

Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud

María Teresa Ruiz Cantero^a / Natalia Papí Gálvez^b / Virginia Carbrera Ruiz^a / Ana Ruiz Martínez^c /
Carlos Álvarez-Dardet Díaz^a

^aDepartamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España; ^bDepartamento de Sociología II, Universidad de Alicante, Alicante, España; ^cInstituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, Alicante, España.

(Gender systems and/in the Spanish National Health Interview Survey)

Resumen

Objetivo: Analizar la Encuesta Nacional de Salud (ENS) desde la perspectiva de géneros, con especial énfasis en la división sexual del trabajo.

Métodos: Análisis del contenido de la ENS-2003 desde la perspectiva del género, entendiéndolo como: a) base de normas sociales: responsabilidades por sexo, riesgos y problemas de salud según los roles masculinos/femeninos; b) organizador de la estructura social: división sexual del trabajo, doble carga, segregación horizontal/vertical, dedicación (horas) a tareas según tiempos sociales, acceso a recursos, y c) componente de la identidad individual: conflictos por múltiples roles, insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autopercepción, reconocimiento del trabajo, asimilación sexual de género, problemas de salud por diferencias sexuales.

Resultados: La ENS gira alrededor del sustentador principal, en masculino. La división sexual del trabajo doméstico se identifica con sólo una pregunta general. Al utilizar el concepto «actividad principal para empleo o trabajo reproductivo», la encuesta induce a valorarla, jerarquizarla y seleccionar una; en consecuencia, se pierde información, lo que dificulta el análisis del impacto de la doble carga en la salud. No se pregunta por horas de trabajo reproductivo y ocio. En una misma pregunta se mezclan agresiones (intencionales) y accidentes (no intencionales) lo que imposibilita el estudio de la violencia de género.

Conclusiones: La ENS recoge la variable sexo, pero su enfoque, más descriptivo que explicativo, limita su perspectiva de género. Se pueden medir situaciones concretas de desigualdad entre hombres y mujeres relativas al trabajo remunerado, pero no es posible determinar completamente otros indicadores de desigualdad social entre ambos sexos, como la situación de las amas de casa y de doble jornada.

Palabras clave: Roles de género. Diferencias por sexo. Identidad de género. Encuestas de salud.

Abstract

Objective: To analyze the Spanish National Health Interview Survey (NHIS) from a gender perspective, with special emphasis on gender division of labor.

Method: We analyzed the 2003 Spanish NHIS from the perspective of the levels of gender observation, with gender understood as: a) the basis of social norms (responsibilities by sex, health risks, and problems related to masculine/feminine roles); b) the organizer of the social structure: gender division of labor, work overload, vertical/horizontal segregation, time spent in activities according to social times, access to resources, and c) a component of individual identity (conflicts due to multiple roles, body image dissatisfaction, self-esteem, self-perceived recognition of the work performed, assimilation of the sexual gender role, sex differences in health conditions).

Results: The Spanish NHIS is centered on the main provider, referred to in masculine grammatical form. Gender division of domestic labor is identified only by a general question. When using the concept of main activity for productive or reproductive work, the survey requires respondents to evaluate them and select only one, thus losing information and hampering analysis of the impact of an overload of work on health. Information on time used for reproductive work and leisure is not solicited. Assaults (intentional) and accidents (non-intentional) are combined in the same question, thus preventing research on gender-related violence.

Conclusions: The Spanish NHIS includes the variable of sex, but its more descriptive than analytic focus limits gender analysis. The survey allows specific circumstances of employment-related inequalities between sexes to be measured, but does not completely allow other indicators of gender inequalities, such as the situation of housewives or work overload, to be measured.

Key words: Gender roles. Sex differences. Gender identity. Health surveys.

Correspondencia: Dra. M. Teresa Ruiz Cantero.
Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.
Apdo. 99. 03080 Alicante. España.
Correo electrónico: cantero@ua.es

Recibido: 25 de julio de 2005.

Aceptado: 10 de marzo de 2006.

Introducción

La bibliografía sobre estadísticas de género comenzó a publicarse a principios de la década de 1990, hecho que se ha relacionado con la toma de conciencia de los gobiernos sobre la trascendencia de contar con sistemas de información con perspectiva de género, actualizados y precisos, para poder seguir los cambios en la situación de las muje-

res respecto a los hombres, y desarrollar las políticas y la legislación de igualdad¹⁻⁴. Hasta ese momento, la mayoría de censos y estudios a gran escala se había organizado sin la perspectiva de género, probablemente debido a que los sistemas de información, por su condición de instrumentos para medir cambios sociales, están sujetos a prioridades fruto de fuerzas políticas. Todos tienen su propia historia política e intención⁵. Esto es significativo, pues ciertos indicadores –particularmente los llamados cuantitativos– se legitiman por considerarse objetivos cuando, de hecho, cuentan con la subjetividad propia de quienes deciden que es prioritario conocer mediante las estadísticas.

Si tenemos en cuenta que la información con sensibilidad de género es una herramienta política utilizada para el cambio del status quo y no un fin en sí mismo, las respuestas a los sesgos de género de las estadísticas son dos: una pretende promover la recolección de datos desagregados por sexo, mientras que la otra, desde su crítica a la insuficiencia de estadísticas/indicadores que captan las experiencias de las mujeres –poder y participación– plantea la creación de nuevas fuentes de información.

La Conferencia de Beijing de 1995 instó el desarrollo de estadísticas de género⁵, y en el informe Beijing+5 se volvió a destacar la necesidad de fortalecer el sistema de recolección y procesamiento de datos desagregados por sexo, así como de adoptar indicadores de género para diagnosticar la situación de las mujeres y hacer políticas públicas consecuentes⁶. La División Europea de Estadística de Naciones Unidas también confirmó que, pese a los avances, la mayoría de los sistemas estadísticos nacionales aún no son completamente sensibles al género⁷. Hace una década, la Asamblea Mundial de la Salud recomendó a sus estados miembros que establecieran sistemas de información adecuados sobre la salud de las mujeres y sus determinantes, así como indicadores de salud desagregados por sexo⁸. Este proceso funciona en países como Canadá y Suecia, y en instituciones como la Organización Panamericana de la Salud.

El Instituto Nacional de Estadística (INE), en su Plan de Actuación 2004 presentó el proyecto Mujeres y Hombres en España, con los objetivos de introducir la perspectiva de género en toda la información estadística y promover medidas sociopolíticas encaminadas a establecer la igualdad de género en todos los campos de interés social. Este proyecto, iniciado como prueba piloto con la monografía «Mujeres y Hombres en España 2002», preveía una publicación anual a partir de 2005^{9,10}. Desde comienzos de 2000 se han publicado varios artículos sobre el género en la salud pública en España¹¹⁻¹³. El Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS señaló que las encuestas de salud de las comunidades autónomas y la Encuesta Nacional de Salud (ENS) se centran en condicionantes primariamente

concebidos para explicar la salud de los hombres, y no tanto en los que afectan a la salud de las mujeres¹⁴.

La aplicación de la perspectiva de género en una investigación se puede adoptar a partir de los sistemas de género, que son un conjunto de estructuras socio-económicas y políticas que mantienen los roles tradicionales masculino y femenino, y lo clásicamente atribuido a hombres y mujeres. Además, indican cómo una sociedad estructura las relaciones de género y cómo las transmite a todos los ámbitos de la vida social, interactuando en una dinámica social comprensiva que da prioridad y refuerza determinados resultados¹⁵. Los sistemas de género establecen tres niveles de observación desde los que se caracteriza al género como base de los valores normativos (identidad social de género), como un principio organizador de la estructura social (posición social de las mujeres y los hombres), y como un componente de la identidad personal¹⁶⁻¹⁸.

La identidad social de género se constituye a partir de los patrones sociales asociados a características aparentes, corpóreas y visibles proyectadas sobre los grupos sociales, en concreto, el de las mujeres y los hombres. Responde a lo que se considera femenino y masculino en una sociedad^{19,20}. El género también se puede entender como principio organizador de la estructura social mediante el cual las actividades de mujeres y hombres en una sociedad están segregadas en función de su sexo²¹. La división sexual del trabajo debe entenderse no sólo como un reparto de tareas, sino como un indicador (y producto) de las desigualdades sociales entre sexos. En este nivel de observación se incluyen los estudios sobre la posición de las mujeres y los hombres en las sociedades, el acceso a los recursos y la distribución de éstos. Se incluyen los análisis que consideran el género como un criterio de estratificación social, como los relacionados con el trabajo reproductivo (cuidados y doméstico) y remunerado, la doble jornada o la segregación del mercado laboral²². Destacan 3 escenarios en los que hay un reparto de tareas por sexo, mediante los que se pueden observar los efectos de la división sexual del trabajo: vida familiar-doméstica-personal o privada, vida profesional-laboral o pública, e interacción de ambas vidas, con sus implicaciones en la distribución del tiempo y la sobrecarga de trabajo. Por último, el género como componente de la identidad individual¹⁶⁻¹⁸ hace referencia al sentido que las personas tienen de sí mismas frente a la identidad social, que son las categorizaciones de las personas efectuadas por los otros²³.

El objetivo de este trabajo es analizar los cuestionarios de Adultos y Hogar de la ENS de 2003 para identificar su capacidad de determinar las desigualdades según el sexo, con especial énfasis en la división sexual del trabajo. Se pretende: a) explorar la capacidad de la ENS para medir la división sexual del trabajo y la identidad individual y social del género, y b) examinar

la capacidad de la ENS para reflejar y transmitir los anteriores conceptos.

Métodos

La ENS-2003 pretende proporcionar la información necesaria sobre la salud de la población para poder planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria y proporcionar la adecuada atención a los usuarios de los servicios de salud²⁴. Sus objetivos específicos son: *a*) proporcionar información sobre la valoración del estado de salud general e identificar los principales problemas de los ciudadanos, como las enfermedades crónicas, las dolencias, las limitaciones de la actividad, las ayudas, los accidentes, y *b*) conocer el grado de utilización de los servicios de salud y sus características, el uso de determinadas prácticas preventivas, la frecuencia y la distribución de hábitos de vida que suponen riesgo para la salud, y relacionar la información anterior con las características sociodemográficas de la población.

Los sesgos de género se pueden producir en la ENS cuando uno de los 2 sexos recibe un tratamiento desigual respecto al que recibe el otro sexo, en relación con los conceptos reflejados (y no reflejados) y de los que recoge (y no recoge) información. Para identificar su posible existencia se ha realizado un análisis del contenido y del formato de la encuesta desde la perspectiva de los niveles de observación de género, que se describe a continuación.

El género, base de los valores normativos de la sociedad o identidad social de género

La detección de estereotipos se utiliza para analizar si la ENS recoge información que permita hacer un análisis de la identidad social de género y su influencia en la salud. Para ello se han revisado los siguientes aspectos:

1. El lenguaje o estilo utilizado y no utilizado en el cuestionario de la ENS (la forma): *a*) responsabilidades supuestas en función del sexo, y *b*) valoración de los roles.

2. Los conceptos de los que la ENS recoge y no recoge información (el contenido). Es decir, la inclusión o no de riesgos y problemas de salud vinculados con el trabajo productivo y reproductivo (cuidados y doméstico), y la sobrecarga de trabajo por la combinación de ambos: *a*) patrones de riesgos derivados de roles masculinos y femeninos socialmente adscritos, y *b*) problemas de salud como consecuencia de los roles sociales masculinos y femeninos. Se ha revisado si se recoge información sobre ansiedad, depresión y estrés.

El género como principio organizador de la estructura social

Para observar si la ENS recoge información que permita un análisis de género relativo a la disposición de los recursos y su influencia en la salud, se han utilizado las siguientes dimensiones:

1. División sexual del trabajo productivo y reproductivo (cuidados y doméstico): segregación horizontal y vertical del trabajo, distribución de tareas entre mujeres y hombres dentro del hogar, y doble carga.

2. Dedicación en horas a tareas definidas por los 4 tiempos sociales²⁵: empleo (y estudios), trabajo reproductivo y doméstico, descanso y ocio (o tiempo libre).

3. Acceso a recursos sociales educativos, sanitarios y de apoyo social.

El género, componente de la identidad individual

La identidad propia es una autopercepción que puede estar más o menos cerca del modelo social de referencia. Por lo tanto, la autopercepción es el concepto básico para analizar si la ENS recoge información sobre la identidad individual de género y su influencia en la salud. En concreto, se ha revisado si la ENS recoge información sobre los siguientes puntos:

1. Conflictos derivados de la realización de múltiples roles: por demandas simultáneas de recursos limitados, como el tiempo y la energía, por exigencias de prácticas de roles que entren en conflicto con las propias lealtades personales, o que pueden requerir la adopción de valores discrepantes²⁶.

2. Conflictos derivados de la doble imagen: insatisfacción con el propio cuerpo y con la imagen corporal.

3. Autoestima.

4. Reconocimiento percibido por la persona sobre su trabajo.

5. Asimilación del rol sexual de género (subordinado/dominante).

6. Problemas de salud como consecuencia de diferencias orgánicas debidas al sexo. En concreto, se ha revisado la información que se recoge sobre problemas relacionados con la sexualidad, la menstruación y la menopausia.

Resultados

La aplicación de la identidad social de género en la ENS se evidencia a partir de los conceptos referidos en ella, pero también de los no incluidos. La encuesta gira alrededor del sustentador principal, en masculino siempre, que es un término que atiende a una responsabilidad supuesta por sexos, reflejo de la identi-

dad social. Además, la unidad de partida del cuestionario de hogar es la caracterización de las células de producción en unos hogares ideales (familia nuclear), y no las personas.

La pregunta P6.6 del cuestionario de Hogar (ens_hog) es el modelo de referencia del resto de las preguntas formuladas en términos de parentesco. Al utilizar como referente al sustentador principal, establece un sistema de categorías de respuesta de relaciones de parentesco dentro del hogar que posibilita la identificación de cada persona componente de éste. Sin embargo, como se describe a continuación, los estereotipos de género vinculados a la asignación de roles reproductivos a las mujeres han operado en la formulación de las categorías de respuestas de las preguntas sobre distribución de las tareas de cuidados entre los miembros del hogar (P6.11 y 7.1 ens_hog), lo que ha provocado problemas metodológicos y pérdida de información. El estereotipo de género se visualiza en la categoría de respuesta nuera-yerno de la pregunta sobre quiénes cuidan a las personas con dificultades (P6.11), pues a la nuera se le asigna una categoría para ella sola (04) mientras que al yerno se le asigna una categoría compartida (08) con otros parientes (hermano/a, yerno, tío/a, etc.). Hay que considerar que en el modelo de referencia de la P6.6 ens_hog se recoge esta relación de parentesco en una sola categoría (04): nuera o yerno del sustentador principal y/o de su cónyuge o pareja. Derivado del estereotipo que vincula el rol de cuidados a la mujer, se asigna a la madre la primera categoría de respuesta (con el código 01) en el orden de los códigos de respuesta de la pregunta sobre quienes cuidan a los niños (P7.1). Esta disposición de la codificación no es coherente con el orden masculino/femenino (padre o madre) que prevalece en el sistema de categorías de respuestas del modelo de referencia.

El enunciado de la P.10 del cuestionario de Adultos (ens_adu) asocia el concepto de actividad principal a la jornada laboral. En consecuencia, se aplica una jerarquía de valores a los tiempos sociales dedicados al empleo y al trabajo de cuidados y doméstico. Al considerar tanto la información directa que se puede obtener de las preguntas como la indirecta derivada de la combinación de varias variables, comparativamente, se recoge menos información sobre los riesgos vinculados a los roles reproductivos (cuidados y domésticos) que sobre los derivados de los roles productivos. Tampoco se recoge la misma información sobre la sobrecarga derivada del trabajo productivo y reproductivo. Asimismo, se produce más información sobre hábitos clásicos que han concernido más a hombres que a mujeres (patrones de consumo de alcohol y de tabaco), sin que se recoja información sobre otros patrones de riesgo, como la realización, la frecuencia y la duración de dietas de adelgazamiento vinculadas con la imagen.

En cuanto a problemas de salud relevantes en mujeres, se detecta un error en la recolección en una misma pregunta de 2 eventos de naturaleza distinta (agresiones y accidentes), y no se aplican cuestionarios estandarizados sobre salud mental. La información que se recoge sobre estos problemas de salud es poco precisa. La P.7 ens_adu se refiere conjuntamente a depresión y a otras enfermedades mentales como padecimientos crónicos, y la P.10 ens_adu hace referencia a problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir como síntomas que le han obligado a limitar o reducir su actividad principal al menos la mitad de una jornada laboral.

Respecto al género como principio organizador de la estructura social cabe destacar que la ENS no pregunta por el tiempo dedicado al trabajo reproductivo y al ocio (2 de los 4 tiempos sociales). Sin embargo, sí se puede identificar la dedicación, y calcular la cantidad de tiempo dedicado, al trabajo productivo y al descanso partiendo del tipo de jornada laboral de todos los miembros del hogar (P6.18 ens_hog) y de las horas de sueño habituales diarias (P30 ens_adu).

La segregación del mercado laboral por sexos también se puede examinar. La ENS, por una parte, recoge información sobre la ocupación de todos los miembros del hogar codificada de acuerdo con la Clasificación Nacional de Ocupación-1994 (P6.20 ens_hog), y por otra, sobre la actividad económica de la empresa según la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (P6.23 ens_hog).

La división sexual del trabajo de cuidados se puede determinar, aunque parcialmente, pues la P6.11 ens_hog sólo identifica la relación de parentesco de la persona que cuida respecto a las personas necesitadas de cuidados. La estructura de la pregunta no posibilita reconocer la relación de parentesco del que cuida respecto al sustentador principal, lo que impide la identificación del que cuida dentro del hogar. Por lo tanto, se imposibilita cruzar las características de la persona cuidadora con la información que aporta este cuestionario. Lo mismo sucede con la pregunta sobre las personas cuidadoras de menores de 14 años (P7.2 ens_hog). La división sexual del trabajo doméstico se recoge, pero sólo mediante la P8.1 ens_hog, que identifica al que se ocupa principalmente de los trabajos domésticos. El principal problema es que la pregunta no está formulada para distinguir la distribución de tareas de todos y cada uno de los miembros del hogar.

Al recoger información sobre la actividad económica de todos los miembros del hogar (P6.17 ens_hog) se puede saber, aunque sólo de forma parcial, si el entrevistado(a) está en una situación de doble (o triple) carga, en concreto, al cruzar la información de la P6.17 ens_hog con la aportada por la variable sobre trabajos domésticos (P8.1) antes mencionada. Sin embargo, una vez más, no es posible hacer lo mismo respecto

a las variables de cuidados (P6.11 y P7.2 ens_hog) pues, como se ha comentado, al no poder identificar la relación de parentesco del que cuida respecto al sustentador principal, su identificación es imposible.

El acceso a los recursos sociales se observa para todos los miembros del hogar: el tipo de cobertura sanitaria (P6.7 ens_hog), el nivel educativo (P6.15 ens_hog), la actividad económica anterior mencionada (P6.17), las fuentes de ingresos regulares del hogar y el importe mensual de estos ingresos (P9.1, P9.2, P9.3 ens_hog). Además, el cuestionario de adultos proporciona información sobre el uso y la frecuencia de los diferentes tipos de asistencia sanitaria: consultas, asistencia médica específica, hospitalización, servicios de urgencias (P13, P14 [P14a-P14g], P15, P16 [P16a], P17-P21 [P21a-P21g], P22 [P22a-P22d] ens_adu). La P15a ens_adu trata de registrar la principal causa que explica la no obtención de asistencia médica. Entre sus categorías de respuesta se incluye las razones de trabajo, pero no las situaciones en que las tareas de cuidados y domésticas actúan como obstáculo para acceder a los recursos sanitarios.

Por otro lado, la ENS proporciona información sobre el acceso a recursos de apoyo afectivo y personal. En concreto, sobre el grado de deseo de la persona encuestada respecto al apoyo de otras personas (P.42 ens_adu). Sin embargo, algunas variables de este apartado se caracterizan por su ambigüedad, en especial, en caso de que sean respondidas por mujeres mayores, como la que pregunta por si recibe ayuda cuando está enfermo en la cama, que no aclara si la ayuda se relaciona con sus cuidados o con la sustitución en las tareas que ha dejado de realizar por estar enferma.

La identidad individual, también la de género, está presente en la ENS por su carácter subjetivo. Su ficha metodológica explicita que es una investigación desde la perspectiva de los ciudadanos. Pero, con la excepción del conocimiento sobre el peso (P.37 ens_adu) y la talla (P.38) y la autovaloración sobre el peso en función de la talla (P.39), no hay preguntas que permitan relacionar el estado de salud con la identidad individual. Sólo la P.36b ens_adu, aunque de forma encubierta, ofrece una oportunidad de captar indirectamente dolencias derivadas de una posible insatisfacción sexual.

Discusión

La ENS recoge el sexo como variable, pero su enfoque, más descriptivo que explicativo, limita el análisis de género. Al utilizar el término sustentador principal en masculino se acepta una responsabilidad supuesta por sexo que atiende a una concepción jerarquizada del hogar. La encuesta proporciona información sobre la división sexual del trabajo, pero es poco

exhaustiva desde la perspectiva de género. Al tener que seleccionar una actividad principal respecto al trabajo productivo o reproductivo, se induce una valoración y el establecimiento de jerarquías, que redundan en una pérdida de información de uno de los trabajos y de las situaciones de doble carga. Problemas de diseño y formulación de las variables imposibilitan analizar las características del que realiza las tareas de cuidados. Falta recoger información sobre riesgos y problemas de salud que actualmente afectan más a las mujeres.

Las limitaciones del estudio se relacionan con que el análisis de género de la ENS se ha centrado en la división sexual del trabajo. La ENS no efectúa un análisis exhaustivo desde los niveles de observación que entienden que el género subyace en la base de los valores sociales y es componente de la identidad individual, los cuales aportarían mayor número de evidencias de que las posibilidades de realizar un análisis de género con los datos de la ENS son escasas.

Identidad social de género

La planificación de los contenidos recogidos en la ENS probablemente estuvo influida por encuestas precedentes y el respeto a las series temporales. Este hecho puede subyacer en la práctica inviabilidad de estudiar la relación entre el estado de salud y sus determinantes y las nuevas realidades sociales, como la sobrecarga de trabajo de las mujeres con doble jornada por su incorporación creciente al mercado laboral.

La ENS muestra una realidad social dividida en pares de opuestos: sustentador principal (el dominante) frente a otros miembros de la familia (dominados/as), actividad principal (productiva) frente a otras actividades (reproductivas), y delimita qué actividades son masculinas (cabeza de familia en la ENS-2001, sustentador principal ENS-2003) y cuáles femeninas (la madre ocupa el primer código [01] de posición en las categorías de respuestas de la pregunta sobre tareas de cuidados a los niños, lo que altera el sistema de respuestas de referencia) y las asocia con cada sexo. De ello se deduce que la encuesta asume a priori que, según se sea hombre o mujer, se tienen unos roles y responsabilidades que les son propios. Por tanto, mediante la aceptación de estos valores normativos la ENS refleja, pero también refuerza con la información que proporciona y la que excluye, la existencia de posiciones diferentes, de grados de poder y de desigualdades de género derivadas de la división sexual del trabajo^{17,18}.

El término actividad principal referido al empleo y al trabajo reproductivo introduce sesgos de información, pues ante una situación de doble jornada, el trabajo doméstico y de cuidados desaparecerá bajo este término en 2 sentidos. En primer lugar, al plantear una definición excluyente de actividad principal pues, dado que

sólo puede ser una (la remunerada, la doméstica o los estudios), cuando una persona realice más de una tarea, la encuesta induce a valorar las diferentes tareas, a jerarquizarlas y a seleccionar una de ellas como principal actividad, con la consiguiente pérdida de información. Se precisa una definición previa de actividad principal que contemple posibles situaciones de doble jornada. En segundo lugar, a partir del trabajo reproductivo tal como se recoge es imposible detectar los problemas de salud que emergen de la interacción, el conflicto o la incompatibilidad de la doble jornada: cuidados-doméstica y laboral²⁶⁻³². Se necesita una pregunta que recoja los 3 tipos de actividad: en casa, en el trabajo o en el colegio y en otro sitio (transporte, tiempo libre) sería la solución³³.

Respecto a problemas de salud, es preciso revisar cómo se pregunta por la violencia. La de género es emergente y se asocia con una autopercepción de mala salud³⁴. El término accidente se relaciona con eventos no intencionados, mientras que la agresión es cualquier incidente de violencia no accidental³⁵. Al fusionar la ENS en una pregunta accidentales con agresiones se produce un sesgo de información, una mala clasificación que conducirá a problemas de estimación de la frecuencia de ambos eventos.

Género como principio organizador de la estructura social

La ENS proporciona información sobre todo de las características estructurales del género. Sin embargo, las carencias identificadas apuntan al olvido de la situación de las amas de casa, que es como olvidarse de colocar la categoría de soltero en el estado civil. Falta información desagregada del reparto entre los miembros del hogar de las principales tareas domésticas, pues sólo hay una pregunta general sobre éstas. La Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (ECVT) ofrece modelos de preguntas que diferencian las tareas del hogar e identifican a quienes las realizan: la persona entrevistada principalmente, se comparte (y con quién) o no se ejecuta (y quién la ejecuta). Es importante reconocer la carga de trabajo no remunerado como un factor de riesgo para la salud³⁰⁻³². Sin embargo, sólo una pregunta se aproxima al esfuerzo físico, aunque exclusivamente para la actividad principal, que suele ser la productiva (P31. ens_adu). Por tanto, no se recoge ni refleja la complejidad, la heterogeneidad y mucho menos la carga del trabajo doméstico. Para ello, se construyen índices a partir de otras variables. Algunas utilizadas por otros estudios son: número y edades de los hijos, personas con limitación o minusvalía y horas dedicadas al trabajo doméstico (semana y fines de semana). De las anteriores, las horas dedicadas al trabajo doméstico no son recogidas en la ENS. Esta información se precisa para estimar la doble jornada de trabajo y

la sobrecarga (incluidas las tareas de cuidados), pues al limitar el tiempo disponible puede afectar el acceso a los recursos sanitarios^{36,37}.

A su modo, la ENS contribuye a las desigualdades de género relacionadas con la división sexual del trabajo^{17,18}. Al recoger sólo la dedicación temporal de 2 de los 4 tiempos sociales (el dedicado al trabajo productivo además de las horas de sueño), se evidencia que valora más aportar información sobre el trabajo productivo remunerado que sobre el trabajo reproductivo o las actividades dedicadas al ocio o el tiempo libre. Desde la perspectiva de género es relevante contar con información más exhaustiva sobre la ocupación del tiempo libre (tipo de ejercicio realizado), pues en sus categorías de respuesta no se considera la posibilidad de que no se disponga de éste. La segregación vertical en el trabajo productivo no queda claramente recogida. La Encuesta de Población Activa o la ECVT muestran otras formas de preguntar por ella^{38,39}. Se deberían incluir los ingresos del entrevistado.

Género, componente de la identidad individual

El método de la ENS es el adecuado para valorar la identidad individual de género o autopercepción. No obstante, mujeres y hombres pueden asumir las diferentes identidades construidas socialmente hasta formar parte de la percepción que cada persona tiene de sí misma. La disociación subjetiva refleja el punto de encuentro entre ser yo misma/o y ser mujer/hombre²³. En este espacio se despliega la diversidad de funciones que desempeñan mujeres y hombres a lo largo de su vida, las cuales suelen entrar en conflicto, por falta de tiempo y energías incompatibles, con las actividades relacionadas con intereses personales. Los conflictos pueden producir sentimientos de culpa por los que sería conveniente preguntar⁴⁰. Otros conceptos clave son las preferencias sobre el reparto de tareas domésticas, de cuidados y productivas, y la satisfacción con los roles productivos y reproductivos adscritos a su género⁴¹⁻⁴³.

Indirectamente, la ENS capta la insatisfacción con el propio cuerpo e imagen al preguntar por la autovaloración sobre el peso según la talla. Es una información importante por las consecuencias en la salud y el bienestar de las mujeres, especialmente las jóvenes⁴⁴. El concepto de doble imagen propuesto desde el feminismo⁴⁰ ayuda a evidenciar la posible existencia de disonancias entre la representación de ser mujer según los patrones de género de referencia y la autoimagen, las cuales pueden influir en la autoestima.

La valoración y el reconocimiento que los otros hacen de la persona y de su trabajo influyen en la autoestima. Sin embargo, el reconocimiento, o la percepción de éste, en el trabajo doméstico y de cuidados es poco

común⁴⁵. Por otro lado, es especialmente interesante identificar la asimilación del rol sexual a menudo subordinado en muchas mujeres como posible factor de riesgo para la salud que, además, puede atender a una relación de dominación⁴⁶. En consecuencia, es preciso preguntar directamente por la satisfacción con el propio cuerpo e imagen, la autoestima y la asimilación del rol sexual.

Agradecimientos

A Lucía Artacoz de la Agència de Salut Pública de Barcelona, Elena Simón y Daniel La Parra de la Universidad de Alicante, así como a Elsa Gómez y Lilia Jara del Programa de Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS/OMS por sus muy valiosos comentarios desde la posición de expertos en este proyecto.

Este trabajo fue parcialmente financiado por el Instituto de la Mujer (93/02) del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y la Red Temática de Investigación en Salud y Género (G03/042) del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Bibliografía

- Expert Group Meeting on Population and Women. Popul Bull UN. 1993;34-35:56-78.
- Hedman B, Perucci F, Sundström P. Engendering statistics: a tool for change. Stockholm: Statistics Sweden; 1996.
- Department of Economic and Social Information, Statistics. Division. Handbook for Producing National Statistical Reports on Women and Men. Social Statistics and Indicators, Series K, n.º 14. New York: United Nations; 1997.
- Canadian International Development Agency. Status of women Canada. Gender-based analysis. A guide for policy-making. Ottawa: CIDA; 1998.
- Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer [consultado 13/1/2006]. Disponible en: www.un.org/womenwatch/confer/beijing/reports/platesp.htm
- Naciones Unidas Beijing+5. Período extraordinario de la Asamblea General. Mujeres 2000: Igualdad de género, desarrollo y paz para el siglo XXI. Nueva York: 2000 [consultado 13/1/2006]. Disponible en: www.onu.org/temas/mujer/Beijing5/beijing5.htm
- Statistical Division Draft report on status of official statistics related to gender equality in Western Europe and North America. UNECE Work Session on Gender Statistics. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2004 [consultado 13/1/2006]. Disponible en: www.unece.org/stats/documents/2004/10/gender/wp.4.e.pdf
- Comité Ejecutivo Organización Panamericana de la Salud. Informes de las 13.a y 14.a Sesiones del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Washington: OPS; 1993 y 1994 [consultado 13/1/2006]. Disponible en: <http://www.pnud.org/ve/cumbres/temassistemas.html>
- Instituto Nacional de Estadística. Plan de Actuación para el año 2004 [consultado 13/1/2006]. Disponible en: www.ine.es/ine/planine2004/planine2004.htm
- Instituto Nacional de Estadística. Mujeres y Hombres en España 2002. En: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores sociales de España 2003. Madrid: INE; 2004.
- Rohlf I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gac Sanit. 2000;14:146-55.
- Rohlf I, Borrell C, Do Fonseca M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit. 2000;14 Supl 3:60-71.
- Borrell C, Rohlf I, Artazcoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud relacionada según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? Gac Sanit. 2004;18 Supl 2:75-82.
- Peiró R, Colomer C, Escribá V, Anitua C, Artazcoz L, Borrell C, et al. Grupo de género y salud pública de SESPAS. Género, armarios y cuestionarios. Gac Sanit. 2000;14:408-11.
- Comisión Europea. 100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres. Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos Sociales; 1998 [consultado 13/1/2006]. Disponible en: http://www.europarl.eu.int/transl_es/plataforma/pagina/celter/glosario_genero.htm#S
- Harding S. Feminism and methodology: social science issues. Bloomington: Indiana University Press; 1987.
- Harding S. Whose science, whose knowledge? Ithaca: Cornell University Press; 1991.
- Braidotti R. The uses and abuses of the sex/gender distinction in European feminist practices. En: Griffin G, Braidotti R, editors. Thinking differently. A reader in European Women's Studies. London: Zed Book; 2002.
- Hirata H, Laborie F, Le Doaré H, Senotier D. Diccionario crítico del feminismo. Madrid: Síntesis; 2002.
- Shelton B, John D. The division of household labour. Ann Rev Sociol. 1996;22:299-322.
- Chafetz JS. Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio. Madrid: Cátedra; 1992.
- Kreimer M. Labour market segregation and the gender-based division of labour. Eur J Women's Studies. 2004;11:223-46.
- Byrne A. Developing a sociological model for researching women's self and social identities. Eur J Women's Studies. 2003;10:443-64.
- Dirección General de la Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud, 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo [consultado 14/7/2005]. Disponible en: <http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530419.htm>
- Miguélez F, Prieto C. Las relaciones de empleo en España. Madrid: Siglo XXI; 1999.
- Deutsch M, Krauss RM. Teorías en psicología social. Barcelona: Paidós; 1980.
- Waldrom I, Weiss CC, Hughes ME. Interacting effects of multiple roles on women's health. J Health Soc Behav. 1998;39:216-36.
- Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. J Epidemiol Community Health. 2001;55:639-47.
- Artazcoz L, Borrell C, Rohlf I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. Gac Sanit. 2001;15:150-3.
- Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortés I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women? Eur J Public Health. 2004;14:43-8.
- García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit. 2004;18 Supl 2:83-92.
- Artazcoz L, Escribá-Agüir V, Cortés I. Género, trabajos y salud en España. Gac Sanit. 2004;18 Supl 2:24-35.
- Canadian Community Health Survey 2000 Cycle 1.1 [con-

- sultado 13/1/2006]. Disponible en: <http://www.statcan.ca/english/concepts/health/index.htm>
34. Sundaram V, Helweg-Larsen K, Laursen B, Bjerregaard P. Physical violence, self rated health and morbidity: is gender significant for victimisation? *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58:65-70.
 35. ICECI Coordination and Development Group. International Classification of External Causes of Injuries (ICECI) version 1.1a. Vol 1: Tabular lists. Amsterdam: Consumer Safety Institute and Adelaide AIHW National Injury Surveillance Unit; 2003.
 36. Rohlf s I, García MM, Gavaldà L, Medrano MJ, Juvinyà D, Baltasar A, et al. Género y cardiopatía isquémica. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 2:55-64.
 37. Pattenden J, Watt I, Lewin RJ, Stanford N. Decision making processes in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. *BMJ*. 2002;324:1006-9.
 38. Instituto Nacional Estadística. Encuesta de Población Activa 2004 [citado 13 Ene 2006]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft22%2Fe308%2F&O=inebase&N=&L=0>
 39. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
 40. Alberdi I, Escario P, Matas N. Las mujeres jóvenes en España. Barcelona: Fundació La Caixa; 2000.
 41. Kimlicka T, Cross H, Tarnai J. A comparison of androgynous, feminine, masculine, and undifferentiated women on self-esteem, body satisfaction, and sexual satisfaction. *Psychol Women Q*. 1983;7:291-329.
 42. Walzer S. Contextualizing the employment decisions of new mothers. *Qualitative Sociol*. 1997;20:212-27.
 43. Kerpelm JL, Schvaneveld PL. Young adults' anticipated identity importance of career, marital, and parental roles: comparisons of men and women with different role balance orientations. *Sex Roles*. 1999;41:189-217.
 44. Ziebland S, Thorogood M, Fuller A, Muir J. Desire for body normal: body image and discrepancies between self-reported and measured height and weight in a British population. *J Epidemiol Community Health*. 1996;50:105-6.
 45. Borderías C, Carrasco C, Alemany C, editores. Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales. Barcelona: Icaria; 1994.
 46. Hilfinger D, Im E, Page A, Regev H, Spiers J, Yoder L, et al. Defining and redefining Work: Implications for Women's Health. *Gender and Society*. 1997;11:296-323.