



La salud bio-psico-social re-generada

Re-gendering byo-psycho-social health

Carme Valls-Llobet

Centro de Análisis y Programas Sanitarios, CAPS

Resumen

Las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, han permitido discriminar como las condiciones de vida y trabajo afectan a la salud, y que expectativas de vida con calidad tiene determinadas enfermedades. La vida es el único bien que nos pertenece desde que nacemos como seres humanos, pero es un bien limitado en el tiempo. En este trabajo reflexiono con ayuda de Judith Butler que entendemos por vida y como podemos entender la salud como vitalidad y no como victimización. El reduccionismo etiológico, en relación a la salud de las mujeres, ha sido un sesgo de género que debe ser repensado, como salud bio-psico-social re-generada. Las relaciones de poder como dominación, han velado el acercamiento a la salud integral, aunque propongo que la recuperación de los derechos de ciudadanía pueda ser una forma de ejercer el poder personal de cambio.

Palabras clave: **Salud; Género; Calidad de Vida; Derechos de ciudadanía**

Abstract

Health - related Quality of Life measures have permitted to discriminate how work and life conditions are affecting health and which quality life expectancy has some diseases and conditions. Life is the unique welfare that is belonging whit as from our birth as human beings, but is time-limited. In this work I consider with Judith Butler help, what do we understand as life and how we can understand health as vitality and no as victimization. The etiological reductionism, related to women health, has been a gender bias that must be re-thinking, as byo-psycho-social health re-gendered. Power relations as domination, have hidden a integral health approaching, but I propose that citizens rights recuperation can be a way to exercise personal power of change.

Keywords: Women's health; Gender; Quality of life; Citizens rights

Concepto de salud y calidad de vida

El objetivo de las ciencias de la salud, además de intentar la curación de las enfermedades, tendría que ser mejorar la calidad de vida relacionada con la salud. La calidad de vida es una medida de la salud que pretende analizar los condicionantes bio-piso-sociales y los hábitos de conducta, así como las discapacidades que impiden a un ser humano desarrollar su vida con un grado aceptable de autonomía.

Pero, para definir el concepto de calidad de vida, hemos de establecer por convenio qué es lo que entendemos por calidad y qué entendemos por vida (Valls Llobet, 2006, p. 122).

Las primeras medidas de calidad de vida intentaron profundizar en qué recursos y posibilidades físicas, mentales y sociales goza un ser humano, y de cómo pueden influir en la vida de las personas, en hacerlas más autó-

nomas y capaces de conducir sus propias vidas dentro de las limitaciones y dificultades que cada etapa de vida o que cada discapacidad plantea (Fallowfield, 1990, p. 20). Para ello exploraron áreas como la salud psicológica, y los estados de ansiedad y depresión y aceptación de la enfermedad; salud física, como el dolor, movilidad, calidad del sueño, capacidad de cuidar el propio cuerpo, de asearse y de alimentarse; salud social, como la capacidad de relacionarse, de comunicarse, de poder tener relaciones sexuales, de implicarse en actividades sociales y de ocio; y de salud laboral, como las posibilidades de realizar un trabajo remunerado, y de acabar las ocupaciones domésticas que se decida realizar.

Las medidas de calidad de vida han permitido discriminar cómo las condiciones de vida y trabajo afectan a la salud, y qué expectativas de vida con calidad tienen determinadas enfermedades (cáncer, artritis, artrosis, dolor, enfermedades endocrinológicas, insuficiencias de hígado, riñón etc.), o también si el hecho de vivir más años equivale a vivirlos con calidad en la salud. En los últimos 30 años se han identificado más de 1.270 instrumentos de resultados percibidos en el ámbito internacional y más de 350 concebidos para su uso en población española (Valderas, Ferrer y Alonso, 2005). Se han perfeccionado los parámetros para su estandarización y para tener en cuenta la posibilidad de comparación transcultural, definiéndose criterios de fiabilidad y reproducibilidad para que puedan ser tenidos en cuenta en los trabajos científicos. Muchos autores de la biomedicina han sido reticentes en utilizar los instrumentos de medida de calidad de vida como instrumentos científicos y todavía los cuestionan, no obstante ha sido una forma de volver a introducir la evaluación de la clínica en la salud.

Pero hay campos que influyen en la calidad de vida aún inexplorados. El campo de los deseos, de los motivos personales para la implicación social y familiar, el campo que permite el desarrollo de un tiempo propio y de un espacio propio, es aún difícil de estudiar y conocer si no es con métodos cualitativos, o explorando el inconsciente. Para muchas mujeres, no se puede desear lo que ni siquiera se puede imaginar.

