

Lucía Artazcoz

Observatorio de Salud: 4

El papel del ámbito doméstico y familiar en las desigualdades en salud de la población trabajadora

La salud laboral se ha centrado tradicionalmente en la exposición a riesgos de seguridad, higiene y riesgos ergonómicos y psicosociales, pero ha olvidado la influencia del trabajo doméstico y familiar sobre la salud. Igual que el trabajo remunerado, el no remunerado implica la exposición a riesgos de seguridad, de higiene, ergonómicos y psicosociales, pero los accidentes y las enfermedades relacionados con el trabajo doméstico y familiar no se recogen ni se previenen de manera sistemática. Desde la perspectiva de las mujeres esto es muy importante, ya que son mucho más frecuentes en el sexo femenino. El ámbito doméstico puede ser una fuente de exposición a sustancias químicas peligrosas: por ejemplo, es conocida la relación entre el trabajo de limpieza y el asma [1]. El trabajo doméstico implica también la exposición a riesgos ergonómicos y psicosociales tales como los relacionados con el cuidado de las personas con discapacidad que, además de un esfuerzo físico y mental, a menudo supone una excesiva exigencia emocional.

Además de ser una fuente potencial de exposición a diferentes riesgos, el trabajo es también uno de los ejes principales de la vida y de la identidad de las personas; sin embargo, mientras que el trabajo remunerado es una fuente de estatus, poder y oportunidades, el trabajo doméstico y familiar está socialmente infravalorado. En este sentido se ha recalcado que, a la hora de considerar los determinantes sociales de la salud de las mujeres, sería un error olvidar las influencias que emanan de la sociedad más allá del puesto de trabajo, como el patrón de poder y la subordinación en el hogar, ya que las mujeres no tienen todavía el poder de obligar a los hombres a compartir el trabajo doméstico y de cuidado (y no importa cuán alta sea la cualificación del trabajo de la mujer). Tampoco se puede ignorar la manera en que la salud de las mujeres continúa afectada por normas, creencias y modelos tradicionales [2]. Asimismo, en los últimos tiempos se ha puesto de relieve la importancia de considerar el tradicional rol de proveedor de recursos económicos en casa de los hombres con el fin de comprender la influencia de las condiciones de empleo tales como el trabajo temporal, los largos horarios de trabajo o el desempleo en su salud [3].

La división sexual del trabajo está presente en todas las sociedades, de modo que a los hombres y a las mujeres se les asignan diferentes funciones y responsabilidades. Aunque la definición exacta de esta división varía entre las sociedades, hay un alto grado de coherencia en el hecho de que las mujeres tienden a tener asignadas la responsabilidad del trabajo del hogar al tiempo que los hombres tienen un papel primordial en el trabajo remunerado y como sostén de la familia. En la rígida división sexual de la vida social, los hombres tienen más poder y reconocimiento social, mientras que las mujeres son relegadas a la invisibilidad y la falta de valor social. Desde un punto de vista social, ambos proyectos han sido considerados legítimos al ser asumidos como algo inevitable y apropiado, por lo que, durante siglos, la transición a la vida adulta ha sido para los hombres el trabajo remunerado y productivo y, para las mujeres, el matrimonio y la maternidad o el llamado trabajo reproductivo. Pero el primer tipo de proyecto comporta

independencia económica y el pleno reconocimiento ciudadano, mientras que el segundo implica la dependencia y una ciudadanía delegada. El objetivo de este artículo es describir las diferencias de género en el impacto del trabajo doméstico y familiar y en la salud. La división sexual del trabajo que asigna a las mujeres el trabajo doméstico y familiar a las mujeres y a los hombres el papel de sostén de la familia, es el punto de partida.

La división de género

La investigación de los determinantes sociales de la salud de las mujeres ha estado dominada por un marco de roles que pone el énfasis en las mujeres como amas de casa y madres y que considera el empleo femenino como una función adicional. La mayoría de los estudios que adoptan este marco apoyan la hipótesis de potenciación de rol según la cual las mujeres con más roles (ama de casa y trabajadora) tienen un mejor estado de salud. Por ejemplo, es ampliamente reconocido que el trabajo remunerado tiene un efecto beneficioso sobre la salud de las mujeres ya que la mayoría de los estudios observan que las empleadas tienen una mejor salud que aquellas que no lo están [4]. El ambiente de trabajo puede ofrecer oportunidades para desarrollar la autoestima y la confianza en la toma de decisiones, una red social propia para personas que de otra manera estarían aisladas y experiencias que mejoran la satisfacción con la vida [5]. Además, los ingresos proporcionan a las mujeres independencia económica e incrementan su poder en la unidad familiar.

En cambio, otros estudios apoyan la hipótesis de la sobrecarga de trabajo o de conflicto entre diferentes roles, en el sentido de que cuando la carga de trabajo total sea alta, es probable que la combinación de diferentes roles dañe la salud de las mujeres. Una hipótesis que tiene en cuenta la influencia de la clase social; por ejemplo, en un estudio realizado en Cataluña con una muestra de trabajadores casados o que vivían en pareja, las exigencias familiares medidas a través del tamaño de la unidad familiar estaban relacionadas con una mala salud autopercibida, limitación crónica de la actividad, sufrimiento de trastornos crónicos, menos actividad física en el tiempo libre y falta de sueño entre las trabajadoras de clases menos favorecidas pero no entre las de clases privilegiadas ni entre los hombres [6]. Estos resultados se explican por la escasa participación de los hombres en el trabajo doméstico y por la posibilidad de que las trabajadoras de las clases más privilegiadas contraten a otras personas —casi siempre mujeres— con el fin de reducir el trabajo doméstico y, por lo tanto, prevenir los efectos negativos de la alta carga de trabajo en su salud. En consonancia con ello, otro estudio halló que mientras entre los hombres la asociación entre la clase social y la mala salud se explicaba por las condiciones de trabajo físicas y psicosociales y por la inseguridad laboral, entre las mujeres, la asociación entre la posición socioeconómica y la salud se explicaba por las condiciones materiales del hogar y el tamaño de la unidad familiar [7].

Con el fin de compaginar trabajo y familia muchas mujeres trabajan a tiempo parcial, pero esta opción también puede tener efectos negativos en su salud y bienestar. Obviamente, este tipo de jornada no sirve de mucho para reducir las desigualdades de género en términos de división sexual del trabajo. Por otra parte, en Europa, los trabajos a tiempo parcial están confinados en una gama más reducida de ocupaciones que los trabajos a tiempo completo y, por lo general, tienen sueldos más bajos, son de menor cualificación (como las ventas, la restauración y limpieza), más monótonos y con menores oportunidades de promoción profesional [8]. La mayoría de los estudios realizados en los Estados Unidos han demostrado que los trabajadores a

tiempo parcial normalmente ganan menos por hora que los trabajadores a tiempo completo, incluso después de tener en cuenta la educación, la experiencia y otros factores relevantes [9]. Un estudio llevado a cabo entre las enfermeras del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido detectó que cuando se impulsaron políticas de conciliación en los hospitales fueron principalmente las mujeres las que se beneficiaron de ellas. Por el contrario, fueron pocos los enfermeros que eligieron trabajar a tiempo parcial o de forma flexible [10]. El estudio también ponía de manifiesto que el trabajo a tiempo parcial y las interrupciones en la carrera —por lo general a causa de los compromisos familiares— daban lugar a que las enfermeras estuvieran detrás de sus colegas masculinos en términos de desarrollo profesional y de perspectivas de promoción, mientras los responsables de recursos humanos priorizaban la selección de hombres sobre las mujeres (en particular las que trabajan a tiempo parcial). Las autoras concluían que las políticas amigables de la familia debían dirigirse a ambos sexos y que las actitudes subyacentes sobre el papel de los hombres en el cuidado de los hijos y la división sexual del trabajo debían cambiar para que los dos sexos pudiesen competir en igualdad de condiciones en el lugar de trabajo. Hasta que esto sucediera —señalaban— los hombres seguirán avanzando en el desarrollo de sus carreras de enfermería con mayor rapidez que las mujeres.

Roles domésticos y condiciones de empleo

Muchos estudios sobre la influencia de las exigencias familiares en la salud de las mujeres no han considerado en su análisis la posible interacción con la situación laboral, es decir, y por poner un ejemplo, no es lo mismo tener un número de hijos/as para un ama de casa a tiempo completo que para una mujer empleada. Por otra parte, el efecto de las exigencias familiares en la salud puede ser diferente no sólo en función de la situación laboral, sino también de la posición socioeconómica. Así, se ha documentado que entre las mujeres casadas o que viven en pareja, el tamaño del hogar se asocia con mal estado de salud en las menos cualificadas, pero no entre las amas de casa (no importa su clase social) ni entre las mujeres cualificadas.

Aunque la investigación sobre el efecto de los roles familiares en la salud de los hombres es escasa, los roles de los hombres en el hogar también influyen en su salud y esta influencia debe ser entendida a través de la interacción entre su papel tradicional de varón proveedor y su situación laboral. El impacto del desempleo sobre la salud mental es un buen y muy conocido ejemplo de dicha interacción [11]. Esta asociación puede estar mediada por el contexto social donde viven los individuos, que en gran parte está determinada por los roles familiares y de clase social. Por otra parte, el papel de estos factores puede ser diferente según el género, ya que tienen significados diferentes para hombres y mujeres. Un estudio sobre el impacto de perder el empleo en el estado de salud mental llevado a cabo en la población española confirmó este complejo entramado de interacciones [12]. El mayor impacto del desempleo sobre la salud mental de los hombres se explicaba por el papel de sustentador económico principal del hogar y por la clase social (muy superior en los trabajadores menos cualificados), mientras que para las mujeres, el hecho de estar casada, y sobre todo de tener hijos/as, actuaba como un amortiguador. Es interesante señalar que entre los trabajadores y trabajadoras solteros el impacto del desempleo sobre la salud mental fue similar. A partir de estos resultados, se puede inferir que el estar casado o vivir en pareja puede ser una fuente de graves dificultades económicas para los hombres desempleados de clases sociales más desfavorecidas que por lo general asumen el papel de sostén de la familia y son a menudo los únicos proveedores de recursos económicos en casa. Además, debido a su baja participación en el trabajo doméstico y

familiar, en los hombres las responsabilidades familiares no pueden sustituir con éxito un trabajo remunerado como una fuente alternativa del sentido de la vida. Por el contrario, la mayoría de las mujeres españolas que tienen hijos y se convierten en desempleadas suelen vivir con un hombre que es el sostén principal de la familia y sus roles familiares podrían reemplazar los beneficios que antes les proporcionaba el trabajo. Por tanto, es el papel tradicional de los hombres como sustentadores económicos principales del hogar y no el menor compromiso de las mujeres con el trabajo remunerado el motivo del mayor impacto del paro sobre la salud mental de los hombres.

Comprender la influencia de los contratos temporales en la salud psicológica y social también requiere la consideración de las diferencias de género en los roles familiares. Un estudio realizado en España documentaba que el efecto de la contratación temporal sobre la salud mental fue mayor entre los grupos menos privilegiados y con más dificultades de empleabilidad (mujeres y varones trabajadores manuales), y que el impacto sobre dos indicadores de transición a la vida adulta, el vivir con una pareja o tener hijos (dos indicadores de la salud social), fue más pronunciado entre los hombres, sin importar su clase social **[13]**. En la mayoría de los países, que los hombres tengan un trabajo es un factor importante para decidir casarse o convivir con una pareja y/o tener hijos/as. Y en los países con un modelo de sostén masculino de la familia, el trabajo fijo y a tiempo completo para los hombres se considera necesario a fin de consolidar la base financiera considerada como necesaria para estas transiciones a la vida adulta.

El tiempo de trabajo y su relación con el estado de salud también está mediada por los roles familiares. De acuerdo con una división de género según la cual las mujeres son responsables del trabajo doméstico y familiar y los hombres asumen el papel de sostén de la familia, vivir con hijos/as se relaciona con el trabajo a tiempo parcial entre las mujeres, mientras que entre los hombres se relaciona con un aumento en las horas de trabajo para aumentar los ingresos familiares.

Se ha mencionado que el trabajo a tiempo parcial, que es mucho más frecuente entre las mujeres, se asocia con peores condiciones de trabajo y de empleo. Por otro lado, el número de estudios sobre la relación entre los largos horarios de trabajo y diferentes dimensiones de la salud sigue siendo bajo y los resultados son a menudo contradictorios. Sin embargo, de nuevo, parece evidente que esta relación debe entenderse a partir de la interacción con los papeles familiares. Estudios recientes que examinan la relación entre los largos horarios de trabajo (trabajo de 40 a 60 horas a la semana) y una variedad de indicadores de salud entre los trabajadores españoles encontraron una asociación consistente con seis indicadores: mal estado de salud mental, hipertensión, insatisfacción laboral, tabaquismo, sedentarismo en el tiempo libre y dormir seis horas o menos al día, sólo entre las mujeres separadas y en los hombres casados o separados [14]. Los autores explicaron sus hallazgos a través de una posible asociación entre largos horarios de trabajo y dificultades económicas de la familia entre los sustentadores económicos principales del hogar. El carácter obligatorio de los largos horarios de trabajo debido a las dificultades económicas de la familia entre las personas que tienen el rol de proveedor principal del hogar podría explicar la relación. La presión para trabajar más horas con el fin de aumentar los ingresos y/o la aceptación de malas condiciones de trabajo, siendo una de ellas los largos horarios de trabajo, debido al temor de perder el empleo en una situación de vulnerabilidad económica, pueden ser algunas de las razones que explican este patrón consistente de asociación de largas horas de trabajo con diferentes indicadores de salud en algunos grupos definidos por su estado civil o de convivencia.

Buscando un nuevo enfoque

La prevención de los posibles efectos perjudiciales del trabajo sobre la salud requiere ampliar las actuales políticas de salud laboral centradas en el trabajo remunerado y en la consideración del trabajo como una fuente potencial de exposición a la seguridad, higiene, ergonomía y riesgos psicosociales. El impacto del trabajo sobre la salud también incluye los riesgos del entorno doméstico, así como los derivados de la división sexual del trabajo y del hecho de que el trabajo es, además, una fuente de estatus, poder y oportunidades y, como tal, un factor determinante de las desigualdades sociales en salud. En cuanto a la esfera doméstica, la división sexual del trabajo dicta para las mujeres una responsabilidad principal en las tareas domésticas y de crianza y para los hombres el papel de sostén de la familia. Ambos roles pueden tener efectos perjudiciales sobre la salud, donde la clase social es un factor clave, y generar desigualdades de género en la salud.

Para este nuevo enfoque son necesarios cambios en los sistemas de información de salud laboral, en las políticas de salud laboral y en los programas de formación e investigación. En relación con los sistemas de información de salud laboral, las encuestas de condiciones de trabajo nacionales y europeas deben incluir más preguntas sobre las características de la familia, no sólo con el fin de examinar la influencia de la compaginación de vida laboral y familiar en la salud, sino también para comprender el impacto de las condiciones de empleo en el estado de salud a través de la interacción con los roles familiares en ambos sexos.

Parece claro que, en este marco más amplio, las políticas tradicionales de salud laboral centradas en la prevención de riesgos laborales y basadas en los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas y los departamentos de seguridad de los ministerios de

Trabajo son insuficientes. La salud laboral debe ser puesta en la agenda de los gobiernos, sobre todo en lo que se refiere a las políticas de equidad y al mercado laboral; y las políticas económicas deberían tener en cuenta el impacto de las decisiones políticas en estas áreas sobre la salud de los trabajadores y trabajadoras.

La formación e investigación en materia de salud laboral deben ser coherentes con este marco más amplio que integra el trabajo remunerado y el no pagado; deben considerar la influencia del trabajo más allá de la exposición a los riesgos de trabajo y poner la división sexual del trabajo y las desigualdades en la salud relacionadas con el trabajo en el centro de este nuevo enfoque.

Notas

- [1] Medina-Ramón M., Zock J. P., Kogevinas J. P. *et al.*, «Asthma symptoms in women employed in domestic cleaning: a community based study», en *Thorax* (2003), 58: 950-954.
- [2] Bartley M., «Measuring women's social position: the importance of theory», en *Journal of Epidemiology and Community Health* (1999), 53: 601-602.
- [3] Artazcoz L., Borrell C., Cortès I., Escribà-Agüir V., Cascant L., «Occupational epidemiology and work-related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research», en *Journal of Epidemiology and Community Health* (2007), 61 Suppl 2: ii39-45.
- [4] Nathanson C. A., «Illness and the feminine role: a theoretical review», en *Social Science & Medicine* (1975), 9: 57-62.
- Artazcoz L., Borrell C., Benach J., Cortès I., Rohlfis I., «Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position», en *Social Science & Medicine* (2004), 59: 263-274.
- [5] Sorensen G., Verbrugge L. M., «Women, work, and health», en *Annual Review of Public Health* (1987), 8: 25-51.
- [6] Artazcoz L., Borrell C., Benach J. «Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands», en *Journal Epidemiology and Community Health* (2001), 55: 639-647.
- [7] Borrell C., Muntaner C., Benach J., Artazcoz L., «Social class and self-perceived health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour», en *Social Science & Medicine* (2004), 58: 1.869-1.887.
- [8] Fagan C., Burchell B., *Gender, jobs and working conditions in the European Union*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.

[9] Kalleberg A. L., «Non-standard employment relations: part-time, temporary and contract work», en *Annual Review of Sociology* (2000), 26: 341-365.

[10] Whittock M., Edwards C., McLaren S., Robinson O., «'The tender trap': gender, part-time nursing and the effects of 'family-friendly' policies on career advancement», en *Sociology of Health & Illness* (2002), 24: 305-326.

[11] Janlert U., «Unemployment as a disease and diseases of the un-employed», en *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* (1997), 23 (suppl. 3): 79-83.

[12] Artazcoz L., Benach J., Borrell C., Cortès I., «Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class», en *American Journal of Public Health* (2004), 94: 82-88.

[13] Artazcoz L., Benach J., Borrell C. *et al.*, «Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health», en *Journal of Epidemiology and Community Health* (2005), 59: 761-767.

[14] Artazcoz L., Cortès I., Borrell C., Escribà-Agüir V., Cascant L., «Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behaviour», en *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* (2007), 33: 344-350; y también: Artazcoz L., Cortès I., Escribà-Agüir V., Cascant L., Villegas R., «Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours», en *Journal of Epidemiology and Community Health* (2009), 63: 521-527.

[Lucía Artazcoz es directora del Institut de Serveis a la Comunitat de la Agència de Salut Pública de Barcelona y profesora de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore (Estados Unidos)]