

Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa

E. Fernández^{1,2} / A. Schiaffino^{1,2} / M. Martí³

¹Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, L'Hospitalet de Llobregat.

²Servei de Prevenció i Control del Càncer, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat.

³Departament de Salut Pública i Serveis Socials, Ajuntament de Cornellà de Llobregat.

Correspondencia: Dr. Esteve Fernández, Servei de Prevenció i Control del Càncer. Institut Català d'Oncologia; Av. Gran Via s/n Km 27; 08907 L'Hospitalet (Barcelona); E-mail: efernandez@ico.scs.es

Recibido: 28 de diciembre de 1999

Aceptado: 27 de abril de 2000

(Influence of housework on health and health services use among employed women with paid work and housemakers)

Resumen

Objetivo: Analizar la asociación de la carga de trabajo doméstico con el estado de salud y la utilización de servicios sanitarios en las mujeres de Cornellà de Llobregat.

Métodos: Se han seleccionado las 520 mujeres ocupadas fuera del hogar y amas de casa (25 a 64 años) entrevistadas en la Encuesta de Salud de Cornellà (1994).

Resultados: La convivencia con ancianos y vivir en hogares con ≥ 4 miembros se asociaron a un peor estado de salud en las mujeres ocupadas fuera del hogar, que también realizaron menor uso de los servicios sanitarios si convivían con ancianos.

Conclusión: Las mujeres ocupadas fuera del hogar tienen una mayor probabilidad de declarar su estado de salud como malo cuando presentan una mayor carga de trabajo doméstico.

Palabras clave: Trabajo doméstico. Encuesta de salud. Salud percibida. Empleo. Utilización de servicios sanitarios.

Abstract

Objective: To analyse the association between housework, burden, health status, and health services use in women (employed and homemakers) in Cornellà de Llobregat (Spain).

Methods: We included for analysis 520 women (employed and homemakers) aged 25 to 64 years old who were interviewed within the 1994 Cornellà Health Interview Survey.

Results: Living with elderly persons and being more than 4 members at home was associated with a poorer health status in employed women, who also had a less frequent use of health services when they lived with elderly persons.

Conclusion: Employed women have a higher probability of declaring a poor health status when their domestic workload is high.

Key words: Housekeeping. Health interview survey. Perceived health. Employment. Health services use.

Introducción

El estudio que la influencia de la doble carga laboral, es decir el «trabajo remunerado o productivo» y el «trabajo reproductivo» en el hogar, tiene en el estado de salud de las mujeres ha sido abordado desde diferentes perspectivas. Algunos autores sostienen que la combinación de ambos tipos de trabajo tiene un efecto perjudicial sobre la salud de las mujeres¹, mientras que otros mantienen, al contrario, que los efectos de la doble carga laboral son beneficiosos². El estudio de la salud de las mujeres debe abordarse desde la perspectiva de la doble jornada laboral que muchas de ellas

desempeñan³. En nuestro medio, la disponibilidad de información a partir de las encuestas de salud ha posibilitado el desarrollo de algunas investigaciones específicas, tanto en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud de las mujeres y hombres ocupados fuera del hogar como en las diferencias en salud entre amas de casa y mujeres ocupadas fuera del hogar⁴⁻⁶. No existen sin embargo, investigaciones sobre la influencia que la carga de trabajo reproductivo tiene en la utilización de los servicios sanitarios por parte de las mujeres (ya sean amas de casa o con trabajo remunerado fuera del hogar).

El objetivo de esta investigación fue analizar la asociación del trabajo doméstico con el estado de salud y

la utilización de servicios sanitarios en las mujeres ocupadas fuera del hogar y en las amas de casa de Cornellà de Llobregat.

que primarios, primarios, y más que primarios), las variables ya mencionadas sobre trabajo doméstico y, cuando se analizó la utilización de servicios, el estado de salud percibido (malo/bueno) como medida de necesidad¹⁰.

Métodos

La información analizada procede de la Encuesta de Salud de Cornellà⁷, realizada durante el año 1994, en una muestra representativa (muestreo aleatorio simple) de la población de esta ciudad del cinturón metropolitano de Barcelona. Se entrevistaron 2.500 personas (1.237 hombres y 1.263 mujeres) mediante un cuestionario estandarizado basado en los cuestionarios de las encuestas de salud de Barcelona⁸ y Cataluña⁹. Para el presente análisis se han seleccionado las 520 mujeres entre 25 y 64 años de edad que eran cabeza de familia o pareja del cabeza de familia. Las variables dependientes fueron el estado de salud percibido, recodificado como malo (muy malo, malo, regular) o bueno (bueno, muy bueno) y la visita a un profesional sanitario en los 15 días previos a la entrevista (no/sí). Como aproximación a la carga de trabajo doméstico se ha utilizado la convivencia con menores de 15 años (no/sí), la convivencia con mayores de 65 años (no/sí) y el número de personas en el hogar (dicotomizado como 2-4, ≥ 5). En primer lugar se han estudiado conjuntamente las mujeres con trabajo remunerado fuera del hogar (mujeres ocupadas) y las amas de casa, y se han ajustado posteriormente modelos de regresión logística por separado para unas y otras. Como medida de asociación se ha utilizado la *odds ratio* de prevalencia (OR) con sus intervalos de confianza (IC) del 95%, derivados de los correspondientes modelos de regresión logística múltiple. Las variables de ajuste fueron la edad (continua), el nivel de estudios (tres categorías: menos

Resultados

De las 520 mujeres incluidas, 353 (67,9%) declararon ser amas de casa. La media de edad fue de 46,9 años (desviación típica: 10,1 años) y de nivel socioeconómico poco favorecido (el 70,9% pertenecían a las clases sociales IV-V y el 21,7% declararon no poseer estudios). El 40,6% de las mujeres convivía con menores de 15 años, el 11,7% con mayores de 65 años, y el 21,7% vivía en hogares con más de cuatro miembros. El 44,0% de las mujeres consideraron su estado de salud como malo. No se han observado diferencias en la percepción negativa del estado de salud según fuesen mujeres ocupadas fuera del hogar (34,7%) o amas de casa (48,4%; OR = 1,1; IC 95%: 0,7-1,7). En el análisis del estado de salud según la carga de trabajo doméstico se ha observado un patrón diferente para las mujeres ocupadas y las amas de casa (tabla 1). La convivencia con ancianos (OR = 2,8) y vivir en hogares con más de cuatro miembros (OR = 1,8) se asoció, aunque sin alcanzar la significación estadística, a un peor estado de salud entre las mujeres ocupadas fuera del hogar, mientras que en las amas de casa se observa un patrón inverso.

Respecto a la visita a algún profesional sanitario en los últimos 15 días, no se observaron diferencias según fuesen mujeres ocupadas o amas de casa (tabla 2). Las mujeres ocupadas fuera del hogar presentaron una menor frecuentación si convivían con ancianos (OR = 0,3), y las amas de casa, en cambio, mostraron

Tabla 1. Prevalencia, *odds ratios* (OR) ajustadas^a e intervalos de confianza del 95% (IC 95%) de declarar el estado de salud como muy malo, malo o regular según diferentes variables indicadoras del trabajo doméstico. Mujeres cabeza de familia o pareja del cabeza de familia. Cornellà de Llobregat, 1994

		N	%	IC (95%)	Total (n = 520)		Ocupadas (n = 167)		Amas de casa (n = 353)	
					OR	IC (95%)	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Convivencia con menores de 15 años	No	157	50,8	(45,2-56,4)	1		1		1	
	Sí	72	34,1	(27,7-40,5)	0,9	(0,6-1,5)	1,2	(0,5-2,8)	0,9	(0,5-1,6)
Convivencia con mayores de 65 años	No	196	42,7	(38,2-47,2)	1		1		1	
	Sí	33	54,1	(41,6-66,6)	1,0	(0,6-1,9)	2,8	(0,8-9,8)	0,7	(0,4-1,5)
Número de personas en el hogar	2-4	182	46,1	(35,7-56,4)	1		1		1	
	≥ 5	47	41,6	(32,5-50,7)	0,8	(0,5-1,2)	1,8	(0,7-4,7)	0,6	(0,3-1,0)

^aOR ajustadas por edad, nivel de estudios y el resto de variables de la tabla

Tabla 2. Prevalencia, odds ratios (OR) ajustadas^a e intervalos de confianza del 95% (IC 95%) de haber visitado a un médico en los últimos 15 días según diferentes variables indicadoras del trabajo doméstico. Mujeres cabeza de familia o pareja del cabeza de familia. Cornellà de Llobregat, 1994

		N	%	IC (95%)	Total (n = 520)		Ocupadas (n = 167)		Amas de casa (n = 353)	
					OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)
Convivencia con menores de 15 años	No	87	28,2	(23,2-33,2)	1		1		1	
	Sí	53	25,1	(19,2-30,9)	1,3	(0,8-2,3)	0,9	(0,4-2,2)	1,6	(0,8-3,1)
Convivencia con mayores de 65 años	No	120	26,1	(22,1-30,1)	1		1		1	
	Sí	20	32,8	(21,0-44,6)	1,2	(0,6-2,2)	0,3	(0,01-1,9)	1,7	(0,8-3,5)
Número de personas en el hogar	2-4	114	28,0	(23,6-32,4)	1		1		1	
	≥ 5	26	23,0	(15,2-30,8)	0,7	(0,4-1,2)	0,6	(0,2-3,5)	0,8	(0,4-1,5)

^aOR ajustadas por edad, nivel de estudios, estado de salud percibido y el resto de variables de la tabla

una discreta mayor utilización (OR = 1,7), si bien no se puede descartar que estas asociaciones sean debidas al azar.

Discusión

Aunque las variables utilizadas representan sólo una aproximación parcial al trabajo doméstico y el tamaño de la muestra limita la precisión y la significación estadística de las estimaciones realizadas, este trabajo pone de manifiesto que las mujeres ocupadas con trabajo remunerado parecen tener una mayor probabilidad de declarar su estado de salud como malo cuando conviven en hogares con más de cuatro miembros.

Estos resultados son coincidentes con observaciones previas^{4,6}. El trabajo de Artazcoz et al.⁴, a partir de la Encuesta de Salud de Cataluña, pone de manifiesto que las mujeres ocupadas fuera del hogar perciben un peor estado de salud si tienen una mayor carga de trabajo doméstico. En concreto, observaron una asociación consistente entre declarar el estado de salud como regular o malo y formar parte de un hogar con más de cuatro miembros (OR = 2,35; IC 95%: 1,33-4,15), respecto a los hogares con sólo dos miembros. Con similar metodología, pero con información de la Encuesta de Salud de Terrassa (Barcelona), estos autores observan también un peor estado de salud en las mujeres ocupadas que vivían en hogares con más de cuatro miembros (OR = 3,8; IC 95%: 1,2-12,2, respecto los hogares de dos a cuatro miembros)⁶.

En este estudio se ha observado también una probable asociación directa entre convivir con ancianos y una peor percepción del propio estado de salud, a diferencia de los trabajos anteriores^{4,5}. Estos estudios han puesto de manifiesto que este efecto negativo de la

carga doméstica sobre la salud es específico de las mujeres ocupadas fuera del hogar, puesto que en hombres no se observó asociación alguna. En este estudio hemos abordado el efecto de la carga de trabajo doméstico sólo en mujeres, considerando si trabajan fuera del hogar o están ocupadas en trabajo reproductivo (amas de casa), y apreciamos un efecto negativo sólo en las primeras. Es necesario señalar que aunque la magnitud de las asociaciones observadas no es despreciable, no podemos descartar que fueran debidas al azar. Además, el diseño transversal del estudio no permite establecer la dirección causal de las asociaciones observadas.

Si bien diversos trabajos indican que las amas de casa presentan un peor estado de salud en comparación a las mujeres que trabajaban fuera del hogar, esta asociación no ha aparecido en las mujeres de Cornellà de Llobregat. El perfil social de estas mujeres ocupadas, mayoritariamente de clases desfavorecidas y con ocupaciones manuales semicualificadas o no cualificadas, es decir, con trabajos en general poco gratificantes, de limitado prestigio social y en condiciones de precariedad y falta de control sobre el mismo, podría en parte explicar por qué el trabajo productivo o remunerado de estas mujeres no ejerce un efecto beneficioso. Esta observación estaría de acuerdo con los resultados de Rohlfs et al.⁵, en los que el efecto beneficioso del trabajo remunerado en la salud de las mujeres es mayor en las clases sociales I-II que en las clases sociales IV-V.

En relación con la visita al profesional sanitario, se observan ciertas diferencias, aunque no son estadísticamente significativas. Las mujeres que trabajan fuera del hogar, en las que el trabajo doméstico determina un peor estado de salud, refieren una menor utilización de los servicios sanitarios cuando la carga de trabajo doméstico es mayor. Esta observación puede tener una

doble explicación. Cabría considerar que las mujeres ocupadas fuera del hogar disponen de menos tiempo, con la consiguiente limitación para la utilización de los servicios sanitarios. No se dispone de información en la encuesta para contrastar este supuesto. Una segunda y acaso más plausible explicación concierne a la necesidad de cuidados de salud: las mujeres ocupadas fuera del hogar serían las que gozan de mejor estado de salud, y por tanto tienen un menor nivel de necesidad^{10,11}. En este sentido, el 65,3% de las mujeres con doble jornada declararon su salud como muy buena o buena. Al analizar según el estado de salud declarado la asociación entre el trabajo doméstico y la visita a un profesional sanitario se observa una menor utilización en las mujeres ocupadas y con estado de salud muy malo, malo o regular (OR = 0,5 para la convivencia con menores, OR = 0.6 para la convivencia con ancianos, y OR = 0,2 para los hogares con más de cinco miembros), mientras que en las mujeres ocupadas con buena salud la utilización fue mayor (OR > 1.3). Es decir, la utilización fue sólo mayor en las mujeres con doble jornada y buen estado de salud. Este análisis, sin embargo,

está basado en pocos efectivos (109 mujeres ocupadas fuera del hogar con salud buena y 58 con salud mala) y en ningún caso las OR son estadísticamente significativas, sin que se pueda confirmar con un aceptable nivel de confianza la aparente interacción. El mismo análisis estratificado para las amas de casa no evidenció ninguna modificación en el patrón observado según el estado de salud.

La relación entre los determinantes familiares, laborales, y sociales en general, y el estado de salud de las mujeres y la utilización que hacen de los servicios sanitarios se presenta como especialmente compleja, por lo que su abordaje debe superar aproximaciones más clásicas^{10,11}. Por todo ello, además de los estudios *ad hoc* de tipo cuantitativo que puedan diseñarse con información individual o que incorporen información contextual (niveles múltiples)¹², o estudios con metodología cualitativa¹³, es necesario que las encuestas de salud en población general que se realizan periódicamente incorporen variables sobre condiciones del trabajo productivo (remunerado), trabajo reproductivo (no remunerado), salud reproductiva, apoyo social y calidad de vida¹⁴.

Bibliografía

1. Weatherall R, Heather J, Macran S. Double burden or double blessing? Employment, motherhood and mortality in the longitudinal study of England and Wales. *Soc Sci Med* 1994;38:285-97.
2. Ayers L, Cusack, Crosby F. Combining work and home. *Occup Med* 1993;8:821-31.
3. Barañano M. Mujer, trabajo y salud. En: Barañano M, ed. *Mujer, trabajo y salud*. Madrid: Trotta; 1992. p.13-43.
4. Artazcoz L, Cortès I, Moncada S, Rohlfs I, Borrell C. Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud. *Gac Sanit* 1999;13:201-7.
5. Rohlfs I, de Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barc)* 1997;108:566-71.
6. Artazcoz L, Borrell C, Rohlfs I, Beni C, Moncada S. Trabajo doméstico, salud percibida y desigualdades de género en trabajadores. *Gac Sanit* 1999;13(supl 3):8.
7. Departament de Salut Pública. *Enquesta de Salut de Cornellà de Llobregat 1994*. Cornellà de Llobregat: Ajuntament de Cornellà de Llobregat; 1995.
8. Borrell C, Arias A, Baranda L, Lozares C. *Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 1992*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 1992.
9. Document tècnic. *Enquesta de salut de Catalunya 1994*. Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1995.
10. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Badia X, Segura A. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *J Epidemiol Comm Health* 1999;53:218-22.
11. Green CA, Pope CR. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Soc Sci Med* 1999;48:1363-72.
12. Sánchez-Cantalejo, Ocaña-Riola R. Los modelos multinivel o la importancia de la jerarquía. *Gac Sanit* 1999;13:391-8.
13. Baum F. Investigación en salud pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. *Revisiones Salud Pública* 1997;5:175-93.
14. Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escrivà V et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit* 2000;14:146-55.