

INDICADORES PARA MEDIR LOS DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL ANÁLISIS DE GÉNERO

(INFORME FINAL DEL PROYECTO)

FECHA DE REALIZACIÓN: 2 años

INVESTIGADORES:

Investigadora responsable: María Teresa Ruiz Cantero

Departamento de Salud Pública. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Universidad de Alicante. Apdo. 99 03080-Alicante

Miembros del equipo de investigación:

Carmen Vives Cases

Natalia Papí Gálvez

Daniel LaParra Casado

Miguel Angel Mateo Pérez

Pamela Pereyra Zamora

Virginia Cabrera Ruiz

NIPO.:207-05-057-1

ÍNDICE

	Páginas
Resumen	3-5
Introducción y objetivos	6-18
Metodología	19-30
Resultados	31-58
Conclusiones y prospectiva	59-80
Referencias bibliográficas	81-91
Anexo 1 Cuestionario a las personas expertas	92-97

Resumen.

INDICADORES PARA MEDIR LOS DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE ANÁLISIS DE GÉNERO.-

María Teresa Ruiz Cantero, Carmen Vives Cases, Natalia Papí Gálvez, Daniel LaParra Casado, Miguel Ángel Mateo Pérez, Pamela Pereyra Zamora, Virginia Cabrera Ruiz.

Departamento de Salud Pública. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública y Departamento de Sociología II. Universidad de Alicante. Apdo. 99 03080-Alicante

Fecha de realización: 2002-2004

Las desigualdades en salud entre mujeres y hombres están fuertemente condicionadas por determinantes sociales en los que intervienen los sistemas de género. De hecho, mujeres y hombres concluyen en datos distintos según morbilidad y mortalidad que están relacionados con sus tareas o división sexual del trabajo, expectativas de rol, posición e identidad social de género. Así, se necesita información con sensibilidad de género para comprender y paliar estas situaciones de desigualdad en salud. Ello conduce a examinar los métodos y herramientas de recogida de información. Los objetivos de este estudio son: 1. Analizar con enfoque de género las fuentes de información, las estadísticas e indicadores sobre salud y determinantes existentes en España, y 2. Proponer la utilización de variables indicadoras del estado de salud y sus determinantes sensibles a género.

La metodología se ha guiado por las directrices recomendadas en la guía para la producción de estadísticas de género de la Oficina de Estadísticas de Suecia “Estadísticas de género: Una herramienta para el cambio”, pues aunque no están ajustadas al área de la salud (se centran en educación y ocupación), según el criterio del equipo de investigación es la más operativa. En concreto, se seleccionaron tres ediciones de la Encuesta Nacional de Salud (1997, 2001 y 2003) para analizar los siguientes elementos metodológicos: 1. Disponibilidad de datos, 2. Calidad de los datos y fuentes de sesgos de género: 2.1. *Planificación y diseño de la encuesta* -planificación, diseño muestral, definición de la cobertura y marco de enumeración, período de referencia, selección de los/as encuestados/as-, 2.2. *Reflexiones sobre el cuestionario desde una perspectiva de género* -estructura de las preguntas, clasificaciones y nuevas propuestas (opciones de respuesta utilizadas que no recogen, total o parcialmente, alguna situación de mujeres o de hombres), formato del cuestionario y redacción de las preguntas (orden de las preguntas y preguntas filtro, neutralidad, ambigüedad, estereotipos de género, palabras claves, mala clasificación de los temas)-, y 3. Nuevas preocupaciones en las estadísticas de género y vacíos de información (variables que sería útil medir y son necesarias para hacer visibles determinantes y problemas de salud, específicamente de las mujeres, desde la perspectiva de género).

Para aplicar el enfoque de género, se elaboró un marco analítico desde la teoría feminista. En él se diferencian grandes dimensiones como causas subyacentes de las desigualdades en salud por género: 1. Desigualdades entre mujeres y hombres en roles reproductivos y productivos, 2. Quiénes son los agentes de salud en el hogar y sus tareas, 3. Desigualdades en la división sexual del trabajo dentro del hogar, 4.

Desigualdades en el apoyo afectivo y personal dentro del hogar, y 5. Las desigualdades de poder dentro del hogar. Pero más concretamente, de todos estos determinantes sociales definidos con perspectiva de género, la investigación se centra en el análisis de la información (ausente o presente) del trabajo y funciones vinculadas al hogar y a la familia. También se analiza la posibilidad de identificar el impacto en la salud de estas características.

Respecto de los principales resultados del análisis con enfoque de género de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 1997, 2001 y 2003, se puede concluir que:

1. El objetivo de la encuesta es valorar el estado de salud general de la población y la utilización de servicios, pero concede escaso valor a los factores explicativos de estas pautas poblacionales, con la excepción de algunas variables sociodemográficas básicas y hábitos de vida.

2. El enfoque más descriptivo que explicativo de la ENS, limita el análisis de género.

3. El componente explicativo de la ENS podría incrementarse mediante la mejora de las variables sociodemográficas claves en el análisis de género y de los determinantes de la salud y de los problemas de salud que afectan de forma más relevante a las mujeres.

4. Dado que las personas entrevistadas en el cuestionario de hogar son los “sustentadores principales” y, de momento, éstos son hombres en su mayoría, se plantea un problema de sesgo de información, en la medida que éstos suelen tener menos información sobre el hogar que sus parejas.

5. La ENS recoge sexo, pero para poder interpretar con enfoque de género los resultados de los análisis de la ENS, es necesario en cuanto a las variables sociodemográficas, recoger información más detallada sobre roles, identidad, subjetividad (ideas, valores, creencias sobre salud), poder (estructuración dentro o fuera del hogar, toma de decisiones, status) y capacidad de control sobre su propia vida (dependencia, autoestima,...).

6. La ENS se centra en determinantes de la salud relacionados con los estilos de vida, desde una perspectiva individual en incluso androcéntrica, pues algunos de los factores de riesgos por los que se pregunta con detalle son poco determinantes de la salud de las mujeres. Por el contrario, falta información detallada de factores de riesgo que afectan con más frecuencia a las mismas, tales como los efectos de los cuidados informales que ellas prestan, la violencia de género, las condiciones laborales (trabajo remunerado, no remunerado, doble carga) y los patrones estéticos vigentes.

En concreto, con la ENS se puede identificar regular la desigualdad de mujeres y hombres en roles reproductivos y productivos, las tareas de los y las agentes de salud y las desigualdades en la división sexual del trabajo dentro del hogar. Por otra parte, se puede identificar escasamente la desigualdad en el apoyo afectivo y personal y de poder dentro del hogar. Por último, a pesar de ser manifiestamente mejorable, con la ENS se puede recoger mejor información de los factores anteriores, para el caso de la segregación ocupacional.

7. En cuanto a los problemas de salud y acceso a los servicios sanitarios, aunque el listado de problemas sobre los que se recoge información ha ido aumentando desde la ENS de 1997, falta recoger información sobre los problemas de salud mental. Por otra parte, las alternativas de respuesta a las barreras de acceso al sector sanitario responden mejor a las motivaciones de los hombres.

8. Todavía existe estereotipos de género y sexismo en el lenguaje de la ENS aunque ha ido mejorando entre la versión de 1997 y la de 2003. Así, el concepto de “sustentador principal” que ha sustituido al de “cabeza de familia” sigue partiendo de una concepción jerarquizada del hogar, sin dejar posibilidad de equilibrio entre las personas componentes del mismo. Se podría sustituir por el de “persona de referencia” o similar, asignando esta etiqueta a la persona que responda el cuestionario. Por otra parte, existen múltiples preguntas masculinizadas y, en ocasiones, con errores de estilo fácilmente subsanables con voluntad política.

INTRODUCCIÓN

La igualdad entre hombres y mujeres se ha convertido en el punto central de las inquietudes nacionales e internacionales y, a medida que se consideran y se ponen en práctica programas y políticas orientadas a aumentar esta igualdad, aumenta la necesidad de contar con información, al menos, desglosada por sexo. En todos los países donde la igualdad de ambos sexos es una meta nacional, las estadísticas exhaustivas, confiables y actualizadas sobre la situación de la mujer y del hombre pueden servir para desacreditar los estereotipos y orientar la política nacional hacia la igualdad social, cultural y económica. La tarea de vigilar que haya igualdad para las personas exige cierta cantidad de datos estadísticos de buena calidad. Si no se dispone de datos, ningún argumento, por convincente que sea, puede influir en la opinión de los y las encargados de las opiniones y reorientar el rumbo de la planificación.

Contar con un sistema de indicadores de género que permita hacer el seguimiento de los cambios en la situación de las mujeres en relación con la de los hombres, en concreto en su situación de salud, que pueda ser utilizado para la planificación y aplicación de las políticas y programas, es una meta desde comienzos de los 90, en que los gobiernos tomaron conciencia de la importancia de llevar a cabo análisis con enfoque de género para el desarrollo de políticas y legislación futuras. De hecho, la Asamblea Mundial de la Salud hace una década instó a sus Estados Miembros para que establecieran sistemas de información adecuados sobre los determinantes de la salud y la situación de salud de las mujeres y la evolución de indicadores de salud desagregados por sexo.

Por otra parte, la plataforma para la Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) se instó al desarrollo de estadísticas de género:

- En su objetivo estratégico A.4. “Reunir datos desglosados por sexo y edad sobre la pobreza y todos los aspectos de la actividad económica”; “Elaborar medios estadísticos apropiados para reconocer y hacer visible, en toda su extensión, el trabajo de la mujer y todas sus contribuciones a la economía nacional, incluso en el sector no remunerado y en el hogar”.
- En su objetivo estratégico F.1. “Medir y comprender mejor el tipo, el alcance y la distribución del trabajo no remunerado, particularmente el trabajo de cuidado

de los familiares a cargo y el trabajo no remunerado realizado para las empresas o explotaciones agrícolas familiares”.

- En su objetivo estratégico G.1. “Reunir y difundir de forma regular datos cuantitativos y cualitativos sobre las mujeres y los hombres en todos los niveles de toma de decisiones del sector público y privado”.
- En su objetivo estratégico H.1. “Proporcionar capacitación para el diseño y el análisis de datos según una perspectiva de género”.
- En su objetivo estratégico H.3. “Preparar y difundir datos e información destinados a la planificación y la evaluación desglosados por sexo”.

En el informe de Beijing+5, del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado “Mujeres 2000: Igualdad de género, desarrollo y paz para el siglo XXI”¹ (Nueva York, 2000), se destaca en relación con las políticas públicas la necesidad de: “Fortalecer el sistema de recolección y procesamiento de datos estadísticos desagregados por sexo y adoptar indicadores de género que contribuyan al diagnóstico de la situación de las mujeres y a la implementación de políticas públicas”.

Este es el marco internacional normativo que plantea el fortalecimiento de las capacidades en los países para la institucionalización del mejoramiento en la producción, análisis, diseminación y utilización de la información de género.

Un estudio realizado por la División de Estadística de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa, con la participación de los organismos estadísticos nacionales oficiales de los países de Europa del norte, este y sur, EE.UU. y Canadá, concluye, que a pesar de los avances en la mayoría de los sistemas estadísticos nacionales, todavía no son completamente sensibles al género. Además, en la mayoría de los países, los encargados de las estadísticas de género están ubicados en los Departamentos de estadísticas sociales y demográficas; sólo Finlandia y Estados Unidos tiene una unidad independiente. En cuanto a la disponibilidad de datos según este informe, 14 países proporcionaron estadísticas con sensibilidad de género en mínimo un área. Las áreas dónde los datos son más escasos son en violencia y toma de decisiones, seguido por el empleo informal y el uso de tiempo, todos ellos factores determinantes de la salud. Casi todas las oficinas nacionales de estadística han publicado estadísticas de género en los últimos 5 años, a excepción de Chipre, Grecia y Bélgica. Las

publicaciones varían entre países. Los países Nórdicos son los que tienen más publicaciones, pero Alemania, los Países Bajos, y el Reino Unido también cuentan con publicaciones periódicas. Por otro lado, en cuanto a España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) recoge sus estadísticas desagregadas por sexo, a excepción del empleo informal, violencia contra las mujeres y tráfico de seres humanos, y se realiza una difusión de datos desagregados por sexo de forma infrecuente sobre uso del tiempo y transporte.

El proceso de mejoramiento y producción de estadísticas de género de forma transversal ya está en marcha en algunos países. Es decir, que dentro de las oficinas nacionales de estadística, las unidades de estadísticas de género interactúan con los demás Departamentos (estadísticas económicas, sociodemográficas, áreas metodológicas y de difusión). Este es el caso de Noruega e Israel. En otros países los Departamentos interactúan, pero parcialmente, como son los casos de Finlandia, Suecia y Portugal.

La Unidad E2 de Eurostat publicó en el 2002 y en 2004, un informe denominado “The life of women and men in Europe: A statistical portrait”, que resume las estadísticas recopiladas en los últimos 20 años en la Unión Europea. El documento se clasifica en tres partes que corresponden a los momentos de la vida: jóvenes, adultos y personas mayores. Las estadísticas que se presentan son desagregadas por sexo y comprende información demográfica, circunstancias del hogar, educación, estilos de vida, conciliación entre la vida familiar y la vida laboral, patrones de empleo y toma de decisiones, acceso a formación continua, ingresos, riesgo de pobreza y estado de salud.

El INE, en su Plan de Actuación para el año 2004, ha presentado todas las operaciones estadísticas que van a configurar su programa de trabajo a lo largo del año, en el cual destacan dos proyectos que tienen como objetivo contemplar la perspectiva de género y cuya información es relevante para identificar el estado de salud:

- La Encuesta de Empleo del Tiempo, ubicada en el ámbito social, y que se ocupa de obtener información sobre la dimensión del trabajo no remunerado realizado en los hogares, con el objetivo de poder formular políticas familiares y de igualdad de género y estimar las cuentas satélite del sector de hogares.

- **Mujeres y Hombres en España:** tiene como objetivo principal introducir la perspectiva de género en toda la información estadística, con la finalidad de promover medidas políticas y sociales encaminadas a establecer la igualdad de género en todos los campos de preocupación social. Este proyecto se inicia con la monografía "Mujeres y Hombres en España 2002" como prueba piloto, que fue publicado en el año 2003. De acuerdo al Plan de Actuación para el año 2004, se ha previsto publicar esta monografía anualmente en el primer trimestre de cada año a partir de 2005, coincidiendo en lo posible con la conmemoración del 8 de marzo.

Las enfermedades comunes a ambos sexos, el VIH/SIDA, la violencia, el trabajo, la anticoncepción y planificación familiar, el acceso a los recursos, las mujeres como trabajadoras de salud, la reforma del sector salud y la imagen corporal son los temas sobre los que se está trabajando con la intención de plantear la igualdad de género en salud.

En el caso del género y las estadísticas con relación a la situación de salud y sus determinantes, este proceso ya está en marcha desde la década pasada en países como Canadá o Suecia y por parte de instituciones como La Organización Panamericana de la Salud o las Naciones Unidas. Además, existen numerosas publicaciones que sirven de apoyo técnico para desarrollar indicadores de salud con sensibilidad de género.

Sobre la situación de salud y de desigualdades en salud entre hombres y mujeres en España, hasta recientemente, no ha existido demasiada información que haya incorporado la perspectiva de género. En la actualidad, se ha incrementado el número de publicaciones que concluyen sobre la importancia y la necesidad de la perspectiva de género en las fuentes de información sanitaria. En concreto, desde el sector académico, varias investigaciones expresan la importancia y la necesidad de la perspectiva de género en las encuestas. Se manifiesta la diferencia en salud de mujeres y hombres debida a factores biológicos, y la desigualdad por otros factores, explicados en parte por el género, y que afectan de manera injusta a su salud. Se concluye que en la recogida y análisis de datos poblacionales debe estar presente la perspectiva de género. Otro análisis realizado por el Grupo Género y Salud Pública de SESPAS, señala que las encuestas de salud en España, en general, están más centradas en condicionantes primariamente concebidos para explicar la salud de los hombres, tales como los hábitos que influyen en su salud y la actividad laboral remunerada, sin tener en cuenta

suficientemente aspectos como el trabajo doméstico no remunerado que afectaría sobre todo la salud de las mujeres. En él se analizan las encuestas de salud de algunas Comunidades Autónomas y la ENS del año 1997, desde una perspectiva de género, y se recomienda una vez más introducir aspectos relacionados con la salud de las mujeres y sus determinantes.

Para estudiar los determinantes de la salud, se puede contar con otras fuentes de información a las que le incorporaron la perspectiva de género en el análisis de las diferencias entre hombres y mujeres; como la educación, el estado civil o la ocupación. Esta información procede de datos secundarios generados por otras fuentes institucionales, además de las sanitarias. Estas fuentes aportan conocimiento sobre importantes factores sociales, políticos y económicos –que más allá de los factores de riesgo clásicos como fumar, beber alcohol o ingesta de dietas desequilibradas- que son determinantes de los estados de salud de la población. Más aún, se considera causas sociales fundamentales, pues aunque cambien las exposiciones a los factores de riesgo clásicos, factores como el conocimiento, el dinero, el poder, el prestigio y las redes sociales seguirán influyendo en los estados de salud, por lo que es sobre los mismos sobre los que es prioritario generar información.

Los indicadores, como instrumentos que son para medir cambios sociales, están sujetos a fuerzas políticas. Es importante reconocer antes de utilizarlos, que todos tienen su propia historia política y su intención. Un ejemplo es el uso de indicadores económicos, como los relacionados con el empleo, utilizados hasta hace poco tiempo, excluyendo en el análisis el trabajo de las mujeres. La razón que cuenta con mayor acuerdo es que la omisión es consecuencia del hecho de que la mayoría de los censos y los estudios a gran escala, han estado organizados sin tener en cuenta el enfoque de género. Esto es importante, pues ciertos tipos de indicadores, particularmente los llamados cuantitativos, se legitiman por ser considerados “objetivos”, cuando de hecho cuentan con la “subjetividad” propia de quienes toman las decisiones sobre las políticas y plantean qué es prioritario conocer a través de las estadísticas.

Dos son las principales respuestas a este sesgo de género. La primera tiene el objetivo de promover la recolección de datos desagregados por sexo, para que sean usados posteriormente en la defensa de cambios políticos. El Informe de Desarrollo Humano de 1995 planteó la necesidad de desarrollar indicadores con sensibilidad de

género que llamaran la atención de quienes hacen las políticas, ya que la introducción en la agenda política de esta información es el primer paso para el cambio de políticas sesgadas contra las mujeres. Por lo tanto, el desarrollo de indicadores con sensibilidad de género no es un fin en sí mismo, si no una herramienta política para ser usada en el cambio del estatus quo.

La segunda respuesta parte del acuerdo sobre la insuficiencia de indicadores que capten las experiencias de las mujeres, por ejemplo en áreas tales como el empoderamiento y la participación. Para que quienes desarrollen las políticas tomen en consideración estas experiencias, es necesario construir indicadores centrados en la recolección de información sobre las mismas.

Este estudio apunta a ambos enfoques, hacia qué tipo de fuentes de información, estadísticas e indicadores de salud - y de sus determinantes- y de desigualdades en salud existen que incorporen la perspectiva de género, y cómo se pueden medir los cambios a lo largo del tiempo desde esta perspectiva. Todo ello, sobre la base de que incorporar el enfoque de género significa tener en cuenta que el “género” abarca hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo, además de una categoría de análisis.

La fuente de información más importante en España- Encuestas Nacionales de Salud- ha reflejado sólo una pequeña parte de los determinantes de la salud y su influencia en los principales problemas de salud de las mujeres. Así, las ENS se convierten en un instrumento de enorme utilidad para tener una visión global de los determinantes de la salud que están en la raíz de las enfermedades y de otros trastornos de salud que no se registran de forma sistemática por el sector sanitario.

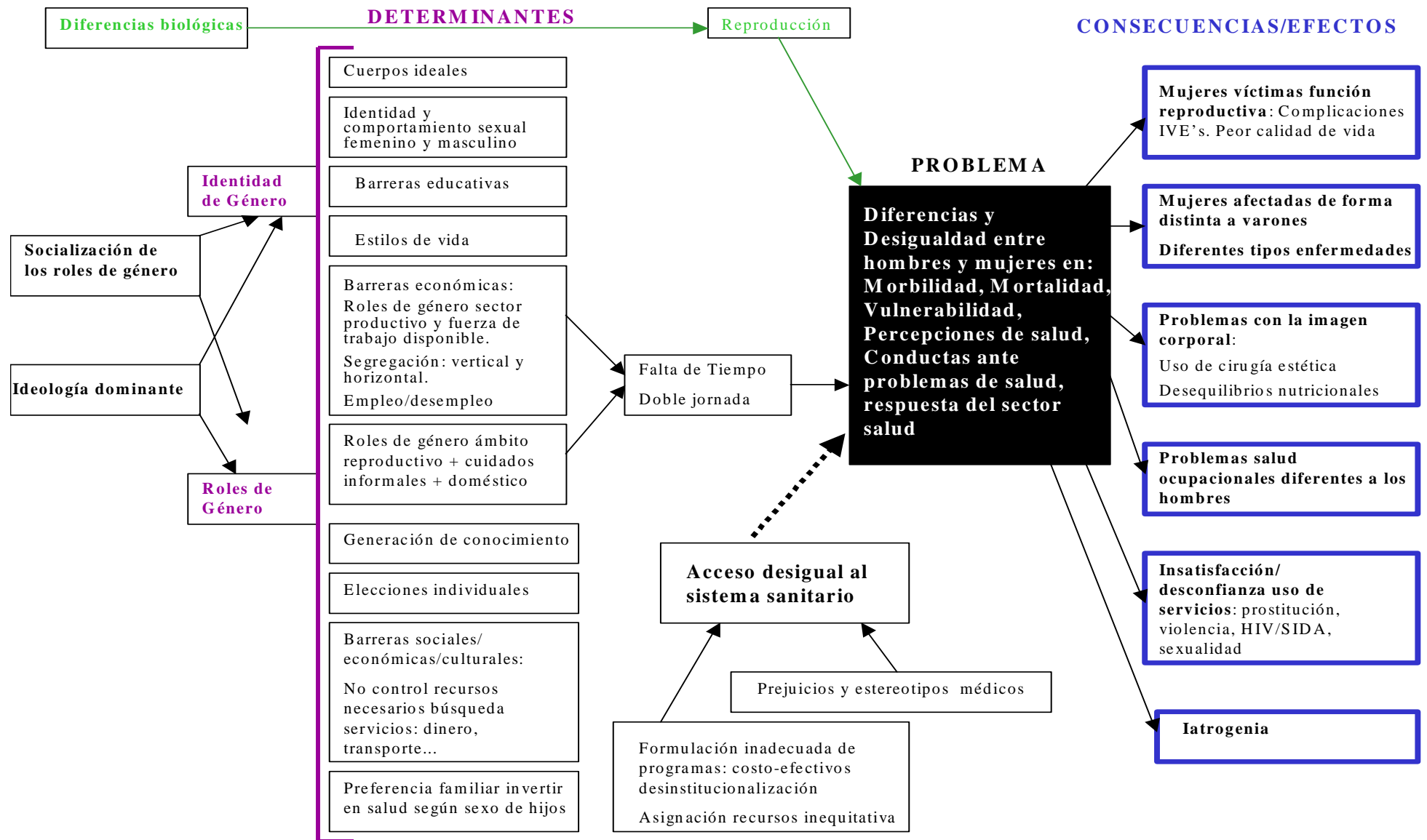
Las ENS permiten conocer la situación actual, observar la evolución de las determinantes en el tiempo y la naturaleza de los cambios que afectan a la población. Obviamente, su carácter genérico no permite ver los diferentes aspectos en detalle, pero sí apuntar tendencias y señalar problemas a los que se debería conceder especial atención, tanto desde el punto de vista de la investigación como de la intervención. Conscientes de su potencial utilidad en España se han realizado seis en los años 1987, 1993, 1995, 1997, 2001, 2003; y se va a preparar la siguiente a partir del próximo enero de 2005.

