

Género, trabajos y salud en España

Lucía Artazcoz^{a,d} / Vicenta Escribà-Agüir^{c,e} / Imma Cortès^{a,c,d}

^aAgència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.

^bUniversitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

^cRed de Investigación de Salud y Género.

^dRed de Centros de Salud Pública.

^eDirecció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia. España.

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por la Red Temática de Investigación de Salud y Género (G03/042) y la Red de Centros de Salud Pública financiadas por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo y el FIS (Ayuda 00/0686).

Correspondencia: Lucía Artazcoz. Agència de Salut Pública de Barcelona. Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.
Correo electrónico: lartazco@imsb.bcn.es

Recibido: 22 de septiembre de 2003.

Aceptado: 28 de noviembre de 2003.

(Gender, paid work, domestic chores and health in Spain)

Resumen

En este trabajo se revisan las diferencias y desigualdades de género existentes en España en el trabajo remunerado y en el doméstico, se analizan el impacto de ambos tipos de trabajo en la salud y se describen las principales estrategias políticas de la Unión Europea (UE) y España para alcanzar la igualdad de género en el trabajo. En España la tasa de actividad femenina es significativamente más baja que en otros países de la UE. En el mercado laboral existe una segregación horizontal –hombres y mujeres trabajan en distintos sectores– y vertical –ellos ocupan los puestos de categoría superior–, causa de las diferencias de género en las condiciones de empleo y en la exposición a riesgos laborales. La precariedad laboral es significativamente más alta en las mujeres (un 19% de paro en las mujeres frente a un 9% en los hombres), así como la contratación temporal. Ellos están más expuestos a riesgos físicos y padecen más accidentes laborales; ellas lo están más a riesgos psicosociales, sobre todo las trabajadoras manuales. Las mujeres continúan asumiendo la mayor parte del trabajo del hogar, aun estando ocupadas, lo que es causa de efectos negativos en su salud. La UE ha establecido entre sus prioridades aumentar el empleo femenino, lo que significa que en el período 2000-2010 España debe crear 3 millones de puestos para las mujeres y facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar. Avanzar hacia la igualdad de género en el trabajo requiere políticas de empleo decididas que garanticen la igualdad de oportunidades para ambos sexos en el empleo, así como la corresponsabilidad de los hombres en las tareas del hogar. En España, además, es urgente incrementar significativamente los recursos públicos para el cuidado de los niños y otras personas dependientes del hogar.

Palabras clave: Desigualdades. Género. Salud de las mujeres. Empleo. Trabajo doméstico.

Abstract

The present study reviews gender-related differences and inequalities in paid work and domestic chores in Spain. The impact of both types of work on health are analyzed and the main policies of the European Union (EU) and Spain to achieve gender equality at work are described. In Spain, fewer women are in paid work than in other EU countries. The labor market displays horizontal segregation (men and women work in different sectors), as well as vertical segregation (men hold more senior positions), leading to gender-related differences in employment conditions and exposure to occupational hazards. The precariousness of work is significantly higher in women (19% unemployment in women versus 9% in men) and women are more likely than men to have temporary contracts. Men are more frequently exposed to physical risks and suffer a greater number of occupational accidents; women, especially manual workers, are more frequently exposed to psychosocial risks. Most domestic chores continue to be performed by women, even by working women, which negatively affects their health. The EU has made an increase in female employment a priority, which means that from 2000-2010 Spain should create 3 million jobs for women and implement work/family policies. Achieving gender equality at work requires employment policies that would guarantee equal opportunities for both sexes, as well as shared responsibility for domestic chores between men and women. In Spain, moreover, there is an urgent need to significantly increase public childcare facilities and resources for the care of other dependent individuals.

Key words: Inequalities. Gender. Women's health. Employment. Domestic chores.

Introducción

Durante las 4 décadas de dictadura conservadora, hasta 1975, España vivió bajo una fuerte influencia de la cultura católica que hace recaer el cuidado de la familia en las mujeres. El estado de bienestar se mantuvo muy débil, sin servicios de apoyo para las familias y con tasas de actividad femenina muy bajas. A pesar de que con la democracia el estado de bienestar ha experimentado un gran desarrollo, España todavía conserva características heredadas de aquel período, como una notable división sexual del trabajo que asigna a las mujeres un papel central en el hogar y a los hombres en el trabajo remunerado¹.

Aunque en los últimos años ha aumentado significativamente la incorporación de las mujeres españolas al mercado de trabajo, su situación está todavía muy lejos de la de otros países de la Unión Europea (UE). Mientras que en 2001 la tasa de actividad femenina en la UE era del 47%, en España se situaba en el 39%, porcentaje sólo comparable a otros países de la UE mediterránea, como Grecia (38%) o Italia (36%), y mucho más bajo que los de Dinamarca (60%) o Suecia (57%), por ejemplo². Esta baja tasa de actividad femenina se acompaña de diferencias y desigualdades de género en el mercado laboral, en las condiciones de empleo y en la exposición a riesgos laborales, lo que en parte motiva las diferencias de género en salud.

Pero además de las diferencias de género en el trabajo remunerado, existen desigualdades en el trabajo doméstico derivadas de la persistencia de los papeles sociales tradicionales asignados a hombres y mujeres. Ellas, aun ocupadas, no sólo continúan asumiendo la mayor parte del trabajo de casa, sino que además lo hacen en un contexto en el que los recursos comunitarios para el cuidado de las personas dependientes son muy escasos³. Así, las mujeres que se incorporan al mercado de trabajo hacen una doble jornada, mientras que otras, en proporciones muy superiores a otros países de la UE, continúan trabajando a tiempo completo como amas de casa. Todo ello va a tener repercusiones diferentes en la salud de los hombres y las mujeres.

En este artículo se revisan las desigualdades de género en el trabajo en España y las diferencias de género de su impacto en la salud. El artículo se estructura en 3 partes. En la primera se describen las diferencias y desigualdades de género en el trabajo remunerado y en el doméstico; en la segunda se analizan las diferencias de género en el impacto de ambos tipos de trabajo en el estado de salud, profundizando en los riesgos de naturaleza psicosocial. Finalmente, se describen las principales estrategias políticas de la UE y España para alcanzar la igualdad de género en el trabajo.

Las fuentes de datos utilizadas son publicaciones científicas, informes y estadísticas oficiales, fundamentalmente de la última década. Además, se aportan datos originales procedentes del análisis de la Encuesta de Salud de Barcelona⁴, la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana⁵ y la IV Encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo (ENCT)⁶.

Diferencias de género en el empleo

Como ya se ha comentado, en España la tasa de actividad de las mujeres ha crecido de forma significativa en los últimos años, aunque todavía es inferior a la de la mayoría de los países de la UE. Si en 1980 la tasa de actividad femenina en nuestro país era del 27%, en 2001 alcanzaba el 39%. Por el contrario, en ese mismo período en los hombres se observa un retroceso en la tasa de actividad, que pasa del 72 al 64%².

