

Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos

I. Rohlfs^{1,2} / C. Borrell¹ / M. do C. Fonseca³

¹Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona. ²Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS).

³Universidade Federal de Minas Gerais - Brasil

Correspondencia: Dra Izabella Rohlfs. Unitat Coronària - REGICOR. Hospital Josep Trueta. Av. de França s/n. 17007-Girona, E-mail: vineta@arquired.es

Aceptado: 16 de octubre de 2000

(Gender inequalities and public health: awarenesses and ignorances)

Resumen

Los objetivos de esta revisión son describir el concepto de género y las teorías que explican las diferencias y desigualdades según el género, poner en evidencia las desigualdades de salud según el género y describir la influencia de los trabajos (productivo y reproductivo) en las desigualdades de salud según el género.

Varios autores definen el *género* como un constructo analítico que se fundamenta en la organización social de los sexos (la construcción social del sexo biológico). Las teorías sociológicas y sociobiológicas de género son las más utilizadas para explicar diferencias y desigualdades en la asignación de los roles desempeñados por mujeres y hombres. La diferencia básica entre la visión sociológica y la visión sociobiológica es que para esta última el principal eje que diferencia mujeres y hombres se fundamenta en las diferencias biológicas y no en las sociales.

La salud de mujeres y hombres es diferente y es desigual. Diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad. Desigual porque hay otros factores, explicados en parte por el género, que afectan de una manera injusta la salud de las personas. Los roles ocupacionales y familiares son primordiales en la vida de la mayoría de los adultos y por lo tanto han sido utilizados con frecuencia como ejes en la investigación de las desigualdades en salud según género. El trabajo, tanto el productivo (remunerado) como el reproductivo (no remunerado), tiene unas complejas relaciones con el género y con la salud, pues traduce las estructuras normativas de socialización y oportunidades.

Es importante tener en cuenta la perspectiva de género tanto en la recogida y análisis de datos poblacionales, como en el diseño de estudios específicos. El análisis desde el punto de vista del género ofrece un material fértil para comprender las relaciones entre sociedad y salud porque, por un lado dependen de una base biológica que tiene características diferentes para mujeres y hombres (el sexo) y, por otro, del contexto social en el cual nos desenvolvemos.

Palabras clave: Género. Sexo. Desigualdades. Salud pública.

Summary

The aims of this review are to describe the concept of gender and the theories which explain gender-based differences and inequalities in health, and to describe the influence of workload (productive and reproductive) into gender-based inequalities in health.

Several authors have defined *gender* as an analytical construct based on the social organisation of the sexes (the social projection of biological sex). In order to explain differences and inequalities in the assignment of roles taken by men and women, the sociological theory, and the sociobiological theory are the two most widely used. The basic difference is that for the latter, the main framework that differences men and women derives from their biological differences, rather than from social ones.

Men's health and women's health are different and unequal. Different because there are biological factors which manifest themselves differently in terms of health and in the risk of illness. Unequal because there are other factors, partly explained by gender, which affect a person's health in an unfair manner. Occupational and family roles are very important in most adults' lives and consequently have often been used as a framework in research into gender-based health inequalities. Work, both productive (paid) and reproductive (unpaid) is related in a complex way to gender and to health, since it translates structural norms of socialisation and opportunity.

It is important to take the gender perspective into account, not only in the collection and the analysis of populational data, but also in the design of specific studies. The analysis from this point of view offers a fertile substrate for understanding the relationships between society and health since, on one hand, they depend on a biological basis which has different characteristics for men and women (sex), while on the other, they also depend on the social context in which we are immersed.

Key words: Gender. Sex. Inequalities. Public health.

Introducción

El concepto de desigualdad ha cambiado a lo largo del tiempo: hay quien lo ha utilizado para designar un sentido de injusticia, mientras que otros lo han utilizado para designar diferencias. Según la OMS el término desigualdad se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. El concepto de injusticia también puede ser muy variable, pero un criterio utilizado es el grado de libertad que la persona tiene para escoger sus condiciones de vida¹.

En el estudio de las desigualdades sociales de salud, varios autores han utilizado el término desigualdad básicamente cuando se trataba de injusticias derivadas de la jerarquía de clases o de la privación material. Una larga tradición en las investigaciones que relacionan salud y nivel socioeconómico ha proporcionado una mejor comprensión de esta relación^{2,3}. En cambio, las desigualdades de la salud de mujeres y hombres que sobrepasan sus diferencias biológicas (sexuales) son poco estudiadas, aunque muy conocidas⁴.

Las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres, sin embargo presentan mayor morbilidad e incapacidad, lo que ha generado un amplio campo de investigación. De este contexto surge una pregunta crucial: ¿Cuáles son los determinantes que podrían explicar las diferencias y desigualdades existentes en la mortalidad y morbilidad de mujeres y hombres? Además de los factores biológicos ligados al sexo también se deben considerar los factores sociales. Entre los primeros, se pueden citar la genética, la fisiología, la anatomía, el riesgo y la predisposición a enfermedades diferenciales según sexo. Entre los factores sociales cabe mencionar los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación que frecuentemente son más desfavorables para las mujeres y tienen una marcada influencia en su salud y que en gran medida justificarían su mayor morbilidad por trastornos crónicos que se extienden a lo largo de toda la vida sin producir la muerte.

«Las desigualdades observadas en la salud de la mujer son primariamente concebidas y analizadas dentro del marco del rol familiar, bastante distinto del análisis de las desigualdades existentes en la salud de los hombres, que en la mayoría de la bibliografía aparece condicionada por el rol ocupacional o posición social»⁵. Es en la desigualdad de la división sexual del trabajo donde se encuentra la primera dificultad para el estudio del género: la mayoría de las mujeres ejerce actividades reproductivas de cuidados, crianza de hijos o trabajos domésticos (exclusivas o concomitantes a actividades productivas/ remuneradas) que para la mayoría de las sociedades occidentales son consideradas

improductivas y difícilmente son medidas o tienen evaluado su impacto en la salud^{6,7}.

No obstante, si el enfoque de las diferencias y desigualdades que se observan en la salud de mujeres y hombres se limitara sólo al estudio de las características sociales, estaríamos corriendo el riesgo de una visión igualmente reduccionista. Por eso, una de las misiones de la perspectiva de género consiste en evidenciar que muchas de las características que son diferentes según sexo son obviadas o invisibilizadas para las mujeres, lo que muchas veces implica la elaboración de generalizaciones que no tienen en cuenta sus características y particularidades. Cabe destacar que, dentro del campo de estudio de la epidemiología y salud pública, hasta hace muy poco tiempo la mayoría de los ensayos clínicos o estudios poblacionales no incluían a las mujeres en su población de estudio o no desagregaban las muestras según el sexo de sus componentes.

El objetivo de esta revisión es hacer un resumen del marco conceptual de género en las ciencias sociales que sea útil para profesionales de la salud pública y la epidemiología. Para eso, se ha realizado un repaso de los conceptos relacionados con el género dentro del marco teórico desarrollado por la sociología. Como siguiente paso, se relacionan estos conceptos con las desigualdades en salud y se utiliza como ejemplo la repercusión del trabajo (remunerado o no) en la salud de mujeres y hombres. Asimismo, se destaca la importancia de la perspectiva de género en la información sanitaria.