Sin embargo, cuando se analizan las diferentes versiones de las encuestas, se tiene la sensación de que la falta de coordinación de los esfuerzos lleva a incoherencias que pueden confundir a los y las potenciales usuarios/as de la información, profesionales de la salud pública, políticos/as y agentes sociales, sin olvidar a los y las profesionales de los medios de comunicación. Cuando, además, se contemplan aspectos metodológicos, como la selección de las personas encuestadas o el diseño de los cuestionarios, aumenta la duda sobre si la ENS cumple con sus objetivos. En este trabajo, se ha tenido en cuenta las características de las ENS de 1997, 2001 y 2003 -con especial énfasis en ésta última que es la que tiene mayor probabilidad de servir de modelo para la próxima-, tanto en su *Cuestionario de Hogar* como en el de *Adultos*: tipo de muestreo, selección de las personas encuestadas, diseño de cuestionario (uso de conceptos y definiciones, disponibilidad de datos, valores omitidos y/o falta de opciones de respuestas), nuevas preocupaciones y vacíos de información y análisis de los datos.

Las premisas de partida en este trabajo son, que en las desigualdades en salud entre hombres y mujeres influye: 1. El que las mujeres y los hombres contribuyan de forma diferente (y desigual) a la sociedad y el diferente (y desigual) acceso a los recursos y su control; 2. Los conceptos de masculinidad y feminidad socialmente contruidos; 3. El modo de interrelación de las mujeres y los hombres para compartir responsabilidades en la vida social y familiar; y 4. El hecho de que los hombres tengan más poder que las mujeres en la mayoría de las esferas de toma de decisiones de la sociedad.

Sobre la base de la supremacía del mayor poder ideológico masculino y la socialización de los roles de género, claves para el análisis con enfoque de género de las desigualdades en salud, sus determinantes y sus consecuencias, se construyó un marco de referencia subdividido en tres partes: 1. determinantes de las desigualdades en salud, 2. problemas (de salud) y 3. consecuencias/efectos (ver esquema explicativo a continuación).

ENFOQUE DE GÉNERO en el Esquema Explicativo de los PROBLEMAS DE SALUD, sus DETERMINANTES y CONSECUENCIAS



Este marco explicativo parte de la afirmación de que las desigualdades en el bienestar, la calidad de vida y la salud de ambos sexos van a estar influidas, por una parte, por la ideología de género, la cual construye a las mujeres como objeto de deseo masculino cuyo valor social viene determinado por la construcción de un cuerpo apropiadamente moldeado. Y por otra parte, por el patriarcado y el capitalismo que, aunque son formas de dominación distintas, se refuerzan mutuamente de diferentes maneras. Son sistemas de producción que se benefician de su organización en esfera pública y privada y de la asignación de género que hacen en ambas esferas. En concreto, la ideología de género devalúa y distorsiona las actividades productivas de las mujeres al trivializar algunas de ellas –como el trabajo doméstico–, e idealizar otras actividades –como la maternidad, hasta no corresponder con la realidad–. Y además, la ideología de género hace invisibles otras actividades cruciales –como las contribuciones múltiples a la producción social que van mas allá de la producción económica–.

Así, junto con la producción para el mercado, el enfoque de género plantea que la producción social incluye también disposiciones tales como la organización del trabajo doméstico –productor de las mercancías y servicios domésticos fuera del mercado o de la economía monetaria–, la organización social de la sexualidad –que moldea y satisface el deseo humano y las necesidades humanas de aceptación, aprobación, amor y autoestima–, el estado y la religión –que crean las reglas y las leyes de una comunidad–, y la política, los medios de comunicación y el discurso académico –que establecen definiciones públicas institucionalizadas de la situación–.

El esquema pretende explicar, que más allá de la influencia de las diferencias biológicas en las diferencias en salud entre hombres y mujeres –que afectan básicamente a la esfera de la reproducción, ámbito del que existe mayor cantidad de información científica–, las desigualdades en salud entre ambos sexos se producen por desigualdades de género en los determinantes de la salud. En concreto, por la socialización de los roles de género y la ideología dominante, las cuales influyen a su vez en las identidades y los roles de género.

Entre los factores determinantes de las desigualdades en salud influidos por el género hay que destacar: la valoración de los cuerpos ideales, la identidad y el comportamiento sexual femenino y masculino, las barreras educativas, los estilos de

vida, las barreras económicas (roles de género en el sector productivo, segregación vertical y horizontal y estado de empleo/desempleo), los roles de género en el ámbito reproductivo y en el ámbito doméstico, la falta de tiempo y el acceso desigual al propio sector sanitario y sus profesionales.

De entre todas las dimensiones que influyen o podrían influir en las desigualdades en la salud según género, esta investigación se centra especialmente en el análisis del ámbito doméstico. Tres son las principales razones de esta elección: 1. Es uno de los dos espacios más representativos de las sociedades estructuradas en función del género y, por tanto, preocupación central de la teoría feminista, 2. De los dos ámbitos más representativos (trabajo remunerado y no remunerado) ha sido el menos analizado en las estadísticas de salud, y 3. Contribuye a comprender dónde y cómo se gestan algunas desigualdades en salud al indagar en esa que fue una unidad de análisis infranqueable.

Trabajo vinculado al hogar y desigualdades en salud entre hombres y mujeres

A principios de los años 80 ya se discutía la consideración de la familia como unidad de análisis en los estudios de estratificación social. Así, se dan al menos dos razones para desmontar esta convención metodológica: 1. Tomar a la familia como unidad de análisis implica asimilar que la mujer tiene el mismo estatus que su marido y, por tanto, 2. Oculta los mecanismos por los que se produce y mantiene la desigualdad sexual.

Pese a la gran producción de estudios con perspectiva de género en todos estos años, aún se encuentran muchas investigaciones cuyas herramientas metodológicas no tienen en cuenta estas consideraciones. La consecuencia más inmediata es la invisibilidad de los procesos que actúan en clave de género.

Las desigualdades dentro del hogar son consecuencia de ese sistema de poder que integra las fuerzas locales y globales, apoyado por la costumbre, que hace uso de las rutinas, impregna la vida cotidiana de las personas y se autorregula, resistiéndose al cambio.

Y a esta costumbre o norma no escrita forma parte la división sexual de trabajo que existe en el micro-nivel, aunque las mujeres en la actualidad sean diferentes a sus

antecesoras, y a pesar de que las mujeres ocupadas no tengan los mismos resultados que las que no lo están. Por supuesto, a situaciones (o perfiles) distintas habrán respuestas (también en salud) distintas. Pero las tareas domésticas y las asociadas al cuidado informal contienen sus propios factores de riesgo.

Estos factores de riesgo están asociados a tareas concretas que se pueden clasificar en tres grupos según su función y a quién o qué vayan destinadas: 1. Aquellas que se ocupan del mantenimiento y orden del hogar (tareas domésticas), 2. Aquellas asociadas al cuidado de los hijos e hijas y, 3. Otros cuidados dirigidos a familiares adultos y adultas (cuidados informales).

Estos tres grupos atienden a situaciones distintas, en términos de carga de trabajo que pueden ser especialmente relevantes para explicar el estado de salud. Estas situaciones no son excluyentes y pueden llegar a representar diferentes momentos de la vida de una persona.

En este sentido, las mujeres (adscritas a la esfera doméstica por mandato de género) son tanto agentes de salud como un claro grupo de riesgo. A lo que hay que añadir la conveniencia de identificar colectivos de mujeres que tengan más riesgo de acuerdo a su situación familiar, laboral y/o económica. Recoger información sobre estos aspectos, ayuda a comprender el estado de la salud de la población española.

La hipótesis de la que se parte, se fundamenta en el empirismo feminista, el cual pretende identificar las imprecisiones empíricas y reformar lo que se percibe como una mala y parcial generación de conocimiento. En concreto,

Primera hipótesis: Las fuentes de información, las estadísticas e indicadores de salud de las mujeres se han centrado casi exclusivamente en la salud reproductiva y en la evaluación de la calidad asistencial y, parcialmente, con relación a violencia y SIDA, sin tener en cuenta con otros problemas de salud que también afectan a las mujeres.

Segunda hipótesis: Los indicadores de salud contemplan escasamente la influencia de determinantes sociodemográficos, tal como el estado civil y número de familiares dependientes, el tiempo de dedicación a ocupaciones productivas y reproductivas; así como también se contempla en escasas ocasiones la interrelación del estado de salud con el status, las identidades y el poder.

Los objetivos pretendidos son 1. Analizar con enfoque de género las fuentes de información, las estadísticas e indicadores sobre salud y determinantes existentes en España, y 2. Proponer la utilización de variables indicadoras del estado de salud y sus determinantes sensibles al género.

METODOLOGÍA

[1.] La metodología utilizada en este trabajo es una adaptación de la guía para la producción de estadísticas de género realizada por la Oficina de Estadísticas de Suecia “Estadísticas de Género: Una Herramienta para el Cambio”. En esta guía se explican los principales puntos a tener en cuenta en la creación y transformación de las estadísticas tradicionales a estadísticas con sensibilidad de género.

La adaptación para el análisis de la Encuesta Nacional de Salud, se configura en la siguiente metodología:

I. Este proceso comenzó con una revisión de las principales preocupaciones que tienen las agencias internacionales sobre estadísticas que visibilicen la situación de hombres y mujeres con relación a la salud de forma directa o indirecta, entre las que se cuenta: Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Programa para las Naciones Unidas y el Desarrollo (PNUD), CEPAL, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW), Agencia Canadiense de Desarrollo (ACDI/CIDA), Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OMS, Programa Mujer Salud y Desarrollo (HDW) de la OPS, División Mujeres en el Desarrollo del Banco Mundial, División de Mujer y Población de la FAO, *Status of Women Canada* y *Statistics of Canada*.

II. Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline sobre estadísticas de salud y sus determinantes. En la búsqueda se utilizaron los descriptores “*Health Surveys*”; “*Gender*”, “*Gender Identity*” (contiene artículos cuyos descriptores contienen: *Gender Role*, *Sex role*, *Gender*, *Man's role*, *Men's role*, *Woman's role* y *Women's role*) y “*Prejudice*” (contiene artículos cuyos descriptores contienen: *Gender bias*, *Sex bias*, *Sexism*, *Social discrimination*, *Sex discrimination*, *Segregation*, *Ageism* y *Racism*, aunque éstos últimos se excluyeron de la revisión).

Después de la revisión y comparación entre las búsquedas, las combinaciones más apropiadas y son:

- (*Gender Identity*[MAJR] OR *Prejudice*[MAJR]) AND *Health Surveys*[MAJR]

- (*Gender Identity*[MAJR] OR *Prejudice*[MAJR]) AND *Health*[MAJR] AND
Questionnaires [AB]

Por último, se revisó de forma más exhaustiva las revistas relacionadas con temas de género y salud pública, entre las cuales se encuentra *Social Science and Medicine* y *Gaceta Sanitaria*. Además, se identificaron las publicaciones de investigadores/as españoles/as expertos/as en temas de género, para identificar el conocimiento particular de la realidad española.

El producto de estos reconocimientos globales y locales, sobre las necesidades para la recolección de información que visibilice la situación de hombres y mujeres con sensibilidad de género, orientó la clasificación de las variables involucradas en los determinantes de la salud por dimensiones.

Las dimensiones se ha clasificado en: composición y estructura del hogar, trabajo remunerado, trabajo no remunerado, uso del tiempo, problemas de salud, estilos de vida, acceso a recursos: sistema sanitario, acceso a recursos: bienes, acceso a recursos: educación, acceso a recursos: empleo, acceso a recursos: ayudas, toma de decisiones, ingreso, gasto y violencia.

III. Acceso a través de los portales institucionales en el *World Wide Web* o solicitud por correo de los documentos referentes a la elaboración de la ENS: fichas técnicas, manual metodológico y clasificaciones, entre otros.

Los organismos de los que se recopiló información fueron el Ministerio de Sanidad y Consumo, promotor de la realización de las ENS, y de organismos como el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), encargado de la preparación y ejecución de la ENS desde el año 1987 hasta el 2001, y del Instituto Nacional de Estadística (INE), que en virtud del Acuerdo Marco de colaboración con el Ministerio de Sanidad se encargó a partir del año 2003 del diseño, preparación, ejecución, y el tratamiento informático de la información.

Las Encuestas

Para aplicar el enfoque de género al análisis de las fuentes de información, estadísticas e indicadores de salud y sus determinantes, se seleccionaron inicialmente encuestas que aportaran información sobre aspectos relevantes de la salud: ENS, apartado de salud de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (SED), y una europea, Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE).

Breve descripción de la Encuesta Nacional de Salud:

Según la ficha técnica que proporciona el INE, el objetivo general de la ENS es “proporcionar la información necesaria sobre la salud de la población para poder planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria y proporcionar la adecuada atención a los usuarios de los servicios de salud”. En concreto, los objetivos específicos de la ENS-2003 son: 1. Proporcionar información sobre la valoración del estado de salud general e identificar los principales problemas que sienten los y las ciudadanas (enfermedades crónicas, dolencias, limitaciones de la actividad, ayudas, accidentes). 2. Conocer el grado de utilización de los servicios de salud y sus características. 3. Conocer el uso de determinadas prácticas preventivas. 4. Conocer la frecuencia y distribución de hábitos de vida que suponen riesgo para la salud. 5. Relacionar la información anterior con las características socio-demográficas de la población.

Es una encuesta representativa del conjunto de la población española no institucionalizada y recoge información sobre morbilidad percibida, características y condiciones del uso de servicios de salud, tipo y distribución de hábitos de vida, aspectos relevantes de la población mayor de 65 años y menor de 16 años y otras características sociodemográficas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo realizó la primera ENS en 1987 y, a partir de este año, se han realizado cinco ediciones más (1993, 1995, 1997, 2001 y 2003). Las ENS 1997 y 2001 se componen de dos cuestionarios: el cuestionario infantil (0-15 años) y el de personas adultas. La muestra se establece en 6.396 personas adultas y 1.987 niños y niñas para 1997 y un total de 21.120 personas adultas y 5.280 niños y niñas para el 2001. La información se recoge en cuatro oleadas (por cada trimestre). El CIS cede su

convenio al INE para la ENS-2003. Esta última edición contiene importantes cambios en la metodología: el muestreo es bietápico y establece un tamaño de 22.000 hogares.

La última ENS (2003) se compone de tres cuestionarios. El cuestionario del Hogar forma parte de la primera fase de recogida de información. En la segunda fase de la ENS-2003 (primera y única para la ENS-1997 y 2001) se escoge un miembro adulto al azar para cumplimentar el cuestionario y un miembro menor de 16 años. Es decir, no se tendrán datos de todas las personas adultas y de todos los niños y niñas del hogar. Así, se dispondrá de información sobre aspectos más concretos de la salud de un único miembro adulto. En consecuencia, por el tipo de información que proporciona, ha interesado analizar el Cuestionario de Adultos de la ENS 2003, ENS 2001 y la ENS 1997 y del Cuestionario del Hogar de la ENS-2003.

Breve descripción de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (SED):

La SED no es una encuesta periódica. Tiene como objetivos: 1. Estimar el total de personas residentes en viviendas familiares que padecen alguna discapacidad y conocer cuáles son éstas. Conocer el grado de gravedad y el pronóstico evolutivo de las discapacidades que padece la población española. 2. Identificar los distintos tipos de deficiencias que dan lugar a las discapacidades. 3. Estudiar las causas que hayan podido generar dichas deficiencias. 4. Evaluar posibles dificultades en su entorno social. 5. Determinar la estructura de la población residente en viviendas familiares que padece alguna discapacidad.

Otros Objetivos son: 6. Identificar factores de riesgo que inciden en el estado de salud general de la población. 7. Aportar información indispensable para determinar las diferencias socio-sanitarias existentes entre el colectivo de personas que padece discapacidades y el que no las padece. 8. Completar el Sistema de Información Sanitaria sobre morbilidad percibida. 9. Atender las demandas de información estadística de carácter nacional e internacional.

Breve descripción del Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE):

El objetivo del PHOGUE es poner a disposición de la Comisión Europea un instrumento de observación estadística para el estudio y seguimiento del nivel de vida, las condiciones del mercado de trabajo y la cohesión social, en relación con los requerimientos de información de las políticas activas de la UE en estos ámbitos y con sus efectos para la población. Es una herramienta orientada a proporcionar informaciones comparables y armonizadas sobre los siguientes aspectos del nivel y condiciones de vida y de la cohesión social: 1. Ingresos y movilidad debida a los ingresos. Situación económica. 2. Pobreza, privación, protección mínima e igualdad de trato. 3. Empleo, actividad, formación profesional permanente y migraciones laborales. 4. Jubilaciones, pensiones y status socioeconómico de las personas de edad. 5. Nivel de formación y efectos sobre la condición socioeconómica.

Después de revisar las fuentes de información mencionadas, se ha creído conveniente centrar la atención en el análisis en profundidad de la ENS, pues se consideró útil para el diseño de la futura ENS que se llevará a cabo a comienzos de 2005. Y se descartó el análisis del Panel de Hogares de la Unión Europea, porque va a desaparecer como tal, y la Encuesta de Discapacidades (apartado de Salud), dado que no es de carácter sistemático.

El enfoque de género

En esta investigación, antes de clasificar y analizar las variables de la ENS, se detectaron y ordenaron los determinantes sociales de salud en clave de género, a partir de una revisión bibliográfica interdisciplinar. La estructura del marco elaborado atiende a los tres niveles del sistema de género destacados por Sandra Harding:

1. El género como dimensión de la identidad personal: en el que se podría incluir conceptos que tienen que ver con la propia imagen, tales como la auto-percepción y la subjetividad.

2. El género como principio de organización de la estructura social: en este nivel se incluiría el acceso y control de los recursos económicos, educativos y/o culturales por mujeres y hombres, así como otras desigualdades temporales y espaciales vinculadas a los roles de género establecidos.

3. *El género como la base de los valores normativos*: Dentro de esta tercera definición es importante resaltar el control del conocimiento y la definición de feminidad y masculinidad (también como ideal de belleza). En definitiva, todo el discurso social que forma parte de la cultura androcéntrica.

Elaboración de una rejilla de análisis de las fuentes de información

La metodología que busca identificar y analizar los elementos que puedan agregar sesgo de género en la producción de estadísticas en la ENS para los años 1997, 2001 y 2003, consistió en la elaboración de un esquema que se sintetiza en siguiente conjunto de apartados:

1. Disponibilidad de datos
2. Calidad de los datos y fuentes de sesgo de género
 - 2.1. Planificación y diseño de la encuesta
 - 2.2. Reflexiones sobre el cuestionario desde una perspectiva de género
 - 2.2.1. Estructura de las preguntas, clasificaciones y nuevas propuestas
 - 2.2.2. Formato del cuestionario y redacción de las preguntas
3. Nuevas preocupaciones en las estadísticas de género y vacíos de información

1. En el primer apartado de este esquema se denomina ***Disponibilidad de datos***, se realizó un inventario de las preguntas contempladas (variables recogidas) en cada cuestionario de las ENS-1997, 2001 y 2003. Posteriormente, se clasificaron de acuerdo disponibilidad y no disponibilidad desde la perspectiva de género de las siguientes dimensiones:

Composición y estructura del hogar

Población

Trabajo remunerado

Trabajo no remunerado

Uso del tiempo

Problemas de salud

Estilos de vida

Acceso a recursos (sistema sanitario, bienes, educación, empleo)

Toma de decisiones
Ingresos (individual, hogares)
Violencia

2. El segundo apartado de este esquema se denomina ***Calidad de los datos y fuentes de sesgo de género***. En concreto, el uso adecuado de conceptos, definiciones y clasificaciones y problemas de medición.

2.1. *Planificación y diseño de la encuesta*: Se revisaron los componentes de los diseños de las ENS para los años 1997, 2001 y 2003, buscando posibles sesgos de género relacionadas con:

- Planificación: características del objeto de estudio.
- Diseños de las muestras: tipo de muestreo empleado, variables de estratificación y unidades de muestreo.
- Definiciones de la cobertura: ámbito, universo, exclusión de unidades (áreas geográficas) y disponibilidad del marco de enumeración de las unidades de muestreo en cada etapa.
- Período de referencia: muestra y sub-muestras (realización de múltiples oleadas).
- Selección de las personas encuestadas: elección de la última unidad de muestreo.

2.2. *Reflexiones sobre el cuestionario desde una perspectiva de género*: Dado que algunas preguntas y opciones de respuesta utilizadas pueden no tener sensibilidad de género al no recoger situaciones de la realidad de las mujeres o de los hombres, para analizar la estructura y redacción de las preguntas y las clasificaciones utilizadas se recogió información sobre:

- Opciones de respuesta incompletas o que no abarcan la situación actual de hombres y mujeres. Es decir, se omiten preguntas o categorías de respuestas sobre circunstancias relevantes para la salud factibles a lo largo de la vida de las mujeres.
- Opciones de respuesta centradas en medir básicamente la situación de los hombres.
- Se revisó la posible existencia de sesgo de mala clasificación, al ubicar mal a individuos por no incluir categorías específicas de su situación y, en cambio, incluir otras similares pero que les definen de forma inexacta.

- Ubicación de las preguntas en el cuestionario y su relación respecto a las demás preguntas. Utilización de palabras clave.
- Existencia de preguntas “filtro” (entendida como aquella consulta que se efectúa dependiendo de la opción de respuesta escogida en la pregunta anterior y dentro de la cual se encuentra alojada). Y cómo este anidamiento afecta a la realización de determinadas preguntas.
- Neutralidad de las preguntas con respecto al tema escrutado, observando la redacción de las preguntas, aspecto importante ya que puede inclinar la respuesta de quienes son encuestados/as.
- Ambigüedad en las preguntas. Es decir, preguntas con palabras con más de un significado o con varias interpretaciones que puedan llevar a diferentes respuestas.
- Lenguaje utilizado en las preguntas, específicamente la posible existencia de estereotipos de género.
- Inconsistencias en las preguntas debido a su ubicación en temas que no corresponden.

3. El tercer apartado de este esquema se denomina *Nuevas preocupaciones en las estadísticas de género y vacíos de información*. Se pretende identificar nuevas variables que sería útil medir y que son necesarias para hacer visibles determinantes y problemas de salud desde la perspectiva de género.

Para su realización se utilizó el inventario de las variables recogidas en el cuestionario de la ENS, realizado en el apartado “disponibilidad de datos”, y se examinaron los vacíos de información. En este apartado se plantea: 1. Motivo/s por los que su recolección es pertinente, 2. Dónde se manifiesta la importancia de la recolección de estas variables, y 3. Cómo desde la perspectiva de género pueden ser moduladoras del estado de salud.

2. Posteriormente, la información se sintetizó mediante la aplicación de una segunda *rejilla simplificada* que incluía la siguiente información:

1. Enunciado del problema de género que se plantea en la ENS.
2. Descripción del problema.

3. Número de la(s) preguntas(s) en las diferentes ENS en donde existe un problema de género.
4. Clasificación del tipo de problema sobre la base de la rejilla inicial: disponibilidad de datos, calidad de los datos, uso de conceptos, definiciones y clasificaciones, problemas de medición, nuevas preocupaciones en las estadísticas relacionadas con el enfoque de género y vacíos de información.
5. Fuente del sesgo: definición de conceptos, definiciones ambiguas, pérdida de valores o valores omitidos y validez interna.
6. Sistema de género en el que se ubica el problema: el género como dimensión de la identidad personal, el género como principio de organización de la estructura social y el género como la base de los valores normativos.
7. Propuesta en función de objetivos.

Lectura de los archivos y creación de sus bases en SPSS

Después de adquirir los resultados de las ENS-1997 y 2001, se realizó un reconocimiento del contenido de sus archivos, los cuales comprenden:

1. Ficheros con la estructura y posiciones de las variables en los archivos de datos: Archivos de Word y Excell, que definen la estructura que presenta la base de datos del INE, y detalla aspectos como el nombre de identificación de cada variable para su manejo en SPSS, posición y longitud de los caracteres de cada variable, su descripción y/o significado, y los valores adjudicados en el proceso de recodificación para las respuestas de cada una de las variables.
2. Archivos de datos con la información recogida en las encuestas: Cada base de datos está desagregada en varias sub-bases o desagregada en varios archivos de datos. Los archivos ASCII o tipo texto corresponden a los datos de acuerdo a la estructura fijada en el fichero.

Con el fin acceder a la información de las bases se siguieron los siguientes pasos:

Se realizó una lectura de los ficheros de cada base de datos, a partir de las cuales se extrajo el nombre para SPSS dado para cada una de las variables, así como también, la posición de inicio y finalización de cada variable dentro del archivo ASCII o tipo texto.

Al estar conformada las bases por varios sub-archivos, era necesario realizar una lectura de cada uno, para hacer posible conocer el contenido de variables que contenían.

Para esto fue indispensable crear un programa en SPSS o sintaxis para la lectura del archivo ASCII o TXT. Este programa contiene básicamente en su inicio, la ubicación de la base de datos en el ordenador y, posteriormente, un listado con cada una de las variables y sus correspondientes posiciones en el archivo de datos. Sin embargo, para lograr unir la estructura de la base de datos, se debió identificar la variable llave que hiciera el correcto enlace de los registros de las variables del conjunto de sub-archivos.

Para esto fue necesario crear un programa en SPSS que identificara la variable llave en cada uno de los sub-archivos, realizara su lectura y enlazara sus registros en una nueva base de datos de SPSS, la cual abarca todas las variables de la encuesta respectiva.

Finalmente, después de este proceso quedan listas las bases de las encuestas para ser analizadas en el paquete estadístico SPSS.

3. Trabajo con los expertos y expertas

Básicamente, las dos miembros representantes de la Organización Panamericana de la Salud realizaron una asesoría a comienzos del proyecto (año 2003), aportando información para el diseño de herramientas conceptuales, a partir de un trabajo similar que venían haciendo desde su Institución y con los mismos objetivos: 1. Analizar las estadísticas de salud en Latinoamérica desde la perspectiva de género. En concreto, a partir de un trabajo conjunto entre la OPS, la CEPAL y el Ministerio de la Mujer en Chile en donde se habían hecho grandes avances, y 2. Proponer modificaciones o incorporaciones de variables sensibles a género. Una vez analizadas las encuestas, se incorporaron el resto de asesoras y un asesor (la encargada de la ENS del Ministerio de Sanidad, una profesional del ámbito de la educación, con amplia experiencia en el enfoque feminista, un catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, un sociólogo especialista en investigación en cuidados informales y su impacto en la salud).

La dinámica de trabajo con las expertas y el experto fue la siguiente:

Se les envió un informe resumido de los principales hallazgos del equipo investigador, junto con un cuestionario en donde a partir de los sistemas de género (el género como componente de la identidad personal, el género como principio organizador de la estructura social y el género como base de los valores normativos), se les pedía que: 1. identificaran tres factores de riesgo, relacionados con los sistemas de género, que hubieran notado que faltan en la ENS y que valoraran como relevantes para la salud de las mujeres, 2. identificaran al menos tres factores de riesgo incluidos en la ENS, relacionados con los sistemas de género, que valoraran como generadores de desigualdades en la salud entre hombres y mujeres, y 3. identifica al menos tres problemas de salud, relacionados con los sistemas de género, que hubieran notado que faltan en la ENS y que valoraran como importantes en las mujeres. En el cuestionario, además, se les preguntaba por la existencia y/o posibilidad de identificación en la ENS de los conceptos que quedan resumidos en el siguiente cuadro, sobre la posibilidad de medirlos; así como sobre la posibilidad de medir su impacto en la salud (ver con detalle en el ANEXO).

1. Trasmisión de estereotipos a través de la encuesta
2. Posibilidad de identificación a través de la encuesta de desigualdades entre mujeres y hombres en roles reproductivos y productivos
3. Capacidad de la encuesta para detectar cómo la desigualdad de roles según sexo influye en la salud
4. Posibilidad de la encuesta para identificar quienes son los y las agentes de salud en el hogar y sus tareas
5. Posibilidad de la encuesta de identificar la desigualdad en la división sexual del trabajo dentro del hogar
6. Capacidad de la encuesta para detectar cómo la división sexual del trabajo dentro del hogar influye en la salud
7. Posibilidad de la encuesta de identificar desigualdad en el apoyo afectivo y personal dentro del hogar
8. Capacidad de la encuesta para detectar cómo la desigualdad en el apoyo afectivo y personal influye en la salud
9. Posibilidad de la encuesta de identificar las desigualdades de poder dentro del hogar
10. Capacidad de la encuesta para detectar cómo las desigualdades de poder dentro del hogar influyen en la salud

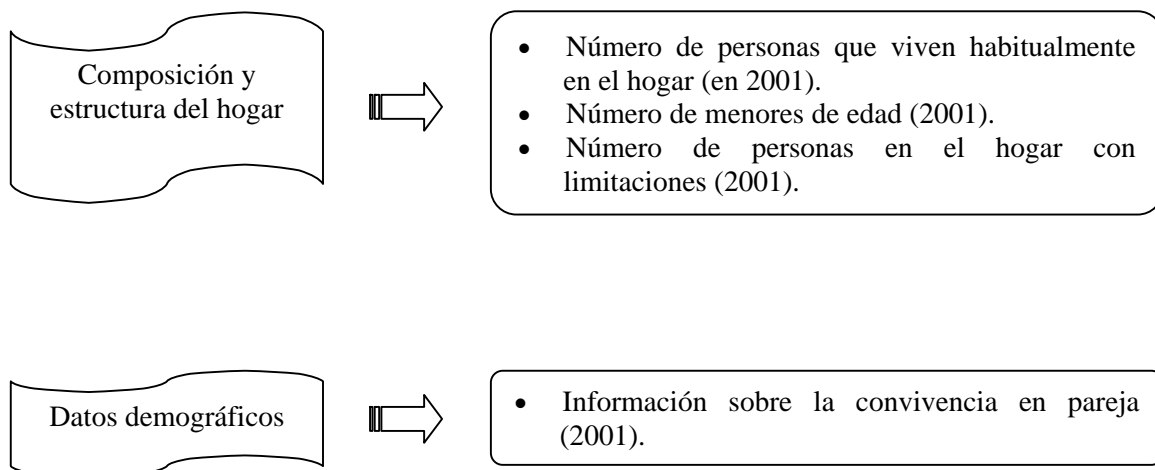
Después de contar con las respuestas al cuestionario de las expertas y el experto, se elaboró un informe con las principales conclusiones de las respuestas al cuestionario, y se realizó una reunión del equipo investigador con cada una de ellas y el experto, a partir de las que, junto con los resultados propios, se elaboraron los resultados definitivos.

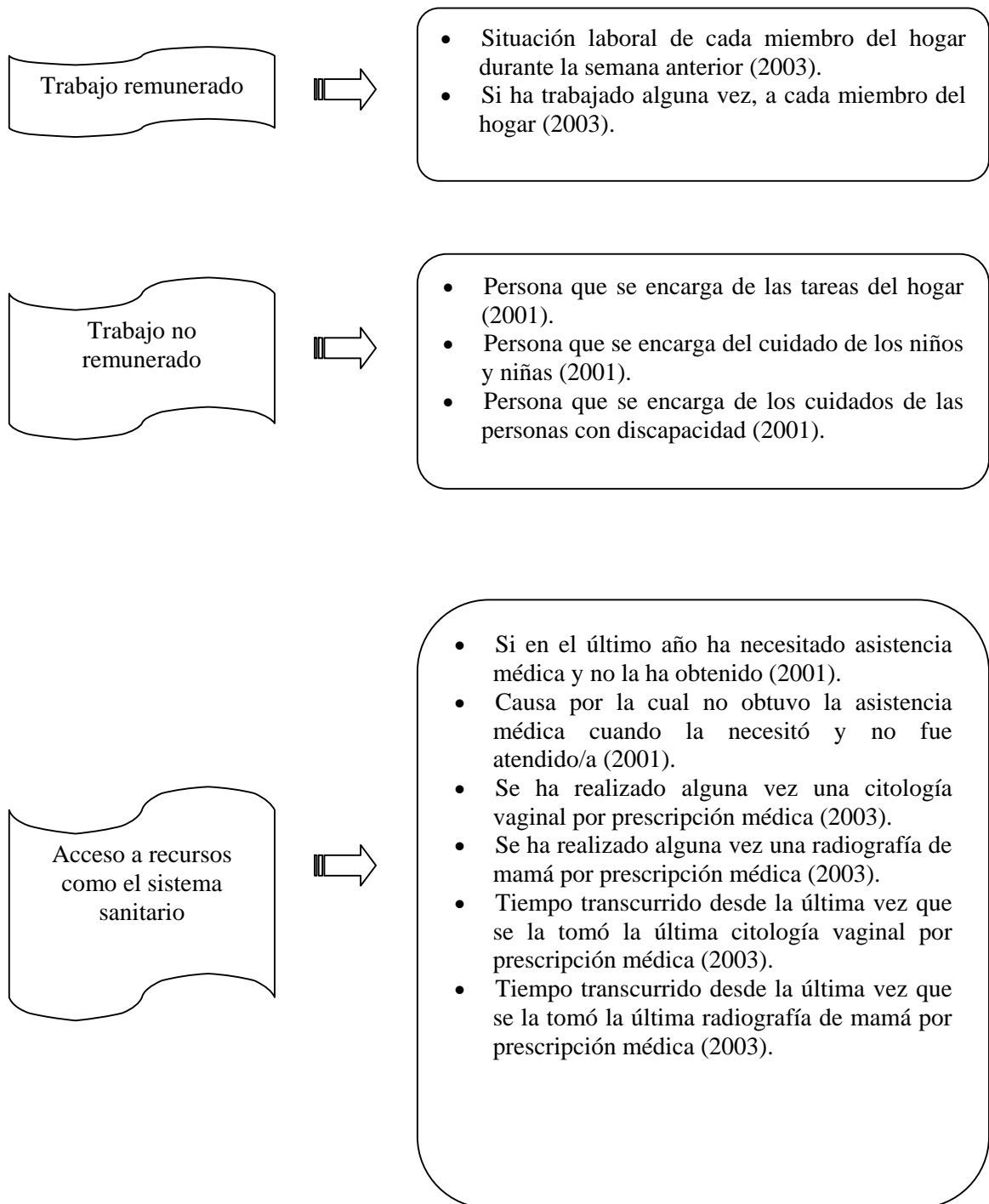
RESULTADOS

La formulación e inclusión de preguntas son diferentes en los cuestionarios utilizados en las ENS-1997, 2001 y 2003. Todavía hay que hacer un esfuerzo tanto de formulación como de validez, e incluso interés, de un buen número de preguntas. En este sentido, la información proporcionada en la ENS-2003 respecto a las ENS-1997 y 2001 ha mejorado substancialmente desde la perspectiva de género. En concreto la información aportada en el cuestionario de hogar (el cual se ha incorporado por primera vez en la ENS-2003) abre la posibilidad de describir las condiciones del hogar de forma más amplia; tales como las relacionadas con algunos roles de género asignados a las mujeres.

A. Disponibilidad de datos

A partir, de la revisión de las preguntas de los cuestionarios, se identificaron las variables medidas en 1997 y las introducidas y excluidas en 2001 y en 2003. Tienen relevancia desde el enfoque de género las siguientes (entre paréntesis consta el año en el que se introducen las variables descritas en la ENS):





Acceso a recursos
como el apoyo



- Grado de satisfacción con el apoyo de otras personas en relación a las invitaciones para salir y distraerse (2001).
- Grado de satisfacción con el amor y afecto recibido (2001).
- Grado de satisfacción con las personas que se preocupan por usted (2001).
- Grado de satisfacción con el apoyo de alguna persona con su consejo en un momento importante, la ayuda cuando está enfermo en la cama (2001).

Trabajo no remunerado



Gasto de los hogares



- Número de personas que viven habitualmente en el hogar (2001).
- Número de menores de edad (2001).
- Número de personas en el hogar con limitaciones (2001).

B. Calidad de los datos y fuentes de sesgo

Planificación y diseño de la encuesta

Los elementos encontrados que podían llegar a introducir sesgo de género en la etapa de planificación y diseño de la encuesta, fueron remediados en su mayoría en la encuesta del año 2003. A continuación se comentan los de mayor relevancia:

Se ha presentado un cambio en el diseño con respecto a los años anteriores (1997 y 2001), en los cuales las unidades primarias eran los municipios (conglomerado) y la unidad secundaria era la sección. En la ENS de 2003, las unidades primarias son las secciones censales y la unidad secundaria es la vivienda familiar. En anteriores encuestas se seleccionaba a quién cumplimentaba el cuestionario de adulto por cuotas, en la ENS de 2003; este individuo se selecciona al azar de entre todos los miembros del hogar.

En la ENS de 2003 se ha incluido un cuestionario de hogar, en el cual se recoge información de todos los miembros del hogar sobre características sociodemográficas, nivel educativo, información laboral, de ocupación, cobertura sanitaria, limitaciones para las actividades de la vida cotidiana y la ayudas para realizarlas. También se recoge sobre determinados aspectos relativos al hogar encuestado (situación económica, cuidado de los niños y niñas y trabajo de la casa). Este cuestionario representa una ganancia en información, que ayuda a explicar el estado de salud de los miembros del hogar.

Reflexiones sobre el cuestionario desde una perspectiva de género

Estructura de las preguntas, clasificaciones y nuevas propuestas

1. CUESTIONARIO DE HOGAR

División sexual de las tareas domésticas y de cuidados

Una importante cuestión de género de la ENS-2003, relacionada con no tener en cuenta la división sexual del trabajo es la elección de quiénes serán encuestados/as en cada uno de los dos cuestionarios: el de personas adultas y el de hogares. Mientras que la persona encuestada en el cuestionario de personas adultas se selecciona al azar y, por lo tanto, la probabilidad de ser encuestado/a se ajusta a la proporción de hombres y mujeres en cada hogar, en el cuestionario de hogares, la persona encuestada es quien más ingresos perciba dentro del hogar, por lo tanto, la probabilidad de ser encuestado/a será mayor entre los hombres.

No se tienen los resultados de la ENS-2003, pero a modo de aproximación, en la ENS-2001, de todas las personas encuestadas, el 45% era el o la cabeza de familia (76,8% hombres y 23,2% mujeres) y el 30,2% era su esposo/a o pareja. Por otra parte, de todas las personas encuestadas el 48% fueron hombres y 51% fueron mujeres.

En tales casos, dado que las preguntas que componen el cuestionario de hogares están centradas en asuntos domésticos, reproductivos y de cuidados, la probabilidad de existencia de sesgos de mala información y la falta de validez interna de los resultados

aumenta, pues son las mujeres quienes tienen una información más precisa sobre estos temas.

Dado que la información que se recoge sobre trabajos de la casa identifica sólo a una persona que es quien principalmente se encarga de los mismos (P 8.1 del cuestionario de Hogar), no hay ninguna pregunta para reconocer la división sexual del trabajo dentro del hogar. En concreto, sobre la distribución entre las personas del hogar de los trabajos de la casa.

Lo mismo sucede para las tareas de cuidados de los niños y niñas, pues la información que se recoge se centra en quien se ocupa habitualmente de los niños y niñas (P 7.2 del cuestionario de Hogar), pero no sobre la distribución entre las personas del hogar de estos cuidados.

Para el caso de los cuidados a personas con dificultad para realizar actividades de la vida diaria, aunque se pregunta por quién se encarga del cuidado de cada una de las personas con dificultad dentro del hogar (P 6.11 del cuestionario de Hogar), no se pregunta por la distribución de los cuidados entre las personas del hogar.

Agentes de salud

Se carece de información sobre quiénes son agentes de salud en el hogar (y el impacto en la salud del o la agente). No se recoge información sobre la distribución de tareas que implican cuidados informales, más allá de los cuidados a personas con limitaciones dentro del hogar recogidos en la P 6.11 del cuestionario de Hogar. Si aproximadamente el 80% de los cuidados a la salud son informales, en general, las mujeres son las principales agentes de estos cuidados informales suministrados a personas que no tienen ninguna limitación para hacer las tareas cotidianas: conciertan consultas médicas para otras personas, acompañan al médico, atienden los problemas que no necesitan hospitalización, controlan las tomas de medicación para otros miembros de la familia y acuden y están con un familiar hospitalizado.

Doble carga de trabajo

Estudiar la doble carga de trabajo en relación con las tareas del hogar y sus consecuencias para la salud –tan relevante en mujeres– no se puede realizar

completamente. Así, la doble carga se puede estudiar en el caso de que quien realice estas tareas sea el o la sustentador/a principal o el o la cónyuge o pareja. En concreto, combinando la **P. 6.17 del Cuestionario de Hogar** (*en relación con la actividad económica, ¿en qué situación(es) de las siguientes se encontraba la semana pasada?*) con la **P 8.1 del Cuestionario de Hogar** (*¿Quién se ocupa principalmente de los trabajos de la casa, como limpiar, cocinar, planchar, etc?*). Pero no se puede estudiar en el caso de que quien haga las tareas del hogar sea otro miembro de la familia, porque las restantes categorías de personas que habitan en el hogar están agrupadas, no reconociéndose al individuo.

Así mismo, estudiar la doble carga de trabajo en relación con los cuidados de personas con limitaciones y sus consecuencias para la salud –también relevantes en mujeres– no siempre se puede y cuando se puede es laborioso¹. Así, aunque a cada miembro del hogar le asignan un código de orden (**P 5.5 del Cuestionario de Hogar**) y sea posible identificar la relación de parentesco de cada miembro del hogar con el o la sustentador/a principal a través de la **P 6.6 del Cuestionario de Hogar** (*¿Cuál es su relación de parentesco con el sustentador principal?*), existe un problema derivado de que las opciones de respuesta de la **P. 6.11 del Cuestionario de Hogar** están en función de la relación de la persona cuidadora con la persona cuidada (*para cada miembro del hogar ¿Qué persona(s) se ocupa(n) de su cuidado y que relación tiene con usted?*). Y para este tipo de relación no se conoce el código de orden.

La consecuencia es que al no poder identificar la persona cuidadora no se puede cruzar la información con la **P 6.17 del cuestionario de Hogar** (*en relación con la actividad económica, ¿en que situación(es) de las siguientes se encontraba la semana pasada?*), por lo que no se podrá estudiar la doble carga relativa la tarea de cuidados de personas con limitaciones.

¹ Casos en los cuales es identificable el miembro del hogar que se encarga de los cuidados de la persona con limitación (sólo después de un serie de procedimientos en SPSS):

- Si la persona cuidada es la madre/padre del o la sustentador/a principal, y la persona cuidadora es la misma sustentador/a principal.
- Si la persona cuidada es la madre/padre del o la cónyuge o pareja del o la sustentador/a principal, y la persona cuidador/a es la misma cónyuge o pareja.
- Si la persona cuidada es el o la cónyuge del o la sustentador/a principal, y la persona cuidadora es la misma sustentador/a principal.
- Si la persona cuidada es el o la sustentador/a principal, y la persona cuidadora es su cónyuge.

Tampoco se puede estudiar la doble carga de trabajo en relación con los cuidados de los niños y niñas y sus consecuencias para la salud –de nuevo relevante en mujeres–. El problema es similar al anterior. Si bien a cada miembro del hogar le asignan un código de orden (**P 5.5 del Cuestionario de Hogar**) y es posible identificar la relación de parentesco de cada miembro del hogar con el o la sustentador/a principal a través de la **P 6.6 del Cuestionario de Hogar** (*¿Cuál es su relación de parentesco con el sustentador principal?*), el problema es que las opciones de respuesta de la **P. 7.2 del Cuestionario de Hogar** están en función de la relación de la persona cuidadora con el o la menor cuidado/a (*¿Quién se ocupa habitualmente de los niños de 14 años o menos?*). Para este tipo de relación no se conoce el código de orden. La consecuencia es que al no poder identificar a la persona cuidadora no se puede cruzar la información con la **P 6.17 del cuestionario de Hogar** (*en relación con la actividad económica, ¿en que situación(es) de las siguientes se encontraba la semana pasada?*), por lo que no se podrá estudiar la doble carga relativa a la tarea de cuidados de niños y niñas.

