aquella en la que se presentan bien arregladas, con el mejor aspecto, joviales y vitalistas. Ello evidencia que la publicidad y los medios de comunicación van a remolque de los valores sociales, de modo que se oculta la diversidad que esconde este sector de población. En cambio, la publicidad dirigida a la tercera edad, trata de evitar un desplazamiento entre la edad cognitiva y la edad real de los sujetos, de modo que los referentes que aparecen en los anuncios no resulten distantes de la realidad porque puede suceder que lo que siente, vive y desean las personas de una edad determinada tal vez no sea exactamente lo que la sociedad cree que tales personas sienten o desean. Existe la creencia de que las personas mayores sienten mayor identificación con las figuras maduras pero vitales, se regocijan con los/as que siguen activos/as tras los setenta años y rechazan a quienes reniegan de sus edades, pero NAVAS CASTELLÓN (2003) sostiene que, la publicidad con presencia exclusiva de personas mayores o especialmente dirigida a estas, frecuentemente no es valorada positivamente sino que es rechazada por temor a la ridiculización o marginación, y que en todo caso la identificación se da mejor cuando el tratamiento es elaborado en un tono agradable e incluso contiene un toque de humor, y peor cuando el tratamiento es absurdo y poco real. En todo caso, la muestra encuestada en esta investigación precisamente aprecia que donde menor presencia de las personas mayores se encuentra es en los anuncios publicitarios, de modo que el 85,4% opina que tal presencia es nula o escasa.

La sociedad de consumo ha tenido y tiene como destinataria principal en las sucesivas campañas de promoción comercial a la mujer, en tanto que madre que quiere lo mejor para sus hijos/as, seductora compradora de colonias, buena ama de casa que odia a los gérmenes, trabajadora extra-doméstica que precisa de la comida congelada, y particularmente destinataria privilegiada de las campañas de belleza y culto al cuerpo. La protagonista de estos y otros anuncios publicitarios es hermosa, joven y delgada. La dictadura de la imagen afecta especialmente a las mujeres que pretenden alejar los temores que produce la observación de los cambios corporales, temores que presentan a la población masculina como un nuevo mercado aún por explotar. El retraso en el cuidado del cuerpo masculino ha estado vinculado a una distinta valoración social del cuerpo envejecido en función del sexo, ya que, habitualmente, los hombres suelen ser valorados por su éxito social y las mujeres por su atractivo. Esa centralidad de los cuerpos de las mujeres, esa normatividad de ser mujer, ha estado supeditada a las modas y cánones de belleza dictados en cada época y cultura: adornos y exigencias tortuosas, traducidas en occidente en corsés o fajas, tacones y cosméticos, son exigencias estéticas que han limitado la capacidad de movimiento de las mujeres o aumentado su imagen de fragilidad con la finalidad de alcanzar una feminidad ideal adornada por la gracia o la delicadeza, y que ha pasado a traducirse en unas exigencias de delgadez sin precedentes, exigencias que se conforman actualmente como factores de riesgo ante los trastornos de la alimentación.

#### **11.4. Autopercepción.**

En este momento histórico, más que cualquiera otro precedente, la presión que se ejerce sobre las mujeres y los hombres para que su propia imagen se ajuste a los estereotipos de belleza y juventud hegemónicos, so pena de tener una mala autopercepción, y por ende cierta disforia, es considerablemente fuerte. Empresas textiles, dietéticas y gimnasios reciben una parte de los beneficios de tal exigencia, la otra se invierte en las industrias cosméticas y estéticas que alimentan el mito de la eterna juventud y juegan con el viejo deseo de la inmortalidad, de modo que, la mayoría de las mujeres y un creciente número de hombres se encuentran atrapados en su vanidad. Jamás ha sido mayor la habilidad desarrollada para cambiar el aspecto y manipular el cuerpo con el que nacimos. Cualquier esfuerzo es válido con

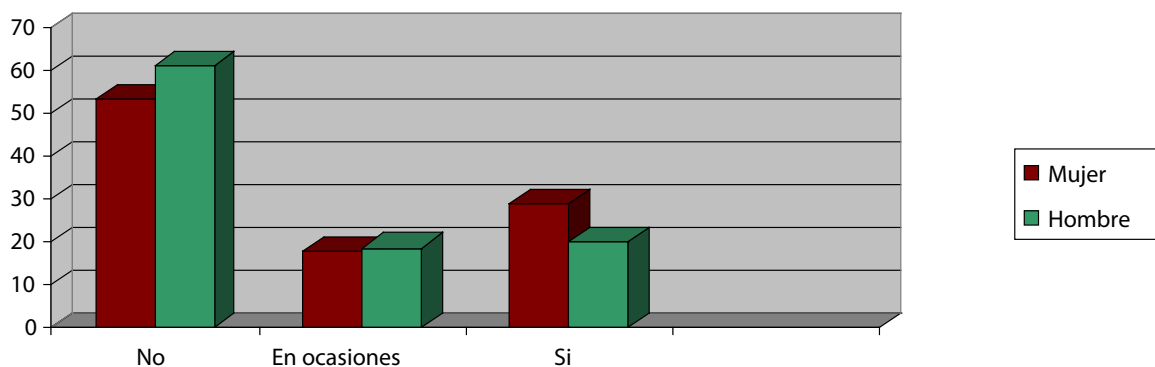
tal de aminorar o disimular los estragos del tiempo. La obsesión por la belleza corporal –que refuerza la publicidad a través de los medios de comunicación– pasa por el consumo de cosméticos, cremas para eliminar manchas o arrugas, sofisticados aparatos y complicadas intervenciones quirúrgicas para añadir o quitar, aumentar o reducir, subir y reafirmar o introducir algún implante. A pesar de que España ostenta el record de Europa en operaciones estéticas, RODRÍGUEZ (2008: 16) señala que Canarias es la autonomía española que menos gasta en medicina estética, aún así las intervenciones más habituales son las que tienen que ver con “la exposición del cuerpo”: la lipoescultura para remodelar la silueta, la implantación de prótesis mamarias y la depilación láser. En cuanto a los tratamientos estéticos no quirúrgicos destaca las infiltraciones de “botox” y de “restylane” para eliminar las arrugas de expresión.

DE BEAUVOIR (1970: 12) llamó la atención acerca del humano delirio de omnipotencia por el que cada quien cree que la vejez -al igual que otros sucesos negativos- no le va a acontecer, sino que es algo que le sucede a los/as demás. “Así se puede comprender que la sociedad logre disuadirnos de ver en los viejos a nuestros semejantes. [...] Reconozcámonos en ese viejo, en esa vieja. Así tiene que ser si queremos asumir en su totalidad nuestra condición humana”. Y es que contemplar día a día el envejecimiento no significa que se tome conciencia de él. En la infancia vemos como mayores a unas personas a las que cuando nos aproximamos a su edad ya no

nos lo parecen en absoluto. Tomar conciencia del envejecimiento, suele pasar por ver a nuestros mayores morir, a nuestros coetáneos envejecer o a los nietos y nietas nacer. CASALS (1982: 96) recuerda que “el anciano difícilmente se percibe a sí mismo como es, sino que esta imagen, que sí ve proyectada en los otros, se le esconde. Así mismo, la percepción del tiempo se relativiza y el umbral de la vejez y de la vida se separa permanentemente del momento actual. Una parte de estos síntomas, es una actitud de defensa, por la que el sujeto se niega a aceptar la vejez, la enfermedad y la muerte”. Tal vez por ello, entre las personas que forman la muestra de esta investigación, sólo un 25% se siente viejo/a, mientras que el 56,8% no se siente tal y un 18,2% en ocasiones. Precisamente, el 65,3% de las mujeres se siente vieja, mientras que sólo se siente viejo el 34,7% de los hombres. Las diferencias se mantienen en todos los grupos de edad y se incrementan a partir de los 85 años (Gráfica XII). BAZO ROYO (1994: 330) señala que las personas al jubilarse pierden estatus y capacidad de influir y aunque lo saben, no les afecta negativamente a la mayoría de ellas. “Aceptan ser personas jubiladas dada la legitimación social creciente de tal estatus. Sin embargo, asumir su condición de personas viejas les resulta más difícil, y tienden a rechazar cualquier etiqueta que pueda estigmatizarles”.

Ante la situación de discriminación de un grupo en razón de ciertas características se produce un proceso de inclusión/exclusión; para los/as mayores, al tratar de sentirse incluidas en el grupo de edad me-

**Gráfica XII. Se siente viejo/a, por sexo.**



Fuente: Base muestral propia.



diana que goza de mayor prestigio social, tienden a distanciarse de la realidad del envejecimiento, utilizando una definición para sí mismas y otra para las demás. BAZO ROYO (1990) afirma que, en general, las personas mayores suelen verse a sí mismas más jóvenes y distintas que otras de edades similares. HYMAN (1993: 68) recoge el pensamiento que sobre su propio envejecimiento realiza Macdonald, una mujer de 69 años, coautora de un libro sobre la discriminación por edad: “Últimamente... veo mi brazo con la piel colgando, flácida, y no puedo creer que sea realmente mío. Parece desconectado de mí; es de otra persona. Es el brazo de una vieja. Es el brazo de las viejas que he visto sentadas en los bancos con las manos en el regazo; viejas de las que me he alejado. Me pregunto cómo y cuándo sentiré estos brazos como míos; brazos de los que no me puedo alejar”. Sin embargo, en esta investigación únicamente el 18,9% de las personas encuestadas no se identifica con las personas ancianas, la proporción se mantiene en el 10,7% aún entre las personas de 85 y más años; si bien la mayoría (77,8%) admite tal identificación.

**Tabla XC. Identificación con las personas ancianas.**

	Mujer	Hombre	Total
Sí	79,3	75,9	77,8
No	17,7	20,6	18,9
Ns/Nc	3,0	3,5	3,3

Fuente: Base muestral propia.

A pesar de las exigencias sociales que focalizan el modelo “juvenil” y del significado del cuerpo adquiere en el envejecimiento, lo cierto es que, a nivel vivencial, la vejez puede ser entendida como una nueva etapa tan feliz como las precedentes que sólo que requiere de adaptaciones y cambios. Ello depende de la capacidad de ajuste de los individuos a esos cambios y del proyecto de vida elaborado y desarrollado con anterioridad. Evidentemente, otros factores como la disposición de recursos materiales, la creación y conservación de vínculos afectivos, el acceso a la creciente disposición de instrumentos para abordar el envejecimiento o las ideologías del momento inciden en la vivencia de este período del ciclo vital. JUSTEL (1995: 93) destacó, respecto de las personas mayores, que la opinión que tienen de sí mismos en la sociedad es positiva. Contrariamente a las tesis de las teorías de la desvinculación y

la exclusión, una elevada proporción considera que la sociedad le trata bien, que la juventud le respeta, y en cualquier caso, que “su situación es mejor que la de sus padres cuando tenían su misma edad”. Prácticamente todos están satisfechos/as con sus relaciones familiares; los/as mayores reconocen que un cambio de posición en el mundo laboral y en la actividad profesional cambia los contactos y vínculos sociales habituales, pero el círculo principal de contactos o vínculos extrafamiliares parece permanecer estable. Y aunque el tránsito a la jubilación les comporta una disminución de ingresos, que les obliga a tomar medidas restrictivas del gasto, ordinario y extraordinario, su impacto es mínimo puesto que prácticamente todos niegan que con la jubilación iniciasen alguna actividad nueva de tipo cultural, artístico, social o turística que no hubiese realizado antes. WALTER y MALTBY (1997) realizaron un estudio similar de las personas mayores europeas que reveló que sólo una de cada cinco no estaba satisfecha con su vida, mientras que dos de cada tres dijeron estar muy ocupados o vivir una existencia plena. Consultada la muestra de esta investigación acerca de si se sentían o no orgullosos/as de ser mayores un 77,5% respondió afirmativamente y, aunque no se encuentran diferencias significativas entre los sexos, las frecuencias porcentuales que presentan las mujeres son algo mayores que la de los hombres (2,9%).

**Tabla XCI. Se siente orgulloso/a de ser mayor.**

	Mujer	Hombre	Total
Si	78,8	75,9	77,5
Indiferente	16,5	17,7	17,0
No	4,7	6,4	5,4

Fuente: Base muestral propia.

En la formulación de su teoría psicosocial, ERICKSON (1975, 2000) otorga gran importancia al “yo” en la conformación de la personalidad y, contraviendo los argumentos freudianos que caracteriza al “superyó” como una fuerza crítica y fundamental, aunque a veces excesiva, considera a la sociedad como una fuerza positiva que contribuye a moldear el desarrollo del ego. La teoría establece ocho etapas en el ciclo vital, desde la lactancia hasta la ancianidad con sus respectivas crisis de identidad, entendidas como un ajuste al ambiente biológico, psicológico y social, cada una de las cuales provoca un desafío con una alternativa que lleva al desarro-

llo. La resolución de las crisis depende del pasado, pues cada estadio se fundamenta tanto en los anteriores, como en las fuertes identificaciones fijadas en la infancia. Del manejo que haga el individuo de cada etapa surgirá la imagen de sí mismo, su vulnerabilidad o sus ideales. La identidad además es resultado de la combinación de la coherencia personal del individuo con su integración en el grupo y con los modelos a seguir, de las ideologías de su tiempo y del momento histórico.

Pues bien, las distintas etapas se caracterizan por las antítesis: confianza o desconfianza; autonomía o duda; iniciativa o culpa; competencia o inferioridad; identidad o confusión de la identidad, momento en el que se alcanza la identidad del ego y se fija el interés en el exterior, de modo que los/as jóvenes adultos (entre los 19 y 40 años) se enfrentan a la antítesis intimidad o aislamiento; a la que sucede la oposición generatividad o estancamiento; y finalmente, la que hasta hace unos años consideró la última etapa, la que se inicia a los 65 años, que opone integridad a desesperación. La integridad significa la capacidad de aceptar los hechos de la propia vida y de afrontar la muerte sin gran temor, la sabiduría es la fuerza específica que madura de esta última antítesis. En el otro extremo, la desesperación es una especie de desesperanza sobre lo que podría haber sido, en esta y anteriores etapas, no bien resueltas. La reciente incorporación de una novena etapa al ciclo vital se refiere a un estadio de vejez avanzada, que se situaría en la “cuarta edad” y que opone los pares esperanza y saber o esterilidad. El saber se identifica con la plenitud, en tanto que existe la posibilidad de integrar una gran cantidad de información, síntesis de la experiencia individual vital, desde una posición de distanciamiento y serenidad; al otro lado, la esterilidad se refiere a la vivencia del deterioro y a la posibilidad de centrar la atención en las limitaciones, lo que a su vez, podría llevar al sentimiento de que la vida carece de sentido. ERICKSON, fallecido nonagenario, sostuvo que el proceso para llegar al saber es individual y no puede ser enseñado.

NEUGARTEN (1999), centrando su atención en los procesos de adaptación, establece como el ciclo de vida normal aquel en el que las normas y expectativas sociales relacionadas con la edad operan como un sistema de control social, con incentivos y frenos sobre el comportamiento que permiten a los sujetos percibirse a sí mismos/as y determinar sus niveles de satisfacción vital en base a tales expectativas, lo

cuál proporciona grandes dosis de predictibilidad. Los adultos/as tienden así a consensuar la secuencia de los eventos de la vida, cuáles deben ser y cómo deben ocurrir, de tal modo que se comprende que se es adulto sólo cuando se aprecia que el curso de la propia vida es similar al curso de la vida de los/as demás, y cuando se ha entendido que los hitos decisivos a lo largo de ella -matrimonio, paternidad o maternidad, menopausia, jubilación, abuelidad, etcétera- son inevitables. Algo que no debe conducir a una crisis, ya que tales hitos decisivos vitales únicamente marcan la incorporación a nuevos roles sociales, que precisan de nuevas adaptaciones e identidades. Su hipótesis es que si los hechos pueden ser anticipados, el trabajo de duelo se puede hacer adecuadamente y sin necesidad de interrumpir el sentido de continuidad del ciclo vital. Las reacciones críticas ante los acontecimientos vitales expectables sólo tendrían lugar en algunas personas que no los anticipan, personas con una identidad desintegrada y desorganizada, que en el envejecimiento se tornan seres absolutamente apáticos y pasivos.

Sea como fuere, lo cierto es que las generaciones que han entrado en la tercera edad han vivido un siglo sacudido por profundas transformaciones políticas, económicas, tecnológicas y sociales, de suerte que pudiera parecer que su vida ha transcurrido en dos escenarios, dos sociedades distintas, con distintas concepciones sobre los aspectos más relevantes de la existencia social e individual. Las generaciones que se aproximan a la vejez protagonizaron, en los años sesenta, un intenso deseo de cambiar la cultura y la política; reclamaron para la vida privada los principios de libertad y democracia que se habían articulado en lo público tras la II Guerra Mundial, de modo que, los jóvenes, y especialmente las mujeres, comenzaron a cuestionarse los valores tradicionales de la autoridad. La intensidad de los cambios sociales, y sus tensiones correspondientes, desde entonces han sido espectaculares. Aquellas generaciones, y aún más éstas que están próximas a envejecer, tienen ante sí unos retos de consecuencias aún impredecibles. En este sentido, PÉREZ DÍAZ (2002: 16) sostiene que “urge asumir plena conciencia del carácter innovador de los mayores actuales. Al margen de sus deseos, sus aspiraciones, sus experiencias o sus capacidades, el simple hecho de que en muy poco tiempo se haya generalizado la supervivencia hasta edades muy avanzadas les convierte, lo quieran o no, lo sepan o no, en auténticos pioneros de una geografía vital hasta ahora desierta e inexplorada. Son pioneros porque no tienen an-

tedentes, no pueden contar con los modelos de conducta de quienes recorrieron antes ese camino, pero también lo son porque sus propias adaptaciones y ensayos en la colonización masiva de la vejez está allanando el terreno que transitaremos en poco tiempo quienes tenemos unos años menos”.

### 11.5. Calidad de vida y satisfacción vital.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) establece que la finalidad del envejecimiento activo es la mejora de la calidad de vida a través de “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad”. La calidad de vida es un concepto que, con una historia particular, nació con el afán de cubrir el criterio de objetividad sobre la base del análisis de factores externos al individuo, concretamente los estrictamente económicos, denominados nivel de vida. Al amparo de las agencias multilaterales, particularmente del PNUD, a la consideración de los ingresos, el tipo de vivienda o el acceso a los recursos, se fue añadiendo la observancia de la salud, la alimentación, la educación, las condiciones de trabajo, la seguridad social, el tiempo libre y los derechos humanos. En la década de los sesenta se incorporaron al concepto medidas psicosociales de la realidad para referirse a percepciones y evaluaciones sociales con aspectos como los sentimientos de felicidad o satisfacción. LAWTON (1983) acotó la “buena vida” o “buen vivir” en base a cuatro componentes, de los que tres son de carácter psicológico: bienestar psicológico, percepción de la calidad de vida, competencia conductual y medio ambiente objetivo. El desplazamiento de lo social o estructural fue cediendo ante la intensificación del análisis individual, hasta que en la década de los noventa se contempló nuevamente la necesidad de considerar ambos tipos de elementos.

El concepto de calidad, complejo y difícil de acotar, aparece indisolublemente relacionado con la inclusión social, pero se trata de un concepto multidimensional. En un estudio sobre la calidad de vida de las personas ancianas FERNÁNDEZ-BALLESTEROS (1996: 18) estableció la necesidad de considerar tanto la apreciación y valoración de los sujetos como los aspectos objetivos de las dimensiones tomadas en cuenta, y a partir de ahí elaborar una concepción multidimensional integrada por dos dimensiones: la personal-socioambiental y la objetiva-subjetiva, con características específicas para este sector de población, de modo que en lugar de las consideraciones en torno al trabajo se introdujeran las rela-

tivas al deterioro cognitivo o el mantenimiento de habilidades funcionales. El polo personal-ambiental incluye en el primer eje la salud, las habilidades personales, la satisfacción, las relaciones sociales y las actividades de ocio; y en el segundo, en el socio-ambiental los factores culturales, la calidad del ambiente, los servicios de salud y sociales, el apoyo social y las condiciones económicas. En cambio, el polo subjetivo-objetivo incluye aspectos mensurables y difícilmente mensurables. Estos últimos se refieren a valoraciones subjetivas de algo que, interna o externamente, incide en la calidad vital. El juicio subjetivo se basa en las valoraciones que cada individuo hace sobre aspectos de la vida afectiva, familiar o social, mientras que en el lado de lo objetivo se encontrarían indicadores cuantificables de salud, vivienda, educación o ingresos, por ejemplo. En ambos ejes se destaca la importancia de los vínculos sociales y la satisfacción que se experimenta con ellos.

El entorno, entendido como el ámbito más amplio de lo social, permite conocer los intereses, valoraciones y comportamientos de las personas mayores en relación con los asuntos públicos. Las personas mayores no tienen por qué desvincularse del mundo en el que viven, al contrario, habitualmente siguen con interés los acontecimientos que tienen lugar en la sociedad y, obviamente, tienen su propia percepción de la sociedad y de cómo ésta les percibe. Una queja habitual es la de ser objeto de una relativa marginación social, que -como ya se apuntó- lleva a un 59,1% de las personas encuestadas en esta investigación a considerar que las personas mayores son desvalorizadas, infravaloradas o tratadas con indiferencia en la sociedad canaria (Tabla XCII). Los hombres presentan frecuencias ligeramente más altas en torno a una concepción negativa; sin embargo, a más edad crece la proporción de personas que consideran que los/as mayores son valorados.

**Tabla XCII. Cree que las personas mayores en la sociedad canaria están bien valoradas.**

	Mujer	Hombre	Total
Sobrevaloradas	0,5	0,9	0,7
Valoradas	42,6	37,2	40,2
Tratadas indiferentemente	29,5	30,3	29,8
Infravaloradas	21,2	23,5	22,2
Desvalorizadas	6,2	8,2	7,1

Fuente: Base muestral propia.

Consultados específicamente sobre los y las jóvenes, resulta que un 56,4% corrobora la afirmación que dice que éstos/as no respetan a los/as mayores, y mientras sólo el 16,4% se muestra totalmente en desacuerdo con ella, mientras otro 26,4% condiciona la respuesta con un depende (Tabla 218). Al plantearles la pregunta sobre si se sienten valorados por la sociedad canaria, los resultados son superponibles, pues ese 56,4% que opina que los jóvenes no respetan a las personas mayores coincide con el que siente que la sociedad canaria no les valora. Aquí las diferencias entre la opinión de mujeres y hombres es algo mayor, pues ellas opinan significativamente más que los hombres que las personas jóvenes respetan a los/as mayores.

**Tabla XCIII. Acuerdo o desacuerdo con la frase “las personas jóvenes no respetan a las personas mayores”, por sexo.**

	Mujer	Hombre	Total
Acuerdo	53,7	60,0	56,4
Desacuerdo	15,8	17,3	16,4
Depende	29,3	22,6	26,4
No contesta	1,2	0,2	0,8

Fuente: Base muestral propia.

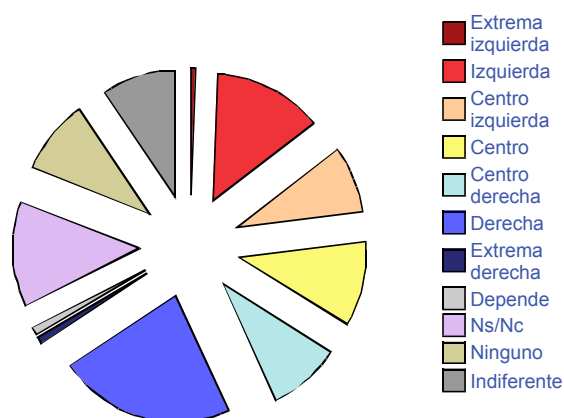
VIZCAÍNO (1987: 19) asegura que de las dos causas que pueden marginar a un grupo social, por conducta o exclusión, el colectivo de mayores lo sería por la segunda; dado que se contrasta la aceptación por su parte de las normas que la sociedad más amplia tiene conceptuadas como normales y puesto que tampoco adoptan conductas que puedan ser objeto de rechazo social, analiza la marginación del grupo social anciano a partir de su situación de inferioridad. El apartamiento de la función productiva, el descenso del nivel de ingresos en la jubilación y el bajo nivel de estudios implica que el prestigio del que gozaba, basado en la experiencia, pierda fuerza ante la idea generalizada de que, “en general, el anciano es un ser obsoleto que no tiene nada que aportar”. En su globalidad, las personas mayores no dispondrían de los medios necesarios para adaptarse a los valores que la sociedad considera como principales y tampoco participan, a un nivel suficiente, de los beneficios y ventajas de la sociedad, refiriéndose por participación a una doble vertiente: activa, esto es, participación política o asociativa, y pasiva, o sea, de los servicios públicos-. Y aunque dibuja un

escenario distinto de cara al futuro, dada la mejora de las pensiones y los niveles de estudio, considera que el colectivo tendrá numerosas dificultades para integrarse de forma activa en el funcionamiento de la sociedad debido al incremento notable que experimentará el proceso tecnológico y al grado de complejidad y velocidad que el proceso imprimirá. Ciertamente –como se apuntó en el capítulo 5- el grupo de internautas mayores de 65 años, aunque crece gradualmente en el país, ronda el 1% y el grupo de 50 años y más representa el 7,5% (INE, 2007)<sup>128</sup>. La exclusión del universo tecnológico puede llegar por el analfabetismo informático, pero también por la proliferación de sofisticados periféricos o complicados neologismos y tecnologicismos. Los expertos dicen que el lenguaje que se emplea “está dirigido a iniciados” (MANETTO, 2008: 30). Y aunque cada vez sean más frecuentes los cursos de alfabetización informática, por parte de administraciones o empresas, también lo es que se agranda la brecha entre tecnófilos y tecnófobos, en cuyas filas se encuadran no sólo quienes encuentran en la carrera tecnológica una carrera de obstáculos, sino los neoludistas y ecologistas radicales.

En todo caso, la participación de las personas mayores en la política, el ámbito asociativo o en los servicios públicos no es despreciable. JUSTEL (1983) apuntó –como se adelantó en el capítulo 5- que la participación electoral varía con la edad, de modo que “es mínima ente los jóvenes, aumenta gradualmente con la edad, para disminuir sobre todo a partir de los sesenta años, aunque a esa edad se mantiene una participación más alta que la de los jóvenes. Es lógico, puesto que las formas más extendidas de acción ciudadana en democracia son la participación electoral y la vía de la manifestación, y esta última es la más recurrida por los/as jóvenes, por lo que la primera resulta ser amplia entre las personas mayores. La política y los/as políticos/as son tema de interés para ellos/as, dadas las consecuencias que sus intervenciones tienen en la vida colectiva e individual, particularmente en lo relativo a su situación económica. En esta investigación se ha puesto de manifiesto que el 91,2% de los/as mayores acude habitualmente a las urnas, de ellos/as el 97% no falta a ninguna convocatoria (europea, nacional, autonómica, municipal). El abstencionismo crece con la edad y presenta frecuencias más altas entre las mujeres. Se tiende a pensar que la edad conduce a las personas a posiciones conservadoras, pero lo cierto es que el posicionamiento ideológico

está relacionado con la trayectoria vital y otras variables como la “educación y la ocupación” (BAZO ROYO, 1990: 141) antes que con la edad (Gráfica XIII). Aproximadamente un 23% de la muestra de esta investigación estaría situada a la izquierda del centro, en el que se encontraría un 10,8%, y el resto (32,8%) se ubicaría a la derecha del centro; si bien una proporción del 9,5% se declara indiferente y otra de 9,6% dice no tener posición ideológica al identificarla con los partidos políticos existentes en el arco parlamentario. La provincia de Las Palmas se muestra más conservadora y la de Tenerife más progresista, pero tal vez influya en ese dato el que un 13,4%, y concretamente un 9% en la Isla de Tenerife, se mostrara reacio a decir en qué lugar del eje ideológico se situaría.

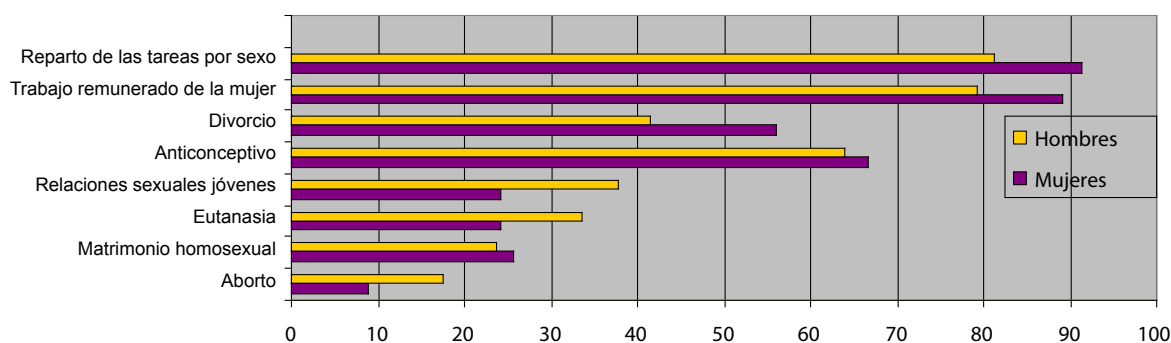
**Gráfica XIII. Posición ideológica.**



Fuente: Base muestral propia.

La aceptación de la normalidad social parece más relacionada con la posición ideológica que con la edad. Así, frente a diversas prácticas sociales de la vida cotidiana, muchas de ellos objeto de discusión moral, las posiciones de las personas encuestadas en esta investigación se muestran conservadoras frente a unas y más abiertas frente a otras. La mayoría se muestra en desacuerdo con el aborto (68%) y con el matrimonio homosexual (66,3%). El 47,6% no está de acuerdo con las relaciones sexuales juveniles y el 45,2% con la eutanasia. En el otro extremo, sólo una cuarta parte (24,9%) se muestra en desacuerdo con el divorcio y una proporción similar (21,9%) con los anticonceptivos. Aún un 7,9% no está de acuerdo con que la mujer trabaje de manera remunerada y otro 5,4% no lo está con el reparto de las tareas del hogar entre ambos sexos. Bien es cierto que respecto de cada afirmación siempre se presenta un grupo que condiciona la respuesta, de modo que frente al aborto hay quien se ajusta a lo que son los supuestos legales; ante el matrimonio homosexual quien dice que estas personas pueden hacer lo que quieran pero no adoptar niños o niñas; el divorcio se considera una posibilidad para separar a parejas que no se entienden; y hay quien opina que los hombres sólo tienen que colaborar en casa si las mujeres realizan trabajo extradoméstico. Las diferencias por sexo son significativas, de modo que las mujeres presentan frecuencias más altas que los hombres en el acuerdo con el divorcio y el uso de anticonceptivos, y más bajas respecto del aborto, las relaciones sexuales juveniles, la eutanasia y el matrimonio homosexual (Gráfico XIV). La participación laboral

**Gráfica XIV. Acuerdo o desacuerdo con diversas prácticas, por sexo.**



Fuente: Base muestral propia.

de la mujer y el reparto de las tareas domésticas por sexos son aspectos aceptados por una elevada proporción de las personas mayores, ahora bien un 10% de las mujeres y un 20% de los hombres no están en desacuerdo o condicionan su apoyo a la participación laboral femenina, a su modo de ver tal actividad descuida la atención y el cuidado a los menores. Así mismo, un 8% de las mujeres y un 18% de los hombres tampoco están de acuerdo o condicionan el reparto de las tareas domésticas, consideran que los hombres tienen una jornada laboral agotadora y las mujeres que permanecen en el hogar no tienen por qué solicitar su colaboración.

Considerada en las sociedades tradicionales un elemento de integración social al ofrecer una cosmovisión que provee de unas creencias que permiten analizar las relaciones humanas y la propia existencia, la religión ha ido perdiendo centralidad en la vida de las sociedades postmodernas. Sin embargo, la participación de las personas mayores en la esfera religiosa es aún muy elevada. El 20,2% de la muestra de esta investigación acude a la misa dominical con regularidad, las tres cuartas partes de estas personas (75,8%) son mujeres; otro 45,3%, proporción en la que se equiparan los sexos, acude esporádicamente; únicamente el 14,1% ha abandonado tal práctica; mientras que un 20,4% nunca ha ido a misa, en este caso los hombres representan el 72,8%. De hecho, frente a un 66,5% de mujeres católicas practicantes se encuentra un 36,9% de hombres que lo son, cuyas diferencias se muestran significativas (Tabla XCIV), al igual que lo son respecto de los hombres que se declaran agnósticos y ateos.

En esta investigación se ha encontrado una elevada correlación positiva entre la confesión religiosa y la posición ante el aborto, las relaciones sexuales juveniles, la eutanasia y el matrimonio homosexual. De modo que la aceptación de la normalidad social parece relacionada tanto con la posición ideológica, como con la confesión religiosa y con la edad. Igualmente se registran ciertas diferencias relacionadas con el sexo, de modo que los hombres se muestran menos de acuerdo con aquellas cuestiones que serían el resultado de las conquistas sociales de las mujeres, es decir con la adquisición de autonomía, mientras que muestran un mayor grado de acuerdo con aquellas otras que favorecerían las libertades de los hombres en sus deseos, como las prácticas sexuales y el aborto.

**Tabla XCIV. Confesión religiosa, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Católico/a practicante	69,5	36,9
Católico/a no practicante	28,6	54,0
Creyente otras religiones	0,8	0,67
Agnóstico/a	0,7	4,2
Ateo/a	0,2	4
No sabe / No contesta	0,2	0,2

Fuente: Base muestral propia.

Por otra parte, respecto del segundo aspecto señalado por VIZCAÍNO, esto es, la participación en la vida asociativa de las personas mayores, resulta que aunque baja, es más alta que en el resto de población. Si en Canarias cerca del 20% de la población participa en alguna asociación (Informe Anual CES, 2007: 833), ésta se eleva al 27% en el caso de las personas mayores –como se apuntó en el capítulo 5-. Resultados similares se han encontrado en esta investigación (24%), en la que se aprecia una mayor participación en las asociaciones de vecinos/as (9,9%), benéficas (2,3%) o folclóricas (2,2%) y muy reducida en las de carácter político. La marca de género deja su impronta en la participación, de modo que se presentan diferencias significativas entre las mujeres para las de carácter benéfico y entre los hombres para las de vecinos/as y fiestas populares. Existe igualmente una correlación positiva entre la participación asociativa y el nivel de estudios.

**Tabla XCV. Colaboración o participación en asociaciones.**

	Mujer	Hombre	Total
Folclórica	2,7	1,5	2,2
De vecinas/os *	6,2	14,8	9,9
De fiestas populares*	1,0	2,7	1,7
Cultural	2,5	1,8	2,2
Política	0,5	1,1	0,8
Benéfica*	3,2	1,1	2,3
Solidaria	1,7	0,7	1,2
Otra	4,0	3,3	3,7
No	78,1	73,0	75,9

Nota: en las categorías con asteriscos las diferencias son significativas.

Fuente: Base muestral propia.

La mayor parte de estas personas, sin embargo, no ocupan puestos de responsabilidad puesto que el 44% son socios/as y el 4,1% colaboradores, mientras que únicamente el 12,7% ocupa un cargo directivo o de coordinador/a de área. Las frecuencias de los hombres que ocupan estos puestos son más altas que las de sus coetáneas.

**Tabla XCVI. Papel que desempeña en la asociación en la que participa, por sexo.**

	Mujer	Hombre	Total
Cargo directivo	8,5	12,3	10,3
Coordinador/a área	3,1	1,6	2,4
Socia/o	39,2	49,2	44,0
Colaborador/a	45,4	34,4	40,1
Otra	3,8	2,5	3,2

Fuente: Base muestral propia.

La asistencia a otro tipo de centros es relativamente poco frecuente. El Club de Mayores es el lugar preferido por cerca de una cuarta parte (23,7%) de los/as encuestados/as, de ellos el 60% acude con frecuencia; excursiones, bailes, cursos y talleres son las actividades que estos centros suelen ofertar. El Centro de Día es frecuentado por un 7,6%, mientras

que el 3,3% acude a un Club privado y un 3% al Casino Municipal. Sólo el 0,7% apuntó la Universidad como un centro al que acude con relativa frecuencia. Éste último espacio es el único en el que la presencia femenina supera a la masculina, aunque las diferencias oscilan entre los dos y los cinco puntos porcentuales. Finalmente, participar en el voluntariado, por ejemplo dirigiendo el tráfico a la salida del colegio es una tarea que asumiría el 22,5% de las personas encuestadas. Las frecuencias son menores conforme aumenta la edad, y en todos los grupos de edad la mujer muestra mayor predisposición (Tabla 97).

El último aspecto señalado por VIZCAÍNO, los servicios públicos, registra un uso elevado y su valoración es mayoritariamente buena. El 61,5% considera adecuados los servicios que le presta la administración municipal, frente a un 14,7% que los considera inadecuados y un 23,8% que manifiesta desconocerlos (Tabla XCVIII). La proporción de mujeres (27,9%) que desconoce tales servicios es muy superior a la de hombres (18,4%), posiblemente porque es habitual entre las mujeres delegar en sus parejas las gestiones burocráticas, algo que al enviudar les deja en una cierta indefensión administrativa. Inversamente, la valoración positiva es

**Tabla XCVII. Prestaría algún servicio a la comunidad como voluntario/a, por sexo y grupo de edad.**

	Mujer		Hombre		Total	
	Si	No	Si	No	Si	No
De 65 a 74	29,2	70,8	24,7	75,3	27,2	72,8
De 75 a 84	20,2	79,8	17,3	82,7	19,0	81
De 85 y más	6,2	93,8	0,0	100	3,9	96,1

Fuente: Base muestral propia.

**Tabla XCVIII. Valoración de los servicios que prestan los Servicios Sociales, por isla y sexo.**

		Lanzarote	Fuertev.	G Canaria	Tenerife	La Palma	La Gomera	El Hierro
Mujer	Adecuados	34,6	59,5	62,2	73,2	64,8	90,9	22,2
	Inadecuados	21,2	4,8	8,5	15,3	12,7	6,1	0,0
	Desconozco	44,2	35,7	29,3	11,6	22,5	3,0	77,8
Hombre	Adecuados	23,3	53,3	51,7	80,0	66,0	91,3	6,3
	Inadecuados	20,9	13,3	17,9	9,0	10,0	4,3	6,3
	Desconozco	55,8	33,3	30,3	11,0	24,0	4,3	87,5

Fuente: Base muestral propia.

algo más alta entre las mujeres para los Servicios Sociales, dado que entre sus usuarios ellas son la mayoría, por lo que el desconocimiento es más alto entre los hombres. Lanzarote es la isla en la que se registran las frecuencias más alta respecto de su inadecuación para con las necesidades de las mujeres y hombres mayores.

Más de la mitad de las personas mayores encuestadas desconocen los Clubes de Mayores (56,2%) porque nunca se han acercado a ellos; una proporción bien diferente a la de los que aseguran que carecen de este servicio (4,5%); en cambio el 36,7% asegura que los servicios que prestan son adecuados frente a una pequeña proporción (2,5%) que opina lo contrario. La proporción de personas que declaran la inexistencia (12,2%) o el desconocimiento (61,9%) sobre los Centros de Día es mucho mayor que en el caso anterior, consecuentemente las proporciones correspondientes a las valoraciones positivas (24,2%) o negativas (1,7%) son menores. Los polideportivos son los servicios con los que los mayores se encuentran menos familiarizados (70,1%).

Muy diferente es la proporción de mayores que desconoce los servicios que presta el Centro de Salud

(4,5%), uno de los servicios mejor valorado por la mayoría (82,3%), aunque un 13,2% los califique de inadecuados. La Palma y Gran Canaria son las islas que registran las frecuencias porcentuales más altas de valoración inadecuada (Tabla XCIX). El resto del Servicio Canario de Salud es valorado como adecuado por un 70,9% y de inadecuado por el 15,3% de la muestra. Los varones que hacen una valoración negativa de los servicios relacionados con la salud superan a las mujeres, salvo en la isla de El Hierro.

Las proporciones más altas de satisfacción en lo referente a los Servicios Municipales se registran en La Gomera, mientras que El Hierro se sitúa justo enfrente con las proporciones más bajas de satisfacción. Los municipios en los que en menor medida se descalifican los servicios de la administración son aquellos de menor tamaño, esto es de menos de 5.000 habitantes (Tabla C).

En general, la valoración que los sujetos que integran la muestra hacen de su municipio es buena. El 78,8% opina que es seguro, el 88,4% que es cómodo y además está bien comunicado, aunque sólo el 67,3% opina que está bien dotado de infraestructu-

**Tabla XCIX. Valoración de los servicios que prestan el Centro de Salud, por isla y sexo.**

		Lanzarote	Fuertev.	G Canaria	Tenerife	La Palma	La Gomera	El Hierro
Mujer	Adecuados	76,9	85,7	84,6	88,4	78,9	97,0	83,3
	Inadecuados	11,5	9,5	12,8	10,5	15,5	3,0	5,6
	Desconozco	11,5	4,8	2,7	1,1	5,6	,0	11,1
Hombre	Adecuados	76,7	86,7	74,5	82,1	68,0	91,3	87,5
	Inadecuados	11,6	13,3	18,6	15,2	24,0	4,3	0,0
	Desconozco	11,6	0,0	6,9	2,8	8,0	4,3	12,5

Fuente: Base muestral propia.

**Tabla C. Le parecen adecuados los servicios que presta la Administración municipal.**

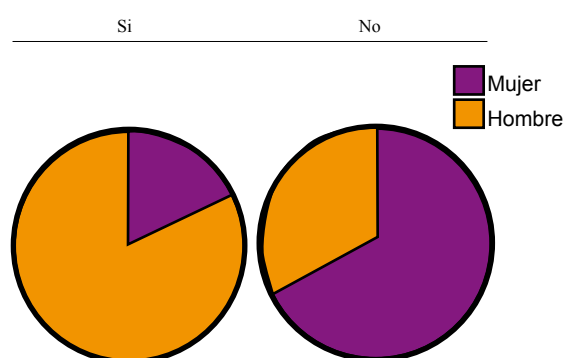
		Lanzarote	Fuertev.	G Canaria	Tenerife	La Palma	La Gomera	El Hierro
Mujer	Adecuados	6,5	59,5	53,7	65,8	66,2	93,9	55,6
	Inadecuados	5,0	7,1	13,3	9,5	7,0	3,0	27,8
	Desconozco	38,5	33,3	33,0	24,7	26,8	3,0	16,7
Hombre	Adecuados	37,2	60,0	53,8	74,5	70,0	91,3	56,3
	Inadecuados	34,9	10,0	22,1	11,7	20,0	4,3	37,5
	Desconozco	27,9	30,0	24,1	13,8	10,0	4,3	6,3

Fuente: Base muestral propia.



ras. Las mujeres valoran mejor sus municipios a la hora de calificarlos como seguros o cómodos, pero peor a la hora de considerarlos bien dotados de infraestructuras o bien comunicados. Esta última valoración guarda relación con una manera concreta de vivir el espacio al ser muy pocas las mujeres mayores que conducen su propio vehículo (6,6% de las mujeres frente al 39,4% de los hombres), de modo que para realizar desplazamientos de importancia quedan a expensas de sus familiares o del transporte público.

**Gráfica XV. Para sus desplazamientos conduce su vehículo, por sexo.**



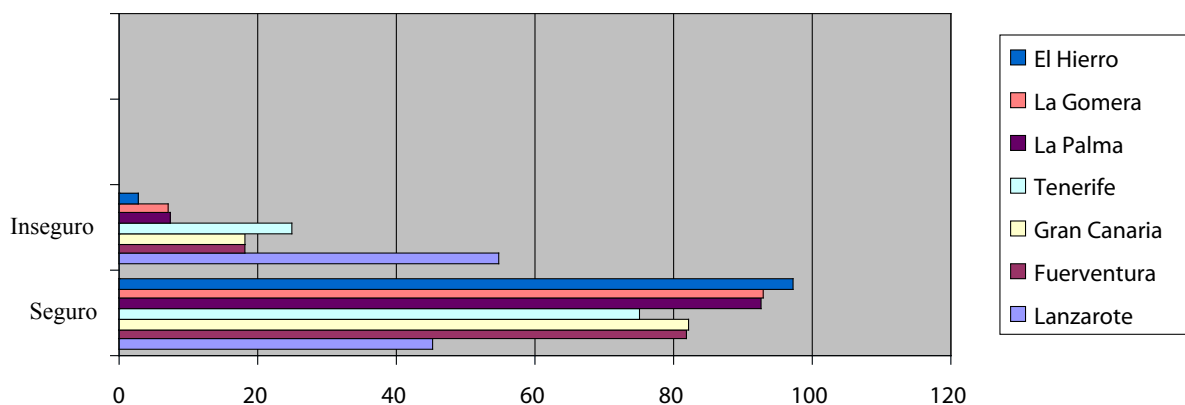
Fuente: Base muestral propia.

Las personas que residen en municipios pequeños, de menos de 20.000 habitantes, señalan con mayor frecuencia que éstos son seguros y cómodos, mientras las que residen en los mayores de 200.000 señalan en mayor proporción que están bien co-

municados y dotados de infraestructuras. Lanzarote se presenta como la isla en la que se muestra mayor malestar, dado que se percibe menos seguridad (54,7%) y comodidad (24,2%). Así mismo, el 36,8% de las personas encuestadas en Lanzarote opina que sus municipios no están bien comunicados, mientras el 69,4% de los/as encuestados/as en Fuerteventura piensa que no están bien dotados de infraestructuras. Por municipios, Arrecife reúne al 20,3% de las personas que considera que su municipio no es seguro, pero la proporción se eleva a 23,4% en el caso de Las Palmas de Gran Canaria y a 34,2% en el de Santa Cruz de Tenerife.

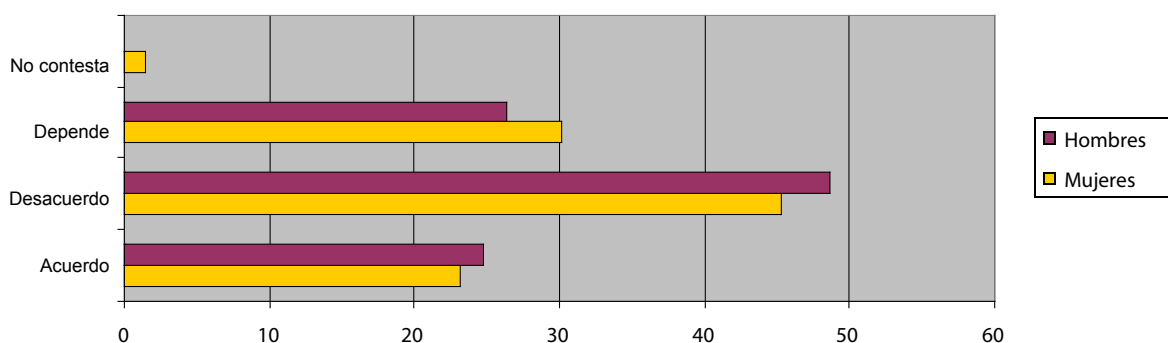
De los cambios experimentados por la sociedad canaria, el que resulta más difícil de asimilar por las personas mayores es el paso desde una sociedad tradicional a una sociedad compleja, debido a las pérdidas que dicho tránsito lleva asociado. Casi una cuarta parte (23,8%) de las personas encuestadas en esta investigación valora positivamente las mejoras asociadas a la calidad de vida y a la libertad, pero la mayoría no llega a comprender el desplazamiento de la solidaridad mecánica en la terminología de durkheimiana (1893). Por ello, ante la pregunta “qué es lo que más echa de menos del pasado” muchas personas (16,9% de la muestra) destacan la tranquilidad, el respeto, la seriedad, la humildad, la convivencia, los valores y las costumbres, el poder dejar la puerta abierta o la confianza en el vecino, y en fin, el modo de vida de las sociedades premodernas. Una cuestión que se confirma al preguntar si creen que la sociedad actual es mejor que la de antes (Gráfica XVII), ya que sólo una tercera parte de los/as encuestados/as lo cree, y aunque son más

**Gráfica XVI. Percepción de seguridad en el municipio por Isla.**



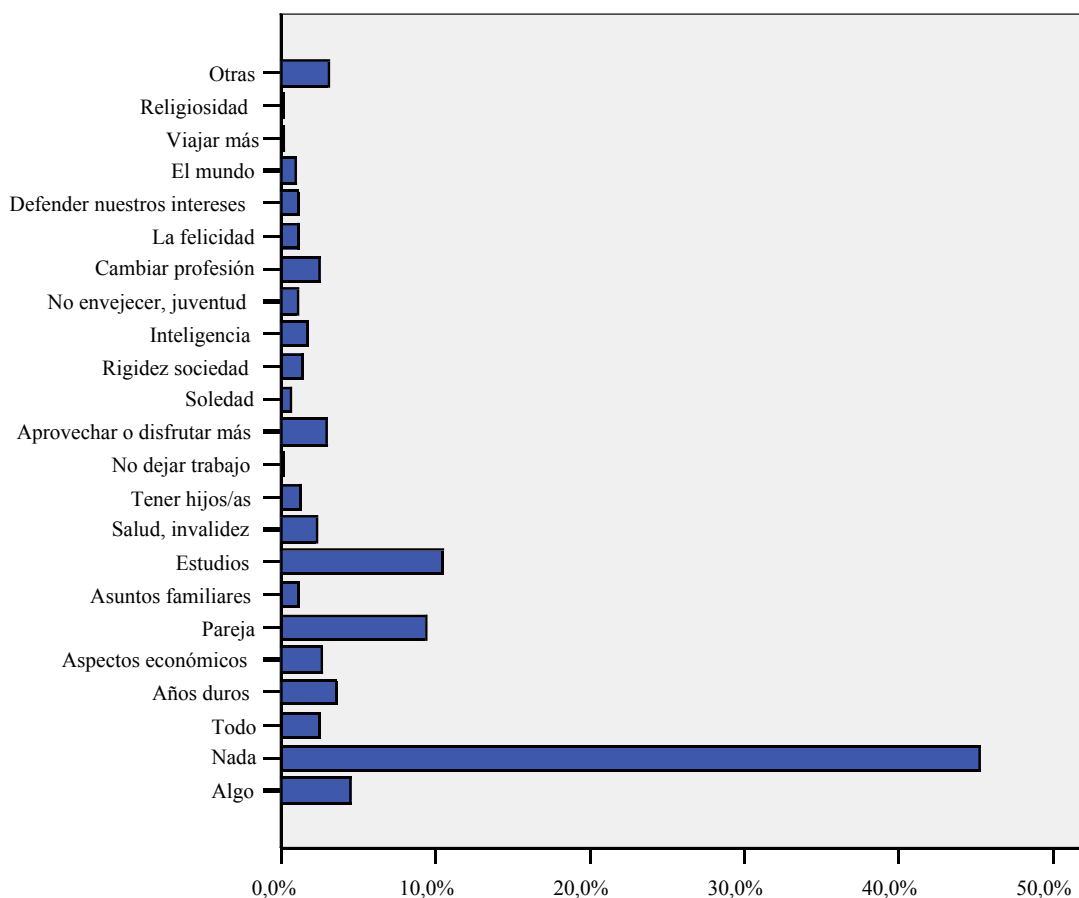
Fuente: Base muestral propia.

**Gráfica XVII. Acuerdo o desacuerdo con la frase “la sociedad actual es mejor que la de antes”.**



Fuente: Base muestral propia.