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han utilizado principalmente dos fuentes de información: libros de autores de las ciencias sociales que abordan como tema central el género, y artículos de revistas biomédicas. Para la obtención de estos últimos se realizó una búsqueda bibliográfica a través del MEDLINE con los siguientes parámetros: inclusión de la palabra «género» en cualquier posición en el texto del artículo; publicación en los últimos 10 años; idioma de publicación: inglés o castellano; y restringido a humanos. Debido a la extensión de la bibliografía encontrada, se procedió a una primera selección cualitativa a través de los títulos de los artículos, y como paso siguiente, a una selección de los resúmenes. Para afinar más la búsqueda también se emplearon palabras clave del Medical Subject Headings (MeSH) como: «women's health», «health inequalities», «work». Asimismo, una vez consultados los artículos, se buscaron en sus referencias bibliográficas aquellas que habían escapado a la búsqueda descrita anteriormente y parecían importantes.

En ésta revisión, cuando el texto aluda a mujeres y hombres se referirá a una comparación entre grupos de población tanto al nivel biológico y demográfico de sexo como al género y, en este caso, irá seguido de la matización social necesaria para entender el contenido del análisis bajo el marco conceptual del género.

Conceptos de género

Según Udry⁸, fue John Money, un endocrinólogo norteamericano, el que en 1955 propuso por primera vez la utilización de una terminología que diferenciaba género y sexo: «*El término sexo se refiere a la clasificación biológica de macho/hembra y género se refiere a las diferencias de comportamientos según el sexo*»⁹.

A lo largo del tiempo se ha elaborado de una manera más compleja el concepto de género, de modo que en 1975 Gayle Rubin propuso la expresión *sistema sexo-género* que ha pasado a formar parte de la terminología utilizada en el discurso científico por varios/as profesionales de las ciencias sociales¹⁰. Varios/as autores/as definen «género» como un constructo analítico que se fundamenta en la organización social de los sexos (la construcción social del sexo biológico). Otro punto destacado del concepto de género es su definición como *categoría de relación* que diferencia mujeres y hombres a partir de sus características sociales^{8,11-13}.

El género se constituye y expresa a través de las relaciones sociales y éstas cambian en el espacio y a lo largo de la historia. Por ejemplo, los conceptos de femineidad y masculinidad son muy diferentes en las culturas occidentales y orientales. No obstante, algunos roles asignados según género han cambiado muy poco o permanecen inalterables, como por ejemplo los que se refieren a la responsabilidad y tareas de cuidar de la familia que recae principalmente en la mujer.

Otros/as autores/as como Scott¹⁴, incluyeron en el concepto de género, además del aspecto de relación, los aspectos de poder, cultura, moral (normas o leyes) y la identidad subjetiva del individuo.

Lo que distingue el enfoque de género es el análisis de las relaciones sociales entre mujeres y hombres, teniendo en cuenta que éste también define desigualdades sociales. Morgan¹⁵ destaca que más que desagregar la variable sexo, la perspectiva de género significa analizar críticamente las diferencias y desigualdades existentes entre los sexos. Una de las finalidades de la investigación de género y salud es señalar y suplir la ausencia de datos indispensables para el conocimiento de la vida de las mujeres, además de poner en evidencia los sesgos producidos por generalizaciones de conocimientos que, a menudo, se fundamentan en investigaciones basadas sólo en población de sexo masculino¹⁶.

¿Biología o entorno social?

Las teorías sociológicas y sociobiológicas de género son las más utilizadas para explicar diferencias y desigualdades en la asignación de los roles desempeñados por mujeres y hombres. La diferencia básica entre

la visión sociológica y la visión sociobiológica es que para esta última el principal eje que matiza las diferencias entre mujeres y hombres es fundamentalmente biológico. En cambio, la sociología, aunque no descarte la importancia de las diferencias biológicas, considera que los principales factores que condicionan las desigualdades de género son las coyunturas sociales y políticas que determinan las *normas reguladoras* de los comportamientos de las personas en todas las esferas: doméstica, ocupacional-profesional, cuidados, aptitudes, ocio, etc.¹⁴

La visión sociológica

El primer principio de todas las teorías sociales de género es explicar el contexto social de las desigualdades entre mujeres y hombres. Éstas se deben tanto a los entornos socioeconómicos y políticos, como a las normas y valores sociales que son inherentes a cada uno de los sexos y que condicionan las experiencias personales de los individuos. Esta es la razón por la que muchos de los estudios de género utilizan variables y conceptos sociales tales como la socialización, las estructuras normativas, los roles, así como las oportunidades y la estratificación social, para explicar diferencias de comportamientos y desigualdades sociales entre mujeres y hombres.

La socialización

Es el proceso por medio del cual las personas desarrollan una personalidad como resultado del aprendizaje de los contenidos de una cultura dada y por medio del cual una cultura es transmitida de una generación a otra¹⁷. La clasificación de los individuos según su sexo biológico se acompaña de la identidad social, que presupone y naturaliza unos espacios, funciones y actividades determinadas para cada sexo. En nuestra sociedad, esta socialización, que comienza desde el nacimiento, «reconoce» dos identidades de género que son la masculina y la femenina, y no hay igualdad de condición entre los dos géneros¹⁸. A través del proceso de socialización, tanto la familia como la escuela transmiten los valores y normas a los individuos¹⁹.

Los roles

Los roles son los «papeles» asignados y representados por los individuos en una determinada estructura social, son los modos de conducta socialmente establecidos. Lo cual significa que estos modos de conducta se encuentran institucionalizados. Su substrato son las estructuras de poder que generan la normativa social y su manutención se debe principalmente a la socialización. El «rol de género» es un abanico de comportamientos *aceptables* y amparados por normas sociales que en un dominio específico (por ejemplo, cuidado de

la familia) difieren según el sexo. Algunos autores concluyen que si hay normas diferentes según el género, éstas explicarían las diferencias o desigualdades en los comportamientos¹⁹. Estas normas sociales definirían lo que es «correcto» para cada sexo, determinando pues la estructuración social de los roles de género²⁰.

Las oportunidades

Son las oportunidades que delimitan la igualdad (o no) de condiciones en los puestos de trabajo, sueldos, derechos y deberes. La libertad para utilizar el tiempo sin restricciones impuestas por los roles y la socialización depende, entre otros factores, de la estructuración de las oportunidades^{18,21}. Algunos autores argumentan que pueden ocurrir diferencias en las capacidades cognitivas en función de la desigualdad de oportunidades que se establece entre los géneros. Por ejemplo, en sociedades donde hay una mayor valoración explícita del recién nacido varón (India, China), el niño (varón) es mejor alimentado y recibe más atención y estimulación, lo que tendrá una repercusión evidente en aspectos físicos y psicológicos relacionados con el aprendizaje^{22,23}.

La clase social

La clase social representa un importante aspecto de las desigualdades sociales, y su conceptualización suele estar asociada a alguna teoría sociológica específica, muchas veces cargada de connotaciones políticas o ideológicas. Las clases sociales están formadas por grupos sociales cuyas posiciones en la sociedad vienen definidos por el papel que desempeñan en las relaciones de producción en un momento histórico determinado. Un aspecto clave a tener en cuenta en el estudio del género, es la estratificación ocupacional de nuestra sociedad como un importante determinante de la estructura social²⁴. Para Sánchez «...son los espacios sociales, habilidades y funciones del género masculino los que tienen mayor reconocimiento social. Es evidente que este hecho reviste una importancia fundamental para entender la estructuración de las desigualdades, desde el mismo momento que el análisis de la estructura social se ha centrado en uno de los espacios considerado masculino por excelencia: el trabajo remunerado; aunque son muchas las objeciones que se pueden hacer a esta afirmación, tanto porque la historia de la industrialización no se puede entender —sí explicar, porque se hace—, sin el trabajo de las mujeres en las fábricas y su trabajo reproductivo en las familias, como por la creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo»¹⁸.