La **P 6.17 del cuestionario de Hogar** se centra en la situación actual de la persona encuestada, incluye entre sus categorías de respuesta la opción “*Dedicado principalmente a las labores del hogar*”, pese a que se plantea con relación a la actividad económica. Desde una perspectiva de género, es necesario reconocer que las labores del hogar participan de la actividad económica. Sin embargo, posteriormente, se producen varias restricciones en las respuestas que imposibilitan estudiar exhaustivamente y desde una perspectiva de género, la situación actual “completa” de la persona entrevistada. En concreto, es el caso de que quien responda sea una mujer que trabaja con la doble jornada (trabajo productivo remunerado + labores del hogar), pues la consigna para el o la encuestador/a es que cuando la persona encuestada se encuentre en varias situaciones, se dé prioridad a la categoría de respuesta de menor número de orden, que son las correspondientes al trabajo productivo remunerado.

La restricción planteada en la pregunta sobre el *tipo de jornada que tiene habitualmente en su trabajo principal actual* (**P6.18 del Cuestionario de Hogar**) aboca a que la información, tal y como se recoge, no pueda ser utilizada una vez más para estudiar la división sexual del trabajo dentro del hogar. Al estar la pregunta enfocada desde el trabajo productivo remunerado –pues sólo se les pregunta a quienes han optado en la pregunta anterior (**P 6.17**) por una categoría de actividad remunerada–, no se

puede obtener información sobre el tipo de jornada “total” de una mujer que tenga además de su trabajo remunerado, el trabajo no remunerado doméstico y de cuidados. La consecuencia es que no se pueden alcanzar objetivos tales como: 1. Detectar la influencia en la salud de la diferente/desigual distribución de las tareas de cuidados entre los miembros del hogar, 2. Aportar capacidad de interpretación de los resultados y contexto explicativo en desigualdades, 3. Relacionar la información con las características socio-demográficas, 4. Detectar los y las agentes de salud, y 5. Reconocer el esfuerzo físico por cada actividad según hábitos de vida.

Roles productivos invisibles

La categoría de respuesta “*ayuda familiar*” de la pregunta sobre “situación profesional en la ocupación que desempeña” sólo tiene en cuenta a los miembros del hogar que colaboran sin remuneración con la empresa o negocio familiar (**P 6.21. del cuestionario de Hogar**). Pero no se recoge información sobre: 1. Miembro(s) del hogar que participan sin remuneración de las tareas asignadas a un/a trabajador/a asalariado/a que trabaja en su domicilio, y 2. Miembro(s) del hogar que participan sin remuneración de las actividades de tipo laboral que se realizan en el ámbito doméstico en el sector de la economía sumergida (y que no se reconocen como empresas familiares). Estos miembros pueden quedar ubicados en la ENS dentro de la clasificación “*otra situación*”, pero junto a casos especiales como los y las asalariados/as contratados/as por embajadas extranjeras.

Poder

Se carece de información sobre jerarquía y desigualdad de poder dentro del hogar (y su influencia en la salud). En concreto, no se recoge información diferenciada sobre quién decide, quién es la persona responsable y quién ejecuta las tareas domésticas en el hogar.

2. CUESTIONARIO DE ADULTOS

Al comparar la ENS-1997 y 2001 con la ENS-2003 se observa que se han hecho avances en relación con las enfermedades crónicas y los problemas de salud sobre los que se preguntan (**P 7 del cuestionario de Adultos**).

En la ENS-1997 faltaba la incorporación al listado de problemas de salud más comunes en las mujeres, por lo que se tenían que ubicar en la categoría de “otros”. En el listado de la ENS-2001, se incorporó la “Depresión”. En la ENS-2003, se han incorporado los siguientes problemas de salud: “otras enfermedades mentales”, “jaquecas, migrañas o dolores de cabeza”, “mala circulación”, “hernias”, “artrosis y problemas reumáticos”, “osteoporosis”, “problemas del período menopáusico (excepto osteoporosis)” y “problemas de próstata”. No obstante, falta incorporar problemas tan prevalentes y discapacitantes en las mujeres como la “anemia” y el “síndrome del colon irritable/estreñimiento”. Y aún más allá, falta preguntar por “el síndrome de fatiga crónica” y “los problemas de salud sexual”.

División sexual de las tareas domésticas y de cuidados

No hay posibilidad de estudiar el impacto en la salud asociado a la división sexual del trabajo, con la excepción de una observación sobre el lugar en el que tuvo un accidente (**P.8a. del cuestionario de Adultos**). Sin embargo, las opciones de respuesta a la pregunta sobre el “Lugar donde se tuvo el último accidente, en estos doce meses” se mantienen iguales en la ENS de 1997, 2001 y 2003. Estas opciones son muy generales, siendo conveniente introducir opciones más específicas, incluyendo aquellas relacionadas con el ámbito doméstico.

Dependiendo del sexo de la persona entrevistada, la división sexual del trabajo puede influir en la respuesta a la **P.42.6 del cuestionario de Adultos** sobre “*recibir ayuda cuando la persona encuestada está enferma en la cama*”. La ayuda se puede entender de dos formas: como atención a la enfermedad o para suplir a la persona enferma en las actividades de la vida cotidiana que suele realizar.

La división sexual del trabajo también podría influir en la veracidad de las respuestas de la pregunta sobre *capacidad de realizar 27 actividades corrientes de la vida*, realizada a personas con 65 o más años (**P.43 ENS-2003 del cuestionario de Adultos**). En la ENS-2001, se encontró que la mayoría de las personas encuestadas se ubicaron dentro de la categoría de que “pueden hacerlas sin ayuda”. Sin embargo, se podría estar produciendo un sesgo de mala información, pues el 97% de los hombres de estas edades se posicionan como “jubilados/ pensionistas” y el 63% de las mujeres de esta edad se han dedicado o se dedican a las tareas domésticas con exclusividad. En

concreto, no se puede garantizar que la persona entrevistada sepa si tiene capacidad para hacer las actividades sobre las que se le pregunta, en la medida que si no las hace, no puede saber sus limitaciones reales para hacerlas.

Trabajo reproductivo, estado de salud y determinantes de la salud

Se recoge información sobre la “*limitación o reducción de la actividad principal*” y “*actividad en el tiempo libre*” debido a dolores o síntomas. No obstante, falta información de las limitaciones para las tareas domésticas y de cuidados y para atender necesidades personales (**P. 9.1. y 9.2., P. 10. 1. a 18 del cuestionario de Adultos**).

En este aspecto, teniendo en cuenta los roles de género y el sistema de los tiempos sociales es más completo recoger información de la limitación para: 1. Trabajo remunerado y estudios (actividad principal I de la ENS), 2. Trabajo doméstico y de cuidados (actividad principal II de la ENS), 3. Actividad en el tiempo libre, y 4. Atender las necesidades personales. De hecho, la encuesta de Salud Canadiense incluso establece para estas cuatro clases de actividad, categorías de respuesta en función de la frecuencia: 1. A veces, 2. A menudo, y 3. Nunca.

Dentro de las opciones de respuesta de la pregunta sobre la “*causa principal por la que la persona entrevistada no obtuvo asistencia cuando la necesitó en el último año*”, no se incluye una alternativa desde el punto de vista del trabajo no remunerado (**P 15a. del cuestionario de Adultos**). Ejemplo: “No consiguió quien le reemplazar en el cuidado de la persona que tiene a su cargo (niños o personas con limitación)”.

Hay que tener en cuenta que en la ENS-2001 se observa que el 2,5% ha necesitado asistencia médica y no la ha obtenido cuando la ha necesitado. De este porcentaje, el 32,3% fue clasificado dentro de la categoría de “otros” como causa principal por la que no obtuvo asistencia cuando la necesitó.

Con relación a los factores de riesgo ligados a los estilos de vida, llama la atención que se recoge información sobre importantes factores de riesgo como el consumo de tabaco, de bebidas con alcohol, de ejercicio físico, de alimentación y de sueño (**P23 - P34**). Pero falta recoger información más exhaustiva sobre factores de riesgo a los que están expuestas las mujeres ligados a sus roles de género: distribución

de las tareas domésticas y de cuidados entre los miembros del hogar, doble carga y uso del tiempo, entre otros.

Tanto en la ENS-1997 como en la ENS-2001, la mayor parte de las mujeres se ubican en la segunda categoría de respuesta (60% en ambas encuestas) de la pregunta sobre *ejercicio físico* que implica su actividad principal. Es decir, “de pié la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos o esfuerzos”. Este porcentaje se eleva en el caso de seleccionar a mujeres casadas (70% en ambas encuestas), y aún será más elevado si se observa a las mujeres que se dedican a sus labores (80% en ENS-1997 y 77% en ENS-2001). Por tanto, aunque esta pregunta pretende medir el tipo de ejercicio físico no recoge la complejidad y heterogeneidad de la actividad doméstica.

Apoyo afectivo y personal

Las categorías de respuestas a las preguntas sobre apoyo afectivo y personal (**P.42 de 1 a 6 del cuestionario de Adultos**) están formuladas en términos de deseo. En la Encuesta Canadiense, las categorías de respuesta a estas preguntas están formuladas en términos de frecuencia (1. Nunca, 2. Raras veces, 3. Algunas veces, 4. La mayoría del tiempo, y 5. Todo el tiempo), probablemente más objetivas. Otra opción de respuesta es formularlas en términos de necesidad, pues el deseo podría no ser un concepto completamente aceptado en las mujeres, en especial en aquellas con menor auto-estima o en las de mayor edad, en la medida que suelen tener expectativas menos ambiciosas de cumplimiento de sus deseos, lo que daría lugar a respuestas positivas de cumplimiento de sus deseos.

Formato del cuestionario y redacción de las preguntas

La formulación y los contenidos de la ENS-2001 de ciertas preguntas destilaban un sesgo de género que se ha subsanado en la ENS-2003. Así, en la ENS-2003 se deja de utilizar el término ama/o de casa utilizado en la ENS-2001 (**P.5.B, 6, 7**). La definición de ama/o de casa² que se utilizaba muestra la existencia de estereotipo de género en tres casos particulares: 1. Cuando se tiene pareja, en el ama de casa se expone como “mujer casada” mientras que en la definición de amo de casa se expone como

² Definición de ama de casa: Una mujer casada, viuda, soltera, etc., que trabaje o no fuera de casa.
Definición de amo de casa: Un hombre viudo, soltero, sin pareja o que se ocupa de su pareja.

“hombre que se ocupa de su pareja” y no como “hombre casado”, 2. En el caso de ama de casa se hace referencia a que conviva sin pareja, mientras que en el ama de casa no, y 3. En el ama de casa no se utiliza el supuesto “que trabaje o no fuera de casa”, mientras que en el caso del ama de casa sí.

Se ha cambiado el término “*cabeza de familia*” por el de “*sustentador principal*” (aunque la definición es la misma), para designar a la persona que más aporta regularmente al presupuesto del hogar. Además, se ha complementado la definición con la condición de que, “si la persona que más aporta regularmente al presupuesto del hogar no es un miembro del hogar, se asigne como sustentador principal al miembro del hogar al que van dirigidas las transferencias monetarias, y si en este caso van dirigidas a un menor se asignará al miembro del hogar adulto responsable de dicho menor”.

Sin embargo, existen barreras por indefinición de conceptos como sucede en la segunda parte del primer objetivo específico de la ENS-2003, al incluir el término “*actividad*” sin especificar qué tipo. Y lo mismo a lo largo de los cuestionarios cuando se menciona los términos “*actividad principal*”, “*actividad habitual*” (ejem: **P 6.**, **P 7a. del cuestionario de Adultos**) y “*actividad diaria*” (**P 6.8.** y **P 6.9. del cuestionario de Hogar**). Además, el trabajo doméstico se disuelve bajo el término “*actividad principal*” al definirse como “trabajo, estudio, labores del hogar, etc.”, máxime cuando una persona no se dedica exclusivamente a la esfera doméstica (**P 9.1. del cuestionario de Adultos**).

La pregunta “*Durante los últimos doce meses, ha tenido alguna dolencia que le haya limitado su actividad por más de 10 días*” (**P.6 del Cuestionario de Adultos**) no especifica si se refiere a actividades en el trabajo remunerado o en el trabajo no remunerado.

La pregunta “*en relación con la actividad económica, ¿en qué situación/es de las siguientes se encontraba la semana pasada?*” (**P.6.17 del Cuestionario de Hogar**) ya no utiliza en sus opciones de respuesta “Sus labores”. En su lugar se han añadido opciones más ajustadas a la situación actual de las mujeres.

La pregunta (**P 8 del cuestionario de Adultos**) continúa formulándose con el mismo enunciado utilizado en la ENS de 1997 y de 2001. La información recabada

mezcla actos no accidentales (agresiones), con acontecimientos fortuitos o imprevistos (accidentes), pues se interroga de forma conjunta por la ocurrencia de los siguientes eventos: accidentes, agresión, intoxicación y quemaduras. En este sentido, se presentan problemas de ambigüedad al interrogar en una sola pregunta eventos intencionados con eventos no intencionados, con lo cual no se puede discriminar cuál de ellos ocurrió. También se induce a sesgos de mala clasificación de las agresiones dentro de accidentabilidad. Por último, no se visibiliza las situaciones de violencia en el hogar.

La pregunta acerca de “*el tiempo que tardó en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta en la última consulta médica*” (P.14f del Cuestionario de Adultos) presenta problemas de ambigüedad al no especificar si es andado o en vehículo.

C. Nuevas preocupaciones en las estadísticas de género y vacíos de información

A través del estudio de los cuestionarios de la ENS de 1997, 2001 y 2003, se ha intentado observar qué variables y aspectos hacen falta medir y son necesarias para hacer visibles los determinantes de la salud de hombres y mujeres desde la perspectiva de género.

1. Las mujeres con mayor frecuencia que los hombres están expuestas –tanto en actividades remuneradas como no remuneradas– a factores de riesgo de carácter psico-social que les afecta de forma negativa a su salud³. En la ENS no hay un apartado que recoja información sobre factores psico-sociales en relación con sus actividades:

- Presencia de situaciones de stress en la actividad remunerada.
- Presencia de situaciones de stress en relación con las actividades de cuidados y domésticas.
- Presencia de situaciones de stress en relación con la doble carga de trabajo.
- Nivel de autonomía en su actividad remunerada.

³ *Factores Psico-sociales*: son las interacciones entre el trabajo, el medio ambiente, la satisfacción en el trabajo, las condiciones de organización y las capacidades del trabajador o trabajadora, el rendimiento, necesidades, cultura y consideraciones personales fuera del trabajo que a través de percepciones y experiencias pueden influir en la salud.

Estrés laboral: relación particular entre la persona y su ambiente. Una persona experimenta estrés cuando percibe un desequilibrio entre las demandas que tiene planteadas y la capacidad para responder a las mismas.

- Nivel de autonomía en su actividad no remunerada.
2. Falta información sobre satisfacción con respecto al reconocimiento de su trabajo en la actividad remunerada. Y asociación con el estado de salud.
3. Falta información sobre los efectos adversos a medicamentos, tan frecuentes actualmente, y las diferencias por sexo.
4. Sería útil contar con la opinión sobre la coherencia entre el tipo de actividad principal y la formación académica de la persona encuestada y su asociación con el estado de salud. Ofrece información sobre la segregación por género horizontal, ya que permite advertir de forma percibida, si la labor realizada por las personas corresponde a su formación y luego verificar si está asociado a problemas de salud psicológica.
5. Falta información sobre los usos del tiempo. En concreto sobre:
- Número de horas a la semana dedicadas a las tareas domésticas.
 - Número de horas a la semana dedicadas al cuidado de los niños y niñas.
 - Número de horas a la semana dedicadas al cuidado de personas con discapacidad y/o personas mayores.
6. También es útil contar con información sobre el tiempo que lleva realizando las labores de cuidado de la persona con discapacidad y/o personas mayores (en meses).
7. Las razones por las que la frecuencia con la que realiza actividad física en el tiempo libre está condicionada. Posibles opciones de respuestas más ajustadas a la realidad de las mujeres son:
- Le impide sus problemas de salud.
 - Prefiere realizar otro tipo de actividad de ocio (ir al cine, leer un libro, ver TV, etc.)
 - No dispone de un lugar para realizar la actividad física que desea.
 - Falta de tiempo.
8. Para estudiar si la asignación de la persona dedicada a las tareas del hogar sigue un patrón de disponibilidad de tiempo (no remunerado) es necesario recoger información –que de momento no se recaba– sobre el “número de horas a la semana de

trabajo remunerado de cada miembro del hogar”. Dicho de otra forma, es necesario cruzar la variable “dedicación a las tareas del hogar” con una nueva variable “número de horas a la semana de trabajo remunerado de los miembros del hogar”.

El sumatorio del “número de horas dedicado al trabajo remunerado” junto con el “número de horas dedicadas a las tareas del hogar”, más el “número de horas dedicado a las tareas de cuidado” permite hacer visible la carga de trabajo total de los miembros del hogar. También permitirá observar cómo se asocia con el estado de salud.

9. No se diferencia el rol de quién decide dentro del hogar, de quién es el responsable y de quién ejecuta las tareas domésticas y del cuidado.

10. Falta recoger información sobre problemas de salud prevalentes: enfermedades de transmisión sexual, problemas de salud sexuales, y más frecuentes en las mujeres: Síndrome del colon irritable, anemia, dismenorrea y problemas nutricionales.

SEXISMO EN EL LENGUAJE

Cuestionario de Adultos

En general todo el cuestionario de adultos de la ENS, 2003 se caracteriza por utilizar la voz masculina y por contemplar escasamente las normas de estilo gramatical de la lengua española.

En la Actualidad:	Propuesta
Subtítulo: Cuestionario de Adultos. Personas de 16 y más años	Cuestionario de Personas adultas de 16 y más años.
Entrevistador	Entrevistador(a), Entrevistadores, Quien entrevista
Preg 11: Se ha visto “obligado”, ha estado “hospitalizado”.	
Preg 12: Médico en masculino	
Preg 13: ¿Cuánto tiempo hace que consultó a un médico...?	¿Cuánto tiempo hace que acudió a una consulta médica...?
Preg 14: ¿Cuántas veces ha consultado con algún médico en las dos últimas semanas?	¿Cuántas veces ha acudido a una consulta médica en las dos últimas semanas?
Preg 14b: ¿Cuál es el motivo principal de esta consulta al médico?	¿Cuál fue el motivo principal de esta última consulta médica?
Preg 14c: ¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó?	¿Cuál era la especialidad médica de quién consultó?
Preg 14d: El médico al que acudió en esta última consulta realizada era de...	La última “realizada” fue en...
Epígrafe: Visitas al dentista, estomatólogo o higienista dental	Visitas de estomatología, dentista o higienista dental.
Preg 16: ¿ha ido al dentista, estomatólogo o higienista dental para...?	¿ha ido a la consulta de estomatología, dentista o higienista dental para...?
Preg 17: ¿cuánto tiempo hace que acudió al dentista, estomatólogo o higienista dental?	¿cuánto tiempo hace que acudió a la consulta de estomatología, dentista o higienista dental?
Preg 21: ¿ha estado hospitalizado como paciente...?	¿ha tenido(sufrido) algún ingreso hospitalario como paciente al menos durante una noche?
Similar formula para las Pregs. 21a y 21b.	Similar formula para las Pregs. 21a y 21b.
Preg 22b: ¿Dónde fue atendido...?	¿Dónde le atendieron?
Preg 22d: Porque el médico se lo mandó.	Por prescripción médica.
Preg 26b: Se lo aconsejó el médico	Consejo médico.
Preg 31: Sentado	Sentado(a) la mayor parte de la jornada.
Preg 35a: El médico por...	En la consulta médica por...
Solicitó la vacuna porque prefiere estar vacunado	Solicitó la vacuna por preferencia propia.
Preguntas bajo el epígrafe “Prácticas preventivas de la mujer”	“Prácticas preventivas y curativas de las mujeres”
Preg 36: ¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?	Ha acudido alguna vez a una consulta de ginecología?
Preg 36a: ¿Cuándo ha efectuado la última visita a un ginecólogo por...	¿Cuándo ha efectuado la última visita de ginecología por...

Cuestionario de Hogar

En la actualidad:	Propuesta:
Entrevistador	Entrevistador(a), Entrevistadores, Quien entrevista
Preg 5.1: Identificación de los miembros del hogar presentes o ausentes.	Identificación de miembros del hogar presentes o ausentes.
Preg 5.2: “Sustentador principal”, término androcéntrico (breadwinner = gana-pan). No existe término “sustentador” en el diccionario. Sí, “sostenedor”	Asignar el término “Persona de referencia” a quien responda al cuestionario.
Preg 5.3: Identificación de otras personas residentes en la vivienda... <i>* Para las personas empleadas residentes y los huéspedes...</i>	Identificación de las personas residentes en la vivienda... <i>* Para las personas empleadas residentes y huéspedes...</i>
Preg 6.4: ¿Cuál es su estado civil? 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Separado legalmente 5. Divorciado	¿Cuál es su situación relacional de pareja? 1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Separado(a) legalmente 5. Divorciado(a)
Preg 6.5: ¿Aunque no se encuentre casado ¿vive...?	¿Aunque no se encuentre casado(a) ¿vive...?
Preg 11.1, 11.2, 11.3, 11.4: Ejem Preg 11.1: No cobran por este cuidado Relación de cuidador con la persona a la que cuida.	No cobran por este cuidado, Relación de la persona cuidadora con la persona a la que cuida.
Códigos de la Preg 6.9, 6.10, 6.11: 04. Nuera 08. Otro pariente (hermano/a, yerno, tío/a, etc) 11. Vecinos y amigos 13. Voluntarios (parroquia, Cruz Roja, etc)	Idealmente no se deberían poner juntos el masculino y el femenino (ejemplo hermano/a porque para ciertas tareas el sexo es determinante). Pero si se hace, al menos de la siguiente forma: 04. Nuera/Yerno 08. Desagregar otro pariente. Es decir, no mezclar parientes 11. Vecinos(as) y amigos(as) 13. Voluntarios(as)
Preg 6.15: analfabeto	Analfabeto(a)

Preg 6.17: Trabajando, Parado, jubilado. Dedicado principalmente a las labores del hogar.	Con empleo, parado(a), jubilado(a). Dedicada(o) a las labores del hogar.
Preg 6.18: ¿Qué tipo de jornada tiene habitualmente en su trabajo principal actual?	¿Qué tipo de jornada efectúa?
Preg 6.20: Categoría profesional o nivel de puesto de trabajo (por ejemplo, soldador, operario de máquina, cocinero jefe de cocina, funcionario de correos de ventanilla, mecánico reparador de automóviles, profesor de enseñanza primaria, etc.)	Aquí parece no haberse tenido en cuenta la economía de espacio. Suprimir o cambio los ejemplos pues son masculinos: Dependienta de comercio, oficinista, educador(a)
Preg 6.21: Empleador, empresario, asalariado, interino	Empleador(a), empresario(a), asalariado(a), interino(a)
Preg 7.2: cuidador	Cuidador(a)
Códigos Preg 7.2: 05. hermano(a) 06. Otros parientes 09. Vecinos o amigos	Separar hermano y hermana Añadir sexo otros parientes Vecinos o amigos y Vecinas y amigas por separado
Preg 8.1: está redactada de tal forma que la opción que se da por supuesto es hombre (marido) sustentador y mujer (esposa) sustentada.	Debería especificarse el papel de la persona en el hogar: madre, padre, esposa, esposo,...
Preg 9.1: hijo	Hijo(a)

RESULTADOS PERSONAS EXPERTAS

NIVELES DE OBSERVACIÓN DEL GÉNERO

1. FACTORES DE RIESGO QUE FALTAN EN LA ENCUESTA

Identidad personal y subjetividad

- Insatisfacción con el propio cuerpo y con la imagen corporal.
- Sentido de culpa por abandono de “sus labores”, que son por prescripción de género: deber de cuidar y ocuparse de las demás personas antes que de sí misma = ab-negarse.
- Deseo casi unidireccional de ser reconocida por ello como Buena o Excelente.
- Obstáculos psicológicos y emocionales insalvables y dificultades para delegar con normalidad, sin tener que interponer “pegas enormes” (enfermedad, accidente, obligación externa insoslayable,...).
- Existencia de situaciones de dominación.
- Impacto en lo subjetivo de los conflictos derivados de la asunción de múltiples roles.
- Auto-percepción personal negativa (imagen corporal y autoestima).

