

## CAPÍTULO 5

# DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD: LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR

**Lucía Artazcoz, Carme Borrell, Jordi Merino**

*Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona*

**María del Mar García Calvente, José Juan Sánchez Cruz,  
Antonio Daponte Codina, Andrés Cabrera León**

*Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada*

**Santiago Esnaola, José Luis Ramos, Cecilia Anitua**

*Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Evaluación  
Sanitaria. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco*

**Izabella Rohlfis**

*Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, Barcelona*

***por el grupo Género y Salud Pública***

### 1. El cambio en la vida cotidiana

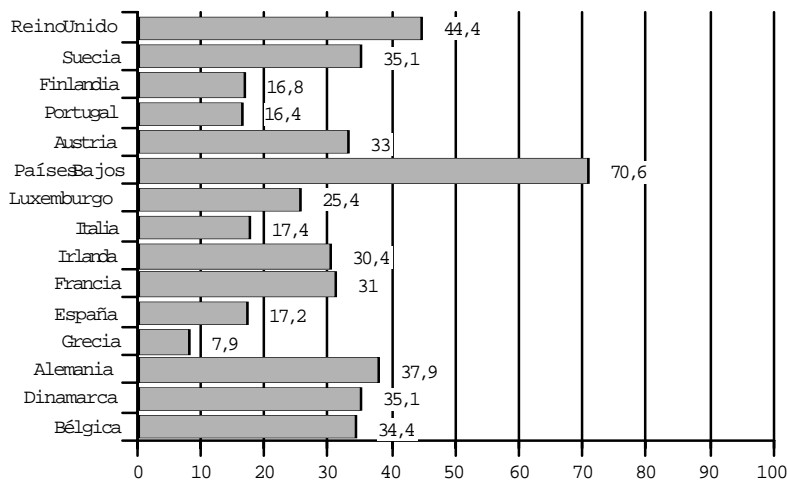
Una de las grandes revoluciones sociales de la segunda mitad del siglo XX ha sido el cambio en la situación de hombres y mujeres en el trabajo, tanto por las modificaciones en la composición del mercado laboral como por la introducción de un debate muy vivo sobre los roles y responsabilidades de unos y otras en el ámbito doméstico. Las mujeres han dejado de orientarse preferentemente hacia la vida en pareja y han comenzado a hacerlo hacia el mercado laboral. Este cambio ha comportado importantes transformaciones sociales y está exigiendo una adaptación de las dos principales esferas en las que hasta hace poco se dividía de manera rígida la vida social: el trabajo remunerado y la vida familiar.

Sin embargo, ni en España ni en otros países de la Unión Europea (UE), la irrupción de la mujer en el mercado laboral ha ido acompañada de una redistribución equitativa del trabajo doméstico. La reciente Encuesta de Salud de Barcelona (1) ilustra esta afirmación. Entre los trabajadores y trabajadoras de 25 a 64 años, casados o que viven en pareja, la dedicación media semanal al trabajo doméstico en mujeres es de 20,1 horas (D.E.=10,9), más del doble que en los hombres (media=8,0; D.E.=7,7). Además, mientras en los hombres no existen diferencias según la clase social, las

mujeres de clases más desfavorecidas, son las que trabajan más horas en casa. Si las de clase I –las más privilegiadas– dedican al trabajo doméstico una media de 17,1 horas semanales (D.E.=10,0), la media en las de clase V es de 26,0 (D.E.=13,0).

Además de la corresponsabilidad en el trabajo del hogar, otras estrategias para la conciliación de la vida laboral y familiar son el trabajo a tiempo parcial o la utilización de recursos comunitarios para el cuidado del hogar como las guarderías, los servicios de atención domiciliaria o las residencias de ancianos.

Como se observa en el Gráfico 1, España es uno de los países con menor proporción de mujeres trabajando a tiempo parcial (2). Aunque esta modalidad de empleo se considera a menudo una de las soluciones más efectivas a corto plazo para combinar el trabajo doméstico y el remunerado, en la medida en que continúa siendo una alternativa casi exclusiva para las mujeres, a medio y largo plazo tiene otros efectos no deseados como 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 que se traduce en que sus necesidades y puntos de vista continúan ausentes en los ámbitos de decisión políticos y económicos. Además se han documentado peores condiciones de trabajo en los empleos a tiempo parcial (3).



**Gráfico 1**

**Empleo a tiempo parcial en la Unión Europea en mujeres en el año 2000  
(en porcentajes)**

Los recursos comunitarios para la atención infantil varían mucho entre los diferentes países europeos, lo que depende, entre otras razones, de las creencias de la sociedad sobre la conveniencia de que en los primeros años de vida de las criaturas sea la madre la encargada de atenderlas, cosa que se asocia con la idea de que las madres con hijos o hijas pequeños no deberían trabajar fuera de casa. Este punto de vista incluso podría convertirse en un incentivo para el desarrollo de programas de excedencias parentales (4). Como se aprecia en la Tabla 1, los países con mayor cobertura en la educación preescolar son Francia, Bélgica y la antigua Alemania oriental. No obstante, Dinamarca y Suecia están más avanzados en la atención a la primera infancia.

**Tabla 1**  
**Cobertura de los servicios públicos de atención infantil (%).**

	Hasta 3 años	De 3 a 6 años
Alemania occidental	2	78
Alemania oriental	50	100
Austria	3	75
Bélgica	30	95
Dinamarca	48	82
<b>España</b>	<b>2</b>	<b>84</b>
Finlandia	21	53
Francia	23	99
Grecia	3	70
Holanda	8	71
Irlanda	2	55
Italia	6	91
Portugal	12	48
Reino Unido	2	60
Suecia	33	72

Fuente: Red de atención infantil de la Unión Europea 1996 (5).

En España, los índices de escolarización para niños y niñas de 3 a 6 años son aceptables en términos comparativos, pero la oferta para los menores de esa edad, los que mayor carga de trabajo suponen, es muy escasa. Y es que en nuestro país las políticas de desarrollo de la educación infantil no se han concebido para que los

padres (fundamentalmente las madres) puedan compaginar las responsabilidades profesionales y familiares en el marco de las políticas de igualdad de oportunidades para las mujeres.

El periodo de 0 a 6 años de edad está comprendido dentro del ámbito del sistema educativo, tiene carácter voluntario y se divide en dos ciclos: el primero, hasta los tres años de edad, y el segundo hasta los 6, edad en que comienza la educación obligatoria. Así, mientras las tasas de escolarización en centros públicos para niños y niñas de 4 a 5 años son bastante elevadas, el número de plazas para menores de tres años es muy reducido ya que el Ministerio de Educación no gestiona centros para niños de esta edad. Esto significa que la provisión de estos centros se deja en manos de las autonomías, de los ayuntamientos o de la iniciativa privada, y que se trata generalmente de servicios de pago en contraste con las ofertas en centros educativos públicos (4).

El escaso desarrollo de centros públicos para la atención de niños y niñas de 0 a 3 años se explica por razones políticas, pero también por la falta de demanda debida a dos razones: 1) las elevadas tasas de paro de la población femenina joven que hace que muchas madres no necesiten estos servicios y 2) la existencia de un gran número de abuelas que viven cerca del domicilio de sus hijas o nueras y cuidan las criaturas mientras las madres trabajan fuera de casa. Esta situación podría cambiar si mejora la situación del mercado laboral para las mujeres, por lo que tanto madres como abuelas en edad de trabajar podrían entrar en el mercado de trabajo (4).

Finalmente, el crecimiento de la población mayor de 65 años supone un nuevo reto. Si en 1960 los mayores de 65 años representaban en España el 8,2% de la población, en 1994, con el 14,9% la proporción casi se había duplicado. 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 familia (5), lo que finalmente significa 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 años (Tabla 2) (6).

## **2. Los determinantes sociales de la salud**

Aunque las mujeres tienen una esperanza de vida superior a los hombres, su estado de salud es peor. En ocasiones se ha atribuido esta paradoja a las diferencias biológicas entre ambos sexos, el diferente comportamiento en el uso de servicios sanitarios o en la verbalización de los problemas de salud, pero cada vez parece más claro que el peor estado de salud de las mujeres se debe fundamentalmente a

la asunción de unos roles sociales determinados por el sexo que son más desfavorables para ellas (7). Estudios recientes que cuestionan la aparente universalidad del exceso de morbilidad de las mujeres refuerzan la hipótesis de la relación entre las desigualdades en salud entre hombres y mujeres y unos contextos sociales sobre los que se puede intervenir. Se ha observado que la dirección y magnitud de las diferencias de género en salud varían según el trastorno o la fase de ciclo vital analizado (8), que la magnitud de las desigualdades de género es diferente entre países (9) e incluso que pueden no darse (10, 11).

