

DISTINTOS SEXOS, DISTINTA SALUD¹

M.^a EUGENIA GONZÁLEZ SANJUÁN

PROFESORA DEL DEPARTAMENT DE SOCIOLOGIA I ANTROPOLOGIA SOCIAL
DE LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Recepción: 10-09-08

Aceptación: 15-09-08

RESUMEN

LAS ESTADÍSTICAS SANITARIAS INDUCEN A PENSAR QUE EL SEXO FEMENINO ESTÁ MÁS SANO. LA POBLACIÓN FEMENINA ES MÁS LONGEVA, REGISTRA TASAS DE MORTALIDAD INFERIORES Y RECIBE MENOS TRATAMIENTO HOSPITALARIO. SIN EMBARGO, LAS ENCUESTAS REFLEJAN QUE LAS MUJERES SE SIENTEN PEOR EN TODAS LAS EDADES, PRESENTAN MÁS PROBLEMAS O ENFERMEDADES CRÓNICAS, ACUDEN MÁS A LAS CONSULTAS MÉDICAS Y CONSUMEN MÁS FÁRMACOS. LOS DATOS, PUES, SON PARADÓJICOS, PRODUCTO DE UNA SERIE DE DETERMINANTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES QUE HAY QUE DESCUBRIR. A PARTIR DEL ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA DE SALUD SE PRETENDE MOSTRAR LA CAPACIDAD EXPLICATIVA DE LAS DESIGUALDADES PRODUCIDAS SOCIALMENTE ENTRE UN SEXO Y OTRO. PARA ELLO SE TOMARÁ COMO VARIABLE DEPENDIENTE LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD PERSONAL.

PALABRAS CLAVE:

SALUD, ENFERMEDAD, GÉNERO, ENCUESTAS DE SALUD.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad es un fenómeno universal que afecta a las gentes de cualquier lugar, aunque no siempre en el mismo grado o de la misma manera. Numerosas investigaciones han observado que el tipo de sociedad en la que se vive y trabaja, las condiciones económicas y culturales, el lugar que se ocupa en la estructura social o las relaciones interpersonales son factores determinantes del estado de salud (Cockerham 2002: 1).

En el presente artículo se abordan las desigualdades de salud desde la perspectiva de género. Esta línea de análisis, además de denunciar los numerosos sesgos androcéntricos que aún permanecen en la investigación, en la práctica médica y en los ensayos clínicos, ha desvelado significativas diferencias

de salud entre los varones y las mujeres. Su explicación no es sencilla, máxime cuando se constata que la distinta morbilidad y calidad de vida resulta de la combinación de los factores biológicos ligados al sexo y de los factores socioculturales que inciden en la posición social de los varones y las mujeres y en los modelos de masculinidad y feminidad.

El objetivo fundamental que orienta este trabajo consiste en descubrir si existen desigualdades de género en el estado de salud subjetivo. Es decir, comprobar si las mujeres se sitúan en una posición desfavorable como consecuencia de la distinta relación con el mercado de trabajo y de las asimetrías en las responsabilidades domésticas, en la asunción de cargas familiares, y en la variedad y cantidad de recursos disponibles.

¹ Este trabajo forma parte del análisis realizado para la tesis doctoral *El proceso de la enfermedad desde el enfoque de género: una reflexión sociológica del caso valenciano* (2007). Universitat de València.

Ahora bien, demostrar la idoneidad del paradigma de género no significa restar valor a otros factores que inciden en la salud; es más, hay que introducirlos para ponderar debidamente el equilibrio entre unos factores y otros, y romper con la uniformización que muchos análisis realizan del colectivo mujeres. En consecuencia, también se examinará si existen diferencias en personas del mismo sexo en función de la edad, la clase social, la formación académica, el nivel de ingresos, el tipo de trabajo o la estructura familiar. Variaciones intragénero que resultan de las diferencias en las condiciones de vida y atraviesan y profundizan las desigualdades de género.

A partir de estos objetivos se analizan los resultados de una encuesta de salud, ya que este tipo de encuestas representan la herramienta fundamental para conocer la salud de la población y sus factores determinantes. Por una parte, sólo a través de ellas se puede averiguar la autopercepción de la salud, indicador frecuentemente empleado en los estudios epidemiológicos porque se considera un buen índice global de salud², un adecuado medidor de la calidad y eficacia del sistema sanitario, y un valioso predictor de mortalidad³. Por otro lado, como las encuestas de salud recaban datos sobre una serie de características demográficas y socioeconómicas de las personas entrevistadas, es posible indagar las circunstancias de la estructura social que pueden actuar como variables explicativas.

En concreto, los datos proceden de la *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-01*⁴ (ESCV), para la cual se aplicó un extenso formulario a 6.691 sujetos mayores de 15 años, 4005 mujeres y 2686 varones, lo que supone una alta significación estadística al arrojar un error de ± 1.2 a un nivel de confianza del 95.5%. Como el cuestionario introdujo características diferenciales de mujeres y hombres determinadas por la asignación de papeles sociales

distintos a cada sexo, es posible valorar si el estado de salud está relacionado con los roles, los recursos o los estereotipos ligados a cada sexo⁵.

DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

La evaluación de la salud personal puede diferir de la que realizan los profesionales de la medicina para establecer si un sujeto está sano o enfermo, o de otras medidas empleadas para determinar el nivel de salud. En España, las valoraciones que las mujeres y los hombres expresan en las encuestas ilustran a la perfección la discrepancia entre la dimensión objetiva y subjetiva: mientras que todos los indicadores objetivos apuntan que la población femenina goza de más salud (con mejores cifras de expectativa de vida, de mortalidad o de morbilidad hospitalaria), las mujeres declaran sistemáticamente peor estado⁶. Se trata de una conclusión análoga a la observada en otros lugares del mundo y en estudios anteriores en España (Durán 1980, Antó et al. 1985, Juárez 1994, Miguel 1994, Rohlfs et al. 2000, Bartley 2004).

TABLA 1
Estado de salud subjetiva, por sexo (%)

	VARONES	MUJERES
Muy bueno	21,6	16,3
Bueno	58,1	53,5
Regular	15,3	23,2
Malo	4,3	6,1
Muy malo	0,7	0,8
TOTAL	100,0 n = 2686	100,0 n = 4005

Fuente: *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001)*.

Los datos sobre autopercepción de la salud en la sociedad valenciana confirman esta pauta invariable⁷. La Tabla 1 permite graduar las diferencias, de tal manera que frente a al 80% de los hombres que

² Porque informa de aspectos físicos, psicológicos y socioculturales.

³ Se ha descubierto que pronostica la muerte en forma más exacta que la morbilidad, especialmente en los mayores de 65 años.

⁴ Se solicitó la base de datos a la Conselleria de Sanidad y se aplicó el SPSS (Statistical Package for Social Science).

⁵ Pese a ello, como el propósito de la encuesta es más amplio y no está diseñada específicamente para detectar todos los procesos que intervienen en las diferencias de salud entre mujeres y hombres, algunos aspectos no pueden tratarse.

⁶ En la *Encuesta Nacional de Salud de 2006* se declaran sanos el 74% de los varones y el 61% de las mujeres.

⁷ La peor salud de las mujeres valencianas se detectó igualmente en la encuesta realizada a principios de los noventa y en la más reciente.

califica su estado de salud de bueno o muy bueno, en las mujeres se reduce al 70%.

Las mujeres también se muestran más pesimistas que los hombres cuando opinan sobre la evolución de su salud a lo largo del último año y emiten un juicio menos favorable cuando contrastan su estado personal con el de otras personas de la misma edad y condición social. Es posible que si las mujeres son más longevas y viven más años con incapacidad⁸, tengan peor salud. Sin embargo, la ESCV no parece corroborarlo. Primero, porque las diferencias en la autovaloración de la salud se mantienen en todos los grupos de edad, aunque el empeoramiento gradual de la salud desde la juventud hasta la ancianidad, inequívoco en los dos sexos, es más patente en la población femenina⁹. Segundo, porque la media de edad de los entrevistados mayores de 65 años es casi idéntica en ambos sexos (cerca de los 79 años). Así pues, las mujeres valencianas manifiestan un estado de salud peor que sus coetáneos varones.

La relación que guarda el estado de salud y la edad en cada sexo ha sido objeto de otros estudios. En Cataluña se constató que las ancianas mantienen una percepción de mala salud superior a los ancianos incluso ajustando por otras variables significativas, como la clase social, la edad, las discapacidades y enfermedades crónicas (Séculi et al. 2001: 222). Otros análisis han comprobado que sólo entre los más jóvenes la percepción de los varones es peor que la de las mujeres, lo que puede ser una prueba de que la menor desigualdad en la educación, en el trabajo y en las expectativas vitales que se produce en la juventud mejora la autopercepción de las mujeres (Requena Díez de Revenga 2000: 32). La ESCV no constata este fenómeno, pero sí demuestra que en las categorías de edad más jóvenes las diferencias son menores.

¿Por qué las mujeres informan de un peor estado de salud? Varios razonamientos, no excluyentes, podrían formularse. En primer lugar, es innegable

que deben influir las peculiaridades biológicas de cada sexo. El hecho fisiológico de la menstruación, la experiencia de la gestación, el postparto o la lactancia materna, pueden actuar como mecanismos que expliquen la peor salud de las mujeres, pues suponen una atención inevitable al cuerpo, una mayor focalización en su funcionamiento y sus cambios. Cada sexo, pues, tiene relaciones diferentes con su cuerpo, más instrumental en el caso de los hombres y más identitario en el de las mujeres, lo que puede favorecer en ellas el reconocimiento de los síntomas de malestar.

En segundo lugar, estas diferencias de salud autopercebida pueden derivarse del proceso de socialización diferencial, pues si en las mujeres se fomenta la expresión de sus fragilidades, en el varón se reprimen, lo que se traduce en un talante vital distinto. Por este motivo, como culturalmente es menos aceptable para ellos decir que están enfermos o que tienen problemas, no es descabellado presumir que ese compromiso con la masculinidad se refleje también en las encuestas. De otra parte, se ha demostrado ampliamente que las necesidades de hombres y mujeres no son siempre similares y que su manifestación tampoco es la misma, lo que sugiere que también las necesidades de salud puedan sentirse de otra manera, que cada sexo presente umbrales y maneras diferentes de vivir el malestar. Se sabe, por ejemplo, que para muchas mujeres sentirse enfermas es no disponer de la energía o fuerza suficiente para desarrollar las actividades cotidianas (Esteban 2001: 90), pero ¿adquiere el mismo significado en los hombres?

En tercer lugar, la percepción de la salud personal puede estar condicionada por el reparto de roles de género. Al rol de ama de casa se ha atribuido el mayor malestar de las mujeres, pero parece simplista la hipótesis de que la actividad doméstica es más compatible con la adopción del rol de enferma que la actividad remunerada y que por ello los

⁸ Según datos del INE, la esperanza de vida al nacer en 2005 se sitúa en España en 83,5 años para la población femenina y en 77 para la masculina; es decir, las mujeres viven 6,5 años más. La esperanza de vida libre de incapacidad también es mayor en las mujeres, pero la distancia se acorta significativamente porque ellas viven con incapacidad 3,4 años más que ellos (son las cifras que ofrece el Ministerio de Sanidad y Consumo para principios de siglo XX). Este segundo indicador es un complemento necesario para establecer comparaciones (Gispert et al. 2007).