Las primeras investigaciones que relacionaban la calidad de vida y la salud se aplicaron en el campo de la epidemiología. En todos los paí-

ses del mundo, a partir de estudios sobre la mortalidad de hombres y mujeres, se había demostrado una esperanza de vida mayor entre mujeres que en hombres. Esta dilatada esperanza de vida dificultó las primeras investigaciones sobre la salud de las mujeres, ya que para muchos investigadores no era necesario estudiar su salud puesto que vivían más años que los hombres. Sutilmente, un dato epidemiológico actuaba como un brazo invisible del poder que impedía investigar o visibilizar los condicionantes de salud de las mujeres, ya que si vivían más años no era necesario estudiarlas a fondo. La inclusión de parámetros que medían la calidad de vida en las encuestas de salud de la población que se realizaron en varias naciones del mundo, permitieron constatar un dato nuevo. Las mujeres vivían más años que los hombres, pero en relación con la salud, la calidad de vida de los años que se vivían de más era mucho peor, por lo que se pudo concluir que mujeres y hombres vivían los mismos años en cuanto vida con buena calidad. Discapacidades, artrosis varias, y condiciones de pobreza y soledad, empeoran la calidad de vida de los años que las mujeres viven de más que los hombres (Borrell i Benach, 2000, p. 59).

Aunque desde los años 90 el concepto de calidad de vida se introdujo como uno de los parámetros a tener en cuenta en las decisiones de salud como reconoció el Simposio Internacional de Tecnología Médica y Calidad de Vida, organizado por el CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios) en 1988, en relación a los trasplantes de órganos o a la decisión de las prioridades para la colocación de prótesis cuando existían varias persona en listas de espera, no se ha utilizado esta correlación en la evaluación de nuevas técnicas de tratamiento o de la utilización de nuevos fármacos; o se ha utilizado de forma sesgada al estudiar sólo seis meses de la utilización de la Terapia Hormonal Sustitutiva en la menopausia. Estudiar las alteraciones bioquímicas del organismo y la intervención para cambiarlas en función de la calidad de vida permitiría dilucidar la eficiencia de muchas terapias, que aunque puedan ser eficaces biológicamente hablando, pueden empeorar la calidad de vida de las personas que las reciben, con lo que su eficiencia final como elementos que mejoran la salud, se vería coartada.

¿Qué entendemos por vida?

En términos biológicos se considera vida al estado intermedio entre el nacimiento y la muerte y desde el punto de vista bioquímico podríamos definir la vida como un estado de la materia, con específicas estructuras moleculares, que son capaces de mantenerse en un ambiente, reconocer estímulos y responder a ellos y reproducirse. Se define también la vida vegetativa como un conjunto de funciones involuntarias nerviosas y hormonales que adecuan el medio interno para que el organismo esté y responda en las mejores circunstancias a las condiciones del medio externo, funciones que parecen estar regidas por el hipotálamo y el eje hipotálamo-hipofisario (Valls-Llobet, 2009, p. 118). Para definir qué es vida no podemos obviar que desde el punto de vista biológico incluso una planta es un ser vivo. Pero en el sentido de vida humana hemos de volver a pensar sobre la reflexión de Judith Butler:

Diría que la cuestión de la vida se halla en diversas maneras en el centro de gran parte de la teoría feminista y, en particular, de la filosofía feminista. La cuestión sobre la vida podría ser planteada de diversas formas: ¿qué es la buena vida? ¿Cómo se ha concebido la buena vida de forma que las vidas de las mujeres no hayan sido incluidas en su conceptualización? ¿Qué sería la buena vida para las mujeres? ¿La vida de quién se considera como vida? ¿Qué amenaza de muerte se lanza sobre aquellos que no viven el género de acuerdo con las normas aceptadas? (Judith Butler, citada por Valls-Llobet, 2009, p. 290).

La vida es el único bien que nos pertenece desde que nacemos como seres humanos, pero es un bien limitado en el tiempo aunque muchas personas la vivan como si fuera eterna. Definiendo lo que es vida por medio de las relaciones de clase o de poder, para muchos humanos desde la prehistoria la vida sólo fue una lucha por la supervivencia inmediata o para los esclavos, los vasallos y las mujeres un continuo de trabajo, servidumbre y espacios de supervivencia sin libertad. Si la vida de las mujeres no tenía valor, era invisible y no era importante para nadie, y el pensamiento de las mujeres fue excluido de la filosofía “oficial”, no puede sorprendernos que las vidas de las mujeres no hayan sido incluidas en su conceptualización, y que las mujeres que dan la vida, que han sido responsables del trabajo reproductivo de toda la familia sean las invisibles, las no consultadas, y las que no pueden decir su opinión sobre lo que es vida y lo que debería ser si pudiéramos influir en sus condiciones.

Hanna Arendt, en su libro “La Condición humana”, reflexiona sobre la *vita activa*, la vida de hombres y mujeres, como animales sociales y políticos, que se realiza a través de la “labor, el trabajo y la acción”, ensalzando la natalidad, la acción de dar vida como un milagro.

El milagro que salva al mundo, a la esfera de los asuntos humanos, de su ruina normal y ‘natural’ es en último término el hecho de la natalidad, en el que se enraza antológicamente la facultad de la acción. Dicho con otras palabras, el nacimiento de nuevos hombres y un nuevo comienzo es la acción que son capaces de emprender los humanos por el hecho de haber nacido. Sólo la plena experiencia de esta capacidad puede conferir a los asuntos humanos fe y esperanza, dos esenciales características de la existencia humana que la antigüedad griega ignoró por completo (Arendt, 1988, p. 266).

La vida buena para las mujeres ha estado llena de fe y esperanza, cuando han dado a luz repetidos hijos o cuando no los han dado, precisamente por saber de forma consciente que no era vida lo que podían ofrecer a un nuevo ser humano. Pero dado que las decisiones sobre la vida las han impuesto los hombres durante siglos a las mujeres, los pequeños espacios de libertad se centraban en la acción de la reproducción como una forma de estar en el mundo. Las mujeres encerradas en el espacio ovular (Vianello y Caramazza, 2002, p. 130), desarrollaron unas habilidades propias “en relación” con la capacidad de amar la vida y la reproducción, pero también con la posibilidad de desarrollar unas sensaciones y sentimientos que la sociedad patriarcal negaba a los hombres. Hombres que se relacionaban con la vida como forma de competir, de luchar, de tener gloria y poder. Una relación más cerca del matar que del dar, más cerca del poseer que del amar.

La vida por lo tanto constituiría un tiempo lleno de pequeños espacios de libertad, con grandes diferencias en la cantidad y calidad de estos espacios para los hombres y mujeres del Norte y del Sur, de diferentes clases sociales y niveles de educación y cultura, pero pequeños espacios en los que ejercer la voluntad de vida y la libertad de decisión. Una vida sin libertad y sin autonomía de decisión no es vida. La vida quedaría constituida por la posibilidad de ser, de hacer y de amar. De ser, con esperanza de vida de buena calidad, con acceso a la educación y a la cultura, con la posibilidad de una constante autoforma-

ción, de gozar del conocimiento. De *hacer*, con la posibilidad de realizar un trabajo con dignidad, y poder ser creativo, en el que poder establecer relaciones humanas y sociales. Con la posibilidad de ejercer un compromiso cívico con el ejercicio de la libertad y de los derechos de ciudadanía. De *amar*, con la posibilidad de establecer nuevos espacios de convivencia y respeto, aunque no existan lazos de sangre, con la posibilidad de amar los paisajes, los libros, la música, el arte, con la posibilidad o la potencia de sentir las emociones, de poder imaginar, de maravillarse ante lo nuevo, de poder sentir los lazos de la amistad, o el descubrimiento de los misterios de los demás. Pero apostar por la vida no es tarea fácil, es compleja y además requiere redes sociales con ciudadanía dispuesta a trabajar políticamente sobre cómo asumimos la vida biológica.

Por ello creo que no podemos entender la vida separada de la posibilidad de actuar con los máximos espacios de libertad que nos sea posible; y que toda norma, ley o proceso constituyente que defina nuestros derechos de ciudadanía y en especial nuestros derechos de ciudadanas, tradicionalmente excluidos y actualmente tolerados, debería ser construido con la participación de las mismas mujeres, representadas de formas diversas. Pero su palabra, su posición, su opinión y su voz deben ser oídas en los foros de decisión, en los niveles de la biopolítica, en los niveles de ejercicio del poder. Toda decisión sobre sus vidas que las excluya, y toda decisión sobre lo que es dar vida que no tenga en cuenta su derecho a decidir, es perpetuar la forma de violencia más dura, ejercida por los que no dando la vida creen que pueden decidir cuándo y cómo “las otras” han de darla. Y ejerciendo esta forma de poder mediático, religioso, o académico, matan la posibilidad de vida de las mujeres, y calumnian como asesinas a las que saben que la vida y la salud sólo pueden crecer en libertad.

