

## ALGUNAS DIFERENCIAS EN LA SALUD DE LAS MUJERES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA EN FUNCIÓN DE SU INCORPORACIÓN O NO, AL MERCADO LABORAL

*M<sup>a</sup> José Hervás Guanter, M<sup>a</sup> Eugenia González Sanjuán*

La presente comunicación expondrá las principales conclusiones de uno de los capítulos de la investigación subvencionada por el Institut Valencià de la Dona, sobre los efectos del trabajo en la salud de las mujeres de la Comunidad Valenciana.

### PRESENTACIÓN E HIPÓTESIS DE TRABAJO

Una de las aportaciones más relevantes que se han realizado en las últimas décadas respecto al estudio de la salud y la enfermedad, es la constatación de su carácter histórico y social. El concepto de salud no es atemporal, sino que va redefiniéndose con la evolución histórica y es tan dinámico como otras concepciones sociales.

Actualmente existe unanimidad entre los científicos sociales a la hora de reconocer que una de las características básicas de las estructuras sociales contemporáneas es su diversidad, desigualdad y conflicto. Dado que la variable sexo continúa actuando como una importante causa de diferenciación social, es lícito afirmar que los problemas específicos de las mujeres en relación con la salud, no sólo dependen de condicionamientos biológicos, sino también de la posición que ocupan en la sociedad. No es que el sexo per se constituya un factor de riesgo, sino que el rol atribuido a cada sexo implica variaciones en el grado de exposición a factores de riesgo, provocando modelos desiguales ante la enfermedad.

De otra parte, uno de los ejes básicos de vertebración de la vida social es, sin lugar a dudas, el sistema productivo y laboral, es decir económico, constituyendo

el papel que uno ocupa en el mismo, un determinante fundamental del poder y status social.

Pero el trabajo retribuido, no solamente es un elemento central en la organización social, sino que al mismo tiempo es una necesidad para el individuo, en tanto en cuanto, para su realización como persona necesita tanto de la actividad como del ocio, especialmente por tres razones:

- porque el trabajo, con todo lo que comporta, da sentido a la vida, movilizando y desarrollando la capacidad humana,
- en segundo término, si la seguridad es una necesidad humana, el trabajo asalariado constituye un sinónimo de seguridad material, y la actividad laboral retribuida, en general, ayuda a satisfacer la autoestima,
- finalmente, el trabajo remunerado, también favorece el desarrollo de las relaciones sociales.

En función de todo lo anterior, es presumible que las condiciones de trabajo influyan en el bienestar integral del ser humano. A partir de esta premisa se desprenden las hipótesis principales de las que partimos y que han sido ratificadas en nuestro estudio:

- La doble jornada laboral de la mujer la predispone, con respecto al hombre, a una cifra más elevada de trastornos psicosomáticos.
- Las mujeres sufren una tasa de depresión muy superior a la de los varones, ya que a través de ésta expresan la frustración producida por el papel social asignado.
- Las mujeres que no realizan una actividad laboral extradoméstica se sienten más deprimidas, al realizar actividades que no son valoradas, al no gozar de independencia económica y tener un círculo de relaciones interpersonales más reducido y homogéneo.
- El trabajo en el hogar no es un lugar tan seguro y protegido para las mujeres como se nos dice, por ello el ama de casa presenta una mayor propensión a los padecimientos crónicos que las mujeres que realizan actividades remuneradas.
- La mayor atención médica que la mujer requiere es, en parte, debida a su necesidad de ser escuchada.

En definitiva, la salud de las mujeres está mediatizada por su entorno sociocultural, por lo que el enfoque sociológico de este tema puede permitirnos conocer nuestras necesidades y proporcionarnos herramientas para resolverlas o satisfacerlas. Porque difícilmente podemos hacer realidad el principio

constitucional de no discriminación por razón de sexo, desconociendo los problemas de salud específicos de las mujeres.

## METODOLOGÍA

Además de la explotación de diferentes fuentes estadísticas, la metodología de la investigación ha consistido en la recopilación de datos primarios mediante la técnica de encuesta efectuada a los profesionales de la salud. El hecho de entrevistar a este colectivo y no contactar directamente con las protagonistas del estudio -las mujeres- ha estado marcado por la ausencia de estudios anteriores.

Las entrevistas se han formulado a los médicos generales de la seguridad social, lo cual puede introducir un sesgo al desconsiderar aquí la sanidad privada. El modelo aplicado consistió en una entrevista semiestructurada donde, además de las preguntas cerradas se plantearon de forma abierta determinadas cuestiones cuya variedad de respuestas podía ser tan amplia, que de cerrarlas se hubieran perdido importantes matices. Una vez aprobada la redacción definitiva del instrumento de investigación, se realizó una entrevista piloto a un grupo de profesionales con objeto de comprobar su operatividad y depurar las posibles deficiencias.

El procedimiento de elección muestral fue el siguiente:

- El primer criterio que se consideró fue la división por áreas de salud de la Comunidad Valenciana (demarcaciones geográficas y poblacionales para la planificación-programación, gestión y coordinación de la atención de la salud de la comunidad y del individuo), entrevistando a personal médico de las 23 áreas con el propósito de obtener una visión global del conjunto de la Comunidad Autónoma.
- Una vez estimada la conveniencia de contemplar la totalidad de las demarcaciones, se optó por elegir un centro de salud en cada una, tratando siempre de que los centros fueran representativos del área.
- Previamente al desplazamiento del equipo encuestador, se solicitó la colaboración de la Trabajadora Social del Centro de Salud, siendo estas profesionales las que presentaron al equipo médico el proyecto de investigación.
- Finalmente, los encuestadores procedieron a entrevistar a los médicos, siempre teniendo en cuenta que la distribución por sexo fuera proporcional en cada centro.

## CONCLUSIONES

Iniciamos la entrevista preguntando a los médicos de la Seguridad Social quienes asisten más frecuentemente a la consulta. La inmensa mayoría de los entrevistados nos manifestaron, sin lugar a dudas, que las mujeres constituyen sus principales clientes.

Que las mujeres acuden con mayor frecuencia al médico no supone ningún descubrimiento, pues son numerosos los estudios que han hablado de ello (Duran, 1983. Rodríguez. 1987. Guillen, 1990). Las causas que producen tan desigual demanda de asistencia médica entre hombres y mujeres, pueden ser de diversa índole: podría obedecer al hecho de que las mujeres perciban la gravedad de la enfermedad de distinta forma: igualmente es factible que las mujeres tengan una mayor confianza en la capacidad curativa del sistema sanitario; tampoco es descartable, como apuntan algunos estudiosos del tema, que el papel asignado a la mujer sea más compatible con el de paciente, que en el caso del varón, ya que la relación médico-paciente ha sido una relación de subordinación, y la usual pasividad de la mujer respecto al varón se adapta mejor a ese paciente ideal que obedece las órdenes. De este modo, en el trato con el médico (todavía son mayoritariamente hombres), la mujer mantiene una doble sumisión, como mujer y como paciente.

No obstante, cuando comparamos la asiduidad a la consulta médica entre las mujeres, surgen enormes diferencias en función de su actividad. La gran mayoría de los médicos (96 %) nos dijo que las amas de casa son las que con mayor asiduidad acuden a su consulta. A partir de este hecho, observamos que no es tanto la variable sexo como la actividad la que determina las visitas al médico. Así lo manifestaron los encuestados, quienes en su mayoría (70%) consideró que las amas de casa acuden más de la mitad, lo atribuyó también al hecho de somatizar en mayor medida sus problemas, incluso los de su familia; otra proporción importante (42%) opinó que la ausencia de delimitación de horario de trabajo-ocio, influye en la mayor asiduidad al médico, finalmente, otros consideraron la utilización de la consulta médica como lugar apropiado para poder hablar con otras personas de sus problemas.

Otros rasgos que completan el perfil sociológico de las mujeres que con mayor asiduidad acuden a la consulta médica son: edad superior a cuarenta años, mayoritariamente casadas, con un nivel de estudios y de ingresos bajos.

De los datos obtenidos se desprende que el motivo más reiterado de consulta entre las amas de casa es la dispensación de recetas, así como la petición de tratamiento, mientras que en las mujeres que trabajan remuneradamente y en los varones, el principal motivo de la visita es recibir un diagnóstico. Pensamos que si las amas de casa piden con mayor frecuencia tratamiento, es porque objetivamente están más enfermas, o porque la percepción subjetiva de su salud es más negativa, o bien por imitación de otras personas, que hace que vayan a la consulta ya diagnosticadas por ellas mismas a pedir tratamiento. En cualquier

caso, estas causas están profundamente imbricadas y más adelante volveremos sobre ellas. En cuanto a las recetas médicas para los miembros de la familia, lo interpretamos como un indicador claro de la función social que cubre el ama de casa.

Cuando pasamos a estudiar las diferencias a la hora de permanecer en cama, nos encontramos con una paradoja, pues siendo las mujeres las que con mayor frecuencia acuden a la consulta, no son las que más encaman. Así, casi la mitad de los médicos (41,2 %) opinan que las mujeres “guardan cama” con más dificultad que los hombres.

Consideramos que esta circunstancia, tan aparentemente contradictoria, obedece a una razón ya sugerida por algunos estudiosos del tema. Este es el caso de la investigación efectuada por M<sup>a</sup> Angeles Durán (1983, p.70), en la que sugiere la hipótesis de que “guardar cama es una actividad difícilmente compatible con el trabajo habitual (difuso y continuo) del ama de casa, en tanto que la asistencia al médico es especialmente difícil para los varones, debido a su tipo de trabajo (horarios más rígidos y compartimentalizados)”.

Nuevamente, la variable causal que sugieren los datos no es tanto el sexo, como el tipo de trabajo que se realiza. En definitiva, la ausencia de una demarcación clara en el horario trabajo-ocio del ama de casa, aumenta la probabilidad de asistir a la consulta médica, pero disminuye a su vez la posibilidad de permanecer en cama. Esta relación corroboraría la hipótesis formulada por Josep Rodríguez (1987, p.198) cuando dice que “está enfermo aquel que se lo puede permitir”.

Igualmente los datos revelan que los hombres son hospitalizados con una frecuencia ligeramente superior, resultado que no pensamos que sea casual, pues en las publicaciones estadísticas sobre morbilidad hospitalaria constatamos distribuciones similares.

Respecto a las diferencias detectadas sobre enfermabilidad, se observa que en las amas de casa se da el mayor número de patologías, superior a los varones y a gran distancia de las mujeres asalariadas.

Cuando pasamos a analizar las distintas patologías, comprobamos una mayor propensión de las mujeres a padecer problemas osteoarticulares y osteomusculares. En las amas de casa la depresión aparece como una de las enfermedades más importantes que sufren, con diferencias significativas respecto a los otros colectivos; pensamos que el rol y status que tienen, tanto en el ámbito doméstico como socialmente, así como a la falta de proyectos personales individuales, la insuficiente comunicación, la dependencia de los hijos y del marido, la ausencia de valoración social del trabajo doméstico, etc., justificarían las reacciones depresivas de las amas de casa. Por lo que se refiere al estrés, las mujeres asalariadas constituyen el grupo más afectado; evidentemente, “su” doble jornada laboral que realizan en el puesto de trabajo y en el ámbito doméstico hace que lo sufran mucho más.

Las especialidades médicas a las que son derivadas las mujeres varían nuevamente en función de la actividad laboral. Las asalariadas son derivadas en primer lugar al ginecólogo, en proporción bastante superior a las amas de casa, lo que no nos sugiere una mayor enfermabilidad a este nivel, sino una mayor preocupación por su salud y también por la planificación familiar. En segundo lugar, son derivadas a traumatología y rehabilitación, y en tercer lugar al neurólogo, probablemente para tratar los problemas de estrés, ya comentados.

Las amas de casa recurren predominantemente a traumatología y rehabilitación, y ello probablemente debido, por una parte, a los problemas osteoarticulares y osteomusculares ya mencionados, y por otra, y no despreciable, a causa de los accidentes domésticos, mucho más frecuentes de lo que pudiera pensarse, pues según De Francisco (1986) "Los accidentes domésticos causan cuarenta veces más víctimas con necesidad de atención médica y hospitalaria que la carretera". En segundo lugar, las amas de casa son derivadas a ginecología, seguido de la especialidad de psiquiatría, en proporción muy superior a los otros colectivos, pero si además acumulamos a las que se deriva a neurología, estas dos especialidades juntas (neuropsiquiatría), constituiría la segunda especialidad a la que son derivadas las amas de casa. Esto concuerda totalmente con lo que decíamos respecto a las patologías, ya que la depresión constituye una de las enfermedades más importantes que sufren las amas de casa.

Otro tema particularmente importante en referencia a la salud es el consumo de medicamentos, constituyendo una realidad conocida por la opinión pública y constatada en nuestro estudio, que las mujeres consumen más medicamentos que los hombres, con notable diferencia. Asimismo los facultativos manifestaron la existencia de grados y pautas de consumo distintas en las mujeres dependiendo su condición o no de asalariadas, pues además de expresar que las amas de casa son más consumidoras, bien por prescripción facultativa o por iniciativa propia, nos indicaron que éstas consumen más psicofármacos -tanto tranquilizantes como estimulantes - y analgésicos que las que desarrollan un trabajo retribuido.

Aparte de la actividad laboral, también resultaron diferenciadoras para el consumo de medicamentos las variables edad, estado civil, nivel de estudios y el nivel económico, estableciendo los profesionales entrevistados la siguiente relación: mayor ingestión de medicamentos a medida que aumenta la edad, consumo más elevado entre las mujeres casadas, y aumento del consumo conforme se reduce el nivel de instrucción y los ingresos.

En lo referente al consumo de medicamentos sin prescripción médica, un grupo significativo de profesionales (43 %) nos confirman que detectan diferencias entre sexos, constituyendo las mujeres el grupo que más se automedica. Asimismo cerca de un 30 % de la muestra observa una diferencia clara entre las amas de casa y las asalariadas, siendo las primeras las que más tendencia tienen a automedicarse. Las asalariadas por su parte, si bien toman medicamentos sin

prescripción facultativa, lo hacen en una proporción muy inferior a las amas de casa, aunque en comparación con los varones lo hacen más habitualmente.

Si presumiblemente la automedicación puede ser un comportamiento asociado a una percepción subjetiva de la salud más negativa, los datos recabados nos demuestran que no se produce una relación excesiva entre ambas variables, pues son los hombres los que, a juicio de los médicos (32 %), peor valoración hacen de su salud, aunque seguidos de cerca por las amas de casa (26 %), resultando las asalariadas las que mejor evalúan su salud. No sabemos si esta última circunstancia obedece a que realmente disfrutaban de una buena salud, o porque necesitan creer y/o transmitir que así es, para poder realizar su doble jornada laboral.

En cuanto a los factores que influyen en la percepción subjetiva de la salud, el más importante, según nuestros datos, es el nivel de estudios. Entendemos que la mayor preparación, información y conocimiento que una mujer tiene de su propio cuerpo, le previene contra determinadas creencias y padecimientos, lo que mejora la percepción subjetiva de su salud. Por otro lado, no podemos olvidar que son las mujeres con estudios las que fundamentalmente se incorporan al mercado.

El segundo factor más señalado es la edad, es decir, a medida que avanza la edad aumenta la percepción negativa del estado de salud, lo cual parece bastante lógico. También el nivel económico parece estar relacionado; pensamos que el bienestar económico es importante para el bienestar general, lo que no quiere decir que a mayor nivel económico se tenga mejor percepción subjetiva de la salud, sino que es necesario un mínimo para tener, en ausencia de otros problemas, una buena percepción de la salud.

Dentro de la perspectiva subjetiva de la salud, consideramos el autodiagnóstico como un elemento importante que merece la pena ser estudiado, por lo que preguntamos a los facultativos al respecto. De sus respuestas concluimos que el grupo con menos práctica autodiagnosticadora, es el de la mujer asalariada, mientras que el ama de casa se sitúa en primer lugar. Por lo tanto, el comportamiento entre las mujeres a este nivel también presenta diferencias en función de la actividad.

En cuanto al tipo de autodiagnóstico, vemos que la proporción más alta corresponde a las enfermedades osteoarticulares y osteomusculares, que en todos los grupos presentan proporciones altas. No obstante, el porcentaje de facultativos que han observado este autodiagnóstico en las amas de casa, duplica a quienes han considerado a las/os asalariadas/os.

El autodiagnóstico de la depresión parece tener una incidencia importante en las mujeres, pero sobre todo en las amas de casa. Sin lugar a dudas, esta enfermedad está más relacionada con el ama de casa que con los otros dos colectivos, como ya hemos tenido ocasión de observar y como también se

destacó en las conclusiones de las Primeras Jornadas de Mujer y Salud Mental de 1985.

Los dolores y síntomas inespecíficos, así como las neuralgias, también son más frecuentemente observados en las amas de casa, que en los varones y las asalariadas. Nuevamente evidenciamos el malestar de la mujer, producido por la situación familiar y social que tiene, cuando se dedica al cuidado del hogar y la familia en exclusividad, pues las asalariadas presentan unas características diferenciadas en cuanto a enfermabilidad, y desde luego menos problemas de salud mental.

Cuando preguntamos a los facultativos sobre las distintas dolencias que conforman el llamado "síndrome del ama de casa", no solo no resultaron desconocidos para nuestros encuestados, sino que además los habían observado con mucha frecuencia. Así, más del 83,4 % de la muestra ha advertido en estas pacientes mareos sin causa orgánica, dolor de cabeza y angustia. entre el 60 % y el 80 %, sensación de ahogo, pinchazos, aerofagia y el convencimiento de padecer una enfermedad grave. Entre el 46 % y el 54 %, pellizcos gástricos, temblores en las piernas y fobias diversas.

Finalmente, también preguntamos a los encuestados acerca de los estilos de vida y mayoritariamente, sin dudar, consideraron que los menos saludables son los de los varones. Pensamos que sus respuestas estuvieron más influenciadas por el estereotipo social a este respecto, que por la realidad que tiene ante sus ojos cada día.