⁹ Aún se mantiene una percepción social diferente de la madurez masculina y femenina: en los varones adquiere una connotación positiva, se destaca la atracción sexual, la experiencia profesional; en las mujeres se resalta la crisis y vulnerabilidad «propia» de la menopausia.

hombres presentan más dificultad para estar enfermos. Que las mujeres se sientan más enfermas no es sólo una cuestión de si su rol se lo «permite», sino también del efecto simbólico del trabajo doméstico, siendo convincente el argumento de que los roles y las vidas que llevan las mujeres pueden tener como consecuencia más estrés (y enfermedad) que las situaciones vitales de los hombres¹⁰ (Caro Gabalda 2001: 252). De otra parte, el papel de protectoras de la salud de la familia las hace más críticas y sensibles ante estas cuestiones, incluso se ha llegado a apuntar que la hipersensibilidad femenina explica la hipocondría que caracteriza a las mujeres dedicadas en exclusiva a las tareas domésticas (Miguel 1994: 197-203).

Por último, y en estrecha relación con lo anterior, tampoco hay que olvidar las relaciones de poder. La dominación masculina y la subordinación de las mujeres tiene fuertes implicaciones en el desarrollo de la subjetividad de ambos, y puede exteriorizarse con mayores muestras de malestar en la población femenina.

Las razones apuntadas no agotan todas las propuestas de explicación, pero son suficientes para mantener que el género puede mediar en la vivencia de la salud de múltiples formas, aunque no es el único factor que influye. El status socioeconómico representa otra variable central en los análisis sobre desigualdades en salud. El siguiente apartado se propone indagar la influencia simultánea de estas dimensiones.

LA IMPORTANCIA DEL ESTATUS SOCIOECONÓMICO EN LA SALUD SUBJETIVA

Las circunstancias socioeconómicas han actuado históricamente como los mayores determinantes de la salud de la población. En la actualidad, a pesar del desarrollo del Estado de Bienestar, y en particular

de la universalización de la cobertura sanitaria de la que disfrutaban países como España, las desigualdades en salud se mantienen. Los estudios revelan que pertenecer a la clase baja, tener un ínfimo nivel de estudios o disponer de escasos ingresos son factores de riesgo en la sociedad española (Regidor 2002). Por esta razón, para valorar cómo incide el estatus socioeconómico en la salud percibida se tomarán como variables independientes la clase social a la que los encuestados se adscriben, su nivel educativo y su nivel de renta. La ESCV ratifica el hecho, tantas veces demostrado, de que a medida que se descende en la escala de estratificación social la salud se deteriora apreciablemente¹¹. De los datos¹², aunque corresponden a la esfera de lo subjetivo, de la auto-identificación, se deriva una importante conclusión: la clase pobre es también la clase enferma¹³.

Al incorporar la variable sexo biológico se advierte que los hombres efectúan una valoración de su salud más positiva que las mujeres en todos los estratos, si bien en ambos empeora al descender de clase, especialmente en la población femenina al pasar del estrato medio al bajo. De este modo, son los varones de clase alta y las mujeres de clase baja los que presentan la mejor y peor salud, respectivamente.

Ante estas diferencias caben varias hipótesis. Primera, que hombres y mujeres empleen distintos criterios para posicionarse en la escala de estratificación, con lo cual la variable clase social subjetiva no homogeneiza lo suficiente. Segunda, que la privación material repercute más hondamente en el bienestar de las mujeres. Tercera, que las mujeres dispongan de menos recursos propios, de capital. Por último, que las diferencias de género derivadas de la socialización y conformadoras del carácter, así como los roles masculinos y femeninos, son visibles en todas las categorías socioeconómicas. En cualquier

¹⁰ Existe evidencia de que las situaciones estresantes propician una amplia variedad de enfermedades, entre las que se incluyen las cardiovasculares, y que en el sexo femenino el estrés puede desencadenar numerosas patologías y síntomas debido a su incidencia en la ovulación (Valls Lobet 1995: 61-62).

¹¹ En el caso de España: Durán 1983: 141, Rodríguez 1987: 194-195, Rodríguez y Miguel 1990: 66-67, Miguel, Caïs y Castilla 1995: 232, Lostao y Regidor 2002: 404.

¹² Del 90% que se declara sano en la clase alta, decrece al 77% en la media y al 54% en la baja.

¹³ No obstante, se produce un significativo autoposicionamiento de las personas ancianas en la clase baja, probablemente a consecuencia de las dificultades económicas que comportan sus exiguas pensiones. Es muy revelador que la proporción que se adscribe a esta categoría en la tercera edad duplica a la de los jóvenes (el 50% y el 25%, respectivamente).

caso, la denominada pobreza tiene una connotación de enfermedad, de dependencia, de penuria, de edad avanzada y, también, de feminización.

Procede examinar ahora la influencia del nivel de instrucción como factor que condiciona las oportunidades materiales y culturales disponibles. El nivel educativo puede intervenir no sólo porque está asociado a la renta o conduce a trabajos distintos, sino porque conlleva prácticas sanitarias y estilos de vida diferentes. Que duda cabe que los sectores más instruidos disfrutan de más recursos en términos de conocimientos, prestigio y relaciones sociales para comprender y poner en práctica la información y los mensajes sobre promoción de la salud; también están mejor equipados para evitar los riesgos y adoptar las estrategias preventivas que estén disponibles en un momento y lugar determinado.

A tenor de la ESCV se puede afirmar que la relación entre salud percibida y nivel educativo es estrecha para el conjunto de la población valenciana, pues con la educación formal aumentan las valoraciones positivas¹⁴. Al comparar las cifras por sexo se aprecia que la relación sigue siendo gradual en ambos y que en todos los niveles representan menor proporción las mujeres que califican su salud de muy buena, siendo muy revelador que el grupo más desventajoso en términos de salud esté representado por las mujeres sin estudios, de las cuales un 13% la evalúa negativamente.

Para interpretar convenientemente estos datos no puede obviarse la asociación entre el nivel de formación y la edad. Las dificultades de acceso al sistema educativo que sufrieron las generaciones más viejas implican que las personas con menos estudios son mayores y de clase social más baja. Por consiguiente, al acumular estos factores a través de la variable educación se producen diferencias sustanciales. Sin embargo, esta explicación todavía resulta incompleta para justificar la peor salud de las mujeres, lo que obliga a considerar otro tipo de variables que puedan arrojar luz al análisis.

El tercer indicador que se empleará para evaluar el estatus socioeconómico es el nivel de ingresos. Es evidente que los altos ingresos mejoran las condiciones de vida, favorecen la obtención de más diagnósticos y más tempranos (Rodríguez y Miguel 1990: 66), permiten la aplicación de tratamientos más costosos, la práctica de actividades saludables, etc.

El estado de salud de la población valenciana reproduce con bastante exactitud las diferencias económicas existentes, siendo positivo el efecto de la renta en la salud: a mayor nivel de ingresos mejor nivel de salud¹⁵. Esta tendencia es extrapolable a ambos sexos, de tal manera que la población con muy buena salud oscila en las mujeres entre el 8% de las que declaran ingresos bajos (menos de 600 € mensuales) y el 41% de las que tienen ingresos altos (superiores a 3000 €), y en los hombres entre el 10% y el 38%, respectivamente. Es decir, la salud de las mujeres es mejor cuando ambos sexos tienen elevados ingresos, lo que parece avalar la hipótesis de que ante rentas elevadas el malestar de las mujeres se reduce. Lo que no plantea discusión es que el estatus socioeconómico (medido a través de la clase social subjetiva, el grado de instrucción y el nivel de renta) mantiene una estrecha y directa relación con la salud, repetidamente confirmada y hasta calificada como la causa fundamental de las diferencias socioeconómicas en salud (Lostao y Regidor 2002: 413).

LOS EFECTOS DEL TRABAJO SOBRE LA SALUD

El tipo de trabajo es una dimensión básica en el enfoque de género debido a la división tan nítida que tradicionalmente se ha establecido entre el trabajo masculino y femenino y que, aunque debilitada, todavía permanece. Sin embargo, la invisibilidad física y social del trabajo asignado a las mujeres ha contribuido a que aún exista un importante desconocimiento acerca de cómo afecta a la salud. Puede sospecharse que el trabajo reproductivo, el cuidado de la casa y de la familia, contenga claves que ayu-

¹⁴ Se autodefinen sanos el 57% de las personas sin estudios y el 90% de las que tienen estudios superiores.

¹⁵ La relación es lineal, de tal modo que si gozan de muy buena salud el 9% de los entrevistados/as cuyos ingresos son inferiores a los 600 € al mes, gradualmente aumenta hasta representar el 40% del estrato más alto, el que corresponde a los que ingresan más de 3.000 € mensualmente.

¹⁶ Así lo puso de manifiesto el *Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad de Madrid* (1998: 36).

den a explicar su peor salud. Por un lado, su aislamiento social-productivo es un significativo factor de riesgo en el desarrollo de la enfermedad, como desde el constructivismo social se ha destacado (Mingote Adán 2001: 25). Por otro, su bajo prestigio social favorece sentimientos autoevaluativos negativos¹⁶. Además, es un servicio ininterrumpido de satisfacción de las necesidades físicas y psicológicas de los miembros de la familia que exige estar disponible las veinticuatro horas del día y resulta profundamente insatisfactorio cuando se prolonga de forma indefinida durante toda la vida como asignación social y obligatoria.

Frente al trabajo doméstico, el remunerado aporta a las mujeres tiempo propio, mayor autonomía, ingresos económicos, la posibilidad de aplicar la formación y capacitación recibidas y, lo que tal vez sea más importante, una puerta abierta al mundo público que amplía el marco de relaciones interpersonales y ayuda a establecer redes de apoyo con otras personas. Dicho de otra manera, el trabajo remunerado incrementa las oportunidades de recompensas y satisfacción y, con ello, refuerza el bienestar. Todos estos beneficios dependerán, naturalmente, de la calidad del puesto de trabajo, pues si está mal pagado, es de poca responsabilidad y poco valorado socialmente, entraña escasa o nula capacidad de control, se realiza con irregularidad de horarios, etc., su efecto protector sobre la salud de mujeres, y de los hombres, es más cuestionable.

Ahora bien, como es sobradamente conocido, la progresiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo no se ha correspondido con una mayor igualdad en la distribución de las tareas dentro del hogar. Las obligaciones de las mujeres se han ampliado, pero apenas las responsabilidades de los varones en la esfera doméstica¹⁷. Aunque las mujeres disfruten de empleo, la atención del hogar y de

la familia les lleva a desempeñar el rol de ama de casa y el de mujer «trabajadora», lo que al parecer sucede incluso cuando son las principales proveedoras de ingresos en sus hogares.

Numerosos estudios destacan el efecto beneficioso del desempeño de varios roles al comprobar que la salud de las asalariadas es mejor que la de las amas de casa (Arber 1991, Rohlf et al. 1997, Khlat et al. 2000). Otros apuntan que la acumulación de tareas aumenta el esfuerzo físico y mental, y la imposibilidad de atender todas las demandas provoca ansiedad y agotamiento, que acaba reduciendo la capacidad del organismo para afrontar enfermedades o para vencer acontecimientos estresantes¹⁸. Además, muchas madres asalariadas viven conflictivamente las exigencias de las dos condiciones, lo que puede producir «una fractura entre su identidad como mujer y como madre» (González de Chávez 2001: 25).

No es extraño que se obtengan resultados encontrados, porque así son las experiencias y los sentimientos que vertebran la vida de las mujeres que compatibilizan el empleo y el trabajo doméstico, «una juxtaposición de elementos nuevos y viejos», (Beck y Beck-Gernsheim 2003: 140). La actividad laboral extradoméstica puede significar un antídoto contra la enfermedad, pero las ventajas que reporta pueden verse superadas por la presencia de estrés o ansiedad que empeoren la salud.

Por otro lado, aunque la relación entre salud y trabajo se ha observado que es estrecha en la Comunidad Valenciana¹⁹, hay que admitir la dificultad de establecer la dirección de causalidad y determinar si es el empleo la variable independiente y por tanto el que promueve la salud, o si por el contrario es la buena salud la que favorece tener un empleo, que en este caso actúa como variable dependiente²⁰. Las cifras apuntan que en las mujeres un buen estado

¹⁷ La Ley de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral (Ley 39/1999) muestra la crisis del modelo social vigente, aunque es insuficiente para impulsar de modo efectivo la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Por ejemplo, no incorpora ninguna medida que pueda asegurar que los varones se vayan a involucrar más en los cuidados y responsabilidades familiares.

¹⁸ En este sentido, un estudio realizado en Andorra evidenció que las trabajadoras con hijos presentaban peor salud mental y menor vitalidad (Artazcoz 2001: 60).

¹⁹ El test estadístico de la Chi-Cuadrado no ha demostrado probabilidad de que estas dos variables sean independientes. Se puede afirmar, en consecuencia, que el estado de salud percibido y la situación laboral son dos variables claramente asociadas. Además, como era de esperar, la Razón de Verosimilitud lo confirma.

²⁰ La salud es una condición para realizar un trabajo pero también es resultado del trabajo.

TABLA 2
Estado de salud subjetiva, por sexo y situación laboral (%)

	VARONES			MUJERES		
	Trabajo remunerado	Parado	Amo de casa	Trabajo remunerado	Parada	Ama de casa
Muy bueno	25,4	24,7	30,7	23,0	14,6	12,5
Bueno	64,6	54,9	21,7	61,0	63,3	55,5
Regular	8,5	16,6	40,1	14,0	19,7	25,8
Malo	1,3	3,8	7,5	1,8	2,5	5,5
Muy malo	0,2	-	-	0,1	-	0,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001)*.

de salud favorece tener empleo y en ambos sexos el trabajo productivo mejora la salud.

Al comparar entre las personas que trabajan fuera del hogar, las paradas y las que se dedican a tareas domésticas (Tabla 2), se advierte que tanto los hombres como las mujeres que tienen empleo son los que se sienten más sanos, que el desempleo empeora la salud en los dos y que las mujeres con empleo tienen una salud mejor que los hombres parados o amos de casa, siendo estos últimos los que presentan la salud más deficiente, quizá porque el trabajo doméstico tiene un efecto más nocivo en los varones al ser considerado un trabajo femenino. La evidencia empírica de que las empleadas tienen una salud no sólo mejor que las que trabajan en casa, sino casi comparable a los hombres, prueba que el trabajo doméstico es un determinante fundamental de la peor salud de las mujeres.

Estudiosos del tema han sugerido que las actitudes hacia el trabajo, y no tanto las características objetivas del mismo, están vinculadas directamente al estado de salud, de tal modo que las actitudes negativas ejercen un efecto nocivo. Con objeto de verificarlo se ha examinado la relación entre la satisfacción laboral y la salud percibida, de la que se infiere que estar mucho, bastante o poco satisfecho con el trabajo productivo apenas hace variar la evaluación que realizan los hombres, aunque sí empeora la autopercepción cuando la satisfacción es nula. Sin embargo, las mujeres que están satisfechas tienen una salud moderadamente mejor que las que

se declaran poco satisfechas y sustancialmente mejor que las que no lo están nada.

La satisfacción con el trabajo reproductivo aparece igualmente asociada al estado de salud en ambos sexos, pero actúa de un modo diferente: si los hombres que declaran nula satisfacción son los que mejor califican su salud, en las mujeres son las poco o nada satisfechas las que peor la califican. La conclusión que se desprende de estos resultados es que el bienestar en el trabajo doméstico es un factor que promueve el bienestar general de las mujeres; es decir, independientemente de si la actividad es productiva o reproductiva, la satisfacción laboral favorece la salud femenina.

Ciertamente, ni las mujeres ni los trabajos son categorías homogéneas, pues el trabajo asalariado no puede separarse del resto de la vida de las mujeres. Y tampoco el trabajo de ama de casa, porque no es lo mismo dedicarse a ello en la fase reproductiva, cuando todavía se es joven, que en la de nido vacío. Por otro lado, como las fronteras entre el trabajo y el hogar son más permeables para las mujeres, su salud debe estar moldeada por sus experiencias como trabajadoras asalariadas, como madres y compañeras. El siguiente apartado trata de ver cómo se correlacionan la autopercepción de la salud y la situación familiar.

ESTADO DE SALUD Y CARGAS ASISTENCIALES FAMILIARES

El proceso de democratización en la familia se resiste a modificar los estereotipos de género. La pre-

TABLA 3
Estado de salud de las mujeres, por tipo de trabajo y tamaño del hogar (%)

	TRABAJO REMUNERADO			TRABAJO DOMÉSTICO		
	1	2 a 4	Más de 4	1	2 a 4	Más de 4
Muy bueno	9,9	16,4	18,1	9,1	20,4	34,4
Bueno	37,6	57,5	57,7	36,4	43,3	48,2
Regular	35,4	20,9	20,7	39,4	25,5	14,7
Malo	14,9	4,6	3,1	10,4	10,4	2,7
Muy malo	2,2	0,6	0,5	3,8	0,4	-
NS/NC	-	-	-	0,9	-	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001)*.

sión social cada vez mayor para que las parejas se rijan por unos criterios más igualitarios es más efectiva en el ámbito de las actitudes que de los comportamientos, lo que se traduce en un desigual reparto de las tareas y responsabilidades en la familia que puede repercutir directamente sobre la salud²¹.

Los efectos que los roles familiares producen en la salud sólo pueden ser explicados a partir de las tareas que conllevan. Ser esposa/madre ha significado asumir la responsabilidad de los asuntos domésticos, de la higiene, la alimentación y el cuidado. Ser esposo/padre ha significado asumir la responsabilidad de aportar al hogar los ingresos económicos. Y es posible que estos papeles tengan consecuencias distintas sobre el bienestar personal.

Es evidente que el trabajo doméstico aumenta con el número de personas que integran el hogar y ello posiblemente afecte a la salud de quienes soportan la carga fundamental. En Cataluña se apreció que el mal estado de salud de las mujeres aumentaba con el número de miembros, pero no sucedía así en la población masculina (Moreno 2001: 68). En la población trabajadora de Terrassa se comprobó que las asalariadas que vivían en hogares de más de cuatro personas presentaban peor salud, mientras que la salud de los varones era independiente de esta variable doméstica (Artazcoz et al. 2001: 150). En la sociedad valenciana, por su parte, la salud de ambos

sexos mejora cuando el hogar no es muy numeroso, pero los hombres, vivan con más o menos personas, tienen siempre una salud mejor que las mujeres. Además del tamaño de la familia, el esfuerzo de las mujeres varía dependiendo de si realizan o no una actividad remunerada, de manera que el número de personas que componen el hogar puede resultar más gravoso para las asalariadas. La Tabla 3 expone las cifras que permiten verificarlo.

Los resultados indican que las empleadas disfrutan de mejor salud que las amas de casa cuando el hogar tiene de 2 a 4 miembros, mientras que cuando supera las 4 personas gozan de más salud las amas de casa. Es posible que si el poder adquisitivo de la familia permite costearse los recursos necesarios para disponer de ayuda externa remunerada, la salud de las mujeres puede no resentirse, como parecen demostrar los datos referidos a las desigualdades de salud por clase social. Pero si los ingresos familiares impiden la contratación de empleadas de hogar, parece que la conciliación se «financia» con la salud personal.

Procede ahora dar un paso más en el análisis y valorar qué sucede con la salud cuando en la familia hay personas dependientes. Hasta el momento, los Estados del Bienestar no han sido generosos en sus transferencias a las familias y algunos países, como España, prácticamente limitan la intervención

²¹ Los datos sobre usos del tiempo a lo largo de la última década muestran que la dedicación de las mujeres y los varones españoles al cuidado de la familia apenas se ha alterado. Las mujeres vienen dedicando una hora diaria más.

TABLA 4
Estado de salud subjetiva, por sexo y cargas familiares – ancianidad (%)

	VARONES		MUJERES	
	Sin cargas	Con cargas	Sin cargas	Con cargas
Muy bueno	24,0	14,2	18,6	12,5
Bueno	63,4	48,9	64,8	36,1
Regular	9,8	23,6	14,2	28,1
Malo	1,9	11,1	1,8	17,6
Muy malo	0,9	2,2	0,6	4,7
NS/NC	-	-	-	1,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001)*.

pública a aquellas situaciones en las que fracasan las redes sociales primarias²².

Es indiscutible que el menor número de hijos y las pensiones de jubilación de los ancianos han posibilitado una reducción de los cuidados familiares, pero siguen «pesando» en la vida familiar, en la de las mujeres, principales sustentadoras del sistema informal de cuidados. A pesar de que esta desigualdad se mantiene como un elemento fundamental en la construcción social de género que condiciona la trayectoria vital de muchas mujeres, paradójicamente su invisibilidad social es todavía mayor que el resto de actividades domésticas.

Cuidar a los miembros de la familia puede tener una influencia negativa sobre los cuidados personales. Los niños/as pequeños, las personas ancianas o las discapacitadas exigen una atención que va en detrimento del descanso personal. Además, una vez adquirido el rol de cuidadora es difícil transformarlo en rol de enferma (La Parra 2002: 78-79); con lo que se puede sufrir una dolencia y no tratarla convenientemente. Ahora bien, cuidar influye en la salud en función de la extensión e intensidad del cuidado, que a su vez depende del grado de dependencia de la persona cuidada.

El resultado de la prueba Chi-Cuadrado indica que el estado de salud percibido no es independiente de las cargas familiares, ni en los hombres ni en las mujeres. Cuando consiste en atender a menores, la relación es algo confusa, pues si sólo se contempla a los que declaran que su salud es muy buena, se aprecia una clara tendencia en los dos sexos: conforme incrementa el número de hijos empeora la salud. Pero si se agrupan las evaluaciones positivas (buena y muy buena), la relación desaparece. No obstante, la escasa cifra de encuestados con más de 2 hijos obliga a tomar con prudencia los datos porque además de ser incongruentes, discrepan con los hallados en investigaciones anteriores²³.

La presencia en el hogar de una persona mayor dependiente sí muestra estar asociada a la salud, como refleja la Tabla 4. Las mujeres y los varones que están al cuidado de un anciano/a declaran una salud más deficiente que el resto, pero en las mujeres se produce un deterioro más acusado, de tal modo que entre quienes tienen esta carga familiar sólo el 49% de ellas se declaran sanas, frente al 63% de ellos.

De estas cifras se infiere que quienes atienden a los ancianos en la familia son, fundamentalmente, las mujeres y como consecuencia sufren más

²² No obstante, es muy difícil medir el papel de las familias en la producción de bienestar (Esping-Andersen 2000: 75). Por ello son encomiables los estudios realizados en esta dirección, como el de M^a Ángeles Durán en España, quien por primera vez describe y cuantifica los cuidados no monetarizados (2002).

²³ En Cataluña se observó que las asalariadas con más de dos hijos en el hogar presentaban un riesgo de mal estado de salud 2,35 veces superior a las que vivían sólo con su pareja, mientras que en los hombres no se apreciaba relación alguna entre la salud y este tipo de cargas (Artazcoz et al. 1999).

sus efectos negativos²⁴. En cualquier caso, mientras las encuestas no introduzcan preguntas específicas sobre «cuidados informales», no será posible contrastar con rigor a través de esta fuente si la tarea de cuidador/a genera malestar²⁵.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Este recorrido a través de los datos de la encuesta de salud muestra importantes diferencias entre un sexo y otro, de las que cabe destacar las siguientes:

1. Las mujeres declaran peor estado de salud que los hombres. Esta desigual percepción se mantiene en todos los grupos de edad, en todas las clases sociales y en todos los niveles de instrucción y de ingresos.

2. Realizar un trabajo remunerado beneficia la salud, en especial la de las mujeres. Las empleadas tienen una salud subjetiva no sólo mejor que las que trabajan en casa, sino también mejor que la de los hombres desempleados o los amos de casa.

3. Independientemente del tipo de trabajo que realicen las mujeres y los hombres, la satisfacción laboral favorece su salud.

4. El número de miembros del hogar es decisivo para la salud de las mujeres y apenas interviene en la de los varones.

5. La salud autopercebida aparece claramente asociada a la presencia en el hogar de una persona mayor dependiente. Los varones y las mujeres que están al cuidado de un anciano/a presentan una salud más deficiente que los que no tienen esta responsabilidad, si bien el empeoramiento es más acentuado en las mujeres.

Finalmente, el análisis realizado pone de manifiesto que para interpretar con rigor las diferencias por sexo en el estado de salud es necesario considerar varias esferas:

1^a. La biológica: porque mujeres y hombres son biológicamente distintos. La función procreadora de las mujeres determina prácticas y experiencias personales y sociales diferentes desde la adolescencia.

2^a. La psicológica: porque las mujeres y los hombres presentan etiquetas psicosociales distintas. Dichas etiquetas están asociadas a los roles asignados a cada sexo, de tal manera que entre las amas de casa y las mujeres que realizan una actividad remunerada surgen diferencias nada despreciables en la autovaloración del bienestar personal.

3^a. La social: porque si bien ha cambiado la situación de las mujeres, su inserción paulatina en el mercado laboral no las ha liberado del trabajo doméstico y de las cargas familiares. Por ello, no es extraño que las mujeres con un trabajo insatisfactorio y mal retribuido, con pesadas demandas sobre múltiples roles, con pobres recursos materiales y de la red social, financien con su salud la conciliación de la vida laboral y familiar.

4^a. La cultural: porque sobre las mujeres inciden imágenes sociales que pueden ser contradictorias. Ser buena madre implica asumir las cargas familiares, tener espíritu de sacrificio, aceptar el sufrimiento propio y ajeno y no tener vida propia²⁶. Y esta imagen puede ser difícil de compatibilizar con la imagen de la mujer como persona, con su derecho a definir por sí misma su proyecto vital.

En definitiva, se nace hombre o mujer, se aprenden cualidades masculinas y femeninas y se asumen roles distintos que van ligados a actividades, obligaciones, normas, valores y expectativas diferentes. Esta construcción social de género produce importantes desigualdades entre los hombres y las mujeres en el mantenimiento de la salud, es decir, diferencias que son evitables e injustas²⁷.

²⁴ Cansancio, fatiga, insomnio, dolores de espalda, ansiedad, depresión y aislamiento social son problemas de salud que presentan la mayoría de las cuidadoras (Mazarrasa Alvear 2001: 88).

²⁵ Dos aportaciones muy útiles para mejorar el análisis de género en las encuestas de salud son: Ruiz-Cantero et al. 2006a y Ruiz-Cantero et al. 2006b.

²⁶ La maternidad, además de ser una función natural, tiene una dimensión social esencial porque la feminidad y la maternidad han sido fuertemente identificadas (Blanco García 2004: 141).

²⁷ Mediante la creación del Observatorio de la Salud de las Mujeres en el año 2004, el gobierno español adquirió el compromiso de situar la salud de las mujeres en el centro de la agenda política de salud. En los últimos días de 2006 se hizo público el primer estudio, el *Informe Salud y Género 2005*, un primer paso para mejorar el conocimiento sobre las causas y dimensiones de las diferencias en salud entre hombres y mujeres y elaborar estrategias para solucionarlas.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- ANTÓ, J. M. et al. (1985): *Encuesta de salud de Barcelona*. Barcelona, Ayuntamiento de Barcelona.
- ARBER, S. (1991): «Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status», *Social Science and Medicine*, 32: 425-436.
- ARTAZCOZ, L. et al. (1999): «Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada», *Gaceta Sanitaria*, 13: 190-196.
- ARTAZCOZ, L. (2001): «La organización del trabajo o riesgo psicosocial: la evaluación olvidada», en *Género y Salud*. I Jornadas de la red de médicas y profesionales de la salud. Madrid, Instituto de la Mujer; pp. 53 – 61.
- ARTAZCOZ, L. et al. (2001): «Trabajo doméstico, género y salud en la población ocupada», *Gaceta Sanitaria*, 15 (2): 150-153.
- BARTLEY, M. (2004): *Health inequality. An introduction to theories, concepts and methods*. Cambridge, Polity Press.
- BECK, U. y E. Beck-Gernsheim (2003): *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona, Paidós.
- BLANCO GARCÍA, A. I. (2004): «Maternidad y control social», *Arxius*, 11: 133-147.
- CARO GABALDA, I. (2001): *Género y salud mental*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- COCKERHAM, W. C. (2002): *Sociología de la Medicina*. Madrid, Pearson.
- CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM (1992): *Encuesta de salud de la Comunidad Valenciana (1990-1991)*. Valencia, Generalitat Valenciana.
- CONSELLERIA DE SANITAT (2002): *Encuesta de salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001)*. Valencia, Generalitat Valenciana.
- CONSELLERIA DE SANITAT: *Encuesta de salud de la Comunidad Valenciana 2005*. [Acceso en septiembre de 2008 en <http://www.san.gva.es/docs/encuesta/7escv05.pdf>]
- DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (1998): *Informe sobre la Salud y la Mujer en la Comunidad de Madrid*. Madrid, Dirección General de Salud Pública.
- DURÁN, M. A. (dir.) (1980): *Informe sobre Morbilidad, Mortalidad y Condiciones Socioeconómicas en España*. Madrid, Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social.
- DURÁN, M. A. (1983): *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid, Tecnos.
- DURÁN, M. A. (2002): *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao, Fundación BBV.
- ESPING-ANDERSEN, G. (2000): *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona, Ariel.
- ESTEBAN, M. L. (2001): *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia, Tercera Prensa-Hirugarren Prentsa.
- GISPERT, R. et al. (2007): «Diferencias en la esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y Comunidades Autónomas en España», *Revista española de salud pública*, 81 (2): 155-165.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. A. (2001): «Preparación para el parto versus preparación para la maternidad y paternidad», en *Género y Salud*. I Jornadas de la red de médicas y profesionales de la salud. Madrid, Instituto de la Mujer; pp. 23 – 31.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA: *Indicadores demográficos básicos*. [Acceso en septiembre de 2008 en <http://www.ine.es/jaxiBD/menu.do?L=0&divi=IDB&his=0&type=db>]
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2008): *Encuesta Nacional de Salud 2006*. [Acceso en septiembre de 2008 en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0>].
- JUÁREZ, M. (dir.) (1994): *V Informe sociológico sobre la situación social en España (Sociedad para todos en el año 2.000)*. Madrid, Fundación FOESSA.
- KHLAT, M. et al. (2000): «Women's health in relation with their family and work roles: France in the early 1990s», *Social Science and Medicine*, 50: 1807-1825.
- LA PARRA, D. (2002): *La atención a la salud en*

- el hogar: desigualdades y tendencias*. Alicante, Universidad de Alicante.
- LOSTAO, L. y E. Regidor (2002): «Desigualdades sociales en salud en España», en W. C. Cockerham, *Sociología de la Medicina*. Madrid, Pearson; pp. 396-418.
- MAZARRASA ALVEAR, L. (2001): «Estrategias de promoción de la salud», en C. Miqueo et al. (ed.): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid, Minerva; pp. 77-93.
- MIGUEL, A. de (1994): *La sociedad española: 1993-94*. Madrid, Alianza.
- MIGUEL, J. M. de, J. Cais y E. J. Castilla (1995): «El sector sanitario», en M. Juárez (dir.): *V Informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000. Documentación social*, 101: 227-272.
- MINGOTE ADÁN, C. (2001): «La medicina psicosomática desde una perspectiva de género», en *II Jornadas de Salud Mental y Género*. Madrid, Instituto de la Mujer; pp. 15-29.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *Indicadores de salud*. [Acceso en septiembre de 2008 en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm#esperanza>].
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *Informe Salud y Género*. [Acceso en septiembre de 2008 en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf>].
- MORENO, N. (2001): «Condiciones de trabajo y salud desde una perspectiva de género», en *Género y Salud*. I Jornadas de la red de médicas y profesionales de la salud. Madrid, Instituto de la Mujer; pp. 63-70.
- REGIDOR, E. (coord.) (2002): *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*. Alicante, Universidad de Alicante.
- REQUENA DIÉZ DE REVENGA, M. (2000): «Cambio social, género y salud», en C. Mingote Adán y B. López-Doriga Alonso (coord.), *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid, Instituto de la Mujer; pp. 13-33.
- RODRÍGUEZ, J. A. (1987): *Salud y sociedad. Análisis sociológico de la estructura y dinámica del sector sanitario español*. Madrid, Tecnos.
- RODRÍGUEZ, J. A. y J. M. de Miguel (1990): *Salud y poder*. Madrid, CIS-Siglo XXI.
- ROHLFS, I. et al. (1997): «Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibida de las mujeres», *Medicina Clínica*, 108: 566-571.
- ROHLFS, I. et al. (2000): «La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud», *Gaceta Sanitaria*, 14 (2): 146-155.
- RUIZ-CANTERO, M. T. (2006a): «Sesgos de género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud 2003», *Gaceta Sanitaria*, 20 (2): 161-165.
- RUIZ-CANTERO, M. T. (2006b): «Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud», *Gaceta Sanitaria*, 20 (6): 427-434.
- SÉCULI, E. et al. (2001): «Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida», *Gaceta Sanitaria*, 15 (3): 217-223.
- VALLS LLOBET, C. (1995): «Consecuencias orgánicas del estrés. Cómo afecta de forma diferenciada a hombres y mujeres», en *Incidencia del estrés en la salud de las mujeres*. Vitoria-Gasteiz, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer; pp. 54-68.