Salud como vitalidad y no como victimización

Para muchas mujeres sentirse enfermas o sufrir malestar es disponer de menos energía para llevar a cabo sus actividades cotidianas; es decir, la sensación de tener fuerzas para enfrentar sus tareas o la falta de la misma sirve para que muchas mujeres se vivan en plenitud o enfermedad... pues bien en el campo de la salud las mujeres expresan y simbolizan mediante los conceptos de

fuerza, vitalidad, resistencia y energía, su bienestar o su malestar (Esteban, 2001, p. 35).

En algunos instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud se exploran conceptos relacionados con la energía, explorando si después del trabajo remunerado todavía existen fuerzas para acabar el trabajo doméstico, o para tener un ocio activo, o poder explorar la propia sexualidad y sensualidad. Pero el concepto que trabaja Mari Luz Esteban es muy interesante si queremos entender en profundidad el malestar o el bienestar de las mujeres, porque hay profundas implicaciones biológicas (con la crónica pérdida de hierro en toda la vida de las mujeres desde pequeñas hasta los 50 años) y profundas implicaciones sociales que las dejan exhaustas en muchos momentos de su vida.

Las crisis vitales en la vida de las mujeres (pubertad/adolescencia, embarazo, parto y puerperio, crianza de hijos, edad media de la vida, nido vacío, etc.) y crisis accidentales (divorcio, aborto, muertes de personas próximas, viudedad, enfermedad crónica, emigración, malos tratos, etc.), pueden afectar la vitalidad. Muchas veces son situaciones de duelo que pueden suponer crecimiento personal, o sensación de pérdida o soledad. Pueden propiciar sufrimiento o estrés emocional. El problema radica, en palabras de Regina Bayo, en cómo manejar estos sufrimientos, y estas situaciones de estrés, si con un encuentro más profundo con una misma, o con una mayor desorientación.

Las condiciones de trabajo, en casa o fuera de casa, incrementan o disminuyen la morbilidad física y psíquica, al igual que lo hace el cansancio por el hecho de estar ejerciendo constantemente la doble presencia (pensar en las necesidades del espacio doméstico cuando se está en el espacio de trabajo remunerado, o pensar en la tareas pendientes en el trabajo, cuando se está en casa).

Las situaciones de crisis pueden ser momentos para la transformación, y para poder hacer prevención hemos de identificar de forma clara estas situaciones de crisis, que se manifiestan en descompensaciones, con insomnio, inapetencia, inhibición, fobias, disminución de la autoestima, para que no se confundan con permanentes estados de ansiedad y depresión, con los que fácilmente etiquetamos el malestar de las mujeres, y por los que aplicamos la masiva administración de psicofá-

macos. Una crisis vital no se podrá nunca resolver con la administración de sedantes y antidepresivos, sino en el encuentro con nuevos objetivos, y nuevos deseos, que no se habían identificado, o que se habían reprimido durante años. Estoy de acuerdo con María Jesús Izquierdo cuando analiza la liberación de energías propias que supone acabar con todas las formas de represión:

Quando la realización de los deseos no se puede conciliar con otros principios o aspiraciones y el yo, mediante procesos inconscientes, estima que el placer de realizar los deseos es inferior al displacer que genera haber transgredido esos principios en conflicto, se produce la represión. Ésta supone un gasto de energía, en cambio, el levantamiento de la represión ahorra consumo de energía. Una persona que entra en contacto con sus deseos tiene más energía que aquella que no lo hace. No entrar en contacto con los deseos, no desear conscientemente, supone un gasto energético (Izquierdo, 1998, p. 135).

El reduccionismo etiológico como sesgo interno y externo

Tal y como se ha señalado, no somos personas *generizadas* un día y *organismos sexuales* al día siguiente, sino que somos las dos cosas simultáneamente, y este hecho hace que para cada problema de salud tengamos posibilidades diferenciadas en su expresión (Krieger, 2003).

En el momento del diagnóstico médico, cuando se trata de buscar la causa o las causas de la enfermedad de una persona concreta, o en el diagnóstico epidemiológico, cuando se trata de buscar las causas de la salud o la enfermedad de las poblaciones, es cuando es más difícil ceñirse a los datos y no actuar con prepotencia, como si de antemano el profesional “ya supiera la verdad”. En relación con el diagnóstico médico dirigido a las mujeres, muchas veces se ha actuado más con suposiciones que con datos certeros, con diagnósticos más o menos probables y, como ya he descrito hasta estas páginas, haciendo invisibles unos problemas y magnificando otros. El hecho de que la ciencia médica haya nacido sesgada respecto a la posibilidad de diagnosticar qué les ocurre a las mujeres, o el porqué de sus malestar, se debe fundamentalmente a que ha nacido androcéntrica y ha tendido a considerar como inferiores o menos importantes los problemas de salud de las mujeres.

Pero las formas en que se ejercen estos sesgos en el diagnóstico son complejas, porque

será necesario investigar en cada caso concreto, o en cada análisis de la salud de la población, qué etiologías existen que dependen del género o qué etiologías dependen de la posesión de un organismo sexuado. Si estamos de acuerdo en que las causas de la enfermedad o de las disfunciones de un organismo son biológicas, psicológicas, sociales, laborales, culturales y medio ambientales, podríamos convenir que reducir todo el malestar a una etiología biológica, o psicológica o social, es un reduccionismo etiológico que conlleva además hacer inferiores a las mujeres que son diagnosticadas con esta miopía de elementos. Es muy posible que en cada caso concreto, y en cada momento determinado de la vida de cada persona, en las distorsiones de su salud pesen más las condiciones sociales de sus vidas, y en otros momentos pesen más los condicionantes biológicos. Pero es un reduccionismo que impide la valoración correcta de cada mujer, si a cualquier tipo de demanda le atribuimos una etiología psicológica que acabamos tratando con medicación psicofarmacológica, o sea, psiquiátrica. De una forma simbólica, y no como en la época en que el profesional de la medicina transmitía las infecciones porque no se lavaba las manos cuando pasaba de un o una paciente a otro/a, el médico o médica puede transmitir la idea de que todo lo que le pasa a la paciente es debido a una depresión. Es el poder del momento del diagnóstico, el poder del momento que algunas personas han vivido como el momento de la sentencia, el que tiene un gran efecto sobre la mente y el cuerpo. Y este momento está a veces alejado de la verdad debido a los sesgos en la forma de investigar, y la docencia que han recibido los profesionales de la medicina y de la psiquiatría, los sesgos que han hecho a las mujeres invisibles para la ciencia, las han convertido en elementos inferiores en el campo de la investigación.

Cuando una mujer se acerca al profesional de la medicina con la demanda de que está terriblemente cansada o con la queja de “que le duele todo”, y solicitando cada día análisis y pruebas para “que le encuentren” lo que le pasa, en muchas ocasiones el hecho de que sin levantarse de la silla, sin explorar, y con una analítica a la medida de las patologías del hombre, el profesional conteste: “Señora, usted no tiene NADA”. Porque en este momento, la paciente queda reducida a la NADA, al *Homo Sacer* de Agamben (2001), a quien como

está condenado a morir, no tiene ningún derecho para vivir, y en este momento su inferioridad es tan manifiesta, que está psicológicamente “preparada” para ser manipulada y controlada. En especial cuando se ponen en marcha dos reduccionismos que contribuyen especialmente a la indefensión aprendida de las mujeres, que es el que suponen la violencia y el género y el de la psicofarmacologización de la salud mental.

La penetración de las relaciones de poder como dominación y la recuperación de los derechos de ciudadanía como forma de ejercer el poder personal de cambio.

Los avances actuales con la posibilidad de convertir las propias células de la piel en células madre superan el debate ético de la utilización de embriones humanos. Sin embargo la biogenética va a necesitar de la bioética si queremos continuar participando en la decisión de nuestro futuro.

Para Giorgio Agamben, la tesis de Foucault según la cual ‘lo que hoy está en juego es la vida’ y la política se ha convertido, por eso mismo, en biopolítica- es, en este sentido, sustancialmente exacta. Pero es decisivo el modo en que se entiende esta transformación. En efecto lo que queda fuera de interrogación en los actuales debates sobre la bioética y la biopolítica es precisamente aquello que merecería ser interrogado por encima de cualquier otra cosa: es decir el propio concepto biológico de vida. Porque los actuales conceptos de vida están mediatizados por la misma introducción de la ideología y de la política en las mismas entrañas de la definición de la ciencia y en los conceptos científicos de la investigación. De ahí:

La función decisiva, aunque con frecuencia inadvertida, de la ideología médico-científica en el sistema de poder y el uso creciente de pseudo-conceptos científicos con finalidades de control político: la propia separación de la nuda vida, que el soberano podía llevar a efecto en ciertas circunstancias a partir de las formas de vida, se realiza ahora de forma cotidiana y masiva por medio de las representaciones pseudocientíficas del cuerpo, de la enfermedad y de la salud, y de la ‘medicalización’ de esferas cada vez más amplias de la vida y de la imaginación individual. La vida biológica, forma secularizada de la nuda vida, que tiene en común con ésta la indecibilidad y la impenetrabilidad, constituye así literalmente las formas de vida reales en forma de supervivencia en cuyo seno se aloja inadvertidamente como

oscura amenaza que puede actualizarse repentinamente en la violencia, el extrañamiento, la enfermedad o el accidente.

Es el soberano invisible que nos contempla tras las estúpidas máscaras de los poderosos que, consciente o inconscientemente, nos gobiernan en su nombre. (Agamben, 2001, p. 17).

Continúa pendiente el interrogarnos qué entendemos por vida, para poder impedir que cualquier forma de poder venga de donde venga interfiera en las decisiones que coarten nuestra libertad. Las feministas de la vida, las de la igualdad y las de la diferencia, debemos trabajar junto a los intelectuales, filósofos y hombres de “buena voluntad” para conseguir definir qué acciones emprendemos para mejorar nuestra vida, qué acciones emprendemos para impedir que nuestro medio ambiente lesiones nuestra salud, y qué acciones emprendemos para mejorar nuestra calidad y dar vida a nuestros años.

Referencias

- Agamben, Giorgio (2001). *Medios sin fin. Notas sobre la política*. Valencia: Pre-Textos.
- Arendt, Hannah (1988). *La Condición Humana*. Barcelona: Paidós.
- Borrell, Carme y Benach, Joan (Coord.) (2000). *Desigualdades de salud en Catalunya*. Barcelona: Caps- Bofill (Ed.), Mediterrània.
- Esteban, Mari Luz (2001). *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Gakoa.
- Fallowfield, Lesley (1990). *The quality of life. The Missing Measurement in Health Care*. London: Souvenir Press.
- Izquierdo, María Jesús (1998). *El malestar en la desigualdad*. Madrid: Cátedra.
- Krieger, Nancy (2003). Gender, sexes and health: what are the connections and why does it matter? *Int J Epidemiol*, 32, 652-657.
- Valderas, Jose Maria; Ferrer, Montserrat y Alonso, Jordi (2005). Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Medicina Clínica*, 125 (Supl. 1), 56-60.
- Valls-Llobet, Carme (2006). *Mujeres Invisibles*. Barcelona: Debolsillo.
- Valls-Llobet, Carme (2009). *Mujeres, Salud y Poder*. Madrid: Cátedra.
- Vianello, Mino y Caramazza, Helena (2002). *Género, Espacio y Poder*. Madrid: Cátedra.



CARME VALLS-LLOBET

Licenciada en Medicina por la Universidad de Barcelona. Ejerce actividad asistencial en Medicina Interna y Endocrinología. Profesora de la asignatura: Epidemiología de las diferencias entre mujeres y hombres. UB de 1997 hasta 2007. Actividad formativa en Salud y Género, en las escuelas de Salud Pública de Madrid, Valencia, Barcelona, Asturias, y en el Colegio de Médicos de Zaragoza. Cursos anuales de Morbilidad diferencial desde el Centro de Análisis y Programas Sanitarios CAPS a profesionales sanitarios. Desde 1999 hasta 2010. Participa en el Master Interuniversitari d'Estudis de Dones i Gènere, UB, y en el Master de Agentes de Igualdad de Oportunidades en el Mundo rural de la U. Lleida. Autora de los libros: *Mujeres y hombres: salud y diferencias* (1994. FOLIO); *Mujeres invisibles* (2006, Editorial de Bolsillo); *Mujeres, Salud y Poder* (2009. Catedra. Feminismos).

DIRECCIÓN DE CONTACTO

caps@pangea.org

FORMATO DE CITACIÓN

Valls-Llobet, Carme (2010). La salud bio-psico-social re-generada. *Quaderns de Psicologia* 12 (2), 175-181. Extraído el [día] de [mes] del [año], de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/807>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 17/09/2010

Primera revisión: 02/11/2010

Aceptado: 02/11/2010