Estructura social y disposición de los recursos

- Falta de control sobre las actividades en la vida cotidiana. Esto podría valorarse como proxy desde las encuestas de distribución de tiempo. Tiempo total y tiempo dedicado a empleo, trabajo doméstico, cuidados, ocio y descanso.
- Usos del tiempo desiguales mujeres-hombres (reproducción, producción, ocio, cuidado y descanso personal, desplazamientos, esperas, vigilancias, compañía,...).
- Percepción de que contratar a alguien anula sus ingresos, “si yo puedo...”.
- Ellos no saben y están muy “ocupados” en la calle. No lo hacen bien.
- División sexual del trabajo: roles productivo y reproductivo y su interacción.
- Insatisfacción con las funciones derivadas del trabajo reproductivo.
- Insatisfacción con el trabajo productivo.

Normas sociales y factores simbólicos

- Auto-percepción de discriminación.
- Acoso sexual laboral.
- Egoísmo mujeril = maldad, como madre, hija, esposa, hermana y hasta vecina.
- Única responsable auto o hetero-designada.
- Tiempo negado para sí: Disponible 24 horas para el servicio y el afecto.
- Auto-percepción corporal: cuerpo para las demás personas: salud en función de la belleza sexualidad y reproducción.
- Agresiones por parte del C.I. no identificadas como tales o disculpadas.

Otras respuestas sin clasificar por las personas expertas:

- La encuesta tiene una visión demasiado sanitaria, centrada en trastornos de salud y asistencia sanitaria, con poco interés por los determinantes sociales de la salud.
- Debe introducirse algún instrumento para valorar trastornos ansioso-depresivos, más frecuentes entre las mujeres. Sugiero el GHQ-12, pero posiblemente sería interesante introducir alguno más centrado en la ansiedad. Creo que también debería introducirse alguna escala para valorar la satisfacción con diferentes dimensiones de la vida cotidiana.
- Deben introducirse más preguntas relacionadas con la precariedad laboral (tipo contrato), más frecuente entre las mujeres.
- En cuanto al paro, deben introducirse preguntas sobre la duración de la situación de paro (mayor en las mujeres) y el cobro de prestaciones de desempleo.
- Debe preguntarse por la existencia de personas mayores de 64 años y personas discapacitadas y cuál es la persona que cuida de ellas, en su caso.
- Deben introducirse preguntas para conocer los recursos con que se cuenta para el trabajo doméstico, en concreto personas mayores y personas contratadas para el trabajo doméstico.
- Sería interesante introducir preguntas que permitan caracterizar la clase social de la pareja de la persona entrevistada para analizar hasta qué punto las disparidades de clase se asocian con el estado de salud.
- A las personas que declaran ser amas/os de casa se les debe preguntar si trabajaron con anterioridad. Si lo hicieron, debe introducirse una pregunta sobre la razón del abandono del mercado laboral y entre una de las categorías de respuesta debe estar los motivos de salud. (L)

2. FACTORES DE RIESGO INCLUIDOS EN LA ENCUESTA

Identidad personal y subjetividad

- La subordinación financiera puede explorarse con la contribución al presupuesto monetario del hogar.
- El reparto del trabajo domestico también, aunque con problemas, podría explorarse.
- El “sustentador principal” (antiguo cabeza de familia) suele desentenderse de lo doméstico y relacional y, por tanto, lo desconoce en detalle. No va con él.

Estructura social y disposición de los recursos

- El tiempo de horas de sueño.
- Hay componentes que permitirían aproximarse a la distribución del ocio.
- La atribución de sustentador/a principal a una persona (sobre todo el término **principal**) implica la atribución de subordinación financiera a otra u otras personas del hogar, sabiendo que existen muchas mujeres que son las principales sustentadoras aunque nadie, ni ellas mismas, comprenda y admita que es así, aunque tengan marido (gastador en exceso, parado sin subsidio, con ingresos “clandestinos”, ...). El término pretende neutralidad y consigue desigualdad e invisibilidad.
- Parece que traduce la desaparición de las clases sociales-económicas-culturales.
- Auto-percepción de la relación peso-talla (p. 39 Cuestionario Adultos).
- Segregación horizontal y vertical (p. 20 y p. 23 cuestionario hogar).
- Actividad física en tiempo libre.

Normas sociales y factores simbólicos

- La renta, nivel de estudios y profesión nos permite aproximarnos a la posición social.
- Las responsabilidades “supuestas” a una persona en particular.
- La anulación de personas “multifunción”.

Otras respuestas sin clasificar por las personas expertas:

- Sobran tantas preguntas sobre el consumo de alcohol que es un tema tabú y la respuesta no suele ser válida.
- En las preguntas sobre actividad física debe introducirse el matiz de la intensidad de la actividad física.
- El trabajo doméstico se pregunta mal. No es posible conocer el de la persona encuestada y, por tanto, relacionarlo después con su estado de salud. Debe preguntarse además sobre el número de horas de trabajo doméstico (separando los días laborables, sábado y domingo).
- También en la pregunta sobre las personas de las que reciben cuidado las personas entrevistadas discapacitadas debe aclararse la relación de parentesco.
- En la situación laboral de jubilado/a se debe aclarar si se trata o no de jubilaciones anticipadas y, si son así, si los motivos son de salud o de coyuntura económica. Posiblemente en este segundo caso, en muchos hombres puede tener un impacto negativo sobre la salud.

3. PROBLEMAS DE SALUD QUE FALTAN EN LA ENCUESTA

Identidad personal y subjetividad

- Síndrome de las mujeres agobiadas.
- En la encuesta hay un verdadero problema de visibilidad de todo el que no sea “sustentador principal”.
- Atribuciones de género, convertidas en “manías” o excesos: limpieza, armonía, alimentación.
- Violencia de género soportada y somatizada.
- Problemas derivados de la menstruación.
- Dolor (sin causa orgánica aparente).

Estructura social y disposición de los recursos

- Sobrecarga, empleo + trabajo doméstico + cuidados.
- Sobrecarga de funciones: stress, depresión.
- Stress.
- Ansiedad.

Normas sociales y factores simbólicos

- Violencia de género.
- Lenguaje incluyente y no sexista. El lenguaje sexista dificulta nombrar las cuestiones femeninas.
- Nunca habla de salud sexual y reproductiva.

CONCEPTOS

Estereotipos

SÍ	NO
(C) (E)	(A) (L)

Roles productivos y reproductivos

PRESENCIA DE INFORMACIÓN

SÍ	PARCIALMENTE	NO
	(E) (A) (L)	(C)

POSIBILIDAD DE IDENTIFICAR LA INFLUENCIA EN SALUD

SÍ	PARCIALMENTE	NO
(L)	(E) (A)	(C)

IMPORTANCIA DE SU MEDICIÓN

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										(C) (E) (L) (A)

Agentes de salud

PRESENCIA DE INFORMACIÓN

SÍ	PARCIALMENTE	NO
		(C) (E) (L) (A)

IMPORTANCIA DE SU MEDICIÓN

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				(L)				(A)		(E)

(C) NO CONTESTA A LA PREGUNTA

División sexual del trabajo

PRESENCIA DE INFORMACIÓN

SÍ	PARCIALMENTE	NO
	(A)	(C) (E) (L)

POSIBILIDAD DE IDENTIFICAR LA INFLUENCIA EN SALUD

SÍ	PARCIALMENTE	NO
(L)	(E) (A)	

(C) NO CONTESTA A ESTA PREGUNTA

IMPORTANCIA DE SU MEDICIÓN

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										(E) (A) (L)

(C) NO CONTESTA A ESTA PREGUNTA

Problemas de salud y limitación de la actividad

DEL CUIDADO	DEL HOGAR (TAREAS DOMÉSTICAS)
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Mentales, reumáticas, Síndrome mujeres agobiadas. ▫ Mentales y psicológicos. Trastornos de la memoria. Musculares. ▫ Enfermedades contagiosas. ▫ Aquí me quedaría con las preguntas 6 y 7 sobre limitación de la actividad habitual en los 12 últimos meses. La pregunta 9 referida a las 2 últimas semanas, no es útil porque el número de personas con restricción de la actividad es muy bajo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Mentales, reumáticas, Síndrome mujeres agobiadas. ▫ Musculares, óseos. Inmovilidad momentánea o permanente por traumas. Fiebre alta que requiera cama, ... ▫ Aquí me quedaría con las preguntas 6 y 7 sobre limitación de la actividad habitual en los 12 últimos meses. La pregunta 9 referida a las 2 últimas semanas, no es útil porque el número de personas con restricción de la actividad es muy bajo.

(A) NO CONTESTA A ESTA PREGUNTA

Poder dentro del Hogar

PRESENCIA DE INFORMACIÓN

SÍ	PARCIALMENTE	NO
		(E) (L) (A)

(C)

POSIBILIDAD DE IDENTIFICAR LA INFLUENCIA EN SALUD

SÍ	PARCIALMENTE	NO
(L)	(E)	(A)

IMPORTANCIA DE SU MEDICIÓN

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				(L)			(A)			(E)

Apoyo afectivo y personal

PRESENCIA DE INFORMACIÓN

SÍ	PARCIALMENTE	NO
	(L) (A) (E)	

(C) NO CONTESTA A ESTA PREGUNTA

IMPORTANCIA DE SU MEDICIÓN

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		(L)					(E)			

(C) NO CONTESTA A ESTA PREGUNTA

(A) CONTESTA PERO SIN PROPORCIONARLE UN VALOR

Segregación horizontal

PRESENCIA DE INFORMACIÓN

SÍ	PARCIALMENTE	NO
(L) (A)		(E)

(C) NO CONTESTA A ESTA PREGUNTA

POSIBILIDAD DE IDENTIFICAR LA INFLUENCIA EN SALUD

SÍ	PARCIALMENTE	NO
(L) (A)	(E)	

(C) NO CONTESTA A ESTA PREGUNTA

IMPORTANCIA DE SU MEDICIÓN

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(L)							(E)			(A)

(C) NO CONTESTA A ESTA PREGUNTA

Segregación vertical

PRESENCIA DE INFORMACIÓN

SÍ	PARCIALMENTE	NO
(A)	(E)	(C) (L)

POSIBILIDAD DE IDENTIFICAR LA INFLUENCIA EN SALUD

SÍ	PARCIALMENTE	NO
(A)	(E)	(C)

IMPORTANCIA DE SU MEDICIÓN

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					(L)					(E)
										(A)

(C) NO CONTESTA A ESTA PREGUNTA

EVALUACIÓN DE LA EXISTENCIA Y CAPACIDAD DE LA ENS CON RELACION A LOS SIGUIENTES ITEMS (10 es la máxima puntuación y 0 es la mínima):

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No transmite estereotipos						L					A
Identifica la desigualdad de mujeres y hombres en roles reproductivos y productivos	E		C	A		L					
Capacidad para detectar cómo estas desigualdades influyen en la salud	E	C		A		L					
Identifica las tareas de los y las agentes de salud	C A	L			E						
Identifica la desigualdad en la división sexual del trabajo dentro del hogar	E		C L		A						
Capacidad para detectar como la división sexual del trabajo dentro del hogar influye en la salud	E	C	L								
Identifica desigualdad en el apoyo afectivo y personal dentro del hogar	E A L		C								
Capacidad para detectar cómo la desigualdad en el apoyo afectivo y personal influye en la salud	E L	C				Asocial No fam					
Identifica segregación horizontal			C		E				A L		
Capacidad para detectar cómo la segregación horizontal influye en la salud	E	C							A L		
Identifica segregación vertical	L			C	E				A		
Capacidad para detectar cómo la segregación vertical influye en la salud	E L		C						A		
Identifica desigualdades de poder	E A L		C								
Capacidad para detectar cómo las desigualdades de poder influyen en la salud	E A L	C									

DISCUSIÓN

La Encuesta Nacional de Salud no parece estar diseñada para detectar los procesos que intervienen en las desigualdades en salud entre hombres y mujeres. Desde un enfoque de género, se han detectado sesgos de género en la información generada sobre salud de las mujeres y sus determinantes, pues existen vacíos de información en la construcción de los conceptos, selección de los temas y formulación de las preguntas. En consecuencia, está lejos de alcanzar su objetivo, que es proporcionar la información necesaria para valorar el estado de la población y la utilización de servicios con el fin de poder planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria.

El enfoque de la ENS, más descriptivo que explicativo, concede escaso peso a los factores que contribuyen a interpretar las pautas poblacionales, con la excepción de algunas variables demográficas básicas y hábitos de vida. Este hecho es una limitación para alcanzar el objetivo de este proyecto, pues el análisis de género se ve limitado por la orientación descriptiva del instrumento.

A partir de la revisión y análisis realizados en las tres versiones de las ENS de los años 1997, 2001 y 2003, se observa que la última versión ha presentado mejoras que permiten, aunque con dificultad metodológica, alguna nueva aproximación al análisis de género de la información. Esto es, se han incluido variables relacionadas con el hogar, tales como las de cuidados especiales y actividad doméstica. Pero aún se olvida preguntar por la distribución del trabajo dentro del hogar, la doble carga, y otro tipo de cuidados. Por otra parte, aunque se han hecho importantes incorporaciones de problemas de salud de las mujeres por los que se pregunta, falta preguntar por otros relevantes para las mujeres de hoy.

Este trabajo ha intentado realizar un análisis minucioso de la ENS, el cual desvela su evolución en las variables desde la perspectiva de género, enfatiza los aspectos que pueden generar sesgos de género y sugiere como mejorarlos, así como también hace propuestas en aquellos aspectos donde hay vacíos de información. Para ello, se ha adaptado en lo posible la metodología creada por la Oficina de Estadísticas de Suecia. Sin embargo, es necesario advertir de sus limitaciones. Es importante aclarar que este trabajo centra gran parte de su atención en los cuestionarios y aunque se revisan otros aspectos de la encuesta, se ha hecho de un modo más general, ya que el

cambio de estos aspectos depende no solamente de las personas encargadas de la encuesta, sino también de otros factores como son los recursos y el desarrollo de sistemas de información que permitan un mejoramiento en el diseño de la encuesta, mientras que la mejora de los cuestionarios es un objetivo más inmediato y viable en el corto plazo. A continuación, se entrará en detalle en la discusión de los resultados de la encuesta.

Metodología y Información recopilada en la ENS

Uno de los principales problemas metodológicos de la ENS es que para el análisis de hipótesis relacionadas con las desigualdades de género es conveniente la restricción de la población a estudio a determinados roles, lo que implica un problema de poder de las muestras para detectar asociaciones significativas. Además, se requiere la integración de la clase social y los roles familiares y laborales, por lo que se deberían introducir variables sobre las características del ámbito familiar y del trabajo remunerado y no remunerado (ver apartado de resultados).

La inclusión en la ENS de 2003 de un cuestionario de hogar representa una valiosa mejora, pues abre la posibilidad de describir las condiciones del hogar de forma más amplia, tales como las relacionadas con los roles de género (trabajo doméstico, cuidados informales), en conjunto con las barreras económicas, educativas y de acceso a servicios de salud. Esta información es fundamental para el incremento de conocimiento de los factores que subyacen al estado de salud de los miembros del hogar. Sin embargo, la forma en que son recogidos puede presentar algunos inconvenientes, que se detallan más adelante.

Uno de los problemas que presenta el cuestionario de hogar se relaciona con la persona seleccionada para ser encuestada. En este caso, el o la sustentador/a principal. El problema que se plantea es que como mayor contribuyente a los ingresos del hogar, pasará más tiempo en su lugar de trabajo, lo que puede llevar a la falta de conocimiento suficiente para ser el o la informante de las condiciones del hogar recogidas en este cuestionario: datos sobre el cuidado de los niños y niñas, el trabajo de la casa, las limitaciones para las actividades de la vida cotidiana de los y las miembros del hogar, la ayuda y cuidado que reciben. Además, el hecho de que las mujeres de la Unión Europea

ganen, en promedio, sólo el 84% del salario de los hombres –según el Informe, 2002 de la Comisión para la Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Hombres de la Unión Europea-, agrega una mayor posibilidad de que el o la sustentador/a principal sea el hombre. Vale la pena evaluar la necesidad de que la persona informante sea el o la sustentador/a principal. Se puede plantear la posibilidad de que sea quien se ocupa principalmente de las tareas del hogar, la persona adulta mayor y miembro del hogar, y si ésta no lo es (es una persona contratada) se sea reemplazada bien por el o la sustentador/a principal o su cónyuge o pareja.

La definición de sustentador/a principal en la ENS de 2003 se ha ampliado (P 5.2 C. Hogar). En concreto, para aquellos hogares en que el o la mayor contribuyente económico del hogar no es un miembro del mismo, se asigna la condición de sustentador/a principal, a quien van dirigidas las ayudas del o la mayor contribuyente. Si es una persona menor de edad, se considerará sustentador/a principal, a la persona que está a cargo de la misma. Esta adición favorece a las mujeres que conforman hogares monoparentales con hijos/as y cuyo padre “no miembro” del hogar efectúa transferencias monetarias al hogar.

El cambio en la ENS de 2003 con respecto a los años anteriores en las unidades primarias -de municipios a secciones censales en la primera etapa-, puede llevar a que un número más variado de municipios estén representados. Anteriormente las secciones censales se seleccionaban a partir del conjunto de municipios seleccionado previamente, ahora se seleccionan las secciones censales, de entre todas las secciones de todos los municipios. Por otro lado, el cambio en la selección de quien cumplimenta el cuestionario de adulto en la ENS de 2003, de cuotas a la selección al azar entre todas las personas miembro del hogar, incrementa la representatividad de la muestra, al tener igual probabilidad de participar todos los miembros del hogar.

La ambigüedad en la formulación de las preguntas puede afectar la información recogida. Se han realizado cambios paulatinos para subsanar este tipo de problemas, pero quedan por resolver, como sucede al preguntar sobre el tiempo que tardó en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta, en la última consulta médica (P 14f C. Adultos, 2003), ya que puede variar en función de ir a pie o en vehículo motorizado, y

esto último no se especifica. Asimismo, profundizando más en la situación de hombres y mujeres, es importante detallar en las preguntas que incluyan la palabra “actividad” (P 6 y 7a C. Adultos, 2003), si se trata de actividades en el trabajo remunerado o no remunerado.

Un problema que permanece a través de la ENS de 1997, 2001 y 2003, está relacionado con la información conjunta que se recaba sobre la ocurrencia de agresiones y accidentes dentro de la misma pregunta (P8 C. Adultos, 2003). De acuerdo a la *International Classification of External Causes of Injuries*, el término “accidente” se centra en los eventos con lesión no intencionada; por lo tanto, la fusión es contraproducente, pues mezcla eventos intencionados con eventos no intencionados, esto, de acuerdo a la metodología de la ENS de 2003, que define “agresión” como “cualquier acto o incidente de violencia física sobre la persona no accidental”, y “accidente” como “aquel acontecimiento fortuito e imprevisto que sobreviene al individuo y le produce un daño corporal identificable”. En consecuencia, se produce un error en la recolección en una misma pregunta de dos eventos de naturaleza distinta, un error ligado a la pérdida de información, ya que no se puede discriminar entre ellos en la información recogida, y un error de mala clasificación de las agresiones, al ser ubicadas junto a los accidentes en la clasificación “accidentalidad”, siendo los accidentes eventos no intencionados.

Pasando a otro tema, los avances en la evolución en términos de incremento de la información de los determinantes relacionados con roles productivos y reproductivos mediante inclusión de variables en la ENS han sido importantes desde una perspectiva de género.

Respecto a la ENS de 1997, la información sobre composición y estructura del hogar en la ENS de 2001 mejora, pues pregunta por el número de personas que viven habitualmente en el hogar y el número de menores de edad (P 1 y 4). En la ENS de 2003, se recoge el número de personas en el hogar con limitaciones (P 8 C Hogar). Esto permite una aproximación a la carga de trabajo no remunerado en el hogar, incluidas las labores de cuidado. Con relación a datos demográficos, en la ENS de 2001 se empezó a recabar información sobre la convivencia en pareja.

Respecto al trabajo remunerado, en la ENS de 2003 se incluyó la recogida de información sobre la situación laboral de cada miembro del hogar durante la semana anterior (P 6.17 C Hogar). Esto mismo sucede al incluir la recogida de información sobre si se ha trabajado alguna vez (P 6.19 C. Hogar). Ambas preguntas son necesarias para hacer visible la compatibilidad entre el trabajo remunerado y el no remunerado (carga de trabajo total) y el impacto en el estado de salud de quienes los asumen.

De igual modo, visto desde el trabajo no remunerado, la recolección a partir de la ENS de 2001 (P 5b, 6 y 7) y (P 6.11, 7.2 y 8.1 C Hogar, 2003), de la persona que se encarga de las tareas del hogar, de quien se encarga del cuidado de los niños y niñas y de quien se encarga de los cuidados de las personas con discapacidad, es un avance que podría evidenciar la carga total de trabajo y su impacto en la salud. Sin embargo, aunque se recoja en ambos cuestionarios, las categorías de respuesta de estas variables dificultan y, en algunos casos, no ofrece, contar con la información necesaria para poder ser cruzada con las demás variables recogidas en la ENS, a excepción de la variable sobre persona que se encarga de las tareas del hogar (P 8.1 C Hogar, 2003), y sólo si esa persona es el o la sustentador/a principal o si es su cónyuge o pareja. Más adelante se propone una solución a esta dificultad.

Desde un punto de vista de apoyo al trabajo no remunerado, así como por tener información sobre el gasto de los hogares, es valiosa la inclusión en la ENS de 2001 de información sobre la presencia de una persona contratada para el cuidado de los niños y niñas (P 6), para realizar las tareas del hogar (P 7) y para el cuidado de las personas con discapacidad (P 5b), lo mismo en la ENS de 2003 (P 7.2-2 y 7.2-4, P 8.1-2 y 8.1-4, y P 6.11-2 y 6.11-4 C Hogar). En ellas, se recoge información sobre el trabajo dentro del hogar de la persona contratada para cada una de las labores que se han mencionado y, precisamente, porque supone un alivio en la carga de trabajo es importante, pues contribuye a comprender lo que subyace al estado de salud de hombres y mujeres, especialmente de estas últimas, principales responsables de la ejecución de estas labores. De todos modos, esta prerrogativa suele ser característica de los hogares más privilegiados, mientras que las mujeres de clase social más desfavorecida tienen que asumir la doble carga.

A partir de la ENS de 2003, han sido incluidas variables relevantes desde la perspectiva de género; tales como qué persona que se ocupa del cuidado de las personas con limitaciones (P 6.11 C Hogar) y que persona que se ocupa del cuidado de los niños y niñas (P 7. 2 C Hogar). No obstante, presentan limitaciones, pues desafortunadamente, las opciones de respuesta de la variable relacionada con el cuidado de cada una de las personas con limitaciones en el hogar, están definidas por la relación de parentesco de la persona cuidadora con la persona con limitación a la que cuida. Esta estrategia, aunque brinde información sobre el parentesco de quien asume la responsabilidad del cuidado, no permite reconocer en la mayoría de los casos, qué miembro del hogar realiza la labor de cuidado, con la excepción para el caso de 4 miembros del hogar (y no de forma directa).

En consecuencia, a) no se pueden reconocer que individuos tienen la doble carga relacionada con labores de cuidado; b) al no poder identificar al miembro del hogar que se encarga de los cuidados de las personas con limitación, se obstaculiza la posibilidad de cruzar esta variable –en el caso de los miembros que no se pueden identificar- con otras del cuestionario de hogar y del cuestionario de adultos (para el caso que sea el cuidador quien haya cumplimentado el cuestionario de adultos). Esto complica estudiar las asociaciones entre el cuidado informal y el estado de salud.

Una solución sería recabar adicionalmente a esta variable, el “código de orden” de la persona cuidadora, que ya fue asignado previamente en la Pregunta 5.5 a comienzos del cuestionario de hogar, y que lo diferencia de los y las restantes miembros del hogar, que también tienen su propio “código de orden”. Si se recogiera, se podrían cruzar las variables de forma directa y sencilla, y así se podría estudiar el perfil de las personas cuidadoras, la repercusión de la labor sobre la persona cuidadora en el ámbito laboral y de uso del tiempo, los riesgos sobre la salud (depresión y ansiedad), y la situación de la persona cuidadora al enfermar, entre otros.

La segunda variable relacionada con el cuidado de los y las menores del hogar (P 7.2 C Hogar, 2003), también presenta limitaciones de este tipo. Las opciones de respuesta están definidas por la relación de parentesco de la persona cuidadora con el o la menor al que cuida. Esta estrategia, aunque brinde información sobre el parentesco de quien asume la responsabilidad del cuidado, no hace posible reconocer quién es el o la

miembro del hogar que la realiza, sólo se puede reconocer en dos casos (si quienes los/as cuidan son el o la “sustentador/a principal” o su “cónyuge o pareja”; si y sólo si, los niños y niñas a quienes cuidan son sus hijos/as), y no de forma directa, si no realizando una serie de procedimientos estadísticos. Por lo tanto, de igual modo al caso anterior, se propone recabar para esta variable el “código de orden” de la persona que realiza la labor de cuidadora, el cual fue asignado previamente a cada miembro del hogar en la pregunta 5.5 del cuestionario de hogar. Esto ayudaría al cruce de variables de forma directa y sencilla. En este sentido, en la medida que existe una importante participación de otros/as miembros del hogar en el cuidado de los niños y niñas, particularmente de mujeres, es importante identificar qué otros/as miembros en el hogar (diferente de los progenitores) se encargan de su cuidado, lo que va a permitir cruzar esta información con otras relacionadas con el estado de salud.

En la pregunta sobre quién es la persona que se ocupa principalmente de los trabajos de la casa (P 8.1 C. Hogar, 2003), las opciones de respuesta están definidas por la relación de parentesco con el o la sustentador/a principal de la persona que se ocupa de este trabajo. En este caso, si se hubiera podido cruzar ésta variable con otras del cuestionario de hogar y adultos, ya que se conoce para todos los y las miembros del hogar su tipo de relación de parentesco con el o la sustentador/a principal (P 6.6 C. Hogar, 2003). Sin embargo, la mayoría de las relaciones de parentesco fueron agrupadas, a excepción de las categorías “sustentador principal” y la de “cónyuge o pareja del sustentador principal”. Con lo cual, no es posible realizar los cruces antes mencionados, excepto en los casos en los que no se han agrupado antes mencionados.

Se proponen dos soluciones para aprovechar la información que ofrece la variable y hacer posible estudiar la doble carga para cada miembro del hogar y su impacto en el estado de salud, principalmente en las mujeres, y sus riesgos. Así como, evidenciar la relación entre el número de personas en el hogar y la salud, en la medida que parece actuar como gradiente del estado de salud, especialmente en las clases más desfavorecidas. En concreto, por un lado, dado que sus opciones de respuesta son equiparables con el “código de orden” de la persona que realiza estas labores, sólo bastaría con desagregar las opciones de respuesta que se encuentran agrupadas, para poder cruzar esta variable con otras. Por otro lado, bastaría de nuevo con recabar para esta variable el “código de orden” de la persona que realiza esta labor.

Un ejemplo relacionado con los problemas de diseño de opciones de respuesta y al modo de hacerlas operativas para posibilitar la recogida de información tanto del trabajo remunerado, como del no remunerado, y de la doble carga de trabajo, se da en la pregunta sobre la situación en que se encontraba la semana pasada la persona encuestada (P 6.17 C. Hogar, 2003). La forma en que fue diseñada esta pregunta da prioridad a la respuesta relacionada con el trabajo remunerado y, al ser respuestas excluyentes, no da opción a recoger información de los casos de personas con doble carga. Para el enfoque de género es un tema crucial, pues se estima que en los grupos de renta baja, sólo el 12 % de las mujeres de 16 a 64 años trabajan a tiempo completo y un 8 % lo hace a tiempo parcial, mientras que el 66 % son inactivas, frente al 35% de los hombres de los grupos de renta baja. En otras palabras, es necesario reflexionar sobre el modo de hacer operativas las categorías para que los resultados sean válidos en cuanto a reflejo de la realidad. Para solucionar este problema se propone, que en la pregunta sobre la persona que se ocupa principalmente de los trabajos de la casa (P 8.1 C Hogar, 2003), se recabe el “código de orden” de la persona que realiza esta labor. Es decir, con la misma solución planteada en el problema anterior se puede obtener información de la doble carga.

La información recogida sobre los problemas de salud ha experimentado una evolución. A continuación, se profundizará sobre las limitaciones y restricciones de estas variables y de sus categorías de respuesta, los problemas que presentan y propuestas para su mejora.

En la relación de problemas de salud crónicos por la que se preguntaba en las ENS de 1997 (P 3) y 2001 (P 11) se han incluido más enfermedades crónicas prevalentes en las mujeres (P 7 C. Adultos, 2003). Sin embargo, dada la frecuencia de declaraciones -mayoritariamente en mujeres-, y por encontrarse entre las primeras causas de hospitalización en hombres y mujeres en Cataluña, falta añadir problemas tales como el síndrome de intestino irritable. Otros estudios a escala internacional también presentan diferencias por sexo en sus síntomas, siendo el estreñimiento y la inflamación más comunes en las mujeres y la diarrea en los hombres.

Algunas variables han permanecido iguales a través de la ENS (1997, 2001 y 2003) en sus opciones de respuesta, necesitando ser replanteadas. En este punto, se puede hacer referencia a la pregunta sobre el lugar donde se tuvo el último accidente, en estos doce meses (P 8a C Adultos, 2003). En esta pregunta, las opciones de respuesta son muy generales y no ofrecen suficiente información. Es importante introducir opciones más específicas que incluyan espacios que describan las actividades de las personas encuestadas. Así, la encuesta realizada en el 2001 y 2003 por el Instituto Nacional del Consumo, sobre lesiones ocurridas en la práctica de actividades no remuneradas encontró que, la mayor parte de este tipo de lesiones ocurren principalmente en el interior del hogar 51.6% (2001) y 52.5% (2003), seguidas por las ocurridas en la vía pública y/o áreas de transporte, y por las ocasionadas en zonas deportivas. Así mismo se observó, que los lugares en el que sufren el mayor número de lesiones las mujeres son en el interior del hogar 61.1% (2001) y 61.8% (2003), seguido por las áreas de transporte 19.9% (2001) y 17.9% (2003). Y en el caso de los hombres en primer lugar –así como en las mujeres, aunque en menor proporción que para ellas– se encuentra el interior del hogar 40.4% (2003), seguido por las ocurridas en áreas deportivas 22.7% (2003). En este sentido, el listado de opciones de respuesta utilizado resulta muy útil, ya que recoge bien los lugares donde suelen ocurrir los accidentes en los diferentes ámbitos. Adicionalmente, la encuesta ofrece varias categorías relacionadas con el trabajo remunerado. En consecuencia, a partir de este modelo de encuesta, se propone para la ENS un conjunto de categorías de respuesta para esta cuestión: 1. Área de transporte, 2. Colegio/centro educativo, 3. Granja/huerto, 4. Taller/fabrica/astillero, 5. Oficina/área institucional, 6. Cocina, 7. Interior de la casa, 8. Jardín de la casa, 9. En el exterior de la casa (incluido de acceso), 10. Áreas comerciales y servicios, 11. Área deportiva, 12. Área recreativa/diversión, y 13. Área al aire libre, mar/lago/río.

Otro punto importante incluido en la ENS en el año 2001 y 2003, es la recolección de información sobre la causa principal por la cual no obtuvo asistencia médica cuando la necesitó en el último año (P 15a C Adultos, 2003). Los motivos dentro de las opciones de respuesta son diversos: económicos, falta de transporte, de cobertura sanitaria, anímicos, relacionados con la atención en el lugar de atención sanitaria y de trabajo. Sin embargo, ni en este último, ni en otro punto del listado, se hace referencia al trabajo no remunerado, el cual puede ser la causa de que no acudan en

demanda de atención sanitaria, pese a la evidencia científica de que las mujeres cuidadoras de personas con limitación tienen necesidad de este tipo de servicios. Para testar en qué medida la pregunta, tal y como es, es comprensiva de toda la realidad, se calculó el porcentaje de respuestas en la categoría “otros” de la ENS de 2001, que es de la que hay datos hasta el momento. Del total de las personas encuestadas, el 2.5% (N=537) manifestaron haber necesitado asistencia médica y no la obtuvieron, de éstas, el 32.3% se ubicaron en “Otros” como motivo de falta de asistencia, y de ellas, el 61.8% eran mujeres y el 38.2% eran hombres. Por lo tanto, se sugiere incluir la opción de respuesta: “no consiguió quien le reemplazara en el cuidado de la persona que tiene a su cargo”.

Variabes relacionadas con el acceso a recursos como el apoyo afectivo y personal, son incorporadas en la ENS de 2001 (P 37). Se recaba información sobre el grado de satisfacción de la persona encuestada con: el apoyo de otras personas con relación a las invitaciones para salir y distraerse, el amor y afecto recibido, las personas que por él o ella se preocupan, el apoyo de alguna persona con su consejo en un momento importante y la ayuda cuando se está enfermo/a en la cama. Posteriormente en la ENS-2003, a partir de dos preguntas sobre apoyo en la ENS de 2001, se agruparon en una sola: el grado de satisfacción de la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares, ya sea con amigos/as, en su trabajo o en su casa (P 42, punto 3 C Adultos, 2003). Resulta de gran interés la información que ofrece el apoyo social, ya que junto con la actividad física, el estado civil y el número de hijos e hijas, se ha detectado que son factores explicativos del estado de ánimo en las mujeres.

Nuevas estadísticas con enfoque género

A continuación, se proponen un conjunto de variables para ser recogidas en la ENS, que desde el enfoque de género son necesarias para hacer visibles las condiciones de hombres y, particularmente, de las mujeres, en relación con los determinantes de la salud:

Actividad que originó el accidente: trabajo remunerado, no remunerado, ocio.

Ayuda a conocer qué actividades tienen más posibilidad de riesgo entre hombres y mujeres en el trabajo remunerado, en el trabajo no remunerado y en actividades de ocio. A partir de esta información se busca hacer visible el nivel de riesgo de la realización de determinadas actividades, como por ejemplo las del ámbito doméstico. Los estudios sobre riesgos laborales se han centrado en los riesgos del hombre en su actividad remunerada y es poca la información sobre los accidentes en el hogar, como por ejemplo la intoxicación por sustancias usadas en la limpieza. En este caso, debe tenerse en cuenta la diferente respuesta por sexo a sustancias tóxicas, ya que las mujeres pueden tener una respuesta diferente relacionada con la mayor grasa corporal, patrones dietéticos distintos, efectos del sistema endocrino sobre actividad hepática y las diferencias en la metabolización de las enzimas.

Número de horas a la semana dedicadas a labores en el hogar no remuneradas: limpieza, cocina, poner la lavadora, fregar los platos.

Existe suficiente evidencia de que las mujeres dedican más tiempo a las labores domésticas que los hombres, aunque estos no tengan empleo. En estos últimos años se ha generado nuevo conocimiento científico, incluido el procedente de España, de que tanto las características de la unidad familiar (número de personas en el hogar) como la ayuda para el trabajo doméstico desempeñan un papel importante en las desigualdades de género en salud, en especial en mujeres ocupadas. Se ha demostrado que las exigencias del trabajo doméstico tienen un impacto negativo en la salud de las mujeres, pero no en la de los hombres. Así, el estado de salud percibida fue peor entre las mujeres que viven en hogares de más de cuatro personas. También se ha detectado que las diferencias de género en el número de horas de actividad remunerada, no remunerada y de ocio, pueden causar fatiga o stress no-ocupacional, entre otros problemas.

No obstante los datos son aproximados, puesto que a partir de la ENS no se ha podido alcanzar a conocer con precisión la distribución de las tareas domésticas en los y las diferentes miembros del hogar, y las de cuidados a personas con limitaciones y a los niños y niñas. Ni se ha podido cuantificar el fenómeno de la doble carga de trabajo, que

afecta especialmente a las mujeres. Quizás sería interesante elaborar un índice de cargas domésticas. O bien, elaborar un tipo de pregunta como la utilizada en la ECV, 2001:

¿Podría decirme, por favor, qué persona del hogar, realiza las siguientes tareas que se mencionan a continuación?

	Principalmente yo	Compartido con			Principalmente mi pareja	Otra persona del hogar/familia	Otra persona ajena al hogar remunerada	Ns/Nc
		mi pareja	con otra persona del hogar	otra persona remunerada				
Cocinar	1	2	3	4	5	6	7	9
Limpiar la casa	1	2	3	4	5	6	7	9
Lavar ropa y planchar	1	2	3	4	5	6	7	9
Hacer la compra	1	2	3	4	5	6	7	9
Reparaciones del hogar	1	2	3	4	5	6	7	9
Cuidado/ juego con los niños	1	2	3	4	5	6	7	9
Llevar a los niños al médico, la escuela, actividades extraescolares	1	2	3	4	5	6	7	9

Asimismo, existe controversia entre autores/as con relación a cuantificar el número de horas del día dedicado a este tipo de tareas. Así, pese a que se suele cuantificar este dato en algunas encuestas, no así en la ENS, algunos/as autores/as recomiendan no recabar el número de horas por día pues puede variar entre un día laboral y uno de fin de semana, recomendando recoger el número de horas dedicado a trabajo del hogar para toda la semana.

Número de horas a la semana dedicadas al cuidado de personas con discapacidad y/o personas mayores.

En España, el 4% de la población adulta realiza labores de cuidado a alguna persona enferma o con discapacidad en su hogar, y el tiempo medio de cuidado es de 3.5 horas diarias. Además, hay evidencia de que la probabilidad de desempeñar labores de cuidados es mayor entre las mujeres. Principalmente, aquellas sin trabajo remunerado, de mayor edad, de clase social menos favorecida, son quienes más horas dedican a esta labor, en la cual los límites son difíciles de marcar, y donde el número de personas que la demanda se incrementa en los últimos años.

Varios estudios coinciden en el impacto negativo sobre la salud de las labores de cuidado informal, como la depresión, problemas de salud física o el uso de fármacos psicotropos, sin contar con las repercusiones económicas, laborales, de uso del tiempo, y de restricción de la vida social de las cuidadoras. En consecuencia, es necesario recabar más información sobre los cuidados a personas con discapacidad o mayores, como el número de horas de dedicación a la semana, para comprender mejor el estado de salud de las personas cuidadoras, y aquellas con doble carga relacionada con el cuidado a personas con discapacidad o mayores.

Adicionalmente, algunos/as autores/as recomiendan analizar los costos no monetarios del tiempo de cuidado no retribuido como complemento a todas las medidas de política sanitaria.

Tiempo que lleva realizando las labores de cuidado de la persona con discapacidad (en meses)

El impacto negativo de la labor de cuidado informal sobre la salud de las cuidadoras puede ser modulada por el tiempo que la cuidadora lleva cuidando a la persona con limitación. Pero además, puede establecer un gradiente en la repercusión sobre la esfera laboral, llevando a un abandono temporal o definitivo del trabajo remunerado, con consecuencias sobre el desarrollo personal y de autoestima. Eso, sin contar con las consecuencias económicas y de cotización a un régimen de seguridad social. En este sentido, también es necesario recabar información sobre el tiempo que lleva realizando las labores de cuidado a la persona con discapacidad (en meses).

Número de horas a la semana de trabajo remunerado de los y las miembros del hogar

Para estudiar, si la asignación de la persona dedicada a las tareas del hogar sigue un patrón de disponibilidad de tiempo, es necesario recoger información sobre el número de horas a la semana de trabajo remunerado, de cada uno/a de los y las miembros del hogar, y cruzarla con la información de la persona que principalmente se dedica a estas tareas domésticas (P 8.1. C Hogar, 2003). Hay resultados que apuntan que las mujeres con empleo remunerado dedican en promedio más horas al trabajo reproductivo (5.46 h) que los hombres sin empleo (2.35 h). Esto manifiesta que el trabajo remunerado no es una condición suficiente para la distribución equitativa del trabajo reproductivo.

En la asignación de la persona que se dedica principalmente a las labores del hogar, juega un papel fundamental los roles de género. Estos generan normas en el imaginario de las mujeres que influyen en la asignación de prioridades en cuanto a sus actividades en el tiempo restante al empleado al trabajo remunerado y, en algunos casos, con sentimiento de culpa. Esto mismo sucede con los hombres con relación en cuanto al reparto de las tareas del hogar; y aunque hayan incrementado su participación en estas labores, ese aumento se reparte mayoritariamente en actividades de mantenimiento y gestión de los servicios del hogar, con tendencia a evitar las tareas domésticas más exigentes y rutinarias en tiempo y esfuerzo. Además de los roles de género, el poder para tomar decisiones al interior del hogar es relevante en este punto. Algunos/as autores/as afirman que tener poco poder de asignar las tareas del hogar a los y las miembros de la familia y asegurar que ellos/as lo hacen de forma apropiada, aumenta el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad.

Evidenciar que la asignación de las labores en el hogar y la dedicación (en número de horas dedicadas a las tareas del hogar de cada miembro), no responde a un patrón de disponibilidad de tiempo (no remunerado), contribuiría a probar que son otros los elementos que subyacen en la toma de decisiones en el hogar, y por ende, como estos afectan directamente a la salud de las mujeres.

Por otro lado, la información recogida en la variable centrada en el número de horas a la semana dedicada al trabajo remunerado de los y las miembros del hogar, junto con la que cuantificara el número de horas dedicadas a las tareas del hogar, y/o el número de horas dedicadas a las tareas de cuidado, puede hacer visible la doble o triple carga de los y las miembros del hogar, así como, se podría observar como éstas se asocian con el estado de salud.

Motivo que le condiciona, la realización de su actividad de ejercicio físico en el tiempo libre.

Se ha evidenciado que la actividad física intensiva disminuye el riesgo de problemas emocionales en las mujeres. También, que las mujeres físicamente activas perciben su estado de salud como mejor. Éstas son razones importantes para estudiar las razones que subyacen a la falta de ejercicio físico, entre las que se deben tener en cuenta, que las mujeres siguen siendo las principales responsables del trabajo doméstico y que esto contribuye restando posibilidades a este tipo de actividades. Así, son diversos los estudios que detectan una mayor frecuencia en la realización de ejercicio de forma regular en los hombres. Sin embargo, otros estudios apuntan que, cuando se ha invertido recursos para lograr la equidad de género en la práctica de actividad física en jóvenes, las mujeres son quienes desarrollan mayor actividad. La Encuesta de Salud de Andorra (1997) ha observado que la probabilidad de hacer ejercicio en el tiempo libre fue más alta en las mujeres que no convivían con hijos/as, mientras que para los hombres no existe asociación entre la práctica deportiva y la convivencia con hijos/as.

Por lo tanto, el trabajo reproductivo es un condicionante en la realización de ejercicio físico para las mujeres en el tiempo libre, llegando a ser inexistente, tanto si se trata de un día festivo o vacaciones. Fuera de España no es diferente: estar casado/a o tener pareja está asociado con menores niveles de actividad física, como sucede en Canadá.

El rol de género socialmente asignado influye en el concepto de actividad de ocio, no siendo estimado por algunas mujeres y llegando en el caso de muchas amas de casa a sentirse egoístas si ellas eligen tener tiempo, aparte de las tareas del hogar, para realizar actividades de ocio. Esta creencia en la falta de derecho al ocio es un desafío

para los y las responsables del sector sanitario y de los cuidados de salud, así como, para las políticas que busquen promover la actividad física entre las mujeres. Por su importancia para la salud, resulta conveniente estudiar los condicionantes de la realización del ejercicio físico en el tiempo libre, pero teniendo en cuenta los limitantes tanto de hombres como de mujeres. En este sentido, para recabar información sobre la dificultad para realizar esta conducta saludable, se proponen las siguientes opciones de respuesta:

- Se lo impide sus problemas de salud.
- Prefiere realizar otro tipo de actividad de ocio (ir al cine, leer un libro, ver TV,...).
- No dispone de un lugar para realizar la actividad física que desea.
- Falta de tiempo.

Factores Psico-sociales

Una de las teorías más reconocidas sobre la relación entre estrés en el trabajo y la salud, es la propuesta por Karasek y Theorell. Proponen que las situaciones en el trabajo que combinen alta demanda psicológica y bajo control conduce a enfermedad física y mental (como sucede en el trabajo remunerado). Una extensión de esta teoría es la denominada “iso-tensión” que sugiere que cuando se combina una alta tensión en el trabajo con poca ayuda social, los resultados de salud son negativos (como sucede en muchas ocasiones en el trabajo no remunerado). En este sentido, múltiples estudios apuntan a que un bajo control en su trabajo o casa aumentan el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad, así como factores de riesgo relacionados con el estrés en las mujeres.

La respuesta al estrés y a factores de riesgo psico-social difiere entre hombres y mujeres. En Cataluña se presenta una mayor prevalencia de problemas de salud mental entre las mujeres, lo que coincide con otros trabajos. Por otra parte, algunos resultados apuntan a un mayor grado de asociación entre las exigencias psicológicas (trabajar demasiado) con la salud mental en los hombres de ocupaciones menos cualificadas.

Por otro lado, se ha encontrado, que las exigencias del trabajo doméstico tienen un impacto negativo en las mujeres, especialmente cuando tienen un trabajo remunerado

fuera de casa (no en el caso de los hombres). Además, en las mujeres cuidadoras informales se encuentra una asociación entre altos niveles de stress y consecuencias negativas sobre la salud. Pero debe matizarse, teniendo en cuenta que la respuesta varía en las diferentes posiciones sociales. En otro ámbito, como en el caso del trabajo remunerado, las mujeres están expuestas con más frecuencia que los hombres a un exceso de trabajo o a la prolongación de la jornada laboral sin compensación económica y con problemas de discriminación y/o acoso sexual. También, dentro del trabajo de cuidados pero remunerado, tal es el caso de las enfermeras dentro del sector sanitario, se presenta una mayor exposición al bajo control sobre su trabajo, que sus compañeros enfermeros.

El bienestar mental y psico-social es un importante aspecto de la calidad de vida relacionada con salud, aunque la información acerca de esta dimensión de salud esta menos disponible. En este sentido, existe un acuerdo generalizado entre quienes trabajan en el área de género y salud, sobre la necesidad de introducir en la ENS, variables relacionadas con determinantes psico-sociales, tanto dentro del trabajo remunerado como del trabajo no remunerado, que pueden ser potencialmente negativos para la salud, y en las cuales se involucran principalmente personas dedicadas a tareas de cuidados informales, atención al público, trabajos temporales y trabajos sin contrato.

Algunas de las preguntas que quedan por hacer dentro de la ENS están relacionadas con las siguientes situaciones:

- Presencia de situaciones de stress en la actividad remunerada.
- Presencia de situaciones de stress en la actividad no remunerada.
- Nivel de autonomía en su actividad remunerada.
- Nivel de autonomía en su actividad no remunerada

Efecto adverso a medicamentos (incluido como columna al listado de medicamentos recetados y consumidos en la ENS)

En 1977, la *Food and Drug Administration* (FDA) recomendó excluir a las mujeres en edad fértil de los ensayos clínicos, especialmente en la fase en donde se evaluaba la toxicidad y efectos adversos. Posteriormente en 1994, se retractó e instó

incluirlas en sus ensayos. Sin embargo, una revisión publicada en *The New England Journal of Medicine* en la segunda mitad de los noventa, no es optimista sobre la mejoría en los ensayos respecto del equilibrio del número de mujeres y hombres estudiados en éstos, lo mismo afirman otros/as autores/as.

Esto no resulta positivo, teniendo en cuenta las diferencias bioquímicas entre hombres y mujeres, así como en otros aspectos biológicos, lo que lleva a respuestas diferentes por sexo a los fármacos y, en algunos casos, a efectos adversos. Así mismo, estudios en farmacocinética, han revelado importantes diferencias en la absorción, la bio-disponibilidad, la distribución, el metabolismo y la eliminación en función del sexo.

En este sentido, para llevar un seguimiento de este tipo de información en las mujeres particularmente, se propone incluir una variable, agregando al listado de medicamentos de la ENS, una columna que recabe la ocurrencia de algún efecto adverso para cada tipo de medicamento.

Las mujeres son quienes tienen una mayor prevalencia de uso de medicamentos, de acuerdo a un estudio realizado en Cataluña y que coincide con otro realizado en Noruega, y de acuerdo a otro realizado en la Comunidad Valenciana, las mujeres entre los 45-64 años tienen una mayor probabilidad de que se les prescriba medicamentos de utilidad terapéutica baja (VINE), como por ejemplo antihemorroidales y antivariicosos.

Otras dimensiones

Al estudiar la salud desde la perspectiva de género es necesario tener presentes además de las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, la dimensión de la identidad personal –en el que se podría incluir conceptos que tienen que ver con la propia imagen; tales como la auto-percepción y la subjetividad–. Pero también, hay que tener en cuenta la organización de la estructura social –que incluiría el acceso y control de los recursos económicos, educativos o/y culturales por mujeres y hombres, así como otras desigualdades temporales y espaciales vinculadas a los roles de género establecidos– y los valores normativos propios de la cultura androcéntrica –como el

control del conocimiento, y la definición de feminidad y masculinidad (también como ideal de belleza) –.

Más allá del impacto de estos factores en la morbilidad auto-percibida, en la ENS tampoco ha habido posibilidad de estudiar las causas del impacto en la salud, las cuales también se podría asociar a la división sexual del trabajo, con la excepción de una observación sobre el lugar en el que tuvo un accidente. La encuesta de Salud Canadiense pregunta para diferentes problemas de salud y discapacidades, cuál de las siguientes es la mejor descripción de la causa del problema o la discapacidad: 1. Accidente en casa, 2. Accidente haciendo deporte o en actividades recreativas, 3. Accidente de vehículo de motor, 4. Accidente relacionado con el trabajo, 5. En el nacimiento, 6. Problema de salud laboral, 7. Enfermedad o quejas, 8. Procesos relacionados con el envejecimiento, 9. Abuso psicológico o físico, y 10. Otros, especificar...

Por último, hace falta incluir en la Encuesta Nacional de Salud otras dimensiones que en función del género presentan situaciones diferentes en hombres y mujeres y que pueden afectar su salud. Estas dimensiones se relacionan con el poder, status, identidad y violencia. Algunas propuestas se relacionan con las tareas del hogar y, en concreto, con la importancia de tener información además de sobre quiénes realizan las tareas del hogar y de cuidados, sobre:

- Quién decide la distribución de las tareas del hogar .
- Quién es el o la responsable de la ejecución de las tareas del hogar, cuando no coincide con quien las ejecuta.

SEXISMO EN EL LENGUAJE

La ENS ha ido mejorando el lenguaje utilizado en sus últimas versiones, sin embargo, hay algunas cuestiones que todavía pueden ser mejoradas. Así, se ha abandonado el uso de categorías de respuesta influidas en sus definiciones por estereotipos de género: “ama de casa” y “amo de casa” (P 5b, 6 y 7, 2001).

El concepto de “sustentador principal” incorporado en la ENS de 2003, ha venido a sustituir al término “cabeza de familia”, históricamente asignado al hombre en el hogar. Sin embargo, sigue partiendo de una concepción jerarquizada del hogar con reminiscencias claras a la idea de “*breadwinner*” (gana-pan) y, en cualquier caso, sin introducir la posibilidad de equilibrio entre los y las componentes. ¿Qué ocurre si dos o más personas en el hogar cobran lo mismo? (por ejemplo, una pareja de maestros/as). Además, cuando se pregunta por la relación de parentesco se pueden plantear problemas de respuesta si no existe relación de parentesco oficial (Ejemplo: cuando quien responde es una hija que vive con su padre –que está en paro-, y cuya novia con la que conviven tiene empleo y es quien “sostiene el hogar”). Se podría cambiar por “persona de referencia” u otras denominaciones y asignar esta etiqueta a la persona que responde al cuestionario, sea quien sea. Con ello, se evita además sesgos de información producidos por el hecho de pedir a la persona entrevistada más información sobre otras personas. Equipara la información recogida para todos los y las miembros del hogar.

En general, los códigos de las relaciones de parentesco incorporan primero a las masculinas y posteriormente a las femeninas. Una propuesta más justa sería nombrar en unos casos primero al género femenino y después al masculino (ejem: P 6.6 C Hogares, 2003 = madre o padre del cónyuge) y en otros casos nombrar primero al género masculino y después al femenino (P 7.2 C Hogares, 2003 = hijo, hija, padre, madre) y equipara a yernos y nueras.

El término “cuidador” podría ser sustituido por “persona cuidadora”, y el término “entrevistador” por “entrevistador(a)”, y en general incluir alternativas tanto nombrando la acción profesional, como nombrando en femenino o en neutro cuando sea posible.

En definitiva, respecto de los principales resultados del análisis con enfoque de género de la ENS 1997, 2001 y 2003, se puede concluir que:

1. El objetivo de la encuesta es valorar el estado de salud general de la población y la utilización de servicios, pero concede escaso valor a los factores explicativos de estas pautas poblacionales, con la excepción de algunas variables sociodemográficas básicas y hábitos de vida.

2. El enfoque más descriptivo que explicativo de la ENS, limita el análisis de género.

3. El componente explicativo de la ENS podría incrementarse mediante la mejora de las variables sociodemográficas claves en el análisis de género y de los determinantes de la salud y de los problemas de salud que afectan de forma más relevante a las mujeres.

4. Dado que las personas entrevistadas en el cuestionario de hogar son los “sustentadores principales” y, de momento, estos son hombres en su mayoría, se plantea un problema de sesgo de información en la medida que estos suelen tener menos información sobre el hogar que sus parejas.

5. La ENS recoge sexo, pero para poder interpretar con enfoque de género los resultados de los análisis de la ENS, es necesario en cuanto a las variables sociodemográficas, recoger información más detallada sobre roles y recoger información sobre identidad, subjetividad (ideas, valores, creencias sobre salud), poder (estructuración dentro o fuera del hogar, toma de decisiones, status) y capacidad de control sobre su propia vida (dependencia, autoestima,...).

6. La ENS se centra en determinantes de la salud relacionados con los estilos de vida, desde una perspectiva individual en incluso androcéntrica, pues algunos de los factores de riesgos por los que se pregunta con detalle son poco determinantes de la salud de las mujeres. Por el contrario falta información detallada de factores de riesgo que afectan con más frecuencia a las mismas, tales como los efectos de los cuidados informales que ellas prestan, la violencia de género, las condiciones laborales (trabajo remunerado, no remunerado, doble carga) y los patrones estéticos vigentes.

En concreto, con la ENS se puede identificar la desigualdad de mujeres y hombres en roles reproductivos y productivos, las tareas de los agentes de salud, las desigualdades en la división sexual del trabajo dentro del hogar. Por otra parte, se puede identificar escasamente la desigualdad en el apoyo afectivo y personal, y de poder dentro del hogar. Por último, a pesar de ser manifiestamente mejorable, con la ENS se puede recoger mejor información de los factores anteriores, para el caso de la segregación ocupacional.

7. En cuanto a los problemas de salud y acceso a los servicios sanitarios, aunque el listado de problemas sobre los que se recoge información ha ido aumentando desde la ENS de 1997, falta recoger información sobre los problemas de salud mental. Por otra parte, las alternativas de respuesta a las barreras de acceso al sector sanitario responden mejor a las motivaciones de los hombres.

8. Todavía existen estereotipos de género y sexismo en el lenguaje de la ENS aunque ha ido mejorando entre la versión de 1997 y la de 2003. Así, el concepto de “sustentador principal” que ha sustituido al de “cabeza de familia” sigue partiendo de una concepción jerarquizada del hogar, sin dejar posibilidad de equilibrio entre los y las componentes del mismo. Se podría sustituir por el de “persona de referencia” o similar asignando esta etiqueta a la persona que responda el cuestionario. Por otra parte, existen múltiples preguntas masculinizadas y, en ocasiones, con errores de estilo fácilmente subsanables con voluntad política.

BIBLIOGRAFIA

Adams S, Hertig V. Stress, stress response, and health. *Nurs Clin N Am* 2004; 39:1-17.

Alberdi I. La nueva familia española. Madrid: Taurus, 1999.

Amick III BC, Kawachi I, Coakley EH, Lerner D, Levine S, Colditz GA. Relationship of job strain and iso-strain to health status in a cohort of women in the United States. *Scand J Work Environ Health* 1998;24(1):54-61. En: Killien MG. Nurses' health: work and family influences. *Nurs Clin N Am* 2004; 39: 19-35.

Annandale E. Gender inequalities in health. Buckingham: Open University Press, 2001.

Arcand R, Labreche F, Messing K, Stock S, Tissot F. 2000. Work environment and health (environnement de travail et sante'). En: Messing K, Punnett L, Bond M, Alexanderson K, Pyle J, Zahm S, Wegman D, Stock S, De Grosbois S. Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. *Am J Ind Med* 2003; 43:618-629.

Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortés I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy. What are the differences between men and women? *Eu J Public Health* 2004; 14: 43-48.

Artazcoz L. Encuestas de condiciones del trabajo: Reflexiones y sugerencias. *Arch Prev Riesgos Labor* 2003; 6: 0-2.

Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender Inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 639-647.

Artazcoz L, Borrell C, Rohlf's I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gac Sanit* 2001; 15: 150-153.

Artazcoz L, Cirera E, Borrell C, Coll M, Rohlf's I, Villalbí JR. Doble jornada y diferencias de género en la salud mental de la población trabajadora. *Gac Sanit* 1999; 13: 90-92.

Artazcoz L, Cortés I, Moncada S, Rohlf's I, Borrell C. Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud. *Gac Sanit* 1999; 13: 201-207.

Artazcoz L, Coll M, Cirera E, Borrell C, Rohlf's I, Villalbí JR. ¿Influye la convivencia con hijos en la práctica de deporte en el tiempo libre?. *Gac Sanit* 1999; 13(90): 9062-9062.

Artazcoz L, Escribà-Agüir V, Cortès I. Género, trabajos y salud en España. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 2): 24-35.

Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. La salud de las personas adultas. *Gac Sanit* 2004;18 (Supl 1): 56-68

Azorín F, Sánchez Crespo JL. Métodos y aplicaciones del muestreo. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

Barrett M, McIntosh M. The Family Wage: some problems for feminists and socialists. *Capital and Class* 1980; 11: 51- 72.

Barrett M. Capitalism and Women's Liberation. En Nicholson L ed.: *The Second Wave: A reader in Feminist Theory*. New York: Routledge, 1997: 123- 131.

Bat-Ami BO. Marginality and Epistemic Privilege. En Alcoff L, Potter E eds.: *Feminist Epistemologies*. New York: Routledge, 1993: 83-100.

Beattie A, Goott M, Jones L, Sidell M. *Health and wellbeing: A reader*. London. MacMillan Press and Open University, 1993.

Belza B, Warms C. Physical activity and exercise in women's health. *Nurs Clin N Am* 2004; 39: 181-193.

Benería L, Sen G. Class and Gender Inequalities and Women's tool in Economic Development- Theoretical and Practical Implications. *Feminist Studies* 1982; 8.

Benería L, Sen G. Accumulation, reproduction and women's role in economic development: Boserup revisited in Leacock E, Safa H.I. eds. *Women's Work: development and the division of labour by gender*. South Hadley, Mass: Begin and Garvey, 1986.

Biosca G.E. De la emancipación a la liberación y la valoración de la diferencia. El movimiento de mujeres en el Estado español. 1965- 1990. En Duby G, Perrot M dir.: *Historia de las mujeres. El siglo XX. Vol. 5*. Madrid: Taurus, 1993: 673- 683.

Blackburn R.M, Browne J, Brooks B, Jarman J. Explaining gender segregation. *Br J Sociol* 2002; 53; 513-536.

Borderías C, Carrasco C. y Alemany C. *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria, 1994.

Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1869-1887.

Boserup E. *La mujer y el desarrollo socioeconómico*. Madrid: Ediciones Cátedra, 1993.

Braidotti R. Sex/Gender Terminology and Its Implications. In Griffind G, Braidotti R. eds.: *Thinking Differently. A reader in European Women's Studies*. London: ZED-books, 2002: 285 – 307.

Brugulat P, Sécull E, Fusté J. Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes de información disponibles. *Gac Sanit* 2001; 15: 54-60.

Canadian Community Health Survey. Cycle 1.1. September 2000. <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/health.htm> [visitado 11 de nov. 2004].

Canadian International Development Agency CIDA. Guide to Gender-Sensitive Indicators. Quebec: Minister of Public Works Government Services, Canada. 1997

Canadian International Development Agency (CIDA). Guide to gender sensitive indicators. Québec, 1997.

Canadian Institute for Health Information. National consensus Conference on Population Health Indicators. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, Canada, 1999.

Carrasco, C. Mujeres y economía. Nuevas perspectivas para viejos y nuevos problemas. Barcelona: Icaria, 1999.

Carrasco C. El trabajo doméstico y la reproducción social. Madrid: Instituto de la mujer, 1991.

Chafetz, J. Saltzman. Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio. (1ª edición en castellano). Madrid: Cátedra, 1992.

Chapman s, Lupton D. The fight for public health. Principles and practice of media advocacy. London: BMJ Publishing Group, 1994.

Ciancanelli P. M[other]ing wiew on: The construction of gender: Some insights from feminist psychology. Account Auditing Account J 1992; 5: 133-36.

Comisión para la igualdad de oportunidades de mujeres y hombres. Informe anual sobre la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en la Unión Europea en 2002. Parlamento Europeo. Luxemburgo, 2002. COM/2003/0098 final. p.102. [en línea] [fecha de acceso: septiembre 28 de 2004]. URL disponible en: http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&type_doc=COMfinal&an_doc=2003&nu_doc=0098&lg=ES.

Connell R.W. Gender and Power. Society, the Person and Sexual Politics. Oxford: Polity Press, 1987.

CSIC. Trabajo remunerado y no remunerado de las mujeres de la Comunidad de Madrid. CSIC, 2003. Sin publicar. En: Durán MA. Las demandas sanitarias de las familias. Gac Sanit 2004; 18(Supl 1):195-200.

Cortès I, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. Gac Sanit 2004; 18(5): 351-359.

Crompton R. Employment, flexible working and the family. Br J Sociol 2002; 53: 537-558.

Chadeau A, Fouquet A. Peut-on mesurer le travail domestique? Economie et Statistique 1981; 136:4. En: Larrañaga I, Arregi B, Arpal J. El trabajo reproductivo o doméstico. Gac Sanit 2004; 18(Supl 1):31-37.

De la Cruz C. Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo. Vitoria-Gasteiz: Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer; 1998. p. 21.

Delphy C. Women in Stratification studies. En Roberts H ed. Doing Feminist Research. London: Routledge, 1981.

DeFries GH, Fielding JE. Health risk appraisal in the 1990s: Opportunities, challenges and expectations. Ann Rev Public Health 1990; 11: 401-408.

Domínguez, C. Construyendo el equilibrio: Mujeres, trabajo y calidad de vida. Madrid: Instituto de la Mujer, 2001.

Donelan K, Tlik M, DesRoches CM. Caregiving: challenge and implication for Women's Health. Women's Health Issues 2001; 11:185-200. En: En: Montero I, et Al. Género y salud mental en un mundo cambiante. Gac Sanit 2004; 18(Supl 1): 175-81.

Durán M.A. El trabajo invisible en España: Aspectos económicos y normativos. Documentación Social 1996, 105: 137-157.

Durán, M.A. La jornada interminable. Barcelona: Icaria, 1986.

Durán MA. Las demandas sanitarias de las familias. Gac Sanit 2004; 18(Supl 1):195-200

Escario P, Alberdi I, López-Accotto AI. Lo personal es político. El Movimiento Feminista en la transición. Madrid: Instituto de la Mujer, 1996.

Escribà V. Diseño de Cuestionarios. Quaderns de Salut Pública i Administració de Serveis de Salut 14. Institut Valencia: Valencià en Salut Pública IVESP, 1997.

Eurostat Unit E2. The life of women and men in Europe: A statistical portrait. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.

Fado P, Niebrugge-Brantley J. Teoría feminista contemporánea” en Ritzer G: Teoría Sociológica Moderna. (5ª Ed). Madrid: McGrawHill 2002: 379 – 441.

FAO, Grupo consultivo en género del Ministerio de agricultura, ganadería y alimentación de Guatemala. 1996. [en línea] [fecha de acceso: septiembre 27 de 2004]. URL disponible en: <http://www.fao.org/DOCREP/x0220s/x0220s00.htm>.

Ferguson A, Folbre N. The Unhappy Marriage of Patriarchy and Capitalism. En Sargent L eds.: Women and Revolution. Boston: South End Press,1981.

Firestone Sh. The Dialectic of Sex: the case for feminist revolution. New York: Morrow, 1974.

Fuhrer R. How gender affects patterns of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple sources of support from "close persons". *Soc Sci Med* 2002; 54(5):811-825.

Furu K, Straume B, Thelle DS. Legal drug use in a general population: association with gender, morbidity, health care utilization, and lifestyle characteristics. *J Clin Epidemiol* 1997; 50:341-349

García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):132-139.

García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 2): 83-92.

Griffind G, & Braidotti R. eds. *Thinking Differently. A reader in European Women's Studies* London: ZED-books, 2002.

Griffin JM. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class?. *Soc Sci Med* 2002; 54(5):783-798.

Gutek BA. 2001. Women and paid work. *Psychol Women Q*25(4):379-393. En: Messing K, Punnett L, Bond M, Alexanderson K, Pyle J, Zahm S, Wegman D, Stock S, De Grosbois S. Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. *Am J Ind Med* 2003; 43:618-629.