**Gráfica XVIII. Si volviera a nacer qué cambiaría en su vida.**



Fuente: Base muestral propia.

las mujeres que señalan que depende de los aspectos considerados, las diferencias entre los sexos no son significativas.

Por encima del grupo que echa en falta los citados valores (16,9%), se encuentra otro más amplio (33,6%), que se corresponde con el de quienes echan de menos a sus seres queridos fallecidos. De ellos/as un 37,5% se acuerda específicamente de su pareja, caso en el que las mujeres duplican a los hombres; el resto recuerda además a sus padres, madres, hijos/as e incluso algún nieto/a fallecido. Ligeramente superior (16,3%) es la proporción de quienes no echan absolutamente nada de menos a la de quienes lamentan la pérdida de la juventud o el vigor (15,6%), una proporción a la que se podría añadir la de quienes lamentan la pérdida de la salud (4,5%). También hay quien echa de menos la infancia (2,8%), alguna actividad cuya práctica ha abandonado (2,4%), la actividad laboral (1,9%), los/as amigos/as fallecidos/as (1%), la posición económica (0,7%), e incluso quien lamenta no tener pareja (0,5%) o una vida sexualmente activa (0,2%), entre otros aspectos. En términos generales, las mujeres presentan frecuencias más altas en lo relativo a los seres queridos y los hombres a la pérdida de los citados valores sociales, la juventud o el trabajo. Las proporciones se equiparan en lo relativo a la salud.

A pesar de ello, cerca de la mitad de las personas encuestadas (45,3%) no cambiaría nada en su vida si volvieran a nacer, frente a una exigua proporción que lo cambiaría todo (2,5%) o algo que no quiere precisar (4,5%) (Gráfica XVIII). Relevantes son las proporciones de personas que estudiarían o elevarían su nivel educativo (10,4%), cambiarían de pareja (9,4%), disfrutarían más (3%) o cambiarían de profesión (2,5%). La proporción de los hombres supera a la de las mujeres que no cambiarían nada, y las diferencias son significativas. Los sexos se equiparan al desear cambiar los años duros de la infancia o la posición económica a lo largo de su vida, la imposibilidad de estudiar o la pérdida de la salud. Ellas superan a los hombres, con diferencias significativas, a la hora de desear haber tenido otra pareja, concebir hijos/as o vivir en una sociedad menos rígida. Ellos, en cambio, superan a sus coetáneas en el deseo de cambiar de profesión o defender los intereses insulares.

La mayoría de las personas de la muestra de esta investigación (55,1%) opina que la familia es lo que

mayores satisfacciones le proporciona (Tabla CI). De ellas, el 45% señala a sus nietos/as, el 39% a sus hijos/as y el 16% a la pareja, mientras que sólo un 0,6% cita a sus amigos y amigas. De una serie de opciones ofrecidas, además de las citadas, la de ganar la lotería (9,1%) gana más adhesiones que el deseo de ser útil (6,6%) o viajar a un lugar deseado (3,7%). Los hombres se inclinan más por sus nietos/as, una satisfacción que crece a medida que aumenta la edad; e igualmente presentan mayores frecuencias al referirse a la pareja, los amigos o a la idea de ganar la lotería. Las mujeres presentan frecuencias más altas en la satisfacción relacionada con sus hijos e hijas, independientemente del grupo de edad al que pertenezcan, así como ante la idea de ser útil o viajar. Las personas que han enviudado se refugian por igual en los/as nietos/as y los/as hijos/as. Las mujeres viudas evocan a sus cónyuges, mientras los hombres viudos preferentemente a sus amigos.

**Tabla CI. Qué le produce o produciría, hoy por hoy, más satisfacción, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Nietos/as	22,7	27,2
Hijos/as	24,1	18,6
Cónyuge	5,7	12,6
Amigos/as	0,3	0,9
Ganar lotería	8,1	10,4
Viajar a un lugar deseado	4,4	2,9
Ser útil	7,9	4,9
Otra satisfacción	26,8	22,6

Fuente: Base muestral propia.

Se podría decir que la clásica fórmula “salud, dinero y amor” acapara las preocupaciones de nueve de cada diez personas encuestadas (94,4%) (Tabla CII). La principal preocupación es la salud (63%), seguida de la familia (18,3%) o el temor a ser una carga (3,7%). La muerte (2,9%), la soledad (2,6%) o la salud del cónyuge (2,1%) son otros aspectos considerados. A los varones les preocupa algo más la salud y el dinero que la familia. Tras la salud, a las mujeres solteras les preocupa la familia y a los hombres el dinero o la soledad. Las mujeres viudas, que también nombran a la familia, sienten mayor preocupación ante la idea de ser una carga que los hombres. En general, las mujeres temen más ser una carga y los hombres el rechazo, pero los sexos se

enfrentan en la misma proporción con el temor a la muerte, el rasero que todo lo iguala.

**Tabla CII. Cuál es su principal preocupación, por sexo.**

	Mujer	Hombre
Salud	62,5	63,7
Dinero	1,3	2,0
Familia	18,7	17,7
Cónyuge	1,9	2,4
Soledad	3,0	2,0
Ser un carga	4,7	2,4
Rechazo	0,0	0,4
La muerte	2,9	2,9
Otra preocupación	5,1	6,4

Fuente: Base muestral propia.

Seis de cada diez personas mayores encuestadas (63,8%) manifiesta tener habitualmente intensas ganas de vivir, mientras que el 30,6% dice que sólo las tiene a veces y el resto está falto de ellas (4,4%) o no quiere responder a esta pregunta (1,2%) (Tabla CIII). Al investigar cómo se posiciona la población muestral de la investigación frente a sentimientos tales como las ganas de vivir o frente a aquellos que se contraponen -o al menos menoscaban- las ganas de vivir y que pueden estar relacionados con vivien-

cias negativas relacionadas con situaciones vinculadas a su edad, aparece una clara correlación inversa entre estos dos tipos de sentimientos. Respecto de los relacionados con las ganas de vivir se aprecia un patrón diferencial entre los sexos en el intervalo de edad más joven (65 a 74 años) pues mientras que el 61,3% de las mujeres declara que tiene intensas ganas de vivir, lo hace un 75,6% de los varones, siendo las diferencias significativas. En los subsiguientes grupos de edad, mayores de 74, las diferencias se van suavizando entre los sexos, mientras van disminuyendo las frecuencias, no obstante se mantiene las diferencias favorables a los varones.

Ciertas variables que operativizan unos sentimientos que pueden influir positiva o negativamente sobre las ganas de vivir ofrecen también un patrón diferencial por sexo, de modo que, los hombres declaran tener una actitud positiva ante la vida de manera significativamente más alta que las mujeres para todos los grupos de edad y sienten en menor grado que las mujeres que la soledad, si la tienen, es no elegida. El sentimiento de dependencia, que es casi equiparable entre las/os de menor edad, lo declaran más las mujeres que los hombres conforme aumenta la edad. Y por último, los sentimientos de inutilidad y de tristeza, de falta de ilusiones y de pocas ganas de seguir adelante también son manifestados en mayor proporción por las mujeres mayores que por los hombres mayores (Tablas CIV, CV y CVI).

**Tabla CIII. Suele usted tener frecuentemente intensas ganas de vivir por sexo y grupo de edad.**

		Mujer	Hombre	Total
De 65 a 74	Siempre	61,3	75,6	67,8
	A veces	33,5	20,2	27,5
	Nunca	4,0	2,8	3,5
	Ns/Nc	1,2	1,4	1,3
De 75 a 84	Siempre	55,7	59,8	57,4
	A veces	36,6	33,9	35,5
	Nunca	6,6	3,9	5,5
	Ns/Nc	1,1	2,4	1,6
De 85 y más	Siempre	55,4	63,2	58,3
	A veces	38,5	28,9	35,0
	Nunca	6,2	7,9	6,8

Fuente: Base muestral propia.

**Tabla CIV. Actitudes y sentimientos por sexo y grupo de edad de 65 a 74.**

De 65 a 74		Actitud positiva	Soledad no elegida	Dependencia	Inutilidad	Tristeza	Falta de ilusión	Pocas ganas de seguir
Mujer	Siempre	62,7	8,4	5,8	5,5	9,5	7,5	4,3
	A veces	32,1	31,2	19,4	20,2	62,1	47,4	28,9
	Nunca	4,3	59,2	73,1	73,1	26,9	43,9	65,3
	Ns/Nc	0,9	1,2	1,7	1,2	1,4	1,2	1,4
Hombre	Siempre	74,6	3,8	5,6	3,5	4,2	3,5	2,8
	A veces	20,2	18,5	12,2	15,3	43,9	32,8	15,7
	Nunca	3,3	76,0	80,1	80,8	51,6	63,4	81,2
	Ns/Nc	1,7	1,7	2,1	0,3	0,3	0,3	0,3

**Tabla CV. Actitudes y sentimientos por sexo y grupo de edad de 75 a 84.**

De 75 a 84		Actitud positiva	Soledad no elegida	Dependencia	Inutilidad	Tristeza	Falta de ilusión	Pocas ganas de seguir
Mujer	Siempre	60,7	12,0	10,4	5,5	10,9	9,8	8,2
	A veces	30,1	36,6	25,1	31,7	67,8	50,8	28,4
	Nunca	8,2	50,8	63,9	61,2	21,3	38,8	63,4
	Ns/Nc	1,1	0,5	0,5	1,6	0,0	0,5	0,0
Hombre	Siempre	64,6	10,2	3,9	3,1	5,5	5,5	5,5
	A veces	29,1	26,0	24,4	17,3	54,3	44,1	25,2
	Nunca	4,7	59,8	70,1	77,2	37,0	48,8	66,1
	Ns/Nc	1,6	3,9	1,6	2,4	3,1	1,6	3,1

**Tabla CVI. Actitudes y sentimientos por sexo y grupo de edad de 85 y más años.**

De 85 y más		Actitud positiva	Soledad no elegida	Dependencia	Inutilidad	Tristeza	Falta de ilusión	Pocas ganas de seguir
Mujer	Siempre	50,8	10,8	18,5	10,8	10,8	7,7	3,1
	A veces	44,6	40,0	30,8	41,5	64,6	56,9	36,9
	Nunca	3,1	49,2	50,8	47,7	24,6	35,4	60,0
	Ns/Nc	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hombre	Siempre	65,8	2,6	5,3	2,6	5,3	2,6	2,6
	A veces	31,6	21,1	18,4	21,1	57,9	57,9	34,2
	Nunca	2,6	76,3	76,3	76,3	36,8	39,5	63,2
	Ns/Nc	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Base muestral propia.

Todas estas variables presentan una correlación, positiva o negativa, significativa con el sentimiento de intensas ganas de vivir. Así, cuanto mayor es la actitud positiva ante la vida más se declara que se tienen intensas ganas de vivir. Cuanto más se declara que se percibe la soledad como no elegida, que se tienen sentimientos de dependencia o de inutilidad, tristeza, falta de ilusiones y pocas ganas de seguir, menos probable es tener intensas ganas de vivir (Tabla CVII).

Ahora bien, de cada diez personas mayores de la muestra, ocho se sienten razonablemente feliz (78,7%), y la mayoría (58,5%) considera que esta

etapa de su vida es igual que cualquiera otra (Tabla CVIII). Sin embargo, respecto del sentimiento de felicidad la proporción masculina es más alta que la femenina (84,1% frente a 74,6%); del mismo modo que la proporción de mujeres que piensa que la vejez es una etapa menos positiva que el resto (37 %) es mayor que la de los hombres (27%). Existe una correlación positiva significativa entre el sentirse razonablemente feliz y el sentir que es una época más positiva o menos que las anteriores (Índice Gamma para las mujeres de 0,731 y para los hombres de 0,820; e Índices para los grupos de edad, de 65 a 74 de 0,761, de 75 a 84 de 0,780 y para mayores de 84 de 0,723).

**Tabla CVII. Correlaciones actitudes y sentimientos por sexo (Índice Gamma).**

		Actitud positiva	Soledad no elegida	Dependencia	Inutilidad	Tristeza	Falta de ilusión	Pocas ganas de seguir
Mujer	Intensas ganas de vivir	0,904	0,438	0,388	0,483	0,607	0,683	0,690
Hombre		0,868	0,279	0,359	0,430	0,518	0,611	0,605

Fuente: Base muestral propia.

**Tabla CVIII. Sentimiento de felicidad por valoración de esta etapa, por grupo de edad y sexo.**

Etapa	De 65 a 74					
	Mujer			Hombre		
	Feliz	Indiferente	Infeliz	Feliz	Indiferente	Infeliz
Más	12,8	1,9	0	9,2	0	0
Igual	65,8	40,7	15,4	74,7	57,7	8,3
Menos	21,4	57,4	84,6	16,1	42,3	91,7
Total	76,9	15,6	7,5	86,8	9,1	4,1
De 75 a 84						
	Feliz	Indiferente	Infeliz	Feliz	Indiferente	Infeliz
Más	9,9	2,7	0	8,1	0	0
Igual	59,8	29,7	0	66,7	20	12,5
Menos	30,3	67,6	100	25,2	80	87,5
Total	72,1	20,2	7,7	78	15,7	6,3
De 85 y más						
	Feliz	Indiferente	Infeliz	Feliz	Indiferente	Infeliz
Más	11,1	0	0	21,9	0	0
Igual	51,1	33,3	20	56,2	25	0
Menos	37,8	66,7	80	21,9	75	100
Total	69,2	23,1	7,7	84,2	10,5	5,3

Fuente: Base muestral propia.

### 11.6. Los itinerarios de envejecimiento en Canarias. Componentes principales explicativos.

PUGA GONZÁLEZ (2007: 29) enumerando los factores que se han ido destacando en las investigaciones más recientes sobre las “trayectorias de envejecimiento” más exitosas, relaciona los altos niveles de educación e ingresos, la práctica de hábitos saludables como el ejercicio físico, y el rechazo a comportamientos nocivos tales como el tabaquismo o un alto consumo de alcohol. Factores a los que se han sumado otros psicosociales como la autoeficacia, la ausencia de depresión y una buena salud autopercebida y, en las últimas décadas, los aspectos relacionales, que incluyen la integración social y unas fuertes relaciones sociales.

En esta investigación se distinguen diferentes trayectorias de envejecimiento que se dibujan a través de dos variables que la sintetizan, a saber, si se siente feliz y si valora positivamente o no esta etapa de la vida. Del resultado de la combinación de los distintos posicionamientos ante estas dos cuestiones vitales se ha procedido a realizar una clasificación de los individuos de la muestra. Para ello se ha utilizado un análisis de Conglomerados “K-Medias” testándose las distintas combinaciones posibles, partiendo del máximo (18) a las que hay que quitarle las (3) que son redundantes. De las dieciocho combinaciones sólo hay ocho conglomerados que incluyan sujetos, y de estos ocho hay dos en los que el porcentaje de adscritos es menor de 1%; así aparecen seis conglomerados de los que uno tiene una adscripción menor de 0,2% (2 sujetos) y otro

**Tabla CX. Historial de iteraciones(a).**

Iteración	Cambio en los centros de los conglomerados			
	1	2	3	4
1	,772	,000	,000	,000
2	,195	,022	,340	,104
3	,000	,000	,000	,000

(a) Se ha logrado la convergencia debido a que los centros de los conglomerados no presentan ningún cambio o éste es pequeño. El cambio máximo de coordenadas absolutas para cualquier centro es de ,000. La iteración actual es 3. La distancia mínima entre los centros iniciales es de 1,414.

resulta confuso. Lo anterior lleva a determinar cuatro conglomerados que se corresponden con cuatro trayectorias de envejecimiento. Se exponen a continuación los resultados del análisis de conglomerados “K-Medias” y las trayectorias de satisfacción, continuidad, adaptación y abatimiento.

**Tabla CXI. Itinerarios de envejecimiento.**

Itinerario de Envejecimiento		%
Grupo Satisfecho	Conglomerado 2	8,8
Grupo Continuidad	Conglomerado 1	57,8
Grupo Adaptación	Conglomerado 3	27,0
Grupo Abatido	Conglomerado 4	6,4
Total		100,0

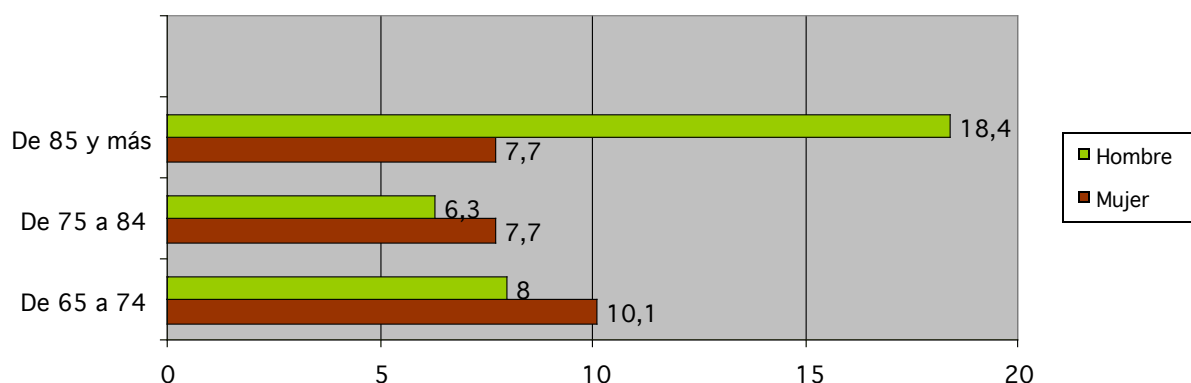
**Tabla CIX. Centros iniciales de los conglomerados.**

Variables	Conglomerados			
	1	2	3	4
Sentirse razonablemente feliz	Indiferente	Feliz	Feliz	Infeliz
Valorar etapa tan positiva o no	Igual	Más	Menos	Menos

Fuente: Base muestral propia.

**Grupo Satisfecho (Conglomerado 2).** Al grupo lo define una visión de la vejez que la considera más positiva que las etapas anteriores y no se siente infeliz. Éste es el tercer grupo en importancia numérica e incluye al 8,8 % de la muestra, no existiendo diferencias significativas entre sexos (9,1% de las mujeres y 8,4% de los hombres). En las mujeres los porcentajes van disminuyendo con la edad, no ocurre así para los hombres, en el grupo de varones de 85 y más el porcentaje se duplica.

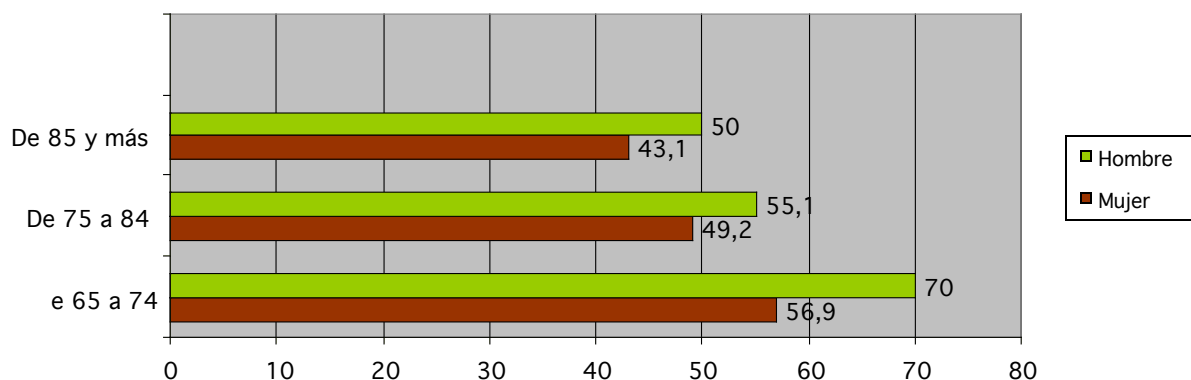
**Gráfica XIX. Grupo satisfecho.**



Fuente: Base muestral propia.

**Grupo de Continuidad (Conglomerado 1).** Definido por aquellas personas que opinan que la vejez es una etapa igual que las anteriores y no se sienten infelices, es el grupo en el que se encuentra la mayoría de la muestra (el 57,8%), exactamente un 64,2 % de los hombres y un 53,0 % de las mujeres. Las diferencias encontradas entre los sexos son estadísticamente significativas. Este grupo es el que más peso tiene en todos los grupos de edad, pero fundamentalmente en los más jóvenes, 65-74 años.

**Gráfica XX. Grupo de continuidad.**

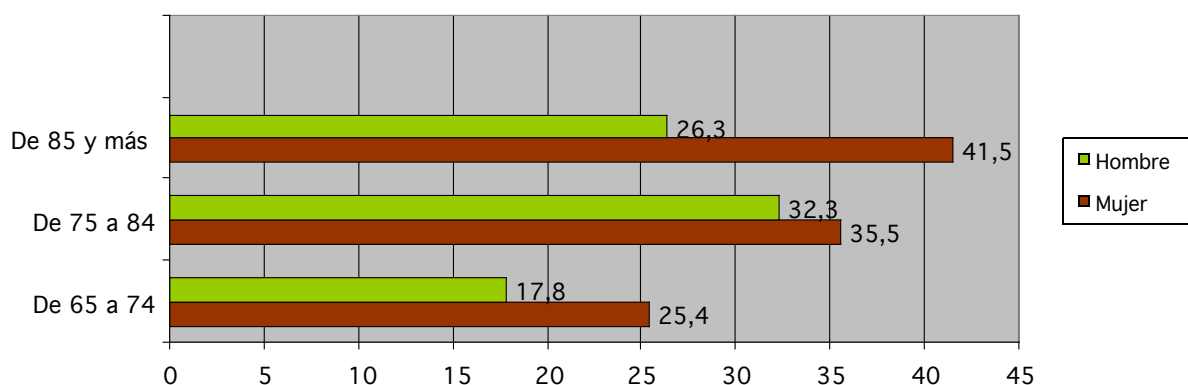


Fuente: Base muestral propia.



**Grupo de Adaptación (Conglomerado 3).** Definido sobre una visión de la vejez que considera que es una etapa menos positiva pero no se siente infeliz, incluye cerca de una cuarta parte de la muestra (27,0 %), con diferencias significativas entre los varones (22,6 %) y las mujeres (30.3 %). Este grupo va tomando mayor representación al ir aumentando la edad, sobre todo en las mujeres, equiparándose al de continuidad entre las mujeres de 85 y más años.

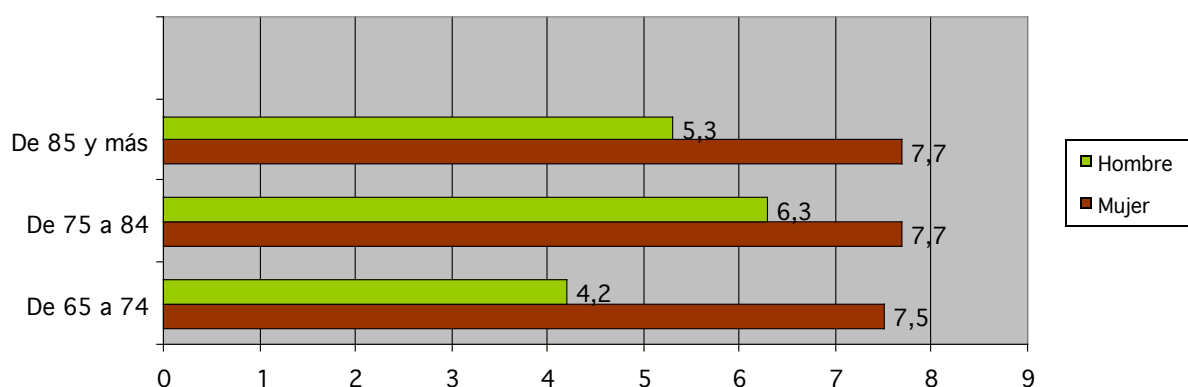
**Gráfica XXI. Grupo de adaptación.**



Fuente: Base muestral propia.

**Grupo Abatido (Conglomerado 4).** Definido por tener una visión de la vejez a la que consideran como una etapa menos positiva o igual y en la que se manifiestan infelices, es el grupo con menor entidad e incluye a un 6,4% de la muestra. Aunque el porcentaje de las mujeres es mayor que el de los hombres (7,6% frente a 4,9%), las diferencias no son significativas. Las proporciones se mantienen más o menos constantes en todos los grupos de edad, si bien las mujeres las presentan mayores.

**Gráfica XXII. Grupo abatido.**



Fuente: Base muestral propia.

**Tabla CXII. Variables utilizadas en el Análisis factorial.**

	N del análisis	N perdidas
Historia laboral	1.046	0
Influencia sobre la autovaloración del retiro laboral	585	461
Realización de algún tipo de actividad continuada en el momento actual	620	426
Número de horas dedicadas al trabajo doméstico en la actualidad	848	198
Auto-percepción del estado de salud	1.046	0
Dolencia en los últimos 12 meses que haya limitado la actividad habitual	1.046	0
Seguimiento de tratamiento médico en la actualidad	1.046	0
Necesitar ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria (AVD-B)	1.046	0
Necesitar ayuda para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AVD-I)	1.046	0
Necesitar ayuda para realizar actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria	1.046	0
Prestar Ayuda a alguna persona dependiente	1.046	0
Tiene hijas y/o hijos	1.046	0
Tiene nietas y/o nietos	1.046	0
Vive acompañado/a o no por la pareja	1.046	0
Valoración sobre la convivencia en la relación de pareja	964	82
Valoración sobre la vida sexual	955	91
Participación en alguna asociación	1.046	0
Valoración del tiempo libre del que dispone en esta etapa de la vida	1.046	0
Modo de llegar a fin de mes con los ingresos que dispone	1.046	0
Tiene sentimientos como intensas ganas de vivir	1.046	0
Se siente o no viejo/a	1.046	0
Ingresos propios	978	68
Nivel de estudios	1.046	0
Sexo entrevistada/o	1.046	0
Grupo de edad	1.046	0
Tamaño del municipio	1.046	0
Pertenencia a uno de los "Modelo de Envejecimiento" definido en esta investigación	1.046	0

Seleccionado el Análisis Factorial como una forma apropiada de identificar un pequeño número de factores que puedan representar un conjunto de variables interrelacionadas, se ha elegido como método de extracción el Análisis de Componentes Principales (ACP, en adelante), con el objetivo de obtener una serie de componentes expliquen el máximo de varianza total de las variables originales. La inclusión del número de casos en cada una de las variables consideradas (que se exponen en la página siguiente) se ha decidido por la técnica de exclusión de los valores perdidos según pareja (Exclude cases pairwise).

Como fase previa a la extracción de los componentes se ha comprobado la bondad de la elección de las variables y la adecuación del planteamiento de análisis. De modo que en la fase de comprobación se ha analizado:

- la matriz de correlaciones y su significación.
- la KMO y la prueba de Bartlett.
- las matrices anti-imagen de covarianzas y correlaciones.

En la matriz de correlaciones se evidencia que todas las variables tienen varios pares de coeficientes de

**Tabla CXIII. Índice KMO y test de Bartlett.**

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,701
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3466,093
	gl	35
	Sig.	,000

correlación altamente significativos, con un determinante de la matriz de correlaciones de 0,000.

El índice KMO resulta de la comparación de los coeficientes de Pearson con los coeficientes de correlación parcial entre variables, en el caso de que el índice sea próximo a la unidad resulta que la utilización del AF es adecuada para explicar la varianza

de los datos. El test de Bartlett permite verificar si la matriz de correlaciones es una matriz de identidad, de serlo estaría desaconsejado realizar un AF de los datos. Cuanto mayor sea el valor del Chi cuadrado, y por tanto la significatividad menor, con más fuerza se puede rechazar la hipótesis de que se trata de una matriz de identidad. El resultado del índice KMO y el test de Bartlett se exponen en la tabla siguiente:

**Tabla CXIV. Coeficientes de Medidas de adecuación muestral.**

Pares de variables	MAM
Historia laboral	,736
Influencia sobre la autovaloración del retiro laboral	,726
Realización de algún tipo de actividad continuada en el momento actual	,572
Número de horas dedicadas al trabajo doméstico en la actualidad	,737
Auto-percepción del estado de salud	,825
Dolencia en los últimos 12 meses que haya limitado la actividad habitual	,828
Seguimiento de tratamiento médico en la actualidad	,769
Necesitar ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria (AVD-B)	,825
Necesitar ayuda para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AVD-I)	,665
Necesitar ayuda para realizar actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria	,660
Prestar Ayuda a alguna persona dependiente	,593
Tiene hijas y/o hijos	,524
Tiene nietas y/o nietos	,528
Vive acompañado/a o no por la pareja	,600
Valoración sobre la convivencia en la relación de pareja	,588
Valoración sobre la vida sexual	,604
Participación en alguna asociación	,755
Valoración del tiempo libre del que dispone en esta etapa de la vida	,757
Modo de llegar a fin de mes con los ingresos que dispone	,741
Tiene sentimientos como intensas ganas de vivir	,843
Se siente o no viejo/a	,863
Ingresos propios	,762
Nivel de estudios	,768
Sexo entrevistada/o	,678
Grupo de edad	,776
Tamaño del municipio	,473
Pertenencia a uno de los "Modelo de Envejecimiento" definidos en esta investigación	,837

Las matrices anti-imagen son los negativos de los coeficientes de correlación parcial en los que se ha neutralizado el efecto del resto de variables. Cuanto más pequeños sean los valores tanto mejor, ya que las variables utilizadas deben cumplir el presupuesto de estar intercorrelacionadas. Los coeficientes MAM o medidas de adecuación muestral son los valores de la diagonal de la matriz de correlación anti-imagen y se presentan en la tabla que aparece a continuación. Los coeficientes MAM representan lo que el KMO, pero para cada variable por separado. La interpretación de sus resultados es similar a la del KMO.

Los resultados obtenidos tras esta fase aportan:

- Unos Coeficientes de Correlación de Pearson

con alta significatividad en su mayoría.

- El determinante de la matriz de correlaciones bajo (0,000).
- El índice KMO de 0,701, por encima de 0,70 el KMO es considerado bastante aceptable.
- El test de Bartlett con un Chi-cuadrado de 3466,09 y  $p=0,000$ .
- En las matrices anti-imagen valores muy bajos.
- Unas Medidas de Adecuación Muestral (MAM) en la matriz de correlación anti-imagen bastante elevados para la mayoría de variables.

Todos estos resultados permiten concluir que el ACP es pertinente y las conclusiones que se extraigan serán satisfactorias.

**Tabla CXV. Método de extracción. Análisis de Componentes principales.**

Comunalidades	Inicial	Extracc
Historia laboral	1,000	,674
Influencia sobre la autovaloración del retiro laboral	1,000	,334
Realización de algún tipo de actividad continuada en el momento actual	1,000	,623
Número de horas dedicadas al trabajo doméstico en la actualidad	1,000	,518
Auto-percepción del estado de salud	1,000	,613
Dolencia en los últimos 12 meses que haya limitado la actividad habitual	1,000	,514
Seguimiento de tratamiento médico en la actualidad	1,000	,606
Necesitar ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria (AVD-B)	1,000	,613
Necesitar ayuda para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AVD-B)	1,000	,877
Necesitar ayuda para realizar actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria	1,000	,907
Prestar Ayuda a alguna persona dependiente	1,000	,459
Tiene hijas y/o hijos	1,000	,858
Tiene nietas y/o nietos	1,000	,854
Vive acompañado/a o no por la pareja	1,000	,652
Valoración sobre la convivencia en la relación de pareja	1,000	,725
Valoración sobre la vida sexual	1,000	,715
Participación en alguna asociación	1,000	,441
Valoración del tiempo libre del que dispone en esta etapa de la vida	1,000	,504
Modo de llegar a fin de mes con los ingresos que dispone	1,000	,408
Tiene sentimientos como intensas ganas de vivir	1,000	,510
Se siente o no viejo/a	1,000	,454
Ingresos propios	1,000	,634
Nivel de estudios	1,000	,501
Sexo entrevistada/o	1,000	,772
Grupo de edad	1,000	,535
Tamaño del municipio	1,000	,600
Pertenencia a uno de los "Modelo de Envejecimiento" definidos en esta investigación	1,000	,536

El citado Análisis de Componentes Principales (ACP) es un método de síntesis de la información o reducción de la dimensión (del número de variables) sin perder información clave. El método extrae unos componentes principales que son una combinación lineal de todas las variables, y además son independientes entre sí- De forma que el primer componente principal extraído sea una combinación que explique la mayor proporción de varianza de la muestra; el segundo la segunda mayor, que no es recogida por el primero; y así sucesivamente, hasta llegar a la explicación del total de la varianza con un

número de componentes que no será nunca mayor al número total de variables utilizadas.

El ACP permite reducir el número de variables interrelacionadas, y que por lo tanto contienen información redundante, a un número inferior de Componentes Principales no correlacionados que explique el máximo de la variabilidad total. Si se utilizasen tantos componentes como variables, cada variable podría ser explicada por ella misma, por lo que las comunalidades iniciales siempre son igual a la unidad (expresada en unidades de desviación estandarizada).

**Tabla CXVI. Varianza total explicada por los 9 Componentes principales extraídos.**

C	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,128	15,289	15,289	4,128	15,289	15,289	2,720	10,074	10,074
2	2,488	9,213	24,502	2,488	9,213	24,502	2,482	9,192	19,266
3	1,916	7,098	31,600	1,916	7,098	31,600	1,810	6,702	25,968
4	1,565	5,795	37,395	1,565	5,795	37,395	1,805	6,685	32,653
5	1,456	5,392	42,787	1,456	5,392	42,787	1,787	6,619	39,272
6	1,371	5,078	47,865	1,371	5,078	47,865	1,563	5,788	45,061
7	1,277	4,731	52,596	1,277	4,731	52,596	1,461	5,411	50,472
8	1,169	4,328	56,924	1,169	4,328	56,924	1,445	5,351	55,823
9	1,070	3,963	60,886	1,070	3,963	60,886	1,367	5,063	60,886
10	,984	3,645	64,531						
11	,882	3,268	67,800						
12	,871	3,227	71,026						
13	,778	2,882	73,909						
14	,772	2,859	76,768						
15	,734	2,718	79,486						
16	,708	2,623	82,108						
17	,669	2,476	84,584						
18	,640	2,369	86,954						
19	,579	2,145	89,099						
20	,565	2,094	91,193						
21	,503	1,863	93,056						
22	,487	1,803	94,859						
23	,439	1,628	96,486						
24	,406	1,505	97,991						
25	,275	1,020	99,011						
26	,244	,902	99,913						
27	,023	,087	100,00						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

zadas). Al estar los componentes in-correlacionados (son ortogonales) cada uno de ellos va a contribuir de forma independiente a explicar una parte de la varianza de cada variable. La variabilidad explicada en cada variable por los componentes principales extraídos por el sistema será la Comunalidad extraída.

El sistema extrae por defecto, del total de factores que explican la totalidad de la variabilidad, aquellos con valores propios (autovalores en la tabla) superiores a 1. En este análisis se extraen 9 Componentes Principales. Estos explican la variabilidad en un 60,886%. La tabla que se presenta a continuación refleja los porcentajes de varianza explicada por

cada uno de los componentes, tanto para la solución rotada como la no rotada. Este porcentaje de explicación es considerado aceptable en la literatura científica.

Las dos tablas siguientes presentan las saturaciones factoriales que cada variable tiene en cada factor. La primera matriz corresponde a los componentes no rotados y la segunda a los componentes rotados. Se ha utilizado una salida del sistema que ordena las variables según el peso factorial que tengan en el primer componente y para que la lectura de la tabla sea más clara se ha elegido una opción en la que el sistema elimina los valores inferiores a 0,10.

**Tabla CXVII. Matriz de componentes principales no rotados.**

	Componentes								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
AVD-B y AVD	,788	,224		,307	,230	,101	-,203	,177	
AVD-I	,772	,216		,311	,228	,104	-,205	,165	
AVD-B	,650	,245		,203	,156		-,172	,157	
Auto-percepción salud	-,582		,279	,150		-,260	-,150	,286	
Se siente viejo/a	-,497			,262	,313	,130			,106
Modelo envejecimiento	-,481			,264		,109			,444
Dolencia act. habitual	,419		-,300		,145	,278	,138	-,330	,117
Sexo entrevistada/o	,403	-,675	,217	,242		-,138	,100		
Horas tr. Doméstico		,651		-,112		-,106	-,221	,117	
Historia laboral	-,394	,648	-,143	-,218				-,114	
Ingresos propios	,360	-,625			-,198	,134		,150	,181
Valoración tpo. libre	-,289	-,487	,125	,148	,195	,192	-,222		-,145
Tiene hijas e hijos	,107	,183	,816	-,104		,314		-,129	,117
Tiene nietas/os		,193	,801	-,169		,365			
Acompañado/a	,309		,465			-,374		-,310	-,313
Llega a fin de mes	-,313	,194		,403	,106	-,302			
Convivencia	-,176	,212		,479	-,602	,195			-,108
Vida sexual	-,208	,210		,499	-,511	,257	,121		-,175
Nivel de estudios	,311	-,263			-,453		-,243		,243
Presta ayuda		-,146	-,106	,114	,191	,478		,144	-,349
Grupo de edad	-,355	-,239		-,309	,189	,411		,186	
Actividad actual	,227						,663	,167	,304
Tamaño municipio		,118		,242	,325		,614	,178	-,102
Tratamiento médico	,379		-,253		-,107	,191	,191	-,558	
Participa asociación	-,248			,231	,228	,121	-,174	-,426	-,216
Autovaloración retiro	,189	,117	-,205	-,229	-,100	,226		,287	-,215
Ganas de vivir	-,399			,250	,112		-,133	-,165	,471

Método de extracción: Análisis de componentes principales. 9 componentes extraídos

Tabla CXVIII. Matriz de componentes rotados.

	Componentes								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
AVD-B y AVD	,920		,180		-,136				
AVD-I	,906		,179		-,122				
AVD-B	,752		,110		-,126				
Sexo entrevistada/o	,139	,825			-,105	-,131		-,192	
Historia laboral	-,166	-,780			,112		,110		
Ingresos propios		,670					-,301	,191	-,203
Horas tr. doméstico	,306	-,616	-,109		-,128				
Tratamiento médico			,751					-,125	
Auto-percepción salud	-,216		-,687		,227		,107		,107
Dolencia act. habitual	,249		,661						
Tiene hijas e hijos				,917					
Tiene nietas/os				,915					
Ganas de vivir					,699				
Modelo envejecimient.	-,142		-,139		,697				
Se siente viejo/a	-,144		-,160		,490		,312	,160	,201
Convivencia						,844			
Vida sexual						,835			
Tamaño municipio							,738		-,217
Nivel de estudios		,254					-,614		-,186
Acompañado/a		,192		,260	-,358	-,111		-,604	,170
Grupo de edad	-,332					-,167	,105	,602	
Presta Ayuda	,104	,146				,107	,179	,481	,375
Autovaloración retiro	,104	-,122			-,372			,385	
Llega a fin de mes		-,136	-,239	-,144	,219	,183	,330	-,333	,103
Actividad actual		,124	,179				,343		-,672
Participa asociación			,157		,203		,148	-,108	,571
Valoración tpo. libre	-,142	,384	-,225		,210			,211	,440

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. La rotación ha convergido en 10 iteraciones.

La rotación pretende ofrecer una mejor interpretación del sentido y significado de los componentes. Varimax es un procedimiento ortogonal que intenta minimizar el número de variables que aparecen en cada componente con saturaciones elevadas.

En la interpretación de los componentes se ha de tener en cuenta tanto el signo como la magnitud de las correlaciones parciales de cada variable en cada factor. Una condición facilitadora para su interpretación es que no existan componentes principales con coeficientes similares, debiendo existir alguna variable cuya correlación parcial sea elevada en el componente.

- El primer Componente Principal está claramente referido a la autonomía, a una vida libre de dependencia, satura en el modelo de envejecimiento definido como “satisfecho”; comprende a más hombres que a mujeres y corresponde a los grupos de edad más jóvenes.
- El segundo Componente Principal está referido a una masculinidad hegemónica, dado que las variables que más saturan son la del sexo varón, con historia laboral, en los que la jubilación mermó su autoestima, que no dedica tiempo al trabajo doméstico, que estima que tiene mucho tiempo libre y llega holgadamente a fin de mes.

- El tercer Componente Principal está definiendo al grupo con buena salud, sin dolencias que le impidan llevar su vida, que no siguen tratamientos médicos, no dedica mucho tiempo al trabajo doméstico, no siente que tiene mucho tiempo libre, no se siente viejo/a, no participa demasiado en asociaciones y satura cerca del modelo de envejecimiento definido como de “continuidad”.
- El cuarto Componente Principal está referido claramente a la familia, esto es, hijos/as y nietos/as, pues mayoritariamente ha perdido a la pareja.
- El quinto Componente Principal tiene que ver con una vejez con dependencia, con una mala salud, sentimientos de ser viejos/as, con pocos ingresos propios, poca participación comunitaria, no llega a fin de mes, comprende a más mujeres que a hombres y se corresponde con el modelo de envejecimiento “abatido”
- El sexto Componente Principal caracteriza a la insatisfacción en las relaciones de pareja y sexuales. Es un componente preferentemente femenino, que vive más en pareja que en soledad, llega mal a fin de mes y corresponde a los grupos de edad jóvenes e intermedios.
- El séptimo Componente Principal está marcado por la escasez de recursos económicos, con unos bajos niveles de estudios, una mala historia laboral, pocos ingresos propios y no llega a fin de mes. Además vive en municipios de tamaño pequeño, autopercibe una mala salud propia, se siente viejo/a y no participa en asociaciones.
- El octavo Componente Principal corresponde a quienes se adaptan frente a la adversidad, pues caracteriza a las personas mayores, más mujeres que hombres, que viven en pareja, llegan bien a fin de mes aunque tiene pocos ingresos propios, siguen algún tratamiento médico y se sienten viejas/os.
- El noveno Componente Principal es un modelo próximo al abatido pero que se encuentra en los mayores núcleos poblacionales, se caracteriza por unos bajos niveles de estudios, no realizar ninguna actividad de manera continuada, escasos ingresos propios, tiene una percepción del estado de salud regular, se siente viejo, están solos, tienen mucho tiempo libre y no participa en asociación alguna.

De los resultados obtenidos en el análisis descriptivo realizado en los diferentes capítulos de esta tesis y de la articulación de los itinerarios de envejecimiento se deriva el rechazo de la hipótesis que sostenía que las mujeres en esta etapa de la vida pueden acceder a una autorrealización postergada, puesto que son las mujeres las que presentan una peor autopercepción de salud, mayor dependencia invalidante, mayor sentimiento de soledad, mayor depauperización o menor tasa de participación social, mientras los varones presentan en todos los itinerarios de envejecimiento posiciones de ventaja. Por tanto, son los hombres los que viven mejor esta etapa del ciclo vital.

En cambio, queda probada la subhipótesis que apuntaba que la realidad de las personas mayores dista de la uniformidad, en tanto que determinadas variables, entre las que destacan el sexo, la edad, el nivel de estudios, la historia laboral, el nivel de ingresos, la familia y la forma misma de encarar la vejez segmentan a esta población en estratos muy diferentes. Los Componentes Principales extraídos señalan claramente cómo la etiqueta “personas mayores” reúne a subgrupos diferentes caracterizados por la biografía personal, siendo el más importante el que marca la conservación de la autonomía. El segundo está asociado a aquellos privilegios de ser varón en una sociedad tradicional. El tercer componente señala la continuidad en lo relativo a la salud y la ausencia de pérdidas. El cuarto apunta a la familia, y especialmente a los/as descendientes.

Ciertos componentes que explican una parte de la variabilidad muestran signos negativos, como el quinto ligado a las pérdidas de salud y autonomía; el sexto asociado a la insatisfacción en la convivencia y las relaciones sexuales; el séptimo vinculado a la falta de recursos económicos y el noveno unido a la soledad. Mientras que el octavo, a modo de puente, muestra la capacidad de adaptarse a la adversidad. Precisamente lo antedicho prueba la última subhipótesis que afirmaba que las experiencias biográficas están claramente sexuadas, y responden a las pautas de una cultura androcéntrica que ofrece mayores prerrogativas al sexo masculino, lo que se hace patente en el análisis multivariante, dado que los Componentes Principales que representan lo negativo aparecen asociados al ser mujer.



## **CAPÍTULO 12**

### **CONCLUSIONES**

## CAPÍTULO 12

### CONCLUSIONES

La transición demográfica, iniciada en el siglo XIX, se consumó favorecida por la reducción de la mortalidad prematura, lo que produjo una explosión que alcanzó su plenitud en la segunda mitad del siglo XX, hasta que la reducción de las tasas de natalidad y mortalidad trajeron aparejado un nuevo fenómeno: el envejecimiento demográfico. Estas cada vez más abultadas generaciones de mayores han asistido al acelerado proceso de cambio no sólo demográfico, sino político, económico, tecnológico, social y cultural que ha experimentado la sociedad española durante el recién finalizado siglo XX. Los varones canarios y, especialmente las mujeres canarias mayores, educados en su infancia y adolescencia en sociedades en las que primaba la solidaridad orgánica, bajo un rígido modelo clasista y sexista, apoyado en la división de los espacios y de los derechos y deberes asociados a ellos, han presenciado a la par que han protagonizado esta evolución, participando de la alteración de un orden que parecía inmutable. Tales cambios han operado variaciones en la imagen de una persona mayor conservadora, religiosa, austera, intransigente y carente, superponiendo otra en la que aparecen también personas más aperturistas, permisivas y secularizadas, diversas y heterogéneas.

La vivencia de la propia vejez se construye en un contexto sociocultural que se levanta sobre un modo de producción, que se articula a su vez con dispositivos institucionales, y sobre el que se superpone un universo simbólico. La imagen de la vejez se ha ido optimizando a medida que han aumentado los años de vida sin discapacidad, mejorado las condiciones de vida, e incrementado la participación y protagonismo de estas personas en la sociedad. Pero indudablemente es la vejez la etapa del ciclo vital en la que se evidencia, más que en ninguna otra, que el ser humano es un complejo bio-psico-sociocultural. De modo que un ser humano con un cuerpo que comienza a perder lozanía, en el que reside una personalidad bien definida, muchas veces extraordinaria, que ha conseguido el logro de dar respuesta a casi

todos los enigmas que plantea la vida, la cultura y la sociedad en la que cada quien nace, se sitúa frente a una sociedad productivista y consumista, volcada en la circulación de información e imágenes, afanada en mostrar la vitalidad y la eterna juventud, y que precisamente por los signos que evidencian sus pérdidas le desplaza hacia la periferia, lejos de los modelos que propone, porque no corresponde a la imagen narcisista que esa sociedad tiene de sí. Los estereotipos de la vejez se levantan aún en el imaginario colectivo sobre unas personas mayores que son víctimas del cambio, incapaces intelectuales o seres anticuados.

La autosuficiencia de los/as jóvenes en un mundo cada vez más urbano, cualificado, tecnificado y dinámico impregna la imagen de las personas mayores con un halo de devaluación, dado que están alejadas de la vida productiva y reproductiva biológica, disponen de menores niveles educativos, han visto mermado su poder adquisitivo y gravitan en el entorno del hogar. Sin embargo, el fenómeno del envejecimiento demográfico y de la vejez -su importancia social y económica, así como vivencial- implican a toda la sociedad, pues es un complejo que guarda relación con el crecimiento económico, los sistemas de atención de la salud, las medidas de protección social, el mercado de trabajo, la participación, la calidad de vida, las familias y las comunidades.

Estigmatizados o invisibilizados su presencia gana cada vez más peso en la sociedad y su contribución a la reproducción sociocultural continúa siendo fundamental a través del intercambio generacional al que aportan servicios de cuidado, así como tiempo y esfuerzo, apoyo afectivo o económico, dejando obsoleta la capacidad explicativa de las Teorías de la desvinculación y las Teorías de la actividad, y haciendo pausable la explicación de las Teorías del curso vital que acentúan la diversidad de experiencias frente a la inevitable dependencia y las experiencias colectivas frente a las actitudes individualistas. El

“Enfoque dinámico del curso vital” muestra mayor adecuación en tanto que afirma que la diversidad está condicionada tanto por las limitaciones estructurales como por las culturales, así como por el peso de las categorías sociales que conforman las experiencias vitales de distintos grupos de individuos en etapas concretas de sus vidas. Algo que se ha hecho patente siguiendo la línea de investigación integral que iniciaran ARBER Y GINN (1996), al considerar imprescindible el análisis el ámbito de lo público y el de lo privado y la significación de la presencia de los sexos en uno u otro.

La realidad de las personas mayores canarias dista de la uniformidad, en tanto al igual que en otros sectores de población determinadas variables, entre las que destacan el nivel de estudios, la historia laboral, el nivel de ingresos, el estado de salud, el estado civil, la familia y la forma misma de encarar la vida, segmentan a esta población en estratos diferentes. En lo específico resulta que la separación de los ámbitos fundamentales de la vida –productivo y reproductivo- es salvada por estas personas sin mayores dificultades, de modo que cuando se supera el retiro de la ocupación se adaptan sin dificultades a la vejez, al igual que una vez hecho el duelo por la pérdida de la pareja y la emancipación de los/as hijos/as adquieren conciencia de su propia individualidad y se abren de nuevo a la vida para afrontar de manera más o menos optimista el envejecimiento.

En esta investigación se ha hecho patente, por tanto, que la mayoría de las personas mayores canarias viven en una solución de continuidad sus vidas, tras la imaginaria barrera de los 65 años, si mantienen la salud y un grado de autonomía personal aceptable, que le hace vivir de forma independiente en su hogar, más o menos cerca de su propio núcleo familiar. De modo que, es la llegada de las pérdidas, a medida que aumenta la edad, la que influye en la valoración negativa de esta etapa del ciclo vital. La pérdida de la autonomía, que obliga a introducir cambios notables en las actividades cotidianas, es la que mayor impacto presenta, y a ella siguen las pérdidas familiares y la falta e recursos económicos. De modo que, frente a las trayectorias de satisfacción y continuidad, aparecen las trayectorias de adaptación y abatimiento, evidenciando que la condición social de la vejez marcada por la edad, está determinada, en todo caso por el sexo.

En primer lugar, las mujeres tienen una mayor es-

peranza de vida que los hombres, pero precisamente por ello padecen las discapacidades durante más tiempo, menguando su calidad de salud. Las mujeres padecen además enfermedades crónicas antes que los hombres y perciben peor su salud general. En segundo lugar, la sobremortalidad masculina, combinada con la diferencia de edad al matrimonio por la que los varones habitualmente casan con mujeres más jóvenes, hacen que habitualmente acaben sus días acompañados, mientras ellas se enfrentan a la vejez en soledad. En tercer lugar, los cambios en las estructuras familiares acentúan la mayor incidencia de la soledad entre las personas mayores, en tanto que los hogares plirinuclares y extensos han cedido paso a los unipersonales, cuyas ocupante suele ser mujeres viudas, que conservan la independencia domiciliar.