La visión sociobiológica

La visión sociobiológica se basa en que la biología y la herencia genética determinan el comportamiento social del individuo: «El precepto central es que la evolución del

comportamiento social sólo puede entenderse en su totalidad a través de la comprensión, primero de la demografía, que proporciona información vital concerniente al crecimiento de las poblaciones y a la estructura por edades, y segundo, de la estructura genética de las poblaciones»²⁵.

De hecho, en los inicios de la utilización del término *gender*, Money⁹ lo empleó mucho más desde el punto de vista sociobiológico que sociológico. En su estudio este autor respaldó el efecto de las hormonas sexuales en los comportamientos atribuidos al rol de género. Ehrhardt y Meyer-Balburg²⁶ han publicado una amplia revisión bibliográfica en que comentan el resultado de diversos estudios que abordan el género bajo la perspectiva sociobiológica: o sea, bajo el paradigma de que las principales características que diferencian a mujeres y hombres se basan en la genética.

La teoría sociobiológica de género coincide con la teoría sociológica (socialización-aprendizaje) en lo que Ehrhardt y Meyer-Balburg denominan «identidad de género»²⁶, en cambio, en otros aspectos citados por estos autores hay una divergencia o incluso un antagonismo entre la teoría sociológica y la teoría sociobiológica. Estos son los roles de género o comportamientos sexodimórficos, la orientación sexual y las diferencias según el sexo en la inteligencia y capacidad cognitiva. A continuación se resumirán estos cuatro aspectos.

Identidad de género

Es la identificación primaria de un individuo con uno u otro sexo. Depende en gran parte de un proceso de aprendizaje en los primeros años de vida y concuerda con la asignación del sexo del neonato a partir de características morfológicas externas. Aunque en escasas ocasiones esta «asignación social» no es coherente con algunas características biológicas del individuo, lo más frecuente es que una hembra sea naturalmente designada como niña y un macho como niño y que sus patrones de socialización sean distintos.

Roles de género o comportamientos sexuales dimórficos

Son aquellos aspectos del comportamiento en los que niños y niñas «morfológicamente normales» difieren los unos de los otros en una cultura y un tiempo determinados. En la teoría sociobiológica se consideran las hormonas sexuales como los principales determinantes de las diferencias de comportamiento. El comportamiento sexual dimórfico es controlado por las hormonas sexuales que modulan la fisiología del desarrollo de las estructuras corporales así como el comportamiento reproductivo sexual.

La orientación sexual

Es el interés sexual hacia el otro o el mismo sexo. Se ha señalado que los datos disponibles de la influencia

de las hormonas sexuales en la homosexualidad son limitados y no concluyentes. Ehrhardt y Meyer-Balburg²⁶ asumen que las hormonas sexuales por sí solas no son suficientes para determinar la orientación sexual, aunque señalan algunos estudios que han documentado que, al menos en algunos casos de homosexualidad, algunas anomalías prenatales de las hormonas sexuales estarían ligadas al desarrollo de la orientación sexual.

La inteligencia y las capacidades cognitivas

Algunos sociobiólogos han relacionado las hormonas sexuales y las diferencias morfo-fisiológicas de mujeres y hombres con diferencias en la inteligencia, la habilidad verbal y la percepción espacial. Por ejemplo, se ha comparado la organización de las funciones cerebrales que intervienen en el lenguaje por medio de imágenes obtenidas con resonancia magnética durante la ejecución de una función verbal como rimar palabras, ejecutada por mujeres y hombres. Mientras que para los hombres la representación funcional de esta función intelectual se realiza en el giro frontal inferior izquierdo, en la mujer el patrón es muy diferente, implicando zonas cerebrales más difusas con participación de ambos hemisferios cerebrales.

La importancia de la terminología

En un trabajo que quiere tratar de ampliar el conocimiento de las diferencias y desigualdades de salud según sexo/género, se hace necesaria una cuidadosa utilización de la terminología que sitúe al lector/a en el tema con mayor precisión.

Verbrugge explica la utilización de los términos género y sexo: «Los sociólogos y psicólogos usan los términos sexo y género para denotar causas de comportamiento. Mientras que sexo indica que solamente factores biológicos son los responsables, género indica la presencia de factores sociales, psicológicos y culturales así como biológicos»²⁷.

En el ámbito de la salud pública y de la epidemiología, la diferenciación entre sexo y género es difícil y a veces confusa. La palabra género se emplea de forma indiscriminada, tanto en su correcta acepción para definir las relaciones sociales entre los sexos, pero también como sinónimo «políticamente correcto» de la palabra sexo⁸.

También se observa en la literatura biomédica una marcada tendencia a utilizar la palabra «género» en artículos donde no se han tenido en cuenta los conceptos de género en los parámetros de análisis o a justificar su uso sólo por el hecho de que la población de estudio esté desagregada entre mujeres y hombres. De este modo, no sería correcto titular tablas y figuras que sólo nos enseñan datos cuantitativos, como si la po-

blación de estudio hubiera sido desagregada por género y no por sexo. Por ejemplo: «Consumo de tabaco según género y edad» es una forma incorrecta de titular una figura de consumo de tabaco de mujeres y hombres. Asimismo, cabe destacar que, si al discutir los resultados del consumo de tabaco según sexo y edad (la forma correcta), las causas de las diferencias o desigualdades observadas se buscan en el entorno social y en las relaciones entre mujeres y hombres, de esta manera sí, se estará utilizando correctamente el término género.

Resumiendo, en su acepción social, el término género debería ser utilizado para definir la construcción social del sexo biológico; los comportamientos diferentes o desiguales según el sexo. Por otro lado, el término sexo debería utilizarse en su sentido demográfico, en referencia a los grupos de interés, sin suponer interpretaciones de las causas de las diferencias observadas. Básicamente, sexo se refiere a la clasificación según las características morfológicas que hacen que las poblaciones sean divididas en dos grupos (mujeres y hombres).

Autores/as, como Izquierdo et al²⁸, son más estrictos en la utilización terminológica y como opuesta a la palabra mujer usan la palabra varón. Estos/as autores/as señalan la incorrección de la utilización de la palabra hombre (que frecuentemente es utilizada como genérico de la especie humana) como sinónimo de varón. Destacan que los términos macho y hembra serían los correctos para definir los rasgos morfológicos de sexo, compartidos con otras especies animales. Finalmente afirman que cuando se estudian los factores de género, los términos clasificatorios adecuados serían: masculino y femenino.

Género y salud

La salud de mujeres y hombres es diferente y es desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad. Desigual porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, que influyen de una manera injusta en la salud de las personas.

Muchos estudios epidemiológicos se han centrado en una población exclusivamente masculina y las generalizaciones hechas a partir de este tipo de enfoque han servido para disminuir o enmascarar las desigualdades en la salud de mujeres y hombres. Asimismo, cabe destacar que primariamente la salud de la mujer fue estudiada básicamente con relación a su fisiología reproductiva. El «pensar el mundo en masculino», también representó para las ciencias de la salud (y en algunos casos sigue representando) una interpretación

de que los hechos relacionados con la producción de enfermedad o la secuencia exposición-enfermedad no tienen matiz de sexo, y mucho menos de género.

Se ha descrito repetidamente que las mujeres presentan un peor estado de salud y, en cambio, una esperanza de vida más larga. En todos los grupos de edad los hombres declaran mejor salud que las mujeres, aunque a medida que avanza la edad esta diferencia disminuye²⁹. Algunos autores han cuestionado si la peor salud percibida por parte de las mujeres sería debida a las diferencias del significado de salud según género y a la distinta manera de expresarlo. Kandrack et al³⁰ afirman que hay evidencias suficientes para sugerir que la salud no es un concepto unitario y que las investigaciones que se centran en las diferencias entre estado de salud percibido por parte de mujeres y hombres deben tener en cuenta el significado de salud y enfermedad para los dos géneros, que muchas veces es distinto. Ross y Bird²⁹ han descrito cómo la percepción de las mujeres acerca de su estado de salud sigue siendo peor que la de los hombres aún después de ajustarla según su mayor capacidad de referir problemas y de expresar sus emociones.

Se ha afirmado que las mujeres admiten con mayor facilidad la presencia de síntomas y que hay una tendencia entre los hombres a negar las enfermedades crónicas más serias. En general, las mujeres tienden a sobredeclarar o infradeclarar algunas enfermedades y los hombres otras. En la literatura frecuentemente se relata una mayor declaración de trastornos psíquicos por parte de las mujeres y una infradeclaración de éstos por parte de los hombres, en cambio los hombres declaran más los problemas ligados a la disminución sensorial (audición o visión)³¹. En la Encuesta de Salud de Barcelona 1992, las mujeres declaraban más trastornos crónicos¹, pero la ansiedad/depresión fue el trastorno crónico declarado con más frecuencia por los hombres, aunque en una proporción muy inferior a la de las mujeres. Macintyre et al³² han observado que la dirección y la magnitud de las diferencias en los indicadores de salud según género varían de acuerdo con el síntoma o la condición estudiados y con el grupo de edad o ciclo de vida del individuo. Asimismo, en un estudio reciente³³, sus autoras señalan que no existen pruebas fundadas de que las mujeres tengan mayor «facilidad» que los hombres para declarar enfermedades crónicas y trastornos mentales, tal como varios/as autores/as han venido afirmando durante largos años. Estas autoras destacan la necesidad de realizar observaciones objetivas (exámenes clínicos o pruebas diagnósticas) para probar si la mayor prevalencia de morbilidad crónica de las mujeres se debe a factores subjetivos (capacidad de reconocer y verbalizar molestias) o si realmente existe una base clínica que lo justifique.

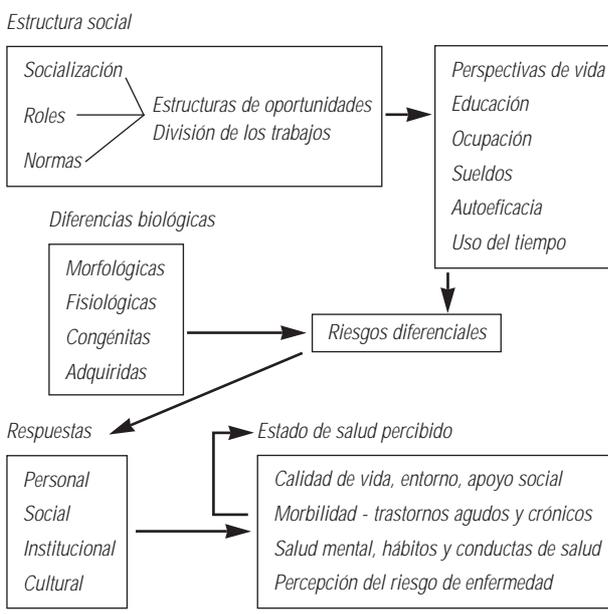
La mayor morbilidad de las mujeres y su paradójica mayor esperanza de vida es un tema que sigue ge-

nerando innumerables investigaciones que frecuentemente acaban en un callejón sin salida. Además de las diferencias en salud según el sexo, hay desigualdades que hacen patente la necesidad de una estricta metodología epidemiológica de análisis de riesgos y exposiciones, que debería estar amparada por un marco conceptual que tenga en cuenta los factores sociales y psicológicos que afectan de forma desigual a mujeres y hombres, o sea, el análisis desde la perspectiva del género. Este tipo de investigación ayudaría a explicar cómo el género repercute de forma desigual y por lo tanto injusta en la calidad de vida, la salud y el bienestar de las personas. Por otro lado existen aspectos de la desigualdad en salud según el género que sólo son evidentes a través de una aproximación cualitativa.

Aún hoy sigue vigente la revisión que hizo Verbrugge en 1985 de las principales hipótesis y evidencias que pueden explicar las desigualdades en salud según sexo/género²⁷. Esta autora destacaba que las principales desigualdades en la salud de mujeres y hombres se debían a los riesgos diferenciales adquiridos derivados de los roles, estrés, estilos de vida y prácticas preventivas. Como factores importantes, aunque secundarios, citaba la subjetividad de cómo mujeres y hombres perciben y valoran los síntomas y la habilidad y prontitud para buscar ayuda terapéutica. Asimismo señalaba como factores de menor importancia los contactos anteriores con la asistencia sanitaria, los riesgos biológicos, la capacidad de referir problemas relacionados con la salud y los efectos relacionados con el personal sanitario (p. ej., sesgos relacionados con el sexo del/la médico/a). Esta autora destaca la importancia de estudiar y comparar la salud de mujeres y hombres: «Ultimamente, algunas de las llamadas *cuestiones de la salud de la mujer* pueden ser enmarcadas en el contexto de las diferencias según género. Se puede aprender más sobre la mujer al comparar sus experiencias y respuestas a la enfermedad con las de los hombres, que si las estudiáramos aisladamente. Seguramente, hay importantes cuestiones respecto a problemas específicos según sexo que no permiten análisis comparativos. Pero para estudiar muchos otros problemas y la salud en su globalidad, idealmente deberían incluirse mujeres y hombres».

En la figura 1 se observa cómo inciden en la salud la estructura social del género y las diferencias biológicas. Los ejes básicos de la conceptualización del género: socialización, roles y normas que son desiguales para mujeres y hombres inciden tanto en la estructura de oportunidades como en la división sexual del trabajo. De esta manera se manifiestan desigualdades sociales en cuanto a las perspectivas de vida que incluyen, por un lado, la educación, la ocupación y los sueldos, y por otro, la organización y realización del trabajo reproductivo, creando limitaciones reales en el uso del tiempo y en la auto-eficacia, principalmente de las

Figura 1. Relaciones entre el género y la salud percibida



mujeres. Sin embargo, en la cadena de diferencias y desigualdades en la salud según género no se puede obviar el papel de los factores biológicos que determinan el dimorfismo sexual y las diferencias adquiridas a lo largo de la vida. Tanto las desigualdades sociales como las diferencias biológicas generarán riesgos diferenciales que serán afrontados mediante la respuesta individual, influida tanto por la sociedad como por la cultura o por las normativas institucionales. La salud (o la enfermedad) estará reflejando la calidad de vida de las personas y sus características personales y hereditarias, así como, principalmente la interacción entre el individuo y la sociedad.

Trabajo, roles y salud

Al ser los roles ocupacionales y familiares centrales en la vida de la mayoría de los adultos han sido utilizados con frecuencia como los ejes en la investigación de las desigualdades sociales en salud. El trabajo tanto productivo (remunerado) como reproductivo (no remunerado) tiene unas complejas relaciones con el género y con la salud, pues traduce las estructuras normativas de socialización y de oportunidades³⁴.

Uno de los hallazgos de este enfoque deriva de que las ocupaciones son claramente matizadas por los roles sociales, que sistemáticamente dependen del género. Por otro lado, la falta de equilibrio en las atribuciones del trabajo reproductivo es causa de sobrecarga y es-

trés para las mujeres. Las desigualdades en los trabajos reflejan la forma en que mujeres y hombres percibirán su salud y enfermarán, en las conductas y estilos de vida y, finalmente, en la utilización de los servicios sanitarios³⁵⁻⁴⁰.

El trabajo reproductivo

El trabajo no remunerado, caracterizado por la ejecución de tareas relacionadas con la manutención del bienestar y cuidado de la familia, realizado principalmente en el hogar y mayoritariamente por las mujeres, es considerado como «natural», difícilmente reconocido y aún menos medido. La ausencia de indicadores y la dificultad para crear variables sencillas que reflejen este amplio abanico de tareas complejas es una constante tanto en las estadísticas demográficas y económicas como en las de salud^{7,34}.

Sin embargo, el reconocimiento de la importancia del impacto del trabajo doméstico y de cuidados y de las condiciones en que éstos se realizan, es fundamental para entender las desigualdades en salud entre mujeres y hombres. «Difícilmente puede comprenderse el significado del trabajo femenino si no se tiene en cuenta la situación de doble jornada laboral que, en la mayor parte de los casos, ha de afrontar la mujer trabajadora, a la que incumbe prioritariamente realizar, después del horario de actividad «externa», un extenso repertorio de cometidos laborales en casa. Esta situación, producto de la distribución de papeles más común en nuestras sociedades, que adscribe a la mujer al cuidado de la familia y del hogar en tanto que función privativa suya por excelencia, y que desemboca en un uso dividido del tiempo entre mujeres y hombres, constituye un punto de partida indispensable para calibrar la especificidad del trabajo de la mujer y tiene repercusiones inmediatas en la preservación de su salud»⁴¹.

Al analizar la población que tenía un trabajo remunerado entrevistada en la *Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA)*, Artazcoz et al⁴² han descrito que para las mujeres, al aumentar el número de personas convivientes en el hogar, aumentaba el riesgo de mal estado de salud; hecho que no fue observado para los hombres. Los autores sugieren que la gran mayoría de trabajadoras asume una doble jornada de trabajo y que la convivencia en hogares más numerosos, principalmente la presencia de hijos pequeños, se refleja en un aumento en el trabajo reproductivo que repercute esencialmente en la salud de las mujeres.

Graham⁴³ destaca que, para las mujeres el hecho de «convivir» significa invariablemente «cuidar», y que esto no se aplica exclusivamente a los cuidados de las criaturas sino de todas las personas integrantes del hogar. La acumulación o la sobrecarga por los roles de

cuidados parecen tener un efecto negativo en la salud. Asimismo se ha sugerido que las relaciones sociales de convivencia implican un principio de reciprocidad en mayor o menor grado, que por un lado puede ser causa de estrés debido a la carga de las demandas o en otro sentido ser fuente de apoyo social que está positivamente relacionado con la salud^{35,44}.

Los estudios que asocian el estrés al consumo de tabaco ejemplifican la relación entre el trabajo reproductivo y las conductas nocivas para la salud⁴⁵. En el Reino Unido, Crossan y Amos⁴⁶ y Graham⁴⁷ han estudiado la sobrecarga de trabajo doméstico (principalmente las presiones de tiempo ocasionadas por el cuidado a niños/as pequeños/as) entre las mujeres con las condiciones materiales precarias del entorno (bajos ingresos familiares y ocupaciones no cualificadas). De esta manera han elucidado la alta tasa de consumo y la baja tasa de abandono del tabaquismo por parte de las mujeres de las clases sociales más desfavorecidas. En cambio, los patrones que se observan en los países del sur de Europa aún son distintos de los propuestos por estas autoras. Borrell et al⁴⁸ han estudiado la evolución del consumo de tabaco en Barcelona en los diez últimos años y destacan que en esta ciudad, disminuye el tabaquismo entre los hombres y, en cambio, aumenta entre las mujeres. Las mujeres de mayor nivel socioeconómico son las que más fuman, aunque la evolución en estos años demuestra un acercamiento de las prevalencias entre los grupos socioeconómicos debido al marcado aumento del consumo de tabaco entre las mujeres en condiciones socioeconómicas desfavorables.

En los últimos años se han investigado las relaciones entre la percepción subjetiva de injusticia o desequilibrio en las relaciones familiares y la presencia de trastornos psíquicos (distrés y depresiones). La percepción de una situación injusta produce culpabilización y rabia, que a su vez, pueden producir ansiedad y depresión. Mirowsky y Ross⁴⁹ sugieren que en relaciones de pareja muy desequilibradas, tanto la persona que se siente explotada con una carga excesiva como aquella que percibe estar haciendo una demanda injusta padecen trastornos psíquicos: «las personas que conviven se sienten más estresadas si su pareja espera más de lo que ella o él son capaces de ofrecer». En nuestra sociedad, la propia división sexual del trabajo hace que esta percepción de la injusticia sea más evidente para las mujeres³⁵. Lennon y Rosenfield⁵⁰ destacan que las mujeres que perciben pocas alternativas sociales al matrimonio, con menos recursos laborales y que se encuentran en una situación de dependencia económica de sus parejas, son más propensas a considerar como justos los desequilibrios en los roles reproductivos. Las mujeres con más alternativas, sin embargo, perciben este tipo de convivencia como injusta. En todo caso, es importante señalar que la compati-

lización entre los diversos roles reproductivos y un empleo de éxito, no es necesariamente problemático para muchas mujeres⁵¹.

El trabajo productivo

El mercado de trabajo está altamente segregado según género⁵² y, en países de economía mixta como España, la fuerza de trabajo femenina está básicamente concentrada en el sector de servicios/terciarios⁵³. Ferreira⁵⁴ apunta que «las ocupaciones del sector terciario están relacionadas con el papel tradicional de las mujeres en el ámbito doméstico (trabajo reproductivo), lo que les posibilita un conjunto de habilidades consideradas relevantes para el trabajo en este sector». Se ha señalado que estos atributos no son ni innatos ni naturales de las mujeres y sí derivan de la socialización y del aprendizaje de habilidades adquiridas en el ámbito doméstico. Al ser así, no son avaladas por la sociedad en su conjunto como cualificaciones, siendo consideradas «características propias de las mujeres»^{21,55}. Paralelamente, hay una concentración de trabajadores (varones) en otros sectores de la economía como las actividades industriales o primarias y los puestos de dirección y gerencia.

Se ha destacado que los puestos de trabajo o las ocupaciones también obedecen a una lógica de género¹⁰, de manera que las empresas de sectores típicamente feminizados (p. ej., la hostelería) son las que peor remuneran a sus trabajadores y trabajadoras. Esto implica una valoración y unas remuneraciones desiguales según el «género del trabajo»: hay «trabajos femeninos» que aunque sean desempeñados por hombres, son poco valorados, y «trabajos masculinos» que aunque sean desempeñados por mujeres son más reconocidos y valorados⁵⁶.

Aunque en la Unión Europea muchas mujeres eligen trabajar a tiempo parcial para poder compatibilizar el trabajo productivo y reproductivo, se ha documentado una mayor frecuencia de características negativas en este tipo de jornada que en el trabajo de jornada completa⁵⁷. Se ha sugerido que tanto la jornada parcial como las jornadas más largas (exceso de horas trabajadas) pueden servir para demostrar la desventaja de la mujer en el mundo del trabajo remunerado. Si por un lado la media jornada caracteriza las ocupaciones con baja cualificación y reconocimiento, por otro lado muchas veces la mujer tiene que hacer muchas «horas extras» para afirmarse en los sectores de ocupaciones más masculinizados, donde la competitividad asume un papel decisivo⁵⁸. También se destaca que el número excesivo de horas trabajadas frecuentemente se debe a relaciones de poder y explotación a que están sometidas las mujeres o a una forma de incrementar bajos sueldos⁵⁹.

Las desigualdades en la valoración y en la remuneración afectan a mujeres y hombres en diferentes puestos de trabajo, y existe una mayor proporción de hombres en los sectores mejor remunerados⁶⁰. Aún así cabe destacar que muchas veces, cuando los dos ocupan posiciones similares, los salarios son más ventajosos para los hombres. Además de las consecuencias directas en la salud de un menor poder adquisitivo, se observan mayores niveles de estrés en las mujeres que viven este tipo de situación y la perciben como injusta⁶¹.

Aunque no se observen diferencias en las tasas de mortalidad de mujeres y hombres en ocupaciones con riesgos similares, algunos autores afirman que los hombres tienen más probabilidad de estar expuestos a agentes químicos y físicos debido a su mayor incorporación al mercado de trabajo y a la tipología masculina de los trabajos expuestos a más factores de riesgo del tipo clásico (industria, construcción, conducción de vehículos)⁵³.

La balanza entre los efectos beneficiosos y nocivos del trabajo remunerado varía de acuerdo con el tipo de ocupación, las condiciones laborales y de la combinación entre los roles productivos y reproductivos^{62,63}. Aunque la mujer se ha incorporado al mercado laboral continúa asumiendo la mayor parte del trabajo doméstico. A pesar de que algunos autores han asociado un aumento en el nivel de estrés y síntomas somáticos con la sobrecarga y el ejercicio concomitante de muchos roles^{64,65}, la mayoría de los estudios coinciden en señalar que, para las mujeres, el hecho de tener un trabajo remunerado repercute generalmente en un mejor estado de salud^{62,66,67}. Varios autores afirman que las mujeres que tienen un trabajo remunerado tienen mejor salud, comparadas con las que se dedican exclusivamente al trabajo reproductivo^{37,40,66}. Destacan las ventajas del trabajo productivo en la salud de las mujeres al apuntar que éste incrementa las posibilidades de desarrollo de capacidades y de mayor reconocimiento social y autoestima, frente al «aislamiento e invisibilidad» del trabajo doméstico,^{40,68,69}.

Aún así cabe matizar que las diferentes condiciones del entorno económico y psicosocial son importantes determinantes del estado de salud^{70,71}. Compaginar una situación de altas demandas familiares (p. ej., hijos pequeños) con condiciones precarias de empleo, seguramente disminuye los beneficios del trabajo remunerado para la salud de las mujeres^{37,42,72,73}.

Las personas que tienen ocupaciones más cualificadas y mejor remuneradas tienen un mejor estado de salud percibido, menos trastornos crónicos y mejores indicadores de salud mental^{1,74,75}. La presencia de apoyo social relacionado con el trabajo también repercute positivamente en la salud⁷⁶. Las mujeres que tienen un trabajo remunerado y que perciben un mayor grado de implicación y corresponsabilización por parte de sus parejas en los trabajos reproductivos presentan mejores indicadores de salud⁷⁷.

Información sanitaria: la importancia de la perspectiva de género en la recogida y análisis de datos poblacionales

Dentro del paradigma de género, la búsqueda de información debe partir de la premisa de que hay una sólida base teórica que incorpora la metodología y los conceptos pertinentes al tema. Debido a ser una teorización relativamente reciente, aún no está totalmente incorporada por algunas disciplinas fuera del eje de las ciencias sociales. El investigador/a en salud pública debe tener claro que hay lagunas en las informaciones, que muchas veces los datos no están desglosados o no pueden desglosarse según sexo y que en los cuestionarios o en las bases de datos poblacionales puede haber sesgos de información, lo que dificulta el uso del análisis de género. Sin embargo, se puede realizar el análisis y la lectura críticos de los resultados que se discutirán en el marco contextual histórico-político-social de una sociedad donde viven mujeres y hombres, caracterizándose así el análisis de género.

A la luz de una definición amplia de salud, el análisis de datos procedentes de las estadísticas vitales y de la información sanitaria, principalmente de las encuestas, debería considerar el impacto de las estructuras sociales, políticas y culturales de cada sociedad⁷⁸. Una modificación significativa en los procedimientos de recogida de datos relevantes para el estudio del género requiere una actuación sistemática de los/as investigadores/as formados/as o sensibilizados/as por el tema, junto a los organismos generadores de los datos.

Hay un abanico de variables fundamentales en la investigación de género, entre las que podemos citar el sexo; variables socioeconómicas (la ocupación, los ingresos, el estatus y la educación), la situación laboral, el trabajo no remunerado y el uso del tiempo (contabilización de las horas dedicadas a los trabajos domésticos, cuidados a personas dependientes, ocio y trabajo remunerado). Además, la convivencia y composición familiar, las características del núcleo familiar, los roles de cuidados, el apoyo social y variables directamente ligadas a la salud como estilos de vida, prácticas preventivas, percepción de la salud, salud mental, calidad de vida y utilización de servicios sanitarios son variables de fundamental importancia al estudiar la salud dentro del marco conceptual de género^{12,79}.

«El análisis separado por sexos evidencia circunstancias e interrelaciones entre variables únicas para mujeres y únicas para hombres. Esta dinámica específica de género estaría enmascarada en una muestra agregada»⁸⁰. Al estudiar la morbilidad y la mortalidad de cualquier grupo social, es necesario tener en cuenta las necesidades propias de los diferentes ciclos vitales de mujeres y hombres. Por ejemplo, los servicios de atención a la salud reproductiva de la mujer existen

y son más completos y eficaces en sociedades donde el reparto de bienes y servicios es más equitativo^{23,78}.

Conclusiones y reflexiones finales

La importancia de la perspectiva de género

El análisis presidido por el concepto de género ofrece un material fértil para comprender las relaciones entre sociedad y salud porque, por un lado, éstas dependen de una base biológica que tiene características diferentes para mujeres y hombres (el sexo) y, por otro, del contexto social.

El análisis según género puede hacer patentes estereotipos y sesgos generados por el análisis según sexo, así como evidenciar desigualdades que antes eran tratadas como diferencias⁸¹. Aunque el estudio de las relaciones entre género y salud muestre con más claridad los patrones de desigualdades, no se puede afirmar que todas las divergencias en la salud de mujeres y hombres son resultado de injusticias: las diferencias según género existen y no implican siempre un resultado que favorezca o perjudique a uno de los dos.

Breilh⁷⁸ argumenta que las acciones en medicina preventiva y salud pública se enriquecen y expanden al considerar las especificidades de género. Como ejemplo cita el estudio de la morbilidad materna, un problema que si bien está controlado en los países desarrollados, sigue siendo una de las primeras causas de mortalidad en los países del tercer mundo. «En lugar de reducirlo [el problema de la morbilidad materna] al análisis y vigilancia de unos cuantos procesos vinculados al parto y asociados a los casos de defunción, se abre la mirada hacia los procesos de deterioro laboral (ligados al aborto y la hemorragia, las posturas y forzamientos ligados a tromboflebitis y embolias), al deterioro del consumo (ligado a la desnutrición femenina...), la violencia estructural (accidentes y agresiones tanto en el medio familiar como extrafamiliar vinculados al aborto, ruptura uterina y homicidio) y, por último, el deterioro ambiental (con exposición a contaminantes ligada a la intoxicación por plomo, plaguicidas y/u otros químicos)»⁷⁸. No obstante, en países como España, que ya superaron en la mayoría de su territorio la problemática anteriormente citada, aún existen focos de desigualdad y marginación social y el fenómeno de feminización de la pobreza es cada día más evidente⁸².

Así pues, el análisis de la salud de la mujer en este contexto será más completo si se consideran temas como la calidad de vida y el trabajo reproductivo, las familias monoparentales, la disminución de la natalidad (actualmente una de las más bajas en nuestro país) o la violencia de género. Al estudiar la morbilidad y la mor-

talidad de cualquier grupo social es necesario tener en cuenta las necesidades propias de los diferentes ciclos vitales de mujeres y hombres²³.

Por lo tanto, el análisis del estado de salud teniendo en cuenta el efecto del género debe abrir nuevas hipótesis, iluminar varias lagunas del conocimiento y ampliar los modelos de antecedentes e impactos relacionados con la salud. También deberá motivar nuevas cuestiones respecto a los servicios sanitarios y a la construcción social del conocimiento de la salud.

Implicaciones de las teorías de género

Las teorías de género conllevan una reflexión respecto a las complejidades e injusticias de la estructura social. En el campo de la salud, amplía los horizontes en la comprensión del proceso salud-enfermedad⁸³. La investigación de los problemas de salud que afectan a mujeres y hombres debe tratar de incluir a ambos en sus parámetros de análisis; la exclusión tanto de mujeres como de hombres produce generalizaciones que no son aceptables y que generan sesgos tanto en el sentido de tratar como iguales a individuos diferentes como de partir de la propia premisa de la diferencia al caracterizar como «naturales» unas situaciones que son injustas¹⁶.

Dentro de la epidemiología, el primer paso para estudiar el género y para entender las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres es la separación del análisis según sexo. Cuando el sexo pase de ser apenas una variable de confusión y se conozcan con más profundidad las diferencias biológicas entre mujeres y hombres y las diferencias en el impacto que los problemas de salud generan en ambos, se estará avanzando; no se pueden ignorar las diferencias genéticas y predisposiciones familiares para un mismo sexo y/o entre los sexos. Sin embargo, para entender la salud y el bienestar (o la falta de ellos), hacen falta protocolos de trabajo y diseños de investigación sensibles a las desigualdades sociales entre mujeres y hombres (p.ej., la inclusión de variables que traduzcan mejor los trabajos no remunerados, la satisfacción con los diferentes aspectos de la vida y el impacto de las estructuras de convivencia en la salud⁷⁹). Asimismo, como tema de reflexión y de posteriores estudios cabe destacar que las respuestas diferentes que el sistema sanitario ofrece a los usuarios/as generan desigualdades, en el sentido de que estereotipos establecidos entre proveedores organizacionales y profesionales médico-sanitarios pueden repercutir en la atención prestada a mujeres y hombres⁸⁴.

«Para la epidemiología o investigación de los fenómenos colectivos de la salud y de la praxis, la incorporación de la categoría género no se reduce al uso de una variable más... ni a los contrastes estadísticos

entre sexos, por importante que ese tipo de análisis sea. La idea que deseamos impulsar es la de que «género» no es una variable interesante para la estratificación, ni es sólo un problema conceptual como categoría teórica, es fundamentalmente una perspectiva humana y política para enfocar la lucha por la salud y defensa de (la calidad) de la vida»⁷⁸.

Agradecimientos

Las autoras expresan su agradecimiento a Alfonso Oroz Echeverría por su lectura y corrección del manuscrito, a Maribel Urgellés por la edición del texto, a Lucía Artazcoz por sus aportaciones en bibliografía reciente.

Bibliografía

1. Borrell C, Pasarín I, Plasència A. Enquesta de Salut de Barcelona 1992-93. Estadístiques de Salut 24. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1995.
2. Black D, Morris J, Smith C, Townsend P. The Black report. En: Townsend P, Davidson N, Whitehead M (Ed). Inequalities in health: The Black Report and the Health Divide. London: Penguin Books; 1988.
3. Whitehead M. The Health Divide. En: Townsend P, Davidson N, Whitehead M (Ed). Inequalities in health: The Black Report and The Health Divide. London: Penguin Books; 1988.
4. Antolín L, Mazarrasa L. Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid: Federación de Planificación Familiar de España; 1997, p.11-14.
5. Lennon MC, Rosenfield S. Women and mental health: the interaction of job and family conditions. *J Health Soc Behav* 1992; 33:316-27.
6. De Andrés J. Mujer: producción - reproducción y cuidados de salud. [Tesina]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1991.
7. Caillavet F. La producción doméstica como oferta de servicios de salud. IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Granada: Octubre 1994.
8. Udry JR. The nature of gender. *Demography* 1994; 31:561-73.
9. Money J. Gender: history, theory and usage of the term in sexology and its relationship to nature/nurture. *J Sex Marital Ther* 1985, 11:71-9.
10. Torns T, Carrasquer P. Societat i gènere. *Ann Med (Supl 1)* 2000; S15-S19.
11. Saffioti H. Rearticulando género e classe social. En: Costa AO, Bruschini C (ed). Uma questao de gênero. Sao Paulo: Fundação Carlos Chagas; 1992, p.183-215.
12. Bruschini C. O uso de abordagens quantitativas em pesquisas sobre relações de gênero. En: Costa AO, Bruschini C (Ed). Uma questao de gênero. Sao Paulo: Fundação Carlos Chagas; 1992; p. 289-305.
13. Walsh DC, Sorensen G, Leonard L. Gender, health and cigarette smoking. En: Amick III BC, Levine S, Tarlov AR, Walsh DC (Ed). *Society and Health*. Oxford: Oxford University Press; 1995. p. 131-71.
14. Scott JW. *Gender and the politics of history*. Nueva York: Columbia University Press; 1988.
15. Morgan D. Men, masculinity, and process of sociology enquiry. Roberts H (ed). *Doing feminist research*. Londres: Routledge and Keagan; 1981.
16. Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51:106-9.
17. Tezanos JF. La explicación sociológica: una introducción a la sociología. Madrid: UNED; 1996.
18. Sanchez CM. La medición de la clase social de las mujeres. En: Borrell C, Sánchez C, Rohlfs I, Permanyer E. La medida de

- la clase social en las mujeres y su impacto en el estudio de las desigualdades sociales en salud. Informe final (Mim.) Barcelona. Institut Municipal de la Salut / Instituto de la Mujer; 1996. p.2-16.
19. Sau V. Ser mujer: el fin de una imagen tradicional. Barcelona: Icaria; 1986.
 20. Gove WR. Gender differences in mental and physical illness: the effects of fixed roles and nurturant roles. *Soc Sci Med* 1984; 19:77-91.
 21. Narotzky S. Haciendo visibles las cargas desiguales. Una aproximación antropológica. *Quadern CAPS* 1996; 24:15-20.
 22. Sen A. Faltan más de 100 millones de mujeres. *Isis Internacional: Ediciones de las Mujeres* 1991. p. 15:27-40.
 23. Vallin J. Social change and mortality decline: women's advantage achieved or regained? En: Federici N, Mason KO, Sogner S (ed.). *Women's position and demographic change*. Oxford: Clarendon Press; 1993. p. 191-211.
 24. Arber S. Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc Sci Med* 1991;32:425-36.
 25. Wilson EO. La moralidad del gen. En: Wilson EO. *Sociobiología. La nueva síntesis*. Barcelona: Omega; 1980. p. 3-6.
 26. Ehrhardt AA, Meyer-Bahlburg HFL. Effects of prenatal sex hormones on gender-related behavior. *Science* 1981; 211:1312-8.
 27. Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypothesis and evidence. *J Health Soc Behav* 1985; 26:156-82.
 28. Izquierdo J, del Río O, Rodríguez A. La desigualdad de las mujeres en el uso del tiempo. Madrid: Serie Estudios n.º 20, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer; 1988.
 29. Ross CE, Bird C. Sex stratification and health lifestyle: consequences for men's and women's perceived health. *J Health Soc Behav* 1994; 35:161-78.
 30. Kandrack MA, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behavior: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991; 32:579-90.
 31. Kriegsman DMW, Penninx BWJH, Van Eijk JThM, Boeke JP, Deeg DJH. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. *J Clin Epidemiol* 1996; 49:1407-17.
 32. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996; 42:617-24.
 33. Macintyre S, Ford G, Hunt K. Do women «over-report» morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standart question on long standing illness. *Soc Sci Med* 1999; 48: 89-98.
 34. Durán MA. Salud y sociedad. Algunas propuestas de investigación. En: Barañano M (comp). *Mujer, trabajo y salud*. Madrid: Trotta; 1992. p. 57-79.
 35. Cleary PD, Mechanic D. Sex differences in psychological distress among married people. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 111-21.
 36. Verbrugge LM. Multiple roles and physical health of women and men. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 16-30.

37. Arber S. Gender and class inequalities in health: understanding the differentials. En: Fox J (ed). *Health inequalities in European Countries*. Londres: European Science Foundation - Gover; 1989. p. 251-79.
38. Spitze G. Women's employment and family relations: a review. *J Marriage Family* 1988; 50:595-618.
39. Bird CE, Fremont AM. Gender, time use, and health. *J Health Soc Behav* 1991; 32:114-29.
40. Rohlfs I, De Andrés J, Borrell C, Artazcoz L, Ribalta M. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barc)* 1997; 108:566-71.
41. Barañano M. Mujer, trabajo y salud. En: Barañano M (comp). *Mujer, trabajo y salud*. Madrid: Trotta; 1992. p. 13-43.
42. 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.
43. Graham H. Women's smoking and family health. *Soc Sci Med* 1987; 25:47-56.
44. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988; 241:540-5.
45. Chesney M. Women, work-related stress, and smoking. En: Frankenhaeuser M, Lundberg U, Chesney M (Ed). *Women, work and health. Stress and opportunities*. New York: Plenum Press; 1991: p. 139-55.
46. Crossan E, Amos A. Under a cloud. Women, low income and smoking. Department of Public Health Sciences. University of Edinburg. Edinburg: Health Education Board of Scotland; 1994.
47. Graham H. Cigarette smoking: a light on gender and class inequality in Britain? *Int Soc Pol* 1995; 24:509-27.
48. Borrell C, Rue M, Pasarín MI, Rohlfs I, Ferrando J, Fernandez E. Trends in social class inequalities in health status, health related behaviors, and health services utilization in a Southern European urban area (1983-1994). *Prev Med*, 2000 (en prensa).
49. Mirowsky J, Ross CE. Social patterns of distress. *Ann Rev Sociol* 1986; 12:23-45.
50. Lennon MC, Rosenfield S. Relative fairness and division of housework: the importance of options. *Am J Sociol* 1994; 100: 506-31.
51. Epstein CF. Multiple demands and multiple roles: the conditions of successful management. En Crosby FJ (ed). *Spouse, parent, worker: on gender and multiple roles*. New Heaven: Yale University Press; 1987. p. 23-33.
52. Pugliesi K. Work and well being: gender differences in the psychological consequences of employment. *J Health Soc Behav* 1995; 36:57-71.
53. Headapohl D. Sex, gender, biology and work. En: Headapohl D. (ed). *Occupational Medicine: State Art Rev* 1993;8:685-707.
54. Ferreira R. Cuando los accidentes de trabajo no matan. Aproximación epidemiológica de las incapacidades permanentes. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1997.
55. Neysmith SM, Aronson J. Working conditions in home care: negotiating race and class boundaries in gendered work. *Int J Health Serv* 1997; 27:479-99.
56. Loscocco KA, Spitze G. The organizational women's and men's pay satisfaction. *Soc Sci* 1991;72:3-19.
57. Matthews S, Hertzman C, Ostry A, Power C. Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Soc Sci Med* 1998; 46:1417-24.
58. Reskin BF, Ross CE. Jobs, authority, and earnings among managers. The continuing significance of sex. *Work Occup* 1992; 19:342-65.
59. Ostergard L. Gender. En: Ostergard L (ed). *Gender and development: a practical guide*. London and New York, 1992: 1-10.
60. Kapadia LH. Women at work. *BMJ* 1996;313:1073-6.
61. Willms JL, Pfeiffer C. Social and psychological aspects of illness - past and present. En: Headpohl D. (ed). *Occupational Medicine: State Art Rev* 1993;8:797-819.
62. Haavio-Manila E. Inequalities in health and gender. *Soc Sci Med* 1986; 22:141-9.
63. Escribá V. Trabajar fuera de casa. ¿Mejora la salud de la mujer? *Med Clin (Barc)* 1997; 108:580-1.
64. Macewen KE, Barling J. Daily consequences of work interference with family and family interference work. *Work Stress* 1994; 8:244-54.
65. 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.
66. Kandel DB, Davies M, Raveis VH. The stressfulness of daily social roles for women: marital, occupational and household roles. *J Health Soc Behav* 1987; 26:64-78.
67. Arber S, Lahelma E. Women, paid employment and ill-health in Britain and Finland. *Acta Sociol* 1993; 36:121-38.
68. Nathanson CA. Social roles and health status among women, the significance of employment. *Soc Sci Med* 1989; 14: 463-71.
69. Bird CE, Ross CE. Houseworkers and paid workers: qualities of the work and effects on personal control. *J Marriage Family* 1993; 55:913-25.
70. Waldron I, Jacobs J. Effects of labor force participation on women's health: new evidence from a longitudinal study. *J Occup Med* 1988; 30:977-83.
71. Rosenfield S. The effects of women's employment: personal control and sex differences in mental health. *J Health Soc Behav* 1989; 30:77-91.
72. Lennon MC. Women, work and well-being: The importance of work conditions. *J Health Soc Behav* 1994; 35:235-47.
73. Bartley M, Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R. Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993. *Soc Sci Med* 1999;48:99-115.
74. Link BG, Lennon MC, Dohrenwend B. Socioeconomic status and depression: the role of occupations involving direction, control, and planning. *Am J Sociol* 1993; 91:1351-87.
75. Turner JB. Economic context and health effects of unemployment. *J Health Soc Behav* 1995;36:213-29.
76. Loscocco KA, Spitze G. Working conditions, social support, and the well-being of female and male factory workers. *J Health Soc Behav* 1990; 31:313-27.
77. Ross CE, Mirowsky J, Huber J. Dividing work, sharing work, and in-between: marriage patterns and depression. *Am Sociol Rev* 1983; 48:809-23.
78. Breilh J. Género, poder y salud. Quito: Universidad Técnica del Norte y Centro de Estudios y Asesorías en Salud; 1993.
79. Rohlfs I, Borrell C, Anitua C et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit* 2000; 14:146-55.
80. Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. *Am J Prev Med* 1996; 12: 294-95.
81. Umberson D, Wortman CB, Kessler RC. Widowhood and depression: explaining gender differences in vulnerability. *J Health Soc Behav* 1992;33:10-24.
82. Leslie J. Women's lives and women's health: using social science research to promote better health for women. *J Women's Health* 4; 1992:307-18.
83. Macintyre S, Hunt K. Socio-economic position, gender and health. How do they interact? *J Health Psychology* 1997; 2:315-34.
84. Mckinlay JB. Some contributions from social system to gender inequalities in heart disease. *J Health Soc Behav* 1996; 37: