

Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada

L. Artázcoz¹ / C. Borrell¹ / I. Rohlf² / C. Beni³ / A. Moncada³ / J. Benach⁴

¹Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.

²Programa Dona i Qualitat de Vida (CAPS).

³Institut Municipal de Salut i Qualitat de Vida de Terrassa.

⁴Universitat Pompeu Fabra.

Correspondencia: Lucía Artázcoz Lazcano. Institut Municipal de Salut Pública. Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona.
Correo electrónico: lartazco@imsb.bcn.es

Recibido: 23 de octubre de 2000.

Aceptado: 13 de febrero de 2001.

(Housework, gender and health in the working population)

Resumen

Objetivo: Analizar la relación de la carga de trabajo doméstico con el estado de salud percibido de la población ocupada y comprobar si existen desigualdades de género.

Métodos: Se seleccionaron los 215 varones y 106 mujeres menores de 65 años que trabajaban y estaban casados o vivían en pareja, entrevistados en la Encuesta de Salud de Terrassa de 1998. Se contrastó la existencia de diferencias mediante *odds ratios* ajustadas (ORa) por la carga de trabajo doméstico, la edad y la clase social ocupacional con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Mientras en varones la carga de trabajo doméstico no se asoció con el estado de salud, en mujeres la probabilidad de mal estado de salud fue mayor entre las que vivían en hogares de más de 4 personas (ORa, 3,65; IC del 95%, 1,06-12,54) y en las que no disponían de una persona contratada para el trabajo doméstico (ORa, 4,43; IC del 95%, 1,05-18,62).

Conclusión: Tanto las características de la unidad familiar como la ayuda para el trabajo doméstico desempeñan un papel importante en las desigualdades de género en salud.

Palabras clave: Características familiares. Factores socioeconómicos. Trabajo. Género.

Abstract

Objective: To analyse the relation between domestic workload and self-perceived health status among workers and to examine whether there are gender inequalities.

Methods: The selected population were the 215 men and 106 women younger than 65 years interviewed in the Terrassa Health Survey, 1998 who had a paid work and were married or cohabiting. Adjusted odds ratios (aOR) by domestic workload, age and occupational social class with their 95% confidence intervals (CI) were calculated.

Results: Whereas among men domestic workload was not associated with health status, among women poor self-perceived health status was positively related to household size (aOR = 3.65; 95% CI = 1.06-12.54) and to lack of a person for doing domestic tasks (aOR = 4.43; 95% CI = 1.05-18.62).

Conclusion: Both household characteristics and having a support for facing domestic tasks play an important role in gender health inequalities.

Key words: Family characteristics. Socioeconomic factors. Work. Gender.

Introducción

En los últimos años diversos estudios han analizado los determinantes sociales de la salud de varones y mujeres utilizando abordajes diferentes. Mientras la investigación sobre la salud de los primeros se ha centrado casi siempre en las desigualdades relacionadas con la clase social, en las segundas el abordaje más habitual ha sido el basado en sus roles sociales, donde el estado civil o de convivencia y el papel de madre se consideran centrales, y el trabajo pagado un rol adicional¹.

A pesar de la amplia bibliografía sobre el efecto de la ocupación de roles múltiples en la salud de las mujeres, llama la atención la escasez de estudios acerca de los roles familiares y la salud de los varones, así como

sobre las desigualdades de género asociadas a la distinta distribución del trabajo doméstico^{2,3}. Hoy día las mujeres trabajadoras han de hacer frente a una "doble jornada": continúan siendo responsables de la mayor parte del trabajo doméstico, aun estando empleadas^{4,5}. La carga de trabajo doméstico, que depende de las exigencias familiares del hogar y de la existencia de recursos para llevar a cabo estas tareas, junto con la carga del trabajo remunerado y la dificultad para compatibilizar la vida profesional y la familiar pueden tener efectos negativos sobre la salud de las mujeres.

El objetivo de este estudio es, en primer lugar, analizar la relación del trabajo doméstico con el estado de salud percibido en trabajadores y trabajadoras que están casados o viven en pareja y, en segundo lugar, comprobar si existen desigualdades de género.

Métodos

Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Terrassa realizada entre junio y julio de 1998. Se trata de una encuesta representativa de la población de Terrassa mayor de 15 años (138.100 personas), sobre una muestra aleatoria de 1.000 personas (error del 3,2% para un nivel de confianza del 95,5%) obtenida a partir del Padrón de Habitantes de 1996. La recogida de datos se realizó mediante una entrevista personal en el domicilio de las personas seleccionadas. Un 16,5% de las personas inicialmente seleccionadas se negó a contestar la encuesta y fueron sustituidas por nuevas entrevistas. La población de estudio fueron los 215 varones y 106 mujeres menores de 65 años que trabajaban y estaban casados o vivían en pareja.

La variable dependiente fue el estado de salud percibido, con 5 categorías: «muy bueno», «bueno», «regular», «malo» y «muy malo»⁶. Esta variable fue posteriormente dicotomizada considerándose como buen estado de salud las dos primeras categorías y como malo el resto.

La carga de trabajo doméstico asociada a las exigencias familiares se midió con 3 variables: número de personas en el hogar (hasta 4 o más de 4), convivencia con menores de 12 años y convivencia con mayores de 65 años. Se consideró también la existencia de una persona contratada para realizar tareas del hogar, con 2 categorías, «Sí» y «No», como recurso para afrontar el trabajo doméstico. Las variables de ajuste fueron la edad y la clase social ocupacional obtenida mediante la adaptación española de la clasificación del British Registrar General y asignada según la ocupa-

ción actual de la persona encuestada⁷. Debido al bajo número de efectivos en algunos grupos, las 6 categorías iniciales de clase social fueron agrupadas en tres: I-II, III y IVA-IVB-V.

En primer lugar se realizó un análisis bivariado para estudiar las diferencias de género en la variable dependiente y las independientes mediante el test de ji-cuadrado para las variables categóricas y la t de Student para la edad. Posteriormente, se contrastó la existencia de desigualdades en el estado de salud percibido entre varones y mujeres mediante modelos de regresión logística para cada sexo ajustados por todas las variables independientes. Los resultados se presentan como *odds ratios* ajustadas (ORa), con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) del 95%⁸. Las categorías de referencia fueron las consideradas *a priori* como de menor riesgo.

Resultados

En la tabla 1 se presentan las características generales de la población de estudio. Únicamente se observaron diferencias de sexo para la edad: las mujeres fueron significativamente más jóvenes que los varones.

Tras ajustar por la edad y la clase social, las mujeres tuvieron una mayor probabilidad de referir mal estado de salud (ORa, 1,53; IC del 95%, 0,88-2,67), si bien las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Las características de la unidad familiar no tuvieron relación con la salud de los varones, pero sí con la de las mujeres. En éstas, la ORa, asociada a vivir en hogares de más de 4 personas fue 3,65 (IC del 95%, 1,06-12,54) (tabla 2). No disponer de una persona contratada para realizar las tareas domésticas se asoció positivamente con mal estado de salud percibido (ORa, 4,43; IC del 95%, 1,05-18,62), mientras que vivir con personas mayores de 65 años tuvo un efecto protector aunque con un nivel de significación estadística $p = 0,08$ (ORa, 0,18; IC del 95%, 0,03-1,25). La convivencia con menores de 12 años no se asoció con la salud de varones ni de mujeres, mientras que la clase social ocupacional sólo mostró relación con la salud de los primeros.

Discusión

Después de ajustar por la edad y la clase social, las mujeres mostraron una mayor probabilidad que los varones de referir mal estado de salud, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La falta de significación estadística puede ser debida a pro-

Tabla 1. Características generales de la población de estudio (%). Encuesta de Salud de Terrassa, 1998

	Varones (n = 215)	Mujeres (n = 106)	p
Estado de salud percibido			
Muy bueno	14,1	14,2	0,73
Bueno	62,4	57,5	
Regular	20,7	23,6	
Malo	2,8	4,7	
Muy malo	0	0	
Más de 4 personas en el hogar	14,4	17,9	0,42
Convivencia con menores de 12 años	45,1	37,7	0,21
Convivencia con mayores de 65 años	6,5	8,5	0,52
Persona contratada para las tareas del hogar	17,7	22,6	0,29
Clase social ocupacional			
I y II	25,4	25,5	0,91
III	22,5	24,5	
IV y V	52,1	50,0	
Edad media (desviación estándar)	43,1 (9,8)	39,4 (10,2)	0,002

Tabla 2. Odds ratio ajustadas (ORa) e intervalos de confianza (IC) del 95% para la asociación entre mal estado de salud y las variables independientes. Encuesta de Salud de Terrassa, 1998

	Varones (n = 215) ORa (IC del 95%)	Mujeres (n = 106) ORa (IC del 95%)
Número de personas en la unidad familiar		
2-4	1	1
Más de 4	1,08 (0,42-2,76)	3,65 (1,06-12,54)
Convivencia con menores de 12 años		
No	1	1
Sí	1,04 (0,45-2,39)	0,63 (0,21-1,92)
Convivencia con mayores de 65 años		
No	1	1
Sí	0,31 (0,06-1,59)	0,18 (0,03-1,25)
Persona contratada para las tareas del hogar		
No	1,00 (0,34-2,94)	4,43 (1,05-18,62)
Sí	1	1
Clase social ocupacional		
I y II	1	1
III	1,11 (0,36-3,42)	0,44 (0,10-1,88)
IV y V	2,69 (1,02-7,04)	0,74 (0,24-2,30)

ORa: OR ajustadas por el resto de variables incluidas en la tabla y por la edad.

blemas de poder estadístico debido al reducido tamaño de la muestra, si bien estudios recientes cuestionan la aparente universalidad del exceso de morbilidad femenina que podría depender del síntoma y de la fase del ciclo vital analizados⁹.

Tal como se esperaba, las exigencias del trabajo doméstico tuvieron un impacto negativo en la salud de las mujeres, pero no en la de los varones. El estado de salud percibido fue peor entre las mujeres que vivían en hogares de más de 4 personas, lo que es consistente con estudios que han detectado un mayor nivel de estrés¹⁰ o peor estado de salud percibido^{11,12} entre las mujeres ocupadas que viven en hogares con muchas personas. Raramente se han medido las exigencias familiares asociadas al trabajo doméstico a través del número de personas en el hogar (normalmente se consideran variables relacionadas con la convivencia con hijos/as), lo que es lógico, ya que éste no es un buen indicador del trabajo doméstico en poblaciones generales como las analizadas en la mayoría de trabajos sobre roles familiares y género¹³. No obstante, sí parece adecuada su utilización como indicador de carga de trabajo doméstico cuando se restringe la

población a mujeres casadas o que viven en pareja, como es el caso de este estudio.

En contra de lo esperado, vivir con personas mayores de 65 años se asoció negativamente con el mal estado de salud percibido. Este resultado, que no coincide con los de otros autores¹⁴, es consistente sin embargo con un estudio realizado en población ocupada en Catalunya y podría explicarse por el apoyo emocional o práctico de las personas mayores en nuestro medio¹¹. Los resultados divergentes entre los diferentes estudios pueden ser debidos a divergencias sociales y culturales en las poblaciones analizadas, sobre las que convendría profundizar en futuros estudios.

Disponer de una persona contratada para el trabajo doméstico fue protector para el estado de salud de las mujeres. En la literatura sobre roles familiares y salud, raramente se han tenido en cuenta los recursos para hacer frente al trabajo del hogar. Hall² considera la existencia de recursos para el cuidado de los hijos, pero en nuestro entorno es más habitual tener una persona contratada para realizar el trabajo doméstico, relacionado o no con el cuidado de los hijos, factor que parece ser positivo para la salud de las mujeres.

Este estudio está limitado por la poca precisión de las estimaciones debida al reducido tamaño de la muestra, cosa que sucede también en otros trabajos¹². Esta falta de poder estadístico ha impedido profundizar en aspectos tales como la relación del estado de salud con el número de hijos de diferentes edades, la posible existencia de personas discapacitadas en el hogar o el papel de la situación laboral y la clase social de la pareja, así como la posible interacción entre género, clase social y características familiares. Puesto que para el análisis de muchas hipótesis relacionadas con las desigualdades de género es conveniente la restricción de la población de estudio a determinados roles, futuras encuestas de salud deberían tener en cuenta este hecho en el diseño muestral.

Los resultados de este estudio señalan la importancia del trabajo doméstico para explicar la salud de las mujeres ocupadas y sugieren líneas de intervención como el fomento de la corresponsabilidad en las tareas domésticas y el aumento de recursos comunitarios para hacer frente a las exigencias de la unidad familiar. El avance en el estudio de las desigualdades de género requiere la integración de la clase social y los roles familiares y laborales⁹. Para ello futuras encuestas de salud deberían introducir más variables sobre las características del ámbito familiar y del trabajo remunerado y no remunerado¹⁵.

Bibliografía

1. Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Annu Rev Public Health* 1987; 8: 235-251.
 2. Hall EM. Double exposure: the combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in swedish men and women. *Int J Health Serv* 1992; 22: 239-260.
 3. Hunt K, Annandale E. Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender specific? *Sociology Health Illness* 1993; 15: 632-664.
 4. Popay J, Bartley M, Owen C. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor morbidity. *Soc Sci Med* 1993; 36: 21-32.
 5. Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociology Health Illness* 1992; 14: 313-343.
 6. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.
 7. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la "clase social" basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989; 3: 320-326.
 8. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. Nueva York: John Wiley and Sons, 1989.
 9. Macintyre S, Hunt K. Socio-economic position, gender and health. How do they interact? *J Health Psychology* 1997; 2: 315-334.
 10. Walters V. Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. *Soc Sci Med* 1993; 36: 393-402.
 11. Artázcoz L, Cortès I, Moncada S, Rohlfs I, Borrell C. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada. *Gac Sanit* 1999; 13: 190-196.
 12. Fernández E, Schiaffino A, Martí M. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Gac Sanit* 2000; 14: 287-290.
 13. Emslie, K Hunt, Macintyre S. Gender differences in minor morbidity among full time employees of a British university. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 465-475.
 14. Walters V. Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. *Soc Sci Med* 1993; 36: 393-402.
 15. Rohlfs I, Borrell C, Anitúa C, Artázcoz L, Colomer C, Escribà V et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit* 2000; 14: 146-155.
-