Debido a la centralidad del empleo en sus vidas, la ruptura con el mundo de lo productivo por parte de los hombres puede impactar en valoración de sí mismo, de su posición en la estructura social o de su tiempo pero, en general, los hombres y mujeres que tienen unos ingresos adecuados, una buena salud y acceso a un buen sistema de apoyo social presentan mayor satisfacción con la jubilación. El ajuste parece ser más positivo si se ha planificado con anterioridad el retiro y las actividades que van a ocupar el tiempo libre. En todo caso, la participación en el ámbito de lo público muestra su marca de género en la vejez. Por una parte, aunque la jubilación supone la finalización de la vida productiva y la reducción de los ingresos percibidos para ambos sexos, ésta es más acusada para las mujeres debido a la segregación vertical y horizontal del mercado laboral. Por otra parte, la vinculación de los ingresos al trabajo remunerado hace que el sujeto de los derechos sea con mayor frecuencia un varón que percibe prestaciones sustitutivas del trabajo, cuya desaparición reduce los ingresos del hogar anciano a la mitad en las prestaciones de muerte y supervivencia, por más que los gastos sean habitualmente los mismos. Por último, las prestaciones no vinculadas al trabajo, sino a la necesidad, difícilmente conjuran el alejamiento de la pobreza. Por todo ello, las mujeres mayores enfrentan en la sociedad una mayor tasa de riesgo de pobreza, aunque la menor disponibilidad de recursos no tiene habitualmente el mismo efecto entre las mujeres que entre los hombres de estas edades, pues a ellas les resulta menos dificultoso gestionar recursos escasos porque el dinero que circula en el mundo de lo público está claramente sexuado.

El vacío del nido puede ser vivido como un vacío de la identidad, dado que el trabajo doméstico, con sus exigencias cotidianas de gestión del hogar, atención a las necesidades fisiológicas, afectivas y emocionales, de educación y responsabilidad, la vivencia de los éxitos y fracasos ajenos supone la no definición de las propias necesidades e intereses, y en fin, la ausencia de un proyecto de vida propio. Si bien es posible, de manera alternativa, que la fase del nido vacío, sin conducir necesariamente a la tristeza o el abatimiento, abra la posibilidad a la articulación de mecanismos de adaptación y ajuste para vivir de manera óptima esta etapa, salvo que las limitaciones de orden material o de salud lo impidan. La dedicación al ámbito de lo privado también lleva una marca de género en la vejez, aunque las diferencias establecidas por la actividad, extra-doméstica y doméstica, pierden en la tercera edad su justificación. Los hombres, preparados para y formados en lo público, experimentan más o menos dificultades para retornar al mundo extra-laboral y frecuentemente reciben ayuda, mientras que las mujeres que salen del mercado laboral, con profundos conocimientos de lo doméstico, suelen sortear los inconvenientes con mayor autosuficiencia. La diferencia de éste con el otro ámbito es que la dedicación a las tareas domésticas, una función social -de apoyo, de cuidado y de ayuda- con escasísima valoración, no tiene una edad de jubilación para las mujeres que no sea la que impongan las propias capacidades, mientras la participación masculina, que crece en estas edades, no llega a ser equiparable ni en volumen, ni en tiempo de dedicación. Por tanto, la relación con el espacio y la gestión del tiempo conservan la marca de género hasta el final de la vida.

Ambos sexos encuentran en la familia apoyo para sustituir la pérdida de la rutina laboral, por medio de las relaciones con hijos e hijas, nietos y nietas o la misma pareja. La familia, independientemente de si lo recibido fue material o afectivo, responde prestando la misma dedicación a ambos progenitores llegada la vejez, puesto que la familia canaria, al igual que la española, tiene como un valor fundamental la solidaridad y el apoyo, tanto en las situaciones normales como en las de necesidad. La mayor dedicación al cultivo de los vínculos -urrida sobre visitas y/o contactos telefónicos- que se mantienen a pasar de las distancias y son de importancia capital en las sociedades en las que las redes de parentesco están cada vez más dispersas en diferentes hogares, por parte de las mujeres no encuentra, por tanto, una

retribución proporcional, lo cual no es óbice para que muchas de ellas queden a expensas de la materialización de las realizaciones de los/as suyos/as. Las tendencias, dibujadas por los cambios en las estructuras familiares postmodernas, es acentuar la incidencia de la soledad, en tanto que irán ganando preponderancia los hogares unipersonales, al frente de los cuales se encuentren las citadas mujeres viudas que conservan la independencia domiciliar.

Las mujeres son, en todo caso, las que habitualmente deben enfrentar la necesidad de realizar cambios importantes en los aspectos esenciales de la vida cotidiana como consecuencia de la longevidad y las pérdidas asociadas a ella. A una mayor prevalencia de la discapacidad, mayor tasa de soledad y mayor riesgo de pobreza se une un menor nivel de estudios que comporta desventajas en la gestión de la vida cotidiana, en el uso de la información y de los servicios. Los hombres, en cambio, sometidos a una mortalidad diferencial en la que juegan un papel fundamental los factores biológicos, pero sobre todo los sociales y comportamentales, obtienen mayores rentabilidades del contrato social, de modo que se ven menos afectados por el declive físico, la dependencia, la soledad, la depauperización o una menor participación social o cultural.

Esto explicaría que las mujeres presenten frecuencias más bajas que los varones al referirse tanto a las intensas ganas de vivir, como a otros sentimientos que pueden influir positiva o negativamente sobre esas ganas, tales como una actitud positiva, mientras sienten en mayor proporción la soledad no elegida, la dependencia, la inutilidad, la tristeza, la falta de ilusiones y las pocas ganas de seguir adelante. Todo ello no significa que las mujeres mayores sean seres pasivos o dependientes, al contrario ambos sexos se equiparan a la hora de no dejarse vencer por el aburrimiento buscando pautas de ocio, bien conservadoras y tradicionales, bien vinculadas a la familia, las amistades o la vecindad -fortaleciendo la red social-, y en menor medida vinculadas a centros o asociaciones. La disposición de tiempo libre -que aumenta con la edad- es menor entre las mujeres que entre los hombres, siendo ellas las que muestran mayor iniciativa a la hora de emprender nuevas actividades -formativas y recreativas- en la tercera edad. Las mujeres mayores constituyen, además, unos recursos valiosísimos para el sistema que, a bajo coste, prestan a la sociedad unos servicios tan amplios que difícilmente el Estado mejorando la cobertura está preparado para prestar.

Por último, un análisis de las relaciones de poder pone de manifiesto que éste se conserva en función de los recursos que se posea, sean estos económicos, educacionales, de prestigio, de fuerza o atractivo. Y si bien es cierto que en relación con la edad dibujan una curva invertida, también lo es que juegan en favor de los varones, pues las mujeres no sólo están más cadenciadas de tales recursos, sino que son más desvalorizadas en lo relativo al atractivo físico, por lo que se reservan sólo una capacidad limitada de autoridad y sobrellevan un mayor padecimiento de los estigmas de la vejez, pues son las protagonistas de una vida más longeva y menos valorada, asociada a la decrepitud e impregnada socialmente de valores negativos.

En fin, se puede afirmar que no opera un movimiento inverso en estatus y condiciones para la calidad de vida de ambos sexos en la última etapa de la vida, lo cual se explica porque la vejez no es más que un proceso que depende y se define frente a las demás etapas de la vida. Las dificultades que atraviesan las mujeres en su vida productiva, reproductiva y de cuidado, se convierten en una rémora en el último período de su existencia, al haber limitado previamente sus posibilidades de acumular recursos o acceder a ellos.

Lo antedicho lleva a reconsiderar la hipótesis de partida, puesto que aunque de cada diez personas mayores ocho se sienten razonablemente felices y seis consideran que esta etapa de su vida es igual que cualquiera otra, el sentimiento de felicidad se presenta más frecuentemente entre los hombres que entre las mujeres, mientras la proporción de mujeres que piensa que la vejez es una etapa menos positiva que el resto de las etapas del ciclo vital es mayor que la de los hombres. De tal manera que los varones establecen preferentemente una trayectoria de envejecimiento de continuidad y las mujeres establecen una trayectoria de adaptación.

Las generaciones que, en la actualidad alcanzan la edad legal de jubilación, son muy distintas a las precedentes pues, en general, ambos sexos disponen de mejores condiciones físicas y mentales, poseen mejores niveles de estudios, cuentan con ingresos fijos cuya cuantía va mejorando gradualmente en función del abandono de trabajos más cualificados, disfrutaban en una gran proporción de viviendas en propiedad y equipadas, viven en pareja o en solitario, tienen

buenos niveles de gasto al haberse emancipado sus descendientes, disponen de una gran cantidad de tiempo libre, y de una cada vez más acentuada propensión a participar y realizar actividades de ocio. Indudablemente estas generaciones dibujarán una mayor multiplicidad de itinerarios biográficos, dependiendo de las elecciones de carrera, empleo y pareja, dado que ha desaparecido la indisolubilidad del matrimonio y el carácter vitalicio del empleo en una sociedad postfordista y meritocrática. Los modelos de envejecimiento que articulen los varones y las mujeres abren nuevos interrogantes, si bien éstas conservarán notables desventajas en tanto que presentan aún bajas tasas de actividad, perciben menores ingresos por su trabajo, protagonizan carreras laborales más discontinuas y asumen la mayor parte de la carga doméstica, de cuidado y educación, cuando no constan en la población inactiva como amas de casa. Dado que las decisiones tomadas en la vida tienen consecuencias futuras, para un todavía elevado número de mujeres jóvenes y maduras sus condiciones en el envejecimiento no distarán mucho de los estándares actuales. Para otras, los cambios socioculturales ciertamente implicarán diferencias, pero es demasiado pronto para asegurar hasta qué punto.

La atención prestada a las transformaciones en la vida de las mujeres más jóvenes, que han protagonizado la evolución más sustancial de cuantas se han registrado en nuestro país en las últimas décadas, ha ocultado en buena medida la realidad de estas mujeres, las mayores, que, sin haber sido protagonistas del cambio, si han sido las generaciones que lo han hecho posible. Existen diversas formas de vivir la vejez como diversas son las trayectorias individuales que llevan a las personas a la última etapa de su vida. A lo largo del ciclo vital, edad y sexo se relacionan en la distribución social de poder, privilegio y bienestar, y lo hacen hasta el final de la vida, sentando unas diferencias de género que se agudizan a medida que incrementa la edad. Sin embargo, los estereotipos sobre la naturaleza y capacidad de las personas mayores han invisibilizado e invisibilizan los intereses, necesidades o problemas específicos de las mujeres mayores.

El peso demográfico de las mujeres mayores, y su dilatada participación en el trabajo productivo, en el trabajo reproductivo y doméstico, y en las tareas comunitarias, contrasta con las discriminaciones vividas en el mercado laboral, sus bajos ingresos,

su mayor presencia entre los pobres, su escasa participación e influencia y una mayor vulnerabilidad ante la violencia, que incluye una imagen salpicada de estereotipos negativos relacionados con la debilidad y la dependencia. Las limitaciones que el sexo impone, reconocidas en el plano internacional al menos desde 1983, ya fueron plasmadas en los documentos emanados de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (2002). Para que el “envejecimiento activo” se llene de contenido y no se convierta en una mera herramienta para la eliminación de las medidas que desincentivan la inserción en la fuerza laboral de las personas mayores es preciso hacer efectiva “Una sociedad para todas las edades”

(Año Internacional de las Personas de Edad, 1999) en la que se ajusten estructuras, políticas y planes a las necesidades y capacidades de todos/as, con la finalidad de aprovechar las posibilidades de todos/as, en beneficio de todos/as. Parafraseando de nuevo a DE BEAUVOIR (1983: 642) se puede decir que...“Cuando se ha comprendido lo que es la condición de la vejez, no es posible conformarse con reclamar una política de la vejez más generosa, un aumento de las pensiones, alojamientos sanos, ocio organizado. Es todo el sistema lo que está en juego y la reivindicación no puede ser sino radical: cambiar la vida”.

## **NOTAS**

## NOTAS

---

- 1 DE BEAUVOIR, S. [1970] (1983). *La vejez*. Barcelona, Edhasa. p. 642.
- 2 Citado en SALINAS RAMOS, F. (2000). “La perspectiva sociológica, histórica y de intervención”, en ADROHER BIOSCA, S. (coord.). *Mayores y familia*. Madrid, Instituto Universitario de la familia-Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. p. 176.
- 3 Visión en la que el hombre y lo masculino se erigen como centro y medida del mundo y todo lo que contiene 3.
- 4 La empresa privada, particularmente, cada vez más fija la atención en los menores como objeto y sujeto de la publicidad y el consumo (LÁZARO GONZÁLEZ Y MAYORAL NARROS, 2005).
- 5 La inversión en capital humano, por parte de las familias y los Estados, en materia de educación o cualificación, es considerada una fuente de aumento de la productividad y crecimiento, y una vía para acceder a la participación más equitativa en los beneficios de tal crecimiento (SOLOW, 1993).
- 6 Entendida como declive natural de las funciones.
- 7 Acuñado por JACKSON (1975) se define como el conjunto de normas y valores que son implícitamente pero eficazmente enseñados en las instituciones escolares y de las que no se acostumbra a hablar en las declaraciones de fines y objetivos de los profesores (APPLE, 1986). Cabe bajo tal denominación el uso del lenguaje masculino, el contenido sistemáticamente dual de los mensajes, los sesgos en las imágenes y contenidos de los libros y materiales educativos, las valoraciones y expectativas del profesorado respecto a sus alumnas y alumnos, la desigual dedicación en tiempo, esfuerzo y atención para ambos grupos, los desequilibrios en el reparto de los espacios escolares y extraescolares o la estructura de la toma de decisiones en la política educativa, entre otros (JIMÉNEZ JAÉN, 2000).
- 8 Proceso por el que se somete un ser vivo a un intenso proceso de frío con la intención de reanimarlo en un futuro cuando se disponga de conocimientos preciso para afrontar enfermedades incurables.
- 9 NACIONES UNIDAS. DEPARTAMENTO DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES. (2007). “World Population Ageing 2007”. Nueva York, Publicaciones de Naciones Unidas.
- 10 Número de personas con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años por cada persona de 65 años o más.
- 11 PNUD. (2007). “Informe sobre Desarrollo Humano 2007/2008. Luchando contra el cambio climático. La solidaridad en un mundo dividido”. Nueva York, Palgrave Macmillan.
- 12 La expresión “feminización de la pobreza” surgió en la década de los setenta cuando se estudiaban los efectos del sistema de bienestar social estadounidense en las madres solteras y se empleó en los ochenta para evaluar el impacto de las Políticas de ajuste Estructural sobre las mujeres de los países del Sur. En la feminización de la pobreza convergen el género y la dinámica de la pobreza, y engloba “los mecanismos que agravan la pobreza de las mujeres mediante el debilitamiento de sus capacidades, la pérdida progresiva de su dignidad y las oportunidades económicas y el debilitamiento de su capacidad de acción” (FALL, 2003:114).
- 13 El Instituto Internacional de Envejecimiento (INIA) tiene como misión fundamental la formación profesional en envejecimiento y la de facilitar la implementación del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento. Cuenta con servicios de publicación, documentación, intercambio de información, además de llevar a cabo proyectos de investigación, reuniones de expertos y servicios de consulta.
- 14 NACIONES UNIDAS. COMISIÓN DE DESARROLLO SOCIAL. RESOLUCIÓN 42/1. (2002). “Modalidades de examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento 2002”. E/CN.5/2003/7.
- 15 La OIT entiende por Trabajo decente el que resume las aspiraciones de los individuos en lo que concierne a sus vidas laborales, e implica oportunidades de obtener un trabajo productivo, con una remuneración justa, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas para el desarrollo personal y la integración social, libertad para que los individuos manifiesten sus preocupaciones, se organicen y participen en la toma de aquellas decisiones que afectan a sus vidas, así como la igualdad de oportunidades y de trato para mujeres y hombres.
- 16 El envejecimiento saludable resultó innovador porque, más allá de la salud, eligió como eje central de los años la capacidad funcional y su dimensión biológica, la psicológica (cognitiva y afectiva) y social.



- 17 En el cálculo del Índice intervienen la esperanza de vida al nacer, combinada con la generalización de la educación a la población y el PIB per cápita, ajustado a la paridad del dólar.
- 18 La Carta Social Europea fue firmada en Turín el 18 de octubre 1961. Con motivo de su 25 aniversario, el 5 de mayo de 1988 el Consejo de Ministros del Consejo de Europa adoptó un protocolo adicional. La última revisión tuvo lugar el 3 de mayo de 1996. La Carta, eminentemente laboralista, recoge entre otros aspectos el derecho al trabajo, a condiciones equitativas de trabajo, a la seguridad e higiene en el trabajo, a la remuneración equitativa, a sindicación, negociación colectiva, a la protección, orientación y formación profesional, a la protección de la salud, a la Seguridad Social, a la asistencia social y médica, a los beneficios de los servicios sociales, etcétera.
- 19 CEE. Recomendación 92/442/CEE del Consejo relativa a la Convergencia de los objetivos y Políticas de protección social (OJ L245 de 26.8.92).
- 20 La familia basándose en la reciprocidad; el mercado en el intercambio y el Estado en la redistribución.
- 21 Un modelo basado en un fuerte corporativismo, una amplia responsabilidad de la familia, y niveles de gasto y desmercantilización habitualmente bajos.
- 22 Estados de Bienestar fragmentados en el marco de intensas transformaciones políticas y económicas de armonización regional.
- 23 Rechazo que se apoya en la imposibilidad del sujeto de ejercer su voluntad de jubilarse cuando quiera, una vez cumplido un número determinado de años de cotización.
- 24 Las competencias, en materia legislativa, sobre envejecimiento recaen casi en exclusiva sobre los Estados miembros, si bien la Unión Europea puede apoyar políticas y acciones mediante el estímulo de nuevos conceptos y el intercambio de experiencias.
- 25 El Instituto que desde su creación se encontraba adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad ha pasado a formar parte del Ministerio de Sanidad y Política Social desde la última remodelación ministerial (17 de abril de 2009). El Instituto tiene, entre otras, las competencias en materia de pensiones de invalidez y jubilación no contributiva, servicios complementarios de las prestaciones del sistema de Seguridad Social o el fomento de la cooperación con las organizaciones y entidades que agrupan a las personas mayores.
- 26 El Foro Mundial de ONGs sobre el Envejecimiento, en la II Asamblea, formuló una “Declaración final sobre los Derechos de las Personas Mayores” (2002) en la que proclama la necesidad de construir no sólo una sociedad para todas las edades, sino una sociedad que persiga un bienestar y justicia social que no olvide colocar a la persona humana y su dignidad en el centro de sus objetivos.
- 27 El Pacto es un acuerdo político que tiene como finalidad la no utilización como arma electoral de las pensiones y que aglutina a distintos interlocutores y agentes sociales con la finalidad de hacer el seguimiento y evaluación periódica de la evolución de las magnitudes que intervienen en el equilibrio del sistema de la Seguridad Social.
- 28 Las partes firmantes del Acuerdo fueron el Gobierno, la Confederación de Comisiones Obreras, la Confederación Española de las Organizaciones Empresariales y la Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa.
- 29 La primera actúa desde el momento en el que se comience a percibir una pensión de dicha naturaleza a cargo del sistema de la Seguridad Social. La segunda surte efecto si se acreditan treinta y cinco años efectivos de cotización y se decide voluntariamente la continuación o la reiniciación de la actividad laboral. Como derivación de ambas medidas se acordó la necesidad de introducir otras modificaciones como la posibilidad de acceder a las pensiones de incapacidad permanente, aunque el trabajador tenga sesenta y cinco o más años y reúna las condiciones de acceso a la pensión de jubilación cuando la causa originaria de la incapacidad derive de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional; la no extinción del subsidio por desempleo para mayores de cincuenta y dos años por el mero hecho de que el beneficiario alcance la edad a la que pueda tener derecho a una pensión de jubilación en su modalidad contributiva; y el establecimiento, a efectos de cálculo, de la cuantía de las prestaciones de determinados límites al eventual crecimiento de la base de cotización a partir del cumplimiento de los sesenta y cinco años de edad. La tercera introduce previsiones para aquellos trabajadores que permanezcan en activo más allá de los sesenta y cinco años de edad y acrediten un mínimo de treinta y cinco años de cotización.
- 30 Respecto de la jubilación anticipada, se pretende que, por un lado, se mantenga su regulación actual de acceso, por aplicación de derecho transitorio, a la jubilación a partir de los sesenta años y, por otro, puedan acceder a la jubilación anticipada, a partir de los sesenta y un años, los trabajadores afiliados a la Seguridad Social (con posterioridad a 1 de enero de 1967), siempre que reúnan determinados requisitos, tales como un período mínimo de cotización de treinta años, involuntariedad en el cese, inscripción como desempleado por un plazo de, al menos, seis meses e inclusión en el campo de aplicación de determinados regímenes del sistema de la Seguridad Social. En uno y otro de los dos supuestos enunciados, se ha de proceder a la equiparación de los coeficientes reductores aplicables por razón del anticipo de la edad de jubilación.

- 31 En el supuesto de extinción de contratos de trabajo derivados de un expediente de regulación de empleo, promovido por empresas que no se encuentren incursas en un procedimiento concursal, aquél deberá llevar aparejada la obligación de abonar las cuotas destinadas a financiar un convenio especial con la Tesorería General y hasta la edad de sesenta y cinco años, y cuyo coste deberá ser soportado por empresarios y trabajadores.
- 32 En España se han articulado cinco Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social (PNAin) -2001/03, 2003/05, 2005/06, 2006/08 y 2008/10-, impulsados por los objetivos para luchar contra la exclusión social acordados en el Consejo Europeo de Niza (2000). El último señala una doble dirección estratégica: a) fomentar la inclusión social activa, esto es, impulsar la inserción laboral en combinación con una adecuada política de garantía de rentas y con el acceso a unos servicios de calidad, especialmente a los servicios educativos, y b) abordar el impacto producido por el crecimiento de la inmigración y el envejecimiento de la población en la exclusión social. Para el primero se contemplan tres objetivos prioritarios: acceso al empleo, garantía de recursos económicos mínimos y educación de calidad con equidad y para el segundo otros dos: apoyo a la integración de los/as inmigrantes y garantía de equidad en la atención a las personas en situación de dependencia.
- 33 DEFENSOR DEL PUEBLO. (2000). “La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones e Informes de la Sociedad de Geriátrica y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinar de Gerontología”. Madrid, Defensor del Pueblo.
- 34 Media nacional 4,09 según el Informe “Las Personas Mayores en España” (IMSERSO, 2006).
- 35 Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, a través de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y la Discapacidad; el Ministerio de Trabajo e Inmigración, por medio de la Secretaría de Estado de Seguridad Social; y el Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 36 Conocida como la Estrategia de Lisboa marca las directrices de la política social de cara a 2010, para dar respuesta a los retos socio-económicos, con la finalidad de erradicar la pobreza y la exclusión social.
- 37 Relación entre la población mayor de sesenta y cinco años y la población menor de dieciséis.
- 38 Cálculo realizado sobre datos del INE: Revisión del Padrón municipal 2007. 1 de enero 2007.
- 39 En Canarias la población extranjera mayor (65 y más años) representa el 10% de total, de modo que la población extranjera de entre 0 y 64 años asciende a un total de 255.189 personas y la de 65 años y más a 28.628, según la Revisión del Padrón Municipal 1-1-2008 (INE, 2009).
- 40 MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN. Pensiones contributivas del Sistema de la Seguridad Social. Enero 2009.
- 41 IMSERSO. Distribución territorial del número de pensiones en la nómina de enero de 2009.
- 42 La Consejería de Sanidad presentó, a finales de 2008, al Pleno del Consejo Canario de Salud una propuesta de trabajo para elaborar el III Plan de Salud de Canarias, en el que participarán los agentes sociales presentes en el órgano: Administración Autónoma, Directores de las áreas de salud de las islas, Cabildos, Ayuntamientos, sindicatos, empresarios/as, Colegios profesionales, Universidades, organizaciones vecinales, de usuarios y consumidores.
- 43 El Plan, surgido en 1988, a iniciativa del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, tenía por objeto articular la cooperación económica y técnica entre Administraciones con la finalidad de lograr la colaboración entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas para financiar conjuntamente una red de atención de Servicios Sociales municipales que permitiera garantizar las prestaciones básicas a los ciudadanos/as en situación de necesidad, ayudando así a las Entidades Locales en el cumplimiento de las obligaciones que, de acuerdo con la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local, habrían de llevar a cabo en relación con la prestación de Servicios Sociales.
- 44 La “Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local” establece que la provincia es una entidad local determinada por la agrupación de municipios, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para cumplir sus fines, entre los que destaca el de garantizar los principios de solidaridad y equilibrio intermunicipales en el marco de la política económica y social. La organización provincial se apoya en las Diputaciones provinciales, si bien en el territorio canario son los Cabildos, en cada isla, los que se erigen como órganos de gobierno, administración y representación.
- 45 La citada “Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local” establece las competencias en materia de servicios sociales para aquellos Ayuntamientos con más de 20.000 habitantes.
- 46 Aprobado en el Consejo de Gobierno el 21 de enero de 1999.
- 47 El importe total del crédito presupuestario para financiar la convocatoria, para el año 2009, de “Subvenciones destinadas a

## Género y Tercera Edad en Canarias

proyectos de accesibilidad y supresión de barreras físicas y de la comunicación” (Orden de 5 de marzo de 2009), ascendió a cuatrocientos cincuenta mil euros. Ahora bien, la cuantía máxima de la subvención no puede superar el 50% del coste de la actuación para la que se solicita la subvención.

- 48 Respecto del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) el “Libro Blanco de la Dependencia” (MTAS, 2004) situó en 2,69 usuarios/as por cada 100 mayores la cobertura en la Comunidad Canaria, inferior a la media española (3,14). Dos años más tarde, el informe “Las personas mayores en España” (IMSERSO, 2006) señalaba que la cobertura se había elevado ligeramente hasta 3,06.
- 49 En la Comunidad Canaria, los índices de cobertura de la Teleasistencia (en 2004: 0,62 y en 2006: 0,97) están muy por debajo de la media nacional (2,05 y 3,50, respectivamente).
- 50 Otros recursos presentan una cobertura aún inferior como los Centros de Día (en 2004 de 0,23 y en 2006 de 0,42) o las plazas en Viviendas Tuteladas (0).
- 51 Decreto 236/1998, de 18 de diciembre, por el que se regulan las condiciones de acceso y los criterios para el pago del servicio en centros de alojamiento y estancia para personas mayores, públicos y privados, con participación de la Comunidad autónoma en su financiación.
- 52 Aprobado por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 30 de julio de 2001.
- 53 Regulado en el Decreto 240/1997, de 30 de septiembre que determina su composición y funciones, modificó el Decreto 329/1995, de 24 de noviembre, de estructura orgánica de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales.
- 54 Programa Universitario para Mayores “Peritia y Doctrina” en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC) y Programa para Mayores de la Universidad de La Laguna (ULL).
- 55 INE. (2004). Anuario Estadístico de España.
- 56 Como se apuntó en el capítulo 2, la masculinidad se construye por oposición a la feminidad, y en el sistema de dominación patriarcal precisa ser continuamente demostrada. La separación de la madre y lo femenino implica la demostración de la virilidad en un tipo de masculinidad hegemónica -no exclusiva- en el sistema de dominación patriarcal. CONNELL (1995) afirma en relación a esta masculinidad que se caracteriza por cuatro notas distintivas: hegemonía, subordinación, complicidad y marginación. Hegemonía o liderazgo social, exaltación de una forma de masculinidad sobre otras; relaciones de subordinación para con el otro sexo u otros varones; complicidad de otros hombres que se benefician del proyecto por la subordinación; y marginación hacia quienes son de distinta etnicidad o tienen una posición desventajosa en la estructura social.
- 57 Proyecciones presentadas el 19 de agosto de 2004, realizadas a partir de los datos del Censo de 2001.
- 58 Porcentaje que representa la proporción de los individuos de más de 65 años sobre el total de la población.
- 59 Porcentaje que representa la proporción de los individuos de menos de 15 años sobre el total de la población.
- 60 Prejuicio y discriminación hacia los miembros de un grupo de edad.
- 61 Oficina del Censo Electoral. INE, total nacional. Elecciones marzo 2008. Número de electores españoles residentes en España por sexo y grupo de edad.
- 62 [www.congreso.es](http://www.congreso.es)
- 63 Esta iniciativa legislativa modifica la Ley Orgánica, de 5/1985, de 19 de junio, de Régimen Electoral General (BOE 147, de 20/6/1985; rectificación BOE 17,2º/1/1986).
- 64 Aquella lista electoral que más allá de la representación equilibrada entre los sexos, en cada posición sitúa alternativamente a un hombre y a una mujer.
- 65 INE. (2007). Encuesta sobre equipamientos y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares.
- 66 El documento “Cambio climático y salud” (EB122/4, de 16 de enero de 2008) de la OMS considera a las personas mayores, junto a las muy jóvenes y las enfermas, poblaciones vulnerables ante el cambio climático y los riesgos conexos para la salud.
- 67 El Ministerio de Sanidad francés cifra en 11.435 los muertos por la ola de calor (29/08/2003) en Elpais.com internacional, en [http://elpais.com/articulo/internacional/Ministerio/Sanidad/francés/cifra/11435/muertos/ola/calor/elpeuint/20030829elpeuint\\_2/tes](http://elpais.com/articulo/internacional/Ministerio/Sanidad/francés/cifra/11435/muertos/ola/calor/elpeuint/20030829elpeuint_2/tes)

- 68 MOLINA PETIT (1996) se refiere a “lo privado” como a la esfera que tradicionalmente se le ha asignado a la mujer con las actividades propias del cuidado y mantenimiento de la casa y la familia. Privado está asociado pues a la satisfacción de las necesidades de los otros, y por tanto, no es equiparable a propiedad, ni a soberanía individual o intimidad. “Lo público”, por el contrario, es la esfera en la que las relaciones se definen desde la igualdad y desde los intereses colectivos. El espacio en el que se relaciona la sociedad civil y el Estado, en el que se ejercita la ciudadanía.
- 69 MOORE afirma que tal dicotomía captó la atención, ya en la década de los setenta, de ORTNER quien en su ensayo “¿Es la mujer al hombre lo que la naturaleza a la cultura?” (1974) se preguntaba qué tienen en común todas las culturas para que sin excepción valoren menos a la mujer que al hombre, a lo que concluye que la mujer no está ni más cerca ni más lejos a la naturaleza que el hombre, sólo que tal diferencia se sustenta sobre un sistema de valores tal que los hombres pueden asociarse con otros pares contrarios que a su vez evocan nociones antagónicas: arriba, superior, cultura, fuerza frente abajo, inferior, naturaleza, debilidad. Estas asociaciones no proceden de la naturaleza biológica sino que son una construcción social apuntalada por las actividades sociales que determina y por las que es determinada.
- 70 FERREIRA destaca cómo MARX encontró en la división técnica del trabajo la causa principal de las desigualdades de clase y de la alienación (si bien es cierto que la tesis marxista incluye la consideración de una relación de explotación de una clase sobre otra, legitimada por mecanismos jurídicos, ideológicos y religiosos que forman parte de la superestructura); cómo COMTE y DURKHEIM reconocieron en la división social del trabajo el elemento que tendía a aumentar la solidaridad social a través de los lazos de interdependencia; y cómo, en general, la Sociología clásica no ha problematizado en la división sexual del trabajo al considerarla el resultado inexorable de las funciones de las mujeres en la reproducción biológica de la especie. En este punto es preciso puntualizar que MARX y ENGELS analizaron la división sexual del trabajo, de modo que es posible identificar en sus reflexiones el inicio de la conceptualización del modo de producción patriarcal, aunque no la encontraron problematizadora en sí misma, ya que el carácter opresivo lo asociaron a los momentos históricos en que se impuso la división social del trabajo como marco de organización de las sociedades de clase. En fin, como aclara AMORÓS (1991: 293) “el marxismo es fundamentalmente una teoría de la producción, y cuando ha tenido que habérselas con la reproducción, pueden percibirse ciertamente ciertas vacilaciones en la mente de sus fundadores”. La reproducción es finalmente analizada por analogía con la producción.
- 71 HIRST Y THOMPSON señalan la quiebra del sistema de Breton Woods y la crisis del petróleo de los setenta; los esfuerzos realizados para compensar problemas anteriores por medio de inversiones en los países menos desarrollados; las nuevas formas de desregulación; una desindustrialización del Norte acompañada del rápido desarrollo de unos pocos países en vías de industrialización; y el giro desde la producción en masa y estandarizada hacia fórmulas más flexibles.
- 72 En los Estados Unidos de América, en el caso Roe contra Wade, el juez Blackmun decretó el derecho constitucional de las mujeres a interrumpir voluntariamente el embarazo cuando así lo deseen y sin la interferencia del Estado.
- 73 Aquel que, salido del Foro Mundial Social de Porto Alegre (2001), que se reedita cada año, defiende que “otro mundo mejor es posible”, lucha contra la globalización depredadora y por una globalización solidaria.
- 74 La Sección Femenina del Movimiento Nacional nació, a instancias de la Falange Española de las JONS, de la mano de su fundadora y única Delegada Nacional, Pilar Primo de Rivera, hasta que en los años sesenta se convirtió en una institución estatal. La Sección Femenina favoreció la socialización política, religiosa y asistencial de las mujeres y se encargó de su formación doméstica. El Auxilio Social creció durante y después de la guerra y finalmente asumió las funciones benéficas y sociales. El Servicio Social, instaurado en 1937, obligatorio para las mujeres solteras o viudas sin hijos/as y menores de 35 años, consistió en la prestación de tareas de carácter social de manera interrumpida durante seis meses, y era requisito imprescindible para acceder, por ejemplo, a la universidad y a los empleos públicos (Gallego Méndez, 1983). El Servicio fue suprimido por el Real Decreto 1914/1978, de 19 de mayo.
- 75 Auspiciado por la Falange Española Tradicional y de la JONS, este tipo de organización sindical, de afiliación generalizada y obligatoria para obreros/as y empresarios/as, estuvo vigente durante los cuarenta años de gobierno franquista (1940-1976) y fue un instrumento político y económico para el régimen que permitió controlar a la clase trabajadora y compensar a la patronal por los apoyos prestados.
- 76 Con la finalidad de agilizar los procesos de ruptura, al suprimir la exigencia de separación previa y reforzar el principio de libertad de los cónyuges en el matrimonio, recientemente se ha aprobado la “Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se han modificado el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio” (BOE 163, 9/7/2005).
- 77 Neologismo usado por Carolina Alguacil, de 27 años, -en una carta dirigida a un diario en 2005- para referirse a jóvenes, con titulación universitaria, que viven habitualmente independizados y perciben mensualmente unos mil euros. Aquellas generaciones que siendo las más preparadas de la historia, se enfrentan a la precarización del empleo.
- 78 La igualdad de derechos para las mujeres apareció en la Carta de Naciones Unidas en 1945. La reflexión sobre la situación de las mujeres, sin embargo, aparece por primera vez en la escena oficial internacional con motivo de la celebración de Año Internacional de la Mujer, en 1975. Como corolario de estas preocupaciones celebró en 1975, la I Conferencia Mundial de

la Mujer en México, inaugurando la denominada Década de las Mujeres (1976 - 1985). El Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas (UNIFEM) se creó al año siguiente, 1976. La visibilidad de las mujeres en los Informes de Naciones Unidas no tendrá lugar hasta 1995, en el que se incorporó al Informe sobre Desarrollo Humano el Índice de Desarrollo relativo al Género (IDG) y el Índice de Potenciación de Género (IPG). A la 1ª Conferencia Mundial de las Mujeres le han sucedido con posterioridad las de Copenhague (1980), Nairobi (1985) y Pekín (1995), que han plasmado el esfuerzo internacional dedicado a reconocer el concepto de género como causa de discriminación a la que se enfrentan mujeres de todo el mundo.

79 INE. Anuarios estadísticos de 1921 a 1930; de 1931 a 1940; de 1941 a 1950; de 1951 a 1960.

80 Desde 2004 se está gestando una nueva reforma del Estatuto, cuya negociación se encuentra actualmente bloqueada por las principales fuerzas políticas del Archipiélago.

81 El Informe de Desarrollo Humano 2007/08 del Programa de Desarrollo de Naciones Unidas (PNUD, [www.undp.org](http://www.undp.org)) -ya citado- contiene el Índice de Potenciación de Género que señala que, a pesar de los avances experimentados en los países de Occidente, la equiparación de la participación entre mujeres y hombres en los ámbitos político y económico está aún muy distante.

82 Como modelo de acumulación de capital, el fordismo entró en crisis en los años setenta, y lo hizo también como modelo dominante de organización del trabajo avocado a una creciente flexibilidad. La norma social del empleo fordista, en general, se caracteriza por los rasgos de “empleo a tiempo completo, adulto y con contrato indefinido y un modelo de carrera profesional a lo largo del ciclo vital; con tareas ocupacionales bien definidas, con derechos laborales (negociación colectiva, seguro de desempleo, accidente o enfermedad, pensiones de jubilación, etc.) y con salarios directos suficientes para un nivel relativo de bienestar de la unidad familiar más el llamado “salario social” (salud, educación, ayudas a la vivienda, etc.) (RODRÍGUEZ GUERRA, 2006: 94).

83 En Canarias (ISTAC EPA, 4T2008) la tasa de paro masculina era de 19,03% y la femenina de 24,06%; la una había aumentado 9,3 puntos desde el 4T2007 y la otra 11,3. Los colectivos de mayor peso entre las mujeres canarias (4T2008) son de entre 25 y 44 años; con estudios secundarios; solteras y casadas; personas de referencia en el ámbito familiar. En 4T2007, las mujeres que se encontraban en el paro con experiencia aboral previa tenían más peso en ciertos ámbitos laborales: hostelería (23,17%); comercio minorista (22,28%); administración y servicios públicos (17,43%) y limpieza (15,1%).

84 El porcentaje de mujeres con jornada parcial es mayor, tanto en el trabajo por cuenta propia (66%) como asalariado (83%). La mayor parte suele responder a la atención de “obligaciones familiares” (INE/INSTITUTO DE LA MUJER, 2008). En Canarias, el 76% de las jornadas parciales correspondían al trabajo de las mujeres en 2007, de modo que casi un 20% del trabajo femenino es a tiempo parcial.

85 La tasa de temporalidad de la mujeres en Canarias (ISTAC, 2008) es mayor de forma significativa en relación a los hombres en los siguientes casos: mujeres jóvenes; sin estudios o con estudios superiores; que trabajan en servicios, agricultura, ganadería y pesca; que ocupan puestos directivos y técnicos o en las fuerzas armadas; que están separadas o son viudas; que son la persona de referencia en la familia.

86 De hecho, la población activa en el conjunto de los países de la OCDE no ha hecho más que crecer en las últimas décadas a raíz del aumento de la tasa de actividad femenina, que ha encontrado una ocupación importante en el sector servicios, dada su “disposición a ocupar empleos y aceptar condiciones de trabajo que la mayoría de los hombres rechazan de plano” (RODRÍGUEZ GUERRA, 2006: 104).

87 El citado Informe de Desarrollo Humano 2007/08 del Programa de Desarrollo de Naciones Unidas (PNUD), contiene el Índice de Desarrollo de Género, que señala que a pesar de una mayor esperanza de vida y mayores tasas combinadas de matriculación en primaria, secundaria y terciaria, las mujeres siquiera en las democracias escandinavas han logrado la equiparación salarial, de tal manera que aunque Islandia encabece la lista de los países de Desarrollo Humano Alto, la diferencia salarial es de 11.363 dólares USA.

88 La existencia de mujeres escritoras no ha sido excepcional en la historia, pero al no poder estudiar y expresarse libremente debían conformarse con lo que los varones decían o escribían sobre ellas. La citada DE PISAN (en el siglo XIII), al quedar viuda, habría sido una excepción al poder sostener a su familia con el producto de su trabajo intelectual. A pesar de la exclusión, la palabra de las mujeres ha encontrado refugio en la correspondencia o los diarios personales al igual que, ante el temor al escándalo, se ha escondido en el anonimato o tras pseudónimos para ver la luz.

89 Falange Española Tradicionalista y de las JONS. (1951). La sección Femenina. Historia y misión. Madrid.

90 Como ya se ha apuntado, el Servicio obligatorio que prescribió la Sección era preciso para alcanzar un título universitario o para realizar unas oposiciones.

91 La Ley organizaba la enseñanza en tres grados. La Primaria constaba de un nivel elemental y otro superior. Los Estudios Medios

- se diferenciaron entre generales y de aplicación. Y en la Superior se establecieron los estudios de Facultad, Enseñanzas técnicas y Enseñanzas profesionales. La gratuidad era relativa para la Primaria (sólo para los menores cuyos progenitores no pudieran financiarla) y se imponían los criterios de centralización, uniformidad, secularización y libertad de enseñanza limitada.
- 92 La escolarización obligatoria incluye cuatro años de enseñanza secundaria en la que se prevé impartir una formación profesional básica (art. 30.3); el bachillerato pierde su exclusiva función de puente al mundo universitario para facilitar también el acceso a las enseñanzas profesionales (art. 29.2); y se introducen profundas modificaciones en lo que se refiere a la formación profesional (art. 30.5), que establece una prueba de acceso al segundo ciclo que es equivalente al bachillerato y posibilita el paso a la Universidad.
- 93 La Fundación Conocimiento y Desarrollo, nació en 2002, como una iniciativa del sector empresarial para dar respuesta a ciertas necesidades de la universidad española.
- 94 DE VICENTE Y ROYO DE SAN MARTÍN, A. ET AL. (2001-2003). La excelencia académica de las universitarias españolas, demandas del mercado e inserción laboral. Incidencias de las Políticas de igualdad de ámbito nacional y de las Comunidades Autónomas, disponible en [www.migualad.es/mujer/mujeres/estud\\_inves/583.pdf](http://www.migualad.es/mujer/mujeres/estud_inves/583.pdf)
- 95 La preocupación por la igualdad es un asunto que la Unión Europea aparece como uno de los principios fundamentales del Derecho Comunitario. Desde 1996, mediante la Comunicación de la Comisión, de 21 de febrero de 1996, “Integrar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en el conjunto de las políticas y acciones comunitarias” (COM (1996)67 final), las cuestiones relativas al empleo y el mercado de trabajo son centrales en la Unión. Actualmente, con la idea de avanzar hacia la igualdad se desarrolla el “Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres 2006-2010” (COM (2006) 92 final). La primera área es la relativa a la consecución de la misma independencia económica entre los sexos y la segunda a la conciliación. En España, dado que la igualdad entre sexos es un principio jurídico reconocido en el artículo 14 de la Constitución, la “Ley Orgánica, 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres” trata de prevenir conductas discriminatorias y de poner en marcha políticas activas para hacer efectivo el principio de igualdad, de modo que recoge numerosos aspectos relativos a la vida laboral y a la conciliación con la vida familiar. La Ley incluye la integración del principio de igualdad en la política de educación (artículo 24), y ciertas consideraciones sobre la igualdad en el ámbito de la educación superior (artículo 25).
- 96 Ciertas directrices legales -ya citadas- limitaron los empleos, ocupaciones y puestos a los que las mujeres podían acceder y se impuso “la excedencia forzosa por matrimonio y la prohibición de contratar mujeres casadas” (DEL VALLE, 2002:83).
- 97 El keynesianismo, como suscribe CORIAT (1982: 95), “debe ser relacionado directamente con el mecanismo en gestación de la producción en masa y, al menos, con dos de sus enseñanzas esenciales”, a saber la necesidad de un alto nivel de consumo, y la fijación de un marco jurídico-legal de reglas sobre el trabajo, de un salario indirecto y de la asistencia a la mano de obra de reserva. Estrategia tras la que subyace el objetivo de un “Estado-Plan” que pretende acoplar la gestión de la fuerza de trabajo a los ritmos y modalidades de la acumulación del capital, estrechando la relación entre el salario y la productividad.
- 98 La crisis de los años setenta es también la crisis del fordismo como modelo de organización social del trabajo. La reestructuración del capitalismo tras la crisis ha exigido una reestructuración más o menos profunda que afecta sobre todo a la rigidez -de la organización, de la maquinaria y de la fuerza de trabajo-. En adelante la flexibilidad se convierte en una pieza clave en el proceso de producción capitalista y en la organización social del trabajo, que va a tener dos componentes esenciales a) la flexibilidad de la organización empresarial: menos centralizada y verticalizada, externalización de parte de la actividad, deslocalización de la producción y b) la flexibilidad de la organización del proceso de trabajo: producción ligera, “just in time”, especialización flexible, etc. Por su parte, la fuerza de trabajo se verá sometida a la flexibilidad jurídico-institucional -transformación de las normas protectoras y debilitamiento de los sindicatos- y a la flexibilidad competencial -cualificación flexible y polivalente- (RODRÍGUEZ GUERRA, 2006).
- 99 A la organización del proceso de trabajo taylorista-fordista -sin que los procesos sean homogéneos o universales, como afirma FINKEL MORGENSTEN (1994)-, le sigue en el postfordismo la especialización flexible o producción de productos diferenciados, elaborados en pequeñas series, que responden a demandas específicas en la modalidad “justo a tiempo” que requiere la cualificación de la fuerza de trabajo, al menos en el segmento superior.
- 100 SECOT es una asociación sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública, creada en 1989 por iniciativa del Círculo de Empresarios con el apoyo del Consejo Superior de Cámaras de Comercio y Acción Social Empresarial, que esta integrada por ejecutivos jubilados/as que ofrecen de manera altruista sus experiencias y conocimientos en gestión empresarial a jóvenes emprendedores/as, PYMES y ONGS con escasos recursos económicos. El servicio carece de delegación en el Archipiélago canario.
- 101 Los mitos de África, Europa, Asia, Oceanía y América narran constantemente la apropiación masculina de poderes que originalmente correspondían a las mujeres (HUSAIN, 2001: 22).

- 102 Dudoso parece que fuera la Venus de Tan-Tan, localizada en Marruecos, por Fieldler en 1990, datada hace unos 200.000 años o la Venus de Berejat Ram, localizada en los Altos del Golán, por Marshack en 1981, sobre los 250.000 años. En cualquier caso, la evidencia arqueológica apunta que las más arcaicas figuras humanas legadas por nuestros ancestros de diferentes regiones del planeta son femeninas, como las paleolíticas figuras de la Venus de Brassempouy (País Vasco Francés, de entre 29.000 y 22.000 años) y la Venus de Willendorf (Austria, de entre 22.000 y 24.000 años de antigüedad) u otras Venus paleolíticas como Lespugue, Laussel, Dolní Věstonice.
- 103 Pilar Primo de Rivera (1942). “La educación de la mujer bajo el franquismo: selección de textos de la revista de la Sección Femenina”, disponible en [http://www.nodo50.org/tortuga/article.php3?id\\_article=5110](http://www.nodo50.org/tortuga/article.php3?id_article=5110)
- 104 Y añade CAPELLÁ (199784) “así mismo, la cultura, clásicamente androcéntrica, da significados muy diferenciados a la genitalidad de ambos sexos: el genital masculino, el pene, queda sobrevalorado, como la certeza esencial masculina y como un órgano capaz de proporcionar sumo placer; mientras, el correspondiente órgano femenino en la relación sexual, la vagina, experimenta una fuerte desvalorización en la imagen popular como un mero receptáculo del varón (y en los primeros años apenas es reconocido, careciendo de un nombre adecuado)”.
- 105 Red Feminista (2009). Informe 2008, en <http://www.redfeminista.org/searchnoticias.asp?id=muertas2008>
- 106 Sororidad es un término político que -superando las complejas relaciones entre mujeres- se deriva de la hermandad entre ellas al percibirse como unas iguales que pueden aliarse, compartir y transformar la realidad de opresión patriarcal.
- 107 Sección Femenina, (1958). “La educación de la mujer bajo el franquismo: selección de textos de la revista de la Sección Femenina”, disponible en [http://www.nodo50.org/tortuga/article.php3?id\\_article=5110](http://www.nodo50.org/tortuga/article.php3?id_article=5110)
- 108 Miedo, odio, rechazo y desprecio hacia las personas homosexuales.
- 109 Miedo, odio, rechazo y/o desprecio hacia las personas transexuales, esto es, a aquellas personas, hombres y mujeres, que transitan de un sexo a otro a través de tratamientos hormonales y/o quirúrgicos.
- 110 El estudio se encontraba inserto en la II Campaña Nacional de Salud Sexual, avalada por la Asociación Española de Salud Sexual (AESS). El apoyo al estudio procedía del Laboratorio Lilly en competencia con la viagra de Pfizer o la levitra de Bayer.
- 111 INJUVE. (2003). Sondeo de opinión y situación de la gente Joven. Percepción generacional, valores y asociacionismo.
- 112 IMSERSO. (2008). Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Prestaciones reconocidas.
- 113 El Informe Beveridge (“Report on Social Insurance and Allied Services”) sentó las bases del Welfare State en el Reino Unido en 1942. El Informe era un ambicioso proyecto de seguridad social universal, formada sobre la base de una legislación social vinculante. La gran aportación del Informe no fue la promoción de ayudas estatales dirigidas a las personas desempleadas, enfermas o ancianas -pues ya se llevaban a cabo en otros países-, sino considerar que tales ayudas en lugar de un mero parche eran una “responsabilidad del Estado” en la consecución del bienestar de la sociedad. En el segundo Informe (“Full Employment in a Free Society”), fechado en 1944, se explicita que la puesta en marcha de un eficaz sistema de protección exige una situación de pleno empleo.
- 114 A nivel internacional el desarrollo ha sido interpretado tradicionalmente como el proceso de mejora de la calidad de vida por el incremento de la renta y el aumento del consumo, de modo que los conceptos de desarrollo y crecimiento económico se han utilizado indistintamente. La concepción que sustentaba esta creencia era la de que el mercado por sí mismo filtraría hacia abajo los beneficios obtenidos incrementando el bienestar general. En buena lógica, el único indicador para medir los beneficios del desarrollo en este período era el PNB (Producto Nacional Bruto). Tras una etapa de optimismo, la crisis del petróleo (1973) y la aparición de la deuda externa provocaron el inicio de una dura crisis internacional que fue seguida del empobrecimiento de grandes masas de población en los países del Sur, a lo que se añadió la explosión demográfica que pasó a convertirse en un problema mundial. Entonces se comenzó a reconocer el fracaso de los mecanismos de filtración del mercado y el concepto de desarrollo se amplió. En el Informe sobre Desarrollo Humano de Naciones Unidas el concepto “significa crear un entorno en el que las personas puedan hacer plenamente realidad sus posibilidades y vivir en forma productiva y creadora de acuerdo con sus necesidades e intereses [...] un elemento fundamental para la ampliación de esas opciones es el desarrollo de la capacidad humana, es decir, las múltiples cosas que la gente puede hacer o ser en la vida”. En la búsqueda de ese algo más, el desarrollo humano comparte una visión común con los derechos humanos, el objetivo de la libertad humana, fundamental para el desarrollo de las capacidades y el ejercicio de los derechos. Sin embargo, en distintas partes del mundo se aprecian niveles inaceptables de privaciones en la vida de las personas tales como la carencia de servicios sanitarios básicos, el analfabetismo, la pobreza o el hambre que afectan a millones de personas. En 1990, al hilo de las reflexiones sobre el rostro humano del desarrollo, se publicó el I Informe sobre Desarrollo Humano, en el que se aplica el Índice de Desarrollo Humano (IDH) con tres dimensiones básicas: la longevidad (esperanza de vida), los conocimientos (alfabetización de personas adultas y matriculación combinada en

las enseñanzas primaria, secundaria y terciaria) y un nivel de vida decoroso (ingreso per cápita ajustado por la paridad del poder adquisitivo del dólar). El índice permite medir el progreso nacional medio, pero no valorar en qué medida se distribuye éste en el interior de un país, por ello el indicador fue posteriormente mejorado con la incorporación del Índice de Pobreza Humana (IPH). El IPH a su vez se divide en: IPH1 (mide la pobreza empobrecidos) e IPH2 (mide la pobreza humana en algunos países de la OCDE). A fin de enriquecer los anteriores, se introdujeron en 1.995 el IDG -Índice de Desarrollo relativo al Género, que desagrega distintas variables por sexo- y el IPG -Índice de Potenciación de Género, que ayuda a evaluar si las mujeres pueden participar activamente en la vida política y económica-. La mejora de los índices es la lógica consecuencia del ajuste del índice original a la medición de distintas realidades. Esta mejora ha supuesto un importante avance a la hora de realizar la formulación de los programas y proyectos de desarrollo humano, y los dos últimos indican cómo la definición del papel de la mujer en el desarrollo ha variado a lo largo de este proceso, a la par que se visualiza que las políticas de desarrollo no son neutras, sino que tienen un significativo impacto de género. A su vez, el paso desde los enfoques MED -mujeres en el desarrollo- al GED -Género en el desarrollo- ha permitido desplazar el foco desde los ingresos a las relaciones de poder. Sin embargo, ningún índice se desglosa aún esos indicadores por sexo y edad, ni el GED ha prestado excesiva atención a la vejez en el desarrollo.

- 115 MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA. (2009). Las administraciones públicas cerraron 2008 con un déficit de 41.874 millones de euros, el 3,82% del PIN, en <http://www.meh.es/es-ES/Prensa/En%Portada/2009/Paginas/cierrepresupuestario2008.2008.aspx>
- 116 MTI (2009). La Seguridad Social registró un superávit de 14.428,21 millones e euros en 2008, en <http://www.tt.mtas.es/periodico/seguridadsocial/200902/5520090205.html>
- 117 Gabinete de Comunicación, en <http://www.tt.mtas.es/periodico/index.htm>
- 118 INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Evolución Mensual de las Pensiones del Sistema de la Seguridad. Avance junio 2008.
- 119 CONSEJERÍA DE BIENESTAR, disponible en <http://www.gobcan.es/bienstarsocial/>
- 120 IMSERSO (2009). Actualización de las pensiones para 2009, en [http://www.seg-social.es/imserso/prestaciones/may\\_pnc00.html#actualización](http://www.seg-social.es/imserso/prestaciones/may_pnc00.html#actualización)
- 121 MINISTERIO DE EDUCACIÓN, POLÍTICA SOCIAL Y DEPORTE. (2009). Perfil del pensionista de PNC. Diciembre de 2008 (Avance), en [http://www.seg-social./imserso/estadisticas/est\\_pncs.html](http://www.seg-social./imserso/estadisticas/est_pncs.html)
- 122 Precio de referencia es la cantidad máxima que se financiará, con cargo a fondos de la Seguridad Social o a los fondos estatales afectos a la sanidad, de las presentaciones de especialidades farmacéuticas incluidas en cada uno de los conjuntos homogéneos. Aquellas que superen el precio de referencia deberán sustituirse por un genérico, salvo que el/la paciente abone la diferencia.
- 123 El concepto figuraba en el Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, en Nueva York, el 22 de julio de 1946, que fue firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de los 61 Estados miembro y entró en vigor el 7 de abril de 1948.
- 124 CAPILLA, P., PEÑA, C., HERRADÓN, J., CARBONELL, J., FUENTES, M., LINAZA, I., AMARO, L. (2005). 3er Plan de Educación Nutricional por el Farmacéutico. Educación Nutricional a las Personas Mayores. (PLENUFAR III). Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- 125 Toda vez que uno/a deja de ser reconocido/a por los/as demás.
- 126 Conocido habitualmente como coito doloroso, se refiere a ciertas molestias que padecen tanto las mujeres (dispareunia) como los hombres durante el acto sexual.
- 127 CIS. (2003). La televisión y la radio en la vida de los españoles.
- 128 INE. (2007). Encuesta sobre equipamientos y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares.



## **BIBLIOGRAFÍA**

## Bibliografía

- ABC. (2003, 1 de octubre). Italia retrasa ocho años la edad de jubilación para los hombres, en <http://www.abc.es/hmeroteca/historico-01-10-203/abc/Economia/210702.html>
- ABELLÁN GARCÍA, A. (2002). Indicadores demográficos. En SANCHO CASTIELLO, M. (coord.). *Las personas mayores en España, Informe 2002*. Madrid, IMSERSO.
- ACKER, J. (1988). "Class, gender and the relations of distribution". *Sing* 13 (8): 473-479
- ADELANTADO, J. (coord.). (2000). *Cambios en el Estado de Bienestar*. Barcelona, Icaria
- AGRELA ROMERO, B. (2002). De fundamentalismos institucionales y discursos culturalistas: la construcción de otredades en la política de inmigración española. En GARCÍA CASTAÑO, F.J. y MURIEL LÓPEZ, C. (eds.). *La inmigración en España. Contextos y alternativas*. Volumen II: 407-420.
- AGULLÓ TOMÁS, M.S. (2001). *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: una aproximación psicosociológica*. Madrid, IMSERSO.
- ALBA, V. (1992). *Historia social de la vejez*. Barcelona, Laertes.
- ALBERDI, I. (1979). *Historia y sociología del divorcio en España*. Madrid, CIS.
- ALBERDI, I., y GARCÍA DE LEÓN, M. A. (1996). Sociología de las mujeres españolas. En GARCÍA DE LEÓN, M. A., GARCÍA DE CORTÁZAR, M., ORTEGA, F. (coord.). *Sociología de las mujeres españolas*. Madrid, Editorial Complutense
- ALBERDI, I. (1999). *La nueva familia española*. Madrid, Taurus.
- ALBERDI, I. y Escario, P. (2007). *Los hombres jóvenes y la paternidad*. Bilbao, Fundación BBVA.
- ALBERONI, F. (1980). *Enamoramiento y amor*. Barcelona, Gedisa Editorial
- ALCARAZ, J., ANAYA, L. A., MILLARES, S., SUÁREZ, M. (1991). "Historia de Canarias. La tardía modernización de la sociedad". Las Palmas de Gran Canaria, Editorial Prensa Ibérica.
- ALDOUS, J. (1978). *Family careers: development changes in families*. Nueva York, John Willey.
- ALI, S. (2003) "To be a girl: culture and class in schools". *Gender and Education*, 15 (3): 269-283.
- ALMEIDA, J. (1995). *Sociología de la educación*. Barcelona, Ariel Sociología.
- ALONSO BENITO Y PÉREZ ORTIZ, L. (2002). "Problemas actuales en el estudio de la jubilación y las edades del trabajo: la perspectiva sociológica". *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* 1: 115-149.
- ALTABLE VICARIO, CH. (1998). *Penélope o las trampas del amor*. Valencia, AU Llibres.
- ALVARADO PÉREZ, E. (1998). *Retos del Estado de Bienestar en España a finales de los 90*. Madrid, Tecnos.
- ÁLVAREZ, B. (1994). *¡Cásate tonta!* Madrid, Grupo Libro.
- AMORETTI, G., Grassi, M., Ratti, M.T. (1989). *Anziani Oggi*. Milán, Franco Angeli
- AMORÓS, C. [1985] (1991). *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Barcelona, Anthropos.
- AMORÓS, C. (1997). *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad*. Madrid, Cátedra.
- AMORÓS, C. Y DE MIGUEL, A. (ed.). (2005). *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización*. Vol. II. Madrid, Minerva.

- ANDERSON, B. G. (1972). “The process of deculturation: its dynamics among United States aged”. *Anthropological Quarterly* 45 (4): 209-216.
- ANDERSON, M. (1980). *Sociología de la familia*. México, Fondo de Cultura Económica.
- ANETZBERGER, B. (1998). “Psychological abuse and neglect: A cross-cultural concern to older americans. Understanding and combating elder abuse in minority communities”. Archstone Foundation 141-151
- ANISI, D. (1989). La posibilidad de un nuevo pacto keynesiano. En Muñoz de Bustillo, R. (ed.). *Crisis y futuro del Estado de Bienestar*. Madrid, Alianza Universidad.
- ANSELLO, E. E. (1996). Causes and theories. En BAUMHOVER, L.A. and BELL, S.C. (eds.). *Abuse, neglect and exploitation of older persons: strategies for assessment and intervention*. Baltimore, Health Professions Press.
- ANTHONY, S. B., GAGE, M. J., Y STANTON, E. C. (1881-1922). History of woman’s suffrage. Nueva York, Ida Husted Harper, en Bibliography about the US suffrage movement, en <http://www.rochester.edu/SBA/bibliograph>
- APPLE, M.W. (1986). *Ideología y currículo*. Madrid, Akal.
- ARAGÓ, J.M. (1985). Aspectos psicosociales de la senectud. En CARRETERO, M., PALACIOS, J. y MARCHESI, A. (dir.). *Psicología evolutiva. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid, Alianza Editorial
- ARBER, S. Y GINN, J. (eds.). (1996). *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid, Narcea.
- ARBER, S., DAVIDSON, K., GINN, J. (eds.). (2003). *Gender and Ageing. Changing roles and relationships*. London, McGraw Hill.
- ARCHER, L. Y YAMASHITA, H. (2003). “Theorising Inner-city masculinities: “race”, class, gender and education”. *Gender and Education*, 15 (2): 115-132.
- ARENDT, H. [1958] (2005). *La condición humana*. Barcelona, Paidós,
- ARIÈS, P. [1973] (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid, Taurus.
- ARIÈS, P. (1983). *El hombre ante la muerte*. Madrid, Taurus.
- ARIÈS, P. (2000). *Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media a nuestros días*. Barcelona, El Acantilado.
- ARISTÓTELES. [348-322 a.C.] (1993). *Parva naturalia*. Madrid, Paradox.
- ARISTÓTELES. [348-322 a.C.] (1973). *De generatione animalium*. Vol V. Roma, Laterza.
- ARSUAGA, J.L. Y MARTÍNEZ, I. (1998). *La especie elegida. La larga marcha de la evolución humana*. Madrid, Temas de hoy.
- ARTAZCOZ, L., BENACH, J., BORRELL, C., CORTÉS, I. (2004). “Unemployment and mental health. Understanding the interaction between gender, family roles, and social class”. *Public Health* 94: 82-88.
- ASILI, N. (2004). *Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinar*. México, Editorial Pax.
- ASKEN, S. Y ROSS, C. (1991). *Los chicos no lloran*. Barcelona, Paidós.
- ATCHLEY, R.C. (1972). “The social forces in later life. Wadsworth Publishing Co. Inc. Belmont”, citado en MISHARA, B.L. y RIEDEL R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid, Morata.
- ATCHLEY, R. C. (1976). *The sociology of retirement*. Nueva York, Hasted Press.
- ATKINSON MONNING, J. (1982). “Review essay: anthropology”, *Sings*. Vol 8 (2): 236-258, citada en DEL VALLE, T. (eds.). (2000). *Perspectiva feminista desde la Antropología Social*. Barcelona, Ariel Antropología.

- ATTIAS DONFUT, C. (1996). Solidarités et entraides entre générations. En SINGLY, F. ET AL. (dirs.). *La famille en questions. État de la recherche*. París, Syros.
- ATTIAS DONFUT, C. Y SEGALÉN, M. (2001). Les habits neufs des grands-parents. En ATTIAS DONFUT, C. y SEGALÉN, M. (dirs). *Le siècle des grands-parents. Une génération phare, ici et ailleurs*. París, Autrement.
- AUBET, M.J. ET AL. (2001). *Mujer y ciudadanía. Del derecho al voto... al pleno derecho*. Barcelona, Bellaterra
- BACON, F. [1623] (1985). *La gran restauración. Historia de vida y muerte. Segundo título en Historia natural y experimental de la creación de la filosofía*. Granada, Ediciones MA.
- BADINTER, E. (1991). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVI a XX*. Barcelona, Paidós.
- BADINTER, E. (1993). *XY, la identidad masculina*. Barcelona, Alianza.
- BAKER, A. (1975). "Granny battering". *Modern Geriatrics*, 5 (8): 20-24.
- BALLARÍN DOMINGO, P. (1994). Los Estudios de las mujeres en las Universidades españolas. En RUIZ BERRIO, J. (ed.). *Educación y marginación social. Homenaje a Concepción Arenal en su Centenario*. Madrid, Dirección General de la Mujer
- BANCO DE ESPAÑA. (2004). "Proyecciones de población para la economía española". Boletín Económico 12/204. Madrid, Banco de España.
- BAREA, J., CARPIO, M., DOMINGO, E. (1996). *Escenarios de la evolución del gasto público en pensiones y desempleo en el horizonte del 2020*. Bilbao, Fundación BBVA.
- BARKER, R.G. Y WRIGHT, H.F. (1955). *Midwest and its children: the psychological ecology of an American town*. Nueva York, Harper y Row.
- BARRIO TRUCHADO, E. Y ABELLÁN GARCÍA, A. Indicadores demográficos. En SANCHO CASTIELLO, M. (coord.). (2006). *Las personas mayores en España. Informe 2006*. Madrid, IMSERSO.
- BAZO ROYO, M.T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid, CIS
- BAZO ROYO, M. T. (1992). *La ancianidad del futuro*. SG Editores. Barcelona.
- BAZO ROYO, M. T. (1994). "Abuelos y nietos. La familia como centro privilegiado de intercambio entre generaciones", en Premios Bancaixa de Investigación 1993. Valencia, Bancaixa
- BAZO ROYO, M. T. (1996). "Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: análisis sociológico". REIS 73: 209-224.
- BAZO ROYO, M. T. (1998). "Vejez dependiente, políticas y calidad de vida". *Papers. Revista de Sociología* 56: 143-161.
- BAZO ROYO, M.T. y MAIZTEGUI OÑATE, C. (1999). Sociología de la vejez. En BAZO ROYO, M. T. (coord.) *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid, Panamericana.
- BAZO ROYO, M. T. (2000). Sociedad y vejez: la familia y el trabajo. En Fernández-Ballesteros, R. (cood.). *Gerontología Social*. Madrid, Pirámide.
- BAZO ROYO, M. T. (2001) *La institución social de la jubilación, de la sociedad industrial a la postmodernidad*. Valencia, Nau Libres
- BAZO ROYO, M. T. (2001). "Negligencia y maltrato a las personas ancianas en España". *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 36 (1): 8-14.
- BAZO ROYO, M. T. (2004). Perfil de la persona mayor víctima de la violencia. En Sanmartín, J. (coord.). *El laberinto de la violencia*. Barcelona, Ariel.

- BBC (2003, 13 de mayo). Francia paralizada por la huelga, en BBCMundo.com, en [http://news.bbc.co.uk/1/hi/spanish/news/newsid\\_30233000/3023191.stm](http://news.bbc.co.uk/1/hi/spanish/news/newsid_30233000/3023191.stm)
- BEATSON, A.W. (1960). "Imaginary poverty". *British Medical Journal* 6: 468-469.
- BEAVER, M. L. Y MILLER, D. A (1998). *La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores. Intervención primaria, secundaria y terciaria*. Barcelona, Paidós.
- BELANDO, M. (2007). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. Reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo. En KRISTENSEN, B., ÁLVAREZ POUSA, L. y EVANS PIM, J. *Comunicación de personas mayores*. Actas do Foro Internacional. Santiago de Compostela, Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia
- BELTRÁN, M., GARCÍA FERRANDO, M., LÓPEZ PINTOR, R., RODRÍGUEZ CABRERO, G., THIEBAUT, C. Y TOHARIA, J. J. (1987). *Estudio sobre la familia española*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- BENERÍA, L. (1987). "¿Patriarcado o sistema económico? Una discusión sobre dualismos metodológicos", en AMORÓS, C. *Mujeres: ciencia y práctica política*. Madrid, Debate 39-54.
- BENERÍA, L. (2003). Introducción. La mujer y el género en la economía: un panorama general. En DE VILLOTA, P. (ed.). *Economía y género. Macroeconomía, política fiscal y liberalización. Análisis de su impacto sobre las mujeres*. Barcelona, Icaria
- BENGSTON, B. V. Y PETERSON J. en Cox, H. (1984). "Later life: the realities of aging, Prentice-Hall. New Jersey", citado en BAZO ROYO, M.T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid, CIS. Siglo XXI de España Editores.
- BENHABIB, S., Y CORNELL, D. (1990). *Teoría feminista y teoría crítica*. Valencia, Ediciones Alfons El Magnànim
- BENHABIB, S. (1992). "Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral". *Isegoría* 6: 37-62.
- BENNETT, G. Y KINGSTON, P. (1993). *Elder abuse: theories, concepts and interventions*. Londres, Chapman and Hall.
- BENNETT, G., KINGSTON, P., PENHALE, B. (1997). *The dimensions of elder abuse. Perspectives for practitioners*. Londres, Macmillan.
- BERGER, P. L. Y LUCKMANN; T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Argentina, Amorrortu Editores.
- BERJANO, E. Y LLOPIS, D. (1996). *Jubilación: expectativas y tiempo de ocio*. Madrid, Fundación Caja Madrid.
- BINSTOCK, R. H. Y GEORGE, L (eds.). (1990). *Handbook of aging and the social sciences*. San Diego, Academic Press.
- BIRD, C. (1979). *The two paycheck family*. Nueva York, Rawson, Wade.
- BIRREN, H. Y SCHAIE, K.W. (1991). *Handbook of the Psychology of aging*. San Diego, Academic Press.
- BLAISE, S. (1996). *El rapto de los orígenes o el asesinato de la madre*. Vindicación feminista. Barcelona.
- BLANES, A., GIL, A. Y PÉREZ DÍAZ, J. (1996). *Demografía y actividad en España. Análisis y perspectiva*. Barcelona, Fundació La Caixa.
- BÓDALO LOZANO, E. Y SÁNCHEZ VERA, P. (1999). "Los mayores en la publicidad televisiva. Un análisis de contenido". *Cuadernos de realidades sociales* 53-54: 177-204.

- BOLDRIN, M., DOLADO, J.J., JIMENO, J.F., PERACCHI, F. (1999). "The future of pension systems in Europe. A reappraisal". *Economic Policy* 14: 287-320.
- BOLDRIN, M., JIMÉNEZ MARTÍN, S., PERACCHI, F. (2001). *Micro-modelling of retirement behavior in Spain*. Madrid, Instituto de Estudios Fiscales.
- BORCHORST, A. Y SIIM, B. (1987). Women and the advanced welfare state. A new kind of patriarchal power. En SASSOON, A.S. *Women and revolution*. Boston, The South End Press.
- BOSERUP, E. [1970] (1993). *La mujer y el desarrollo económico*. Madrid, Minerva.
- BOSSARD, J.H.S. Y BOLL, E.S. (1943). *Family situations*. Filadelfia, University of Pennsylvania Press
- BOTT, E. (1990). *Familia y red social*. Madrid, Taurus
- BOULDING, K. E. (1966). *El significado del siglo XX. La gran transición*. México, Uteha
- BOURDIEU, P. (2005). *La dominación masculina*. Barcelona, Anagrama
- BRAMMER, A. Y BIGGS, S. (1998). "Defining elder abuse". *Journal of Social Welfare and Family Law* 20 (3): 285-304.
- BRESC, H. (1988). La Europa de las ciudades y de los campos (siglos XIII-XV). En BURGUIÉRE, A., KLAPISCH-ZULER, C., SEGALEN, M. y ZONABEND, F. (dirs.). *Historia de la familia*. Vol I. Madrid, Alianza Editorial.
- BRISTOWE, E. Y COLLINS, J.B. (1989) "Family mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in Bristish Columbia". *Journal of elder abuse and neglect* 1 (1): 45-64.
- BROWN DORESS, D., Y LASKIN SIEGAL, D. (1993). *Envejecer juntas*. Barcelona, Paidós.
- BUENO MARTÍNEZ, B. Y BUZ DELGADO, J. (2006). "Jubilación y tiempo libre en la vejez". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 65. Lecciones de Gerontología, IX, en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/bueno-jubilacion-01.pdf>
- BURGESS, E.W. (1926). "The family as a unity of interacting personalities". *The Family* 7: 3-9.
- BURGESS, E.W. (1960). *Aging in Western societies*. Chicago, University of Chicago Press.
- BURGUIÉRE, A. ET AL. (1988). El futuro de la familia. En BURGUIÉRE, A., KLAPISCH-ZULER, C., SEGALEN, M. y ZONABEND, F. (dirs.). *Historia de la familia*. Madrid, Alianza Editorial. Vol I.
- BURIN, M. (1998). La mediana edad ¿crisis o transición? En BURIN, M. y MELER, I. Género y familia. *Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires, Paidós.
- BURKE, E. Y CASADO APARICIO, E. (1999) "A vueltas con el sujeto del feminismo". *Política y Sociedad* 30: 73-91.
- BURRIEL DE ORUETA, E. (1981). *Canarias: población y agricultura en una sociedad dependiente*. Oiko-Tau. Barcelona.
- BURSTON, G. (1975). "Granny battering". *British Medical Journal* 3: 592.
- BURSTON, G. (1977). "Do your elderly patients live in fear of being battered?" *Modern Geriatrics* 7: 54-55.
- BUSTELO RUESTA, M. (2004). *La evaluación de las políticas de género en España*. Madrid, Catarata.
- BUTLER, J. (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona, Paidós.
- BUTLER, R. (1969). "Age-ism. Another form of bigotry". *The Gerontologist* 9: 243-246

- BUTLER, R. (1999). "Warning signs of elder abuse". *Geriatrics* 54: 3-4
- CABRÉ I PLÁ, A. y PÉREZ-DÍAZ, J. (1995). Envejecimiento demográfico en España. En VV.AA. *Las actividades económicas de las personas mayores*. Madrid, SECOT.
- CABRERA, L Y DÍAZ, A. (1991). "Historia de Canarias. La economía contemporánea. El proceso de consolidación capitalista". n° 39. Las Palmas de Gran Canaria, Editorial Prensa Ibérica.
- CABRERA, L Y DÍAZ, A. (1991). "Historia de Canarias. La economía contemporánea. Las dificultades de la modernización económica". n° 40. Las Palmas de Gran Canaria, Editorial Prensa Ibérica.
- CAHILL, S. (1983). "Reexamining the acquisition of sex roles: a symbolic interactionist approach". *Sex roles* 9 (1): 1-15, citado en SALTZMAN, J. (1992). *Equidad y Género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio*. Madrid. Cátedra.
- CAMPBELL, J. (1991). *La máscara de Dios: mitología primitiva*. Madrid, Alianza.
- CAMPO LAREDO, M. J. (2000). *Apoyo informal a ls personas mayores y el papel de la mujer cuidadora*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas
- CANN, R., STONEKING, M., Y WILSON, A. (1987) "Mitochondrial DNA and evolution". *Nature* 325: 31-36.
- CAPARRÓS, N., MORENO, A. Y TOLSA, A. (2003). *Economía y familia. La solidaridad intergeneracional*. Pamplona, Instituto de Ciencias para la familia.
- CAPEL MARTÍNEZ, R. M. (1986). *El trabajo y la educación de la mujer en España*. Madrid, Ministerio de Cultura.
- CAPEL MARTÍNEZ, R. M. (1986). Mujer y trabajo en la España de Alfonso XIII. En VV.AA. *Mujer y sociedad en España (1700-1975)*. Madrid, Ministerio de Cultura.
- CAPEL MARTÍNEZ, R. M. (2006). El sagrado derecho de votar. En MORANT, I (dir.) *Historia de las mujeres en España y América Latina. Del siglo XIX a los umbrales del XX*. Vol. IV. Madrid, Cátedra.
- CAPELLÁ, A. (1997). *Sexualidades humanas, amor y locura. Conferencias de psicoanálisis*. Barcelona, Herder.
- CARBONELL, M. (2005). Trabajo femenino y economías familiares. En MORANT, I. (dir.). *Historia de las mujeres en España y América Latina. El Mundo Moderno*. Vol. II. Madrid, Cátedra.
- CARO, F. Y SÁNCHEZ, M. (2005). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid, Pearson-Prentice Hall.
- CARRASCO BENGOA, C. (1991). *El trabajo doméstico y la reproducción social*. Madrid, Instituto de la Mujer.
- CARRASCO BENGOA, C. (1999). Introducción. Hacia una economía feminista. En CARRASCO BENGOA, C. (ed.). *Mujeres y economía. Nuevas perspectivas para viejos problemas*. Barcelona, Icaria
- CARRASCO BENGOA, C. Y MAYORDOMO, M. (1999). Tiempos, trabajos y organización social: reflexiones en torno al mercado laboral femenino. En CARRASCO BENGOA, C. (ed.). *Mujeres y economía. Nuevas perspectivas para viejos problemas*. Barcelona, Icaria
- CARRASCO BENGOA, C. (2001). El ejercicio de la ciudadanía: la ciudadanía oculta de las mujeres. En AUBET, M. J. ET AL. *Mujer y ciudadanía. Del derecho al voto... al pleno derecho*. Barcelona, Bellaterra
- CARUNCHO, C. Y MAYOBRE, P. (1998). Salud y género. En Caruncho, C. y Mayobre, P. (coord.). *Novos dereitos. Igualdade, diversidades e disidencia*. Santiago, Tórculo Edicións.
- CASAL, J. (1996). "Modos emergentes de transición a la vida adulta en el umbral del siglo XXI: aproximación sucesiva, precariedad y desestructuración". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 75: 295-316.

- CASALS, I. (1982). *Sociología de la ancianidad*. Madrid, Editorial Mezquita.
- CASELLI, G., MESLÉ, F., Y VALLIN, J. (1999). El triunfo de la medicina. En BARDET, J.P. Y DUPAQUIER, J. (eds.). *Historia de las poblaciones de Europa*. Vol. III, Madrid, Síntesis.
- CASTEL, R. (1997). La exclusión social. En VV.AA. *Exclusión e intervención social*. IV Encuentro Internacional sobre Servicios Sociales. Valencia, Fundación Bancaixa.
- CASTELLS, A., Y BOSCH, N. (dir.). (1998). *El futuro del Estado de Bienestar*. Madrid, Tecnos.
- CAUDET YARZA, F. (1994). *Diccionario de mitología*. Madrid, M.E. Editores.
- CAZÉS, D. (1994). *La dimensión social del género: posibilidad de vida para mujeres y hombres en el patriarcado*. México, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- CEPEDA ADÁN, J. (1986). Prólogo. En CAPEL MARTÍNEZ, R.M. *El trabajo y la educación de la mujer en España (1900-1930)*. Madrid, Instituto de la Mujer.
- CERDEIRA GUTIÉRREZ, I. (1987). “Los Servicios Sociales del franquismo a la Constitución”. Cuadernos de Trabajo Social 0: 135-158.
- CERVERA, M. ET AL. (1992). “Reflexiones sobre el movimiento feminista de los años 80-90”, *Mientras Tanto* 48: 33-49.
- CES. (2007). Informe Anual del Consejo Económico y Social sobre la situación económica, social y laboral en Canarias durante el año 2006. Las Palmas de Gran Canaria, Gobierno de Canarias
- CLARAMUNT, F. (1998). El matrimonio y sus problemas psicológicos. En Vallejo Nágera, J.A. (dir.). *Guía práctica de Psicología*. Madrid, Ediciones Temas de hoy.
- CLARK, A.N., MAKINKAR, G.D. Y GRAY, I. (1975). “Diogenes síndrome. A clinical study of gross neglect in old age”. *Lancet* 15 (1): 366-368.
- CLARK, M. Y ANDERSON, B. G. (1967). *Culture and aging. An antropological study ulder americans*. Illinois, Chrles Thomas.
- CLEMENTE PAULINO, I. (1998). Salud sexual y reproductiva. En Portal Nieto, Ana M. *Mujeres, ecología y paz. Mujeres Familia y Salud* 5. Castelló, Universitat Jaime I.
- COCKBURN, T.A. (1963). *The evolution and eradication of infectious diseases*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Cohen, D. (2000). “Homicide-suicide in older people”. *Psychiatric Times* 17 (1): 49-52.
- COM. (2007). “Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the regions. Tackling the pay gap between woman an men”. Bruselas, Comisión Europea
- COMAS, J. (2005, 28 de octubre). Alemania estudia elevar la edad de jubilación a 67 años, en el El País.com, [http://elpais.com/articulo/economía/alemania/estudia/elevar/edad/jubilacion/67/anos/elpepusoc/20051028elpepieco\\_10/](http://elpais.com/articulo/economía/alemania/estudia/elevar/edad/jubilacion/67/anos/elpepusoc/20051028elpepieco_10/)
- COMAS, J. (2007, 4 de marzo). Dos años más de espera para el retiro. *El País*: 79.
- COMIJS, H. (1999). *Elder mistreatment. Prevalence, risk indicators and consequences*. Ámsterdam, Vrije Universiteit.
- COMISIÓN EUROPEA. (2003). “La situación social en la Unión Europea, 2003”. Bélgica, Comunidades Europeas
- COMITÉ DE EXPERTOS SOBRE POBLACIÓN E INMIGRACIÓN EN CANARIAS. (2003). “Informe sobre población e Inmigración en Canarias”. Las Palmas de Gran Canaria, Gobierno de Canarias.
- CONDORCET, J.A. [1790] (1993). Sobre la admisión de las mujeres al derecho de ciudadanía. En PULEO, A. *La Ilustración olvidada. La polémica de los sexos en el siglo XVIII*. Barcelona, Anthropos.



- CONNELL, R. W. (1987). *Gender and Power. Society, the person and sexual politics*. California, Standford University Press.
- CONNELL, R. W. (1995). *Masculinities*. Berkeley, University of California Press
- CONNELL, R.W. (1997). “La organización social de la masculinidad”, en VALDÉS, J., OLAVARRIA, J. (eds.). *Masculinidad/es: poder y crisis*. Santiago de Chile, Isis Internacional 24: 31-48.
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL. (2007). “Informe Anual del Consejo Económico y Social de Canarias 2007 sobre la situación económica, social y laboral de Canarias en el año 2006”. Las Palmas de Gran Canaria, Gráficas Juma. S.L.
- COOKE-DANIELS, L. (1997). “Lesbian, gay male, bisexual and transgendered elders. Elder abuse and neglect issues”. *Journal of elder Abuse and Neglect* 9 (2): 35-49.
- CORBELLA ROIG, J. Y VALLS LLOBET, C. (1989). *Ante una edad difícil. Psicología y biología del adolescente*. Barcelona, Círculo de Lectores.
- CORIA, C. (1991). *El sexo oculto del dinero. Formas de dependencia femenina*. Barcelona, Paidós.
- CORIAT, B. [1979] (1982). *El taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa*. México, Siglo XXI.
- COWDRY, E.V. (1939). *Problems of aging. Biological and Medical Aspects*. Baltimore, Williams y Wilkins.
- COWGILL, D.O. Y HOLMES. L. D. (1974). “Aging and modernization”. Appleton Century Crofts. New York, citado en ARBER; S. Y GINN, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid, Narcea.
- COX, H. (1984). “Later life: the realities of aging”, Prentice-Hall. New Yersey, citado en BAZO ROYO, M.T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid, CIS. Siglo XXI de España Editores.
- COYNE, A.C., REICHMAN, W. E. AND HERBIG, L. J. (1993). “The relationship between dementia and elder abuse”. *American Journal of Psychiatry* 150: 643-646.
- CRUZ, J. Y ZECCHI, B. (eds.). (2004). *La mujer en la España actual*. Barcelona, Icaria.
- CRUZ, P. Y COBO, R. (1990). *Situación social de los viejos en España*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CUENCA CABEZA, M. (1995). El tiempo libre y ocio en las personas mayores. En VV.AA. *Las actividades económicas de las personas mayores*. Madrid, SECOT.
- CUENCA TORIBIO, J. M. (1991). *Siglo XX. 1945 a la actualidad*. Vol 10. Barcelona, Océano.
- CUEVAS, J. Y MARTÍNEZ SOTO, A.P. (2008). “Las Cajas de Ahorro y la previsión social en España 1904-1936”, en COMÍN COMÍN, F. y GÁLVEZ, MUÑOZ, L. (coord.). *De la beneficencia al Estado de bienestar. Una historia de la Seguridad Social en España*. IX Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica, en [http://www.um.es/ixcongresoah/pdfB3/Las\\_Cajas\\_de\\_Ahorro.pdf](http://www.um.es/ixcongresoah/pdfB3/Las_Cajas_de_Ahorro.pdf)
- CUMMING, E. Y HENRY, W.E. (1961). “Growing old: the process of disengagement”, Basic Books, New York, citado en BAZO ROYO, M.T. (coord.). (1998). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Editorial Médica Panamericana.
- CURTIN, S. R. (1972). *Nobody ever died of old age*. Boston, Little Brown and Co.
- CURTIS, R. (1986). “Household and family in theory on inequality”. *American Sociological Review* 15: 168.183, citado en SALTSMAN, J. (1992). *Equidad y Género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio*. Madrid. Cátedra.
- CHAFETZ, J. S. (1984). *Sex and advantage. A comparative Macro-estructural Theory of sexual stratification*. Rowan and Allanheld, Nueva Yersey.

- CHERLIN, A. Y FUSTENBERG, F.F. (1985). Styles and strategies of grandparenting. En Bengtson, V. y Robertson, J.F. (eds.). *Grandparenthood*. Beverly Hills, Sage.
- CHERLIN, A. Y FUSTENBERG, F.F. (1986). "Grandparents and family crisis" *Generations* 10 (4): 26-28.
- CHODOROW, N. [1978] (1984). *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona, Gedisa.
- CHODOROW, N. (1989). *Feminism and psychoanalytic theory*. New Haven, Connecticut, Yale University Press.
- CHOMBART DE LAUWE, P.H. (1956). *La vie quotidienne des falillies ouvrieres*. París, CNRS.
- CHRISTENSEN, H. (edit.). (1964). *Handbook of marriage and the family*. Chicago, Rand McNally
- D'AMOURS, M., LESEMANN, F., DENIGER, M. A. Y SHRAGGE, E. (1999). "Les chômeurs de longue durée de plus 45 ans: entre exclusion et réflexivité". *Lien Social et Politiques*, RIACC 42 (82): 121-133
- DALY, M. (1978). *Gyn-ecology*. Boston, Beacon
- DARWIN, CH. [1859] (1983). *El origen de la especies*. Madrid, Editorial Sarpe.
- DAVIES, B. (1994). *Sapos y culebras y cuentos feministas. Los niños de preescolar y el género*. Madrid, Cátedra.
- DAVIS, K. [1947] (1965). *Sociedad humana*. Buenos Aires, Eudeba
- DEARMAS, A. (1993). Concepto de salud y su evolución. El ser humano. En GONZÁLEZ DE CHÁVEZ FERNÁNDEZ, M.A. (comp.). *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid, Siglo XXI
- DE BEAUVOIR, S. de [1949] (2001). *El segundo sexo*, Vol II. Madrid, Cátedra.
- DE BEAUVOIR, S. de [1970] (1983). *La vejez*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana
- DE GOUGES, O. [1791] (1993). Derechos de las mujeres y ciudadanas, en Puleo, A. *La Ilustración olvidada. La polémica de los sexos en el siglo XVIII*. Barcelona, Anthropos.
- DE LA BARRE, P. [1673] (1990). Sobre la igualdad de los sexos, en Amorós, C. "El feminismo: senda no transitada de la Ilustración". *Isegorías* 1: 139-150
- DE LA CRUZ, J. I. [1689] (1982). *Inundación Castálida*. Madrid, Castalia.
- DE LA GÁNDARA, J.J. (1992). "Los ancianos solitarios: el llamado Síndrome de Diógenes". *Anuario de Psiquiatría* 8 (1): 21-26.
- DE LA TORRIENTE, E. (2006, 19 de marzo). El imperio del cuerpo. EP [s] Moda. El País, Dominical.
- DE MAUSE, LL. [1975] (1982). *Historia de la infancia*. Madrid, Alianza.
- DE PIZAN, C. [1405] (1995). *La ciudad de las damas*. Madrid, Siruela
- DE RITUERTO, R. M. (2007, 11 de septiembre). La discriminación salarial entre sexos crece a lo largo de la vida. *El País*: 30.
- DE VICENTE Y ROYO DE SAN MARTÍN, A., ARREDONDO RODRÍGUEZ, J. M., Y GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, M. J. (2001-2003). La excelencia académica de las universitarias españolas, demandas del mercado e inserción laboral. Incidencia de las Políticas de Igualdad de ámbito nacional y de las Comunidades Autónomas, disoonible en [www.migualdad.es/mujer/mujeres/estud\\_inves/583.pdf](http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/583.pdf).
- DE ZAYAS Y SOTOMAYOR, M. [1637, 1647] (1989). *Tres novelas amorosas y ejemplares y tres desengaños amorosos*. Madrid, Instituto de la Mujer

- DECALMER, P. Y GLENDENNING, F. (1993). *The mistreatment of elderly people*. Londres, Sage Publications.
- DECALMER, P. Y GLENDENNING, F. (comp.). (2000). *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona, Paidós.
- DEL CAMPO, S. (1981). El ciclo vital de la familia española. En Durán, M.A. (Coord.). *La mujer en el mundo contemporáneo*. Madrid, Universidad Autónoma.
- DEL CAMPO, S. (1981). *Posición y problemática social de la tercera edad*. Madrid, INSERSO.
- DEL CAMPO, S. (1982). *La evolución de la familia española en el siglo XX*. Madrid, Alianza Universidad.
- DEL CAMPO, S. Y NAVARRO, M. (1985). *Análisis sociológico de la familia española*. Barcelona, Ariel.
- DELGADO, M. (2003). “La fecundidad en España a finales del siglo XX. Tendencias Demográficas”. *SISTEMA* 175, 176: 51-66.
- DELGADO, M. Y BARRIOS, L. (2007). *Determinantes sociales en la interrupción del embarazo en España*. Madrid, CIS.
- DELPHY, C. [1970]. (1982). *Por un feminismo materialista*. Barcelona, La Sal.
- DELPHY, C. Y LEONARD, D. (1992). *Familiar exploitation*. Cambridge, Polity Press.
- DELVAL, J. (1994). *El desarrollo humano*. Madrid, Siglo XXI.
- DELLA COSTA, M. R. [1972]. (1975). *Las mujeres y la subversión de la comunidad*. Madrid, Siglo XXI.
- DI FEBBO, G. (2006). La cuna, la cruz y la bandera. Primer franquismo y modelos de género. En MORANT, I (dir.). *Historia de las mujeres en España y América Latina. Del siglo XIX a los umbrales del XX*. Vol. IV. Madrid, Cátedra.
- DÍAZ MARTÍNEZ, J. R. (dir.). (2004). “Plan de Salud de Canarias, 2004-2008 Más salud y mejores servicios”. Servicio Canario de Salud, en <http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/psc.htm>.
- DUBY, G. (1990). *El amor en la Edad Media y otros ensayos*. Madrid, Alianza.
- DUBY, G. Y PERROT, M. (1991). Escribir la historia de las mujeres. En Duby y Perrot (dirs.). *Historia de las mujeres. La Antigüedad*. Madrid, Taurus
- DUNLOP, B., TOTHMAN, M. CONDON, K, HERBERT, K. Y MARTÍNEZ, I. (2000). “Elder abuse. Risk factors and use of case data to improve policy and practice”. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 12 3/4: 95-122.
- DURÁN, M. A. (1972). *El trabajo de la mujer en España. Un estudio sociológico*. Madrid, Tecnos.
- DURÁN, M. A. (coord.). (1987). *De puertas adentro*. Madrid, Ministerio de Cultura.
- DURKHEIM, E. [1893] (1985). *La división del trabajo social*. Barcelona, Planeta-Agostini
- DURKHEIM, E. [1897] (1992). *El suicidio*. Madrid, Akal.
- DUVALL, E. M. [1957] (1971). *Family development*. Filadelfia, Lipponcott
- DWORKIN, A. (1974). *Woman heating: a radical look to sexuality*. New York, Dutton
- DWORKIN, A. (1981). *Pornography. Men possessing women*. Londres, The Women’s Press.
- EASTLEY, R. Y MIAN, I. (1993). “Physical assaults by psychogeriatric patient: Patient characteristics and implications for placement”. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8: 515-520.
- EASTMAN, M. (1984) (ed.). *Old age abuse. A new perspectiv*. Londres, Chapman Hall.

- ECKERDT, D. J. (1987). "Why the notion persists that retirement harms health". *The gerontologist* 27 (4): 454-457.
- ECO, U. (2004). *Historia de la belleza*. Barcelona, Lumen.
- EISENSTADT, S. N. (1956). "From generation to generation. Age group and social structure". Free Press. Glencoe, citado en MISHARA, B.L. y RIEDEL R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid, Morata.
- EISENSTEIN, Z. (comp.). (1980). *Patriarcado capitalista y feminismo socialista*. Madrid, Siglo XXI.
- ENGELS, F. [1884] (1977). *El origen de la familia, la propiedad privada y del Estado*. Madrid, Editorial Ayuso.
- EPSTEIN, C. F. (1988). *Deceptive distinctions: sex, gender, and the social order*. New Haven, CT, Yale University Press.
- ERICKSON, E. (1975). *Life history and the historical moment*. Nueva York, W.W. Norton.
- ERICKSON, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona, Paidós.
- ESPAR, M. (2007, 10 de noviembre). Cegados por la estética. Sección salud. *El País*: 2-3.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1993). *Los tres mundos del estado de bienestar*. Valencia, Edicions Alfons el Magnànim.
- ESPING-ANDERSEN, G. (2002). *Why we need a new Welfare State*. Oxford, Oxford University Press.
- ESPING-ANDERSEN, G. (2005). Invertir en los niños y combatir la herencia social. En LÓPEZ GANDÍA, J. Y OCHANDO CLARAMUNT, C. *El estado de bienestar: modelos y líneas de reforma*. Valencia, Germania.
- ESTES, C. (1986). "Politics of ageing in America, Ageing in Society", citado en ARBER, S. y GINN, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid, Narcea.
- ESTEVE SEGARRA, A. (1999). *La jubilación forzosa*. Valencia, Tirant lo blanch.
- EUROSTAT. (2008). "The life of women and men in Europe. A statistical portrait". Luxemburgo, Office for official Publications of the European Communities.
- EVANS, M. (1998). *Introducción al pensamiento feminista contemporáneo*. Madrid, Minerva Ediciones.
- FALCÓN, L. [1969] (1996). *Mujer y sociedad: análisis de un fenómeno reaccionario*. Madrid, Vindicación feminista
- FALL, Y. (2003). Género y Pobreza. En DE VILLOTA, P. (ed.). *Economía y género. Macroeconomía, política fiscal y liberalización. Análisis de su impacto sobre las mujeres*. Barcelona, Icaria
- FEATHERSTONE, M. Y HEPWORTH, M. (1989). "Ageing and old age: reflections on the postmodern life course", en BYTHEWAY B., KEIL T., ALLATT, P. y BRYMAN (eds.). "Becoming and being old: sociological approaches to later life". Sage. Londres, citado en ARBER, S. y GINN, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid, Narcea.
- FEIJÓO, B.J. [1726] (1997). *Defensa de la mujer: discurso XVI del Teatro Crítico Universal*, edición a cargo de SAU, V. Barcelona, Icaria.
- FELIPE BLANCO, J. J. (2001). Los mayores activos y las nuevas tecnologías de la información. En DE MIGUEL, A. (coord.). *Los mayores activos*. Madrid, SECOT
- FENNELL, G. PHILLIPSON, C. y EVERS, H. (1988). *The sociology of old age*. Milton Keynes, Open University Press.

- FERICGLA, J. M. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona, Anthropos.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y salud*. Barcelona, SG Editores y Fundación Caja Madrid
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (1996). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid, INSERSO.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (dir.). (2000). *Gerontología Social*. Madrid, Pirámide.
- FERNÁNDEZ BARRERA, J. Y PÉREZ SALANOVA, M. (1994). *Cooperación intergeneracional, nuevas perspectivas de desarrollo social*. Barcelona, Fundació La Caixa.
- FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A. (1996). *Demografía, actividad y dependencia en España*. Bilbao, Fundación BBVA
- FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A. (2001). “El futuro demográfico y la oferta de trabajo”. *Migraciones* 9: 45-68
- FERNÁNDEZ ENGUITA, M. (1995). *La escuela a examen*. Madrid, Pirámide.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (1991). *Siglo XX. 1900-1945*. Vol. 9. Barcelona, Océano.
- FERNÁNDEZ VIGUERA, B. (1992). Feminización de la pobreza. En VVAA. *La sociedad de la desigualdad. Pobreza y marginación a debate*. Donostia, Gakoa Liburuak.
- FERRÁNDIZ, A. Y VERDÚ, V. (2004). *Noviazgo y matrimonio en la vida española 1974-2004*. Madrid, Taurus.
- FERREIRA, V. (1996). Mujer y trabajo. La división sexual del trabajo en el análisis sociológico: de natural a socialmente construida. En García de León, M.A., GARCÍA DE CORTÁZAR, M., ORTEGA, F. (coord.). *Sociología de las mujeres españolas*. Madrid, Editorial Complutense.
- FINKEL MORGESTEN, L. (1994). *La organización social del trabajo*. Madrid, Pirámide.
- FIRESTONE, S. (1976). *La dialéctica del sexo*. Barcelona, Kairós.
- FLAQUER, L. (1998). *El destino de la familia*. Barcelona, Ariel.
- FOLGUERA, P. (ed.). (1988). *El feminismo en España: dos siglos de historia*. Madrid, Fundación Pablo Iglesias.
- FOLGUERA, P. (2006). Voces del feminismo. En MORANT, I. (dir.). *Historia de las mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del siglo XXI*. Vol IV. Madrid, Cátedra.
- FORÉS, M. (1987). “La medicina preventiva y sus posibilidades. Modelos de prevención. Modelos de intervención”. En *La ancianidad en el año 2000. Una visión prospectiva*. Barcelona, Fundació Caixa de Pensions 41-54.
- FOUCAULT, M. [1975] (1998). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid, Siglo XXI
- (1986). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid, Alianza
- FOUCAULT, M. [1976] (1989). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Vol I. Madrid, Siglo XXI.
- FRASER, N. Y NICHOLSON, L. (1990). Social criticism without Philosophy: an encounter between Feminism and Postmodernism. En NICHOLSON, L. (ed.). (1990). *Feminist/postmodernism*. London, Rutledge.
- FRASER, N. (2006). *¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas sobre la justicia en una época post-socialista*. Madrid, Morata.
- FREIXAS FARRÉ, A. (2007). *Nuestra menopausia: una versión no oficial*. Barcelona, Paidós.
- FREUD, S. (2006). *Obras completas*. Vol II. Madrid, RBA Biblioteca de Psicoanálisis.

- FREUD, S. [1913] (1999). *Tótem y Tabú*. Madrid, Alianza
- FRIDAY, N. (1983). *Mi madre, yo misma. Las relaciones madre-hija*. Barcelona, Argos Vergara.
- FRIEDAN, B. [1963] (1970). *La mística de la feminidad*. Madrid, Júcar.
- GALTON, F. [1883] (1962). *Inquiries into human faculty and its development*. Nueva York, Dutton.
- GALLEGO MÉNDEZ, M.T. (1983). *Mujer, falange y franquismo*. Madrid, Taurus.
- GALLEGO MÉNDEZ, M. T. (2006). Mujeres azules en la Guerra Civil. En MORANT, I (dir.) *Historia de las mujeres en España y América Latina. Del siglo XIX a los umbrales del XX*. Vol. IV. Madrid, Cátedra.
- GARCÍA COTARELO, R. (1987). “Origen y desarrollo del Estado de Bienestar”, *Sistema* 80/81: 5-21.
- GARCÍA DE LEÓN, M. A. (2006). A la sombra de la Universidad. En MORANT, I (dir.) *Historia de las mujeres en España y América Latina. Del siglo XIX a los umbrales del XX*. Vol. IV. Madrid, Cátedra.
- GARCÍA HOZ, V. (1991). *Alegría en la tercera edad*. Madrid, Libros MC.
- GARRIDO MEDINA, L. (dir.). (2005). *Ocupación, formación y el futuro de la jubilación en España*. Madrid, Consejo Económico y Social.
- GARRIDO, L. J. (1993). *Las dos biografías de la mujer en España*. Madrid, Instituto de la Mujer.
- GAUDEMET, J. (1993). *El matrimonio en occidente*. Madrid, Taurus
- GEE, E. M. Y KIMBALL, M. M. (1987). “Women and aging.” *Butterworths*. Toronto, citado en ARBER, S. y GINN, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid, Narcea.
- GIL CALVO, E. (1992). La emancipación de los ancianos. En MORENO, L. Y PÉREZ YRUELA, M. (comps). *Política social y Estado de Bienestar*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- GIL CALVO, E. (2003). *El poder gris. Una nueva forma de entender la vejez*. Barcelona, Grijalbo
- GILLEARD, C. (1974). Physical abuse in homes and hospitals. En Eastman, M. (ed.). *Old age abuse. A new perspective*. Londres, Chapman and Hall.
- GILLIGAN, C. (1982). *In a different voice: psychological theory and women’s development*. Cambridge, Harvard University Press
- GISPERT, C (dir.). (1984). *Gran Crónica Océano del siglo XXI*. Barcelona, Océano
- GLENDENNING, F. (2000). ¿Qué entendemos por negligencia y maltrato a los ancianos? En DECALMER, P. y GLANDENNING, F. (comps). *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona, Paídos.
- GLICK, P.C. (1947). “The family cycle”. *American Sociological Review* 14: 164-170.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. (2008). “II Informe Nacional de Estrategias para la Protección Social y la Inclusión Social del Reino de España 2008-2010”. Madrid, Ministerio de Educación, Política Social y Deportes, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Ministerio Sanidad y Consumo.
- GOFFMAN, E. (1961). *Asylums*. Nueva York, Anchor Books.
- GOFFMAN, E. (1977). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires, Amorrortu.
- GÓMEZ POMAR, J. (2000). “Hitos históricos más importantes: cien años de protección social en España”. *Minusval* 122: 12-17.
- GÓMEZ REDONDO, R. (2006, 17 de septiembre de 2006), citada en Elola, J. Cómo vivir más de cien años. *El País*: 2.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, A. (1993). Conformación de la subjetividad femenina. En GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, A. (comp.). *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid, Siglo XXI.

- GONZÁLEZ DURO, E. (1989). *La neurosis del ama de casa*. Madrid, Edema.
- GONZÁLEZ MIERS, M. R. (2005). *Cuando la tercera edad nos alcanza*. Madrid, Editorial Mad
- GONZÁLEZ SETIÉN, P. (1992). *El trabajo de las mujeres a través de la historia*. Madrid, Instituto de la Mujer.
- GOODY, J. (1988). Prólogo. En BURGUIÉRE, A., KLAPISCH-ZULER, C., SEGALEN, M. y ZONABEND, F. (dirs.). *Historia de la familia*. Vol II. Madrid, Alianza Editorial.
- GORDON, R. M. Y BRILL, D. (2001). "The abuse and neglect of the elderly". *Interational Journal of Law and Psychiatry* 24: 183-197.
- GORMAN, M. (2001). "Revisión del Plan de la ONU sobre el envejecimiento ¿retórica o realidad?". *Tercera Edad y Desarrollo* 7: 6-7.
- GOUDY, W. J., POWERS, E. A., KEITH, P. (1975). "Work and retirement. A test of attitudinal relationships". *Journal of Gerontology* 30: 193-198
- GRAMSCI, A. [1926-37] (2000). *Cuadernos de la cárcel*. Tomo 6. México, Ediciones Era.
- GRANDE ESTEBAN, I. (1993). *Marketing estratégico para la tercera edad*. Madrid, ESIC Editorial.
- GRANDE ESTEBAN, I. (2000). "Marketing para segmentos emergentes: el caso de la tercera edad". *Boletín de Estudios Económicos*, Vol 55, 171: 465-494
- GRANDE ESTEBAN, I. (2001). "La tercera edad: un segmento emergente". *Comunicación y Estudios Universitarios* 2001-2002 (11): 67-92
- GRANELL, F. (1997) "España y el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE". *Revista Española de Desarrollo y Cooperación* 0: 85-95.
- GRANICK, R. Y ZEMAN, F.D. (1960). "The aged recluse: an exploratory study with particular referente to communitary responsibility". *Journal of Chronic Disease* 12: 639-653.
- GRUPO DONES Y TRABALLS. Ca la Dona, Barcelona (2001). "Repensar desde el feminismo los espacios y los tiempos en la vida cotidiana", en *Jornadas Feministas: feminismo.es... y será*. Córdoba, Universidad de Córdoba.
- GUBRIUM, J. F. (1973). "The myth of the golden years: a social-environmental theory of aging". Thomas Springfield, citado en MISHARA, B. L. Y RIEDEL R. G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid, Morata.
- GUERRERO SERÓN, A. (1996). *Manual de sociología de la educación*. Madrid, Editorial Síntesis.
- GUILLEMARD, A.M. (1991). *Envejecimiento, edad y empleo en Europa. Situación actual y perspectivas*. Madrid, Secretaría de Estado de Economía
- GUILLEMARD, A. M. (1992). *Análisis de las políticas de vejez en Europa*. Madrid, INSERSO.
- GUILLÉN ESTRANY, M. (2006). *Longevidad y dependencia en España*. Fundación BBVA
- GUNTER, B. (1998). *The grey market: understanding the older consumer*. Londres, Routledge.
- HAAVIND, H. (1984). *Love and power in marriage*. En HOLTER, H. *Patriarchy in a Welfare Society*. Oslo, Universitetsforlagt.
- HALL, G.S. (1922). *Senescent. The last half of life*. Nueva York, Appleton.
- HAMEL, M., GOLD, D., ANDRES, D., REIS, M., DASTOOR, D., GRAUER, H. Y BERGMAN, H. (1990). "Predictors and cosequences of Agressive Behavior by Community-base Dementia Patients". *The Gerontologist* 30: 206-211.
- HARAWAY, D. (1991). *Ciencia, cyborg y mujeres*. Madrid, Cátedra

- HARRIS, D.K. (1999). "Elder abuse in Nursing Homes. The theft of patients possessions". *Journal of Elder Abuse and Neglect* 10 (3/4): 141-152.
- HARTMANN, H. (1994). Capitalismo, Patriarcado y segregación de los empleos por sexos. En BORDERÍAS, C., CARRASCO, C., ALEMANY, C. (comps.). *La mujer y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Icaria, Barcelona.
- HARTMANN, H. [1979] (1984) "El infeliz matrimonio entre marxismo y feminismo. Hacia una unión más progresista". *Zona Abierta* 24: 85-113.
- HARVIGHURST, R. ET AL. (1954). "L'isolement social comme caractéristique spécifique de la population âgée induit-il un tipe d'animation?", en *Loisirs et 3ème. âge*. Centre Internacional de Gérontology Sociale. París, citado en BAZO ROYO, M.T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid, CIS. Siglo XXI de España Editores.
- HARVIGHURST, R. (1981). Personality and patterns of aging. En Steinberg, L.D. (ed.). *The life cycle*. Nueva York, Columbia University Press.
- HEARN, J. Y MORGAN, D. (coords.). (1990). *Men, masculinities and social theory*. Unwin Hyman, Londres.
- HECLLO, H. (1981). Toward a new welfare State? En Flora, P. y Heidenheimer (eds.). *The development of Welfare State in Europe and America*. Princeton, Transaction Books.
- HERCE, J. A. y Pérez Díaz, V. (1995). *La reforma del sistema público de pensiones en España*. Barcelona, Servicio de Estudios de La Caixa.
- HERCE, J. A. (2001). *La privatización de las pensiones en España*. Madrid, Fundación de Estudios de Economía Aplicada
- HERNÁNDEZ, B. (1995). *Mujeres*. Santa Cruz de Tenerife, Ediciones Idea.
- HERNANDO, A. (2005). Agricultoras y campesinas en las primeras sociedades productoras. En MORANT, I. (dir.). *Historia de las mujeres en España y América Latina*. Vol I. Madrid, Cátedra.
- HERNES, H.M. (1984). Women and the welfare state. The transition from private to public dependence. En HOLTER, H. *Patriarchy in a welfare Society*. Oslo, Universitetsforlaget.
- HERRÁIZ DE MIOTA, C. (2005). "Los montepíos militares en el siglo XVIII como origen de clases pasivas del Estado". *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* 56: 177-208.
- HESSE-BIBER, S. Y WILLIAMSON, J. (1984). "Resource theory and power in families: Life cycle considerations". *Family Process*. 23(2): 261-278.
- HILL, R. Y HANSEN, D (1960). "The identification of conceptual frameworks". *Journal of marriage and the family*. 22 (4), citado en DEL CAMPO, S. y NAVARRO, M. (1985). *Análisis sociológico de la familia española*. Barcelona, Ariel.
- HILL, R. (1964). "Methodological issues un family development research". *Family Process*, 3: 186-206.
- HILL, R. Y ROY, H.R. (1964). The developmental approach. En CHRISTENSEN, H. (edit.). *Handbook of marriage and the family*. Chicago, Rand MaNally.
- HIRST, P. Y THOMPSON, G. (1999). *Globalization in question*. Polity, Cambridge.
- HOMANS, G. [1950] (1963). *Grupos humanos*. Buenos Aires, Eudeba
- HOMER, A. Y GILLEARD, C. (1990). "Abuse of elderly people by their careers". *Mr. Med* 301: 1.359-1.362.
- HUSAIN, S. (2001). *La diosa. Creación, fertilidad y abundancia. Mitos y arquetipos femeninos*. Singapore, Evergreen.



- HYMAN, J. (1993). ¿Quién necesita la cirugía estética? Reevaluar nuestro aspecto y nuestra vida. En BROWN DORESS, P. y LASKIN SIEGAL, D. (comp.). *Envejecer juntas. Las mujeres y el paso del tiempo*. Barcelona, Paidós.
- IBORRA MARMOLEJO, I. (ed.). (2005). *Violencia contra personas mayores*. Barcelona, Ariel.
- IBORRA MARMOLEJO, I. (ed.). (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia, Centro Reina Sofía
- IGLESIAS DE USSEL, J. (dir.). (2001). *La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid, IMSERSO
- IMSERSO (1998). “Informe de valoración del Plan Gerontológico Estatal 1992-1997”. Colección Observatorio de Personas Mayores. Madrid, Subdirección General del Plan Gerontológico.
- IMSERSO. (2009). “Solicitudes en relación a la Población de las CCAA. Sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD)”, en [http://www.seg-social.es/imserso/estadisticas/est\\_saad.html](http://www.seg-social.es/imserso/estadisticas/est_saad.html)
- INSALUD. (1995). Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid, Secretaría General.
- IRANZO, J.E. (2001). La economía de los mayores. En DE MIGUEL, A. (coord.). *Los mayores activos*. Madrid, SECOT
- IRIGARAY, L. (1978). *Speculum. El espejo de la otra mujer*. Madrid, Saltés.
- IRIGARAY, L. (1985). *El cuerpo a cuerpo con la madre. El otro género de la naturaleza. Otro modo de sentir*. Barcelona, La Sal
- IRIGARAY, L. (1994). *Amo a ti*. Barcelona, Icaria.
- JIMÉNEZ JAÉN, M. “Género y educación. Las aportaciones del feminismo liberal”. *Témpora* 3: 113-160.
- JIMÉNEZ MORAGO, J., OLIVA DELGADO, A., SALDAÑA SAGE, D. (1996). *Maltrato y Protección a la infancia en España*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- JIMENO, J. F. (2002). *Demografía, empleo, salarios y pensiones*. Madrid, Fundación de Estudios de Economía Aplicada
- JOHNSON, J. Y FALKINGHAM, J. (1992). *Ageing and economic welfare*. Londres, Sage.
- JOHNSON, J. Y BYTHEWAY, B. (1993). Ageism: concept and definition. En JOHNSON, J. y SLATER, R. (eds.). *Ageing and later life*. Londres, Sage.
- JÓNASDÓTTIR, A. G. (1993). *El poder del amor. ¿Le importa el sexo a la democracia?* Madrid, Catedra.
- JONES, A. (1997). “Teaching post-structuralist feminist theory in education: student resistances”. *Gender and Education* 9: 261-269.
- JULIANO, D. (1989). *Las que saben. Subcultura de mujeres*. Madrid, Horas y horas.
- JULIANO, D. (2005). El saber de las mujeres. En Freixas Farré, A (eds.). *Abuelas, madres e hijas. La transmisión sociocultural del arte de envejecer*. Barcelona, Icaria.
- JUSTEL, M. (1983). *Los viejos y la política*. Madrid, CIS
- JUSTEL, M. (1995). *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid, IMSERSO.
- JUTGLAR, A. Y MUNIESA, B. (1984). *Historia de España. Época contemporánea*. Barcelona, Océano
- KALACHE, A. Y KICKBUSCH, I. (1997). “A global strategy for healthy ageing”. *World Health* 4: 4-5.

- KANTER, R. (1977). *Men and women of the corporation*. Nueva York, Basic Books.
- KAUFMAN, J. Y ZIEGLER, E. (1989). “Do abused children become abusive parents?” *American Journal of Orthopsychiatry* 57: 186-192.
- KEITH, J. (1979). “The ethnography of old age: introduction”. *Anthropological Quarterly* 52 (1): 49-60
- KEITH, P. (1975). “Work and retirement: a test of attitudinal relationships”. *Journal of Gerontology*. 30: 193-198, citado en MISHARA, B. L. Y RIEDEL, R. G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid, Morata.
- KINGSTON, P. (2005). Una perspectiva histórica del maltrato institucional de personas mayores. En IBORRA MARMOLEJO, I. (ed.). *Violencia contra personas mayores*. Barcelona, Ariel.
- KINSEY, A. C., WARDELL, B. P. Y CLYDE, E. M. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Filadelfia, Saunders.
- KINSEY, A. C., WARDELL, B. P., CLYDE, E. M. Y PAUL, H. G. (1953). *Sexual Behavior in the human female*. Filadelfia, Saunders.
- KIVNICK, H. Q. (1986). “Grandparenthood and a life cycle”. *Journal of Geriatric Psychiatry* 19 (1): 39-55.
- KNIBIEHLER, Y. (1997). Padres, patriarcado, paternidad. En Tubert, S. (ed.). *Figuras del padre*. Madrid, Cátedra.
- KOHN, M. Y C. SCHOOLER, C. (ed.). (1983). *Work and personality. An inquiry into the impact of social stratification*. Norwood, Ablex.
- KOLBENSCHLAG, M. (1994). *Adiós, bella durmiente. Crítica de los mitos femeninos*. Barcelona, Kairós.
- KOLLONTAI, A. [1921] (1937). *El comunismo y la familia*. Barcelona, Editorial marxista.
- KÖNIG, R. (1970). Old problems and queries in family sociology. En König, R. y Hill, R. *Families in East and West*. París, Mouton.
- KOSBERG, J. Y CAIRL, R. E. (1986). “The cost of care index: a case management tool for screening informal care providers”. *The Gerontologist* 26 (3): 273-278
- KOSBERG, J. (1988). “The abuse of elderly men”. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 9 (3): 69-88.
- KOTTAK, C. P. (2000). *Antropología. Una exploración de la diversidad humana con temas de la cultura hispana*. Madrid, Mc Graw Hill
- LA PROVINCIA. (2008, 30 de marzo). 2000 mayores y discapacitados recibirán las primeras ayudas en el plazo de un mes en [www.laprovincia.es/secciones/noticia.jsp?pRef=2008033000\\_3:140423\\_Canarias2000-mayores-discapacitados-recibiran-primeras-ayudas-plazo.html](http://www.laprovincia.es/secciones/noticia.jsp?pRef=2008033000_3:140423_Canarias2000-mayores-discapacitados-recibiran-primeras-ayudas-plazo.html)
- LACHS, M., WILLIAMS, C., O'BRIEN, S., PILLEMER, K., Y CHARLSON, M. (1998). “The mortality of elder mistreatment”. *Journal of the American Medical Association*, 280: 428-432.
- LAGARDE, M. (1992). “Enemistad y sororidad: Hacia una nueva cultura feminista”, en Fin de siglo y cambio civilizado. Ediciones de las Mujeres 56, Santiago, ISIS.
- LAGARDE, M. (1992). “Identidad de género”, citado en GCGEMA (1996). Vocabulario referido a género. USPADA-RUTA-PAFG, Guatemala
- LAGARDE, M. (1996). *Género y feminismo. Desarrollo Humano y democracia*. Madrid, Horas y horas.
- LAGARDE, M. (1997). *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, Universidad Nacional Autónoma de México.

- LAMAS, M. (1986). "La antropología feminista y la categoría género". México, Nueva Antropología Vol III, 30: 173-197.
- LAQUEUR, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid, Cátedra.
- LASLETT, P. (1989). "A fresh map of life: the emergence of the third age". Weidenfeld & Nicolson. Londres, citado en ARBER; S. Y GINN, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid, Narcea. Madrid.
- LAWTON, M. P. (1983). "The varieties of well-being". *Experimental aging Research* 9: 65-72.
- LÁZARO GONZÁLEZ, I. E. Y MAYORAL NARROS, I. (coords.). (2005). *Infancia, publicidad y consumo. Jornadas sobre derechos de los menores*. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.
- LE BRAS, H. (1991). *Marianne et les lapins : l'obsession démographique*. Paris, Olivier Orban.
- LE PLAY, F. (1855). *Les ouvriers européens. Études sur les travaux, la vie domestique et la condition morale des populations ouvrières de l'Europe*. París. Imprenta Impériale, citado en GARRIGÓS MONERRS, J.I. (2006) "Frédéric Le Play en el origen de la preocupación por la cuestión social". *Reis* 115/06: 321-333.
- LEAVELL, H. R. Y CLARK, F. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community. An epidemiologic approach*. Nueva York, McGraw Hill.
- LEGUINA, J. (1992). *Fundamentos de demografía*. Madrid, Siglo XXI.
- LEHR, U. (1991). "Aging in Europe: new directions in psychology". *European Journal of Gerontology* 1: 43-52.
- LEHR, U. (1995). *Psicología de senectud*. Barcelona, Herder.
- LEIRA, A. (1994). ¿Un Estado de Bienestar amigo de las mujeres. En VV.AA. *Feminismo y Estado del Bienestar*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- LERNER, G. (1990). *La creación del patriarcado*. Barcelona, Crítica.
- LEVACK, B. (1995). *La caza de brujas en la Europa moderna*. Madrid, Alianza
- LEVER, J. (1976). "Sex differences in the games children play". *Social Problems* 23-24: 478-487.
- LÉVI-STRAUSS, C. [1947] (1985). *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona, Planeta Agostini.
- LÉVI-STRAUSS, C. [1958] (1984). *Antropología estructural*. Buenos Aires, Eudeba
- LEVY, M. J. (1952). *The structure of society*. Princenton, Princenton University
- LEWIS. O. (1969). *Antropología de la Pobreza*. México, Fondo de Cultura Económica.
- LEWIS, M. Y WEINRAUB, M. (1979). "Origin of early sex-role development". *Springer Netherlands*. 5 (2): 135-153.
- LIBRERÍA DE LAS MUJERES DE MILÁN. (1991). *No creas tener derechos. La generación de la libertad femenina en las ideas y vivencias de un grupo de mujeres*. Madrid, Horas y horas.
- LINTON, S. (1979). La mujer recolectora: sesgos machistas en Antropología. En HARRIS, O. y YOUNG, K. *Antropología y feminismo*. Barcelona, Anagrama.
- LIPOVETSKY, G. (1999). *La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino*. Barcelona, Anagrama.
- LO RUSSO, G. (1998). *Hombres y padres. La oscura cuestión masculina*. Madrid, Horas y horas

- LOCKER, D. (1981). *Symptoms and illness: the cognitive organisation of disorder*. Londres, Tavistock.
- LONZI, C. (1970) (1981). *Escupamos sobre Hegel. La mujer clitorica y la mujer vaginal*. Barcelona, Anagrama.
- LÓPEZ GANDÍA, J. Y OCHANDO CLARAMUNT, C. (eds.). (2005). Prólogo. En LÓPEZ GANDÍA, J. y OCHANDO CLARAMUNT, C. *El estado de bienestar: modelos y líneas de reforma*. Valencia, Germania.
- LOURIAUX, M. (1995). *El envejecimiento de la sociedad europea. El capital humano europeo en el umbral del siglo XXI*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- LOVENDUSKI, J. (1997). Feminismo institucional: género y estado. En ELIZONDO, E.U. y ELIZONDO, A. (eds.). *Mujeres en política: análisis y práctica*. Barcelona, Ariel.
- LUQUE, E. (2008). La obesidad más allá del consumidor: raíces estructurales e los entornos alimentarios. En DÍAZ MÉNDEZ, C. y GÓMEZ BENITO, C. (coord.). *Alimentación, consumo y salud*. Vol 24. Colección de Estudios Sociales. Barcelona, Fundación La Caixa.
- LUXEMBURGO, R. [1916] (1977). *Escritos políticos*. Barcelona, Grijalbo
- Mac Millan, D. y Shaw, P. (1966). "Senile breakdown in standard of personal and environmental cleanliness". *British Medical Journal* 2: 1.031-1.037.
- MACIONIS, J. J. Y PLUMMER, K. (1999). *Sociología*. Madrid, Prentice Hall.
- MACKINNON, C. (1987). *Feminism unmodified*. Cambridge, Harvard University Press.
- MACKINNON, C. [1989] (1995). *Hacia una teoría feminista del Estado*. Madrid, Cátedra.
- MADDOX, C. Y EISDORFER, C. (1962). "Some correlates of activity and morale among the elderly". *Social Forces*, citado en MISHARA, B.L. y RIEDEL R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid, Morata.
- MADRID, G. A. J. Y GARCÉS DE LOS FAYOS, R. (2000). "La preparación para la jubilación: revisión de los factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral". *Anales de Psicología*, Vol 16, 1: 87-99.
- MALDONADO MOLINA, J. A. (2002). *Génesis y evolución de la protección social por vejez en España*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- MANETTO, F. (2008, 11 de agosto). Cuando la tecnología es una carrera de obstáculos. *El País*: 30-31.
- MARAVALL, J. M. Y SANTAMARÍA, J. (1989). Transición política y consolidación de la democracia en España. En TEZANOS, J.F., COTARELO, R. y DE BLAS, A. (eds.). *La transición democrática española*. Madrid, Editorial Sistema
- MARSHALL, T.H. [1949]. "Ciudadanía y clase social", citado en Marshall, T.H. y Bottomore, T. (1998). *Ciudadanía y clase social*. Madrid, Alianza.
- MARTÍN, J.F. (1987). La evolución demográfica contemporánea de Canarias. La aportación de la dinámica natural (1800-1986), en <http://webpages.ull.es/users/jmmartin/evol.20%demog.pdf>.
- MARTÍNEZ ÁLVAREZ, J.A. (2003). *La economía de la pobreza*. Madrid, UNED.
- MARTÍNEZ KLEISER, L. (comp.). (1986). *Refranero General Ideológico Español*. Madrid, Editorial Hernando
- MARTÍNEZ PARICIO, J. I. (2001). El fenómeno social de la vejez. En DE MIGUEL, A. (coord.). *Los mayores activos*. Madrid, SECOT

- MARTÍNEZ ROIG, A. (1989). *Maltractament d'infants*. Barcelona, Alta Fula
- MARTÍNEZ, C. (2005). Los espacios de las mujeres hispanas. En MORANT, I. (dir.). *Historia de las mujeres en España y América Latina. De la Prehistoria a la Edad Media*. Vol I. Madrid, Cátedra. Vol. I.
- MASTERS, W. H. Y JHONSON, V. E. (1967). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires, Editorial Interamericana.
- MASTERS, W. H. Y JHONSON, V. E. (1972). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires, Editorial Interamericana.
- MCDANIEL, S. (1986). "Canada's aging population". Toronto, Butterworths", citado en MCMULLIN, J. (1996). Teoría de las relaciones de edad y género, en ARBER, S. y GINN, J. *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid, Narcea.
- MCMULLIN, J. (1996). Teoría de las relaciones de edad y género. En ARBER, S. y GINN, J. (comp.). *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Narcea. Madrid.
- MEAD, M. [1935] (1999). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Barcelona, Paidós.
- MEDEROS, A. Y PUENTE, A. (1996). *La vejez*. Madrid, Acento Editorial.
- MÉNDEZ, C. (1997). Violencia en la pareja. En MATURANA, H., CODDOU, F., MONTENEGRO, H., KUNSTMANN, G. y MÉNDEZ, C. *Violencia en sus distintos ámbitos de expresión*. Santiago de Chile, Dolmen/gránica.
- MERTON, R. K. [1949] (1964). *Teoría y estructura sociales*. México, Fondo de Cultura Económica.
- METCHNIKOFF, E. (1905). *Etudes sur la nature humaine: essai de philosophie*. París, Masson
- MICHEL, A. (1960). *Famille, industrialisation, logement*. París, Centre National de Recherche Scientifique.
- MICHEL, A. (1974). *Sociología de la familia y del matrimonio*. Barcelona, Ediciones Península.
- MILLET, K. [1969] (1995). *Política sexual*. Madrid, Cátedra.
- MINISTERIO DE IGUALDAD. (2008). "El universo de las personas cuidadoras". Madrid, Instituto de la Mujer-Red2red Consultores
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. "Informe Género y Salud 2005". Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (1995). Seguridad Social. Glosario de términos en <http://www.seg-social.es>
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (2002). "Informe de Estrategia Nacional de España en relación con el futuro del sistema de pensiones". MTAS, Madrid.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (2005). "Libro Blanco sobre la Dependencia. Atención a las personas en situación de dependencia en España". Madrid, IMSERSO.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (2005). "Al Comité de Protección Social de la U.E. Informe de Estrategia de España en relación con el futuro del sistema de pensiones". Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- MINOIS, G. (1987). *Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento*. Madrid, Nerea.
- MIRANDA, M. J. (1989). Aportaciones sociológicas a la gerontología y a la geriatría. En VV.AA. *La tercera edad en Europa: necesidades y demandas*. Madrid, IMSERSO.
- MIRÓN, M. D. (2005). Devociones, emociones y prestigio. En MORANT, I. (Dir). *Historia de las mujeres en España y América Latina*. Vol I. Madrid, Cátedra.

- MISHARA B. L. Y RIEDEL. R. G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid, Morata.
- MISHARA, B. L. (1989). El Estado de Bienestar después de la crisis: los años ochenta y más allá. En MUÑOZ DE BUSTILLO, R. (ed.). *Crisis y futuro del Estado de Bienestar*. Madrid, Alianza Universidad.
- MITCHELL, J. [1974] (1982). *Psicoanálisis y feminismo*. Barcelona, Anagrama
- MITJANS, L. (2002). “La sexualidad humana: una construcción biográfica”. *Viure en salut* 57: 4-5.
- MOGEY, J. (1960). *Family and neighbourhood*. Oxford, The oxford University Press.
- MOLINA PETIT, C. (1996). *La igualdad no resuelta: mujer y participación política. Un estudio en Gran Canaria*. Tenerife, Instituto Canario de la Mujer
- MONEY, J. Y EHRHARDT, A. [1972] (1982). *Desarrollo de la sexualidad humana. Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género*. Madrid, Morata.
- MONTES CLERIES, M. (2007). El segmento de plata. Una aproximación a la programación específica para los mayores de 65 años, en <http://periodistassesta.wordpress.com/2007/10/28/programación-para-mayores-en-tv/>.
- MONTORO RODRÍGUEZ, J. (1999). “Las consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores”. *Revista Internacional de sociología* 23: 7-29.
- MOORE, H. L. (1991). *Antropología y feminismo*. Madrid, Cátedra.
- MORAGAS, R. (1989). *Jubilación. Un enfoque positivo*. Barcelona, Grijalbo.
- MORAGAS, R. (1991). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona, Herder
- MORAGAS, R. (ed.). (1999). *El reto de la dependencia al envejecer*. Barcelona, Herder Editorial.
- MORÁN, C. (2008, 24 de mayo). El gobierno lanza un ultimátum por el descontrol de la dependencia. *El País*: 38.
- MORANT DEUSA, I. y BOLUFER PERUGA, M (1998). *Amor, matrimonio y familia*. Madrid, Síntesis
- MORENO, L. (2000). *Ciudadanos precarios. La “última red” de protección social*. Barcelona, Ariel Sociología.
- MORGAN, L. Y KUNKLE, S. (1996). *Aging. The social context*. Londres, Pine forge
- MOSER, C. (1991). “La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando necesidades prácticas y estratégicas de género”, en Guzmán, V. ET AL. (comp.). *Una nueva lectura: género en el desarrollo, entre mujeres*. Lima, Entre Mujeres-Flora Tristán.
- MOTA LÓPEZ, R. (2000). Las consecuencias sociales y familiares del envejecimiento. En ADROHER BIOSCA, S. (coord). *Mayores y familia*. Madrid, Instituto Universitario de la familia-Instituto de Migraciones y Servicios Sociales
- MURARO, L. (1994). *El orden simbólico de la madre*. Madrid, Horas y Horas
- MYLES, J. (1991). “Women, the welfare state and care living”. *Canadian Journal on Aging. La revue canadienne du vieillissement*. 10 (2): 82-85, citado en BAZO ROYO, M.T. “Intercambios familiares entre las generaciones y ambivalencia: una perspectiva internacional comparada”. *Revista Española de Sociología* 2: 117-127.
- NACIONES UNIDAS. (2000). “Replacement migrations: is a solution to declining and ageing populations?” Nueva York, Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población.
- NACIONES UNIDAS. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. (2008). “Estudio Económico y Social Mundial 2007. Desarrollo en un mundo envejecido”. Naciones Unidas, Nueva York.

- NASH, M. (ed.). (1984). *Presencia y protagonismo. Aspectos e la historia de la mujer*. Barcelona, Serbal.
- NASH, M. (2006). Republicanas en la Guerra Civil: el compromiso antifascista. En MORANT, I. (dir.). *Historia de las mujeres en España y América Latina. Del siglo XIX a los umbrales del XX*. Vol. IV. Madrid, Cátedra.
- NAVARRO BOTELLA, J. (dir.). (2003). *Estudio sociológico sobre las amas de casa*. Madrid, Instituto de la Mujer.
- NAVARRO, J. (dir.). (2001). *Gran Crónica del siglo XX. 1998-2000. Hacia el siglo XXI*. Barcelona, Océano.
- NAVARRO, M. (1985). *Análisis sociológico de la familia española*. Barcelona, Ariel.
- NAVARRO, V. (2002). *Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país*. Barcelona, Anagrama
- NAVARRO, V. Y QUIROGA, A. (2004). “Políticas de Estado de Bienestar para la equidad”. Barcelona, Gaceta Sanitaria 18: 90-96.
- NAVAS CASTELLÓN, R. (dir.). (2003). *Los mayores en España, un mercado emergente*. Madrid, Júbilo Publicaciones.
- NELSON, M. (1996). *Femenism, objectivity and economics*. London, Routledge
- NEUGARTEN, B. L. Y WEINSTEIN, K. K. (1964). “The changing american grandparent”. *Journal of Marriage and the family*. 26: 199-204.
- NEUGARTEN, B. L. (1999). *El significado de las edades*. Barcelona, Herder.
- NICHOLSON, L. (comp.). (1992). *Feminismo postmodernista*. Buenos Aires, Feminaria
- NIELFA, G. (2006). “La regulación del trabajo femenino. Estado y sindicatos”. En MORANT, I (dir.) *Historia de las mujeres en España y América Latina. Del siglo XIX a los umbrales del XX*. Vol. III. Madrid, Cátedra.
- NIELFA, G. (ed.). (2003). *Mujeres y hombres en la España franquista: sociedad, economía, política, cultura*. Madrid, Instituto de Investigaciones Feministas.
- NIETO, I. (2004). Mayores abandonados, un clásico del verano, en <http://www.eldia.es/2004-08-18/vivir/vivir11.htm>
- NIETO, J.A. (1995). *La sexualidad de las personas mayores en España*. Madrid, IMSERSO.
- NIETO, J. A. (1998). Transgénero/transexualidad: de la crisis a la reafirmación del deseo. En Nieto, J.A. (comp.). *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid, Talasa Ediciones.
- NIETO, M. (2006, 16 de abril). El valor de la edad. EP [s] Belleza. El País, Dominical
- NORTHRUP, C. (1999). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer*. Barcelona, Urano
- NYE, Y. Y BERARDO, F. (1966). “Conceptual frameworks for the study of the family”. Nueva York, McMillan, citado en DEL CAMPO, S y NAVARRO, M. (1985). *Análisis sociológico de la familia española*. Barcelona, Ariel.
- OAKLEY, A. (1972). *Sex, Gender and Society*. London, Temple Smith.
- OCHANDO CLARAMUNT, C. (1999). *El estado de bienestar: objetivos, modelos y teorías explicativas*. Barcelona, Ariel.
- OFFE, C. (1988). *Partidos políticos y nuevos movimientos sociales*. Madrid, Editorial Sistema.
- OFICINA ECONÓMICA DEL PRESIDENTE. (2006). “Inmigración y economía española 1996-2006”. Madrid, Oficina Económica del Presidente.

- OLIVER ALONSO, J. (dir.) (2007). “Los cambios en la tasa de dependencia en España y la contribución de la migración”, en Informe sobre el consumo y la economía familiar, 46: 35-51.
- OLIVIER, C. (1980). *Los hijos de Yocasta. La huella de la madre*. México, Fondo de Cultura Económica.
- OMS. (1976). Resolución 29.35. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.
- OMS. (1982). Salud para todos en el año 2000. Ginebra, Organización Mundial de la Salud
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud
- OMS/OPS. (1986). *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*. Washington, Serie Páltex, 8.
- OMS. (2000). The world Health Report. Health systems: Improving Performance.
- OMS. (2001). Resolución WHA54.21. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.
- OMS. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Switzerland, Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Ageing and Life Course.
- OMS-INPEA. (2002). “Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores”. Ginebra, OMS
- OMS-INPEA. (2002). “Missing voices. Views of older persons on elder abuse”. Ginebra, OMS
- OPPENHEIMER, W. (2005, 1 de diciembre). Debate en el Reino Unido sobre el retraso de la jubilación a los 68 años, en el El País.com, [http://elpais.com/articulo/economía/Debate/Reino/Unido/retraso/jubilación/68/años/elpepusoc/20051201elpepieco\\_12/Tes](http://elpais.com/articulo/economía/Debate/Reino/Unido/retraso/jubilación/68/años/elpepusoc/20051201elpepieco_12/Tes)
- ORTEGA Y GASSET, J. [1930] (1984). *La rebelión de las masas*. Madrid, Revista de Occidente en Alianza Editorial.
- ORTNER, S. (1974). Is female to male as nature is to culture? En ROSALDO, M., Y LAMPHERE, L. (eds.). *Woman, culture and society*. Stanford, Standford University Press.
- OSBORNE, R. (1993). *La construcción sexual de la realidad*. Madrid, Cátedra.
- PAILLAT, P. (1971). *Sociología de la vejez*. Barcelona, Oikos-Tau
- PALACIO, J. I. Y SIMÓN, H. J. (2006). “Segregación laboral y diferencias salariales por razón de sexo en España”. Estadística Española. Vol 48, 163: 493-524.
- PALMORE, E. B., BURCHETT, B. M., FILENBAUM, G. G., GEORGE, L. Y WALLMAN, L. M. (1985). *Retirement: causes and consequences*. New York, Springer.
- PALLARÉS CARRATALÁ, V. (2003). Hacia un envejecimiento saludable, educación para la salud. En CABEDO MANUEL, S. (coord.). *Hacia un concepto integral de calidad de vida: la Universidad y los mayores*. Castellón, Universitat Jaume I.
- PANKHURST, E. [1914] (1975) “My own story”, citado en Martín Gamero, A. *Antología del feminismo*. Madrid, Alianza
- PARKER, S. Y PARKER, H. (1979). “The myth of male superiority. Rise and demise”. American Anthropologist 81 (2): 289-309.
- PARSONS, T. (1942). “Age and sex in the social structure in the United Status”, en American Sociological Review 7: 604-616.
- PARSONS, T. (1943) “The kinship system of the comtemporary Unites States”. American Anthropologist 45 (1), 22-38.



- PARSONS, T. [1951] (1976). *El sistema social*. Madrid, Revista de Occidente.
- PARSONS, T. Y BALES, R. (1955). *Family, socialization and interaction process*. Nueva York, Free Press.
- PASCUAL, R. (2008, 31 de enero). Las jubilaciones anticipadas caen por primera vez en cinco años, en Cinco Días, en [http:// www.cincodias.com/articulo/economia/cdscdi/20080131cdscdieco\\_2/tes/](http://www.cincodias.com/articulo/economia/cdscdi/20080131cdscdieco_2/tes/)
- PATEMAN, C. (1995). *El contrato sexual*. Barcelona, Anthropos.
- PATEMAN, C. (1996). Críticas feministas a la dicotomía público/privado. En CASTELLS, C. (comp.). *Perspectivas feministas en teoría política*. Barcelona, Paidós.
- PEACE, S. (1991). The forgotten female: social policy and older woman. En PHILLIPSON, C. y WALTER, A. (eds.). *Ageing and Social Policy: a critical assessment*. Hampshire, Gower.
- PÈNE, D. (1999). *La civilización de los jubilados*. Madrid, Encuentro.
- PÉREZ DÍAZ, J. (2002) “La feminización de la vejez”. *Revista Catalana de Sociología* 16: 27-54
- PÉREZ DÍAZ, J. (2002). *La madurez de masas*. Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona.
- PÉREZ DÍAZ, J. (2003). “Feminización de la vejez y Estado de Bienestar en España”. *REIS* 104: 91-121.
- PÉREZ DÍAZ, J. (2003). Roles de género en la vejez. En ARACIL, E. ET AL. (dirs.). *Género y población*. Madrid, Ibersaf.
- PÉREZ DÍAZ, V. (1996). *La situación social de la vejez en España a partir de una perspectiva demográfica*. Barcelona, SG Editores
- PÉREZ-DÍAZ, V., CHULIÁ, E. Y ÁLVAREZ-MIRANDA, B. (1998). *Familia y sistema de bienestar. La experiencia española con el paro, las pensiones, la sanidad y la educación*. Madrid, Fundación Argentaria.
- PÉREZ-DÍAZ, V., CHULIÁ, E. Y VALIENTE, C. (2000). *La familia española en el año 2000*. Madrid, Fundación Argentaria.
- PÉREZ MONTESDEOCA, F.J. Y GRANADOS LÓPEZ, J. (2005). *Vejez y maltrato. Análisis, prevención e intervención en el maltrato al mayor dependiente*. Las Palmas de Gran Canaria, Ediciones Anroart.
- PÉREZ ORTIZ, L. (2003). *Envejecer en femenino. Las mujeres mayores en España a comienzos del siglo XXI*. Madrid, Instituto de la Mujer.
- PÉREZ ORTIZ, L. (2004). “Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España”. *Perfiles y tendencias* 9. Madrid, IMSERSO.
- PÉREZ, C. (2008, 15 de agosto). La recesión llama a las puertas de Europa. *El País*: 17.
- PETRÁSOVÁ, A. (2008). “Population and social conditions. Statistics in focus 46/2008”. Luxemburgo, Eurostat
- PHILIPS, L. (1986). Theoretical explanations of elder abuse: competing hypotheses and unresolved issues. En PILLEMER, K.A. Y WOLF, R.S. *Elder abuse. Conflict in the family*. Massachussets, Auburn House Publishing Company
- PHILLIPS, L., TORRES DE ARDÓN, E. Y BRIONES, B. (2000). “Abuse of females caregivers by care recipients. Another form of elder abuse”. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 12 3/4, 123: 144.
- PILLEMER, K. (1985). “The dangers of dependency: new findings on domestic violence against the elderly”. *Social problem* 33 (2): 146-158.
- PILLEMER, K. Y WOLF, R. S. (eds.). (1986). *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, Auburn House Publishing Company.

- PILLEMER, K. (1988). "Patient maltreatment in nursing homes. A review and call for research". *Journal of Health and Social Behavior* 29: 227-238
- PILLEMER, K. Y FINKELHOR, D. (1988). "The prevalence of elder abuse: a random simple survey". *The Gerontologist* 28: 51-57.
- PILLEMER, K. Y SUITOR, J. J. (1992). Elder abuse. En VAN HASSELT, V.B., MORRISON, R.L., BELLACK, A.S. y HERSEN, M. (eds.). *Handbook of family violence*. Nueva York, Plenum Press.
- PILLEMER, K. (2005). Factores de riesgo del maltrato de mayores. En Iborra, I. (ed.). *Violencia contra personas mayores*. Barcelona, Ariel
- PLANAS, J., CASAL, J., BRULLET, C., Y MASJUAN, J. M. (1995). *La inserción social y profesional de las mujeres y hombres de 31 años*. Barcelona, Institut de Ciències de l'Educació.
- PLANT, S. (1998). *Ceros + unos*. Barcelona, Ediciones Destino.
- PLATÓN. [390-370 a.C.] (1990). *La República*. Madrid, Alianza.
- POMEROY, S. (1987). *Diosas, rameras, esposas y esclavas. Mujeres en la antigüedad griega y romana*. Madrid, Akal Universitaria.
- PORTO, F. Y RODRÍGUEZ, P. (eds.). (1998). "Evolución del SAD en España". Madrid, IMSERSO.
- PRECIADO, B. (2001). *Manifiesto contrasexual*. Madrid, Ópera prima.
- PRESTON, S. H. (1984). "Children and the elderly: divergent paths for America's Dependents". *Demography* 21 (4): 435-475
- PRIETO RODRÍGUEZ, J., ROMERO JORDÁN, D., ÁLVAREZ GARCÍA, S. (2001). *Estado de salud y participación laboral de las personas mayores*. Madrid, Instituto de Estudios Fiscales.
- PUENTE, S. Y GIL, M. (2004). "Proyecciones de población para la economía española". *Boletín económico* 12: 55-62. Madrid, Banco de España.
- PUGA GONZALEZ, M. D. (2007). Redes sociales y salud. En VV.AA. *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006*. Madrid, IMSERSO
- PULEO, A. H. (1992). *Dialéctica de la sexualidad. Género y sexo en la filosofía contemporánea*. Madrid, Cátedra.
- QUEREJETA GONZÁLEZ, M. (2003). *Discapacidad / Dependencia. Unificación de criterios de valoración y casificación*. Madrid, IMSERSO.
- QUEROL, M.A. (2005). Las mujeres en los relatos sobre los orígenes de la humanidad. En MORANT, I. (dir.). *Historia de las mujeres en España y América Latina. De la Prehistoria a la Edad Media*. Vol. I. Madrid, Cátedra.
- QUÉTELET, A. [1835] (1969). *A treatise on man and the development of his faculties*. Gainsville, Florida, Scholar's Fascimiles and Reprints
- RAMÓN, G. (2006). "Prioridades de la UGT el cuidado de las personas dependientes". Madrid, *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*. 60: 75-82.
- RAMOS TORRE, R. (1995). Uso del tiempo y ocio de los mayores. En VV.AA. *Las actividades económicas de las persona mayores*. Madrid, SECOT
- RAPAPORT, R. (1971). *The dual career family*. Nueva York, Penguin Books.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Vol I. Vigésima segunda edición. Madrid, Espasa Calpe.
- REAY, A. M. Y BROWNE, K. D. (2001) "Risk factor characteristics in crers who phycally abuse or neglect their elderly dependants". *Ageing and Mental Heallth* 5 (1): 56-62.

- REBOLLO ARÉVALO, A. (2001). *La estructura del consumo en España*. Madrid, Instituto Nacional del Consumo
- REHER, D. S. (1996). *La familia en España. Pasado y presente*. Madrid, Alianza Universidad.
- REHER, D. S. (2003). “Transformación demográfica y modernización de la sociedad española durante el siglo XX. Tendencias demográficas”. *Sistema* 175-176: 35-50.
- REIS, M. Y NAHMIASH, D. (1997) “Abuse of seniors. Personality, stress and other indicators”. *Journal of Mental Health and Aging* 3: 337-356.
- REQUENA SANTOS F. (1994). *Amigos y redes sociales. Elementos para una sociología de la amistad*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- REQUÉS VELASCO, P., Y COS GUERRA, O. (2002). El proceso espacial temporal de modernización demográfica en el mundo 1950-2025. En REQUÉS, P. (coord.). *El nuevo orden demográfico*. *El Campo de la Ciencia y las Artes* 139: 87-103.
- REVENGA ARRANZ, E. (1980). “La transición demográfica en España”. *REIS* 10: 233-240.
- RHEINHARZ, S. (1986). Living and hating one’s elders: twin themes in legend and literature. En PILLEMER, K.A., WOLF, R.S. (eds.). *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, Auburn House Publishing Company.
- RICH, A. (1983). *Sobre mentiras, secretos y silencios*, Barcelona, Icaria.
- RIERA, J. M. (1999). *Jubilarse a los 50. Viejos para trabajar, jóvenes para jubilarse*. Madrid, Pirámide.
- RIERA, J. M. (2005). *Contra la tercera edad. Por una sociedad para todas las edades*. Barcelona, Icaria.
- RILEY, M.W. (1987). “On the significance of age on sociology”. *American Sociological Review*, citado en ARBER, S. y GINN, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid, Narcea.
- RIVERA GARRETAS, M. M. (1994). *Nombrar el mundo en femenino*. Barcelona, Icaria.
- RIVERA GARRETAS, M. M. (1996). *El cuerpo indisponible: significado del cuerpo de mujer*. Madrid, Horas y horas.
- RIVERA GARRETAS, M. M. (1997). *El fraude de la igualdad*. Barcelona, Planeta.
- ROCARD, M. (1994). “Libro Blanco de la jubilación”. Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1999). *La protección social de la dependencia*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004). *El estado de bienestar en España: debate, desarrollo y retos*. Madrid, Editorial fundamentos.
- RODRÍGUEZ GUERRA, J. (1993). *Estudios sobre trabajo y educación*. Tenerife, Universidad de La Laguna
- RODRÍGUEZ GUERRA, J. (2006). La transformación del trabajo/empleo. En *La transformación de la sociedad salarial y la centralidad del trabajo*. Madrid, Talasa.
- RODRÍGUEZ MARTÍN, J. A. (1991). “Historia de Canarias. La economía contemporánea. De la autarquía a la integración en la C.E.” nº 41. Las Palmas de Gran Canaria, Editorial Prensa Ibérica.
- RODRÍGUEZ MENÉNDEZ, M.C. (2003). *La configuración del género en los procesos de socialización*. Oviedo, KRK.
- RODRÍGUEZ, J. A. (1994). *Envejecimiento y familia*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas y Siglo XXI.

- RODRÍGUEZ, J. A. Y DE MIGUEL, J. M. (1990). *Salud y poder*. Madrid, CIS.
- RODRÍGUEZ, O. (2008, 27 de enero). El precio de la belleza. *Canarias* 7: 16-17
- ROSE, A. (1965). "The subculture of aging: a framework for research in social gerontology", citado en MISHARA, B.L. Y RIEDEL R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid, Morata.
- ROUGEMONT, D. de. (1978). *El amor y occidente*. Barcelona, Kairós.
- ROUSSEAU, J. J. [1762] (1969). *Emilio o De la educación*. Madrid, Edaf.
- ROWBOTHAM, S. (1976). *Hidden from history: rediscovering women in history from the 17th century to the present*. Nueva York, Vintage.
- RUBIO, R. (2005). Concepto, tipos, incidencia y factores de riesgo del maltrato institucional de personas mayores. En IBORRA MARMOLEJO, I. (ed.). *Violencia contra personas mayores*. Barcelona, Ariel.
- RUBIO, R. Y MUÑOZ TORTOSA, J. (2000). "Los malos tratos en personas mayores: un reto a superar en el tercer milenio". *Geriatría* 16 (7): 36-51.
- RUIZ SANMARTÍN, A., ALTET TORNER, J., PORTA MARTÍ, N. ET AL. (2001). "Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos". *Atención Primaria* 27 (5): 331-334.
- RUMEU DE ARMAS, A. [1944] (1981). *Historia de la previsión social en España. Cofradías, Gremios, Hermandades, Montepíos*. Barcelona, El Albir.
- SACKS, K. (1974). Engels revisited. Women, the organization of production and private property. En LAMPHERE, R. y LAMPHERE, L. *Woman, culture and society*. Stanford, Stanford University Press.
- SALVAREZZA, L. (1998). *Psicogeriatría teoría y clínica*. Buenos Aires, Paidós.
- SAN ROMÁN, T. (1990). *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*. Barcelona, Fundación Caja de Pensiones.
- SÁNCHEZ GRANJEL, L. S. (1991). *Historia de la vejez*. Salamanca, Universidad de Salamanca.
- SÁNCHEZ VALLEJO, M. A. (2007, 10 de noviembre). Las ejecutivas tiran la toalla. *El País*: 32-33.
- SANCHO CASTIELLO, M. (2006). "Las personas mayores en España. Informe 2006". Madrid, IMSERSO.
- SANCHO CASTIELLO, M. (coord.). (2004). "Las personas mayores en España. Informe 2004". Madrid, IMSERSO.
- SANCHO CASTIELLO, M. (coord.). (2002). "Las personas mayores en España, Informe 2002". Madrid, IMSERSO.
- SANDAY, P. R. (1981). *Female power and male dominance: on the origins of sexual inequality*. Cambridge, Cambridge University Press.
- SANDELL, R. (2003). "El envejecimiento de la población: la situación española en relación con la de otros Estados miembros de la UE". *ARI* 75: 1-9
- SANDERS, B. S. (1964). "Measuring community health levels". *American Journal of Public Health* 54: 1.063-1.070.
- SANTAMARINA, C. (dir.). (2002). *Percepciones sociales sobre las personas mayores*. Madrid, IMSERSO.
- SARRIEGUI, J. M. (2008, 4 de mayo). Conciliar no cuesta ni un euro. *El País*: 54-55.
- SARRIEGUI, J. M. (2008, 8 de junio). Las mujeres siguen discriminadas. *El País*: 48-49.
- SAU, V. (1989). "Sexo, género, educación. Un enfoque teórico". *Cuadernos de Pedagogía* 171: 8-12.
- SAU, V. (1990). *Diccionario ideológico feminista*. Vol. I. Icaria, Barcelona.

- SAUQUILLO, M. R. Y PORTINARI, B. (2008, 17 de abril). Suicidio: callar sí, no ignorarlo. *El País*: 30-31.
- SCOTT, A. Y WENGER, G. C. (1996). Género y redes de apoyo social en la vejez. En ARBER, S. y GINN, J. (comp.). *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Narcea. Madrid.
- SCHLOSSER, J. (1997-2008). La prensa, el cuarto poder, en [www.geocities.com/fmisrael/prensa.html](http://www.geocities.com/fmisrael/prensa.html)
- SCHWARTZ GIRÓN, P. (2001). Bendita prolongación de la esperanza de vida. En DE MIGUEL, A. (coord.). *Los mayores activos*. Madrid, SECOT
- SEAVER, C. (1996). “Muted lives: older battered women”. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 8: 3-21.
- SECCIÓN FEMENINA DE LA FALANGE ESPAÑOLA Y DE LAS JONS (1958). “Economía doméstica para Bachillerto y Magisterio”. Madrid, Sección femenina.
- SEGALEN, M. (1988). La revolución industrial: el proletario al burgués. En BURGUIÉRE, A., KLAPISCH-ZULER, C., SEGALEN, M. y ZONABEND, F. (dirs.). *Historia de la familia*. Vol. II. Madrid, Alianza Editorial.
- SEGURA, C. (2005). Mujeres en el mundo urbano. Sociedades, instituciones y trabajo. En MORANT, I. (dir.). *Historia de las mujeres en España y América Latina. De la Prehistoria a la Edad Media*. Vol IV. Madrid, Cátedra.
- SEIDLER, V. J. (1989). *Rediscovering masculinity. Reason, language and sexuality*. Nueva York, Routledge.
- SEIDMANN, B. (1976). “Pensions: the public-private inteplay”. *American Federationist* 83 (7), 18-24.
- SEN, A. K. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona, Planeta
- SENDÓN DE LEÓN, V. (1981). *Sobre diosas, Amazonas y vestales. Utopías para un feminismo radical*. Madrid, Zero.
- SENNETT, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales en el nuevo capitalismo*. Brcelona, Anagrama.
- SERRA DESFILIS, E., DATO MUELAS, C., LEAL CASAS, C. (1988). *Jubilación y nido vacío: ¿Principio o fin? Un estudio evolutivo*. Valencia, Nau Libres.
- SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2002). “Guía de Actuación en las Personas Mayores en Atención Primaria”. Santa Cruz de Tenerife, Consejería de Sanidad y Consumo
- SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2004). “II Plan de Salud de Canarias 2004-2008”. Las Palmas de Gran Canaria, Consejería de Sanidad
- SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2005). “Informe del Comité de Expertos sobre financiación y sostenibilidad del Sistema Canario de Salud”. Canarias, Consejería de Sanidad.
- SHREEVE, J. (2006). “El viaje más largo”. *National Geographic*. 18: 2-15.
- SIRJAMAKI, J. (1953). *The American family in the twentieth century*. Cambridge, The Harvard University Press.
- SISSA, G. (1988). La familia en la ciudad griega (siglos V-IV a.C.). En BURGUIÉRE, A., KLAPISCH-ZULER, C., SEGALEN, M. y ZONABEND, F. (dirs.). *Historia de la familia*. Vol. I. Madrid, Alianza Editorial.
- SMITH, P.K. (1991) *The psychology of grandparenthood*. Nueva York, Routledge.
- SOLOW, S. (1993). *Crecimiento y equidad. Cómo hacer economía y cómo enseñarla*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria.

- SORIANO RUBIO, S. (1999). *Cómo se vive la homosexualidad y el lesbianismo*. Salamanca, Amarú Ediciones.
- SPANO, A. (2000). "Perdita dl lavoro e destandardizzazione del corso de vita nel caso dei prepensionati: qualche riflessione sul nesso lavoro-citadinanza". *Sociologia del Lavoro* 12 (1): 19-34.
- SPIVAK, G.C. (1999). *A critique of postcolonial reason: toward a history of the vanishing present*. Cambridge, Harvard University Pres
- STEARNS, P. 1986. Old age family conflict. The perspective of the past. En PILLEMER, K. y WOLF, R.S. (eds.). *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, Mauburn House.
- STETSON, D. M. Y MAZUR, A. G. (eds.). (1995). *Comparative state feminism*. Londres, Sage
- STOLLER, R. (1989). *Masculin ou féminin*. Paris, Press Universitaires de France
- STOLLER, R.J. (1968). "Sex and Gender: on the development of masculinity and femininity", citado en LAGARDE, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, UNAM
- STONE, S. (1991). The empire strikes back. A posttranssexual manifiesto. En EPSTEIN, J., y STRAUB, K. (eds.). *Body guards. The cultural politics of gender ambiguity*. Routledge, Nueva York.
- STREIB, G. F., THOMPSON, W. E. Y SUCHMAN, E.A. (1958). "The Cornell Study Occupational Retirement". *Journal of Socia Issues* 14: 3-17
- STREIB, G. (1965). "Marriage, familiy and friendship", en Willianson, J.B. *Agind and society: an introduction to social gerontology*, Holt, New York, citado en BAZO ROYO, M. T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid, CIS .
- SUBIRATS, M. Y BRULLET, C. (1988). *Rosa y azul. La trasmisión de los géneros en la escuela mixta*. Madrid, Instituto de la Mujer
- SUBIRATS, M. (1998). *Con diferencia. Las mujeres frente al reto de la autonomía*. Barcelona, Icaria.
- SULLIVAN, D. F. (1971). "A single index of mortality and morbidity". *HSMHA Health Reports* 86: 347-354.
- TAMAYO, J. J. (1995). "La cultura como forma de vida y comunicación", en *Jornadas por una vejez activa*. Barcelona, Fundación Caja Madrid.
- TAVERA GARCÍA, S. (2006). Mujeres en el discurso franquista hasta los años sesenta. En MORANT, I (dir.). *Historia de las mujeres en España y América Latina. Del siglo XIX a los umbrales del XX*. Vol IV. Madrid, Cátedra.
- THÉRET, B. (1994). "Who have or to be: on the problem of the interaction between State and Economy". *Economy and Society* 23 (1): 1-46.
- THOMAS, Y. (1988) Roma, padres ciudadanos y ciudad de los padres (siglo II A.C.-sigloII d.C.), en BURGUIÉRE, A., KLAPISCH-ZULER, C., SEGALÉN, M. y ZONABEND, F. (dirs). *Historia de la familia*. Vol I. Madrid, Alianza Editorial.
- TOBÍO, C. (2005). *Madres que trabajan. Dilemas y estrategias*. Madrid, Ediciones Cátedra.
- TOWNSEND, P. (1957). Aspectos sociales del envejecimiento, en *Enciclopedia de las Ciencias Sociales*. Madrid, Aguilar.
- TOWNSEND, P. (1962). *The last refuge*. Londres, Routledge and Kegan Paul.
- TRINIDAD REQUENA, A. (2005). *La realidad económica y socia de las personas mayores*. Madrid, Instituto de Estudios Económicos.
- TRINIDAD REQUENA, A. (2006). "Estrategias sociales y económicas de los nuevos jubilados". *REIS* 115: 135-164.

- TRYPUC, J. M. (1988). Women's health, en SINGH, BOLARIA. B., y DICKINSON, H.D. (eds.). *Sociology of health care in Canadá*. Toronto, Harcourt, Brace Jovanovich.
- TUBERT, S. (ed.). (1996). *Figuras de la madre*. Madrid, Cátedra.
- TUBERT, S. (2003). *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. Madrid, Cátedra.
- TUSELL GÓMEZ ET AL, J. (1989). *Historia política y social moderna y contemporánea*. Vol II. Madrid, UNED.
- VALCÁRCEL, A. (1993). *Del miedo a la igualdad*. Crítica, Barcelona.
- VALLES, M. S. (2001). La ambivalente soledad de los mayores. En DE MIGUEL, A. (coord.). *Los mayores activos*. Madrid, SECOT
- VALLÍN, J. (2004). *La población mundial*. Madrid, Alianza.
- VALLS LLOBET, C. (2007). Prólogo. En FREIXAS FARRÉ, A. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial*. Barcelona, Paidós.
- VAN DE KAA, D. J. (1987). "Europe's Second Demographic Transition". *Population Bulletin*. 42 (1): 3-59.
- VARCÁRCEL, A. (1991). *Sexo y filosofía. Sobre "mujer" y "poder"*. Barcelona, Anthropos
- VEGA, J. A. (2005, 21 de julio). Trabajo alerta de que la Seguridad Social tendrá déficit en diez años, en Cincodías.com, [http://www.cincodias.com/articulo/economía/Trabajo/alerta/Seguridad/Social/tendra/deficit/anos/cdscdi/20050721cdscdieco\\_1/Tes/](http://www.cincodias.com/articulo/economía/Trabajo/alerta/Seguridad/Social/tendra/deficit/anos/cdscdi/20050721cdscdieco_1/Tes/)
- VELARDE FUENTES, J. Y CERCAS ALONSO, A. (1999). *El Estado de Bienestar*. Madrid, Acento Editorial.
- VERBRUGGE, L. M. (1985). "Gender and health. An update on hipótesis and evidence". *Journal of Health and Social Behavior* 26: 156-182.
- VILLAR ÁLVAREZ, F., MAIQUES GALÁN, A., BROTONS CUIXART, C., TORCAL LAGUNA, J., LORENZO PIQUERES, A., VILASECA CANALS, J. Y BANEGAS BANEGAS, J. R. (2001). "Prevención cardiovascular en atención primaria". *Atención Primaria* 28: 13-36.
- VINTON, L. (1992). "Battered women's shelters and older women: the Florida experience". *Journal of Family Violence* 7: 63-72.
- VISAUTA VINACUA, B. Y MARTORI I CAÑAS, J.C. (2003). *Análisis estadístico con SPSS para windows*. Madrid, McGraw Hill
- VIZCAÍNO, J. (1987). "El grupo social anciano y su marginación", en *La ancianidad en el año 2000. Una visión prospectiva*. Barcelona, Fundació Caixa de Pensions, 5-28.
- VOGEL, L. (1983). *Marxism and the oppression of women. Toward a unitary Theory*. New Brunswick, Rutgers University Press.
- VOLMAN, M. Y TEN DAM, G. (1998). "Equal but different: contradictions in the development of gender identity in the 1990s". *British Journal of Sociology of Education*, 19 (2): 529-545.
- WALKER, A. (1980). "Towards a political economy of old age, Ageing and Society", citado en ARBER, S. y GINN, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid, Narcea.
- WALTER, A. Y MALTBY, T. (1997). *Ageing Europe*. Buckingham, Open University Press
- WALTER, T. (1994). *The revival of death*. Nueva York, Routledge.
- WALLACE, P. (2000). *El seísmo demográfico*. Madrid, Siglo XXI.
- WARDAUGH, J. Y WILDING, P. (1993). "Towards an explanation of the corruption of care". *Critical Social Policy* 37: 4-31.

- WEBER, M. [1922] (1977). *Economía y Sociedad*. México, Fondo de Cultura Económica
- WEEKS, J. (1996). “Telling stories about men. Review article”. *The Sociological Review*, Vol 44 (4): 746-756.
- WENGER, G. C. (1991). “A network typology: from theory to practice”. *Journal of Aging Studies* 5: 147-162.
- WEST, C. Y ZIMMERMAN, D. (1977). “Women’s place in everyday talk. Reflections on parent-child interaction”. *Social Problem* 24: 521-529.
- WILSON, G. (1996). Yo soy los ojos y ella los brazos: cambio en los roles de género en la edad avanzada. En ARBER y GINN, J. (eds). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid, Narcea.
- WILLIAMSON, G.M. Y SHAFFER, D.R. (2001). “Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers. How we were then, hoo we are now”. *Psychological and aging* 16: 217-226
- WITTIG, M. (1964). *OpoPONax*. París, Minuit
- WOLF, R.S. Y PILLEMER, K. (1989). *Helping elderly victims. The reality of elder abuse*. Nueva York, Columbia University Press.
- WOLF, R. S., STRUGNELL, C.P., GODKIN, M. A. (1982). *Preliminary findings from three model projects on elderly abuse*. Center of aging. Worcester. University of Massachusetts Medical Center.
- WOLLSTONECRAFT, M. [1792] (1994). *Vindicación de los derechos de la mujer*. Madrid, Cátedra.
- WOOD, V. Y ROBERTSON, J. (1976). The significance of grandparenthood. En CUBRIUM, J.F. (ed.). *Times, roles and self in old age*. Nueva York, Human Sciences Press.
- YANKELOVICH, D. (1988). *Aging in America. Current Trends and future perceptions*. Nueva York, The John and Mary R. Markle Foundation
- YOUNG, I. (1980). “Socialist feminism and the limits of Dual System Theory”. *Socialist Review* 50 /51: 169-188.
- YOUNG, I. (2000). *La justicia y la política de la diferencia*. Madrid, Cátedra
- YUBERO, S. Y LARRAÑAGA, E. (1999). La imagen social del anciano. En YUBERO, S. ET AL. *Envejecimiento, sociedad y salud*. Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha.
- YUSTA, M. (2006). La segunda República: significado para las mujeres. En MORANT, I. (dir). *Historia de las mujeres en España y América Latina. Del siglo XX a los umbrales del XXI*. Vol. IV. Madrid, Cátedra.
- ZAMORA LÓPEZ, F. (2001). Proyecciones de la población española. En FRAGA IRIBARNE, M. ET AL. *Las claves demográficas del futuro de España*. Madrid, Fundación Cánovas del Castillo.
- ZAMORA LÓPEZ, F. (2003). “¿Quién teme al envejecimiento?” *Sistema* 175,176: 201-214.
- ZERZAN, J. (2001). *Futuro primitivo*. Valencia, Numa Ediciones.
- ZETKIN, C. [1907] (1976). *La cuestión femenina y la lucha contra el reformismo*. Barcelona, Anagrama.
- ZIMMERMAN, D., y West, C. (1975). Sex roles, interruptions and silences in conversations. En THORNE; B., y HENLEY, N. (eds.) *Language and sex: difference and dominante*. Rowly, Newbury House.
- ZIMMERMAN, C. (1947). *Family and civilization*. Nueva York, Harper.
- ZNABEND, F. (1988). De la familia. Una visión etnológica del parentesco y la familia. En BURGUIÉRE, A., KLAPISCH-ZULER, C., SEGALEN, M. y ZONABEND, F. (dirs.). *Historia de la familia*. Vol. I. Madrid, Alianza Editorial.



**ANEXO I**

**CUESTIONARIO**

Provincia: \_\_\_\_\_

Nº. Cuestionario:

Isla: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Sección: \_\_\_\_\_

Tamaño hábitat:

**Buenos días/ tardes. Estamos haciendo un estudio para conocer la situación de las personas mayores de nuestras Islas. Se trata de un estudio universitario que garantiza el anonimato de las personas entrevistadas y la confidencialidad de los datos facilitados, es por ello que le rogamos la mayor sinceridad. ¿Sería tan amable de dedicarme un ratito?**

**1. ¿Tuvo o conserva Ud. un trabajo remunerado?**

Lo tuve	1	Pasar a 5
Lo conservo	2	Pasar a 11
No lo tuve (ABANDONO Edad: )	3	Seguir a 2

**2. ¿Durante su vida ha desempeñado alguna actividad que aportara dinero al hogar (ayuda familiar en el campo, en una tienda, venta por catálogo, etc.)?**

No	1
Si (especificar)	2

**3. ¿Y algo que supusiera un ahorro para el hogar (cuidar gallinas, hacer pan, etc.)?**

No	1
Si (especificar)	2

**4. De haber tenido un trabajo remunerado, ¿cuál le hubiera gustado desempeñar?**

\_\_\_\_\_ Pasar a 11

**5. ¿A qué edad se jubiló? \_\_\_\_\_****6. Su retiro del trabajo, fundamentalmente, le ha supuesto... (elegir una)**

Una alegría	1
Un descanso merecido	2
Disponibilidad de tiempo para otras cosas	3
Demasiado tiempo libre	4
Otra (especificar) _____	5

**7. ¿Su retiro fue...?**

Voluntario	1
Aceptado	2
Forzado	3

**8. ¿El retiro de su trabajo le ha supuesto una merma en la valoración de si mismo/a (autoestima)?**

Si	1
No	2
NS/NC	3

**9. ¿Continúa Ud. realizando algún tipo de actividad o trabajo de manera continuada?**

No	1
Si (especificar) _____	2

**10. Actualmente, ¿le gustaría volver a trabajar en algo que le proporcione un dinero extra?**

No	1
Si, en actividades relacionadas con mi profesión	2
Si, en actividades que no requieran esfuerzo físico	3
Si, en cualquier cosa	4
Otra (especificar) _____	5

**11. ¿Prestaría algún servicio a la comunidad como voluntario/a (vigilar tráfico a la salida de los colegios)?**

Si (especificar cual) \_\_\_\_\_ 1  
 No 2

**12. Realiza o ha realizado trabajo doméstico**

Si, soy/he sido exclusivamente ama de casa 1  
 Si, he simultaneado trabajo remunerado y doméstico 2  
 Se da un reparto equitativo entre los miembros del hogar 3  
 Lo hacemos las mujeres de la familia 4  
 Colaboro en algunas tareas 5  
 No, en ningún caso 6 Pasar a 17

**13. Actualmente, ¿cuántas horas al día (de promedio) dedica a las tareas del hogar?**

\_\_\_\_\_

**14. ¿Tiene la sensación de que en la casa queda siempre algo por hacer?**

Si 1  
 No 2

**15. ¿Considera que las tareas que desarrolla son fundamentales para el bienestar de los miembros de su hogar?**

Si 1  
 No 2

**16. ¿Ha contado Ud. con colaboración de su cónyuge/pareja en las tareas domésticas, en el pasado?. ¿Y en el presente? Y ¿con la ayuda de personal ajeno a la familia?**

	Siempre	Ocasional	Nunca	No tiene	Empleado/a Doméstico/a	Ayuda Domicilio
Pasado	1	2	3	4	5	6
Presente	1	2	3	4	5	6

**17. Cambiando de tema, ¿cómo diría que ha sido su estado de salud en los últimos 12 meses?**

Muy bueno 1  
 Bueno 2  
 Regular 3  
 Malo 4  
 Muy malo 5

**18. ¿En los últimos 12 meses ha tenido alguna dolencia, enfermedad o problema de salud que le haya limitado su actividad habitual más de 10 días seguidos?**

Si 1  
 No 2 Pasar a 20

**19. Qué tipo de dolencia, enfermedad o problema e salud? (dos respuestas como máximo)**

1.- \_\_\_\_\_  
 2.- \_\_\_\_\_

**20. ¿Le ha dicho su médico que padece de forma crónica alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud en la actualidad?**

	Si	No
Hipertensión arterial	1	2
Colesterol elevado	1	2
Diabetes (azúcar elevado)	1	2
Asma, bronquitis crónica o enfisema	1	2
Enfermedad del corazón	1	2
Úlcera de estómago	1	2
Alergia	1	2

Depresión	1	2
Otra enfermedad mental	1	2
Jaquecas, migrañas o dolores de cabeza	1	2
Mala circulación	1	2
Hernias	1	2
Artrosis y problemas reumáticos	1	2
Osteoporosis	1	2
Problemas del período menopaúsico (menos osteoporosis)	1	2
Problemas de próstata	1	2
Cáncer	1	2
Otras (especificar) _____	1	2

**21. ¿Sigue tratamiento médico?**

Permanentemente	1
Puntualmente	2
No	3

**22. ¿Necesita Ud. ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria, de manera permanente?**

	Incapaz	Con ayuda	Sin ayuda
Asearse	1	2	3
Tomar un baño o ducha	1	2	3
Pasear	1	2	3
Vestirse y desvestirse	1	2	3
Acostarse y levantarse	1	2	3
Comer	1	2	3

**23. De manera permanente, ¿necesita ayuda para realizar actividades instrumentales diarias?**

	Incapaz	Con ayuda	Sin ayuda
Hacerse la comida	1	2	3
Limpieza doméstica	1	2	3
Uso del teléfono	1	2	3
Uso del transporte público	1	2	3
Ir a la compra	1	2	3
Manejo de su dinero	1	2	3
Toma de medicación	1	2	3

**24. En caso afirmativo, ¿quién le presta tal ayuda de manera frecuente?**

Cónyuge	1
Hijas	2
Hijos	3
Nietas	4
Nietos	5
Hermanas/os	6
Otro familiar	7
Cuidador/a nacional	8
Cuidador/a extranjero	9
Personal cualificado (contratado)	10
Ayuda a domicilio	11
Otros (especificar) _____	12

**25. El trato que recibe por parte la/s persona/s que se ocupa de Ud. es:**

Muy bueno	1
Bueno	2
Normal	3
Malo	4
Muy malo	5

**26. Y Ud. ¿presta ayuda a alguna persona dependiente?**

Cónyuge	1
---------	---

## Género y Tercera Edad en Canarias

Hijas/os	2	
Hermanas/os	3	
Un progenitor	4	
Ambos progenitores	5	
Otro familiar (especificar) _____	6	
Otra persona (especificar) _____	7	
No	8	Pasar a 31

<b>27. ¿De qué tipo?</b>	Si	No
Actividades básicas (comer, asear, etc.)	1	2
Actividades Instrumentales (medicación, dinero)	1	2

<b>28. Principalmente, cómo le afecta esa prestación de cuidados ...</b>		
En nada	1	2
Cansancio (físico)	1	2
Decaimiento (anímico)	1	2
Deterioro de la vida familiar	1	2
Problemas para realizar otras actividades	1	2
Resta tiempo de ocio	1	2
Otra (especificar ) _____	1	2

<b>29. Recibe Ud. algún tipo de ayuda por esa tarea:</b>		
Apoyo otros familiares	1	2
Ayuda económica	1	2
Programa formativo	1	2
Programa de respiro familiar	1	2
Centro de día	1	2
Otra (especificar) _____	1	2

<b>30. ¿Qué tipo de ayuda (de las citadas) considera precisería de manera inmediata?</b>		
Apoyo otros familiares	1	2
Ayuda económica	1	2
Programa formativo	1	2
Programa de respiro familiar	1	2
Centro de día	1	2
Otra (especificar) _____	1	2

### 31. ¿Tiene hijas/os?

No	1	Pasar a 40		
Si	2		Nº hijas _____	Nº hijos _____

### 32. De ellos, ¿cuántos permanecen en su hogar?

Nº hijas \_\_\_\_\_ Nº hijos \_\_\_\_\_

### 33. La independencia de sus hijos/as le crea o ha creado:

Insatisfacción	1
Indiferencia	2
Satisfacción	3
Permanecen todos en el hogar	4

### 34. Con qué frecuencia le visitan los hijos/as que se han ido de casa:

Todos/as viven en casa	1
Frecuentemente	2
Esporádicamente	3
Algunas/os si, otros no	4
Algunos, otros viven fuera de las islas.	5
No me visitan	6
Otra (especificar) _____	7

**35. Y Ud. ¿visita a sus hijas/os?**

Si	1
Raramente	2
No	3

**36. Tras la marcha de alguno/todos sus hijos/as ¿desarrolla Ud. más actividades recreativas o culturales que en el pasado?**

Si	1
No	2

**37. Cuidar de sus hijas/os cuando eran pequeñas/os ¿limitó sus proyectos personales?**

Si, limitó mi desarrollo profesional	1
No, lo elegí yo	2
No había otra opción	3
Otra especificar) _____	4

**38. ¿Cree que sus hijas/os le dan hoy el apoyo y afecto que Ud. les dio cuando crecían?**

Indudablemente	1
En ocasiones puntuales	2
De ninguna manera	3
No hubo tal afecto	4

**39. ¿Ha recibido mal trato por parte de alguno de sus hijos/as:**

	Si	No
Físico	1	2
Psíquico	1	2
Económico	1	2
Descuido o negligencia	1	2
Otro (especificar) _____	1	2

**40. ¿Tiene nietas/os?**

No	1	Pasar a 44
Si	2	

**41. Cuida de ellas/os**

Sí de manera permanente	1	
Si, días laborables	2	
Ocasionalmente (vacaciones, ocio de los progenitores)	3	
No	4	Pasar a 43

**42. Qué le supone esta tarea**

Un disfrute	1
Una colaboración	2
Un trastorno	3
Otra (especificar) _____	4

**43. Es Ud. más consentidor/a con sus nietos/as de los que lo fue con sus hijos/as?**

Si	1
Igual	2
No	3

**44. ¿Cuál cree Ud. que ha sido el acontecimiento más estresante de su vida? (Elegir una)**

Enfermedad o accidente personal	1
Divorcio	2
Jubilación	3
Abandono del hogar de los/as hijos/as	4
Muerte de la pareja	5
Muerte de un familiar cercano	6

## Género y Tercera Edad en Canarias

Muerte de amistades cercanas	7
Cambio de la situación financiera	8
Otra (especificar) _____	9

### 45. Sus relaciones familiares son satisfactorias

Si	1
Si, sólo familia cercana (cónyuge e hijos/as)	2
Si, familia extensa	3
No	4

### 46. ¿Actúa Ud. como elemento de unión en su familia?

Si	1
No, ese papel lo hacen otros/as	2
No, no hay buenas relaciones	3

### 47. En caso de emergencia, ¿contaría con apoyo familiar?

Si	1
No	2

### 48. Con qué frecuencia recibe visitas de:

	Diariamente	Semanal	Mensual	Anual	Nunca	No tiene
Hija/s	1	2	3	4	5	6
Hijo/s	1	2	3	4	5	6
Nieta/s	1	2	3	4	5	6
Nietos/s	1	2	3	4	5	6
Hermana/s	1	2	3	4	5	6
Hermano/s	1	2	3	4	5	6
Otros familiares	1	2	3	4	5	6
Amigos/as trabajo	1	2	3	4	5	6
Otros amigos/as	1	2	3	4	5	6
Vecinos/as	1	2	3	4	5	6
Cuidador/a remunerado	1	2	3	4	5	6
Servicio Ayuda a Domicilio	1	2	3	4	5	6

### 49. Y ¿llamadas telefónicas?

	Diariamente	Semanal	Mensual	Anual	Nunca	No tiene
Hija/s	1	2	3	4	5	6
Hijo/s	1	2	3	4	5	6
Nieta/s	1	2	3	4	5	6
Nietos/s	1	2	3	4	5	6
Hermana/s	1	2	3	4	5	6
Hermano/s	1	2	3	4	5	6
Otros familiares	1	2	3	4	5	6
Amigos/as del trabajo	1	2	3	4	5	6
Otros/as amigos/as	1	2	3	4	5	6

### 50. ¿Actualmente, tiene Ud. pareja?

No	1		Pasará a 52
Si	2		
Separación /divorcio	3		Seguir 51
Falleció	4		

### 51. ¿Qué ha supuesto para Ud. la pérdida de su pareja?

No lo he superado	1
Me entristece ocasionalmente	2
Lo he superado muy bien	3
Cierta liberación	4
Otra _____	5

52. **¿Considera Ud. que es fundamental compartir este período de la vida con un/a compañero/a?**

Si	1
No	2

53. **¿Ha tenido Ud. una pareja estable (matrimonio o cohabitación) en su vida?**

No he tenido	1	Pasar a 64
Una	2	
Varias (especificar) _____	3	

54. **Su relación de pareja (más duradera) ¿fue tal cómo la imaginó antes de asumir el compromiso?.**

Si	1
Sólo en algunos aspectos	2
No	3

55. **En su relación principal ¿la convivencia ha sido...?**

Muy satisfactoria	1
Satisfactoria	2
Regular	3
Insatisfactoria	4
Muy insatisfactoria	5

56. **¿Suele Ud. ir acompañado/a de su pareja en todas las salidas que realiza?**

Frecuentemente	1
Indistintamente	2
Raramente	3

57. **Diría Ud. que obtiene/ha obtenido de su pareja...**

	Si	No
Compañía	1	2
Comunicación	1	2
Afecto	1	2
Apoyo	1	2
Ayuda	1	2
Humor	1	2
Amor	1	2
Otras (especificar) _____	1	2

58. **¿Sus relaciones sexuales, en esa pareja, han sido... ?**

Muy satisfactoria	1
Satisfactoria	2
Mejóro con los años	3
Empeoró con los años	4
Insatisfactoria	5
Muy insatisfactoria	6
Inexistentes	7

59. **En la actualidad, sus relaciones sexuales son...?**

Muy satisfactorias	1
Satisfactorias	2
Regulares	3
Insatisfactorias	4
Muy insatisfactorias	5
No las mantiene	6

60. **De manera más amplia, su vida sexual ha sido...**

Muy satisfactoria	1
Satisfactoria	2
Indiferente	3



Insatisfactoria	4
Muy insatisfactoria	5
Inexistente	6

**61. ¿Ha sufrido alguna vez maltrato por parte de su pareja, de qué tipo?**

	Si	No
Físico	1	2
Psíquico	1	2
Sexual	1	2
Económico	1	2
Descuido o negligencia	1	2
Otro (especificar) _____	1	2

**62. ¿Si enviudara, se casaría de nuevo?**

Si	1
Tal vez	2
No	3

**63. ¿Qué es lo que debe de primar en la felicidad de un matrimonio? (elegir una)**

Respeto mutuo	1
Fidelidad	2
Entendimiento	3
Los/as hijos/as	4
Las relaciones sexuales satisfactorias	5
Unos ingresos adecuados	6
El amor	7
Gustos e intereses comunes	8
Otra (especificar) _____	9

**64. ¿Colabora o participa Ud en alguna de las asociaciones que le voy a detallar?**

Folklorica	1	
De vecinos/as	2	
De fiestas populares	3	
Cultural	4	
Política	5	
Benéfica	6	
Solidaria	7	
Otra (especificar) _____	8	
No	9	Pasar a 66

**65. ¿Qué papel desempeña en ella?**

Cargo directivo	1
Coordinador/a área	2
Socio/a	3
Colaborador/a	4
Otra (especificar) _____	5

**66. ¿Y asiste a algún tipo de centro?**

	Frecuentemente	Esporádicamente	Nunca
Club de mayores	1	2	3
Casino municipal	1	2	3
Centro de día	1	2	3
Club privado	1	2	3
Universidad	1	2	3
Otra _____	1	2	3

**67. ¿Suele Ud. acudir a votar?**

Nunca	1
Sólo municipales	2
Sólo autonómicas	3
Sólo nacionales	4
Sólo europeas	5
Siempre	6

**68. ¿Ha iniciado algún tipo de actividad después de cumplir los 65 años?**

	Si	No
Turismo	1	2
Cursillos (pintura, tai chi, etc).	1	2
Estudios primarios	1	2
Estudios universitarios	1	2
Actividades culturales (museos, municipios, etc).	1	2
Asociacionismo	1	2
Voluntariado	1	2
Deporte	1	2
Informática	1	2
Otra (especificar) _____	1	2

**69. ¿Tiene algún proyecto en mente para realizar a corto plazo? (Elegir una)**

Viajar	1
Iniciar un hobby	2
Estudiar	3
Otra (especificar) _____	4
No	5

**70. ¿Le parece que tiene mucho tiempo libre?**

Poquísimo	1
Poco	2
Suficiente	3
Mucho	4
Muchísimo	5

**71. En alguna ocasión, ¿se aburre?**

Frecuentemente	1
Ocasionalmente	2
Nunca	3

**73. ¿Qué hace, con más frecuencia, en su tiempo de ocio?**

	Frecuentemente	Poco frecuente	Lo hacía	Nunca
Leer la prensa	1	2	3	4
Leer libros	1	2	3	4
Oír la radio	1	2	3	4
Ver la tele	1	2	3	4
Oír música	1	2	3	4
Excursiones organizadas	1	2	3	4
Bailar	1	2	3	4
Ir al cine	1	2	3	4
Reunirse con amigos/as	1	2	3	4
Ir al bar/cafetería	1	2	3	4
Pasear	1	2	3	4
Visitar a la familia	1	2	3	4
Ir de compras	1	2	3	4
Salir de noche	1	2	3	4
Ir a la playa	1	2	3	4
Ir al campo	1	2	3	4
Conectarse a internet	1	2	3	4
Otras (especificar) _____	1	2	3	4

**73. ¿Qué opinión le merece la programación de televisión? ¿Y de la radio? (Elegir una)**

	Televisión	Radio
Muy buena	1	1
Buena	2	2
Regular	3	3
Mala	4	4
Muy mala	5	5
No acudo a ella	6	6

**74. ¿Cuántas horas de promedio ve/oye la televisión cada día? ¿Y la radio?**

	Televisión	Radio
Ninguna	1	1
Menos de una hora	2	2
Entre una y tres	3	3
De tres a cinco	4	4
Más de cinco	5	5

**75. ¿Qué tipo de programas es su favorito? (Elegir una en cada columna)**

	Televisión	Radio
Noticias	1	1
Tertulias, debates	2	2
Documentales	3	3
Fútbol	4	4
Otros deportes	5	5
Novelas	6	6
Series	7	7
Películas	8	8
Magazine (entretenimiento)	9	9
Concursos	10	10
Crónica rosa	11	11
Ninguno	12	12
Otra (especificar) _____	13	13

**76. ¿Cree que se abordan suficientemente temas que interesan y preocupan a las personas mayores?**

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Televisión	1	2	3	4
Radio	1	2	3	4
Otra (especificar) _____	1	2	3	4

**77. En la televisión ¿cree Ud. que hay suficiente presencia de las personas mayores en...?**

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Programas informativos	1	2	3	4
Programas de entretenimiento	1	2	3	4
Series de televisión	1	2	3	4
Anuncios publicitarios	1	2	3	4
Otras (especificar) _____	1	2	3	4

**78. ¿Qué actividad le gustaría realizar en su tiempo libre? (señalar una)**

\_\_\_\_\_

**79. Con qué frecuencia hace las cosas que le voy a especificar**

	Lo hacía	Nunca	Esporádicamente	Diariamente
Una dieta sana	1	2	3	4
Pasear	1	2	3	4
Ejercicio, deporte	1	2	3	4
Tomar alcohol	1	2	3	4
Visitar al médico	1	2	3	4
Seguir tratamiento médico	1	2	3	4

	Lo hacía	Nunca	Esporádicamente	Diariamente
Asistir a misa dominical	1	2	3	4
Comer fuera de casa	1	2	3	4
Fumar	1	2	3	4
Viajar a otras Islas	1	2	3	4
Viajar a la península	1	2	3	4
Viajar al extranjero	1	2	3	4

**80. Y Ud... está de acuerdo o en desacuerdo con:**

Acuerdo	Desacuerdo	Depende	
El divorcio	1	2	3
El uso de anticonceptivos	1	2	3
El aborto	1	2	3
Las relaciones sexuales juveniles	1	2	3
La eutanasia	1	2	3
El trabajo remunerado de la mujer	1	2	3
El reparto de las tareas de la casa (h/m)	1	2	3
El matrimonio homosexual	1	2	3

**81. Y... está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:**

	Acuerdo	Desacuerdo	Depende
He hecho siempre lo que he querido	1	2	3
La sociedad actual es mejor que la de antes	1	2	3
Si hay tensiones en una pareja debe ceder la mujer	1	2	3
Los jóvenes no respetan a las personas mayores	1	2	3

**82. ¿Tiene algún/os tipo/s de ingresos? (Respuesta múltiple)**

	Si	No
Pensión cónyuge/pareja	1	2
Otros ingresos cónyuge/pareja	1	2
Pensión por incapacidad permanente	1	2
Pensión de jubilación	1	2
Pensión de viudedad	1	2
Pensión de orfandad	1	2
Pensión no contributiva	1	2
Sueldo	1	2
Rendimiento de ahorros	1	2
Rentas (alquileres, etc.)	1	2
Pensión complementaria, plan empresa	1	2
Pensión complementaria, plan privado	1	2
Ayuda hijos/as	1	2
Otra ayuda pública	1	2
Beneficencia	1	2
Otra pensión (especificar)_____	1	2
Ninguno	1	2

**83. ¿Disfruta de alguna otra ayuda privada o pública?**

	Si	No
Servicio de ayuda a domicilio	1	2
Persona contratada	1	2
Reducciones tarifarias (transporte, etc.)	1	2
Vacaciones Imsero	1	2
Otras (especificar)_____	1	2

**84. ¿Con esos ingresos, se sostiene algún otro miembro de la familia?**

	Si	No
Cónyuge/pareja	1	2
Hijos/as	1	2
Padre/madre	1	2
Otros familiares (especificar)_____	1	2

**85. Con esos ingresos ¿cómo llega a fin de mes?**

Holgradamente	1
Justo/a	2
Con dificultades	3
No llega	4

**86. En los últimos doce meses, debido al encarecimiento de los precios, ¿ha dejado de adquirir bienes o servicios en...?:**

	Si	No
Alimentación	1	2
Vestido	1	2
Calzado	1	2
Muebles y enseres	1	2
Cuidado personal	1	2
Ocio	1	2
Otra (especificar) _____	1	2

**87. Realiza Ud., personalmente, las compras indispensables del hogar?**

Si	1
No	2

**88. ¿Dónde se realizan las compras?**

Tienda	1
Mercadillo	2
Supermercado	3
Gran superficie	4
Depende de los productos	5

**89. Tiene Ud...**

	Si	No
Tarjeta de crédito	1	2
Tarjeta de grandes almacenes	1	2
Otra (especificar) _____	1	2

**90. ¿ Ha podido ahorrar a lo largo de su vida? ¿ Y en la actualidad?**

	Si	No
En la vida	1	2
Actualidad	1	2

**91. ¿Si volviera a nacer qué cambiaría en su vida?**

\_\_\_\_\_

**92. ¿Qué es lo que mas echa de menos del pasado?**

\_\_\_\_\_

**93. Cíte una persona (conocida) que Ud. admire**

\_\_\_\_\_

**94. Ordene de mayor a menor importancia, siendo 1 lo mas importante y 4 lo menos:**

Salud	_____
Dinero	_____
Amor	_____
Familia	_____

**95. Suele Ud. tener frecuentemente sentimientos de:**

	Siempre	A veces	Nunca	NS/NC
Intensas ganas de vivir	1	2	3	4
Actitud positiva ante la vida	1	2	3	4
Soledad no elegida	1	2	3	4
Dependencia	1	2	3	4

Inutilidad	1	2	3	4
Tristeza	1	2	3	4
Falta de ilusiones	1	2	3	4
Pocas ganas de seguir adelante	1	2	3	4
Otras _____	1	2	3	4

**96. Ud define su estilo de vestir como:**

Moderno	1
Indiferente	2
Clásico	3
Otro (especificar) _____	4

**97. ¿Qué significan para Ud. las canas y arrugas? (Elegir una)**

El paso de los años	1
La experiencia	2
La pérdida de la juventud y la belleza	3
La decrepitud	4
Otra (especificar) _____	5

**98. ¿Se siente Ud. viejo/a?**

No	1
En ocasiones	2
Si	3

**99. ¿Cree Ud. que el envejecimiento lo llevan mejor los hombres o las mujeres?**

Hombres	1
Depende de cada quien	2
Mujeres	3

**100. ¿Se identifica con las personas ancianas?**

Si	1
No	2
NS/NC	3

**101. ¿Se ha sentido Ud. discriminado/a en alguna ocasión por ser mayor?**

Si	1
No	2

**102. ¿Y, a lo largo de su vida, por otra razón?**

	Si	No	No es mi caso
Ser mujer	1	2	3
Ser extranjero/a	1	2	3
Ser discapacitado/a	1	2	3
Ser homosexual	1	2	3
Otra (especificar) _____	1	2	3

**103. En caso afirmativo, en la actualidad ¿ello le supone problemas?**

No	1
Ocasionalmente	2
Si	3
Otra _____	4

**104. Cree Ud. que las personas mayores en la sociedad canaria están bien valoradas:**

Sobrevaloradas	1
Valoradas	2
Tratadas indiferentemente	3
Infravaloradas	4
Desvalorizadas	5

**105. Su municipio ¿le parece?**

	Si	No
Seguro	1	2
Cómodo	1	2
Bien comunicado	1	2
Bien dotado de infraestructuras	1	2

**106. Le parecen adecuados los servicios que le presta:**

	Adecuados	Inadecuados	Desconozco	No existen
Los Servicios Sociales	1	2	3	4
El resto de Administración Municipal	1	2	3	4
El Centro de Salud	1	2	3	4
El resto Servicio Canario de Salud	1	2	3	4
El Club de mayores	1	2	3	4
El Centro de Día	1	2	3	4
El Polideportivo	1	2	3	4
Otro (especificar)_____	1	2	3	4

**107. ¿Ha sufrido en alguna ocasión maltrato institucional (discriminación, infantilización, despersonalización) por parte de trabajadores /as de la administración pública?**

	Si	No
Servicios Sociales Municipales	1	2
Resto del Ayuntamiento	1	2
Centro de Salud	1	2
Resto Servicio Canario de Salud (especialidades)	1	2
El Cabildo	1	2
El Gobierno de Canarias	1	2
Otras (especificar)_____	1	2

**108. Para sus desplazamientos Ud...**

	Si	No
Suele ir andando	1	2
Conduce su vehículo	1	2
Conduce su pareja	1	2
Conduce otro miembro de la familia	1	2
Hace uso del taxi	1	2
Hace uso de la guagua	1	2
Hace uso de una ambulancia	1	2
Otra (especificar)_____	1	2

**109. ¿Qué le produce o produciría, hoy por hoy , más satisfacción? (elegir una)**

Nietos/as	1
Hijos/as	2
Cónyuge	3
Amigos/as	4
Ganar la lotería	5
Viajar a un lugar deseado	6
Ser útil	7
Otra (especificar)_____	8

**110. ¿ Y cuál es su principal preocupación?**

	(elegir una)
Salud	1
Dinero	2
Familia	3
Cónyuge	4
Soledad	5
Ser una carga	6
Rechazo	7
La muerte	8
Otra (especificar)_____	9

**111. La vivienda en la que reside es:**

Propiedad	1
Alquiler	2
De hija (permanencia fija)	3
De hijo (permanencia fija)	4
Hijos/as (rotatorio)	5
Otro familiar	6
Otra (especificar)_____	7

**112. ¿Quién cree Ud. que debe cuidar de las personas mayores “dependientes”?**

Hijas	1
Hijos e hijas, indistintamente	2
Ayuda a domicilio	3
Personal contratado en el domicilio	4
Residencia privada	5
Residencia pública	

**113. Y a Ud. ¿quien le gustaría que le cuidara?**

Hijas	1
Hijos e hijas, indistintamente	2
Ayuda a domicilio	3
Personal contratado en el domicilio	4
Residencia privada	5
Residencia pública	6

**114 ¿Tiene Ud. animales de compañía?**

Uno	1	
Varios	2	
Ninguno	3	Pasar a 116

**115. La compañía de su mascota/s le resulta...**

Imprescindible	1
Indiferente	2
Prescindible	3

**116. Hoy por hoy, ¿se siente razonablemente feliz?**

Feliz	1
Indiferente	2
Infeliz	3

**117. Diría Ud. que esta etapa de su vida es tan positiva como cualquier otra**

Más	1
Igual	2
Menos	3

**118. Y ¿por qué?**


---

**119. Casi para finalizar ¿se siente orgullosa/o de ser mayor?**

Si	1
Indiferente	2
No	3

(Sigue).



**DATOS PERSONALES**

<b>Edad entrevistado/a</b> _____	<b>Edad de la pareja</b> _____	<b>Estado civil</b>	
		Soltera/o	1
		Pareja de hecho	2
		Casada/o	3
<b>Sexo entrevistado/a</b>	<b>Sexo de la pareja</b>	Separada/o	4
Mujer 1	1	Divorciada/o	5
Hombre 2	2	Viuda/o	6

<b>¿Cual es/era su situación laboral? ¿Y la de su pareja?</b>	<b>Ud.</b>	<b>Pareja</b>
Empresaria/o con asalariadas/os	1	1
Empresaria/o sin asalariadas/os	2	2
Profesionales, ejecutivos/as y técnicos/as	3	3
Funcionarios/as	4	4
Trabajadora/a cualificada/o _____	5	5
Trabajador/a descualificado _____	6	6
Trabajadora/or del campo	7	7
Trabajadora/or del mar	8	8
Autónoma/o	9	9
Miembro de cooperativa	10	10
Ayuda familiar	11	11
Ama de casa	12	12
Otra (Especificar) _____	13	13

**Municipio (país) de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Ingresos propios**

Cero .....	1
Menos de 180 .....	2
De 180 a 360 .....	3
De 361 a 540 .....	4
De 541 a 600 .....	5
De 601 a 1.200 .....	6
Mas de 1.200 .....	7
NS/NC .....	8

**Ingresos familiares**

Cero .....	1
Menos 600 .....	2
De 600 a 900 .....	3
De 901 a 1.200 .....	4
De 1.200 a 1800 .....	5
Más 1.800 .....	6

**Nº miembros en el hogar:** \_\_\_\_\_

**Nº de generaciones:** \_\_\_\_\_

**Posición ideológica:**

EI	I	CI	C	CD	D	ED
1	2	3	4	5	6	7

**Nivel de estudios (más alto obtenido)**

Sin estudios.....	1
Leer y escribir .....	2
Primarios .....	3
Secundarios .....	4
Univ. Medios .....	5
Univ. Superiores .....	6
Postgrado .....	7

**Nivel de religiosidad**

Católico/a practicante .....	1
Católico/a no practicante .....	2
Creyente otras religiones .....	3
Agnóstico/a.....	4
Ateo/a .....	5

**El hogar dispone de:** Si No

Televisión .....	1	2
Frigorífico.....	1	2
Teléfono.....	1	2
Teléfono móvil .....	1	2
Video .....	1	2
Microondas.....	1	2
Vitrocerámica .....	1	2
Coche.....	1	2
Ordenador personal .....	1	2
Casa en propiedad .....	1	2
Segunda vivienda .....	1	2

(sigue)

**Entrevistador/a anotar:**

**a.- Aspecto de la persona:**

- Extremadamente arreglado ... 1
- Cuidado ..... 2
- Descuidado ..... 3
- Lamentable ..... 4

**b.- Señalar estado de la vivienda**

- Muy bueno ..... 1
- Bueno ..... 2
- Regular ..... 3
- Malo ..... 4
- Muy malo ..... 5

**c.- Señalar estado de limpieza de la vivienda**

- Limpio ..... 1
- Algo sucio ..... 2
- Sucio ..... 3

**d.- Accesibilidad a la vivienda**

- De pisos con ascensor ..... 1
- De pisos sin ascensor ..... 2
- Terrera ..... 3
- Otra (especificar) \_\_\_\_\_ 4

NOMBRE DE PILA DE LA ENTREVISTADA/O: \_\_\_\_\_

TELEFONO ENTREVISTADA/O \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

NOMBRE ENTREVISTADOR/A \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**ANEXO II**

**MAQUETA MUESTRAL**

1	Sexo	Edad	Isla	%	n° encue	Municipio *	%	n° encue	distritos	n° secc	Sección * seleccionada	n° encue
			Lanzarote	9,26	33	Arrecife	72,8	24	1	10	Arrecife (núcleo)	12
						Tías	17,3	5	2	14	Argana Baja - El Cable - La Concha- Maneje	12
						Tinajo	9,9	4	1	6	Conil	5
			Fuerteventura	6,6	24	Antigua	17,7	4	1	2	El Cuchillo	4
						Betancuria	5	1	1	4	Antigua (núcleo)	4
						Puerto del Rosario	77,3	19	1	3	Betancuria (núcleo)	1
									2	7	Puerto del Rosario (núcleo)	7
									1	6	La Asomada - Guisgüey	6
									3	1	La Ampuyenta - Casillas del Angel	6
			Gran Canaria	31,06	111	Arucas	6,1	7	1	9	Los Castillos- Los Altabacales - Fuente del Laurel	2
									2	2	Tres Barrios - Cruz de Pineda	2
									3	6	Tras montañas- Camino de la Cruz Bajo - El Carril	2
									4	3	Bañaderos - La Cuestilla - Escaleritas	1
						Palmas de G.C., Las	71	79	1	44	Vega de San José	9
									2	31	Triana	9
									3	32	Alcaravaneras	9
									4	21	Santa Catalina - Canteras	9
									5	18	La Isleta	9
									6	40	Las Rehoyas	9
									7	34	La Feria	9
									8	24	Tamaraceite (núcleo) - Las Majadillas- Las Perreras	8
									9	10	Lomo Blanco - Tafira Alta	8
						Santa Brígida	2,8	3	1	3	La Angostura - Las Cadenas	1
									2	2	Pino Santo Alto y Bajo - Lomo Espino	0
									3	3	La Atalaya - El Arco - Las Arenillas	1
									4	2	Santa Brígida (núcleo)	1
						Sta. Lucía	5,4	6	1	1	Santa Lucía (núcleo)	2
									2	4	Sardina - La Blanca	2
									3	15	El Doctoral - La Paredilla	2
						Telde	12,3	14	1	2	Callejón del Castillo - San Gregorio	3
									2	10	Ejido - San Gregorio	3
									3	19	Montaña de Las Palmas - Barranco de Juan Inglés	2
									4	3	Lomo Cementerio - Las Medianías - Lomo Sala	2
									5	8	Las Remudas	2
									6	12	Las Huesas - Lomo Los Frailes	2
						Valleseco	1	1	1	3	Barranco - Barranquillo - Carpinteras	1
						Vega San Mateo	1,6	1	1	6	Las Lagunetas - La Corte - El Estanco	1
			Tenerife	31,7	114	Adeje	3,6	4	1	8	Armeñime - Los Menores	4
						Arico	1,9	3	1	4	Villa de Arico (núcleo) - Los Gavilanes	3
						Arona	7,1	8	1	16	Ls Galletas - La Estrella - La Estrella del Sur	8
						Icod de los Vinos	7,9	9	1	6	Icod de los Vinos (núcleo)	2
									2	3	El Amparo	2
									3	4	Cueva del Viento - La Candelaria - Pedregal	2
									4	4	Buen Paso	2
									5	2	San Felipe	1
						San Miguel	2	2	1	3	El Frontón	2
						Santa Cruz de Tfe.	71,3	81	1	11	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	7
									2	9	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	7
									3	18	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	7
									4	15	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	7
									5	15	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	7
									6	28	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	7
									7	8	Cueva Bermejo - María Jimenez	7
									8	1	Almaciga - Alfur - Casa de la Cumbe - La cumbrilla	7
									9	21	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	7
									10	17	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	6
									11	10	Brranco Grande - Añaza	6
									12	5	El Cantillo - Santa Úrsula - La Quinta	6
						Tacoronte	6,2	7	1	14	Guayonge - Mesa del Mar - Puerto de la Madera	7
			La Palma	12,45	45	Breña Baja	9,2	4	1	2	Los Cancajos - El Fuerte - San antonio -El Socorro	4
						Llanos de Aridane, Los	47,3	22	1	6	Los Barros - Los Llanos de aridane (núcleo)	8
									2	2	Argual - Montaña Tenisca	7
									3	3	Bungalows de la Tajuya - Tajuya- Cruz Chica	7
						Santa Cruz de la Palma	43,5	19	1	3	Santa Cruz de La Palma (núcleo)	7
									2	4	Santa Cruz de La Palma (núcleo)	7
									3	5	Los Álamos - Candelaria - El Dorador	5
			La Gomera	6,06	22	Alajeró	20,7	5	1	1	Alajeró - Almáigros - Antón Cojo	5

Género y Tercera Edad en Canarias

1	Sexo	Edad	Isla	%	n° encue	Municipio *	%	n° encue	distritos	n° secc	Sección * seleccionada	n° encue
			El Hierro	2,87	10	San Sebastián de la Gomera	79,3	17	1	5	Ayamosna - El Cabrito - Jerduñe - Núcleo	17
			Lanzarote	9,26	16	Valverde	100	10	1	3	Isora - San Andrés	10
						Arrecife	75,1	12	1	10	Arrecife (núcleo)	6
						Tías	15,8	3	1	14	Argana Baja - El Cable - La Concha- Maneje	6
						Timajo	9,1	1	1	6	Conil	3
			Fuerteventura	6,6	13	Antigua	17,8	2	1	2	El Cuchillo	1
						Betancuria	7,8	1	2	2	Antigua (núcleo)	2
						Puerto del Rosario	74,4	10	1	2	Betancuria (núcleo)	1
									2	7	Puerto del Rosario (núcleo)	4
									2	1	La Asomada - Guisgüey	3
									3	1	La Ampuyenta - Casillas del Angel	3
			Gran Canaria	31,06	56	Aruacas	5,1	3	1	9	Los Castillos- Los Altabacales - Fuente del Laurel	1
									2	2	Tres Barrios - Cruz de Pineda	1
									3	6	Tras montañas- Camino de la Cruz Bajo - El Carril	1
									4	3	Bañaderos - La Cuestilla - Escaleritas	0
						Las Palmas de G.C.	74,4	42	1	44	Vega de San José	5
									2	31	Triana	5
									3	32	Alcaravaneras	5
									4	21	Santa Catalina - Canteras	5
									5	18	La Isleta	5
									6	40	Las Rehoyas	5
									7	34	La Feria	4
									8	24	Tamaraceite (núcleo) - Las Majadillas- Las Perreras	4
									9	10	Lomo Blanco - Tafira Alta	4
						Santa Brígida	2,7	1	1	3	La Angostura - Las Cadenas	1
									2	2	Pino Santo Alto y Bajo - Lomo Espino	0
									3	3	La Atalaya - El Arco - Las Arenillas	0
									4	2	Santa Brígida (núcleo)	0
						Sta. Lucía	4,5	2	1	1	Santa Lucía (núcleo)	1
									2	4	Sardina - La Blanca	1
									3	15	El Doctoral - La Paredilla	0
						Telde	11	6	1	2	Callejón del Castillo - San Gregorio	1
									2	10	Ejido - San Gregorio	1
									3	19	Montaña de Las Palmas - Barranco de Juan Inglés	1
									4	3	Lomo Cementerio - Las Medianías - Lomo Sala	1
									5	8	Las Remudas	1
									6	12	Las Huesas - Lomo Los Frailes	1
						Valleseco	0,8	1	1	3	Barranco - Barranquillo - Carpinteras	1
						Vega San Mateo	1,5	1	1	6	Las Lagunetas - La Corte - El Estanco	1
						Adeje	5	3	1	8	Armeñime - Los Menores	3
						Arico	3,3	2	1	4	Villa de Arico (núcleo) - Los Gavilanes	2
						Arona	9,3	5	1	16	Ls Galletas - La Estrella - La Estrella del Sur	5
						Icod de los Vinos	11,9	7	1	6	Icod de los Vinos (núcleo)	2
									2	3	El Amparo	2
									3	4	Cueva del Viento - La Candelaria - Pedregal	1
									4	4	Buen Paso	1
									5	2	San Felipe	1
						S. Miguel	2,6	2	1	3	El Frontón	2
						Sta. Cruz de Tfe.	59	34	1	11	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	3
									2	9	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	3
									3	18	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	3
									4	15	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	3
									5	15	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	3
									6	28	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	3
									7	8	Cueva Bermejo - María Jimenez	3
									8	1	Almaciga - Alfur - Casa de la Cumbe - La cumbrilla	3
									9	21	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	3
									10	17	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	3
									11	10	Brranco Grande - Añaza	2
									12	5	El Cantillo - Santa Úrsula - La Quinta	2
						Tacoronte	8,9	5	1	14	Guayonge - Mesa del Mar - Puerto de la Madera	5
						Breña Baja	7,3	2	1	2	Los Cancajos - El Fuerte - San antonio -El Socorro	2
						Los Llanos de Aridane	44	10	1	6	Los Barros - Los Llanos de aridane (núcleo)	4
									2	2	Argual - Montaña Tenisca	3
									3	3	Bungalows de la Tajuya - Tajuya- Cruz Chica	3
						Santa Cruz de la Palma	48,7	10	1	3	Santa Cruz de La Palma (núcleo)	4
									2	4	Santa Cruz de La Palma (núcleo)	3

Anexo II. Maqueta muestral

1	Sexo	Edad	Isla	%	n° encue	Municipio *	%	n° encue	distritos	n° secc	Sección * seleccionada	n° encue
			La Gomera	6,06	11	Alajeró	22,7	2	3	5	Los Álamos - Candelaria - El Dorador	3
						San Sebastián de la Gomera	77,3	9	1	1	Alajeró - Almácigos - Antón Cojo	2
			El Hierro	2,87	6	Valverde	100	6	1	3	Ayamosna - El Cabrito - Jerduñe - Núcleo	9
			Lanzarote	9,26	6	Arrecife	71	4	1	10	Arrecife (núcleo)	6
						Tías	15,6	1	1	14	Argana Baja - El Cable - La Concha- Maneje	2
						Tinajo	13,4	1	1	6	Conil	1
			Fuerteventura	6,6	5	Antigua	20,3	1	1	2	El Cuchillo	1
						Betancuria	11,9	1			Antigua (núcleo)	1
						Puerto del Rosario	67,8	3	1	7	Betancuria (núcleo)	1
									2	1	Puerto del Rosario (núcleo)	1
									3	1	La Asomada - Guisgüey	1
									1	1	La Ampuyenta - Casillas del Angel	1
			Gran Canaria	31,06	21	Arucas	6	1	1	9	Los Castillos- Los Altabacales - Fuente del Laurel	1
									2	2	Tres Barrios - Cruz de Pineda	0
									3	6	Tras montañas- Camino de la Cruz Bajo - El Carril	0
						Palmas de G.C., Las	72,3	15	4	3	Bañaderos - La Cuestilla - Escaleritas	0
									1	44	Vega de San José	2
									2	31	Triana	2
									3	32	Alcaravanas	2
									4	21	Santa Catalina - Canteras	2
									5	18	La Isleta	2
									6	40	Las Rehoyas	2
									7	34	La Feria	1
									8	24	Tamaraceite (núcleo) - Las Majadillas- Las Perreras	1
									9	10	Lomo Blanco - Tafira Alta	1
						Santa Brígida	3,2	1	1	3	La Angostura - Las Cadenas	1
									2	2	Pino Santo Alto y Bajo - Lomo Espino	0
									3	3	La Atalaya - El Arco - Las Arenillas	0
									4	2	Santa Brígida (núcleo)	0
						Sta. Lucía	3,2	1	1	1	Santa Lucía (núcleo)	1
									2	4	Sardina - La Blanca	0
									3	15	El Doctoral - La Paredilla	0
						Telde	12,6	3	1	2	Callejón del Castillo - San Gregorio	1
									2	10	Ejido - San Gregorio	1
									3	19	Montaña de Las Palmas - Barranco de Juan Inglés	1
									4	3	Lomo Cementerio - Las Medianías - Lomo Sala	0
									5	8	Las Remudas	0
									6	12	Las Huesas - Lomo Los Frailes	0
						Valleseco	1,1	0	1	3	Barranco - Barranquillo - Carpinteras	0
						Vega de San Mateo	1,6	0	1	6	Las Lagunetas - La Corte - El Estanco	0
			Tenerife	31,7	21	Adeje	3,5	1	1	8	Armeñime - Los Menores	1
						Arico	2,2	1	1	4	Villa de Arico (núcleo) - Los Gavilanes	1
						Arona	5,7	1	1	16	Ls Galletas - La Estrella - La Estrella del Sur	1
						Icod de los Vinos	6	1	1	6	Icod de los Vinos (núcleo)	1
									2	3	El Amparo	0
									3	4	Cueva del Viento - La Candelaria - Pedregal	0
									4	4	Buen Paso	0
									5	2	San Felipe	0
						S. Miguel	1,9	0	1	3	El Frontón	0
						Sta. Cruz de Tfe.	75,5	16	1	11	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	2
									2	9	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	2
									3	18	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	2
									4	15	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	2
									5	15	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	1
									6	28	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	1
									7	8	Cueva Bermejo - María Jimenez	1
									8	1	Almaciga - Alfur - Casa de la Cumbe - La cumbrilla	1
									9	21	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	1
									10	17	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	1
									11	10	Brranco Grande - Añaza	1
									12	5	El Cantillo - Santa Úrsula - La Quinta	1
						Tacoronte	5,2	1	1	14	Guayonge - Mesa del Mar - Puerto de la Madera	1
			La Palma	12,45	8	Breña Baja	10	1	1	2	Los Cancajos - El Fuerte - San antonio -El Socorro	1
						Los Llanos de Aridane	37,4	3	1	6	Los Barros - Los Llanos de aridane (núcleo)	1
									2	2	Argual - Montaña Tenisca	1
									3	3	Bungalows de la Tajuya - Tajuya- Cruz Chica	1

Género y Tercera Edad en Canarias

1	Sexo	Edad	Isla	%	n° encue	Municipio *	%	n° encue	distritos	n° secc	Sección * seleccionada	n° encue						
n=1.066		65-74 66% n=302	La Gomera	6,06	4	Santa Cruz de la Palma	52,6	4	1	3	Santa Cruz de La Palma (núcleo)	2						
									2	4	Santa Cruz de La Palma (núcleo)	1						
									3	5	Los Álamos - Candelaria - El Dorador	1						
									1	1	Alajeró - Almácigos - Antón Cojo	1						
									3	1	5 Ayamosna - El Cabrito - Jerduñe - Núcleo	3						
									2	1	3 Isora - San Andrés	2						
									28	1	10 Arrecife (núcleo)	10						
										2	14 Argana Baja - El Cable - La Concha- Maneje	9						
										6	6 Conil	6						
										3	1 2 El Cuchillo	3						
			Fuerteventura	6,6	20				2	2	2	2	Antigua (núcleo)	4				
									6,3	1			1	Betancuria (núcleo)	1			
									74,9	15	1	7	1	7	Puerto del Rosario (núcleo)	5		
											2	1	2	1	La Asomada - Guisgüey	5		
											3	1	3	1	La Ampuyenta - Casillas del Angel	5		
											1	9	2	2	Los Castillos- Los Altabacales - Fuente del Laurel	2		
											2	2	3	6	Tres Barrios - Cruz de Pineda	2		
											4	3	4	3	Tras montañas- Camino de la Cruz Bajo - El Carril	1		
													8	24	Bañaderos - La Cuestilla - Escaleritas	1		
						Gran Canaria	31,06	94				68,6	64	1	44	Vega de San José	8	
											2	31	Triana	7				
											3	32	Alcaravanas	7				
											4	21	Santa Catalina - Canteras	7				
											5	18	La Isleta	7				
											6	40	Las Rehoyas	7				
											7	34	La Feria	7				
											8	24	Tamaraceite (núcleo) - Las Majadillas- Las Perreras	7				
											9	10	Lomo Blanco - Tafira Alta	7				
											3,1	3	1	3	La Angostura - Las Cadenas	1		
													2	2	Pino Santo Alto y Bajo - Lomo Espino	1		
													3	3	La Atalaya - El Arco - Las Arenillas	1		
													4	2	Santa Brígida (núcleo)	0		
											5,6	5	1	1	Santa Lucía (núcleo)	2		
													2	4	Sardina - La Blanca	2		
													3	15	El Doctoral - La Paredilla	1		
													1	2	Callejón del Castillo - San Gregorio	3		
													2	10	Ejido - San Gregorio	2		
													3	19	Montaña de Las Palmas - Barranco de Juan Inglés	2		
													4	3	Lomo Cementerio - Las Medianías - Lomo Sala	2		
													5	8	Las Remudas	2		
													6	12	Las Huesas - Lomo Los Frailes	2		
													1	3	Barranco - Barranquillo - Carpinteras	1		
													2	6	Las Lagunetas - La Corte - El Estanco	2		
													4	8	Armeñime - Los Menores	4		
													3	4	Villa de Arico (núcleo) - Los Gavilanes	3		
													8	16	Ls Galletas - La Estrella - La Estrella del Sur	8		
													7	6	Icod de los Vinos (núcleo)	2		
													2	3	El Amparo	2		
													3	4	Cueva del Viento - La Candelaria - Pedregal	1		
													4	4	Buen Paso	1		
													5	2	San Felipe	1		
													4	1	3	El Frontón	4	
													4	1	11	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	6	
													66,9	64	2	9	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	6
															3	18	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	6
															4	15	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	6
															5	15	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	5
															6	28	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	5
															7	8	Cueva Bermejo - María Jimenez	5
												8	1	Almaciga - Alfur - Casa de la Cumbe - La cumbrilla	5			
												9	21	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	5			
												10	17	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	5			
												10	10	Brranco Grande - Añaza	5			
												12	5	El Cantillo - Santa Úrsula - La Quinta	5			
												1	14	Guayonge - Mesa del Mar - Puerto de la Madera	6			
												3	2	Los Cancajos - El Fuerte - San antonio -El Socorro	3			
												6	6	Los Barros - Los Llanos de aridane (núcleo)	6			
						La Palma	12,45	37	Tacoronte	6,8	6	1	14	Guayonge - Mesa del Mar - Puerto de la Madera	6			
													9	3	1	2	Los Cancajos - El Fuerte - San antonio -El Socorro	3
													48,3	18	1	6	Los Barros - Los Llanos de aridane (núcleo)	6

Anexo II. Maqueta muestral

1	Sexo	Edad	Isla	%	n° encue	Municipio *	%	n° encue	distritos	n° secc	Sección * seleccionada	n° encue
									2	2	Argual - Montaña Tenisca	6
									3	3	Bungalows de la Tajuya - Tajuya- Cruz Chica	6
						Santa Cruz de la Palma	42,7	16	1	3	Santa Cruz de La Palma (núcleo)	6
									2	4	Santa Cruz de La Palma (núcleo)	5
									3	5	Los Álamos - Candelaria - El Dorador	5
			La Gomera	6,06	18	Alajeró	24,7	5	1	1	Alajeró - Almácigos - Antón Cojo	5
						San Sebastián de la Gomera	75,3	13	1	5	Ayamosna - El Cabrito - Jerduñe - Núcleo	13
			El Hierro	2,87	9	Valverde	100	9	1	3	Isora - San Andrés	9
			Lanzarote	9,26	11	Arrecife	85,6	9	1	10	Arrecife (núcleo)	5
									2	14	Argana Baja - El Cable - La Concha- Maneje	4
						Tías	9,6	1	1	6	Conil	1
						Tinajo	4,8	1	1	2	El Cuchillo	1
			Fuerteventura	6,6	8	Antigua	15,9	1	1	2	Antigua (núcleo)	1
						Betancuria	6,4	1			Betancuria (núcleo)	1
						Puerto del Rosario	77,7	6	1	7	Puerto del Rosario (núcleo)	2
									2	1	La Asomada - Guisgüey	2
									3	1	La Ampuyenta - Casillas del Angel	2
			Gran Canaria	31,06	38	Arucas	6,3	2	1	9	Los Castillos- Los Altabacales - Fuente del Laurel	1
									2	2	Tres Barrios - Cruz de Pineda	1
									3	6	Tras montañas- Camino de la Cruz Bajo - El Carril	0
									4	3	Bañaderos - La Cuestilla - Escaleritas	0
						Las Palmas de G.C.	69,4	27	1	44	Vega de San José	3
									2	31	Triana	3
									3	32	Alcaravaneras	3
									4	21	Santa Catalina - Canteras	3
									5	18	La Isleta	3
									6	40	Las Rehoyas	3
									7	34	La Feria	3
									8	24	Tamaraceite (núcleo) - Las Majadillas- Las Perreras	3
									9	10	Lomo Blanco - Tafira Alta	3
						Santa Brígida	3,1	1	1	3	La Angostura - Las Cadenas	0
									2	2	Pino Santo Alto y Bajo - Lomo Espino	0
									3	3	La Atalaya - El Arco - Las Arenillas	0
									4	2	Santa Brígida (núcleo)	1
						Sta. Lucía	5,2	2	1	1	Santa Lucía (núcleo)	1
									2	4	Sardina - La Blanca	0
									3	15	El Doctoral - La Paredilla	1
						Telde	12,8	5	1	2	Callejón del Castillo - San Gregorio	1
									2	10	Ejido - San Gregorio	1
									3	19	Montaña de Las Palmas - Barranco de Juan Inglés	1
									4	3	Lomo Cementerio - Las Medianías - Lomo Sala	1
									5	8	Las Remudas	1
									6	12	Las Huesas - Lomo Los Frailes	0
						Valleseco	1,1	1	1	3	Barranco - Barranquillo - Carpinteras	1
						Vega San Mateo	1,5	1	1	6	Las Lagunetas - La Corte - El Estanco	1
			Tenerife	31,7	40	Adeje	4,1	1	1	8	Armeñime - Los Menores	1
						Arico	2,8	1	1	4	Villa de Arico (núcleo) - Los Gavilanes	1
						Arona	7,6	3	1	16	Ls Galletas - La Estrella - La Estrella del Sur	3
						Icod de los Vinos	7,3	3	1	6	Icod de los Vinos (núcleo)	1
									2	3	El Amparo	1
									3	4	Cueva del Viento - La Candelaria - Pedregal	1
									4	4	Buen Paso	0
									5	2	San Felipe	0
						S. Miguel	2	1	1	3	El Frontón	1
						Sta. Cruz de Tfe.	69,7	28	1	11	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	4
									2	9	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	3
									3	18	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	3
									4	15	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	2
									5	15	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	2
									6	28	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	2
									7	8	Cueva Bermejo - María Jimenez	2
									8	1	Almaciga - Alfur - Casa de la Cumbe - La cumbrilla	2
									9	21	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	2
									10	17	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	2
									11	10	Brranco Grande - Añaza	2
									12	5	El Cantillo - Santa Úrsula - La Quinta	2
						Tacoronte	6,5	3	1	14	Guayonge - Mesa del Mar - Puerto de la Madera	3



Género y Tercera Edad en Canarias

1	Sexo	Edad	Isla	%	n° encue	Municipio *	%	n° encue	distritos	n° secc	Sección * seleccionada	n° encue
			La Palma	12,45	15	Breña Baja	7	1	1	2	Los Cancajos - El Fuerte - San antonio -El Socorro	1
						Los Llanos de Aridane	50	8	1	6	Los Barros - Los Llanos de aridane (núcleo)	3
									2	2	Argual - Montaña Tenisca	2
									3	3	Bungalows de la Tajuya - Tajuya- Cruz Chica	3
						Santa Cruz de la Palma	43	6	1	3	Santa Cruz de La Palma (núcleo)	2
									2	4	Santa Cruz de La Palma (núcleo)	2
									3	5	Los Álamos - Candelaria - El Dorador	2
			La Gomera	6,06	7	Alajeró	24,2	2	1	1	Alajeró - Almácigos - Antón Cojo	2
						San Sebastián de la Gomera	75,8	5	1	5	Ayamosna - El Cabrito - Jerduñe - Núcleo	5
			El Hierro	2,87	4	Valverde	100	4	1	3	Isora - San Andrés	4
			Lanzarote	9,26	3	Arrecife	65,94	2	1	10	Arrecife (núcleo)	1
									2	14	Argana Baja - El Cable - La Concha- Maneje	1
						Tías	27,53	1	1	6	Conil	1
						Tinajo	6,52	0	1	2	El Cuchillo	0
			Fuerteventura	6,6	2	Antigua	17,6	1	1	2	Antigua (núcleo)	1
						Betancuria	14	0			Betancuria (núcleo)	0
						Puerto del Rosario	68,4	1	1	7	Puerto del Rosario (núcleo)	1
									2	1	La Asomada - Guisgüey	0
									3	1	La Ampuyenta - Casillas del Angel	0
			Gran Canaria	31,06	10	Arucas	5,4	1	1	9	Los Castillos- Los Altabacales - Fuente del Laurel	1
									2	2	Tres Barrios - Cruz de Pineda	0
									3	6	Tras montañas- Camino de la Cruz Bajo - El Carril	0
									4	3	Bañaderos - La Cuestilla - Escaleritas	0
						Palmas de G.C., Las	68,6	7	1	44	Vega de San José	1
									2	31	Triana	1
									3	32	Alcaravaneras	1
									4	21	Santa Catalina - Canteras	1
									5	18	La Isleta	1
									6	40	Las Rehoyas	1
									7	34	La Feria	1
									8	24	Tamaraceite (núcleo) - Las Majadillas- Las Perreras	0
									9	10	Lomo Blanco - Tafira Alta	0
						Santa Brígida	4,2	0	1	3	La Angostura - Las Cadenas	0
									2	2	Pino Santo Alto y Bajo - Lomo Espino	0
									3	3	La Atalaya - El Arco - Las Arenillas	0
									4	2	Santa Brígida (núcleo)	0
						Sta. Lucía	5,8	1	1	1	Santa Lucía (núcleo)	1
									2	4	Sardina - La Blanca	0
									3	15	El Doctoral - La Paredilla	0
						Telde	12,4	1	1	2	Callejón del Castillo - San Gregorio	0
									2	10	Ejido - San Gregorio	0
									3	19	Montaña de Las Palmas - Barranco de Juan Inglés	0
									1	4	Lomo Cementerio - Las Medianías - Lomo Sala	1
									5	8	Las Remudas	0
									6	12	Las Huesas - Lomo Los Frailes	0
						Valleseco	1,4	0	1	3	Barranco - Barranquillo - Carpinteras	0
						Vega San Mateo	2,2	0	1	6	Las Lagunetas - La Corte - El Estanco	0
			Tenerife	31,7	10	Adeje	4,2	0	1	8	Armeñime - Los Menores	0
						Arico	2,7	0	1	4	Villa de Arico (núcleo) - Los Gavilanes	0
						Arona	7,4	1	1	16	Ls Galletas - La Estrella - La Estrella del Sur	1
						Icod de los Vinos	6,7	1	1	6	Icod de los Vinos (núcleo)	1
									2	3	El Amparo	0
									3	4	Cueva del Viento - La Candelaria - Pedregal	0
									4	4	Buen Paso	0
									5	2	San Felipe	0
						S. Miguel	3	0	1	3	El Frontón	0
						Sta. Cruz de Tfe.	71,6	7	1	11	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	1
									2	9	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	1
									3	18	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	1
									4	15	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	1
									5	15	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	1
									6	28	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	1
									7	8	Cueva Bermejo - María Jimenez	1
									8	1	Almaciga - Alfur - Casa de la Cumbe - La cumbrilla	0
									9	21	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	0
									10	17	Santa Cruz de Tenerife (núcleo)	0
									11	10	Brranco Grande - Añaza	0

Anexo II. Maqueta muestral

1	Sexo	Edad	Isla	%	n° encue	Municipio *	%	n° encue	distritos	n° secc	Sección * seleccionada	n° encue		
			La Palma	12,45	4	Tacoronte	4,4	1	12	5	El Cantillo - Santa Úrsula - La Quinta	0		
								Breña Baja	12,4	0	14	14	Guayonge - Mesa del Mar - Puerto de la Madera	1
								Los Llanos de Aridane	42,9	2	1	2	Los Cancajos - El Fuerte - San antonio -El Socorro	0
											6	6	Los Barros - Los Llanos de aridane (núcleo)	1
			La Gomera	6,06	2				2	2	Argual - Montaña Tenisca	1		
								Santa Cruz de la Palma	44,7	2	3	3	Bungalows de la Tajuya - Tajuya- Cruz Chica	0
											2	4	Santa Cruz de La Palma (núcleo)	1
											3	5	Santa Cruz de La Palma (núcleo)	1
								Alajeró	27,6	1	1	1	Los Álamos - Candelaria - El Dorador	0
			El Hierro	2,87	1	San Sebastián de la Gomera	72,4	1	1	5	Alajeró - Almacigos - Antón Cojo	1		
								Valverde	100	1	1	3	Ayamosna - El Cabrito - Jerduñe - Núcleo	1
					1065						Isora - San Andrés	1		
												1066		

**ANEXO III**

**RESULTADOS DE LA  
ENCUESTA  
“GÉNERO Y TERCERA  
EDAD EN CANARIAS”**

Anexo III. Resultados de la Encuesta “Género y Tercera Edad en Canarias”

P1. ¿Tuvo o conserva ud. un trabajo remunerado?				
		Mujer	Hombre	Total
	Tuvo	186	433	619
	Conserva	6	13	19
	No tuvo	316	5	321
	Abandono	86	1	87
Total		594	452	1046

P2. ¿Durante su vida ha desempeñado alguna actividad que aportara dinero al hogar?				
		Mujer	Hombre	Total
	No	204	2	206
	Sí	197	4	201
Total		401	6	407

P3. ¿Y algo que supusiera un ahorro para el hogar?				
		Mujer	Hombre	Total
	No	293	3	296
	Huerta	108	3	111
Total		401	6	407

P4. De haber tenido un trabajo remunerado ¿cuál le hubiera gustado desempeñar?				
		Mujer	Hombre	Total
	No sabe	159	3	162
	Dependiente	12	0	12
	Costurera	67	0	67
	Cocinera	5	0	5
	Maestra	36	0	36
	Enfermera	18	0	18
	Doméstica	10	0	10
	Cuidar niños/as	8	0	8
	Secretaria	13	0	13
	Política	2	0	2
	Albañil	1	0	1
	Panadera	2	0	2
	Decoradora	2	0	2
	Cantante	8	0	8
	Periodista	1	0	1
	Comerciante	3	0	3
	Médico	7	1	8
	Militar	2	0	2
	Agricultura	16	0	16
	Mecánica	0	2	2
	Limpiadora c/a	5	0	5
	Empresa	2	0	2
	Arte	4	0	4
	Policía	2	0	2
	Peluquera	1	0	1
	Veterinaria	1	0	1
	Misionera	1	0	1
	Abogada	3	0	3
	Cuido mayores	1	0	1
	Taxista	1	0	1
	Farmacia	1	0	1
	Fábrica	4	0	4
	Funcionaria	1	0	1
	R. Públicas	1	0	1
	Comadrona	1	0	1
Total		401	6	407

P5. ¿A qué edad se jubiló?				
		Mujer	Hombre	Total
	Menos de 65	152	167	319
	De 65 a 69	107	253	360
	De 70 a 74	5	13	18
	De 75 a 79	0	2	2
Total		264	433	697

P6. Su retiro del trabajo, fundamentalmente le ha supuesto...				
		Mujer	Hombre	Total
	Alegría	47	97	144
	Descanso	74	176	250
	Tiempo	25	46	71
	Demasiado tiempo	11	39	50
	Otra	30	75	105
Total		187	433	620

P7. ¿Su retiro fue...?				
		Mujer	Hombre	Total
	Voluntario	76	155	231
	Aceptado	51	104	155
	Forzado	60	174	234
Total		187	433	620

P8. ¿El retiro de su trabajo le ha supuesto una merma en la valoración de sí mismo?				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	36	95	131
	No	143	311	454
	NS/NC	8	27	35
Total		187	433	620

P9. ¿Continúa ud. realizando algún tipo de actividad o trabajo de manera continuada?				
		Mujer	Hombre	Total
	No	164	344	508
	Si	23	89	112
Total		187	433	620

P10. Actualmente ¿le gustaría volver a trabajar en algo que le proporcione un dinero extra?				
		Mujer	Hombre	Total
	No	152	346	498
	Sí, profesión	12	39	51
	Sí, no esfuerzo físico	16	34	50
	Sí, cualquier cosa	6	10	16
	Otra	1	4	5
Total		187	433	620

P11. ¿Prestaría algún servicio a la comunidad como voluntario/a?				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	142	93	235
	No	452	359	811
Total		594	452	1046

P12. Realiza o ha realizado trabajo doméstico				
		Mujer	Hombre	Total
	Sí, exclusivamente	328	21	349
	Sí, simultaneado	166	44	210
	Sí, equitativo	17	37	54
	Sólo las mujeres	34	2	36
	Colabora	25	172	197
	No	24	176	200
Total		594	452	1046

P13. Actualmente ¿cuántas horas al día (de promedio) dedica a las tareas del hogar?				
		Mujer	Hombre	Total
	Ninguna	45	8	53
	Entre 1 y 3 horas	150	227	377
	Entre 4 y 6 horas	197	32	229
	Entre 7 y 9 horas	93	5	98
	10 horas o más	86	5	91
Total		571	277	848

Género y Tercera Edad en Canarias

P14. ¿Tiene la sensación de que en la casa siempre queda algo por hacer?				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	483	157	640
	No	88	120	208
Total		571	277	848

P15. ¿Considera que las tareas que desarrolla son fundamentales para el bienestar de su hogar?				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	497	206	703
	No	74	71	145
Total		571	277	848

P16a. ¿Ha contado ud. con la colaboración de su cónyuge/pareja en las tareas domésticas, en el pasado?				
	Cónyuge en el pasado	Mujer	Hombre	Total
	Cónyuge siempre	132	232	364
	Cónyuge ocasionalmente	119	16	135
	Cónyuge nunca	283	8	291
	No tiene	37	20	57
Total		571	276	847

P16b. ¿Y en el presente?				
	Del cónyuge en el presente	Mujer	Hombre	Total
	Cónyuge siempre	65	173	238
	Cónyuge ocasionalmente	62	17	79
	Cónyuge nunca	152	13	165
	No tiene	287	70	357
Total		566	273	839

P17. Cambiando de tema ¿cómo diría que ha sido su estado de salud en los últimos 12 meses?				
		Mujer	Hombre	Total
	Muy bueno	39	28	67
	Bueno	154	169	323
	Regular	223	170	393
	Malo	142	68	210
	Muy malo	36	17	53
Total		594	452	1046

P18. En los últimos 12 meses ¿ha tenido alguna dolencia, enfermedad o problema de salud que haya imitado su actividad habitual más de 10 días seguidos?				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	245	166	411
	No	349	286	635
Total		594	452	1046

P19a. ¿Qué tipo de dolencia, enfermedad o problema de salud? (primera)				
		Mujer	Hombre	Total
	Dolencia	34	17	51
	Fractura	19	4	23
	Enfermedad	97	61	158
	Enfermedad grave	49	56	105
	Gripe	7	4	11
	Accidente	4	1	5
	Operación	21	17	38
	Invalidez perman.	1	1	2
	Amputación	0	1	1
	Parkinson	2	0	2
	De tipo nervioso	8	2	10
	Caída	1	0	1
	Cicatrización	1	0	1
	Afectación sentido	1	2	3
	Agresión	1	0	1
Total		246	166	412

P19b. ¿Qué tipo de dolencia, enfermedad o problema de salud? (segunda)				
		Mujer	Hombre	Total
	Dolencia	12	5	17
	Fractura	3	2	5
	Enfermedad	40	23	63
	Enfermedad grave	23	12	35
	Gripe	5	1	6
	Accidente	1	0	1
	Operación	7	1	8
	Amputación	2	0	2
	De tipo nervioso	1	1	2
	Caída	2	0	2
	Afectación sentido	1	0	1
Total		97	45	142

P20a. Hipertensión arterial				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	264	162	426
	No	330	290	620
Total		594	452	1046

P20b. Colesterol elevado				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	200	111	311
	No	394	341	735
Total		594	452	1046

P20c. Diabetes				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	164	131	295
	No	430	321	751
Total		594	452	1046

P20d. Asma, bronquitis crónica, enfisema				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	55	49	104
	No	539	403	942
Total		594	452	1046

P20e. Enfermedad del corazón				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	104	97	201
	No	490	355	845
Total		594	452	1046

P20f. Úlcera de estómago				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	31	32	63
	No	563	420	983
Total		594	452	1046

P20g. Alergia				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	72	25	97
	No	522	427	949
Total		594	452	1046

P20h. Depresión				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	140	44	184
	No	454	408	862
Total		594	452	1046

P20i. Otra enfermedad mental				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	10	7	17
	No	584	445	1029
Total		594	452	1046

Anexo III. Resultados de la Encuesta “Género y Tercera Edad en Canarias”

P20j. Jaquecas, migrañas, dolor de cabeza				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	137	42	179
	No	457	410	867
Total		594	452	1046

P20k. Problemas de circulación				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	272	102	374
	No	322	350	672
Total		594	452	1046

P20l. Hernias				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	100	43	143
	No	494	409	903
Total		594	452	1046

P20m. Artrosis, problemas reumáticos				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	337	144	481
	No	257	308	565
Total		594	452	1046

P20n. Osteoporosis				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	114	20	134
	No	480	432	912
Total		594	452	1046

P20ñ. Problemas del periodo menopáusico				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	23	0	26
	No	571	452	1020
Total		594	452	1046

P20o. Problemas de próstata				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	0	78	78
	No	594	374	968
Total		594	452	1046

P20p. Cáncer				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	13	5	18
	No	581	447	1028
Total		594	452	1046

P20q. Otra enfermedad				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	63	58	121
	No	531	394	925
Total		594	452	1046

P21. ¿Sigue tratamiento médico?				
		Mujer	Hombre	Total
	Permanentemente	443	291	734
	Puntualmente	78	71	149
	No	73	90	163
Total		594	452	1046

P22. ¿Necesita ud. ayuda para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD-B), de manera permanente?				
		Mujer	Hombre	Total
	Asearse			
	Incapaz	5	1	6
	Con ayuda	44	15	59
	Sin ayuda	545	436	981
Total		594	452	1046

P22. ¿Necesita ud. ayuda para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD-B), de manera permanente?				
		Mujer	Hombre	Total
	Tomar un baño o ducha			
	Incapaz	6	1	7
	Con ayuda	54	15	69
	Sin ayuda	534	436	970
Total		594	452	1046

P22. ¿Necesita ud. ayuda para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD-B), de manera permanente?				
		Mujer	Hombre	Total
	Pasear			
	Incapaz	20	3	23
	Con ayuda	49	13	62
	Sin ayuda	525	436	961
Total		594	452	1046

P22. ¿Necesita ud. ayuda para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD-B), de manera permanente?				
		Mujer	Hombre	Total
	Vestirse y desvestirse			
	Incapaz	5	1	6
	Con ayuda	35	10	45
	Sin ayuda	554	441	995
Total		594	452	1046

P22. ¿Necesita ud. ayuda para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD-B), de manera permanente?				
		Mujer	Hombre	Total
	Acostarse y levantarse			
	Incapaz	3	1	4
	Con ayuda	33	8	41
	Sin ayuda	558	443	1001
Total		594	452	1046

P22. ¿Necesita ud. ayuda para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD-B), de manera permanente?				
		Mujer	Hombre	Total
	Comer			
	Incapaz	2	1	3
	Con ayuda	11	1	12
	Sin ayuda	581	450	1031
Total		594	452	1046

P23. De manera permanente ¿necesita ayuda para realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD-I)?				
		Mujer	Hombre	Total
	Hacerse la comida			
	Incapaz	24	12	36
	Con ayuda	60	31	91
	Sin ayuda	510	409	919
Total		594	452	1046

P23. De manera permanente ¿necesita ayuda para realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD-I)?				
		Mujer	Hombre	Total
	Limpieza doméstica			
	Incapaz	33	12	45
	Con ayuda	122	37	159
	Sin ayuda	439	403	842
Total		594	452	1046

P23. De manera permanente ¿necesita ayuda para realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD-I)?				
		Mujer	Hombre	Total
	Uso del teléfono			
	Incapaz	14	2	16
	Con ayuda	31	14	45
	Sin ayuda	547	430	977
	No tiene	2	6	8
Total		594	452	1046

P23. De manera permanente ¿necesita ayuda para realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD-I)?				
		Mujer	Hombre	Total
	Uso del transporte público			
	Incapaz	42	7	49
	Con ayuda	49	22	71
	Sin ayuda	503	423	926
Total		594	452	1046

P23. De manera permanente ¿necesita ayuda para realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD-I)?				
		Mujer	Hombre	Total
	Ir a la compra			
	Incapaz	46	10	56
	Con ayuda	86	30	116
	Sin ayuda	462	412	874
Total		594	452	1046

Género y Tercera Edad en Canarias

P23. De manera permanente ¿necesita ayuda para realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD-I)?				
	Manejo de su dinero	Mujer	Hombre	Total
	Incapaz	14	4	18
	Con ayuda	40	16	56
	Sin ayuda	540	432	972
Total		594	452	1046

P23. De manera permanente ¿necesita ayuda para realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD-I)?				
	Toma de medicación	Mujer	Hombre	Total
	Incapaz	5	2	7
	Con ayuda	32	24	56
	Sin ayuda	557	426	983
Total		594	452	1046

P24. En caso afirmativo, ¿quién le presta tal ayuda de manera frecuente?				
		Mujer	Hombre	Total
	Cónyuge	18	31	49
	Hijas	61	13	74
	Hijos	9	2	11
	Nietas	4	0	4
	Nietos	2	0	2
	Hermanas/os	4	2	6
	Otro familiar	17	2	19
	Cuidador/a nacional	4	1	5
	Cuidador/a extranjero	5	2	7
	Personal cualificado	17	1	18
	Ayuda a domicilio	31	5	36
	Otros	10	1	11
Total		182	60	242

P25. El trato que recibe por parte de la/a persona/s que se ocupa de ud. es...				
		Mujer	Hombre	Total
	Muy bueno	89	31	120
	Bueno	80	23	103
	Normal	10	6	16
	No lo hace nadie	3	0	3
Total		182	60	242

P26. Y ud. ¿presta ayuda a alguna persona dependiente?				
		Mujer	Hombre	Total
	Cónyuge	30	17	47
	Hijas/os	16	8	24
	Hermanas/os	9	1	10
	Un progenitor	7	3	10
	Dos progenitores	1	0	1
	Otro familiar	5	5	10
	Otra persona	5	3	8
	No	521	415	936
Total		594	452	1046

P27. ¿De qué tipo?				
	AVD-A	Mujer	Hombre	Total
	Si	49	22	71
	No	24	15	39
Total		73	37	110

AVD-I				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	54	25	79
	No	19	12	31
Total		73	37	110

P28. Principalmente, ¿cómo le afecta esa prestación de cuidados?				
	Nada	Mujer	Hombre	Total
	Si	24	9	33
	No	49	28	77
Total		73	37	110

P28. Principalmente, ¿cómo le afecta esa prestación de cuidados?				
	Cansancio físico	Mujer	Hombre	Total
	Si	34	11	45
	No	39	26	65
Total		73	37	110

Decaimiento anímico				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	25	7	32
	No	48	30	78
Total		73	37	110

Deterioro de la vida familiar				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	9	3	12
	No	64	34	98
Total		73	37	110

Problemas realizar actividades				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	14	6	20
	No	59	31	90
Total		73	37	110

Cuidado resta tiempo de ocio				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	12	4	16
	No	61	33	94
Total		73	37	110

Otro efecto				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	6	5	11
	No	67	32	99
Total		73	37	110

P29. ¿Recibe algún tipo de ayuda por esa tarea?				
	Apoyo otros familiares	Mujer	Hombre	Total
	Si	23	17	40
	No	50	20	70
Total		73	37	110

Ayuda económica				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	5	5	10
	No	68	32	100
Total		73	37	110

Programa formativo				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	1	0	1
	No	72	37	109
Total		73	37	110

Programa respiro familiar				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	0	1	1
	No	73	36	109
Total		73	37	110

Centro de día				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	3	1	4
	No	70	36	106
Total		73	37	110

Otro apoyo				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	8	6	14
	No	65	31	96
Total		73	37	110

P30. ¿Qué tipo de ayuda (de las citadas) considera precisaría de manera inmediata?				
	Apoyo otros familiares	Mujer	Hombre	Total
	Si	15	11	26
	No	58	26	84
Total		73	37	110

Ayuda económica				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	19	8	27
	No	54	29	83
Total		73	37	110

Programa formativo				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	1	0	1
	No	72	37	109
Total		73	37	110

Anexo III. Resultados de la Encuesta “Género y Tercera Edad en Canarias”

P30. ¿Qué tipo de ayuda (de las citadas) considera precisaría de manera inmediata?				
	Respiro familiar	Mujer	Hombre	Total
Total	Si	12	3	15
	No	61	34	95
		73	37	110
Centro de día				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Si	2	1	3
	No	71	36	107
		73	37	110
Otro apoyo				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Si	11	4	15
	No	62	33	95
		73	37	110

P40. ¿Tiene hijas/os?				
	Mujer	Hombre	Total	
Total	No	80	54	134
	Si	514	398	912
		594	452	1046

P40a. Número de hijas por sexo				
	Mujer	Hombre	Total	
Total	0	149	110	259
	1	164	132	296
	2	151	122	273
	3	65	59	124
	4	36	17	53
	5	21	9	30
	6	6	3	9
	7	1	0	1
	8	1	0	1
	594	452	1046	

P40b. Número de hijos por sexo				
	Mujer	Hombre	Total	
Total	0	155	112	267
	1	168	145	313
	2	143	107	250
	3	59	38	97
	4	40	33	73
	5	19	12	31
	6	5	2	7
	7	4	0	4
	8	1	2	3
9	0	1	1	
	594	452	1046	

P32. De ellos/as ¿cuántos/as permanecen en el hogar?				
	Hijas	Mujer	Hombre	Total
Total	0	477	350	827
	1	100	83	183
	2	16	15	31
	3	1	3	4
	4	0	1	1
	594	452	1046	
Hijos				
		Mujer	Hombre	Total
Total	0	464	344	808
	1	103	80	183
	2	16	23	39
	3	8	4	12
	4	2	1	3
	9	1	0	1
	594	452	1046	

P33. La independencia de sus hijos/as le crea o ha creado...				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Insatisfacción	80	31	111
	Indiferencia	62	52	114
	Satisfacción	339	280	619
	Permanecen en hogar	28	32	60
	No contesta	0	1	1
	509	396	905	

P34. ¿Con qué frecuencia le visitan los/as hijas/os que se han ido de casa?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Todas/os viven en casa	37	34	71
	Frecuentemente	360	273	633
	Esporádicamente	42	41	83
	Algunas/os si otras/os no	20	8	28
	Algunas/os, otras/os fuera	33	23	56
	No me visitan	11	9	20
	Otra situación	6	8	14
	509	396	905	

P35. Y ud. ¿visita a sus hijas/os?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Si	278	225	503
	Raramente	114	83	197
	No	117	88	205
		509	396	905

P36. Tras la marcha de alguno/todos sus hijos/os ¿desarrolla ud. más actividades recreativas o culturales que en el pasado?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Si	108	56	164
	No	401	340	741
	509	396	905	

P37. Cuidar de sus hijas/os cuando eran pequeños/as ¿limitó proyectos personales?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Desarrollo profesional	115	53	168
	Elección	245	183	428
	Sin opción	132	89	221
	Otra situación	17	71	88
		509	396	905

P38. ¿Cree que sus hijas/os le dan hoy el apoyo y afecto que ud. les dio cuando crecía?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Indudablemente	411	336	747
	En ocasiones puntuales	69	36	105
	De ninguna manera	26	17	43
	No hubo tal afecto	1	6	7
	Son de su pareja	1	0	1
	No contesta	1	1	2
	509	396	905	

P39. ¿Ha recibido mal trato por parte de sus hijos/as?				
	Físico	Mujer	Hombre	Total
Total	Si	1	0	1
	No	508	396	904
	509	396	905	
Psíquico				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Si	8	7	15
	No	501	389	890
	509	396	905	
Económico				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Si	2	2	4
	No	507	394	901
	509	396	905	



Género y Tercera Edad en Canarias

P39. ¿Ha recibido mal trato por parte de sus hijos/as?				
		Mujer	Hombre	Total
	Descuido o negligencia			
	Si	9	5	14
	No	500	391	891
Total		509	396	905

P40. ¿Tiene nietas/os?				
		Mujer	Hombre	Total
	No	116	102	218
	Si	478	350	828
Total		594	452	1046

P41. ¿Cuida de ellos/as?				
		Mujer	Hombre	Total
	Permanente	59	23	82
	Días laborables	39	29	68
	Ocasionalmente	111	91	202
	No	269	208	477
Total		478	351	829

P42. ¿Qué le supone esta tarea?				
		Mujer	Hombre	Total
	Disfrute	163	117	280
	Colaboración	32	18	50
	Trastorno	11	3	14
	Otra	7	7	14
Total		213	145	358

P43. ¿Es ud. más consentidor/a con sus nietos/as de lo que lo fue con sus hijos/os?				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	262	171	433
	Igual	169	131	300
	No	47	48	95
Total		478	350	828

P44. ¿Cuál cree ud. qué ha sido el acontecimiento más estresante de su vida?				
		Mujer	Hombre	Total
	Enfermedad/ accidente personal	60	87	147
	Divorcio	11	12	23
	Jubilación	2	19	21
	Abandono del hogar hijos/os	14	4	18
	Muerte pareja	178	69	247
	Muerte familiar cercano	251	173	424
	Muerte amistades cercanas	5	6	11
	Cambio situación financiera	8	12	20
	Otra	65	70	135
Total		594	452	1046

P45. Sus relaciones familiares ¿son satisfactorias?				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	504	372	876
	Familia cercana	34	38	72
	Familia extensa	34	20	54
	No	20	19	39
	No tiene familia	2	3	5
Total		594	452	1046

P46. ¿Actúa ud. como elemento de unión en su familia?				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	451	314	765
	Otros	120	118	238
	No, no hay buenas relaciones	21	17	38
	No tiene familia	2	3	5
Total		594	452	1046

P47. En caso de emergencia, ¿contaría con apoyo familiar?				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	581	434	1015
	No	10	17	27
	No sabe	3	1	4
Total		594	452	1046

P48. ¿Con qué frecuencia recibe visitas de...?				
	Hijas	Mujer	Hombre	Total
	Diariamente	222	164	386
	Semanalmente	142	112	254
	Mensualmente	30	18	48
	Anualmente	20	11	31
	Nunca	10	16	26
	No tiene	141	108	249
	Vive/n en casa	27	23	50
	No contesta	2	0	2
Total		594	452	1046

	Hijos	Mujer	Hombre	Total
	Diariamente	184	132	316
	Semanalmente	168	125	293
	Mensualmente	37	33	70
	Anualmente	23	14	37
	Nunca	11	13	24
	No tiene	157	113	270
	Vive/n en casa	12	22	34
	No contesta	2	0	2
Total		594	452	1046

	Nietas	Mujer	Hombre	Total
	Diariamente	156	131	287
	Semanalmente	183	136	319
	Mensualmente	63	28	91
	Anualmente	30	12	42
	Nunca	12	14	26
	No tiene	138	120	258
	Vive/n en casa	7	9	16
	No contesta	5	2	7
Total		594	452	1046

	Nietos	Mujer	Hombre	Total
	Diariamente	148	123	271
	Semanalmente	192	131	323
	Mensualmente	59	31	90
	Anualmente	29	13	42
	Nunca	10	13	23
	No tiene	142	130	272
	Vive/n en casa	9	8	17
	No contesta	5	3	8
Total		594	452	1046

	Hermanas	Mujer	Hombre	Total
	Diariamente	83	21	104
	Semanalmente	112	66	178
	Mensualmente	111	109	220
	Anualmente	63	81	144
	Nunca	80	75	155
	No tiene	133	93	226
	Vive/n en casa	4	2	6
	No contesta	8	5	13
Total		594	452	1046

	Hermanos	Mujer	Hombre	Total
	Diariamente	50	34	84
	Semanalmente	92	54	146
	Mensualmente	114	102	216
	Anualmente	71	73	144
	Nunca	100	72	172
	No tiene	156	111	267
	Vive/n en casa	0	1	1
	No contesta	11	5	16
Total		594	452	1046

Anexo III. Resultados de la Encuesta “Género y Tercera Edad en Canarias”

P48. ¿Con qué frecuencia recibe visitas de...?				
	Otros familiares	Mujer	Hombre	Total
Total	Diariamente	33	16	49
	Semanalmente	111	75	186
	Mensualmente	168	124	292
	Anualmente	113	111	224
	Nunca	115	95	210
	No tiene	45	22	67
	Vive/n en casa	9	9	18
	No contesta	594	452	1046
Amigas/os del trabajo				
	Mujer	Hombre	Total	
Total	Diariamente	14	34	48
	Semanalmente	29	51	80
	Mensualmente	38	56	94
	Anualmente	21	44	65
	Nunca	124	164	288
	No tiene	353	95	448
	Vive/n en casa	15	8	23
	No contesta	594	452	1046
Otras/os amigas/os				
	Mujer	Hombre	Total	
Total	Diariamente	92	80	172
	Semanalmente	124	99	223
	Mensualmente	84	70	154
	Anualmente	60	33	93
	Nunca	128	119	247
	No tiene	95	43	138
	Vive/n en casa	11	8	19
	No contesta	594	452	1046
Vecinas/os				
	Mujer	Hombre	Total	
Total	Diariamente	222	166	388
	Semanalmente	176	109	285
	Mensualmente	38	26	64
	Anualmente	9	13	22
	Nunca	119	116	235
	No tiene	20	14	34
	Vive/n en casa	10	8	18
	No contesta	594	452	1046
Cuidadora/or remunerado				
	Mujer	Hombre	Total	
Total	Diariamente	19	11	30
	Semanalmente	19	6	25
	Mensualmente	2	0	2
	Anualmente	0	2	2
	Nunca	21	26	47
	No tiene	528	403	931
	Vive/n en casa	5	4	9
	No contesta	594	452	1046
Servicio ayuda a domicilio				
	Mujer	Hombre	Total	
Total	Diariamente	15	6	21
	Semanalmente	27	8	35
	Mensualmente	2	1	3
	Anualmente	0	1	1
	Nunca	12	24	36
	No tiene	535	408	943
	Vive/n en casa	3	4	7
	No contesta	594	452	1046

P49. ¿Con qué frecuencia recibe llamadas de...?				
	Hijas	Mujer	Hombre	Total
Total	Diariamente	258	183	441
	Semanalmente	107	88	195
	Mensualmente	15	10	25
	Anualmente	1	2	3
	Nunca	28	29	57
	No tiene	140	101	241
	Vive/n en casa	27	22	49
	No tiene teléfono	13	13	26
	Vive/n al lado	0	2	2
	Vive/n al lado	5	2	7
	No contesta	594	452	1046

P49. ¿Con qué frecuencia recibe llamadas de...?					
	Hijos	Mujer	Hombre	Total	
Total	Diariamente	211	142	353	
	Semanalmente	141	119	260	
	Mensualmente	19	18	37	
	Anualmente	3	3	6	
	Nunca	37	31	68	
	No tiene	150	102	252	
	Vive/n en casa	12	21	33	
	No tiene teléfono	13	13	26	
	Vive/n al lado	1	1	2	
	Vive/n al lado	6	2	8	
	No contesta	593	452	1045	
	Nietas				
	Mujer	Hombre	Total		
Total	Diariamente	135	96	231	
	Semanalmente	176	121	297	
	Mensualmente	46	24	70	
	Anualmente	2	6	8	
	Nunca	70	69	139	
	No tiene	136	109	245	
	Vive/n en casa	7	8	15	
	No tiene teléfono	13	13	26	
	Vive/n al lado	1	1	2	
	Vive/n al lado	8	5	13	
	No contesta	594	452	1046	
	Nietos				
	Mujer	Hombre	Total		
Total	Diariamente	124	87	211	
	Semanalmente	174	119	293	
	Mensualmente	49	27	76	
	Anualmente	3	5	8	
	Nunca	75	68	143	
	No tiene	138	120	258	
	Vive/n en casa	9	7	16	
	No tiene teléfono	13	13	26	
	Vive/n al lado	0	1	1	
	Vive/n al lado	9	5	14	
	No contesta	594	452	1046	
	Hermanas				
	Mujer	Hombre	Total		
Total	Diariamente	65	18	83	
	Semanalmente	152	101	253	
	Mensualmente	124	113	237	
	Anualmente	29	59	88	
	Nunca	70	55	125	
	No tiene	124	81	205	
	Vive/n en casa	3	2	5	
	No tiene teléfono	13	15	28	
	No contesta	13	8	21	
	No contesta	593	452	1045	
	Hermanos				
		Mujer	Hombre	Total	
Total	Diariamente	42	19	61	
	Semanalmente	120	85	205	
	Mensualmente	131	101	232	
	Anualmente	43	67	110	
	Nunca	81	54	135	
	No tiene	151	103	254	
	No tiene teléfono	13	16	29	
	No contesta	13	7	20	
	No contesta	594	452	1046	
	Otros familiares				
		Mujer	Hombre	Total	
	Total	Diariamente	34	6	40
Semanalmente		127	87	214	
Mensualmente		176	125	301	
Anualmente		98	100	198	
Nunca		97	83	180	
No tiene		37	26	63	
No tiene teléfono		13	16	29	
No contesta		11	9	20	
No contesta		593	452	1045	

Género y Tercera Edad en Canarias

P49. ¿Con qué frecuencia recibe llamadas de...?				
	Amigas/os del trabajo	Mujer	Hombre	Total
	Diariamente	5	10	15
	Semanalmente	23	39	62
	Mensualmente	35	52	87
	Anualmente	17	43	60
	Nunca	128	183	311
	No tiene	364	101	465
	No tiene teléfono	12	16	28
	No contesta	10	8	18
Total		594	452	1046
Otras/os amigas/os				
		Mujer	Hombre	Total
	Diariamente	33	19	52
	Semanalmente	114	75	189
	Mensualmente	99	79	178
	Anualmente	63	41	104
	Nunca	152	159	311
	No tiene	109	56	165
	No tiene teléfono	12	16	28
	No contesta	12	7	19
Total		594	452	1046

P50. Actualmente ¿tiene ud. pareja?				
		Mujer	Hombre	Total
	No	57	30	87
	Si	234	329	563
	Separación/divorcio	28	18	46
	Fallecido	275	75	350
Total		594	452	1046

P51. ¿Qué ha supuesto para ud. la pérdida de su pareja?				
		Mujer	Hombre	Total
	No superado	65	17	82
	Se entristece ocasionalmente	130	39	169
	Superado muy bien	70	22	92
	Cierta liberación	22	6	28
	Otra	1	2	3
	No contesta	13	7	20
Total		301	93	394

P52. ¿Considera ud. que es fundamental compartir este período e la vida con un compañero/a?				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	339	386	725
	No	255	66	321
Total		594	452	1046

P53. ¿Ha tenido ud. una pareja estable (matrimonio/cohabitación) en su vida?				
		Mujer	Hombre	Total
	No	47	30	77
	Una	523	392	915
	Dos o más	24	30	54
Total		594	452	1046

P54. Su relación de pareja (más duradera) ¿fue tal como la imaginó antes de asumir el compromiso?				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	381	357	738
	En algunos aspectos	96	43	139
	No	68	20	88
	No contesta	2	2	4
Total		547	422	969

P55. En su relación principal ¿la convivencia ha sido...?				
		Mujer	Hombre	Total
	Muy satisfactoria	157	144	301
	Satisfactoria	284	245	529
	Regular	73	25	98
	Insatisfactoria	18	5	23
	Muy insatisfactoria	13	0	13
	No contesta	2	3	5
Total		547	422	969

P56. ¿Suele ud. ir acompañado/a de su pareja en todas las salidas que realiza?				
		Mujer	Hombre	Total
	Frecuentemente	187	241	428
	Indistintamente	65	55	120
	Raramente	69	57	126
	No contesta	2	3	5
Total		323	356	679

P57. Diría ud. que obtiene/ha obtenido de su pareja...				
	Compañía	Mujer	Hombre	Total
	Si	490	410	900
	No	51	7	58
	No contesta	6	5	11
Total		547	422	969
Comunicación				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	477	391	868
	No	64	24	88
	No contesta	6	7	13
Total		547	422	969

Comunicación				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	477	391	868
	No	64	24	88
	No contesta	6	7	13
Total		547	422	969

Afecto				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	491	404	895
	No	50	10	60
	No contesta	6	8	14
Total		547	422	969

Apoyo				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	478	401	879
	No	63	13	76
	No contesta	6	8	14
Total		547	422	969

Ayuda				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	472	396	868
	No	69	18	87
	No contesta	6	8	14
Total		547	422	969

Humor				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	445	381	826
	No	96	33	129
	No contesta	6	8	14
Total		547	422	969

Amor				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	490	401	891
	No	51	13	64
	No contesta	6	8	14
Total		547	422	969

Otras				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	26	19	45
	No	515	395	910
	No contesta	6	8	14
Total		547	422	969

Anexo III. Resultados de la Encuesta “Género y Tercera Edad en Canarias”

P58. Sus relaciones sexuales, en esa pareja, han sido...				
		Mujer	Hombre	Total
	Muy satisfactorias	68	74	142
	Satisfactorias	339	281	620
	Mejóro con los años	32	16	48
	Empeoró con los años	67	44	111
	Insatisfactorias	25	1	26
	Muy insatisfactorias	5	0	5
	Inexistentes	3	1	4
	No contesta	8	5	13
Total		547	422	969

P59. En a actualidad, sus relaciones sexuales son...				
		Mujer	Hombre	Total
	Muy satisfactoria	9	15	24
	Satisfactoria	78	151	229
	Regulares	60	79	139
	Insatisfactoria	4	3	7
	Muy insatisfactoria	2	1	3
	No las mantiene	382	166	548
	No contesta	12	7	19
Total		547	422	969

P60. De manera más amplia, su vida sexual ha sido...				
		Mujer	Hombre	Total
	Muy satisfactoria	72	74	146
	Satisfactoria	389	322	711
	Indiferente	54	17	71
	Insatisfactoria	13	2	15
	Muy insatisfactoria	5	0	5
	Inexistente	6	1	7
	No contesta	8	6	14
Total		547	422	969

P61. ¿Ha sufrido alguna vez maltrato por parte de su pareja, de qué tipo?				
	Físico	Mujer	Hombre	Total
	Si	25	1	26
	No	518	416	934
	No contesta	4	5	9
Total		547	422	969
Psíquico				
	Si	49	11	60
	No	494	406	900
	No contesta	4	5	9
Total		547	422	969
Sexual				
	Si	16	2	18
	No	527	415	942
	No contesta	4	5	9
Total		547	422	969
Económico				
	Si	23	3	26
	No	520	414	934
	No contesta	4	5	9
Total		547	422	969
Descuido o negligencia				
	Si	30	3	33
	No	513	414	927
	No contesta	4	5	9
Total		547	422	969

P62. Si enviudara ¿se casaría de nuevo?				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	8	32	40
	Tal vez	15	69	84
	No	520	317	837
	No contesta	4	4	8
Total		547	422	969

P63. ¿Qué es lo que debe primar en la felicidad de un matrimonio?				
		Mujer	Hombre	Total
	Respeto mutuo	302	226	528
	Fidelidad	17	21	38
	Entendimiento	109	93	202
	Las/os hijas/os	10	4	14
	Relaciones sexuales satisfactorias	0	2	2
	Ingresos adecuados	1	1	2
	Amor	64	39	103
	Gustos e intereses comunes	0	3	3
	Otra	41	29	70
	No contesta	3	4	7
Total		547	422	969

P64. ¿Colabora o participa en alguna de las asociaciones que le voy a detallar?				
		Mujer	Hombre	Total
	Folklorica	16	7	23
	De vecinas/os	37	67	104
	De fiestas populares	6	12	18
	Cultural	15	8	23
	Política	3	5	8
	Benéfica	19	5	24
	Solidaria	10	3	13
	Otra	24	15	39
	No	464	330	794
Total		594	452	1046

P65. ¿Qué papel desempeña en ella?				
		Mujer	Hombre	Total
	Cargo directivo	11	15	26
	Coordinador/a área	4	2	6
	Socia/o	51	60	111
	Colaborador/a	59	42	101
	Otra	5	3	8
Total		130	122	252

P66. Y ¿asiste a algún tipo de centro?				
		Mujer	Hombre	Total
	Club de mayores			
	Frecuentemente	82	67	149
	Esporádicamente	48	51	99
	Nunca	464	334	798
Total		594	452	1046
	Casino Municipal			
	Frecuentemente	4	9	13
	Esporádicamente	7	11	18
	Nunca	583	432	1015
Total		594	452	1046
	Centro de Día			
	Frecuentemente	29	26	55
	Esporádicamente	12	13	25
	Nunca	553	413	966
Total		594	452	1046
	Club privado			
	Frecuentemente	6	13	19
	Esporádicamente	10	6	16
	Nunca	578	433	1011
Total		594	452	1046
	Universidad			
	Frecuentemente	3	1	4
	Esporádicamente	2	1	3
	Nunca	589	450	1039
Total		594	452	1046
	Otro centro			
	Frecuentemente	13	6	19
	Esporádicamente	2	3	5
	Nunca	579	443	1022
Total		594	452	1046

Género y Tercera Edad en Canarias

P67. ¿Suele acudir a votar?				
		Mujer	Hombre	Total
	Nunca	66	26	92
	Sólo municipales	5	8	13
	Sólo autonómicas	0	3	3
	Sólo nacionales	9	4	13
	Sólo europeas	1	1	2
	Siempre	513	410	923
Total		594	452	1046

P68. ¿Ha iniciado algún tipo de actividad después de cumplirlos 65 años?				
	Turismo	Mujer	Hombre	Total
	Si	127	102	229
	No	467	350	817
Total		594	452	1046

Cursillos				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	80	13	93
	No	514	439	953
Total		594	452	1046

Estudios primarios				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	17	5	22
	No	577	447	1024
Total		594	452	1046

Estudios universitarios				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	6	2	8
	No	588	450	1038
Total		594	452	1046

Actividades culturales				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	67	41	108
	No	527	411	938
Total		594	452	1046

Asociacionismo				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	48	35	83
	No	546	417	963
Total		594	452	1046

Voluntariado				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	28	14	42
	No	566	438	1004
Total		594	452	1046

Deporte				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	54	21	75
	No	540	431	971
Total		594	452	1046

Informática				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	12	10	22
	No	582	442	1024
Total		594	452	1046

P69. ¿Tiene algún proyecto en mente para realizar a corto plazo?				
		Mujer	Hombre	Total
	Viajar	132	112	244
	Iniciar hobby	6	1	7
	Estudiar	4	2	6
	Otra	20	11	31
	No	432	326	758
Total		594	452	1046

P70. ¿Le parece qué tiene mucho tiempo libre?				
		Mujer	Hombre	Total
	Poquísimo	49	16	65
	Poco	134	62	196
	Suficiente	200	140	340
	Mucho	148	140	288
	Muchísimo	63	94	157
Total		594	452	1046

P71. En alguna ocasión ¿se aburre?				
		Mujer	Hombre	Total
	Frecuentemente	120	63	183
	Ocasionalmente	190	146	336
	Nunca	282	243	525
	No contesta	2	0	2
Total		594	452	1046

P72. ¿Qué hace, con más frecuencia en su tiempo de ocio?				
	Leer la prensa	Mujer	Hombre	Total
	Frecuentemente	156	199	355
	Poco frecuente	140	104	244
	Lo hacía	79	54	133
	Nunca	219	95	314
Total		594	452	1046

Leer libros				
		Mujer	Hombre	Total
	Frecuentemente	154	101	255
	Poco frecuente	131	100	231
	Lo hacía	104	96	200
	Nunca	205	155	360
Total		594	452	1046

Oír la radio				
		Mujer	Hombre	Total
	Frecuentemente	319	297	616
	Poco frecuente	117	93	210
	Lo hacía	43	22	65
	Nunca	115	40	155
Total		594	452	1046

Ver la televisión				
		Mujer	Hombre	Total
	Frecuentemente	514	372	886
	Poco frecuente	64	69	133
	Lo hacía	7	2	9
	Nunca	9	9	18
Total		594	452	1046

Oír música				
		Mujer	Hombre	Total
	Frecuentemente	246	186	432
	Poco frecuente	168	139	307
	Lo hacía	76	45	121
	Nunca	104	82	186
Total		594	452	1046

Excursiones organizadas				
		Mujer	Hombre	Total
	Frecuentemente	105	65	170
	Poco frecuente	89	64	153
	Lo hacía	126	91	217
	Nunca	274	232	506
Total		594	452	1046

Bailar				
		Mujer	Hombre	Total
	Frecuentemente	67	41	108
	Poco frecuente	48	39	87
	Lo hacía	262	195	457
	Nunca	217	177	394
Total		594	452	1046

Ir al cine				
		Mujer	Hombre	Total
	Frecuentemente	18	1	19
	Poco frecuente	62	43	105
	Lo hacía	247	220	467
	Nunca	267	188	455
Total		594	452	1046

Reunirse con amigos/as				
		Mujer	Hombre	Total
	Frecuentemente	219	285	504
	Poco frecuente	95	74	169
	Lo hacía	133	53	186
	Nunca	147	40	187
Total		594	452	1046

Ir al bar / cafetería				
		Mujer	Hombre	Total
	Frecuentemente	88	194	282
	Poco frecuente	151	134	285
	Lo hacía	92	59	151
	Nunca	263	65	328
Total		594	452	1046

Anexo III. Resultados de la Encuesta “Género y Tercera Edad en Canarias”

P72. ¿Qué hace, con más frecuencia en su tiempo de ocio?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Pasear			
	Frecuentemente	336	336	672
	Poco frecuente	131	72	203
	Lo hacía	76	24	100
	Nunca	51	20	71
Total		594	452	1046
Visitar a la familia				
Total	Frecuentemente	284	212	496
	Poco frecuente	190	171	361
	Lo hacía	70	31	101
	Nunca	50	38	88
	Total	594	452	1046
Ir de compras				
Total	Frecuentemente	298	174	472
	Poco frecuente	154	147	301
	Lo hacía	89	28	117
	Nunca	53	103	156
	Total	594	452	1046
Salir de noche				
Total	Frecuentemente	17	15	32
	Poco frecuente	46	46	92
	Lo hacía	173	165	338
	Nunca	358	226	584
	Total	594	452	1046
Ir a la playa				
Total	Frecuentemente	134	105	239
	Poco frecuente	141	125	266
	Lo hacía	165	120	285
	Nunca	154	102	256
	Total	594	452	1046
Ir al campo				
Total	Frecuentemente	178	171	349
	Poco frecuente	154	125	279
	Lo hacía	158	99	257
	Nunca	104	57	161
	Total	594	452	1046
Internet				
Total	Frecuentemente	4	13	17
	Poco frecuente	8	7	15
	Lo hacía	6	5	11
	Nunca	576	427	1003
	Total	594	452	1046

P73. ¿Qué opinión le merece la programación de televisión? ¿Y de la radio?				
	Televisión	Mujer	Hombre	Total
Total	Muy buena	11	3	14
	Buena	159	117	276
	Regular	257	192	449
	Mala	87	80	167
	Muy mala	66	51	117
	No acudo a ella	14	9	23
Total		594	452	1046
Radio				
Total	Muy buena	30	23	53
	Buena	249	213	462
	Regular	126	115	241
	Mala	14	16	30
	Muy mala	9	6	15
	No acudo a ella	166	79	245
Total		594	452	1046

P74. ¿Cuántas horas de promedio ve/oye televisión cada día? ¿y la radio?				
	Televisión	Mujer	Hombre	Total
Total	Ninguna	14	9	23
	Menos de una hora	96	94	190
	Entre una y tres	277	223	500
	De tres a cinco	145	88	233
	Más de cinco	62	38	100
	Total		594	452

P74. ¿Cuántas horas de promedio ve/oye televisión cada día? ¿y la radio?				
	Radio	Mujer	Hombre	Total
Total	Ninguna	166	79	245
	Menos de una hora	168	129	297
	Entre una y tres	170	160	330
	De tres a cinco	54	58	112
	Más de cinco	36	26	62
	Total		594	452

P75. ¿Qué tipo de programa es su favorito?					
	Televisión	Mujer	Hombre	Total	
Total	Noticias	194	205	399	
	Tertulias, debates	30	14	44	
	Documentales	36	38	74	
	Fútbol	8	94	102	
	Otros deportes	7	10	17	
	Novelas	113	8	121	
	Series	14	4	18	
	Películas	33	30	63	
	Magazine	62	18	80	
	Concursos	29	7	36	
	Crónica rosa	35	2	37	
	Ninguno	19	17	36	
	Otro tipo	14	5	19	
	Total		594	452	1046
	Radio				
	Total	Noticias	228	214	442
Tertulias, debates		96	57	153	
Documentales		1	2	3	
Fútbol		3	51	54	
Otros deportes		0	6	6	
Novelas		1	0	1	
Películas		0	1	1	
Magazine		10	1	11	
Concursos		1	0	1	
Crónica rosa		2	0	2	
Ninguno		193	93	286	
Otro tipo		59	27	86	
Total		594	452	1046	

P76. ¿Cree que se abordan suficientemente temas que interesan y preocupan a las personas mayores?				
	Televisión	Mujer	Hombre	Total
Total	Nada	138	113	251
	Poco	297	232	529
	Bastante	124	90	214
	Mucho	4	5	9
	No sabe	31	12	43
	Total		594	452
Radio				
Total	Nada	98	83	181
	Poco	247	217	464
	Bastante	120	95	215
	Mucho	5	4	9
	No sabe	124	53	177
	Total		594	452

P77. En la televisión ¿cree que hay suficiente presencia de personas mayores en...?				
	Informativos	Mujer	Hombre	Total
Total	Nada	226	164	390
	Poco	249	198	447
	Bastante	84	69	153
	Mucho	1	2	3
	No sabe	34	19	53
	Total		594	452
Programas de entretenimiento				
Total	Nada	186	151	337
	Poco	268	206	474
	Bastante	102	68	170
	Mucho	2	2	4
	No sabe	36	25	61
Total		594	452	1046

Género y Tercera Edad en Canarias

P77. En la televisión ¿cree que hay suficiente presencia de personas mayores en...?				
	Series	Mujer	Hombre	Total
Total	Nada	148	132	280
	Poco	303	219	522
	Bastante	100	71	171
	Mucho	4	2	6
	No sabe	39	28	67
			594	452
Anuncios				
Total	Nada	188	150	338
	Poco	322	233	555
	Bastante	47	39	86
	Mucho	0	3	3
	No sabe	37	27	64
			594	452

P78. ¿Qué actividad le gustaría realizar en su tiempo libre?					
		Mujer	Hombre	Total	
Total	Nada	118	89	207	
	Muchas cosas	9	8	17	
	Manualidades, artesanía	30	23	53	
	Estudiar	7	2	9	
	Viajar	38	33	71	
	Pasear	93	81	174	
	Deporte	13	10	23	
	Música, baile	23	6	29	
	Lectura	22	12	34	
	Descansar	16	4	20	
	Tocar instrumento	5	6	11	
	Cartas, dominó	6	24	30	
	Televisión	8	11	19	
	Coser, punto, bordar	105	1	106	
	Pescar o cazar	2	34	36	
	Excursión	4	4	8	
	Cuidar	17	7	24	
	Agricultura, ganadería	9	24	33	
	Playa	14	11	25	
	Casa	5	4	9	
	Oficio	1	7	8	
	Pareja	2	5	7	
	Jardinería	6	4	10	
	Amigos/as	8	23	31	
	Familia	14	5	19	
	Escribir	2	3	5	
	Teatro	4	1	5	
	Política	2	2	4	
	Religión	6	0	6	
	Aficiones	2	3	5	
	Relacionarse con gente	2	2	4	
	Otras	1	3	4	
			594	452	1046

P79. ¿Con qué frecuencia hace las cosas que le voy a especificar...?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Dieta sana			
	Lo hacía	1	5	6
	Nunca	44	41	85
	Esporádicamente	61	55	116
	Diariamente	488	351	839
		594	452	1046
Pasear				
Total	Lo hacía	54	18	72
	Nunca	43	15	58
	Esporádicamente	202	102	304
	Diariamente	295	317	612
		594	452	1046
Ejercicio / deporte				
Total	Lo hacía	73	97	170
	Nunca	395	260	655
	Esporádicamente	72	56	128
	Diariamente	54	39	93
		594	452	1046

P79. ¿Con qué frecuencia hace las cosas que le voy a especificar...?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Tomar alcohol			
	Lo hacía	19	83	102
	Nunca	517	151	668
	Esporádicamente	55	171	226
	Diariamente	3	47	50
	594	452	1046	
Visitar al médico/a				
Total	Lo hacía	2	3	5
	Nunca	19	19	38
	Esporádicamente	518	403	921
	Diariamente	55	27	82
		594	452	1046
Seguir tratamiento médico				
Total	Lo hacía	6	6	12
	Nunca	41	56	97
	Esporádicamente	108	92	200
	Diariamente	439	298	737
		594	452	1046
Acudir a misa dominical				
Total	Lo hacía	87	61	148
	Nunca	58	155	213
	Esporádicamente	289	185	474
	Diariamente	160	51	211
		594	452	1046
Comer fuera de casa				
Total	Lo hacía	78	44	122
	Nunca	178	108	286
	Esporádicamente	337	287	624
	Diariamente	1	13	14
		594	452	1046
Fumar				
Total	Lo hacía	30	184	214
	Nunca	547	169	716
	Esporádicamente	1	22	23
	Diariamente	16	77	93
		594	452	1046
Viajar a otras islas				
Total	Lo hacía	223	188	411
	Nunca	143	83	226
	Esporádicamente	226	180	406
	Diariamente	2	1	3
		594	452	1046
Viajar a la península				
Total	Lo hacía	172	152	324
	Nunca	280	185	465
	Esporádicamente	141	115	256
	Diariamente	1	0	1
		594	452	1046
Viajar al extranjero				
Total	Lo hacía	142	130	272
	Nunca	386	275	661
	Esporádicamente	65	47	112
	Diariamente	1	0	1
		594	452	1046

P80. Y ud... ¿Está de acuerdo o desacuerdo con...?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	El divorcio			
	Acuerdo	333	235	568
	Desacuerdo	135	125	260
	Depende	126	89	215
	No contesta	0	3	3
	594	452	1046	
El uso de anticonceptivos				
Total	Acuerdo	396	289	685
	Desacuerdo	122	107	229
	Depende	76	53	129
	No contesta	0	3	3
		594	452	1046

Anexo III. Resultados de la Encuesta “Género y Tercera Edad en Canarias”

P80. Y ud... ¿Está de acuerdo o desacuerdo con...?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	El aborto			
	Acuerdo	53	79	132
	Desacuerdo	433	278	711
	Depende	108	92	200
	No contesta	0	3	3
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Las relaciones sexuales juveniles				
Total	Acuerdo	144	171	315
	Desacuerdo	311	187	498
	Depende	138	92	230
	No contesta	1	2	3
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
La eutanasia				
Total	Acuerdo	143	152	295
	Desacuerdo	295	178	473
	Depende	156	120	276
	No contesta	0	2	2
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
El trabajo remunerado de la mujer				
Total	Acuerdo	530	358	888
	Desacuerdo	23	47	70
	Depende	38	45	83
	No contesta	3	2	5
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
El reparto de las tareas de la casa				
Total	Acuerdo	543	367	910
	Desacuerdo	16	40	56
	Depende	32	43	75
	No contesta	3	2	5
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
El matrimonio homosexual				
Total	Acuerdo	152	107	259
	Desacuerdo	376	317	693
	Depende	65	25	90
	No contesta	1	3	4
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>

P81. Y... ¿está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	“He hecho siempre lo que he querido”			
	Acuerdo	249	244	493
	Desacuerdo	244	116	360
	Depende	97	91	188
	No contesta	4	1	5
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
“La sociedad actual es mejor que la de antes”				
Total	Acuerdo	137	112	249
	Desacuerdo	269	220	489
	Depende	179	119	298
	No contesta	9	1	10
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
“Si hay tensiones en una pareja debe ceder la mujer”				
Total	Acuerdo	56	43	99
	Desacuerdo	358	238	596
	Depende	171	168	339
	No contesta	9	3	12
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
“Los jóvenes no respetan a las personas mayores”				
Total	Acuerdo	319	271	590
	Desacuerdo	94	78	172
	Depende	174	102	276
	No contesta	7	1	8
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>

P82. ¿Tiene algún tipo de ingreso?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Pensión cónyuge/pareja			
	Si	201	42	243
	No	393	410	803
<b>Total</b>		<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>

P82. ¿Tiene algún tipo de ingreso?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Otro ingresos cónyuge/pareja			
	Si	18	9	27
	No	576	443	1019
<b>Total</b>		<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Pensión incapacidad permanente				
Total	Si	28	37	65
	No	566	415	981
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Pensión jubilación				
Total	Si	153	377	530
	No	441	75	516
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Pensión viudedad				
Total	Si	235	2	237
	No	359	450	809
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Pensión de orfandad				
Total	Si	4	1	5
	No	590	451	1041
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Pensión no contributiva				
Total	Si	51	19	70
	No	543	433	976
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Sueldo				
Total	Si	9	15	24
	No	585	437	1022
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Rendimiento de ahorros				
Total	Si	16	22	38
	No	578	430	1008
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Rentas				
Total	Si	39	37	76
	No	555	415	970
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Pensión complementaria, plan de empresa				
Total	Si	3	6	9
	No	591	446	1037
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Pensión complementaria, plan privado				
Total	Si	1	2	3
	No	593	450	1043
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Ayuda Hijas/os				
Total	Si	63	18	81
	No	531	434	965
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Otra ayuda pública				
Total	Si	6	2	8
	No	588	450	1038
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Beneficencia				
Total	Si	6	1	7
	No	588	451	1039
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Otra pensión				
Total	Si	30	21	51
	No	564	431	995
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>
Ningún ingreso				
Total	Si	2	1	3
	No	592	451	1043
	<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>452</b>	<b>1046</b>



Género y Tercera Edad en Canarias

P83. ¿Disfruta de alguna otra ayuda privada o pública?				
	Servicio Ayuda a Domicilio	Mujer	Hombre	Total
Total	Si	38	15	53
	No	556	437	993
		594	452	1046
Personal contratado				
Total	Si	48	20	68
	No	546	432	978
		594	452	1046
Reducciones tarifarias				
Total	Si	119	96	215
	No	475	356	831
		594	452	1046
Otra ayuda, vacaciones Imsero				
Total	Si	81	61	142
	No	513	391	904
		594	452	1046

P84. ¿Con esos ingresos se sostiene algún otro miembro de la familia?				
	Cónyuge /pareja	Mujer	Hombre	Total
Total	Si	118	284	402
	No	476	168	644
		594	452	1046
Hijas/os				
Total	Si	96	86	182
	No	498	366	864
		594	452	1046
Padre / madre				
Total	Si	1	0	1
	No	593	452	1045
		594	452	1046
Otros familiares				
Total	Si	29	11	40
	No	565	441	1006
		594	452	1046

P85. Con esos ingresos ¿cómo llega a fin de mes?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Holgadamente	139	130	269
	Justo/a	280	209	489
	Con dificultades	160	100	260
	No llega	15	13	28
		594	452	1046

P86. En los último doce meses, debido al encarecimiento de los precios ¿ha dejado de adquirir bienes o servicios en...?				
	Alimentación	Mujer	Hombre	Total
Total	Si	93	61	154
	No	501	388	889
	No contesta	0	3	3
		594	452	1046
Vestido				
Total	Si	202	108	310
	No	392	342	734
	No contesta	0	2	2
		594	452	1046
Calzado				
Total	Si	191	103	294
	No	403	347	750
	No contesta	0	2	2
		594	452	1046
Muebles y enseres				
Total	Si	219	144	363
	No	375	306	681
	No contesta	0	2	2
		594	452	1046

P86. En los último doce meses, debido al encarecimiento de los precios ¿ha dejado de adquirir bienes o servicios en...?				
	Cuidado personal	Mujer	Hombre	Total
Total	Si	101	55	156
	No	493	394	887
	No contesta	0	3	3
	594	452	1046	
Ocio				
Total	Si	180	105	285
	No	414	345	759
	No contesta	0	2	2
	594	452	1046	

P87. ¿Realiza ud. personalmente las compras indispensables del hogar?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Si	436	212	648
	No	158	240	398
		594	452	1046

P88. ¿Dónde se realizan las compras?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Tienda	52	35	87
	Mercadillo	9	11	20
	supermercado	388	292	680
	Gran superficie	33	32	65
	Por productos	108	81	189
	No contesta	4	1	5
	594	452	1046	

P89. ¿Tiene ud...?				
	Tarjeta de crédito	Mujer	Hombre	Total
Total	Si	137	138	275
	No	457	314	771
		594	452	1046
Tarjeta de grandes almacenes				
Total	Si	45	49	94
	No	549	403	952
		594	452	1046

P90a. ¿Ha podido ahorrar a lo largo de su vida?				
	Ahorro a lo largo de la vida	Mujer	Hombre	Total
Total	Si	258	280	538
	No	335	170	505
	No contesta	1	2	3
		594	452	1046

P90b. Y ¿en la actualidad?				
	Ahorro actualidad	Mujer	Hombre	Total
Total	Si	90	117	207
	No	503	333	836
	No contesta	1	2	3
		594	452	1046

P91. Si volviera a nacer... ¿qué cambiaría en su vida?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Algo	32	15	47
	Nada	254	220	474
	Todo	17	9	26
	Años duros	21	17	38
	Aspectos económicos	16	12	28
	Pareja	65	33	98
	Asuntos familiares	9	3	12
	Estudios	64	45	109
	Salud, invalidez	13	11	24
	Tener hijos/as	11	2	13
	No dejar trabajo	2	0	2
	Aprovechar o disfrutar más	19	12	31
	Soledad	4	2	6

Anexo III. Resultados de la Encuesta “Género y Tercera Edad en Canarias”

P91. Si volviera a nacer... ¿qué cambiaría en su vida?				
		Mujer	Hombre	Total
	Rigidez sociedad	11	3	14
	Inteligencia	8	10	18
	No envejecer, juventud	5	6	11
	Cambiar profesión	7	19	26
	La felicidad	7	4	11
	Defender nuestros intereses	3	9	12
	El mundo	7	3	10
	Viajar más	1	1	2
	Religiosidad	2	0	2
	Otras	16	16	32
Total		594	452	1046

P92. ¿Qué es lo que más echa de menos del pasado?				
		Mujer	Hombre	Total
	Nada	92	78	170
	Todo	6	4	10
	Compañera/o	98	34	132
	Seres queridos	156	52	208
	Trabajo	2	18	20
	La vida de antes	86	91	177
	Juventud	71	92	163
	Sáhara	2	3	5
	Familia	9	3	12
	Actividades del pasado	11	14	25
	Salud	25	22	47
	Posición económica	1	6	7
	Infancia	18	11	29
	Muerte amigos/as	4	6	10
	Parejas	4	1	5
	Salud cónyuge	2	0	2
	Vida sexual activa	1	1	2
	República	0	2	2
	Comida	3	3	6
	Aprender a valorar más las cosas	0	2	2
	Franquismo	1	5	6
	Mar	2	4	6
Total		594	452	1046

P93. Cite una persona (conocida) que ud. admire...				
		Mujer	Hombre	Total
	Ninguno	182	139	321
	Muchas/os	8	5	13
	Hijas/os	106	55	161
	Madre	27	22	49
	Padre	23	33	56
	Otro familiar	49	34	83
	A si misma	5	4	9
	Amiga/os o vecina/o	37	26	63
	Relacionado con la iglesia católica	34	17	51
	Presentador/a televisión	21	7	28
	Cantante	60	21	81
	Deportista	2	18	20
	Actor/actriz	2	2	4
	Político derecha	4	16	20
	Político centro	2	5	7
	Político izquierda	12	20	32
	Locutor/a	1	1	2
	Monarquía	9	5	14
	Político nacionalista	2	2	4
	Alguien relevante sociedad canaria	1	3	4
	Músicos canarios	1	2	3
	Escultor, pintor	1	3	4
	Escritor, filósofo	3	3	6
	Político local	0	2	2
	Personas solidarias	2	5	7
	Otros/as	0	2	2
Total		594	452	1046

P94. Ordene de mayor a menor importancia, siendo 1 lo más importante y 4 lo menos...				
		Mujer	Hombre	Total
<b>Salud (primero)</b>				
	1	476	354	830
	2	77	62	139
	3	35	34	69
	4	5	2	7
Total		593	452	1045
<b>Dinero (primero)</b>				
	1	4	5	9
	2	59	77	136
	3	135	74	209
	4	396	296	692
Total		594	452	1046
<b>Amor (primero)</b>				
	1	28	26	54
	2	101	100	201
	3	302	221	523
	4	163	105	268
Total		594	452	1046
<b>Familia (primero)</b>				
	1	87	68	155
	2	355	213	568
	3	123	124	247
	4	29	47	76
Total		594	452	1046

P95. ¿Suele ud. tener frecuentemente sentimientos de...?				
		Mujer	Hombre	Total
<b>Intensas ganas de vivir</b>				
	Siempre	350	317	667
	A veces	208	112	320
	Nunca	30	16	46
	Ns/Nc	6	7	13
Total		594	452	1046
<b>Actitud positiva</b>				
	Siempre	361	321	682
	A veces	195	107	302
	Nunca	32	17	49
	Ns/Nc	6	7	13
Total		594	452	1046
<b>Soledad no elegida</b>				
	Siempre	58	25	83
	A veces	201	94	295
	Nunca	330	323	653
	Ns/Nc	5	10	15
Total		594	452	1046
<b>Dependencia</b>				
	Siempre	51	23	74
	A veces	133	73	206
	Nunca	403	348	751
	Ns/Nc	7	8	15
Total		594	452	1046
<b>Inutilidad</b>				
	Siempre	36	15	51
	A veces	155	74	229
	Nunca	396	359	755
	Ns/Nc	7	4	11
Total		594	452	1046
<b>Tristeza</b>				
	Siempre	60	21	81
	A veces	381	217	598
	Nunca	148	209	357
	Ns/Nc	5	5	10
Total		594	452	1046
<b>Falta de ilusiones</b>				
	Siempre	49	18	67
	A veces	294	172	466
	Nunca	246	259	505
	Ns/Nc	5	3	8
Total		594	452	1046

Género y Tercera Edad en Canarias

P95. ¿Suele ud. tener frecuentemente sentimientos de...?				
	Pocas ganas de seguir	Mujer	Hombre	Total
	Siempre	32	16	48
	A veces	176	90	266
	Nunca	381	341	722
	Ns/Nc	5	5	10
Total		594	452	1046

P96. Usted define su estilo de vestir como...				
		Mujer	Hombre	Total
	Moderno	133	57	190
	Indiferente	190	159	349
	Clásico	256	217	473
	Otro estilo	15	19	34
Total		594	452	1046

P97. ¿Qué significan para usted las canas y las arrugas?				
		Mujer	Hombre	Total
	El paso de los años	357	263	620
	La experiencia	113	112	225
	Pérdida de juventud y belleza	74	43	117
	La decrepitud	19	13	32
	Otro significado	31	21	52
Total		594	452	1046

P98. ¿Se siente ud. viejo/a?				
	Se siente viejo/a	Mujer	Hombre	Total
	No	317	277	594
	En ocasiones	106	84	190
	Si	171	91	262
Total		594	452	1046

P99. ¿Cree ud. que el envejecimiento lo llevan mejor los hombres o las mujeres?				
		Mujer	Hombre	Total
	Hombres	89	83	172
	Depende de cada quien	339	282	621
	Mujeres	166	86	252
Total		594	451	1045

P100. ¿Se identifica con las personas ancianas?				
	Identificación	Mujer	Hombre	Total
	Si	471	343	814
	No	105	93	198
	Ns/Nc	18	16	34
Total		594	452	1046

P101. ¿Se ha sentido discriminado/a en alguna ocasión por ser mayor?				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	44	27	71
	No	550	425	975
Total		594	452	1046

P102. ¿Y, a lo largo de la vida, por otra razón?				
	Por ser mujer	Mujer	Hombre	Total
	Si	40	1	41
	No	530	19	549
	No es mi caso	24	432	456
Total		594	452	1046
Por ser extranjero/a				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	2	1	3
	No	32	14	46
	No es mi caso	560	437	997
Total		594	452	1046

P102. ¿Y, a lo largo de la vida, por otra razón?				
	Por ser discapacitado/a	Mujer	Hombre	Total
	Si	4	10	14
	No	22	14	36
	No es mi caso	568	428	996
Total		594	452	1046
Por ser homosexual				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	1	1	2
	No	7	5	12
	No es mi caso	586	446	1032
Total		594	452	1046
Otro motivo				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	12	5	17
	No	7	7	14
	No es mi caso	575	440	1015
Total		594	452	1046

P103. En caso afirmativo, en la actualidad ¿ello le supone problema?				
		Mujer	Hombre	Total
	No	57	22	79
	Ocasionalmente	5	4	9
	Si	8	4	12
	No es el caso	524	422	946
Total		594	452	1046

P104. ¿Cree ud. que las personas mayores en la sociedad canaria están bien valoradas?				
		Mujer	Hombre	Total
	Sobrevaloradas	3	4	7
	Valoradas	253	168	421
	Tratadas indiferentemente	175	137	312
	Infravaloradas	126	106	232
	Desvalorizadas	37	37	74
Total		594	452	1046

P105. Su municipio ¿le parece...?				
	Seguro	Mujer	Hombre	Total
	Si	479	345	824
	No	115	107	222
Total		594	452	1046

CÓMODO				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	532	393	925
	No	62	59	121
Total		594	452	1046

BIEN COMUNICADO				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	498	385	883
	No	96	67	163
Total		594	452	1046

BIEN DOTADO INFRAESTRUCTURAS				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	396	308	704
	No	198	144	342
Total		594	452	1046

P106. ¿Le parecen adecuados los servicios que prestan...?				
	Los Servicios Sociales	Mujer	Hombre	Total
	Adecuados	379	272	651
	Inadecuados	69	59	128
	Desconozco	146	121	267
Total		594	452	1046
Resto de la Administración Municipal				
		Mujer	Hombre	Total
	Adecuados	358	285	643
	Inadecuados	70	84	154
	Desconozco	166	83	249
Total		594	452	1046

Anexo III. Resultados de la Encuesta “Género y Tercera Edad en Canarias”

P106. ¿Le parecen adecuados los servicios que prestan...?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	El Centro de Salud			
	Adecuados	506	355	861
	Inadecuados	67	71	138
	Desconozco	21	26	47
Total		594	452	1046
Resto del Servicio Canario de Salud				
Total	Adecuados	437	305	742
	Inadecuados	75	85	160
	Desconozco	82	62	144
	Total	594	452	1046
El Club de Mayores				
Total	Adecuados	203	181	384
	Inadecuados	10	16	26
	Desconozco	351	237	588
	No existen	30	18	48
Total		594	452	1046
El Centro de Día				
Total	Adecuados	135	118	253
	Inadecuados	6	12	18
	Desconozco	377	270	647
	No existen	76	52	128
Total		594	452	1046
El polideportivo				
Total	Adecuados	116	103	219
	Inadecuados	8	11	19
	Desconozco	424	309	733
	No existen	46	29	75
Total		594	452	1046

P107. ¿Ha sufrido en alguna ocasión maltrato institucional (discriminación, infantilización, despersonalización) por parte de la administración Pública?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Servicios Sociales Municipales			
	Si	14	15	29
	No	580	437	1017
	Total	594	452	1046
Resto del Ayuntamiento				
Total	Si	15	20	35
	No	579	432	1011
	Total	594	452	1046
Centro de Salud				
Total	Si	21	18	39
	No	573	434	1007
	Total	594	452	1046
Resto del Servicio Canario de Salud				
Total	Si	20	23	43
	No	574	429	1003
	Total	594	452	1046
El Cabildo				
Total	Si	12	12	24
	No	582	440	1022
	Total	594	452	1046
El Gobierno de Canarias				
Total	Si	11	12	23
	No	583	440	1023
	Total	594	452	1046

P108. Para sus desplazamientos usted...				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Suele ir andando			
	Si	337	290	627
	No	257	162	419
Total		594	452	1046
Conduce su vehículo				
Total	Si	39	178	217
	No	555	274	829
	Total	594	452	1046

P108. Para sus desplazamientos usted...				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Conduce su pareja			
	Si	77	15	92
	No	517	437	954
Total		594	452	1046
Conduce otro familiar				
Total	Si	343	183	526
	No	251	269	520
	Total	594	452	1046
Hace uso del taxi				
Total	Si	227	143	370
	No	367	309	676
	Total	594	452	1046
Hace uso de la guagua				
Total	Si	313	236	549
	No	281	216	497
	Total	594	452	1046
Total	Si	34	32	66
	No	560	420	980
	Total	594	452	1046

P109. ¿Qué le produce o produciría, hoy, más satisfacción?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Nietos/as	135	123	258
	Hijos/as	143	84	227
	Cónyuge	34	57	91
	Amigos/as	2	4	6
	Ganar lotería	48	47	95
	Viajar a un lugar deseado	26	13	39
	Ser útil	47	22	69
	Otra satisfacción	159	102	261
	Total		594	452

P110. Y ¿cuál es su principal preocupación?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Salud	371	288	659
	Dinero	8	9	17
	Familia	111	80	191
	Cónyuge	11	11	22
	Soledad	18	9	27
	Ser un carga	28	11	39
	Rechazo	0	2	2
	La muerte	17	13	30
	Otra preocupación	30	29	59
Total		594	452	1046

P111. La vivienda en la que reside es...				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Propiedad	491	395	886
	Alquiler	43	26	69
	De hija (permanencia fija)	21	10	31
	De hijo (permanencia fija)	8	2	10
	Hijos/as (rotatorio)	1	5	6
	Otro familiar	17	5	22
	Otra forma	13	9	22
	Total		594	452

P112. ¿Quién cree ud. que debe cuidar de as personas mayores dependientes?				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Hijas	68	48	116
	Hijas e hijos, indistintamente	367	273	640
	Ayuda a domicilio	66	41	107
	Personal contratado domicilio	31	10	41
	Residencia privada	24	36	60
	Residencia pública	34	41	75
	Sobrinas/os u otro familiar	1	1	2

Género y Tercera Edad en Canarias

P112. ¿Quién cree ud. que debe cuidar de as personas mayores dependientes?				
		0	1	1
	Cónyuge/compañero			
	NS/NC	3	1	4
Total		594	452	1046

P113. Y a usted ¿quién e gustaría que le cuidara?				
		Mujer	Hombre	Total
	Hijas	122	76	198
	Hijas e hijos, indistintamente	314	230	544
	Ayuda a domicilio	46	35	81
	Persona contratado domicilio	25	12	37
	Residencia privada	15	22	37
	Residencia pública	54	51	105
	Sobrinas/os u otro familiar	11	11	22
	Cónyuge/compañero	0	10	10
	Eutanasia	0	1	1
	NS/NC	7	4	11
Total		594	452	1046

P114. ¿Tiene ud. animales de compañía?				
		Mujer	Hombre	Total
	Uno	113	82	195
	Varios	112	91	203
	Ninguno	369	279	648
Total		594	452	1046

P115. La compañía de su mascota le resulta...				
		Mujer	Hombre	Total
	Imprescindible	136	105	241
	Indiferente	61	39	100
	Prescindible	26	24	50
Total	223	168	391	

P116. Hoy por hoy ¿se siente razonablemente feliz?				
		Mujer	Hombre	Total
	Feliz	443	380	823
	Indiferente	106	50	156
	Infeliz	45	22	67
Total		594	452	1046

P117. ¿Diría ud. que esta etapa de su vida es tan positiva como cualquiera otra?				
		Mujer	Hombre	Total
	Más	54	38	92
	Igual	320	292	612
	Menos	220	122	342
Total		594	452	1046

P118. Y ¿por qué?				
		Mujer	Hombre	Total
	Igual que antes	38	24	62
	No conservar autonomía	113	89	202
	La sociedad de antes era mejor	9	5	14
	Pérdida seres queridos	71	17	88
	Todo bien, satisfecho/a	154	153	307
	Depresión	16	8	24
	Etapa mejor	43	40	83
	Pérdida de ingresos	3	2	5
	Rodeada de familia	29	16	45
	No sabe	82	76	158
	Resignación	1	2	3
	Salud cónyuge	6	3	9
	La sociedad actual es mejor	13	4	17
	Pocas ganas de seguir adelante	1	2	3
	Abandono	4	1	5
	Otros	11	10	21
Total		594	452	1046

P119. Casi para finalizar ¿se siente orgulloso/a de ser mayor?				
		Mujer	Hombre	Total
	Si	468	343	811
	Indiferente	98	80	178
	No	28	29	57
Total		594	452	1046

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A. Edad. Grupo de edad				
		Mujer	Hombre	Total
	De 65 a 74	346	287	633
	De 75 a 84	183	127	310
	De 85 y más	65	38	103
Total		594	452	1046

B. Edad de la pareja. Grupo de edad.				
		Mujer	Hombre	Total
	Menos de 65	7	97	104
	De 65 a 74	118	165	283
	De 75 a 84	93	57	150
	De 85 y más	13	6	19
	No sabe	3	3	6
	No tiene	360	124	484
Total		594	452	1046

C. Sexo de la pareja				
		Mujer	Hombre	Total
	Mujer	0	329	329
	Hombre	234	0	234
	No tiene	360	123	483
Total		594	452	1046

D. Estado civil				
		Mujer	Hombre	Total
	Soltera/o	48	29	77
	Pareja de hecho	4	7	11
	Casada/o	227	321	548
	Separada/o	15	6	21
	Divorciada/o	16	11	27
	Viuda/o	284	78	362
Total		594	452	1046

E. ¿Cuál es/era su situación laboral?				
		Mujer	Hombre	Total
	Empresaria/o con asalariadas/os	19	22	41
	Empresarias/os sin asalariadas/os	6	7	13
	Profesionales, ejecutiv. y técnic.	5	8	13
	Funcionarios/as	12	38	50
	Trabajadora/or cualificada/o	34	109	143
	Trabajadora/or descualificada/o	98	126	224
	Trabajadora/or del mar	43	73	116
	Trabajadora/or del campo	3	23	26
	Autónoma/o	12	33	45
	Miembro de cooperativa	2	4	6
	Ayuda familiar	4	0	4
	Ama de casa	352	1	353
	Otra situación	4	3	7
	NS/NC	0	5	5
Total		594	452	1046

F. ¿Y la de su pareja?				
		Mujer	Hombre	Total
	Empresaria/o con asalariadas/os	4	1	5
	Empresarias/os sin asalariadas/os	4	7	11
	Profesionales, ejecutiv. y técnic.	6	2	8
	Funcionarios/as	15	2	17

Anexo III. Resultados de la Encuesta “Género y Tercera Edad en Canarias”

F. ¿Y la de su pareja?				
		Mujer	Hombre	Total
	Trabajadora/or cualificada/o	55	7	62
	Trabajadora/or descualificada/o	62	26	88
	Trabajadora/or del mar	51	10	61
	Trabajadora/or del campo	14	1	15
	Autónoma/o	12	1	13
	Miembro de cooperativa	4	0	4
	Ayuda familiar	0	1	1
	Ama de casa	5	264	269
	Otra situación	1	3	4
	NS/NC	3	4	7
	No tiene	358	123	481
Total		594	452	1046

G. Municipio (país) de nacimiento				
		Mujer	Hombre	Total
	Municipio Isla	492	367	859
	Municipio provincia	46	36	82
	Municipio región	13	6	19
	Resto territorio español	20	31	51
	Europa	1	2	3
	África	1	0	1
	América	14	4	18
	NS/NC	7	6	13
Total		594	452	1046

H. Ingresos propios				
		Mujer	Hombre	Total
	Cero	110	4	114
	Menos de 180	15	4	19
	De 180 a 360	91	28	119
	De 361 a 540	226	142	368
	De 541 a 600	47	89	136
	De 601 a 1200	56	115	171
	Más de 1200	10	41	51
	Ns/Nc	39	29	68
Total		594	452	1046

I. Ingresos familiares				
		Mujer	Hombre	Total
	Cero	200	193	393
	Menos de 600	132	61	193
	De 600 a 900	98	55	153
	De 901 a 1200	37	35	72
	De 1201 a 1800	37	23	60
	Más de 1800	9	5	14
	Ns/Nc	81	80	161
Total		594	452	1046

J. Número de miembros en el hogar				
		Mujer	Hombre	Total
	1	185	77	262
	2	222	194	416
	3	95	84	179
	4	49	54	103
	5	22	22	44
	6	8	12	20
	7	9	5	14
	8	3	2	5
	9	1	1	2
	10	0	1	1
Total		594	452	1046

K. Número de generaciones				
		Mujer	Hombre	Total
	0	5	3	8
	1	330	248	578
	2	194	154	348
	3	63	42	105
	4	2	5	7
Total		594	452	1046

L. Posición ideológica				
		Mujer	Hombre	Total
	Extrema izquierda	2	4	6
	Izquierda	75	71	146
	Cetro izquierda	46	43	89
	Centro	69	44	113
	Centro derecha	50	48	98
	Derecha	133	102	235
	Extrema derecha	3	6	9
	Depende	6	5	11
	Ns/Nc	87	53	140
	Ninguno	62	38	100
	Indiferente	61	38	99
Total		594	452	1046

M. Nivel de estudios				
		Mujer	Hombre	Total
	Sin estudios	85	45	130
	Leer y escribir	255	156	411
	Primarios	197	162	359
	Secundarios	40	59	99
	Universitarios medios	11	14	25
	Universitarios superiores	5	15	20
	Postgrado	1	1	2
Total		594	452	1046

N. Nivel de religiosidad				
		Mujer	Hombre	Total
	Católica/o practicante	413	167	580
	Católica/o no practicante	170	244	414
	Creyente otras religiones	5	3	8
	Agnóstica/o	4	19	23
	Atea/o	1	18	19
	Ns/nc	1	1	2
Total		594	452	1046

Ñ. El hogar dispone de...				
		Mujer	Hombre	Total
Total	Televisor	592	450	1042
	Si	2	2	4
	No	594	452	1046
Total	Frigorífico	590	450	1040
	Si	4	2	6
	No	594	452	1046
Total	Teléfono	530	385	915
	Si	64	67	131
	No	594	452	1046
Total	Teléfono móvil	246	233	479
	Si	348	219	567
	No	594	452	1046
Total	Vídeo	285	241	526
	Si	309	211	520
	No	594	452	1046
Total	Micro-ondas	354	278	632
	Si	240	174	414
	No	594	452	1046
Total	Vitrocerámica	184	164	348
	Si	410	288	698
	No	594	452	1046
Total	Coche	207	258	465
	Si	387	194	581
	No	594	452	1046

Género y Tercera Edad en Canarias

N. El hogar dispone de...					
		Mujer	Hombre	Total	
Total	Ordenador personal				
	Si	85	86	171	
	No	509	366	875	
		594	452	1046	
Total	Casa en propiedad				
	Si	515	400	915	
	No	79	52	131	
		594	452	1046	
Total	Segunda vivienda				
	Si	84	100	184	
	No	510	352	862	
		594	452	1046	
P120. . La persona y la vivienda					
Total	Aspecto de la persona	Mujer	Hombre	Total	
	Extremad. arreglado	49	36	85	
	Cuidado	486	362	848	
	Descuidado	51	43	94	
	Lamentable	1	2	3	
	Sin datos	7	9	16	
		594	452	1046	
Total	Estado de la vivienda	Mujer	Hombre	Total	
	Muy bueno	141	91	232	
	Bueno	332	241	573	
	Regular	65	37	102	
	Malo	4	4	8	
	Muy malo	0	4	4	
	Sin datos	52	75	127	
		594	452	1046	
Total	Limpieza de la vivienda	Mujer	Hombre	Total	
	Limpio	507	338	845	
	Algo sucio	32	34	66	
	Sucio	2	4	6	
	Sin datos	53	76	129	
	594	452	1046		
Total	Accesibilidad de la vivienda	Mujer	Hombre	Total	
	De pisos con ascensor	90	83	173	
	De pisos sin ascensor	116	81	197	
	Terrera	349	244	593	
	Otra	6	1	7	
	Sin datos	33	43	76	
	594	452	1046		
Total	Provincia	Mujer	Hombre	Total	
	Las Palmas	289	218	509	
	Santa Cruz de Tenerife	305	234	536	
		594	452	1046	
Total	Isla	Mujer	Hombre	Total	
	Lanzarote	52	43	95	
	Fuerteventura	42	30	72	
	Gran Canaria	188	145	333	
	Tenerife	190	145	335	
	La Palma	71	50	121	
	La Gomera	33	23	56	
	El Hierro	18	16	34	
		594	452	1046	
	Total	Término municipal	Mujer	Hombre	Total
		Arrecife	38	32	70
Tías		8	7	15	
Tinajo		6	4	10	
Antigua		7	6	13	
Betancuria		3	2	5	
Puerto del Rosario		32	22	54	
Arucas		11	9	20	
Las Palmas de Gran Canaria		135	102	237	
Santa Brígida		7	6	13	
Santa Lucía		9	8	17	
Telde		22	15	37	

		Mujer	Hombre	Total
Total	Valleseco	2	2	4
	Vega de San Mateo	2	3	5
	Adeje	8	5	13
	Arico	6	4	10
	Arona	14	12	26
	Icod de Los Vinos	17	11	28
	San Miguel	4	5	9
	Santa Cruz de Tenerife	128	98	226
	Tacoronte	13	10	23
	Breña Baja	7	5	12
	Los Llanos de Aridane	36	23	59
	Santa Cruz de La Palma	28	22	50
	San Sebastián de La Gomera	25	16	41
	Valverde	26	23	49
		594	452	1046
Total	Sección	Mujer	Hombre	Total
	Arrecife	27	25	52
	Argana Baja	10	6	16
	Conil	9	8	17
	El Cuchillo	6	4	10
	Antigua	7	6	13
	Betancuria	3	2	5
	Puerto del Rosario	12	8	20
	La Asomada	10	7	17
	La Ampuyenta	10	7	17
	Los Castillos	4	4	8
	Tres Barrios	4	3	7
	Trasmontaña	2	1	3
	Bañaderos	1	1	2
	Vega de San José	16	12	28
	Triana	16	13	29
	Alcaravanaras	16	11	27
	Santa Catalina	16	11	27
	La Isleta	16	11	27
	Las Rehojas	16	11	27
	La Feria	14	11	25
	Tamaraceite	13	11	24
	Lomo Blanco	12	11	23
	La Angostura	3	2	5
	Pino Santo Alto	3	3	6
	La Atalaya	1	1	2
	Santa Lucía	4	4	8
	Sardina	3	3	6
	El Doctoral	2	1	3
	Callejón del Castillo	3	4	7
	Ejido	7	4	11
	Montaña Las Palmas	4	2	6
	Lomo Cementerio	3	2	5
	Las Remudas	3	2	5
	Las Huesas	2	1	3
Barranco	2	2	4	
La Lagunetas	2	3	5	
Armeñime	8	5	13	
Villa de Arico	6	4	10	
Las Galletas	14	12	26	
Icod de los Vinos	6	4	10	
El Amparo	4	3	7	
Cueva del Viento	3	2	5	
Buen Paso	3	1	4	
San Felipe	1	1	2	
El Frontón	4	5	9	
Santa Cruz de Tenerife	99	78	177	
Almaciga	11	6	17	
Barranco Grande	9	7	16	
Santa María del Mar	9	7	16	
Guayonje	13	10	23	
Los Barros	7	5	12	
Argual	14	8	22	
Tajuya	11	8	19	
Santa Cruz de la Palma	11	7	18	
Los Álamos	28	22	50	
Almácigos	8	7	15	
Ayamosna	25	16	41	
Isora	18	16	34	
		594	452	1046

Anexo III. Resultados de la Encuesta “Género y Tercera Edad en Canarias”

	Tamaño hábitat	Mujer	Hombre	Total
	Más de 200.000	247	190	437
	De 100001 a 200000	29	20	49
	De 50001 a 100000	28	21	49
	De 25001 a 50000	104	83	187
	De 20001 a 25000	25	16	41
	De 10001 a 20000	79	58	137
	De 5001 a 10000	37	28	65
	De 2001 a 5000	33	27	60
	Menos de 2000	11	9	20
Total		593	452	1045