Hatch M, Moline J. Women, Work, and Health. *Am J Ind Med* 1997; 32:303-308.

Hanson K. *Measuring Up: Gender, Burden of Disease, and Priority-setting Techniques in the Health Sector* Boston: Harvard Center for Population and Development Studies, 1999. Traducido por la Organización Panamericana de la Salud: La medición del estado de la salud. Género, carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud. <http://www.paho.org> [visitado 11 de nov. 2004].

Harding S. *Whose Science?, Whose Knowledge?. Thinking from Women's Lives*. New York: Cornell University Press, 1991.

Harding S. *Ciencia y feminismo*. Madrid: Ed. Morata, 1996.

Hartmann H. Capitalismo, patriarcado y segregación de los empleos por sexos. En Borderías C, Carrasco C, Alemany C (comp.): *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria, 1994: 253- 294.

Hartmann H. *The Unhappy Marriage of Marxism and Feminism. Towards a More Progressive Union*. In Nicholson L ed.: *The Second Wave: A reader in Feminist Theory*. New York: Routledge, 1997: 97 – 123.

Hedman B, Perucci F, Sundström *Engendering Statistics – A Tool for Change*. Statistics Sweden: Stockholm, 1996.

Heitkemper M, Jarrett M, Bond EF, Chang L. Impact of Sex and Gender on Irritable Bowel Syndrome. *Biological Research for Nursing* 2003; 5(1): 56-65.

Heitkemper M, Jarrett M, Frank E. Irritable bowel syndrome in women: a common health problem. *Nurs Clin N Am* 2004; 39: 69-81.

Hernán M, Fernández A, Ramos M. La salud de los jóvenes. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1): 47-55.

Hess B.B, Marx F. eds. *Analysing Gender. A Handbook of Social Science Research*. California: Sage Publications, 1987.

Humphries J, Rubery J. La autonomía relativa a la reproducción social: su relación con el sistema de producción. En Borderías C, Carrasco C, Alemany C (comp.): *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria, 1994: 393- 423.

Instituto de la Mujer. *Mujeres en Cifras. Estadísticas sobre Familia: diferencias en el uso del tiempo, según sexo, año 2001*. [en línea] [fecha de acceso: octubre 4 de 2004]. URL disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/W202.XLS>

ICECI Coordination and Development Group (2003). *International Classification of External Causes of Injuries (ICECI) version 1.1a. Volume 1: Tabular Lists*. Consumer Safety Institute, Amsterdam and AIHW National Injury Surveillance Unit, Adelaide.

Instituto Nacional del Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo. “Disminuye la gravedad de las lesiones aunque son más frecuentes”. Nota de Prensa. Abril 19 de 2002. [en línea] [fecha de acceso Octubre 1 de 2004]; URL disponible en: <http://ww1.msc.es/notas/home.htm>.

Instituto Nacional del Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe Resumen del Programa de Prevención de Lesiones: Red de Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio*. Instituto Nacional del Consumo, Subdirección General de Ordenación del Consumo. Madrid, 2004. [en línea] [fecha de acceso Octubre 1 de 2004]; URL disponible en: <http://www.consumo-inc.es/informes/interior/estudios/estudios.htm>.

Instituto Nacional de Estadística INE. *Censos de Población y Viviendas 2001, Proyecto censal 2001* [en línea]. [fecha de acceso 12 de julio de 2004]. URL disponible en: <http://www.ine.es/censo2001/preguntas.htm#12>.

Instituto Nacional de Estadística INE. *Mujeres y Hombres en España 2002*. En: Instituto Nacional de Estadística INE. *Indicadores Sociales de España 2003*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística INE, 2004.

Instituto Nacional de Estadística INE. *Plan de Actuación para el año 2004*. [en línea] [fecha de acceso noviembre 1 de 2004]; URL disponible en: <http://www.ine.es/ine/planine2004/planine2004.htm>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México (INEGI) <http://www.inegi.gob.mx/> [citado 11 de nov. 2004].

Instituto Nacional de Estadística INE. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud año 2003. [en línea] [fecha de acceso: septiembre 24 de 2004]. URL disponible en: <http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530419.pdf>.

Irigaray L. *Ethique de la difference sexuelle*. Paris: De Minuit, 1984.

Irigaray L. *Yo, Tú y Nosotras*. Madrid: Cátedra Feminismos, 1992.

Karasek R, Theorell T. *Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990. En: Killien MG. *Nurses' health: work and family influences*. *Nurs Clin N Am* 2004; 39: 19-35.

La Parra D. *Desigualdad en la distribución de cuidados de salud informales: Relación entre hogar y desigualdad en salud*. Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Departamento de Sociología II. Universidad de Alicante, 2001.

La Parra D. *Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales*. *Gac Sanit* 2001; 15 (6): 498-505

Lagarde M. *Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia*. Madrid: horas y Horas 1996.

Larrañaga I, Arregi B, Arpal J. *El trabajo reproductivo o doméstico*. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 1):31-37.

Leacock E, Safa H.I. eds. *Women's Work: development and the division of labour by gender*. South Hadley, Mass: Begin and Garvey, 1986.

Messing K, Punnett L, Bond M, Alexanderson K, Pyle J, Zahm S, Wegman D, Stock S, De Grosbois S. *Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research*. *Am J Ind Med* 2003; 43:618-629.

Montero I, Ruiz I, Tarazona E. *Psychosocial distress in women caregivers related to health policies*. 1st World Congress on Archives of Women's Mental Health 2001;94-95.

Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J, Vázquez-Barquero JL. *Género y salud mental en un mundo cambiante*. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 1): 175-181

Montserrat A. *What should be measured in relation to health status. The EU aggregate experience*. WHO/ Eurostat Meeting on the Measurement of Health Status. Geneva: DG Health and Consumer Protection, European Commission, Unit Health Information. Directorate C – Public Health and Risk Assessment. 2004.

Millet K. Sexual Politics. London: Vigaro, 1977.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. III Plan para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres 1997-2000. [en línea] [fecha de acceso: noviembre 5 de 2004]. URL disponible en:

<http://www.un.org/womenwatch/confer/beijing/national/spain.htm>

Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. <http://www.un.org/womenwatch/confer/beijing/reports/platesp.htm> [visitado 11 de nov. 2004].

Naciones Unidas. Beijing+5. Periodo extraordinario de la Asamblea General. "Mujeres 2000: Igualdad de género, desarrollo y paz para el siglo XXI". Nueva York. 2000. [en línea] [fecha de acceso: noviembre 5 de 2004]. URL disponible en:

<http://www.onu.org/temas/mujer/Beijing5/beijing5.htm>

Nazroo J.Y, Edwards A.C, Brown G.W. Gender differences in the prevalence of depression: artefact, alternative disorders, biology or roles. Soc Health Illness 1998; 20: 312-330.

Niedhammer I, Saurel-Cubizolles M, Piciotti M, Bonenfant S. How is sex considered in recent epidemiological publications on occupational risks?. Occup Environ Med 2000; 57:521-527.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial Para la Salud (OPS/OMS). 19ª Sesión del subcomité ejecutivo sobre desarrollo de la mujer, la salud y el desarrollo http://www.paho.org/spanish/gov/ce/msd/msd19_4-s.pdf. [visitado 11 de nov. 2004].

Ordóñez-Iriarte JM, El medio ambiente y su impacto en la salud: riesgos tradicionales, nuevos riesgos. Gac Sanit 2004; 18(Supl 1): p. 222-233.

Papí N, Ruiz MT, Vives C, Cabrera V. Análisis de género en la ENS: Información sobre las tareas domésticas, reproductivas y de cuidados informales. Comunicación en el VIII Congreso Español de Sociología, mesa Sociología de la Salud. Sesión "Desigualdades sociales en salud" del 23 al 25 de septiembre, 2004.

Peiró R, Colomer C, Escriba V, Anitua C, Artazcoz L, Borrell C, García-Calvente MM, Larizgoitia I, Llacer A, Mazarrasa L, Pasarín MI, Rohlf I, Valls-Llobet C. Género, armarios y cuestionarios. Gac Sanit 2000;14(5): 408-411.

Pinn V. Sex and gender factors in medical studies. JAMA 2003; 289:397-400.

Priori J.C. La calidad de vida de la mujer trabajadora. Un análisis de la situación social de la mujer que trabaja fuera del hogar. Granada: Universidad de Granada, 1997.

Prus SG. Gender differences in the influence of economic, lifestyle, and psychosocial factors on later-life health. *Can J Public Health* 2003; 94(4):306-309.

Rodríguez M, Stoyanova A. La influencia del tipo de seguro y la educación en los patrones de utilización de los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 1):102-111

Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, y cols. La importancia de la perspectiva de género en las encuesta de salud". *Gac Sanit* 2000; 14: 146-155.

Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M. Género, Desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000; 14(Supl.3): 60-71.

Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidem Commun Health* 1997; 51:106-109.

Ruiz MT, Verdú M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 1): 118-125

Sanfélix Genovés JS, Palop Larrea V, Pereiró Berenguer I, Martínez-Mir I. Influencia del sexo del paciente en la calidad de los medicamentos consumidos. *Aten Primaria* 2002; 30(3): 163-170.

Sans S, Paluzie G, Puiga T, Balañá L, Balaguer-Vintró I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit* 2002;16(2):121-130

Smith D.E. *The Everyday World as problematic: A feminist sociology*. Milton Keynes: Open University Press,1987.

Smith D.E. *The Conceptual Practices of Power: A Feminist Sociology of Knowledge*. Boston: Northeastern University Press, 1990.

Snedecor GW, Cochran WG. *Métodos Estadísticos*. Iowa: The Iowa State University Press, 1971.

Spanier PA, Allison KR. General social support and physical activity: an analysis of the Ontario Health Survey. *Can J Public Health* 2001; 92(3): 210-213.

Stanley L. *Methodology Matters!*. In Robinson V, Richardson D eds.: *Introducing Women's Studies*. (2nd Edition). London: MacMillan, 1997: 198-219.

Stanley L. ed. *Feminist Praxis. Research, Theory and Epistemology in Feminist Sociology*. London: Routledge, 1990.

Statistics Sweden. Engendering National Statistical Programs: What are the new challenges?. En: *UNECE Work Session on Gender Statistics*. Geneva, 18-20 October 2004. UNECE, UNDP, UNFPA,WHO. [en línea] [fecha de acceso: noviembre 5 de

2004]. URL disponible en: <http://www.unece.org/stats/documents/2004/10/gender/wp.6.e.pdf>

Status of Women Canada. Gender-Based Analysis: A guide for policy-making. Ottawa: Status of Women Canada; Revised edition, 1998. [en línea] [fecha de acceso: septiembre 27 de 2004]. URL disponible en: http://www.swc-cfc.gc.ca/pubs/gbguide/gbguide_e.html.

Steil J.M. Marital Equality: Its Relationship to the Well-Being of Husbands and Wives. Thousand Oaks, California: Sage, 1997.

Telama R, Yang X. Decline of physical activity from youth to young adulthood in Finland. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32: 1598-1600. En: Hernán M, Fernández A, Ramos M. La salud de los jóvenes. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1): 47-55.

Tobío C. La familia y el empleo: prácticas y discursos de las mujeres. En Radl Philipp R. ed.: *Cuestiones actuales de sociología del género*. Madrid: CIS, 2001: 129-148.

Tobío C. dir. *Una nueva sociedad: mujeres y hombres a partes iguales*. Madrid: Dirección General de la Mujer, 2003.

Torpy J. Men and Women are different. *JAMA* 2003; 289(4): 510

Ulmer H, Deibl M, Jäkel H, Pfeiffer K. The Innsbruck Women's Health Study 1999: health status and behaviour. *Soz. Präventivmed*. 2001; 46: 001-009.

United Nations Economic Commission for Europe, Statistical Division. Draft report on the status of official statistics related to gender equality in Western Europe and North America. En: UNECE Work Session on Gender Statistics. Geneva, 18-20 October 2004. UNECE, UNDP, UNFPA, WHO. [en línea] [fecha de acceso: noviembre 5 de 2004]. URL disponible en:

<http://www.unece.org/stats/documents/2004/10/gender/wp.4.e.pdf>

Veres Ferrer EJ. Ordenación de secciones censales según un indicador de pobreza. *Revista Estadística Española* 1999; 41(144): 169-201.

Walker M. Engineering identities. *Br J Soc Education* 2001; 22.

Watson J.M, Scarinci I.C, Klesges R.C, Slawson D, Beech B.M. Race, socio-economic status, and perceived discrimination among healthy women. *J Women's Health Gender-Based Med* 2002; 11: 441-50.

Verbrugge LM. Gender and health: an update on hipótesis and evidence. *J Health Soc Behav* 1985; 26:156-182. En: Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000; 14 (Supl.3): 60-71.

Wróblewska W. Women's health status in Poland in the transition to a market economy. *Soc Sci Med* 2002; 54: 707-726.

Zahm SH, Blair A. Occupational Cancer Among Women: Where Have We Been and Where Are We Going?. *Am J Ind Med* 2003; 44:565-575.

ANEXO 1. ANÁLISIS DE GÉNERO DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (CUESTIONARIO)

Una vez revisada la ENS-2003, por favor

1. Identifica al menos 3 factores de riesgo, relacionados con los siguientes sistemas de género, que hayas notado que faltan en la encuesta y que valoras como relevantes para la salud de las mujeres:

- Identidad personal y subjetividadⁱ
- Estructura social y disposición de los recursosⁱ
- Normas sociales y factores simbólicosⁱ

2. Identifica al menos 3 factores de riesgo incluidos en la encuesta, relacionados con los sistemas de género mencionados, que valoras como generadores de desigualdades en la salud entre hombres y mujeres,:

- Identidad personal y subjetividad
- Estructura social y disposición de los recursos
- Normas sociales y factores simbólicos

3. Identifica al menos 3 problemas de salud, relacionados con los siguientes sistemas de género, que hayas notado que faltan en la encuesta y que valoras como importantes en las mujeres.

- Identidad personal y subjetividad
- Estructura social y disposición de los recursos
- Normas sociales y factores simbólicos

A continuación se formula una serie de preguntas sobre el tratamiento de ciertos aspectos de la ENS-2003 en los que se desea profundizar:

4. ¿La ENS transmite estereotipos de género?

SÍ

NO

5. Si respondes SÍ, ¿Qué estereotipos de género trasmite?

6. ¿Cómo transmite la ENS los estereotipos de género?

7. ¿Qué harías para eliminarlos?

8. ROLES REPRODUCTIVOS Y PRODUCTIVOS:

8.1. ¿La ENS recoge información sobre los roles reproductivos y productivos?

SÍ

PARCIALMENTE

NO

8.2. Si respondes SÍ ¿Qué información recoge sobre los roles reproductivos y productivos? Identificar el número de las preguntas en la ENS-2003.

8.3. Si respondes PARCIALMENTE o NO ¿Qué y cómo harías para identificar los roles reproductivos y productivos?

8.4. ¿Cómo harías para analizar la combinación de roles reproductivos y productivos?

8.5. ¿Crees que es posible identificar la influencia en la salud de la combinación de los roles reproductivos y productivos?

SÍ

PARCIALMENTE

NO

8.6. Si respondes SÍ ¿Cómo tiene en cuenta la encuesta la influencia en la salud de la combinación de los roles reproductivos y productivos? Identificar las preguntas a combinar en la ENS-2003.

8.7. Si respondes PARCIALMENTE o NO ¿Qué y cómo harías para identificar la influencia en la salud de la combinación de los roles reproductivos y productivos?

8.8. Del 0 (min.) al 10 (máx.), ¿Cuánto de relevante es medir la influencia en la salud de los roles reproductivos y productivos a partir de la ENS? Razonar.

9. AGENTES DE SALUD:

9.1. ¿Se pueden identificar en la ENS las tareas de quienes son los agentes de salud dentro del hogar?

SÍ

PARCIALMENTE

NO

9.2. Si respondes SÍ ¿Cuáles tareas son tenidas en cuenta? Identificar el número de las preguntas en la ENS-2003.

9.3. Si respondes PARCIALMENTE o NO ¿Cuáles y como se deberían tener en cuenta?

9.4. Del 0 (min.) al 10 (máx.), ¿Cuánto de relevante es identificar las tareas de los agentes de salud dentro del hogar? Razonar.

10. DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO DENTRO DEL HOGAR:

10.1. ¿La ENS tiene en cuenta la división sexual del trabajo dentro del hogar?

- SÍ
PARCIALMENTE
NO

10.2. Si respondes SÍ ¿Cómo tiene en cuenta la división sexual del trabajo dentro del hogar? Identificar el número de las preguntas en la ENS-2003.

10.3. Si respondes PARCIALMENTE o NO ¿Qué y cómo harías para identificar la división sexual del trabajo dentro del hogar?

10.4. ¿Crees que es posible identificar la influencia en la salud de la división sexual del trabajo?

- SÍ
PARCIALMENTE
NO

10.5. Si respondes SÍ ¿Cómo tiene en cuenta la influencia en la salud de la división sexual del trabajo dentro del hogar? Identificar las preguntas a combinar en la ENS-2003.

10.6. Si respondes PARCIALMENTE o NO ¿Qué y cómo harías para identificar la influencia en la salud de la división sexual del trabajo dentro del hogar?

10.7. Del 0 (min.) al 10 (máx.), ¿Cuánto de relevante es identificar la influencia en la salud de la división sexual del trabajo dentro del hogar a partir de la ENS? Razonar.

11. PROBLEMAS DE SALUD Y LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD:

11.1. ¿Qué problemas de salud limitan parcial o totalmente las actividades domésticas?

11.2. ¿Qué problemas de salud limitan parcial o totalmente las tareas de cuidados?

12. PODER DENTRO DEL HOGAR:

12.1. ¿La ENS tiene en cuenta la desigualdad en el poder dentro del hogar, entendido como la capacidad de tomar decisiones para sí mismo(a) y los demás miembros del hogar?

- SÍ
PARCIALMENTE
NO

12.2. Si respondes SÍ ¿Cómo es tenido en cuenta el poder dentro del hogar? Identificar el número de las preguntas en la ENS-2003.

12.3. Si respondes PARCIALMENTE o NO ¿Qué y cómo harías para identificar el poder dentro del hogar?

12.4. ¿Qué problemas de salud más frecuentes piensas que podrían relacionarse con la desigualdad de poder dentro del hogar?

12.5. Crees que es posible identificar la influencia en la salud del poder dentro del hogar

SÍ
PARCIALMENTE
NO

12.6. Si respondes SÍ ¿Cómo es tenido en cuenta la influencia en la salud del poder dentro del hogar? Identificar las preguntas a combinar en la ENS-2003.

12.7. Si respondes PARCIALMENTE o NO ¿Qué y cómo harías para identificar la influencia en la salud del poder dentro del hogar?

12.8. Del 0 (min.) al 10 (máx.), ¿Cuánto de relevante es medir la influencia en la salud del poder dentro del hogar a partir de la ENS? Razonar.

13. APOYO AFECTIVO Y PERSONAL:

13.1. ¿La ENS detecta suficientemente el apoyo afectivo y personal?

SÍ
PARCIALMENTE
NO

13.2. Si respondes SÍ ¿Cómo es tenido en cuenta el apoyo afectivo dentro del hogar? Identificar el número de las preguntas en la ENS-2003.

13.3. Si respondes PARCIALMENTE o NO ¿Qué y como harías para identificar el apoyo afectivo y personal?

13.4. ¿Qué y cómo harías para identificar la influencia en la salud del apoyo afectivo y personal? Identificar las preguntas a combinar en la ENS-2003.

13.5. Del 0 (min.) al 10 (máx.), ¿Cuánto de relevante es identificar la influencia en la salud del apoyo afectivo y personal a partir de la ENS? Razonar.

14. SEGREGACIÓN HORIZONTAL:

14.1. ¿Recoge la ENS información sobre la segregación horizontal?

SÍ
PARCIALMENTE
NO

14.2. Si respondes SÍ ¿Cómo tiene en cuenta la segregación horizontal? Identificar el número de las preguntas en la ENS-2003.

14.3. Si respondes PARCIALMENTE o NO ¿Qué y cómo harías para identificar la segregación horizontal?

14.4. ¿Crees que es posible identificar la influencia en la salud de la segregación horizontal?

SÍ

PARCIALMENTE

NO

14.5. Si respondes SÍ ¿Cómo tiene en cuenta la influencia en la salud de la segregación horizontal? Identificar las preguntas a combinar en la ENS-2003.

14.6. Si respondes PARCIALMENTE o NO ¿Qué y cómo harías para identificar la influencia en la salud de la segregación horizontal?

14.7. Del 0 (min.) al 10 (máx.), ¿Cuánto de relevante es identificar la influencia en la salud de la segregación horizontal a partir de la ENS? Razonar.

15. SEGREGACIÓN VERTICAL:

15.1. ¿La ENS recoge información sobre la segregación vertical?

SÍ

PARCIALMENTE

NO

15.2. Si respondes SÍ ¿Cómo tiene en cuenta la segregación vertical? Identificar el número de las preguntas en la ENS-2003.

15.3. Si respondes PARCIALMENTE o NO ¿Qué y cómo harías para identificar la segregación vertical?

15.4. ¿Crees que es posible identificar la influencia en la salud de la segregación vertical?

SI

PARCIALMENTE

NO

15.5. Si respondes SÍ ¿Cómo tiene en cuenta la influencia en la salud de la segregación vertical? Identificar las preguntas a combinar en la ENS-2003.

15.6. Si respondes PARCIALMENTE o NO ¿Qué y cómo harías para identificar la influencia en la salud de la segregación vertical?

15.7. Del 0 (min.) al 10 (máx.), ¿Cuánto de relevante es identificar la influencia en la salud de la segregación vertical a partir de la ENS? Razonar.

16. Evaluar el cuestionario en los siguientes aspectos si 10 es la máxima puntuación y 0 es la mínima:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No transmite estereotipos											
Identifica la desigualdad de mujeres y hombres en roles reproductivos y productivos											
Capacidad para detectar cómo estas desigualdades influyen en la salud											
Identifica las tareas de los agentes de salud											
Identifica la desigualdad en la división sexual del trabajo dentro del hogar											
Capacidad para detectar como la división sexual del trabajo dentro del hogar influye en la salud											
Identifica desigualdad en el apoyo afectivo y personal dentro del hogar											
Capacidad para detectar como la desigualdad en el apoyo afectivo y personal influye en la salud											
Identifica segregación horizontal											
Capacidad para detectar cómo la segregación horizontal influye en la salud											
Identifica segregación vertical											
Capacidad para detectar cómo la segregación vertical influye en la salud											
Identifica desigualdades de poder											
Capacidad para detectar cómo las desigualdades de poder influyen en la salud											

Observaciones: