



Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud

L. Artazcoz¹ / I. Cortès^{1,2} / S. Moncada^{1,2} / I. Rohlf's³ / C. Borrell³

¹Centre de Salut Laboral. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.

²Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya.

³Servei d'Informació Sanitària. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.

Correspondencia: Lucía Artazcoz. Centre de Salut Laboral. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona. Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona; E-mail: lartazco@imsb.bcn.es

Recibido: 17 de julio de 1997

Aceptado: 22 de abril de 1998

(Gender differences in the influence of housework on health)

Resumen

Objetivo: Analizar la influencia de la carga del trabajo doméstico en la salud de la población ocupada de Catalunya teniendo en cuenta su posible impacto diferencial en hombres y mujeres.

Sujetos y métodos: La población de estudio fueron los 2.164 hombres y 1.215 mujeres entrevistadas en la Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA) de 1994, que realizaban un trabajo remunerado, vivían en pareja y eran cabeza de familia o pareja del cabeza de familia. La variable dependiente fue el estado de salud percibida que se dicotomizó para el análisis bivariado y multivariado.

La carga de trabajo doméstico se midió a través del número de personas en el hogar (2,3,4 o más de 4), la convivencia con menores de 15 años y la convivencia con mayores de 65 años. Las variables de ajuste fueron la edad y la clase social ocupacional. El análisis se realizó por separado para hombres y mujeres y se contrastó la existencia de asociaciones mediante el cálculo de odds ratios (OR) crudas, ajustadas por edad y por todas las variables predictoras con sus correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Mientras en los hombres no se observó relación entre la carga de trabajo doméstico y el estado de salud, en las mujeres el riesgo de mal estado de salud aumentaba al hacerlo el número de personas en el hogar de modo que la OR ajustada asociada a vivir en hogares de más de cuatro personas fue 2,35 (IC95% = 1,33-4,15), en relación a vivir únicamente con la pareja. Vivir con mayores de 65 años tuvo un efecto protector en las mujeres (OR ajustada = 0,63; IC95% = 0,39-1,03).

Conclusión: El riesgo de mal estado de salud asociado a la sobrecarga representada por el trabajo doméstico en las mujeres con un trabajo remunerado apunta la necesidad de aumentar los recursos comunitarios para el cuidado de los niños, así como de incrementar la participación de los hombres en las tareas domésticas. Futuras encuestas de salud deberían incluir información sobre el número de personas de diferentes grupos de edad que viven en el hogar sobre todo en edades extremas.

Palabras clave: Salud laboral, trabajo doméstico, empleo, encuestas de salud, estado de salud, factores relacionados con el sexo.

Summary

Objective: To analyze the influence of domestic workload on the health of the working population of Catalonia, taking into account its differential impact on males and females.

Subjects and methods: The study population were the 2,164 men and 1,215 women interviewed in the Catalonian Health Survey (ESCA) of 1994, with a paid work who were the main responsible for the family unit. The dependent variable was the self-perceived health status that was dichotomized for the bivariate and multivariate analysis. The domestic workload was measured with the number of people living at home (2, 3, 4 or more than 4), living with children younger than 15 and living with older than 65. The adjusting variables were age and occupational social class. The analysis was separated for men and women and crude, adjusted for age, and for all the predictor variables odds ratios (OR) were calculated with their 95% confidence intervals (95%CI).

Results: There was no relation between domestic workload and health status among men. Among women the risk or poor health status increased with the number of people living at home with adjusted OR associated to living with more than four persons of 2.35 (95%CI = 1.33-4.15), as compared with living only with the spouse. Living with older than 65 was protector for women (adjusted OR = 0.63; 95%CI = 0.39-1.03).

Conclusions: The risk of poor health status associated to the domestic workload among women with paid work, suggests the need of increasing community resources for caring children, as well as, increasing the participation of men in the domestic work. Future health surveys should collect information about the number of people of different age strata living at home.

Introducción

Aunque las mujeres tienen una esperanza de vida superior a los hombres presentan mayor morbilidad e incapacidad, lo que ha generado un amplio campo de investigación¹. En ocasiones se ha atribuido esta paradoja a las diferencias biológicas entre ambos sexos, pero cada vez es mayor el interés por analizar la influencia que sus distintos roles sociales tienen sobre la salud². Una de las diferencias en este sentido es el papel de hombres y mujeres en relación al trabajo doméstico entendido como las tareas de limpieza de la casa o de la ropa, cocina, compra, reparaciones o administración de la economía familiar y otras que también implican un gasto de energía y que están relacionadas con la atención a la salud física y psíquica de los miembros del hogar³.

Si bien las mujeres que se han incorporado al mercado laboral continúan asumiendo la mayor parte del trabajo doméstico, la mayoría de los estudios coincide en señalar que el estado de salud de las mujeres con un trabajo remunerado es mejor que el de las amas de casa, lo que se atribuye al efecto beneficioso del desempeño de varios roles —trabajadora-esposa-madre— que ampliarían los recursos y compensaciones incluyendo fuentes alternativas de autoestima, control y apoyo social^{4, 5, 6, 7}. Frente a esta visión que enfatiza el aspecto positivo de la variedad de papeles, algunos autores resaltan el efecto perjudicial derivado de la sobrecarga o del conflicto de roles^{8, 9}. También se ha señalado que con frecuencia se consideran los roles como realidades homogéneas sin prestar atención a las características individuales específicas ligadas a las condiciones de empleo y de familia, así como a la interacción entre ambas¹⁰. Otra crítica que se podría hacer a la literatura sobre roles múltiples, es no tomar en cuenta la convivencia con ancianos que podrían suponer una carga de trabajo adicional.

Aunque la mayoría de los estudios sobre la influencia del trabajo doméstico en la salud analizan colectivos femeninos, algunos autores han remarcado que la comprensión de las desigualdades de género requiere la inclusión de hombres y mujeres en las poblaciones de estudio pero dada la complejidad del género como variable socialmente construida, no sería correcto utilizar el sexo como variable de ajuste, sino que debería analizarse hombres y mujeres por separado^{11, 12}.

En nuestro país hay muy pocas publicaciones sobre la influencia del trabajo en la salud y, en general, se han centrado en el trabajo remunerado. El objetivo del presente estudio es analizar la influencia del trabajo doméstico en la salud de la población ocupada de Catalunya teniendo en cuenta su posible impacto diferencial en hombres y en mujeres.

Sujetos y métodos

Sujetos: Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA) realizada durante el año 1994. Los detalles de esta encuesta han sido publicados¹³ por lo que se comentarán aquí sólo los más relevantes.

La Encuesta de Salud de Catalunya es un estudio transversal por entrevista de una muestra aleatoria de 15.000 personas de la población no institucionalizada de Catalunya. Para cada una de las ocho regiones sanitarias de Catalunya se realizó un muestreo polietápico, con dos unidades básicas de muestreo definidas por los municipios, o los distritos en el caso de la ciudad de Barcelona, como unidades de muestreo de la primera etapa y los individuos como segunda etapa.

Los municipios se clasificaron en ocho estratos en función de su tamaño y se realizó en cada estrato un muestreo aleatorio por conglomerados. La selección en cada municipio aseguraba que todos los individuos tuvieran la misma probabilidad de ser seleccionados, asignando probabilidades proporcionales al peso del municipio dentro de cada estrato. El muestreo se basó en el directorio de muestras de población del Instituto de Estadística de Catalunya para todos los municipios cuya última actualización corresponde al año 1992. En el caso de la ciudad de Barcelona se utilizó el Padrón Municipal de habitantes actualizado el año 1993. Las entrevistas se realizaron a lo largo de todo el año 1994 para evitar los posibles efectos debidos a la estacionalidad. Las sustituciones por negativa a contestar o por ausencia fueron el 5,4%.

En la Encuesta de Salud de Catalunya se entrevistaron 3.078 hombres y 2.022 mujeres con un trabajo remunerado. La población analizada en el presente estudio fueron las personas ocupadas que vivían en pareja con o sin personas dependientes y eran responsables del núcleo familiar. Se seleccionaron pues las que declaraban estar casadas o convivir con su pareja y eran cabeza de familia o pareja del cabeza de familia. No se incluyeron las personas que vivían solas o eran responsables de hogares monoparentales porque estas situaciones representan problemáticas sociales específicas con implicaciones en salud que no se pretenden abordar en este estudio. Se excluyeron también las personas mayores de 65 años —17 hombres y seis mujeres— para evitar posibles distorsiones debidas a individuos de edades extremas, así como 18 hombres y cinco mujeres de los que se desconocía la ocupación. La población final quedó constituida por 2.164 hombres y 1.215 mujeres.

Variables: La variable dependiente fue el estado de salud percibida recogido a través de la pregunta «¿Cómo diría usted que es su salud en general?», con cinco categorías, que fue dicotomizada para el análisis bivariado y multivariado considerándose como

«Buen estado de salud» las categorías que suponían una valoración positiva del estado de salud. - «Excelente», «Muy bueno» y «Bueno» -, y como «Mal estado de salud», las categorías «Regular» y «Malo»^{7, 14}.

Se midió la carga de trabajo doméstico a través de las variables recogidas en la Encuesta de Salud de Catalunya que describían la estructura de la unidad familiar: número de personas en el hogar (2,3,4 y más de cuatro), la convivencia con menores de 15 años y la convivencia con mayores de 65. A lo largo del texto se utilizan los términos trabajo doméstico y trabajo del hogar como sinónimos.

Las variables de ajuste fueron la edad y la clase social ocupacional, obtenida a partir de la ocupación de la persona entrevistada según la adaptación española de la clasificación británica, con seis categorías: I (directivos de la Administración y de las empresas, excepto los incluidos en II, altos funcionarios, profesionales liberales y técnicos superiores), II (directivos y propietarios-gerentes del comercio y de los servicios personales, otros técnicos no superiores, artistas y deportistas), III (cuadros y mandos intermedios, administrativos y funcionarios en general, personal de los servicios de protección y seguridad), IVa (trabajadores manuales cualificados de la industria, comercio, servicios y del sector primario), IVb (trabajadores manuales semicualificados de la industria, comercio, servicios y del sector primario) y V (trabajadores no cualificados)¹⁵. No se consideró el nivel de educación como variable de ajuste por estar muy correlacionado con la clase social ocupacional.

Análisis estadístico: El análisis se hizo por separado para hombres y mujeres. En una primera etapa se realizó un análisis univariado con cálculo de frecuencias para variables categóricas y media y desviación estándar para la edad. Posteriormente se ajustaron modelos de regresión logística uni y multivariados para el cálculo de odds ratios (OR) crudas, ajustadas por edad y finalmente por todas las variables predictoras con sus correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC95%). Se calculó la bondad de ajuste de los modelos con el test de Hosmer-Lemeshow¹⁶ y se tuvo en cuenta la ponderación de la Encuesta de Salud de Catalunya derivada de la estratificación del diseño muestral. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS para WINDOWS, versión 6.0.

Resultados

En la **tabla 1** se presentan las características generales de la población de estudio. Entre los hombres el 15% declaró un estado de salud regular y el 1% malo, mientras en mujeres estos porcentajes fueron del 18% y el 2% respectivamente; la edad media fue más alta en los hombres; alrededor de la mitad de la población

Tabla 1. Características generales de las personas ocupadas responsables del núcleo familiar (Encuesta de Salud de Catalunya, 1994)

	Hombres n(%)	Mujeres n (%)
Total	2.164	1.215
Estado de salud		
* Excelente	140 (6,5)	70 (5,7)
* Muy bueno	277 (12,8)	168 (13,8)
* Bueno	1.403 (64,8)	736 (60,6)
* Regular	323 (14,9)	219 (18,0)
* Malo	22 (1,0)	22 (1,9)
Convivencia con menores de 15 años		
* No	1.039 (48,0)	519 (42,8)
* Si	1.126 (52,0)	695 (57,2)
Convivencia con mayores de 65 años		
* No	1.916 (88,5)	1.097 (90,3)
* Si	249 (11,5)	118 (9,7)
Número de personas en el hogar		
* Dos	263 (12,1)	177 (14,6)
* Tres	556 (25,7)	373 (30,7)
* Cuatro	892 (41,2)	437 (36,0)
* > Cuatro	453 (21,0)	228 (18,8)
Clase social ocupacional		
* I	195 (9,0)	75 (6,2)
* II	412 (19,1)	330 (27,2)
* III	466 (21,5)	248 (20,4)
* IVa	819 (37,8)	252 (20,7)
* IVb	201 (9,3)	136 (11,2)
* V	71 (3,3)	174 (14,3)
	Media (desviación estándar)	
Edad	44,4 (9,7)	40,6 (9,4)

de estudio convivía con menores de 15 años, el 10% con personas mayores de 65 años y la quinta parte lo hacía en hogares de más de cuatro personas. En cuanto a la distribución según clase social ocupacional, llama la atención el porcentaje de mujeres en la clase más desfavorecida (14,3%), más de cuatro veces superior al de hombres (3,3%).

El riesgo de mal estado de salud fue mayor en las mujeres (OR = 1,31; IC95% = 1,09-1,57) y aumentaba con la edad, de forma que la OR cruda asociada a esta variable fue 1,04 (IC95% = 1,03-1,06) para los hombres y 1,06 (IC95% = 0,105-1,08) para las mujeres. Tras ajustar por la edad, la OR asociada al sexo aumentó (1,60; IC95% = 1,32-1,93).

En la **tabla 2** se presentan las ORs crudas y ajustadas por la edad para cada sexo. A nivel bivariado, tanto en hombres como en mujeres convivir con menores de 15 años se asoció a un menor riesgo de mal estado de salud, pero la asociación desapareció tras ajustar por la edad. En hombres el estado de salud no se relacionó con el número de personas en el hogar ni con

Tabla 2. Prevalencia de mal estado de salud percibido* en las personas ocupadas responsables del núcleo familiar según las variables predictoras. Odds ratios crudas y ajustadas por edad (Encuesta de Salud de Catalunya, 1994)

	Hombres			Mujeres		
	n (%)	OR cruda (IC95%)	OR ajustada por edad (IC95%)	n (%)	OR cruda (IC95%)	OR ajustada por edad (IC95%)
Convivencia con menores de 15 años						
No	187 (18,0)	1	1	132 (25,4)	1	1
Si	158 (14,1)	0,75 (0,59-0,94)	1,23 (0,93-1,64)	109 (15,7)	0,55 (0,41-0,73)	1,06 (1,04-1,08)
Convivencia con mayores de 65 años						
No	303 (15,8)	1	1	211 (19,3)	1	1
Si	42 (16,7)	1,01 (0,97-1,05)	0,81 (0,56-1,17)	30 (25,3)	1,42 (0,91-2,21)	0,74 (0,46-1,20)
Número de personas en el hogar						
Dos	34 (12,9)	1	1	27 (15,4)	1	1
Tres	79 (14,2)	1,12 (0,73-1,73)	1,06 (0,68-1,65)	61 (16,3)	1,07 (0,66-1,76)	1,16 (0,69-1,94)
Cuatro	153 (17,2)	1,40 (0,94-2,09)	1,33 (0,88-2,00)	85 (19,5)	1,34 (0,83-2,15)	1,41 (0,86-2,32)
> Cuatro	79 (17,4)	1,42 (0,92-2,19)	1,22 (0,78-1,90)	68 (29,7)	2,33 (1,42-3,83)	1,98 (1,18-3,32)
Clase social ocupacional						
I/II	67 (11,0)	1	1	64 (15,8)	1	1
III	56 (12,0)	1,10 (0,76-1,61)	1,21 (0,82-1,77)	29 (11,7)	0,72 (0,45-1,14)	0,92 (0,57-1,48)
IV/V	222 (20,4)	2,07 (1,54-2,78)	2,14 (1,59-2,88)	147 (26,2)	1,88 (1,36-2,61)	1,99 (1,42-2,78)
Edad	—	1,04 (1,03-1,06)	—	—	1,06 (1,05-1,08)	—

*Se han considerado como mal estado de salud percibida las categorías de estado de salud regular o mala.

la convivencia con ancianos. En mujeres sin embargo, el riesgo de mal estado de salud, tanto a nivel bivariado como tras ajustar por la edad, aumentó al hacerlo el número de personas del hogar.

Mientras a nivel multivariado no se observó relación entre el estado de salud de la población masculina y la carga de trabajo doméstico, en las mujeres el riesgo de mal estado de salud aumentaba al hacerlo el número de personas en el hogar de modo que la OR ajustada asociada a vivir en hogares de más de cuatro personas fue 2,35 (IC95% = 1,33-4,15), en relación a vivir únicamente con la pareja. La asociación entre la convivencia con ancianos y el estado de salud se situó al borde del nivel de significación estadística ($p = 0,06$) y su sentido fue protector (OR = 0,63; IC95% = 0,39-1,03). No se observó asociación con la convivencia con menores de 15 años. Tanto en hombres como en mujeres el riesgo del mal estado de salud aumentaba al disminuir la clase social ocupacional (tabla 3).

Discusión

El impacto de la carga de trabajo doméstico sobre la salud fue diferente según género. En los hombres no se observó asociación con el estado de salud, lo que probablemente se explicaría por su menor implicación en las tareas del hogar¹⁷. Según una encuesta de una

muestra representativa de la población española mayor de 13 años con exclusión de Canarias, Ceuta y Melilla, mientras en días laborables el 75% de las mujeres ocupadas participaba en las tareas del hogar, en hombres el porcentaje era del 7%¹⁸. Apoya nuestra interpretación el hecho de que también en hombres el riesgo de algunos trastornos de salud como la depresión se incrementa con el tiempo dedicado a las tareas domésticas^{19, 20}.

En las trabajadoras el riesgo de mal estado de salud aumentaba al hacerlo el número de personas en el hogar. Diversos estudios han señalado un peor estado de salud entre las mujeres con más hijos^{17, 21} y aunque con los datos de la Encuesta de Salud de Catalunya no podemos conocer el número de hijos que conviven con la persona entrevistada, probablemente el número de personas del hogar está estrechamente correlacionado con ellos. Según la Encuesta Metropolitana de Barcelona, las mujeres, aún realizando un trabajo remunerado, continúan asumiendo la mayor parte del trabajo del hogar y el tiempo dedicado al trabajo doméstico es superior en los hogares formados por familias con hijos en comparación con otras estructuras de convivencia. Un 26% de mujeres con trabajo remunerado de jornada completa entrevistadas en esa encuesta referían trabajar además más de cuatro horas diarias en casa. Se observaba también que las mujeres disponen de menos tiempo libre que los hombres, lo que los autores atribuían a la realización del

Tabla 3. Asociación multivariada entre el mal estado de salud percibido* y las variables predictoras, en las personas ocupadas responsables del núcleo familiar. Odds ratios ajustadas (Encuesta de Salud de Catalunya, 1994)

	Hombres†		Mujeres††	
	ORa (IC95%)	P‡	ORa (IC95%)	P‡
Convivencia con menores de 15 años				
No	1	0,52	1	0,34
Si	1,11 (0,81-1,52)		0,83 (0,56-1,22)	
Convivencia con mayores de 65 años				
No	1	0,24	1	0,06
Si	0,79 (0,54-1,17)		0,63 (0,39-1,03)	
Número de personas en el hogar		0,50		0,005
Dos	1		1	
Tres	0,97 (0,61-1,54)	0,88	1,21 (0,70-2,09)	0,50
Cuatro	1,21 (0,78-1,88)	0,40	1,51 (0,88-2,57)	0,13
> Cuatro	1,14 (0,69-1,88)	0,61	2,35 (1,33-4,15)	0,003
Clase social ocupacional		< 0,0001		< 0,0001
I/II	1		1	
III	1,19 (0,81-1,74)	0,38	0,92 (0,56-1,49)	0,72
IV/V	2,11 (1,57-2,84)	< 0,0001	2,00 (1,42-2,80)	0,0001
Edad	1,04 (1,03-1,06)	< 0,0001	1,05 (1,03-1,08)	< 0,0001

*Se han considerado como mal estado de salud percibida las categorías de estado de salud «regular» y «mala».

† Test de Hosmer-Lemeshow: 9,70; grados de libertad = 8; p = 0,287

†† Test de Hosmer Lemeshow: 5,92; grados de libertad = 8; p = 0,656

‡p = Nivel de significación del test de Wald.

«trabajo oculto» que suponen las tareas domésticas³. Bird *et al.* señalan que las mujeres dedican al cuidado de los niños más del doble de horas que los hombres²².

Un estudio reciente en población ocupada sueca muestra que tanto en hombres como en mujeres la carga del trabajo doméstico y la total aumentan al hacerlo el número de hijos. Sin embargo entre las trabajadoras además se incrementa la percepción de estrés en el trabajo, la dificultad para compatibilizar el trabajo remunerado y el doméstico y disminuye la percepción de control sobre el trabajo del hogar²³. Se ha señalado también que dada la mayor responsabilidad de las mujeres en el ámbito doméstico, las dificultades económicas de la unidad familiar afectarían su salud más que la de los hombres, ya que ellas deben asegurar que cada día haya comida en casa, que las personas que conviven tengan una ropa adecuada o que los niños puedan recibir una buena educación y asistencia sanitaria. El estrés derivado de la necesidad de hacer frente a los gastos de alimentar y cuidar a la familia con unos ingresos insuficientes se traduciría en ansiedad, depresión y mayor susceptibilidad a las enfermedades²⁴.

Como en los hombres, tampoco en las mujeres la convivencia con menores de 15 años se relacionó con el estado de salud. La mayoría de los estudios sobre la influencia del cuidado de niños en el hogar en la salud de las mujeres, observan un mayor riesgo de mal es-

tado de salud asociado al número de hijos (aspecto ya recogido a través de la variable «Número de personas en el hogar»), y a los niños en edad preescolar^{5, 17}. En la Encuesta de Salud de Catalunya se contempló únicamente la convivencia con menores de 15 años. Sin embargo, la carga de trabajo representada por los niños que han superado la edad preescolar es menor que la de los más pequeños que requieren una atención más estrecha, lo que podría explicar que la variable utilizada no se asociara al estado de salud.

La convivencia con mayores de 65 años presentó un efecto protector entre las trabajadoras, aunque con un nivel de significación estadística ligeramente superior a 0.05. Esto, aunque contradice la hipótesis de que estas personas suponen una sobrecarga de trabajo, y por tanto un riesgo para la salud, concuerda con los resultados de otro estudio realizado con datos procedentes de la Encuesta de Salud de Barcelona de 1992 en que se observaba este efecto protector en trabajadoras manuales²⁵. Una posible explicación podría ser que los ancianos que viven con mujeres ocupadas proporcionarían un apoyo emocional o instrumental en el ámbito doméstico encargándose de algunas de las tareas hogar. Debe tenerse en cuenta que en el presente estudio hablamos de mayores de 65 años, no sólo de ancianos en edades extremas, y que en la actualidad gran parte de estas personas tendrían muy pocas li-

mitaciones para las actividades diarias²⁶. En cualquier caso, ésta es una especulación que requiere estudios ulteriores para poder ser probada o formular nuevas hipótesis.

Se ha utilizado como variable dependiente el estado de salud percibida lo que tiene los inconvenientes de la valoración subjetiva de la propia salud. Algunos autores señalan sin embargo que la calidad de vida se mide mejor a través de la subjetividad del individuo y además este indicador estaría de acuerdo con la definición de la OMS que considera la salud como un estado de bienestar y no sólo como ausencia de enfermedad²⁷. Se ha observado también que este indicador es un buen predictor de la mortalidad, mejor incluso que el diagnóstico médico²⁸, del que se han documentado sesgos según edad, sexo, salario, apariencia física o raza²⁹.

Aunque las variables utilizadas en este estudio para medir el trabajo doméstico están estrechamente correlacionadas con las tareas de atención a la salud física y psíquica de las personas y con el resto de tareas domésticas de menor contenido emocional, no se ha podido disponer de otras variables como la existencia de personas con discapacidades o de criaturas de corta edad que supondrían una carga de trabajo adicional de la que habitualmente se hace cargo la mujer. Para el estudio del trabajo doméstico en futuras encuestas de salud deberían incluirse cuestiones como el número de personas de diferentes grupos de edad que viven en el hogar y su parentesco con la persona entrevistada, la ocupación y el nivel de educación de la pareja en el caso de personas que viven en pareja y la existencia o no de personas contratadas o de familiares para colaborar en las tareas del hogar, así como su grado de colaboración.

Este estudio tiene las limitaciones propias de un diseño transversal, lo que no permite establecer la secuencia causal. No obstante, parece más probable que la sobrecarga de trabajo doméstico sea la causa del

mal estado de salud en mujeres que no la situación inversa, en la que el mal estado de salud de las mujeres determinaría vivir en núcleos de convivencia numerosos. Otra de las limitaciones es la utilización de datos secundarios procedentes de una encuesta que no ha sido diseñada para alcanzar los objetivos aquí planteados, lo que nos ha impedido caracterizar suficientemente la carga de trabajo doméstico y los recursos disponibles. Serían necesarios estudios específicos para identificar las características del trabajo doméstico y del remunerado que afectan a la salud de la población ocupada así como el modo en que interactúan^{30, 31}, lo que permitiría estrategias de intervención más efectivas.

Aunque como ya se ha documentado, también en nuestro entorno el estado de salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar es mejor que el de las amas de casa⁷, los resultados de este estudio sugieren un efecto negativo de la sobrecarga del trabajo del hogar en la salud de las trabajadoras de Catalunya. El hecho de que el estado de salud en las mujeres ocupadas sea peor cuanto mayor es el número de personas en el hogar apunta a estrategias de intervención tales como aumentar los recursos comunitarios para el cuidado de los niños o campañas para incrementar la implicación de los hombres en las tareas domésticas³².

Las encuestas de salud son un buen instrumento para conocer la realidad de salud de la comunidad y planificar intervenciones. Deben sin embargo revisarse en profundidad las preguntas relacionadas con el trabajo doméstico o los indicadores de salud a utilizar, lo que las haría más útiles.

Agradecimientos

A los responsables de la Encuesta de Salud de Catalunya de 1994 por habernos cedido gentilmente los datos para la realización de este estudio.

Bibliografía

1. Verbrugge LM. The Twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. En: Ory MG, Warner HR eds. Gender, health and longevity: multidisciplinary perspectives. New York: Springer Company; 1990.
2. Lennon MC. Work Conditions as Explanations for the Relations between Socioeconomic Status, Gender, and Psychological Disorders. *Epidemiol Rev* 1995;120-7.
3. Subirats Martori M, Masats Folgueras M, Carrasquer Oto P. Enquesta de la Regió Metropolitana de Barcelona 1990. Condicions de vida i hàbits de la població. Les condicions de vida de les dones a la ciutat de Barcelona (volum 6). Barcelona: Institut d'Estudis Metropolitans de Barcelona; 1992.
4. Ayers L, Cusack M, Crosby F. Combining work and home. *Occup Med* 1993;8:821-31.

5. Verbrugge LM. Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *J. Health Soc Behav* 1985;26:156-82.
6. Ross CE, Mirowsky J. Does employment affect health? *J. Health Soc Behav* 1995;36:230-43.
7. Rohlfs I, De Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibida de las mujeres. *Med Clin (Barc)* 1997;108:566-71.
8. Macewen KE, Barling J. Daily consequences of work interference with family and family interference work. *Work stress* 1994;8:244-54.
9. Weatherall R, Healthier 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.
10. Escribá Agüir V. Trabajar fuera de casa. ¿ Mejora la salud de la mujer? *Med Clin (Barc)* 1997;108:580-1.

11. 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;22:239-60.
12. Kunkel S, Atchley RC. Why Gender Matters: Being female is not the same as not being male. *Am J Prev Med* 1996;12:294-6.
13. Document Tècnic Enquesta de Salut de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 1994. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 1995.
14. Power C, Matthews S. Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet* 1997;350:1584-9.
15. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la «clase social» basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989;3:320-6.
16. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. Nueva York: John Wiley and Sons Inc; 1989.
17. Arber S. Class, paid employment and Family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc Sci Med* 1991;32:425-36.
18. Ramos Torres R. *Cronos dividido. Uso del tiempo y desigualdad entre hombres y mujeres en España*. Bilbao: DIDOD; 1990.
19. Glass J, Fujimoto T. Housework, paid work, and depression among husbands and wives. *J Health Soc Behav* 1994;35:179-91.
20. Rosenfield S. The costs of sharing: Wives' employment and husbands's mental health. *J Health Soc Behav* 1992;33:213-25.
21. Haynes S, Feinleib M. Women, Work and coronary heart disease: Prospective findings from the Framingham Heart Study. *Am J Public Health* 1980;70:133-41.
22. Bird CE, Fremont AM. Gender, Time Use, and Health. *J Health Soc Behav* 1991;32:114-29.
23. Lundberg U, Mardberg B, Frankenhaeuser M. The total workload of male white collar workers as related to age, occupational level, and number of children. *Scand J Psychol* 1994;35:315-27.
24. Pearlin LI, Morton A, Lieberman EG, Menaghan EG, Mullan JT. The stress process. *J Health Soc Behav* 1981;22:337-56.
25. Artazcoz L, Cortès I, Moncada S. Influencia del trabajo remunerado y del trabajo doméstico sobre el estado de salud de trabajadores y trabajadoras. *Gac Sanit* 1995;9 (50Supl):88S.
26. Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gac Sanit* 1991;24:117-24.
27. Ross CE, Bird CE. Sex Stratification and health lifestyle: Consequences for men's and women's Perceived Health. *J Health Soc Behav* 1994;35:161-78.
28. Mossey J, Shapiro E. Self-Rated Health: A Predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982;72:800-8.
29. Kaplan GA, Camacho T. Perceived Health and Mortality: A Nine-Year Follow-Up of the Human Population Laboratory Cohort. *Am J Epidemiol* 1983;117:292-304.
30. Pugliesi K. Work and well-being: Gender differences in the psychological consequences of employment. *J Health Soc Behav* 1995;36:57-71.
31. Lennon MC, Rosenfield S. Women and mental health: The interaction of job family conditions. *J Health Soc Behav* 1992;33:316-27.
32. Dennerstein L. Mental health, work, and gender. *Int J Health Serv* 1995;25:503-9.