La segregación horizontal y vertical

Como en otros países desarrollados, existe una segregación horizontal del mercado de trabajo: los hombres y las mujeres trabajan en sectores de actividad económica diferentes, ellas a menudo reproduciendo el papel tradicional de responsable del mantenimiento de la familia y el hogar (p. ej., empleadas en la sanidad, la enseñanza o el servicio doméstico). En la muestra de trabajadores entrevistados en la IV ENCT, el empleo que ocupaba a más mujeres asalariadas era el de auxiliar administrativa, con o sin atención al público (el 15,7 y el 9,4%, respectivamente), mientras que los porcentajes correspondientes para los hombres en esas ocupaciones eran del 2,6 y el 3,1%, respectivamente. Por el contrario, casi no había mujeres trabajando en la ocupación que más hombres acapara, mecánicos y ajustadores de maquinaria (el 6,1 frente al 0,1%). También, como en otros países, en España las mujeres acceden a una menor variedad de puestos de trabajo. Así, en la muestra entrevistada en la IV ENCT, si el 50% de los hombres asalariados se distribuían en los 12 puestos de trabajo más frecuentes (Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994, a 2 dígitos), la mitad de las mujeres lo hacía en sólo 6 (ENCT, elaboración propia). Las 2 primeras ocupaciones de los hombres, mecánicos y ajustadores de maquinaria y albañiles, ocupaban al 12% de ellos; sólo la primera ocupación de las mujeres, auxiliares administrativas con atención al público, ocupaba al 16% de ellas.

Además de la segregación horizontal, existe una clara segregación vertical por la cual los puestos de trabajo de categoría superior están ocupados por miembros de grupos privilegiados, en este caso los hombres.

Del total de los trabajadores entrevistados en la IV ENCT, el 51% de los hombres y el 31% de las mujeres tenían subordinados a su cargo; estos porcentajes, para el caso de trabajadores manuales, fueron del 34 y el 20%, respectivamente.

En la actualidad, en la UE los hombres ganan un 15% más que las mujeres por hora de trabajo⁷. La situación es peor en el sector privado, donde la diferencia entre hombres y mujeres es del 19%, frente al 10% en el público. Además, las diferencias salariales son superiores entre las personas con mayor nivel de estudios. En el año 2000 las trabajadoras con estudios universitarios ganaban un 32% menos que sus colegas masculinos de estudios similares; el porcentaje correspondiente entre las personas sin cualificación era del 22%. Los datos de Eurostat revelan además un escaso avance hacia la igualdad entre los años 1994 y 1998. En este período sólo Bélgica, Portugal y Reino Unido experimentaron progresos en la reducción de la distancia de los salarios. Sin embargo, en España la ganancia media femenina, que suponía en 1994 el 90% de la de los hombres, en 4 años pasó al 86%, la mayor caída de la UE y el único país de la UE donde aumentaron las diferencias de género, junto con Austria⁷. La tendencia al aumento de la desigualdad salarial entre mujeres y hombres parece haber continuado. Según datos de la Encuesta de Salarios en la Industria y los Servicios, en el año 2000 la ganancia media por hora de las mujeres era el 75% de la de los hombres⁸.

La precariedad laboral

La precariedad laboral es un constructo constituido por dimensiones diferentes, como la temporalidad, la vulnerabilidad o la ausencia de beneficios sociales⁹. Aquí se describen 2 dimensiones relacionadas con la precariedad laboral: el paro y la contratación temporal.

España continuaba siendo en el año 2001 el país de la UE con mayor tasa de paro (13%), con un porcentaje que casi duplicaba la media en la UE (7,6%). Asimismo, es preocupante que las diferencias de género eran también en España las más altas de su entorno, con 10 puntos de diferencia entre hombres y mujeres, cifra sólo comparable a la situación de Grecia y muy lejos de las de otros países del sur de Europa, como Italia y, sobre todo, Portugal (tabla 1)².

Como se aprecia en la tabla 2, el paro no se distribuye por igual en todas las capas sociales, sino que afecta en mayor medida a las más desfavorecidas. Mientras en 2002 en las personas con estudios primarios incompletos la tasa se situaba en el 14%, en los universitarios superiores era prácticamente la mitad. Se mantienen las diferencias de género en todos los niveles y son más acentuadas entre las personas con formación técnica, con estudios secundarios o superiores,

Tabla 1. Tasas de paro en la Unión Europea en el año 2001 según el país y el sexo (%)

	Total	Mujeres	Hombres	Diferencia
Unión Europea	7,6	8,8	6,6	-2,20
Bélgica	6,2	6,9	5,6	-1,30
Dinamarca	4,2	4,8	3,6	-1,20
Alemania	7,8	7,8	7,8	0,00
Grecia	10,2	15,4	6,7	-8,70
España	13,0	18,9	9,0	-9,90
Francia	8,6	10,5	7,0	-3,50
Irlanda	3,6	3,4	3,8	0,40
Italia	9,6	13,0	7,4	-5,60
Luxemburgo	2,1	2,6	1,8	-0,80
Países Bajos	2,1	2,5	1,8	-0,70
Austria	4,0	4,1	3,9	-0,20
Portugal	3,9	5,1	3,0	-2,10
Finlandia	10,3	10,7	9,8	-0,90
Suecia	5,5	5,0	5,9	0,90
Reino Unido	4,7	4,1	5,2	1,10

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Anuario de Estadísticas Laborales, 2001.

donde el paro de las mujeres es casi 3 veces mayor que el de los hombres. Este hecho evidencia la dificultad de las mujeres para entrar en determinados sectores, como los técnicos, tradicionalmente masculinos.

En consonancia con la alta tasa de paro, también en España la contratación temporal es la más alta de los países de la UE. Mientras en 2001 la tasa de contratación temporal entre los asalariados de la UE era del 13,4%, en España la cifra casi se triplicaba (31,6%). Vale la pena resaltar que en Portugal, el segundo país de la UE en contratación temporal, la cifra era significativamente más baja que la española (20,3%). Pero, además, también en este indicador las diferencias de

Tabla 2. Tasas de paro en España en el año 2001 según el nivel de estudios y el sexo (%)

Nivel de estudios	Total	Hombres	Mujeres	Diferencia
Analfabetos	21,3	19,5	24,0	4,5
Estudios primarios incompletos	14,1	11,5	19,1	7,6
Estudios primarios completos	10,1	7,7	15,2	7,5
Estudios secundarios	11,5	7,9	17,3	9,4
Programas formación profesional	12,3	6,9	19,3	12,4
Educación general	11,3	8,1	16,9	8,8
Enseñanza superior	8,3	5,3	11,7	6,4
Técnico-profesionales superiores	9,3	5,3	15,2	9,9
Primer ciclo	8,7	5,9	11,0	5,1
Segundo y tercer ciclo	7,2	4,9	9,9	5,0
Otros	9,2	7,2	11,5	4,3

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Anuario de Estadísticas Laborales, 2001.

género eran superiores en nuestro país, con tasas más altas para las mujeres, en comparación con los hombres, en 2,1 puntos en la UE y 4,1 en España².

Los riesgos laborales

Dada la segregación de género del mercado laboral, los hombres y las mujeres están expuestos a riesgos diferentes: ellos más a los de naturaleza física, productos tóxicos o derivados de la manipulación manual

de cargas; ellas, sobre todo las trabajadoras manuales, más a un entorno psicosocial adverso (tabla 3). Pero hay claras diferencias de clase social: en ambos sexos el entorno laboral es más adverso entre los trabajadores manuales. En este sentido, llama la atención que el 24% de los hombres de este colectivo están expuestos más de media jornada a productos tóxicos y el 51%, al ruido.

En comparación con los hombres de su misma clase social, las trabajadoras manuales están expuestas con más frecuencia a un exceso de trabajo (el 14% frente

Tabla 3. Exposición a factores de riesgo laboral según la clase social y el sexo en la población asalariada española (%)

	No manuales ^a			Manuales ^a		
	Hombres (n = 747)	Mujeres (n = 754)	p ^b	Hombres (n = 1.548)	Mujeres (n = 571)	p ^b
Riesgos físicos						
Temperatura inadecuada en verano	16,6	18,0	NS	37,7	23,4	< 0,0001
Temperatura inadecuada en invierno	15,1	17,0	NS	29,3	15,0	< 0,0001
Grado de humedad inadecuado	14,9	13,3	NS	18,6	9,6	< 0,0001
Ruido	28,3	19,0	< 0,0001	50,9	30,3	< 0,0001
Vibraciones	4,1	2,4	NS	12,1	4,6	< 0,0001
Productos tóxicos	11,2	8,9	NS	23,8	19,0	0,02
Riesgos osteomusculares						
Mantener posturas dolorosas o fatigantes durante más de media jornada	5,3	7,0	NS	9,6	10,9	NS
Mantener una misma postura durante más de media jornada	32,1	35,3	NS	24,6	35,6	< 0,0001
Levantar cargas pesadas durante más de media jornada	2,5	0,8	0,008	7,3	3,9	0,004
Realizar una fuerza elevada durante más de media jornada	1,2	0,7	NS	5,2	2,3	0,003
Realizar movimientos de brazos y manos muy repetitivos durante más de media jornada	27,3	28,7	NS	35,7	46,2	< 0,0001
Riesgos psicosociales						
Mantener una atención elevada durante más de media jornada	71,1	64,2	0,005	55,5	42,9	< 0,0001
Mantener un ritmo de trabajo elevado durante más de media jornada	45,7	39,5	0,02	30,7	29,1	NS
Realizar tareas muy repetitivas durante más de media jornada	27,3	27,1	NS	33,1	43,4	< 0,0001
Cantidad de trabajo excesiva	20,7	18,7	NS	9,9	14,2	0,006
Prolongación habitual de la jornada laboral sin compensación económica	37,1	29,2	0,001	17,0	23,5	0,001
Malas relaciones con los superiores	8,9	5,2	0,005	8,3	7,3	NS
Malas relaciones con los compañeros	3,1	2,6	NS	1,9	3,1	NS
Imposibilidad de cambiar el orden de las tareas	17,0	9,0	NS	29,0	31,1	NS
Imposibilidad de cambiar el método de trabajo	16,0	21,2	0,009	38,5	39,3	NS
Imposibilidad de cambiar el ritmo de trabajo	15,8	19,3	NS	33,4	35,8	NS
Imposibilidad de cambiar el orden de las pausas	15,1	17,7	NS	36,7	37,7	NS
Falta de oportunidad de desarrollar las propias habilidades	3,6	5,5	NS	12,4	21,6	< 0,0001
Ninguna promoción desde que trabaja en la empresa	41,2	52,6	< 0,0001	45,4	65,5	< 0,0001

^aLa clasificación de los trabajadores en manuales y no manuales se ha basado en la ocupación codificada a 2 dígitos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones.

^bNS: no significativo (p > 0,05).

Fuente: IV Encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo, 1999 (elaboración propia).

al 10% en los hombres) o a la prolongación de la jornada laboral sin compensación económica (el 24 frente al 17%, respectivamente). Probablemente, este alargamiento de la jornada tiene diferentes implicaciones para la salud de las trabajadoras poco cualificadas respecto a las más cualificadas. Mientras éstas trabajan más horas para realizar un trabajo de alto contenido, en muchos casos tal vez voluntariamente, aquéllas a menudo deban prolongar su jornada de forma obligada en trabajos menos gratificantes.

Las mujeres tienen menos oportunidades de promoción profesional, sobre todo las menos cualificadas, lo que es consistente con la menor proporción de mujeres con subordinados a su cargo. Además, según la IV ENCT, entre los trabajadores manuales destaca la elevada proporción con un bajo control sobre el trabajo. El 43% hace tareas muy repetitivas más de la mitad de la jornada, y alrededor de la quinta parte afirma que su trabajo no les permite desarrollar sus habilidades.

Se ha señalado que la distribución de las diferencias de género en los factores de riesgo psicosocial podría atenuarse, e incluso desaparecer, en poblaciones cualificadas. En un estudio sobre los factores de riesgo psicosocial, realizado en una muestra aleatoria representativa de ámbito nacional en personal sanitario de urgencias y emergencias, se aprecia que en los médicos no hay diferencias de género respecto a la exposición a altas demandas psicológicas, el escaso apoyo y el bajo control en el trabajo. En el personal de enfermería se observa la misma tendencia, pero en lo referente a la dimensión de control sobre el propio trabajo, las enfermeras perciben una mayor exposición al bajo control que los enfermeros (un 44 y un 26%, respectivamente)¹⁰.

Diferencias de género en el trabajo doméstico

A diferencia de otros países de nuestro entorno, en España todavía muchas mujeres continúan trabajando a tiempo completo como amas de casa. Además, las mujeres ocupadas siguen siendo las principales responsables del trabajo del hogar. Y es que en España está extendida la creencia de que en los primeros años de vida de los hijos es conveniente que sea la madre la encargada de atenderlos, cosa que se asocia con la idea de que las madres con hijos pequeños no deberían trabajar fuera de casa³. En un estudio realizado en una muestra de 2.494 adultos¹¹, casi la mitad opinaba que las mujeres debían abandonar el mercado laboral cuando tenían hijos menores de 3 años, sin diferencias de género. Además, el 27% de los hombres y el 19% de las mujeres pensaban que debían abandonarlo incluso cuando sus hijos superaban esa edad.

Los hombres dedican mucho menos tiempo que las mujeres, aun estando éstas empleadas, al trabajo doméstico. Entre las personas ocupadas casadas o que viven en pareja, el tiempo de trabajo en el hogar es muy superior en las mujeres y aumenta linealmente con el número de personas en el hogar. En la figura 1 se muestran las diferencias de género en el tiempo de trabajo doméstico semanal en la Comunidad Valenciana y en la ciudad de Barcelona en el año 2000, según datos de las encuestas de salud realizadas en ambas poblaciones^{4,5}. Las diferencias en el tiempo de trabajo doméstico entre los 2 territorios, superior en la Comunidad Valenciana, pueden ser debidas a una formulación diferente de la pregunta (en la encuesta de Barcelona se diferenciaba entre las horas dedicadas en los días laborales y en los fines de semana, mientras que en la de la Comunidad Valenciana no se hacía esta distinción), pero los patrones de género y edad son similares. Aunque la contribución de los hombres jóvenes al trabajo de casa es superior a la de los mayores, continúa siendo muy inferior a la de las mujeres de su mismo grupo de edad. Así, no es extraño que Moss¹² se refiera al ámbito privado como el reducto más oculto y no regulado donde se ejerce el poder, la autoridad y el control sobre la extracción de la fuerza de trabajo.

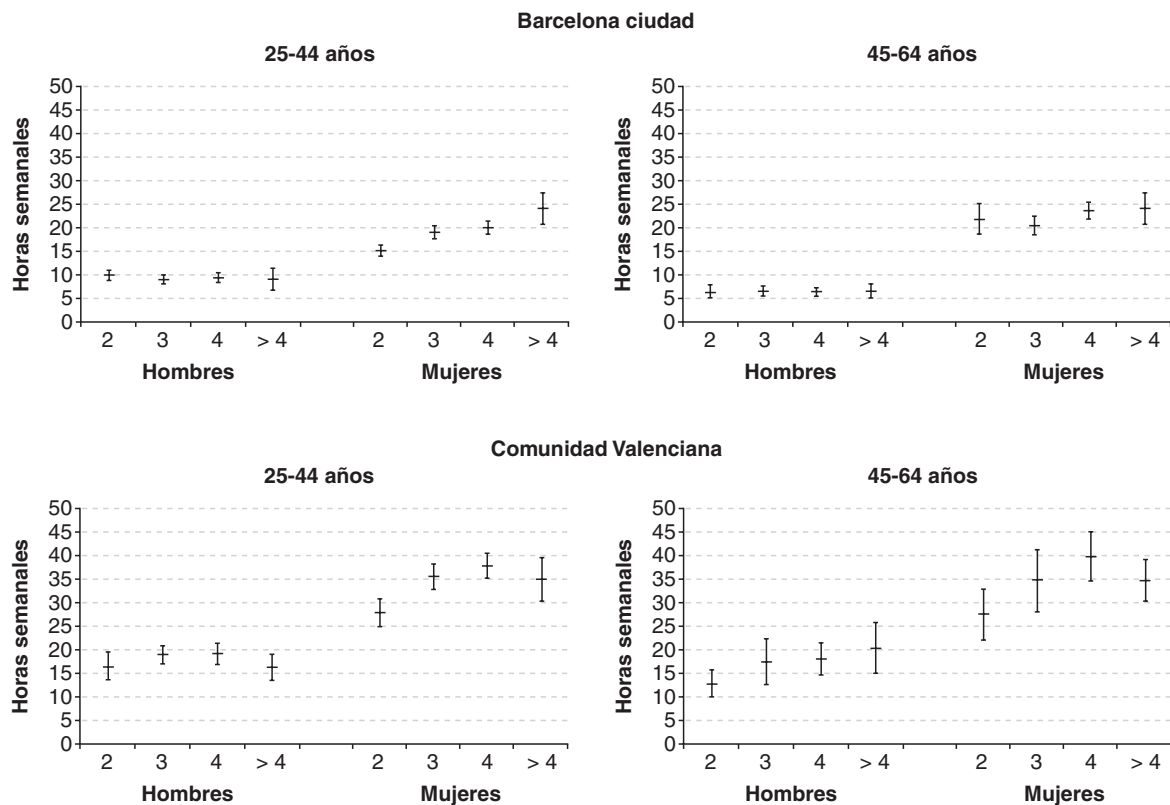
Pese a que los hombres dedican más tiempo al trabajo remunerado que las mujeres, el tiempo de trabajo total es superior en ellas y aumenta de forma lineal con el número de personas en el hogar, tal como se aprecia en la figura 2.

Estrategias para la conciliación de la vida laboral y familiar

El trabajo a tiempo parcial. En los países desarrollados, una de las estrategias más habituales para compaginar la vida laboral y familiar es el trabajo a tiempo parcial. Sin embargo, en España esta modalidad de empleo está mucho menos extendida que en el resto de la UE. Según datos de la Encuesta de Población Activa (EPA), el año 2001 trabajaba con este tipo de jornada el 8% de la población ocupada frente al 18% en la UE. El trabajo a tiempo parcial sigue siendo una alternativa, sobre todo para las mujeres. En 2001 en la UE trabajaban a tiempo parcial el 33% de las mujeres y sólo el 6% de los hombres; los porcentajes correspondientes en España eran del 17 y el 3%, respectivamente².

Aunque también en España el trabajo a tiempo parcial en las mujeres se asocia con mayor frecuencia que en los hombres a la necesidad de compaginar la vida laboral y familiar, parece que la jornada parcial no es una alternativa escogida, sino más bien obligada, incluso entre las mujeres, fundamentalmente por las limitaciones impuestas por el mercado de trabajo más que por factores personales. En 2001 sólo el 12% de las mujeres españolas y el 0,3% de los hombres afir-

Figura 1. Horas de trabajo doméstico semanal (media e intervalo de confianza del 95%), según el número de personas en el hogar, el grupo de edad y el sexo, en personas ocupadas de 25-64 años de edad que viven en pareja.



Fuentes: Encuesta de Salud de Barcelona 2000; Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001 (elaboración propia).

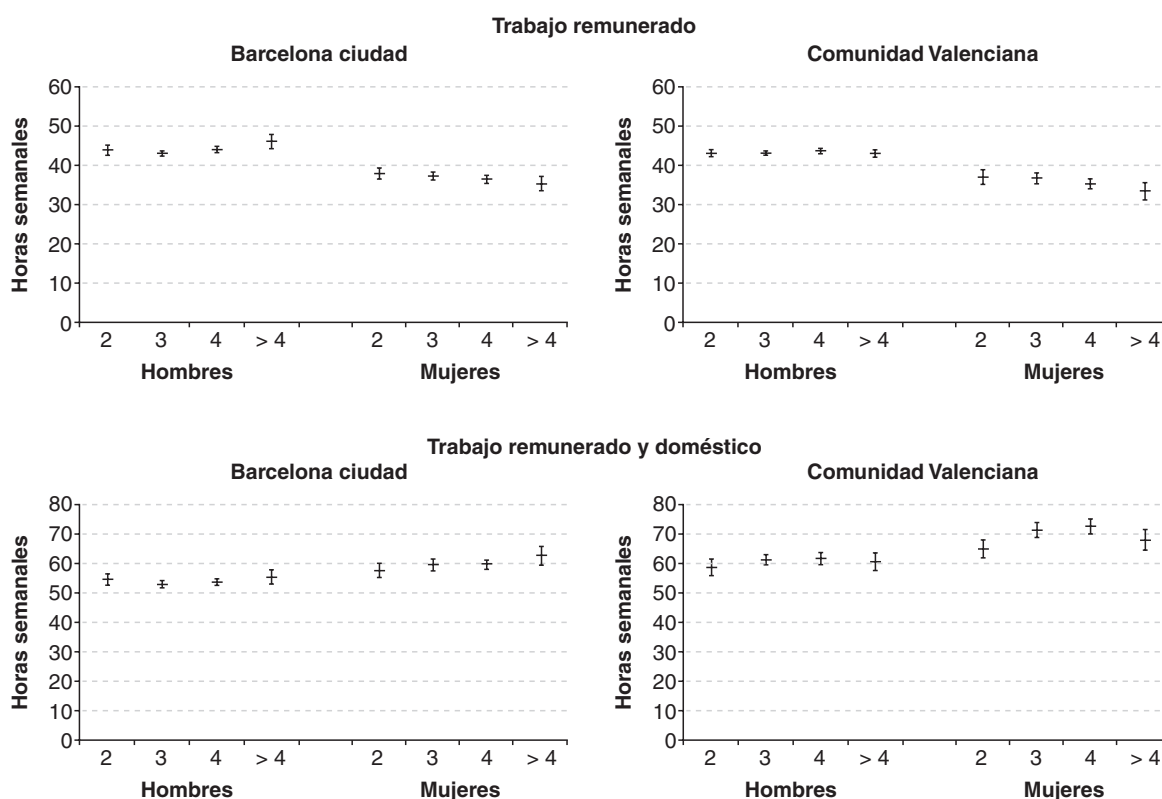
maban hacer este tipo de jornada por obligaciones familiares, y el 5% de ellos y el 10% de ellas porque no quisieron otro trabajo a tiempo completo. Las razones más frecuentes para trabajar a tiempo parcial eran que la actividad realizada ya implica esta jornada (un 37% de la población ocupada, sin diferencias de género) o no haber podido encontrar un trabajo a tiempo completo (un 20%, sin diferencias de género)².

Sin embargo, no parece que el trabajo a tiempo parcial sea la mejor solución para alcanzar la igualdad de género en el trabajo. Se han descrito peores condiciones de trabajo en las ocupaciones a tiempo parcial¹³. Según la III Encuesta Europea de Condiciones del Trabajo¹⁴, el empleo a tiempo parcial se concentra en un pequeño número de ocupaciones que habitualmente suponen tareas más monótonas, con menos oportunidades para aprender y desarrollar las habilidades, y peor pagado, no sólo en términos del sueldo mensual, sino en precio por hora. En España, además, en ambos sexos la temporalidad es mucho más alta en los trabajos a tiempo parcial (el 70% en los hombres y el 52% en las mujeres)². Además, hay un predominio de tra-

bajos menos cualificados: en 1999 la proporción de trabajadoras manuales asalariadas entre las que trabajaban a tiempo completo era del 40%, frente al 63% entre las que lo hacían a tiempo parcial (IV ENCT, elaboración propia). Adicionalmente, trabajar a tiempo parcial lleva consigo una reducción del salario y significa también la limitación de la carrera profesional, la reducción de la cuantía de las pensiones de jubilación, calculada según la base de cotización a la Seguridad Social, o la disminución de la presencia de las mujeres en la vida pública y, por tanto, en los ámbitos de toma de decisiones, lo cual significa que sus necesidades y puntos de vista continúan ausentes en los ámbitos de decisión políticos y económicos.

El apoyo informal. Uno de los recursos más extendidos para el cuidado de los hijos menores son los abuelos, singularmente la abuela materna. En una encuesta realizada en una muestra representativa de familias con hijos menores de 13 años residentes en ciudades del área metropolitana de Madrid en 1995, el 37% afirmaba recibir con frecuencia o con mucha frecuencia la

Figura 2. Horas de trabajo doméstico remunerado y total a la semana (media e intervalo de confianza del 95%), según el número de personas en el hogar y el sexo, en personas ocupadas de 25-64 años que viven en pareja.



Fuentes: Encuesta de Salud de Barcelona 2000; Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001 (elaboración propia).

ayuda de los padres de la madre en el cuidado y la atención de los hijos, el 13% de los suegros y el 19% de sus hermanas¹¹.

España no es una excepción en la utilización del apoyo informal para resolver el problema de la conciliación durante la etapa preescolar. Según un informe realizado por la Unidad de Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea, «aunque hay indicios que denotan que en algunos países está aumentando gradualmente el papel de los servicios más formales, en la mayoría de los estados miembro la red informal sigue siendo la forma más común de atención a los hijos mientras los padres trabajan fuera; la excepción principal la constituyen los países nórdicos, donde los servicios financiados públicamente son en la actualidad los más utilizados»¹⁵.

Los servicios de proximidad. En Europa se está produciendo una expansión de la prestación de servicios a las familias con los llamados servicios de proximidad. Se trata de un conjunto de medidas muy variadas que tienen en común la aportación externa de recursos en

forma de servicios que contribuyen a ayudar a las familias en el cuidado de los hijos pequeños y de los mayores dependientes.

Estos servicios pueden ser proporcionados directamente por la Administración, de forma gratuita o no, o bien por el mercado, ya sea a precios subvencionados o no. Entre el largo catálogo de servicios de proximidad se encuentran las guarderías infantiles, los servicios de asistencia a domicilio o los centros de día. Las ocupaciones llamadas de «proximidad», de economía social o «familiares» son consideradas como un auténtico yacimiento de empleo, sobre todo para mujeres y jóvenes, que contribuye a aliviar las necesidades de las familias¹⁶. Pero, de hecho, estos trabajos de proximidad no son nuevos: la novedad importante es que sean propiciados y subvencionados por los poderes públicos³.

Las diferencias en el desarrollo de los servicios de proximidad entre los países europeos son muy grandes. Mientras en el período 1990-1994 la cobertura de los servicios públicos de atención a la población infantil de 0 a 2 años alcanzaba el 50% en Alemania oriental,

el 48% en Dinamarca o el 33% en Suecia, en España se situaba en el 2%, un nivel similar al de Alemania occidental, Irlanda, Grecia o el Reino Unido. Por el contrario, en España los niveles de escolarización para niños de 3-6 años (84%) son buenos en términos comparativos³.

El aumento de la población mayor de 65 años supone un nuevo reto. Si en 1960 las personas mayores de 65 años representaban en España el 8,2% de la población, en 2002 la proporción se había duplicado (17,2%). Aunque algunos países perciben el cuidado de los ancianos como una responsabilidad central del Estado, otros, como España, Italia o Portugal, sitúan esta obligación en la familia¹⁶, responsabilidad que finalmente recae en una mujer del núcleo familiar. Así se explica que España sea uno de los países europeos con menos servicios para los mayores de 65 años¹⁷.

Diferencias de género en el impacto en la salud

Los accidentes de trabajo

En España los accidentes de trabajo continúan siendo una prioridad en salud laboral. El año 2001, entre los asalariados españoles se produjeron 12.086 accidentes graves y 1.330 mortales en jornada laboral, lo que supone unas incidencias de 93,8 y 8,0 por 100.000 asalariados, respectivamente. La mayoría de estos accidentados fueron hombres (un 89% de los accidentes graves y un 97% de los mortales)², lo que se explica por la segregación horizontal que hace que los hombres estén empleados en las tareas con mayor riesgo de accidente. Pero el impacto del trabajo en la salud va mucho más allá de los accidentes laborales.

Los trabajos como determinantes sociales de la salud

A diferencia de los países nórdicos europeos, Reino Unido, Estados Unidos o Canadá, donde la investigación sobre el papel de los trabajos como determinantes sociales del estado de salud tiene una larga tradición, en España todavía hay pocos estudios de esta naturaleza.

El análisis de los determinantes sociales del estado de salud de los hombres y las mujeres se ha abordado de forma diferente. En relación con los hombres, se ha adoptado un marco estructural dominado por las desigualdades de clase social, habitualmente medida a través de la ocupación, o bien modelos de estrés basados en el riesgo psicosocial del trabajo remunerado. Por el contrario, la investigación de los determinantes sociales de la salud en las mujeres se ha centrado prioritariamente en el marco de los roles (que analiza la si-

tuación laboral, el estado civil o de convivencia y la paternidad o maternidad), donde los de esposa y madre son centrales y el empleo se considera un rol adicional¹⁸. Mientras en España se han realizado bastantes estudios sobre las desigualdades de clase en salud, prácticamente no los hay sobre la relación entre los roles sociales y la salud.

Numerosos estudios sobre los roles sociales documentan que las mujeres empleadas tienen mejor estado de salud que las que trabajan a tiempo completo como amas de casa¹⁹⁻²¹. Además, se ha comprobado que este hecho no se debe simplemente a un «efecto de la trabajadora sana»²²⁻²⁴. Algunos de los beneficios que proporciona el empleo son las oportunidades para desarrollar la autoestima y la confianza en la propia capacidad de decidir, el apoyo social para personas que de otra forma estarían aisladas y las experiencias que aumentan la satisfacción con la vida¹⁸. Además, el salario aporta a las mujeres independencia económica e incrementa su poder en la unidad familiar. Estas observaciones apoyan la hipótesis del «aumento de rol», según la cual los diferentes papeles pueden actuar como fuentes alternativas de bienestar.

Sin embargo, otros estudios dan soporte a las hipótesis de sobrecarga y conflicto de rol. Se ha documentado que el empleo tiene efectos beneficiosos sobre la salud de las mujeres solteras pero no sobre la de las casadas²³ o que entre las madres estos beneficios se limitan a las que trabajan a tiempo parcial²⁵⁻²⁷. Parece que cuando la carga de trabajo total es elevada, combinar la vida laboral y familiar puede perjudicar la salud.

Si la limitada caracterización de la carga de trabajo asociada con la ocupación de diferentes roles es una de las razones que explicaría las contradicciones observadas, también el contexto socioeconómico y cultural merece más atención. Así, se han documentado interacciones significativas entre la situación laboral y la desventaja social –medida a través del estado civil y de la propiedad de la vivienda– en el análisis de los determinantes sociales de la salud²⁸. Además, los roles familiares y laborales pueden tener un significado y una repercusión diferentes entre los distintos países¹². Aunque la mayoría de los estudios sobre la influencia de las diferentes configuraciones de roles en el estado de salud se han realizado en el norte de Europa, Reino Unido, Estados Unidos y Canadá, disponemos de algunos datos sobre la situación en nuestro país.

En el contexto español, aún con actitudes tradicionales en relación con los roles sociales de los hombres y las mujeres, con una baja participación de los hombres en las tareas de casa y pocos recursos comunitarios para el cuidado de las personas dependientes, bien pudiera suceder que el empleo no aportara beneficios a la salud de las mujeres. Rohlf et al²⁹ documentaban que en Barcelona las mujeres empleadas te-

nían mejor estado de salud que las que trabajaban a tiempo completo como amas de casa. El hecho de no restringir la población de estudio a mujeres con responsabilidad principal en las tareas del hogar (una proporción significativa de mujeres ocupadas probablemente vivía con sus padres y tenían poco trabajo en casa) no despeja totalmente la duda de si realmente el empleo aporta beneficios o no a esa mayoría de mujeres ocupadas que además, tiene que asumir el trabajo doméstico. Por otra parte, los resultados pueden cambiar según el indicador de salud analizado.

Así, en nuestro entorno no parecen tan claros los beneficios aportados por el empleo para la salud de las mujeres con responsabilidad principal en la unidad familiar. En un estudio realizado en mujeres catalanas de 25 a 64 años, casadas o que vivían en pareja, en el que se analizaron diferentes indicadores de salud, aunque se observó en general un mejor estado de salud entre las empleadas, los resultados fueron más consistentes para las mujeres con un bajo nivel de estudios. En cambio, tanto en las mujeres de clase social alta como en las de clase baja no se observaron diferencias en el estado de salud mental según la situación laboral³⁰. Sin embargo, las amas de casa tenían un mayor riesgo de consumir ansiolíticos, antidepresivos y tranquilizantes. Este mismo hallazgo sobre el estado de salud mental y el consumo de fármacos relacionados ha sido documentado también con datos de la Encuesta de Salud de Barcelona (2000)³¹. Estos resultados sugieren que el hecho de no encontrar diferencias en el estado de salud mental según la situación laboral podría ser debido a que los potenciales beneficios aportados por el empleo quedan enmascarados por el mayor consumo de tranquilizantes entre las amas de casa.

Según datos de las encuestas de salud de la Comunidad Valenciana y de Barcelona, en el año 2000 no se observaron diferencias en el estado de salud percibido según la situación laboral en las mujeres de 25-64 años casadas o que vivían en pareja³¹.

Combinación de la vida laboral y familiar

Algunos estudios realizados en población ocupada de 25 a 64 años, casada o que vive en pareja en Cataluña^{32,33}, País Vasco³⁴ y Navarra³⁵ evidencian el impacto negativo de la doble jornada —con la carga de trabajo doméstico básicamente medida a través del número de personas presentes en el hogar— en diferentes indicadores de salud en las mujeres, pero ninguna asociación en los hombres. A partir de los datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana⁵, también se reproduce el mismo hallazgo (datos no publicados). Además, en Cataluña y en el País Vasco se comprobó que este efecto negativo de la carga de tra-

bajo doméstico se limitaba a las trabajadoras de clases más desfavorecidas^{32,34}. Este hallazgo sugiere que las mujeres de clases más favorecidas económicamente cuando intentan conciliar la vida laboral y familiar pueden costearse los recursos necesarios para hacerlo; en cambio, las menos privilegiadas parece que «financian» la conciliación con su propia salud. Además, cuestiona las políticas de conciliación o de familias numerosas basadas en unos beneficios económicos fijos que no tienen en cuenta la situación económica de la unidad familiar.

Es interesante señalar que en Cataluña se observó que vivir con personas mayores de 65 años tenía un efecto protector en la salud percibida de las trabajadoras de clases sociales menos privilegiadas, lo que podría explicarse por su apoyo operativo, emocional o económico, haciéndose cargo de parte de la carga asociada al trabajo doméstico que de otro modo recaería en la trabajadora³². También se ha documentado en nuestro medio el efecto protector de disponer de una persona contratada para las tareas domésticas en las mujeres, independientemente de la edad y la clase social³³. Ninguna de estas variables se asoció con la salud de los hombres. Estos hallazgos ponen de manifiesto el potencial efecto beneficioso de la reducción de la carga de trabajo doméstico en la salud de las mujeres empleadas.

Desempleo y salud mental

Se ha documentado ampliamente la asociación entre el paro y el mal estado de salud, sobre todo en cuanto a la salud mental, pero se sabe aún poco sobre la posible existencia de diferencias de género o de clase social. En un estudio realizado hace más de una década, Del Llano³⁶ mostraba la asociación del paro con el mal estado de salud, así como la existencia de 2 factores que actuaban como modificadores del efecto: el estrés debido a causas económicas y el apoyo social y familiar.

Un estudio más reciente, basado en datos de la Encuesta de Salud de Cataluña, evidenciaba el efecto protector de las prestaciones de desempleo. Además, en contra del hallazgo descrito por algunos autores de un menor efecto del paro en la salud de las mujeres que se atribuye a la centralidad del empleo en los hombres, este estudio demostraba que el efecto del paro en la salud se explica de forma más compleja, depende en gran medida de los roles familiares y es diferente según el género y la clase social. Mientras el impacto negativo en las personas solteras es similar en hombres y mujeres y depende de si reciben o no prestaciones de desempleo, entre las personas casadas el paro tiene un efecto menor en las mujeres y el colectivo más afectado es el de los hombres desempleados de clases más

desfavorecidas, principales proveedores de los recursos económicos del hogar, que probablemente sufren una mayor tensión a causa de las dificultades económicas³⁷.

Los estudios sobre el efecto de la contratación temporal en el estado de salud son muy escasos, sobre todo si se comparan con los que analizan el paro. Recientemente, se documentaba en la población activa de la ciudad de Barcelona una relación positiva de la contratación temporal y el mal estado de salud mental y la insatisfacción laboral, sobre todo en los hombres trabajadores manuales mayores de 35 años, lo que podría tener relación con sus mayores dificultades para encontrar empleo, así como con la mayor importancia relativa del trabajo remunerado en relación con la familia, respecto a las trabajadoras de características similares³⁸.

Políticas para la igualdad de género en el trabajo en la UE y España

Estrategias marco en la UE

En el marco de la Estrategia Europea de Empleo, la UE ha establecido como objetivo alcanzar una tasa de empleo femenino del 60% antes de 2010. En 1999 sólo Dinamarca, Suecia, Finlandia, Reino Unido y Países Bajos registraron tasas de empleo femenino superiores al 60%. Para cumplir este objetivo, España tendría que crear, en el período 2000-2010, 3 millones netos de puestos de trabajo ocupados por mujeres³⁹.

La UE define en la estrategia marco comunitaria sobre la igualdad entre hombres y mujeres (2001-2005) 5 objetivos⁴⁰, el primero de los cuales es promover la igualdad entre hombres y mujeres en la vida económica. En España el Consejo de Ministros aprobó el IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (2003-2006) el 7 de marzo de 2003, siguiendo las directrices de la estrategia marco comunitaria.

De los 6 ejes de la iniciativa europea comunitaria EQUAL 2000-2006, que constituye un conjunto de medidas cuya finalidad es luchar contra la discriminación y la desigualdad en el ámbito del empleo, el cuarto plantea el objetivo de fomentar la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres y la participación de éstas en el mercado de trabajo. En el contexto de este cuarto eje, la iniciativa establece como prioridad conciliar la vida familiar y profesional. Según el Consejo Económico y Social (CES), las reformas legales vinculadas solamente a la relación laboral son insuficientes y considera necesario promover la creación de servicios de atención a las personas, tal y como se recoge expresamente en las orientaciones de empleo de la UE del cuarto pilar sobre la igualdad de oportunidades⁴¹.

Lamentablemente, en España la actual ley de conciliación de la vida laboral y familiar propone exclusivamente medidas sobre el trabajo remunerado.

Marco en España: ley de conciliación de la vida laboral y familiar y deducciones por maternidad

En 1999 se aprobó en España la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, que transpone la legislación europea (Directiva 92/85/CEE sobre permisos maternales y paternales y la 96/34/UE sobre licencias y excedencias parentales) a la española. Pese a que tiene aspectos positivos, como los relativos a la mejor protección de las trabajadoras embarazadas, en especial la protección de la situación de riesgo por embarazo y la tutela de los despidos que tengan por móvil el embarazo, en las reformas en materia de permisos, excedencias y reducciones de jornada relacionadas con la maternidad y el cuidado de la familia no se supera la concepción tradicional sobre las responsabilidades familiares y la actividad laboral remunerada de hombres y mujeres. Esta concepción puede ser la gran causa de buena parte del fenómeno de discriminación de las mujeres en el mercado de trabajo. Las medidas diseñadas para fomentar el bienestar de las mujeres, que corrijan los efectos de una realidad social en la que éstas soportan el total de cargas familiares –como el derecho a disfrutar en exclusiva de largos períodos de baja por maternidad–, alimentan la discriminación en el mercado de trabajo, porque incentivan la contratación de personas menos propicias a sufrir períodos de baja, y consigue efectos contrarios a los perseguidos.

Esta nueva ley no incorpora ninguna medida que permita asegurar que los hombres se vayan a involucrar más en los cuidados y responsabilidades familiares porque su diseño respeta íntegramente el modelo actual de permisos, licencias y excedencias laborales. La legislación laboral puede adoptar un papel más activo, creando nuevas formas de compaginación del trabajo y la familia que permitan que los hombres compartan con las mujeres más responsabilidades en el cuidado de los hijos y las demás personas necesitadas de la familia. Así, se podría diseñar fórmulas dirigidas en exclusiva a los padres, o cuyo disfrute por éstos tuviera algún tipo de incentivo para ellos o para sus empleadores. Además, deberían configurarse derechos que no pudieran transferirse ni acumularse, como el derecho a un permiso por paternidad para los padres, no transmisible a las madres si éstos deciden no ejercerlo³. Según la lógica económica actual, un empresario se comportaría de otro modo a la hora de contratar a un varón o a una mujer si creyera posible que su empleado varón fuera a solicitar un permiso por paternidad. Si parte de este derecho fuera exclusivo del padre es

muy probable que cada vez más hombres optaran por disfrutarlo, y no por renunciar a él.

Por otra parte, el 1 de enero de 2003 entró en vigor una ayuda para mujeres trabajadoras con hijos menores de 3 años, la llamada deducción por maternidad⁴², de una cuantía máxima de 1.200 euros anuales por cada hijo menor de 3 años y cuya novedad es la de poderse cobrar anticipadamente mes a mes en cuenta corriente como un ingreso más de la economía familiar. Esta medida, sin embargo, tiene serias limitaciones.

En la deducción introducida, no se tiene en cuenta las necesidades reales de la beneficiaria ni su situación económica. Además, quedan excluidos los colectivos con condiciones laborales más precarias, como las trabajadoras a tiempo parcial con jornada inferior al 50% de la ordinaria en la empresa en cómputo mensual, las trabajadoras a jornada completa en alta menos de 15 días al mes, las que no poseen contrato laboral o las que estén trabajando en la economía sumergida. Las trabajadoras con contratos temporales que no cubran todo el año no tienen derecho a la deducción completa de los 1.200 euros anuales, sino a la de los meses que hayan cotizado. Más aún, esta cuantía difícilmente podría permitir costear una guardería pública, pero está muy lejos de los precios de las guarderías privadas que, dada la insuficiencia de los recursos públicos, son utilizadas por la mayoría.

salud. Es importante que las políticas de empleo y los procesos de negociación colectiva sean sensibles a las desigualdades de género en el mercado laboral. Asimismo, es necesario implantar en las empresas estrategias orientadas no sólo a equiparar las oportunidades reales en el empleo, sino también a que los hombres y las mujeres sean igualmente responsables de las obligaciones relacionadas con el mantenimiento de la unidad familiar.

Además, deberían limitarse ciertas medidas, como el trabajo a tiempo parcial o el derecho a disfrutar en exclusiva de largos períodos de baja por maternidad que, aunque permiten a las mujeres conciliar mejor su vida laboral y familiar, tienen el efecto perverso de alimentar la discriminación en el mercado de trabajo y perpetuar las desigualdades de género. No parece que el trabajo a tiempo parcial sea una solución a largo plazo para alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres. Aunque a corto plazo es la medida que menos distorsiona el orden actual en la división sexual de las 2 esferas en las que se divide tradicionalmente la vida social (laboral y familiar), tiene serios efectos secundarios.

Las acciones en el ámbito de la empresa no son suficientes. Es también necesario adoptar medidas para conciliar la vida laboral y familiar, más allá de las aplicadas a las relaciones laborales. Entre otras medidas, además de las destinadas a incrementar la participación de los hombres en las tareas domésticas, debe extenderse el sistema público de infraestructuras y servicios sociales, desarrollar la red de centros de educación infantil que cubra la totalidad de la población infantil de más de 3 años y también para la etapa de 0 a 3 años, y contemplar un conjunto de medidas y recursos destinados a la atención de las personas dependientes y de apoyo a las familias en las que convivan.

Conclusiones

En España todavía la situación de las mujeres en el trabajo, tanto en el remunerado como en el doméstico, es más desfavorable que la de los hombres, lo que explica en buena parte las desigualdades de género en

Bibliografía

1. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med* 2001;52:481-91.
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales 2001 [consultado 12/07/2003]. Disponible en: <http://www.mtas.es/Estadisticas/anuario01>
3. Flaquer L. Les polítiques familiars en una perspectiva comparada. Barcelona: Fundació La Caixa; 2000.
4. Borrell C, Baranda L, Rodríguez M. Manual de l'enquesta de salut de Barcelona 2000. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2002.
5. Conselleria de Sanitat. Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001). Valencia: Conselleria de Sanitat. Oficina del Plan de Salud, Generalitat Valenciana; 2002.
6. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. IV Encuesta de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1999.
7. European Commission. Gender Equality Magazine, n.º 11. Brussels: European Commission. Employment & Social Affairs; 2001.
8. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Encuesta de Salarios en la Industria y los Servicios 2000 [consultado 21/11/2003]. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4212/es0400.htm>
9. Amable M, Benach J, González S. La precariedad laboral y su impacto sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multi-métodos. *Arch Prev Riesgos Labor* 2001;4:169-84.
10. Escribà-Agüir V, Martín-Baena D, Pérez-Hoyos S. Síndrome del desgaste profesional en personal sanitario de urgencias y emergencias y factores de riesgo psicosocial. *Gac Sanit* 2002;16:47.
11. Meil G. La protección social a la familia. España 1998. Una interpretación de su realidad social. Madrid: Fundación Encuentro Ministerio de Educación y Ciencia; 1999.
12. Moss NE. Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Soc Sci Med* 2002;54:649-61.

13. Matthews S, Hertzman C, Ostry A, Power C. Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Soc Sci Med* 1998;46:1417-24.
14. Paoli P, Merlié D. Third European Survey on working conditions 2000. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
15. Deven F, Inglis S, Moss P, Petrie P. Revisión de las investigaciones realizadas en Europa sobre conciliación de la vida laboral y familiar para hombres y mujeres y calidad de los servicios de atención. Informe final para la Unidad de Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1998.
16. Yeandle S, Gore T, Herrington A. Employment, Family and Community Activities. A New Balance for Women and Men. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities; 1999.
17. Anttonen A, Sipilä S. European Social Care Services: is it possible to identify models? *J Eur Soc Policy* 1996;6:87-100.
18. Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Ann Rev Public Health* 1987;8:235-51.
19. Nathanson CA. Illness and the feminine role: a theoretical review. *Soc Sci Med* 1975;9:57-62.
20. Nathanson CA. Social roles and health status among women: the significance of employment. *Soc Sci Med* 1980;14:463-71.
21. Verbrugge, LM. Multiple roles and physical health of women and men. *J Health Soc Behav* 1983;24:16-30.
22. Passannante MR, Nathanson CA. Female labour force participation and mortality in Wisconsin, 1974-1978. *Soc Sci Med* 1985;21:655-65.
23. Waldron I, Weiss CC, Hughes ME. Interacting effects of multiple roles on women's health. *J Health Soc Behav* 1998;39:216-36.
24. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health in Britain in the 1990s. *Soc Sci Med* 1997;44:773-88.
25. Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociol Health Illn* 1992;14:313-43.
26. Walters V, Denton R, French S, Eyles J, Mayr J, Newbold B. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Soc Sci Med* 1996;43:1627-36.
27. Bartley M, Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R. Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993. *Soc Sci Med* 1999;48:99-115.
28. Arber S. Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc Sci Med* 1991;32:425-36.
29. Rohlfs I, De Andres J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo dentro y fuera de casa sobre el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barc)* 1997;108:566-71.
30. Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position [en prensa]. *Soc Sci Med*.
31. Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Pasarín I. Enquesta de Salut de Barcelona 2000. Diferències i desigualtats de gènere en salut. La població de 25 a 64 anys. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2003.
32. Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:639-47.
33. Artazcoz L, Borrell C, Rohlfs I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gac Sanit* 2001;15:150-3.
34. Artazcoz L, García-Calvente MM, Esnaola S, Borrell C, Sánchez-Cruz JJ, Ramos JL, et al. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002*. Valencia: SESPAS; 2002.
35. Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women? *Eur J Public Health* 2004;14:43-8.
36. Del Llano J. Desempleo y salud: relación existente entre la situación de desempleo y el estado de salud en población en edad de trabajar en el municipio de Madrid [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 1991.
37. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: understanding the interaction between gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004;94:82-8.
38. Artazcoz L, Cortès I. La importancia del género y la edad en el efecto de la contratación temporal sobre la salud mental de la población trabajadora. *Gac Sanit* 2003;17(Supl 1):8.
39. Consejo Económico y Social. Panorama sociolaboral de la mujer en España, número 24. Madrid: Consejo Económico y Social; 2001.
40. Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. *Hacia una estrategia marco comunitaria sobre la igualdad entre hombres y mujeres (2001-2005)* [consultado 30/07/2003]. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/strategy/com2000_335_es.pdf
41. Consejo Económico y Social. Panorama sociolaboral de la mujer en España, número 28. Madrid: Consejo Económico y Social; 2002.
42. Real Decreto 27/2003, de 10 de enero, por el que se modifica el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, aprobado por el Real Decreto 214/1999, de 5 de febrero. *Boletín Oficial del Estado*, 10, 11/01/2003.