

Reflexiones sobre la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado y las desigualdades en salud.

Nuria Romo

Universidad de Granada. Departamento de Antropología Social.

El último siglo ha contemplado grandes cambios en la situación social de las mujeres. En nuestro país, desde los años sesenta, se han incorporado con fuerza al mercado de trabajo remunerado. Esta incorporación no se ha producido en igualdad, sino que las mujeres han vivido y viven situaciones de mayor precariedad laboral que los varones y con fuertes dificultades para la conciliación de la vida laboral y familiar que se relacionan con su estado de salud. En el mercado laboral se observa segregación horizontal, con varones y mujeres trabajando en distintos sectores, y vertical, ellos ocupan puestos de categoría superior y mejor remuneración. Todo esto origina distintos riesgos laborales: los varones están más expuestos a riesgos físicos y padecen más accidentes laborales y ellas están más expuestas a los psicosociales.

La incorporación al mundo del trabajo remunerado en el ámbito público no se ha correspondido con un reparto del trabajo doméstico igualitario entre los dos sexos. Por ejemplo, en una investigación llevada a cabo por la Agencia de Salud Pública de Barcelona para el estudio de la relación entre el Trabajo y la Salud, se recogen las horas que dedican varones y mujeres a las tareas de la casa y el cuidado de la familia. Los datos muestran una brecha concluyente: ellas dedican 23 horas y ellos 12.

La sobrecarga que generan los cuidados, el trabajo reproductivo, situaciones de subordinación, dependencia y violencia, así como la doble jornada o el techo de cristal hacen que las mujeres perciban peor su salud cuando las comparamos con los varones y tengan unas expectativas menores de vida saludables. La inequidad de género provoca sobrecarga laboral, emocional y una negativa **"auto-percepción de la enfermedad"**. Todo esto favorece procesos de medicalización entre algunos colectivos de mujeres como el que se produce con el del mayor consumo de psicofármacos.

En uno de los informes que sobre salud y género ha llevado a cabo el Ministerio de Sanidad y Consumo se muestra como las muertes prematuras son más altas entre los hombres, destacando la mortalidad por enfermedades asociadas a conductas de riesgo relacionadas con el modelo de socialización de género. Los varones tienen, por ejemplo, una menor percepción del riesgo en conductas como el consumo de drogas o los deportes de riesgo.

Sabemos que varones y mujeres padecen y manifiestan sus malestares de manera diferente. Las mujeres son más longevas, pero tienen peor percepción de su estado de salud y, si bien el tipo de quejas crónicas es similar en ambos sexos, la frecuencia en las mujeres es del doble al triple en todas las categorías principales (artrosis y problemas reumáticos, mala circulación, jaquecas, migrañas, dolores de cabeza y depresión) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Aún en Suecia, país conocido por su mayor igualdad de clases, el riesgo de sufrir una depresión en cualquier momento antes de los 80 años es del 28 % para los hombres y del 49 % para las mujeres (Rorsman et al 1990).

Los trabajos de Artacoz y su equipo muestran que la situación de las mujeres en el trabajo, tanto remunerado como en el doméstico, es más desfavorable que la de los varones, lo que explica parte de las



desigualdades de género en salud para estas autoras. Sus resultados aportan matizaciones importantes, ya que si bien la percepción de salud es mejor entre las mujeres que trabajan fuera de sus hogares si las comparamos con las que no lo hacen, otros estudios dan soporte a lo que se ha llamado **"hipótesis de la sobrecarga"**. Las mujeres que trabajan fuera de sus hogares tienen mejor percepción de salud, pero sólo si no tienen personas dependientes y cuentan con ayuda doméstica.

Otras líneas de investigación sobre género y salud, como las de María de Mar García Calvente de la Escuela Andaluza de Salud Pública, demuestran de nuevo que los cuidados que llevan a cabo las mujeres influyen en su estado de salud. Por lo tanto, la idea de que el empleo mejora el estado de salud se matiza cuando tenemos en cuenta variables como la de personas dependientes del cuidado de las mujeres que trabajan, sean ancianos o niños-as menores de 6 años.

Las explicaciones en relación a la diferente percepción de la enfermedad y al malestar no son sólo biológicas, sino que encuentran sus razones en lo social y cultural, en la desigualdad adquirida. Sin embargo, tendemos a explicar el malestar de las mujeres a través de hipótesis explicativas centradas en los varones o en los hijos e hijas y en escasas ocasiones aparecen conceptos como la necesidad de desarrollo de la mujer y de su privacidad, la insatisfacción o subordinación como factores de riesgo para la enfermedad.

Las ciencias de la salud se han preocupado por el problema de la falta de equidad desde principios del siglo XIX, cuando se reconoció que las diferencias entre el estado de salud de los ricos y los pobres estaban generalizadas. Diversos estudios de las desigualdades en materia de salud han revelado que, aunque la clase puede ser el factor determinante de la desigualdades, siguen existiendo diferencias significativas en los resultados de salud por etnia y sexo dentro de cada nivel de clase (OPS, 2005).

En este triángulo, sexo y género son elementos claves a la hora de entender la salud y la enfermedad desde la perspectiva de las mujeres. Varones y mujeres enferman de forma distinta. Como hemos visto, la salud y la enfermedad se ven condicionadas por factores socio-económicos y productivos. Sabemos que el cuerpo, la salud y su enfermedad, en diversas sociedades y períodos históricos, se construye culturalmente y sus definiciones dependen del contexto social y cultural en el que se llevan a cabo.

La interacción entre biología y cultura es fundamental para entender distintos aspectos de la salud de mujeres y varones. Rara vez la biología actúa sola en la determinación de las desigualdades en salud. Un ejemplo sería el de las diferencias de género en el VIH, en el que la menor autonomía social de las mujeres y su desventaja estructural agravan su sensibilidad biológica al virus de la inmunodeficiencia humana.

Sin duda estamos en campos novedosos de investigación y de acción. Admitir la importancia de lo social y pensar que las diferencias en nuestro acceso al trabajo y en cómo percibimos nuestra salud derivan de diferencias sociales, es decir, construidas entre varones y mujeres, permite buscar cambios a la situación y diseñar políticas y planes preventivos de la salud desde el punto de vista del género.