	% de mayores de 65 años en residencias de ancianos	% de mayores de 65 años que reciben atención domiciliaria
Holanda	10	8
Bélgica	4	6
<b>España</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Irlanda	5	3
Gran Bretaña	5	9
Italia	2	1
Grecia	0,5	–
Portugal	2	1
Francia	3	7
Suecia	5	12
Alemania	6	3
Finlandia	7	10
Dinamarca	6	20

Las inconsistencias en el patrón de las desigualdades en salud entre hombres y mujeres en países o grupos de edad pueden estar relacionadas con las posiciones sociales determinadas por actitudes culturales hacia el género o la clase social, modelos políticos o patrones de mercado laboral. Además, las diferencias en las actitudes hacia los roles de género en entornos culturales distintos pueden marcar el significado de cada posición social (lo que es aceptable en un entorno puede no serlo en otro y por tanto generar o no tensión), la experiencia y verbalización de diferentes problemas de salud y la relación entre las posiciones sociales y el estado de salud.

Los determinantes sociales de la salud de hombres y mujeres han sido analizados desde perspectivas diferentes. Mientras la investigación en los primeros se ha cen-

trado en las diferencias relacionadas con la clase social –habitualmente medida a través de la ocupación–, en las mujeres el análisis se ha basado en un marco dominado por los roles –esposa, madre y trabajadora–, en el que los papeles familiares se han considerado centrales y el empleo un rol adicional (12). En esta línea, muchos estudios han observado un mejor estado de salud en las mujeres ocupadas en comparación con las amas de casa, lo que se ha interpretado en términos de un efecto beneficioso de la ocupación de diferentes roles que podrían actuar como fuentes alternativas de bienestar: cuando existen problemas en uno de ellos es sustituido por el otro. No obstante, parece razonable pensar que el análisis debe ir más allá de la conclusión de que para mejorar el estado de salud de las mujeres basta con darles algo más que hacer.

En un contexto en que la mujer española se incorpora de forma decidida al mercado laboral, los hombres continúan sin asumir la corresponsabilidad en el cuidado del hogar, el trabajo remunerado es habitualmente a tiempo completo, la población anciana crece y los recursos comunitarios para el cuidado de la familia son escasos, surge la preocupación por el posible efecto de la sobrecarga de trabajo y la dificultad para conciliar las responsabilidades familiares y laborales en la salud de las trabajadoras.

El dominio del marco de roles en el estudio del estado de salud de las mujeres contrasta con la escasa atención a los roles familiares y su influencia en la salud en hombres, así como a las desigualdades de género derivadas de la desigual distribución de las responsabilidades familiares (13). Por otro lado, está claro que las diferencias de clase –las clases pudientes tienen mejor estado de salud que las más desfavorecidas– tienen relación con la salud tanto en hombres como en mujeres, por lo que el análisis de los determinantes sociales de la salud debería considerar ambos ejes: género y clase social.

Pretendemos responder en este capítulo a algunos de los interrogantes que se han venido planteando en los párrafos anteriores. En España, ¿tienen las mujeres ocupadas con responsabilidades familiares peor estado de salud que los hombres que ocupan los mismos roles?, ¿hasta qué punto las dificultades para la conciliación de la vida laboral y familiar se asocian al estado de salud?, ¿hay diferencias de género?, ¿la situación depende de la clase social?, ¿es diferente según el entorno cultural? A continuación presentamos algunos resultados del análisis de las encuestas de salud de Andalucía (1999) (14), Cataluña (1994) (15) y País Vasco (1997) (16).

### **3. Género, trabajo y salud en Andalucía, Cataluña y País Vasco**

Se han analizado hombres y mujeres de 25 a 64 años casados o que viven en pareja. La clase social se ha medido con la adaptación española de la versión inglesa (17). Se ha asignado a cada individuo la clase social asociada a su ocupación actual en personas ocupadas, la anterior en las que no lo están y la del cabeza de familia en el caso de las personas que no han trabajado nunca. Las clases originales han sido agrupadas en dos: no manuales (clases sociales altas) y manuales (clases sociales bajas).

### 3.1. Situación laboral, género y clase social

En la Tabla 3 se presenta la situación laboral de los hombres de las tres autonomías. Si entre las clases sociales más privilegiadas –no manuales– la proporción de ocupados es muy similar y ronda el 85%, entre las manuales es significativamente menor, sobre todo en Andalucía.

**Tabla 3**

	No manual			Manual		
	Andalucía N=403	Cataluña N=1235	País Vasco N=972	Andalucía N=979	Cataluña N=1519	País Vasco N=1415
Ocupado	85,4	86,7	87,2	65,0	71,3	75,1
Parado	3,7	6,7	2,7	14,4	13,6	5,6
Amo de casa	–	–	–	–	–	–
Jubilado	6,5	4,1	9,0	14,3	9,0	17,1
Incapacitado	4,5	2,5	0,9	5,9	6,0	2,2

En el mismo grupo de edad y también casadas o viviendo en pareja, la proporción de mujeres ocupadas es mucho más baja. Son aspectos a destacar la mayor proporción de ocupadas entre las mujeres catalanas de clases altas, un 20% superior a las otras autonomías, y la menor ocupación femenina en general entre las clases sociales menos favorecidas, sobre todo en Andalucía, donde la proporción de ocupadas es aproximadamente la mitad que en Cataluña y en el País Vasco, y un 77% de las mujeres de clases manuales son amas de casa (Tabla 4).

Estos resultados muestran diferentes realidades sociales de hombres y mujeres relacionadas con contextos culturales, políticas sociales y de mercado laboral, que determinan distintas posiciones sociales en función del sexo, de la clase social y del

entorno geográfico: una clara mayor orientación de las mujeres al mercado laboral en Cataluña, una situación intermedia en el País Vasco, donde las mujeres de clases sociales altas no han llegado a los niveles de actividad de Cataluña, y una mayor orientación a la familia en Andalucía, sobre todo entre las mujeres de clases sociales más desfavorecidas. Los hombres, en los tres ámbitos geográficos analizados, están claramente orientados al trabajo remunerado.

**Tabla 4**

	No manual			Manual		
	Andalucía N=979	Cataluña N=1121	País Vasco N=1023	Andalucía N=1105	Cataluña N=2111	País Vasco N=1534
Ocupada	38,3	57,6	38,3	13,8	25,8	23,5
Parada	8,3	7,3	3,8	6,9	7,3	3,8
Ama de casa	51,9	33,3	56,5	76,4	61,3	70,7
Jubilada	0,7	0,6	1,0	1,5	2,3	1,3
Incapacitada	0,2	1,1	0,3	1,1	3,3	0,5

### 3.2. Doble jornada, género, clase y estado de salud

Para entender la influencia de la combinación de la vida laboral y familiar sobre la salud, se centra a continuación el análisis en la población *ocupada* de 25 a 64 años que está casada o vive en pareja. La variable dependiente ha sido el estado de salud percibido con cinco categorías, desde «excelente» hasta «malo». Éste es un indicador general de salud relacionado con el bienestar, que ha mostrado ser un buen predictor de mortalidad, mejor que el diagnóstico médico del que se han documentado sesgos según sexo, edad, raza, clase social y apariencia física (18). Esta variable ha sido posteriormente dicotomizada considerándose como buen estado de salud las categorías «Excelente», «Muy bueno» y «Bueno», y como malo el resto (19).

Las exigencias familiares se han medido con tres variables: número de personas en el hogar (dos, tres y más de tres), convivencia con menores de 15 años y convivencia con mayores de 65 años. Estas variables representan una aproximación al trabajo de cuidar, que tradicionalmente se asigna a las mujeres. En primer lugar se ha estudiado si existen diferencias de género en el estado de salud percibido tras ajustar primero por la edad y después por las exigencias familiares. Posteriormente se



ha contrastado la existencia de asociaciones entre las exigencias familiares y el estado de salud percibido mediante el ajuste de modelos de regresión logística y el cálculo de *odds ratio* ajustadas (OR) por todas las variables independientes y sus correspondientes intervalos de confianza (IC) del 95%. El análisis ha sido ajustado por la edad y separado por el sexo y la clase social.

En la Tabla 5 se presentan las características generales de los hombres según comunidad autónoma. En Andalucía hay más personas que valoran positivamente su estado de salud. La edad media es más alta entre los trabajadores de Cataluña. Vascos y catalanes tienen prevalencias similares de mal estado de salud. En cuanto a las características de la unidad familiar, destaca un mayor número de hogares en Cataluña con personas mayores de 65 años.

**Tabla 5**

	No manual			Manual		
	Andalucía N=344	Cataluña N=1071	País Vasco N=280	Andalucía N=636	Cataluña N=1077	País Vasco N=274
<i>Estado de salud percibido</i>						
Excelente	14,5	8,9	6,3	15,7	3,7	4,1
Muy bueno	60,5	14,0	25,2	58,0	11,6	14,8
Bueno	20,3	65,5	57,1	21,5	64,1	61,3
Regular	4,4	10,8	10,9	4,6	19,1	17,9
Malo	0,3	0,7	0,5	0,2	1,4	1,9
<i>Exigencias familiares</i>						
<i>Personas en casa</i>						
Dos	17,8	13,9	11,1	14,2	10,0	14,4
Tres	19,3	24,7	26,6	22,8	26,4	24,9
Más de tres	62,9	61,4	62,3	63,0	63,6	60,7
<i>Hijos/as menores de 15 años</i>						
Personas mayores de 65 años	57,3	50,1	61,3	57,9	54,0	55,6
	6,4	11,4	7,9	4,9	12,1	4,0
<i>Edad (media, D.E.)</i>	42,5 (8,8)	44,1 (9,4)	43,8 (8,0)	42,3 (9,9)	44,7 (9,8)	40,8 (9,1)

En la Tabla 6 se muestran las características generales de las mujeres de la pobla-

ción de estudio. Como en el caso de los hombres, en Andalucía hay más mujeres que valoran su estado de salud de forma positiva y en Cataluña más que lo hacen de forma negativa. En cuanto a las exigencias familiares, en el País Vasco es menos frecuente vivir con mayores de 65 años. Las trabajadoras de Andalucía son las más jóvenes, lo que probablemente esté relacionado con una incorporación más tardía de la mujer al mercado laboral y, tal vez, un mayor abandono posteriormente.

**Tabla 6**

	No manual			Manual		
	Andalucía N=158	Cataluña N=645	País Vasco N=171	Andalucía N=153	Cataluña N=540	País Vasco N=134
<i>Estado de salud percibido</i>						
Excelente	16,5	6,7	5,2	14,4	4,5	4,4
Muy bueno	61,4	15,3	26,5	52,9	10,9	22,0
Bueno	17,1	63,7	60,6	24,8	58,0	55,4
Regular	5,1	12,6	7,5	7,2	24,6	14,7
Malo	0,0	1,7	0,5	0,7	2,1	3,5
<i>Exigencias familiares</i>						
<i>Personas en casa</i>						
Dos	19,0	14,8	14,6	17,0	11,7	21,0
Tres	32,9	30,1	27,9	21,6	31,1	30,0
Más de tres	48,1	55,1	57,4	61,4	57,2	49,0
<i>Hijos/as menores de 15 años</i>						
Personas mayores de 65 años	60,1	60,8	60,3	58,8	54,0	55,2
	8,9	9,3	3,6	11,8	10,9	3,4
<i>Edad (media, D.E.)</i>	38,8 (8,5)	40,2 (8,9)	41,2 (8,0)	39,6 (9,9)	41,6 (9,4)	40,8 (9,1)

En Cataluña, el estado de salud es peor en las mujeres, independientemente de la clase social; en el País Vasco no existen diferencias de género y en Andalucía la situación es intermedia, con diferencias de género en la población menos cualificada y sin ellas en la más cualificada (Tabla 7). Los resultados son similares cuando el

<sup>1</sup> En Andalucía las diferencias de género observadas en trabajadores manuales que están al borde de la significación estadística, pasan a ser estadísticamente significativas a un nivel de  $p < 0,05$ .

análisis se amplía a todas las personas de 25 a 64 años que viven en pareja<sup>1</sup> (*resultados no mostrados*).

**Tabla 7**

		No manual	Manual
<b>estado de salud percibido de las mujeres respecto a los nombres según la clase social</b>			
OR ajustada por la edad	Andalucía	1,34 (0,55-3,29)	1,98 (0,98-4,02)
	Cataluña	1,54 (1,14-2,08)	1,69 (1,31-2,18)
	País Vasco	0,79 (0,40-1,56)	1,10 (0,63-1,92)
OR ajustada por la edad y las exigencias familiares	Andalucía	1,26 (0,5-3,16)	1,86 (0,9-3,85)
	Cataluña	1,55 (1,15-2,10)	1,80 (1,39-2,33)
	País Vasco	0,74 (0,38-1,48)	1,10 (0,63-1,94)

¿Relación entre las exigencias familiares y el estado de salud? Tanto en Cataluña como en el País Vasco el estado de salud de las trabajadoras manuales es peor a medida que aumentan las exigencias familiares medidas a través del número de personas en el hogar, pero no se observa relación en las personas de clases más privilegiadas. Si en el País Vasco no existe relación con otras características de la unidad familiar, en Cataluña, paradójicamente, vivir con personas mayores de 65 años tiene un efecto protector sobre el estado de salud de este grupo. En Andalucía, en mujeres no se observa relación entre el estado de salud percibido y las exigencias familiares, mientras en hombres, independientemente de la clase social, vivir con personas mayores se asocia a peor estado de salud (Tabla 8).

## 4. Discusión

### 4.1. Situación laboral, género y clase social

Llama la atención el bajo índice de ocupación de las mujeres, sobre todo en clases sociales más desfavorecidas y en la comunidad autónoma andaluza, lo que podría estar relacionado con actitudes culturales relacionadas con el género y la clase

social, patrones del mercado laboral en relación con la incorporación de la mujer al

No manual		Manual	
Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres

mercado laboral, así como con las dificultades para compaginar la vida laboral y la

familiar.

**Tabla 8**  
**Odds ratio multivariadas e intervalos de confianza del 95% para la asociación entre el estado de salud percibido y las exigencias familiares del hogar**

<i>Andalucía</i>				
Personas en casa				
Dos	1	1	1	1
Tres	0,08 (0,01-0,87)	3,38 (0,38-30,37)	1,63 (0,11-23,34)	1,62 (0,19-13,48)
Más de tres	0,19 (0,04-1,05)	4,85 (0,61-38,75)	1,20 (0,09-16,81)	0,82 (0,09-7,78)
Hijos/as menores de 15 años				
No	1	1	1	1
Sí	1,81 (0,39-8,36)	0,89 (0,35-2,30)	1,01 (0,12-8,17)	1,01 (0,16-6,36)
Personas mayores de 65 años				
No	1	1	1	1
Sí	7,93 (2,01-31,27)	1,15 (0,11-11,62)	3,17 (1,07-9,4)	0,73 (0,08-6,63)
<i>Cataluña</i>				
Personas en casa				
Dos	1	1	1	1
Tres	1,12 (0,54-2,34)	1,59 (0,70-3,65)	0,92 (0,50-1,71)	0,98 (0,45-2,17)
Más de tres	1,51 (0,77-2,95)	1,59 (0,72-3,48)	1,05 (0,58-1,90)	2,11 (1,00-4,44)
Hijos/as menores de 15 años				
No	1	1	1	1
Sí	0,78 (0,47-1,30)	0,69 (0,38-1,25)	1,33 (0,89-1,99)	1,06 (0,63-1,80)
Personas mayores de 65 años				
No	1	1	1	1
Sí	0,91 (0,51-1,64)	1,30 (0,65-2,59)	0,72 (1,45-1,16)	0,36 (0,18-0,73)
<i>País Vasco</i>				
Personas en casa				
Dos	1	1	1	1
Tres	0,65 (0,19-2,21)	0,43 (0,05-3,66)	0,52 (0,20-1,36)	5,78 (0,75-44,3)
Más de tres	0,71 (0,23-2,19)	0,49 (0,08-3,13)	0,38 (0,15-0,95)	18,50 (2,44-140,18)
Hijos/as menores de 15 años				
No	1	1	1	1
Sí	0,46 (0,18-1,15)	1,90 (0,35-10,38)	2,02 (0,90-4,56)	0,24 (0,05-1,19)
Personas mayores de 65 años				
No	1	1	1	1
Sí	1,62 (0,53-5,01)	<0,001(<0,001->999,99)	0,69 (0,12-3,93)	0,58 (0,04-8,64)

*Las OR han sido ajustadas también por la edad.*

Aunque en nuestro país la entrada de las mujeres en el mercado laboral es imparable y la tasa de actividad femenina crece (pasaba del 35% en 1993 al 41% en 2000), España tiene una tasa de ocupación baja en comparación con otros países de la UE. Así, mientras en 1999 en Dinamarca, por ejemplo, trabajaban el 72% de las mujeres entre 15 y 64 años, en España sólo lo hacía el 37%, la tasa de empleo más baja de la zona (20). En 1998 en España la tasa de ocupación en mujeres de 20 y 44 años, sin hijos, era del 67%, la segunda más baja de la Unión Europea tras Grecia y un punto por debajo de Italia. El índice de empleo bajaba al 40% entre las mujeres con criaturas menores de 6 años, la tasa menor de la UE, a cinco puntos de la italiana que ocupaba el penúltimo lugar. En hombres, por el contrario, la presencia de hijos de 0 a 5 años se asociaba a un ligero aumento en el índice de empleo que pasaba del 88% al 90% (21).

En el *Informe Conjunto sobre el Empleo 2000* publicado por la Comisión de las Comunidades Europeas se señala: «*Las diferencias más importantes entre hombres y mujeres con respecto a la tasa de empleo se dan en España, Grecia, Italia, Irlanda y Luxemburgo, donde superan los 20 puntos porcentuales (en cifras absolutas)... En la mayoría de los Estados miembros, la tasa de desempleo de las mujeres permanece sistemáticamente por encima de la de los hombres. Por término medio, el desempleo de aquellas es tres puntos porcentuales superior al de estos, pero en algunos países la diferencia es mucho mayor, por ejemplo en España (doce puntos porcentuales), Grecia (nueve puntos) e Italia (siete puntos)*» (22). Estos datos muestran que las exigencias familiares no son la única razón de la baja tasa de actividad, sino que tampoco el marco económico actual favorece la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado.

Hemos observado que la ocupación es sustancialmente menor en trabajadoras manuales, sobre todo en Andalucía con sólo un 14%. Es posible que las mujeres con menor formación tengan más dificultades para el acceso al mercado laboral, pero probablemente también es más difícil para ellas compaginar el trabajo remunerado y el familiar. El único recurso de que disponen es la red familiar y en el caso de que no esté disponible, las que tienen cargas familiares se ven obligadas a abandonar el empleo. Algunos estudios muestran que asumir el papel de cuidadoras principales en el hogar supone el abandono, temporal o definitivo, del mercado laboral y que el factor que permite con mayor frecuencia la posibilidad de compaginar ambos trabajos (laboral y familiar) es la disponibilidad de una red informal de apoyo que preste ayuda para cuidar (23).

## 4.2. Doble jornada, género, clase social y estado de salud

Es precisamente el apoyo práctico y emocional de las personas mayores de 65 años el que podría explicar su efecto positivo sobre la salud de las trabajadoras manuales en Cataluña. Las mujeres de clases pudientes, con mayores recursos para la contratación de empleadas del hogar, no dependerían tanto de esta red informal. De hecho, estudios realizados en nuestro medio muestran el efecto protector sobre la salud de las mujeres de disponer de una persona contratada para el trabajo doméstico, independientemente de la edad y de la clase social (24).

Tanto en Cataluña como en el País Vasco, la carga de trabajo doméstico representada por el número de personas en el hogar se asocia a mal estado de salud sólo en las trabajadoras menos cualificadas. No sucede lo mismo en Andalucía. La tasa de ocupación tan baja en mujeres de clases manuales en esta comunidad sugiere un posible mayor abandono del mercado laboral relacionado con las cargas familiares, lo que podría ser considerado «lo normal», o quizá una orientación muy clara –determinada por el contexto cultural– hacia la familia en mujeres que podrían no haberse incorporado nunca al mercado de trabajo. De esta forma serían mayoritariamente las trabajadoras manuales que disponen de recursos para hacer frente a las demandas familiares las que mantendrían su ocupación. En cualquier caso, ésta es sólo una especulación que requeriría estudios adicionales para confirmarla o no.

En ninguna de las tres comunidades se observa relación entre las exigencias familiares y el estado de salud de las trabajadoras de clase social alta, lo que remarca la importancia de analizar las desigualdades de género en un marco que considere también las de clase, y la necesidad de intervenciones que tengan en cuenta la situación de las personas más desfavorecidas (también son las mujeres de clase social baja las que menos se han incorporado al trabajo remunerado).

Otro punto a destacar es la inexistencia de diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres en el País Vasco, mientras sí las hay en Cataluña y en Andalucía, si bien en esta última comunidad las diferencias no fueron estadísticamente significativas, lo que en el caso de los trabajadores manuales, donde las diferencias están al borde de la significación estadística, parece explicarse por la falta de poder estadístico derivada del insuficiente tamaño muestral.

Finalmente cabe señalar el efecto negativo de la convivencia con mayores de 65 años en los hombres de Andalucía, independientemente de la clase social. Este hecho podría explicarse por las necesidades económicas que pueden suponer para la unidad familiar, a las que debería dar salida fundamentalmente el hombre. En

cualquier caso, estas diferencias en la relación entre las características de la unidad familiar y el estado de salud entre autonomías requieren estudios adicionales.

### 4.3. Limitaciones

Algunos de los resultados aquí presentados deben ser tomados con cierta cautela. Estas encuestas de salud no fueron diseñadas para los objetivos planteados en este capítulo, por lo que, además de no recogerse de manera sistemática información relevante sobre las exigencias familiares como la edad de las personas que viven en el hogar o la existencia de alguien discapacitado, el tamaño muestral es insuficiente para la confirmación de algunas hipótesis y, por esta razón, los intervalos de confianza son, en ocasiones, muy amplios. Hemos podido dar al menos respuestas orientativas a algunos interrogantes sobre la combinación de la vida laboral y familiar y el efecto de la doble jornada sobre la salud.

Como se ha comentado, en Andalucía hay un mayor número de personas que valoran su estado de salud de forma positiva, tanto en hombres como en mujeres. Este hecho podría explicarse más por diferencias en los diseños de las encuestas que por diferencias reales tan marcadas con otras autonomías o por un sesgo del trabajador sano que se diera más en esta autonomía que en el resto. De hecho, la prevalencia de trastornos crónicos es similar a Cataluña y más alta que la del País Vasco (*resultados no mostrados*). Sirva como referencia la prevalencia de mal estado de salud del 32% en población general según la última Encuesta Nacional de España (1997).

## 5. Conclusión

En ausencia de políticas de igualdad decididas que equilibren el fomento de la participación de las mujeres en el mercado laboral y la conciliación del trabajo remunerado y el doméstico, muchas mujeres españolas, sobre todo de clases sociales más desfavorecidas, siguen orientando su vida hacia la familia, abandonando el trabajo remunerado cuando en algún momento lo han tenido. Quedarse en casa no parece que en el futuro sea la mejor opción para la mayoría de las mujeres y desde el punto de vista de la salud tampoco es la deseable, ya que muchos estudios han mostrado un peor estado de salud en las amas de casa en comparación con las mujeres que tienen un trabajo remunerado (12, 25). Y es que el trabajo doméstico –que se ha descrito como la jornada interminable– no está reconocido socialmente e implica tareas físicas pesadas y poco gratificantes. Por el contrario, el trabajo remunerado proporciona a la mujer una red de relaciones sociales propia,



reconocimiento, estructura a su vida diaria e independencia económica; y esto último le permite, entre otras cosas, una mayor igualdad en las relaciones de poder con su pareja. Es importante señalar sin embargo que trabajar en condiciones precarias no supone un beneficio para las mujeres (26).

De los seis ejes de actuación de la iniciativa comunitaria EQUAL 2000-2006 (21) –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 tanto la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres como la participación de éstas en el mercado de trabajo. En el ámbito de este cuarto eje, el Programa Operativo presentado por España a la Comisión Europea en septiembre de 2000 establece las prioridades de actuación. La primera pretende conciliar la vida familiar y la laboral. En la actualidad, sin embargo, a pesar de La ley de 39/1999 para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, la distribución equitativa del trabajo de hogar entre hombres y mujeres está todavía muy lejos de alcanzarse.

Los resultados aquí presentados apuntan hacia actuaciones en diversas direcciones, algunas de las cuales ya se reflejan en la iniciativa EQUAL:

- Desarrollo de políticas de promoción de la igualdad de hombres y mujeres en el ámbito doméstico-familiar.
- Incorporación de la corresponsabilidad en la iconografía de los libros de enseñanza de niñas y niños, como un paso favorable a la socialización de las generaciones más jóvenes en el cambios de los roles tradicionales que asignan a las mujeres el trabajo doméstico y a los hombres el protagonismo en la vida pública.
- Fomento del cambio en las actitudes sobre la incorporación de las mujeres en el mercado laboral y los roles de hombres y mujeres en el ámbito doméstico, así como sobre la aceptación y exigencia por parte de la ciudadanía de servicios públicos de atención sociosanitaria de buena calidad.
- Aumento de los recursos públicos para el cuidado de la familia, sobre todo guarderías para niños y niñas entre 0 y 3 años, residencias para personas ancianas y servicios de atención domiciliaria.
- Promoción de actuaciones de acción positiva en el entorno empresarial, además de estímulo de la diversificación de las opciones formativas y laborales de las mujeres.

– Adaptación de las políticas a cada contexto cultural ya que, a la luz de los resultados, la situación parece bastante diferente entre autonomías. Esto requiere el apoyo a la investigación de las desigualdades de género relacionadas con los trabajos y su influencia sobre la salud. Las encuestas de salud son un instrumento de un potencial extraordinario para alcanzar este objetivo pero deberían introducirse cambios sustanciales en su diseño (24, 27).

En el contexto actual, las mujeres españolas que deciden permanecer en el mercado laboral, con frecuencia tienen que renunciar a su vida familiar (España era en 1993, junto con Italia, el país con menor tasa de fecundidad y, tras Grecia, el que había experimentado un mayor descenso en la década 1983-93). Las mujeres de clases pudientes cuando intentan conciliar la vida laboral y familiar pueden costearse los recursos necesarios para hacerlo; las menos privilegiadas parece que «financian» la conciliación con su salud.

*Nota:* Parte de los resultados correspondientes a Cataluña han sido publicados en Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the role of family demands. *J Epidemiol Comm Health* 2001; 55: 639-647.

## Bibliografía

1. Institut Municipal de la Salut. *Document Tècnic Enquesta de Salut de Barcelona*. Barcelona: Institut Municipal de la Salut, Ajuntament de Barcelona; 2001.
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Avance anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales 2000* [página visitada: 18 de septiembre de 2001]. Accesible en URL: <http://www.mtas.es/Estadisticas/anuario00>.
3. 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.
4. Flaquer L. *Les polítiques familiars en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundació la Caixa; 2000.
5. 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.
6. Anttonen and Sipilä. European Social Care Services: Is it possible to identify models? *Journal of European Social Policy* 1996; 6: 87-100.
7. Lennon MC. Work conditions as explanations for the relation between socioeconomic status, gender, and psychological disorders. *Epidemiol Rev* 1995; 120-7.
8. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health. Are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996; 42: 617-24.