

APORTACIONES DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO A LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

**García Gil, Carmen. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Universidad de Sevilla. cggil@us.es**

**Álvarez Girón, Manuela. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Universidad de Sevilla. giro@us.es**

**Solano Parés, Ana. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Universidad de Sevilla. solano@us.es**

Resumen: El Grupo de Investigación “Análisis epidemiológico de las desigualdades sociales ante la salud”, constituido en 1987, viene trabajando, desde sus inicios, en el desarrollo de metodologías de investigación que abran el campo de la salud a una perspectiva social y poblacional, más allá de lo biomédico. La perspectiva de género, introducida en los últimos años, ha sido el resultado que le ha dado coherencia a las distintas líneas de investigación emprendidas y nos ha abierto a la vez nuevos campos de estudio. Comenzamos haciendo la búsqueda de las desigualdades sociales a partir de parámetros clásicos de la epidemiología: tendencias seculares (como mortalidad materna, infantil, fecundidad) y desigualdades laborales (en los sectores de agricultura y servicios). El Grupo viene introduciendo el uso de las metodologías cualitativas en salud desde su inicio; así como la incorporación de variables sociales en las fuentes de datos y en los análisis elaborados con una metodología cuantitativa. Es a partir de la mirada que aporta el paradigma social desde donde podemos visibilizar la perspectiva de género en salud. La búsqueda de las desigualdades sociales desde esta nueva perspectiva nos ha remitido a la problemática de la inmigración, donde confluyen todas las líneas antes mencionadas y nos ha abierto a nuevos estudios poblacionales como los referentes a la conciliación laboral y familiar y su repercusión en la salud.

Palabras claves: epidemiología, género, paradigma, desigualdades sociales.

Nuestra aportación quiere mostrar como el desarrollo conceptual y metodológico que hemos ido generando durante 20 años en el Grupo de Investigación “Análisis epidemiológico de las desigualdades sociales ante la salud” con el objetivo de visibilizar la existencia y la magnitud de tales desigualdades -paso previo para emprender estrategias de Salud Pública y políticas sociales dirigidas a reducirlas-, es una herramienta idónea para el estudio de los problemas de salud en las mujeres.

A su vez la perspectiva de género en el análisis epidemiológico, ha permitido una visión compleja y global de las desigualdades que se pone de manifiesto en las investigaciones realizadas siguiendo los parámetros clásicos de la descripción epidemiológica –estudios seculares, territoriales u ocupacionales-.

Aparece así una potenciación de ambas perspectivas –epidemiológica y de género- para visibilizar las más fragantes desigualdades sociales ante la salud.



El estudio de estas desigualdades, no es solo una preocupación ética o un mandato constitucional, sino también una necesidad teórica y metodológica, ya que su estudio y comprensión serán precisos y preciosos para entender las profundas relaciones entre la vida de las personas y su salud. Para llevar a cabo la investigación, como actividad esencial en la ciencia, debemos antes pensar si podemos contestar las preguntas que siempre surgen al tratar el papel de la ciencia y la investigación, ¿ciencia para qué? ¿ciencia para quién?. Nájera decía en 1988 “el pensamiento epidemiológico nos permite responder, introduciendo dos objetivos claros:

- a) ciencia e investigación para disminuir las desigualdades sociales ante la salud y mejorar la calidad de vida de la colectividad o comunidad.
- b) ciencia e investigación para todos, también para los grupos que la sociedad margina, también para la mujer.”

Ello supone un cambio radical en el enfoque de la ciencia, que en general ha sido individualista y dirigida por intereses particulares o de pequeños grupos sociales. En salud necesitamos por tanto del pensamiento epidemiológico, que es aquel que pretende introducir el interés colectivo y el punto de vista comunitario en la respuesta que se le dé a los problemas de salud de la población, de todos.

Este ha sido nuestro eje conductor desde hace más de veinte años. Y con este objetivo, en 1987 un grupo de investigadores creamos el Grupo para analizar la situación de salud de la población dando a la perspectiva epidemiológica un “sesgo” particular que podríamos definir como el punto de vista que pretende mirar desde los intereses de las comunidades que sufren mayores cuotas de depredación social (Nájera, 1992). Es fácil intuir que este sesgo que trataba de dar una identidad propia al grupo, nos llevaría necesariamente al grupo de población que sufre las mayores cuotas de depredación social dentro de los distintos ámbitos que se analicen: las mujeres.

Desde sus inicios venimos trabajando en el desarrollo de metodologías de investigación que abran el campo de la salud a una perspectiva social y poblacional, más allá de lo biomédico. En este sentido venimos a la vez planteando y trabajando sobre las importantes limitaciones que el paradigma biologicista actual tiene para entender y por tanto resolver los problemas de salud de las poblaciones.

Vale la pena retomar algunos de los primeros hallazgos sorprendentes. El Grupo estudió los cambios habidos en España durante el siglo XX en el patrón de mortalidad de las mujeres, caracterizado por el hecho de que se pasó de un patrón de mortalidad de convexidad en edades jóvenes (periodo fértil) en la primera mitad del siglo, a un modelo más parecido al teórico exponencial creciente, a partir de mediados de los años cincuenta del pasado siglo (Cortés, García Gil y Viciano, 1990). Desde el paradigma biomédico la llamada “sobremortalidad” (figuras 1,2 y 3) de las mujeres en edad fértil ha sido analizada desde la perspectiva de las diferencias genéticas con los varones, particularmente desde los aspectos sexuales-biológicos y reproductivos, sin entrar a considerar otras posibles diferencias. Por este motivo, dicha sobremortalidad se había interpretado tradicionalmente como mortalidad materna. Un análisis detallado puso de relieve que la mortalidad de las mujeres, en las primeras décadas del siglo XX, era superior a la de los varones, no solo en edades fértiles, sino en edades inferiores, alcanzando hasta la edad de 5 años, hecho que ocurría no solo en España (Viciano, 1998), sino que ha sido común en épocas pasadas y en otros países europeos (Tabutin, 1978). De manera que el atribuir el exceso de mortalidad femenina en edades fértiles

solo a causas reproductivas era una hipótesis que no se sostenía. Nuestros análisis concluyeron que era la tuberculosis el problema de salud que mejor explicaba esta sobremortalidad (Cortés, García Gil y Vicianá, 1990). La tuberculosis es la enfermedad paradigmática de la depredación social, lo que evidenciaba una explicación no biologicista del problema, y entrábamos de lleno en interpretaciones en clave de causas sociales, y por tanto de desigualdades sociales.

En este sentido, debemos señalar, que diez años después, el Banco Mundial (Gwatkin y Guillot, 2000) en un informe que analiza la carga de la enfermedad en el 20% de las personas más pobres del mundo, se constata una proporción relativamente más alta de mala salud de las mujeres en comparación con los varones. El análisis que hacen estos autores, de las razones de esas diferencias entre los sexos, concluye que cuando se excluyen de los cálculos las enfermedades relacionadas estrictamente con la maternidad, todavía persisten niveles más altos de peor salud de las mujeres en comparación con los varones.

Por otra parte, estudiamos las relaciones entre la reducción de la mortalidad derivada del hecho de reproducirse y los cambios habidos en los patrones reproductivos (Cortés, García Gil, y cols 1992), lo cual suponía un enfoque alternativo al estudio de la mortalidad materna, al dar un protagonismo a los factores socio-demográfico-culturales, los cuales han sido relegados, en los análisis epidemiológicos convencionales, a factores secundarios.

Otro de los grandes problemas de salud pública durante el siglo XX ha sido la altísima mortalidad que se producía en los menores de un año. La mortalidad infantil era valorada como un indicador que expresa con bastante fidelidad las condiciones socio-económicas de una población, se trata de un fenómeno biológico muy sensible a los cambios en la depredación social. Sin embargo, nuestras investigaciones sugirieron que además de los factores económicos y biomédicos, ya repetidamente estudiados era necesario considerar el desarrollo socio-cultural de las mujeres. Nuestros estudios relacionaron los importantes cambios que tuvieron lugar en la situación de las mujeres españolas en el primer tercio del siglo XX (sobre todo en la década de los veinte y durante la Segunda República) y el marcado descenso que hubo en la posguerra española (década de los cuarenta de pasado siglo) de la mortalidad infantil, periodo en el que las condiciones económicas se mantenían en máxima precariedad (figura 4). En la década anterior a la posguerra se había aumentado de forma notable el acceso de las mujeres a la enseñanza media (tabla 1), lo que había elevado el nivel cultural de las que fueron madres en estos momentos de crisis económica (García Gil, Cortés y cols, 1989)

Estos hallazgos evidenciaron, en su momento, la necesidad de ampliar el paradigma desde el que investigamos, ya que las verdades consagradas por el paradigma biologicista no resistían una mirada crítica. Definitivamente el campo de la salud tenía que dialogar con las ciencias sociales, por lo que nuestra investigación empezó a caminar sobre ambos pies:

- la investigación cuantitativa, con el estudio de series seculares de mortalidad por distintas causas (materna, infantil, neumonía, TBC, cánceres,...), lo que permitió estudiar el impacto demográfico y sanitario de la llamada transición epidemiológica (por una parte, la disminución de la mortalidad, fundamentalmente en las etapas infantil y juvenil; y por otra el cambio de los

patrones de salud-enfermedad y por tanto de las principales causas de muerte, con una gran disminución de las infecciosas y transmisibles y un aumento relativo de las llamadas enfermedades crónicas). Ante este panorama, en 1988 en la IV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, se concluye en relación a los cambios en los patrones de salud-enfermedad que “todo lo cual ha conllevado a un agotamiento de la capacidad explicativa de los paradigmas conceptuales que han sido tradicionalmente predominantes, y a la necesidad de desarrollar nuevos modelos explicativos y formas de investigación y acción. Estos cambios requieren la recuperación de la tradición epidemiológica de entender dichos problemas como expresión de formas concretas de existencia de diferentes grupos de la población, de las condiciones de vida y de las complejas relaciones entre los procesos biológicos y sociales. Ello ha conducido a recuperar la capacidad explicativa de otras disciplinas diferentes a las biológicas y clínicas para comprender los fenómenos de salud”.

- Investigación cualitativa: los primeros intentos consistieron en la aplicación de las técnicas de investigación cualitativa al campo de la salud, a través de las que intentamos generar un debate sobre la salud en grupos marginados (que curiosamente nos remitió a las mujeres), desde una perspectiva intersectorial con el objetivo de iniciar el compromiso comunitario en salud. Pudimos constatar (cuadros 1 y 2) que de los dos grupos comunitarios elegidos en la investigación (grupo formal e informal) fue en el grupo informal, constituido de manera natural por la población (taller de costura) donde pudo generarse el discurso a través de acontecimientos ocurridos en el barrio y de las situaciones concretas de la vida de las mujeres que componían el grupo. En el grupo formal, artificialmente constituido para asistir a charlas de educación para la salud organizadas desde el ayuntamiento, no fue posible dicho discurso (Álvarez Girón, 1991). No obstante la incorporación de técnicas de investigación cualitativas, debe partir de un marco conceptual integral, que permita ubicar estas técnicas como parte de la Salud Pública, fortalezca la perspectiva epidemiológica y social de los problemas de salud.

Llegados a este momento se hace imprescindible abordar lo que se venía derivando de las distintas investigaciones de una forma casi invisible pero con la fuerza de la evidencia: estábamos sumergiéndonos en un paradigma distinto desde el que pensar los fenómenos relacionados con la salud.

Siendo conscientes que lo que sabemos de la salud de las mujeres, es lo que el paradigma científico con el que actualmente la 'miramos' nos permite, debemos a continuación preguntarnos si son buenas las relaciones entre el paradigma dominante (biomédico-biologicista) y la salud de estas; y aceptar que pueden existir varias respuestas. Si damos por supuesto los problemas de salud que las mujeres tienen, concentrándonos en el tratamiento médico que reciben como pacientes y como son tratadas como usuarias en el sistema sanitario, la respuesta podría ser un sí; y únicamente habría que mejorar el modelo existente. Ahora bien, debemos responder que no, si de lo que se trata es valorar la situación real de las mujeres; de comprender como esta sociedad las hace enfermar, con el objetivo de cambiar en último término las situaciones en que se generan y/o mantienen sus problemas de salud. Si ese es nuestro “sesgo”, está claro que el modelo actual con el que se mira y analiza la salud y los problemas de salud no es el adecuado. Cuando tenemos entre mano la salud de las

mujeres es un deber ético (y metodológico) decir desde donde partimos, si estamos hablando de diferencias de sexo en cuanto a aplicación del modelo actual o desigualdades por género; y adonde queremos llegar. ¿Vamos a dar por supuestos la situación de las mujeres para solo protegerlas de los riesgos que tienen por la vida que llevan? o ¿queremos algo más?

Decíamos, en un libro publicado en 2003 (Álvarez Girón, García Gil y Solano Parés) en el que reflexionábamos sobre lo andado en casi 20 años de investigaciones y discusiones que si nuestra preocupación es la salud de las poblaciones (de todos, de las mujeres como grupo que sufre las mayores cuotas de depredación social), podemos decir, usando una terminología típicamente médica, que el problema de salud más importante que tenemos en las sociedades actuales (al menos en nuestro ámbito cultural) es, precisamente, “el mal estado de salud” que presenta la teoría científica y, en definitiva, el paradigma con el miramos la salud, y que es la base de las acciones sanitarias que se realizan. Creemos que necesitamos una nueva teoría de la salud, asentada en una ciencia para todos, una ciencia con una actitud de búsqueda constante, en sus raíces más profundas, de cómo y por qué se generan y/o mantienen los procesos de enfermar en las comunidades, y se expresan en los individuos de los distintos grupos sociales (Nájera, 1987). Es precisamente la ausencia de una teoría con mayor capacidad de aprehender la realidad de la salud de los seres humanos, la que explica esa incomprensible distancia entre lo que sabemos sobre los determinantes de la salud (que son sobre todo sociales, económicos, culturales) y la respuesta que damos para abordar los problemas de salud (políticas basadas casi totalmente en la atención bio-médica).

Nuestro Grupo de Investigación ha analizado la crisis del sector salud desde distintos planos, los cuales pueden equipararse al recorrido por las distintas etapas por las que pasó el Movimiento de Liberación de las Mujeres cuando comenzó por los años 60 del pasado siglo a hacer una crítica feminista de la medicina, lo que se ha venido en llamar Movimiento de Salud de las Mujeres, (Doyal 1983).

Además de la crisis económica y de los costes insostenibles que generan los sistemas sanitarios, está la crisis de funcionamiento del propio sistema biomédico. La necesidad de mejorar la atención médica y solventar las deficiencias del sistema sanitario fue una de las primeras preocupaciones del Movimiento de Salud de las Mujeres; las cuales no solo no han desaparecido, sino que han aumentado y están dando lugar a numerosos informes y estudios que evidencian claramente la existencia de un profundo sexismo en la atención a los problemas de salud de las mujeres ((Ruiz Cantero, Verdú Delgado, 2004; Rohlf, García y cols, 2004). Se ha detectado, por ejemplo, sesgo de género, en la investigación biomédica, tanto diagnóstica como terapéutica; por no hablar de que mucha información sanitaria no está desagregada por sexo. En los temas elegidos de investigación se da menos atención a los problemas de las mujeres, en muchos estudios no se incluyen mujeres y los resultados de investigaciones elaboradas solo con varones se extrapolan a las mujeres. En cuanto al acceso a los servicios y su calidad, el tan citado mayor uso de los servicios por parte de las mujeres está originando muchas veces lo que se ha venido llamando 'medicalización de la salud', que genera en ocasiones importantes efectos iatrógenos y en ocasiones psicologización e individualización de problemas físicos y sociales. En cuanto a la calidad de la atención recibida las mujeres reciben más cuidados 'rutinarios' y medicamentos, pero los varones reciben más tecnología 'mayor' tanto diagnóstica como terapéutica.

Pero tal como hemos venido diciendo, aunque la crisis se ha analizado desde sus bases económicas y de funcionamiento, creemos que el plano de análisis más necesario son sus bases científico-filosóficas. Se trataría de discutir y analizar en profundidad si lo que hacemos (aunque lo hagamos al menor coste y 'perfectamente') nos sacaría de la crisis, es decir resolvería los problemas de salud de las mujeres (y de los varones). Es cada vez más patente, que el modelo biologicista actual perjudica a las mujeres, ya que perpetua y reduce las diferencias entre mujeres y varones a las biológicas (Castellanos, Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1990) (reduce los problemas 'propios' de las mujeres a los de los órganos reproductivos y en el resto de órganos el varón es el estándar de investigación) y genera una invisibilidad de lo social (y por tanto de la discriminación) como entidad de análisis y acción (Krieger y Fee, 1994).

Cuando se habla de salud de las mujeres, la mayoría de los estudios que se hacen se centran en intentar responder a la pregunta de si las mujeres tienen mejor salud que los varones. Normalmente se contesta que sí, ya que los análisis se hacen comparando en ambos sexos las tasas de mortalidad y de ciertas enfermedades. Evidentemente la falacia de la supuesta mejor salud de las mujeres se encuentra en el paradigma de salud que usamos, que sigue usando operativamente un concepto de salud como ausencia de problemas biológicos, aunque luego para la "galería" todos definan la salud de una manera amplia. La aceptada ventaja biológica que tiene el sexo femenino frente al masculino (como se observa, por ejemplo en la menor mortalidad en todas las edades, incluso en la etapa fetal) no se puede dirigir contra las mujeres, obviando los otros elementos esenciales que conforman la salud.

Estamos todos de acuerdo que en los últimos años se ha hecho un gran esfuerzo en incorporar "lo social" en las discusiones e investigaciones; sin embargo no debemos confundir la simple discusión sobre lo social con su incorporación real a la teoría de conocimiento y, por consiguiente, su necesaria inclusión en la acción sanitaria. Para ello es fundamental decidir no solo como vamos a conceptualizar la salud y su pérdida, sino como vamos a medirla operativamente, y que metodología vamos a usar. El X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana celebrado en 1976 definió la salud como "aquella manera de vivir de forma autónoma, solidaria y gozosa" y Enrique Nájera, en 1992, lo hacía en los siguientes términos: "la capacidad social para gozar de la vida, para sentir el placer de vivir, para tener calidad de vida, y por tanto depende más de las exigencias sociales, de la solidaridad y de la cultura que de factores exógenos, aunque estos puedan generar incapacidades valoradas desde parámetros ajenos". Estas son dos de las múltiples definiciones de salud que existen. Si intentamos medir la salud de las mujeres a partir de estos conceptos, ¿podemos seguir respondiendo afirmativamente a la tan traída pregunta?, ¿tienen las mujeres mejor salud que los varones?

Parece por tanto, que la preocupación por la salud de las mujeres puede y tiene que ser un motor para el cambio de paradigma científico, y para ir desarrollando esa nueva teoría de la salud. En este camino hay que recordar como Doyal (1983) planteaba ya a principios de los ochenta un creciente reconocimiento por parte del Movimiento de Salud de las Mujeres de la necesidad de no asumir los problemas de salud que tenían las mujeres, sino intentar comprender las causas de sus problemas de salud. Podemos llamarlo como queramos (ella hablaba de epidemiología feminista socialista), pero lo que es cada vez más evidente es que necesitamos de la investigación epidemiológica lo cual supone, a nivel teórico, comprender la salud y sus problemas en el contexto de la naturaleza patriarcal y capitalista de la sociedad; y a nivel práctico acciones para

mejorar las condiciones de vida y trabajo de las mujeres y un mayor grado de cooperación entre las mujeres y otros grupos con los mismos fines.

En este camino un pilar que hemos usado “obligatoriamente” en la búsqueda de desigualdades ha sido la ocupación (Álvarez Girón, García Gil, Solano Parés, Viciano Fernández, 2002). Ser fieles a nuestro sesgo de mirar desde los intereses de las comunidades que sufren mayores cuotas de depredación social, en el ámbito laboral de la vida económica andaluza nos remitió al sector agrícola:

- En relación al trabajo en los invernaderos, la aplicación de los plaguicidas constituía una de las mayores prácticas de riesgo; el primer paso consistió en investigaciones acerca de cómo organizar una red de médicos y de eventos centinelas que permitieran disponer de información (Ruiz Frutos, 1992; Ruiz Frutos, García Gil, 1995); la aplicación de técnicas de investigación cualitativa fue requerida para afrontar el proceso formativo dirigido a la obtención del carné de aplicador de estos productos de alto riesgo. Estos estudios propiciaron nuestro primer contacto con los problemas de salud de la población inmigrante.
- El cultivo de arroz en Las Marismas del Guadalquivir era causa de una endemia de leptospirosis entre los trabajadores que los servicios de Salud Pública ignoraban. Un proyecto de investigación financió una tesis doctoral que aportó el conocimiento básico para visibilizar dicha situación (Pérez Lozano, 1993).

Pero fue el sector servicios, fuertemente feminizado, el que permitió el encuentro entre las líneas metodológicas que veníamos desarrollando y las desigualdades de género:

- Tras iniciar el contacto con el sector a través del estudio de los problemas de salud del profesorado de EGB (Álvarez Girón, García Gil, Solano Parés, 1994), donde un alto porcentaje de trabajadores son mujeres (dirigimos nuestra atención a la enseñanza superior; estudiamos la situación del PAS –personal de administración y servicios- de las Universidades Públicas de Andalucía, donde de nuevo las mujeres constituían la mitad de los trabajadores (Guil Bozal, Solano Parés, Álvarez Girón, 2005) . El estudio, fruto del estímulo que supuso el grupo de profesoras de la Universidad de Sevilla “Mujeres y Universidad” sobre la “Situación de las mujeres en las Universidades Públicas Andaluzas” además de poner de manifiesto la desigualdad de género, reveló como resultado más sobresaliente los problemas de conciliación de la vida laboral y familiar, manifestando –solo las mujeres- como esta situación afectaba negativamente a su maternidad, hasta el extremo de condicionar la decisión de nuevos embarazos (figuras 5 y 6).
- Introducidas ya en los estudios de la conciliación, la mirada a esta problemática desde el sesgo, ya mencionado, que nos da identidad, nos sugirió hipótesis acerca de cómo la supuesta igualdad de género en una sociedad que no toca su estructura básica patriarcal avanza a costa de generar otra desigualdad mayor que también es de género. Estudiamos así la situación de las mujeres inmigrantes que trabajan en el servicio doméstico a través de la metodología cualitativa; entrevistas en profundidad, historias de vida, grupos de discusión; muy importante para nuestro conocimiento del problema fue la observación participante, para la que fue necesario desarrollar muchos aspectos metodológicos ya que el vínculo que queríamos establecer con esta población – no sólo con las líderes- estaba muy mediatizado por el miedo que les genera su situación de ilegalidad (Rio Benito, Álvarez Girón, García Gil , Solano Parés, 2005). La situación de semiesclavitud de muchas de estas mujeres internas,

unido a la falta de redes y al duelo migratorio, nos obligó en alguna ocasión a solicitar permiso a la empleadora para que la mujer inmigrante pudiera asistir al grupo de discusión; una de las mayores dificultades metodológicas fue la angustia acumulada por estas mujeres, el llanto que irrumpía tanto en las entrevistas en profundidad, las historias de vida o los grupos de discusión. El asociacionismo se mostró una respuesta necesaria para superar estas dificultades (Rio Benito, 2004).

- La peor de las situaciones encontradas entre las mujeres inmigrantes que trabajan en el servicio doméstico fue cuando ese servicio se destina al cuidado de personas ancianas fuertemente deterioradas, ya que suele realizarse a tiempo completo y en situación de soledad y gran aislamiento social. El cuidado informal de enfermos crónicos, polimedicados e inmovilizados está recayendo en gran medida sobre una población inmigrante que no recibe ningún entrenamiento para la tarea encomendada, y que es absolutamente invisible para el sistema sanitario. Resultó sorprendente la escasa producción científica sobre un tema de tanto peso social, según un estudio bibliográfico realizado. Una investigación dirigida por nuestro grupo en colaboración con la Universidad Javeriana de Bogotá dio lugar a dos tesis doctorales recientemente defendidas. En una se abordó el cuidado informal que realizan las mujeres inmigrantes, analizando las consecuencias para la salud que la situación que se genera tiene para las propias cuidadoras, los enfermos y los familiares de estos últimos (Casado Mejía, 2008). En la segunda se estudia un aspecto complementario al anterior: como vive la población inmigrante los problemas relacionados con su salud y como lo perciben los profesionales sanitarios (Soto Peña, 2008). Nos encontramos, pues, que una nueva categoría de mujeres asumen el trabajo invisible del cuidado, sobre ellas y a su costa, se va desarrollando el proceso de igualdad para las mujeres españolas, lo que conlleva una nueva problemática que es necesario estudiar.

El hecho de que los Servicios Sanitarios trabajen fundamentalmente (fruto del mantenimiento del paradigma positivista aplicado a la salud) con una interpretación exclusivamente biomédica de los problemas de salud, ha creado la falacia de que todo problema de salud puede ser curado por la medicina en un tiempo más o menos próximo. La prepotencia que genera esta fe en la capacidad curativa de la ciencia médica, ha relegado al sector informal el cuidado médico que ha sido prácticamente eliminado del núcleo central de los Servicios Sanitarios para ser abordado de forma invisible en el ámbito doméstico, y por supuesto por las mujeres que son así las más importantes usuarias de los mismos.

Las repercusiones que todo ello tiene en la vida de las mujeres son muy importantes, porque serán ellas las que se verán abocadas a afrontar el problema. Tengamos en cuenta que estamos ante una situación social y demográfica que requiere mucha atención sociosanitaria, y el modelo sanitario público que fue creado en la etapa del Estado del Bienestar coincidió en España con una población joven aún. (García Gil, Solano Parés, Álvarez Girón, 2002). Durán (2004) lo expresa muy bien al afirmar: “La demanda de trabajo no remunerado parte de cinco categorías sociales principales: los niños, los enfermos, los ancianos, los sobreocupados en la producción para el mercado y los autoconsumidores. Las tres primeras categorías tienen en común que son en gran medida insolventes, esto es, no pueden pagar a precio de mercado el trabajo de asistencia que necesitan, por lo que alguien ha de hacerlo por ellos. El autoconsumo de

trabajo es la respuesta de la mayor parte de la población de rentas medias y bajas, especialmente de las mujeres. Además de los cambios en la cantidad total de trabajo no remunerado producido en los hogares, están teniendo lugar cambios en la distribución (quien lo produce, quien lo recibe) en su contenido (el tipo de tareas), en su calidad y en la valoración social del trabajo”. Todo lo anterior supondría cambios tan importantes para la vida y la salud de las mujeres, que tenemos que entrar activamente en el debate y discusión sobre las propuestas que se están haciendo en la actualidad desde las distintas instancias políticas, sociales, sindicales o científicas (Gita, Asha, Piroška, 2005).

Dada la importancia que esta problemática está generando, nos interesamos por el análisis del uso del tiempo. Queremos conocer el tiempo utilizado por las mujeres como generadoras de salud a través de sus actividades de cuidados, y el impacto que estos tienen sobre su propia salud (Bayo, García Gil, Marín, Solano, 2009).

La explotación de la encuesta del uso del tiempo (la ampliación para Andalucía) financiada por el IEA nos ha permitido llegar a unos resultados preliminares (figuras 7, 8 y 9):

- Las mujeres dedican más tiempo en la ayuda no remunerada a otros hogares.
- Las actividades que más realizan son de cocina, limpieza, compras, cuidado de niños y adultos; todas ellas íntimamente relacionadas con la salud.
- A las mujeres les falta tiempo para terminar sus tareas y se sienten agobiadas con más frecuencia que los varones.
- Las mujeres dedican menos tiempo que los varones a casi todas las actividades relacionadas con el ocio, deportes, medios de comunicación, voluntariado y reuniones...aunque en estas últimas se implica un mayor porcentaje de mujeres, pero al parecer con más prisa ya que es menor el tiempo que el dedicado por los varones que lo hace.
- Las mujeres manifiestan percibir peor salud que los varones con independencia de la edad o de tener enfermedad crónica.

Si la falta de tiempo la interpretamos como estrés, lo que daría lugar a una peor calidad en la tarea que realizamos, hay que preguntarse si esa peor salud que perciben las mujeres, puede deberse a la mala calidad de los distintos roles asumidos (Hibbard, Pope, 1993).

Concluyendo, lo que podemos aportar es que:

- Nuestro “sesgo” en la búsqueda de desigualdades nos ha permitido juzgar las políticas de igualdad no desde los indicadores habitualmente utilizados para mostrar los avances conseguidos, sino desde el surgimiento de una nueva desigualdad de género absolutamente invisible y que corremos el riesgo de justificar las propias mujeres, y es que sin modificación de las estructuras patriarcales relacionadas con la economía, el mercado laboral, la cultura y la política, no es posible la igualdad de género.
- La perspectiva de género nos ha permitido percibir la concentración de las distintos tipos de desigualdad en un escenario concreto: las mujeres inmigrantes que huyen del empobrecimiento de sus países con el fin de sostener económicamente a sus hogares que tienen que abandonar.
- Tenemos que manejar hipótesis más complejas en las que trabajemos la desigualdad de género como consecuencia de la desigualdad social, cultural y estructural; superando el más reducido ámbito de los roles o conductas. No

podemos pasar de un determinismo por el sexo, a un determinismo por el género entendido como unos roles inamovibles. Para ello debemos, entre otras herramientas metodológicas, mezclar género y clase social, trabajar en hipótesis sobre la división sexual del trabajo y salud, revalorizar social y económicamente el “trabajo reproductivo”, y dar valor científico a lo psíquico y social (ya que lo biológico lo tiene). En definitiva necesitamos modelos causales complejos y una pluralidad epistemológica y metodológica si lo que queremos es entender los “escenarios de la vida social, económica , cultural... donde es posible los procesos individuales de pérdida de salud”

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Alvarez Girón M, García Gil C, Solano Parés A, Viciana Fernandez F (2002) Condiciones de trabajo y salud. Un enfoque epidemiológico. Sistema 168-169 (223-245)
- 2.-Alvarez Girón M, García Gil C, Solano Parés A (1994). Estudio de los problemas de salud en los profesionales de la enseñanza no universitaria. Mapfre Medicina.vol 5, nº4.229-239
- 3.-Alvarez Girón M, García Gil C, Parés Solano A (2003). La Salud en Andalucía. Entre el Mercado y el Derecho. Mergablum
- 4.-Alvarez Girón M. (1991) La salud como elemento intersectorial en el compromiso comunitario .Una aportación para el Desarrollo social desde barrios marginados de la ciudad de Sevilla. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.
- 5.-Bayo Barroso N, García Gil C, Marín Lopez JJ, Solano Parés. (2009) Impacto en la salud de las mujeres de las diferencias de género en el uso del tiempo. XIII Congreso SESPAS
- 6.-Casado Mejia R (2008). Cuidadoras Inmigrantes Familiares: ¿Oportunidad en crecer en la calidad del cuidado y la salud o nuevas formas de desigualdad?. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.
- 7.-Catellanos J, Jiménez Lucena I, Ruiz Somavilla MJ (1990) La ciencia médica en el siglo XIX como instrumento de reafirmación ideológica: La defensa de la desigualdad de la mujer a través de la patología femenina en La mujer en Andalucía. Actas 1º Enc. de Est. Mujer. Vol II, 879-888.
- 8.-XIV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (1988) Boletín Epidemiológico Organización Panamericana de la Salud Vol 9,nº1
- 9.- Cortés Majó M, García Gil C; Nieto A; Rosado M; Solano A; Nájera E.(1992) El papel de la fecundidad en el descenso de la mortalidad materna en España durante el Siglo XX. En La mujer y salud en España. Informe básico.Vol 4 29 Ministerio de Asuntos Sociales . Instituto de la Mujer.

- 10.-Cortés M, García Gil C, Viciana F. (1990) The role of the social condition of women in the decline of maternal and female mortality. *International Journal of Health Services*, vol 20, nº2 315-328.
- 11.-Doyal L (1983) Women, health and the sexual division of labor: a case study of the women's health movement in Britain. *International Journal of Health Services*, Vol 13, nº 3 73-387.
- 12.-Durán MA. (2004). El trabajo no remunerado y las familias. Ministerio de Sanidad y Consumo
- 13.-García Gil, C; Solano Parés, A; Alvarez Girón, M (2002) Perspectivas en la salud de las mujeres: un enfoque epidemiológico. En *Mujeres y educación*, Ed. Universidad de Sevilla
- 14.-García Gil C, Cortés Majó M, Nieto García A. Rosado Martín M, Nájera E. (1989) Epidemiological appraisal of the active role of women in the decline of infant mortality in Spain during the twentieth century. *Social Science and Medicine* Vol 29 nº 12.
- 15.-Gita Sen, Asha George, Piroška Östlin. (2005) Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas. Publicación ocasional nº 14 Organización Panamericana de la Salud,
- 16.-Guil Bozal A, Solano Parés A, Alvarez Girón M. (2005) La situación de las mujeres en las universidades públicas andaluzas. Consejo económico y social de Andalucía CES.
- 17.-Gwatkin, D.R Guillot M. (2000) The burden of diseases among the global poor: Current situation, future trends and implications for strategy. Washington, DC: World Bank.
- 18.-Hibbard, H. Pope C. (1993). The quality of social roles as predictors of morbidity and mortality. *Social Science and Medicine* 36(3):217-225.
- 19.-Krieger N, Fee E (1994) Man-made medicine and women's health: the biopolitics of sex/gender and race/ethnicity. *Social Science and Medicine* 24(2):265-283.
- 20.- Nájera E (1988) Investigación y desarrollo profesional. XIV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP), Taxco, México . Washington, OPS publicación científica nº 88
- 21.-Nájera E (1992). La salud pública, una teoría para una práctica ¿se precisa su reconstrucción? en *Crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Publ. Científica nº 540 OPS 123-132.
- 22.-Pérez Lozano MJ (1993) El cuestionario sobre factores de riesgo laboral de infecciones en la población agrícola-ganadera. Aplicación al estudio de la leptospirosis en la marisma del Guadalquivir. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla.

- 23.-Río Benito MJ. (2004) Estado de salud de las mujeres trabajadoras del Servicio doméstico en Sevilla Tesis doctoral.Universidad de Sevilla
- 24.-Río Benito M.J, Alvarez Girón M, García Gil C, Solano Parés A. (2005) Les femmes de ménage immigrantes á Sevilla en Espagne. Presentation des résultats des interviews aux informantes clés el des histories de vie. Migrations- Santé nº 122.123 pag 139-145
- 25.-Rohlf I, García MM, Gavaldá L, Medrano MJ, Juvinjá D, Baltasar A, Taurina C, Faixedas MT, Muñoz D (2004) Género y cardiopatía isquémica. Gac Sanit , 18 (Supl 2): 55-64.
- 26.-Ruiz Cantero MT, Verdú Delgado M (2004) Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit , 18 (Supl 1): 118-125.
- 27.-Ruiz Frutos C, García Gil C (1995) Los registros de morbilidad como fuente para detección de alteraciones de salud de probable etiología laboral. Gaceta Sanitaria 9, 302-310.
- 28-Ruiz Frutos C. (1992). Análisis de los Elementos para implantar un sistema de sucesos centinela en salud ocupacional (suceso) en los registros sanitarios de Andalucía. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla
- 29.-Soto Peña O. (2009). Salud, enfermedad y atención. Migrantes latinoamericanos y profesionales de la salud en Sevilla. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla
- 30.-Tabutin D (1978). La surmortalité féminine en Europe avant 1940.Population, n.1:121-148
- 31.-Viciano Fernández F. (1998). La transición demográfica y sanitaria en Andalucía durante el siglo XX. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla

Figura 1.- Tasa de mortalidad específica por edad en mujeres. España 1925-1979.
Tasas por 100.000hb por periodos de 5 años.

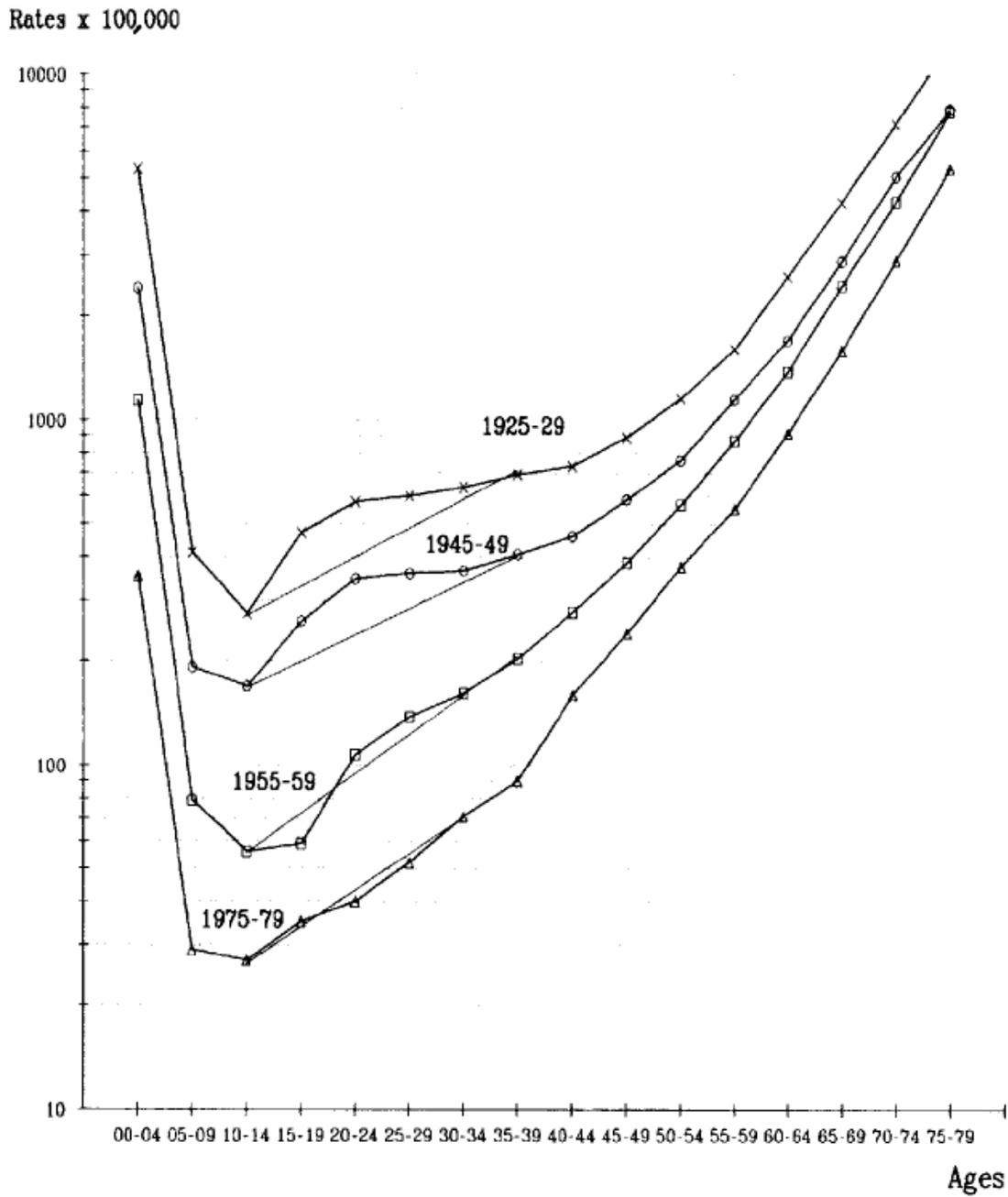


Figura 2.- Tasas de Mortalidad específica por edad en mujeres. España 1925-1979, mostrando los efectos de excluir mortalidad materna y mortalidad por Tuberculosis. por periodos de 5 años. Tasas medias quinquenales por 1000.000hb

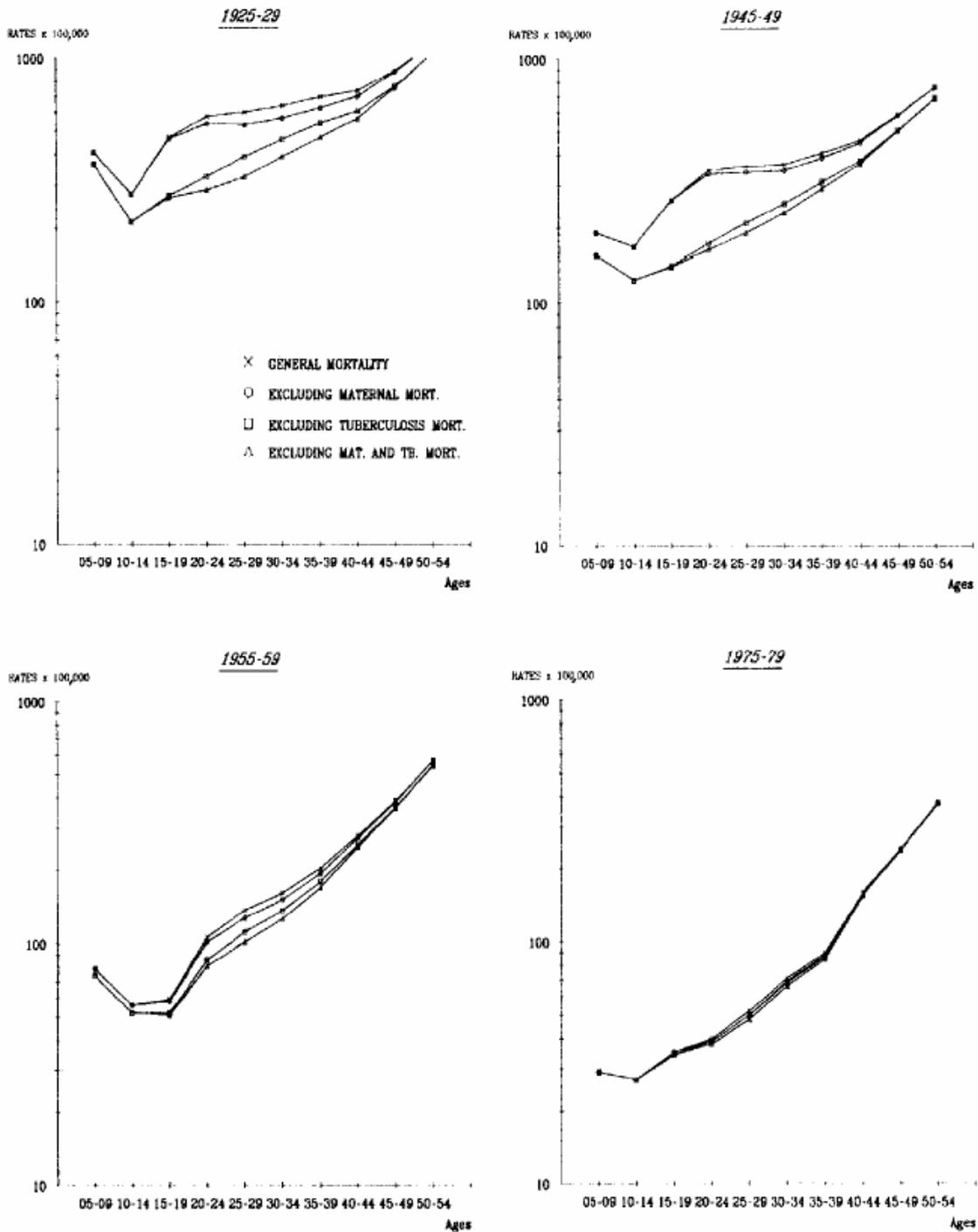


Figura 3.- Tasas de mortalidad general por grupos de edad por mujeres. Andalucía, para los periodos 1906-07, 1934-35, 1976-77 y 1989-99

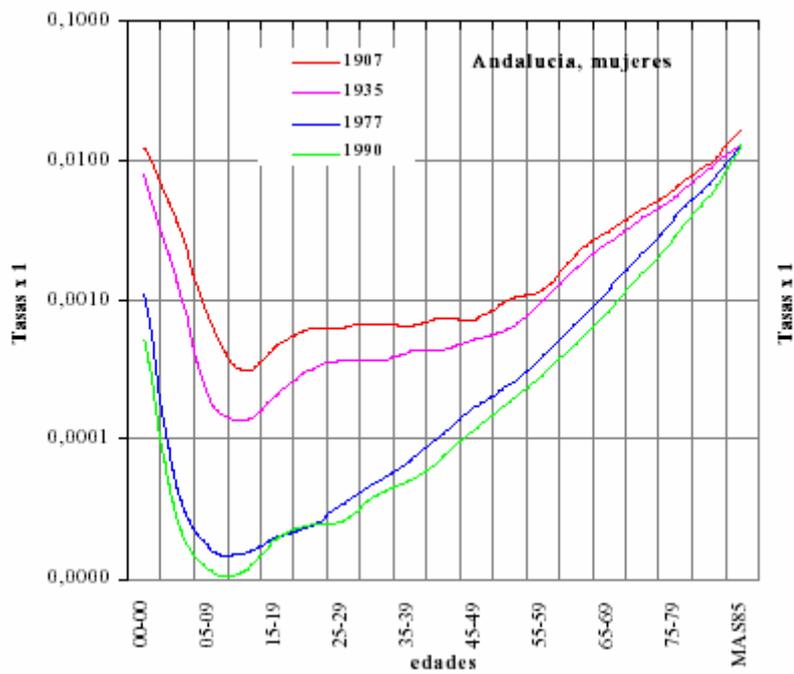


Figura 4.- Mortalidad infantil , fecundidad y Renta per cápita, España 1900-1979. Tasas por 1000 nacidos vivos y 1000 mujeres de 15-49 años. Renta en miles de pesetas de 1978

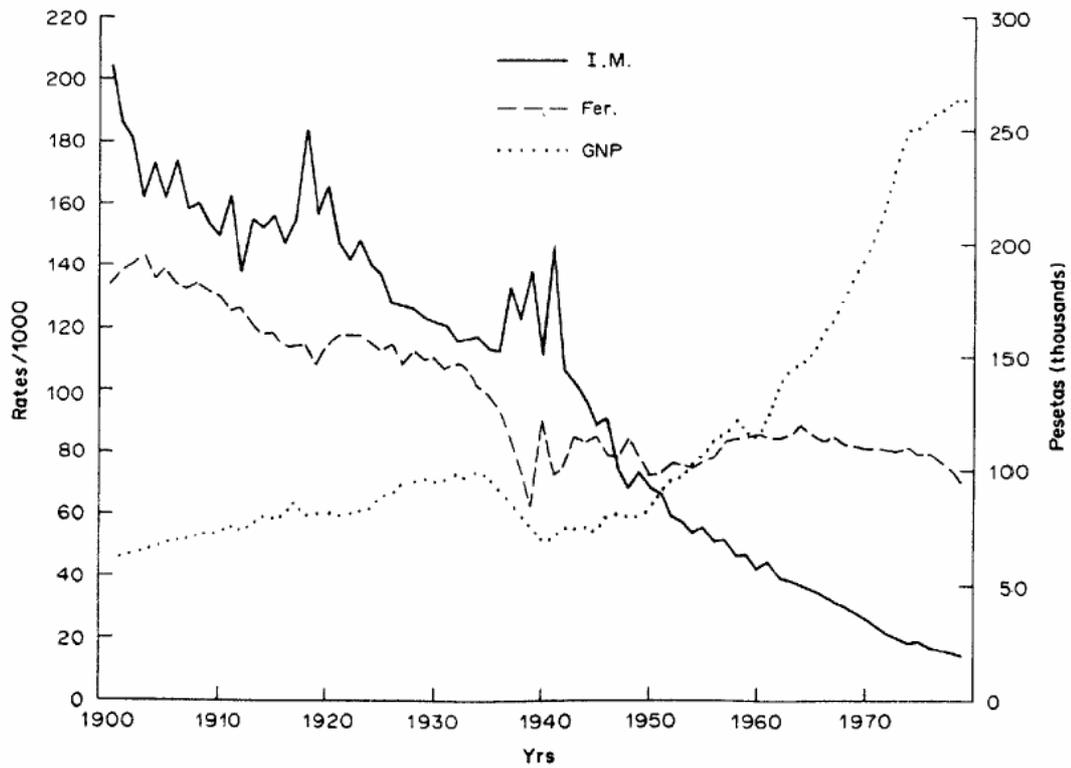


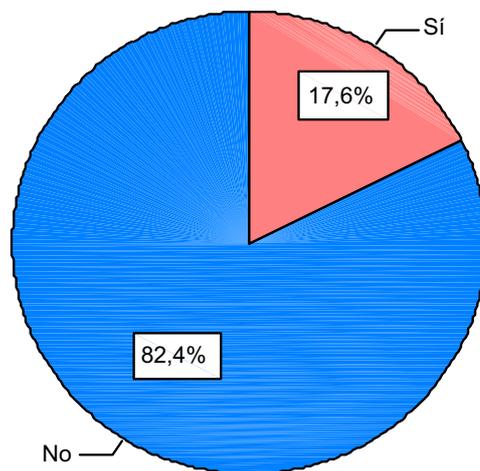
Tabla 1 .-Estudios de educación secundaria en Mujeres. España 1914-1980. Tasas por 1000 mujeres de 10-19 años

AÑO ACADÉMICO	MUJERES
1914/15	0.67
1915/16	0.94
1916/17	1.35
1917/18	1.63
1918/19	1.75
1919/20	2.04
1920/21	2.30
1921/22	2.68
1922/23	
1923/24	3.27
1924/25	3.62
1925/26	4.24
1926/27	4.21
1927/28	3.79
1928/29	3.90
1929/30	4.73
1930/31	5.04
1931/32	10.63
1932/33	13.44
1933/34	16.31
1934/35	17.01
1935/36	16.42
1936/37	
1937/38	
1938/39	
1939/40	19.96
1940/41	21.29
1941/42	23.56
1942/43	24.12
1943/44	22.96
1944/45	23.56
1945/46	25.38
1946/47	26.89
1947/48	28.71
1948/49	29.14
1949/50	29.31
1950/51	30.43
1951/52	32.53
1952/53	35.45
1953/54	37.77
1954/55	42.77
1955/56	48.91
1956/57	56.40
1957/58	61.33
1958/59	64.81
1959/60	68.91
1960/61	72.76
1961/62	87.03
1962/63	96.02
1963/64	106.83
1964/65	117.47
1965/66	93.79
1966/67	151.28
1967/68	182.43
1968/69	196.64
1969/70	226.63
1970/71	254.35
1971/72	223.27
1972/73	518.45
1973/74	549.14
1974/75	609.39
1975/76	649.41
1976/77	683.59
1977/78	711.91
1978/79	755.10
1979/80	783.74

Figura 5.- Porcentaje por sexos del PAS de las Universidades Públicas Andaluzas que han renunciado a la maternidad/paternidad por cuestiones de trabajo.

"He renunciado a mi maternidad/paternidad por cuestiones de trabajo". Distribución por sexos.

Proporciones en mujeres.



"He renunciado a mi maternidad/paternidad por cuestiones de trabajo". Distribución por sexos.

Proporciones en varones.

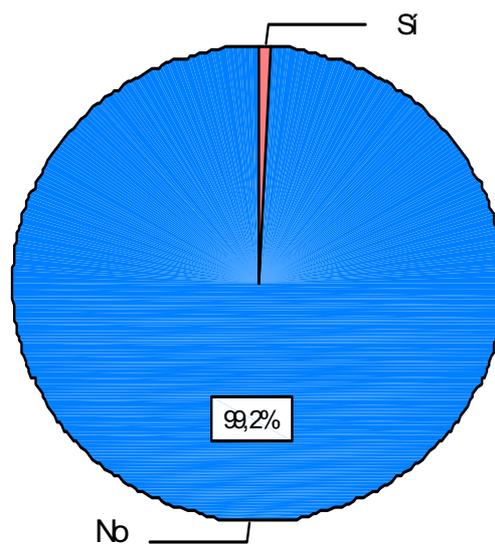
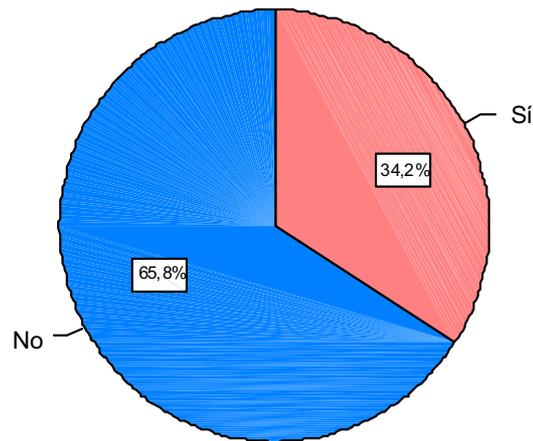


Figura 6.- Porcentaje por sexo del PAS de las Universidades Públicas Andaluzas que han retrasado la maternidad/paternidad por cuestiones de trabajo.

"He retrasado mi maternidad/paternidad por cuestiones de trabajo". Distribución por sexos.

Proporciones en mujeres.



"He retrasado mi maternidad/paternidad por cuestiones de trabajo". Distribución por sexos.

Proporciones en varones.

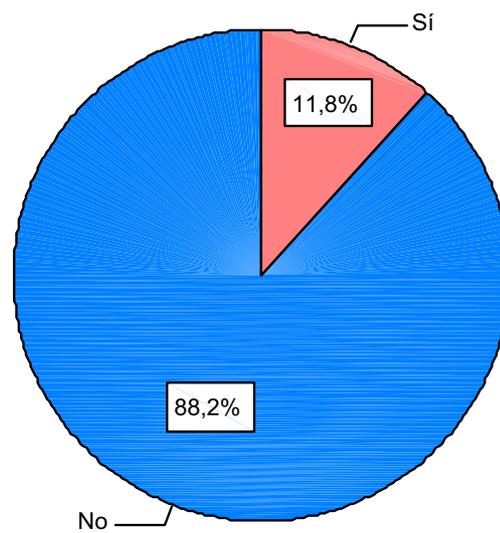


Figura 7.-Explotación encuesta Uso del Tiempo. 2002-03.Porcentaje de personas que han prestado ayuda a otros hogares en el transcurso del día, según sexo y edad.

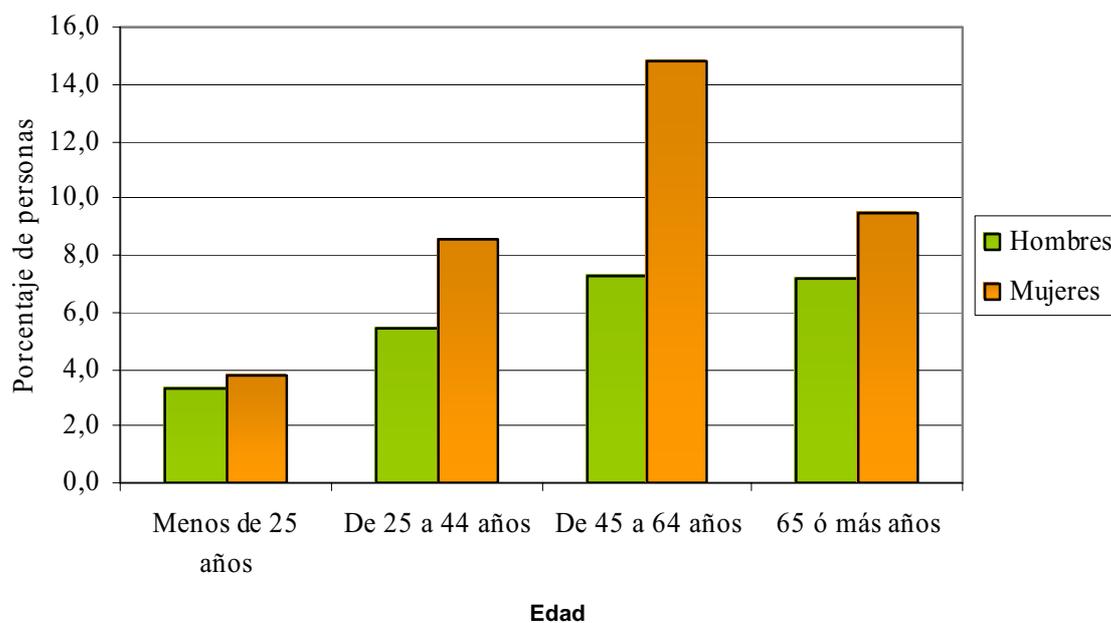


Figura 8.-Explotación encuesta uso del tiempo. Andalucía 2002-03. Porcentaje de personas que han prestado ayuda a otros hogares en las cuatro últimas semanas según sexo y tipo de actividad.

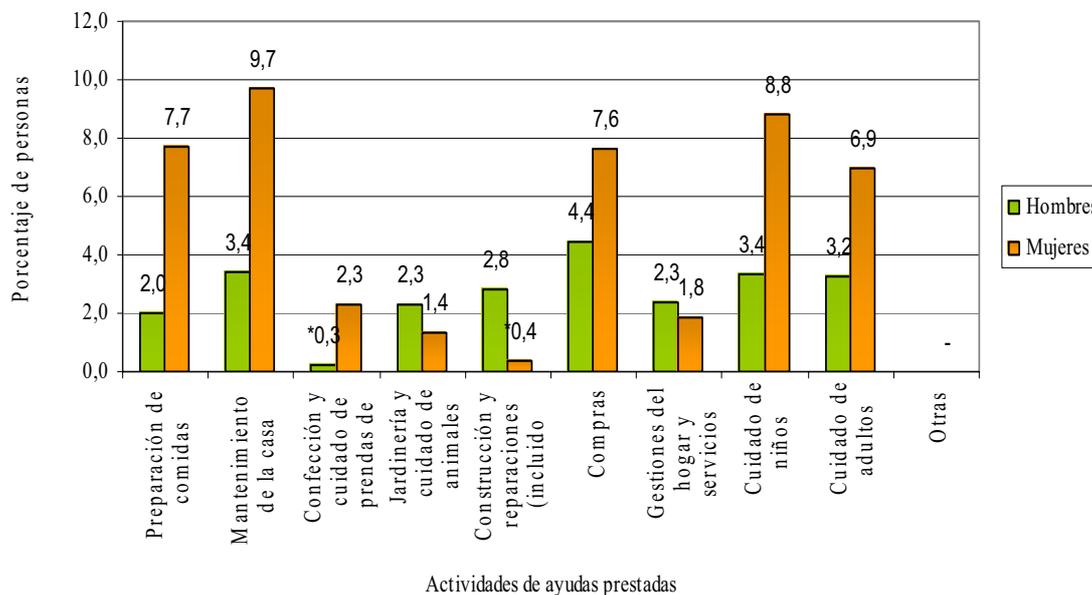
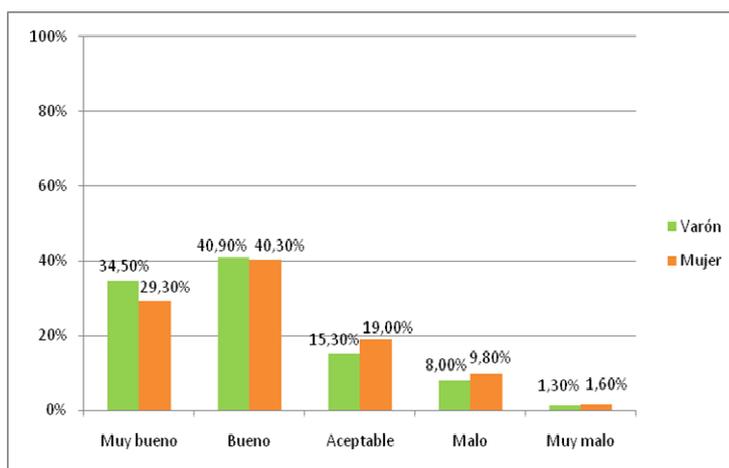


Figura 9.-Explotación encuesta uso del tiempo. Andalucía 2002-03. Estado de salud percibida, según sexo. Proporciones de números absolutos



Cuadro 1.-Metodología Cualitativa

GRUPO INFORMAL (Taller de costura)		GRUPO FORMAL (Escuela de Padres)
Observación Participante completo	<u>Técnica cualitativa</u>	Observación Participante como observador
Constante Número suficiente	<u>Asistencia a las sesiones</u>	Poco constante Numero escaso
<ul style="list-style-type: none"> • Conversaciones sobre salud y problemas sociales y calidad de vida • Intervención de todos los miembros del grupo • Diálogos de larga duración 	<u>Proceso de discusión</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de intervenciones • Temas específicos sanitarios • No existe cohesión de grupo
<ul style="list-style-type: none"> • Salud=Condiciones Sociales • Salud= Bienestar social • La salud responsabilidad social 	<u>Concepto de Salud</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Salud= Hábitos individuales • La salud responsabilidad del individuo

Cuadro 2: Metodología cualitativa

RESULTADOS:

<u>GRUPO INFORMAL:</u> <u>DISCURSO SOBRE LA SALUD</u>	<u>GRUPO FORMAL:</u> <u>EDUCACIÓN PARA LA SALUD</u>
PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN A:	BAJO IMPACTO DEBIDO A:
<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de trabajo • Hábitat deteriorado • Ausencia de servicios • Bajo nivel cultural • Falta de motivación para organizarse • Aislamiento de la 3ª edad 	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje técnico • Tipo de mensajes: Modificación de hábitos individuales • Ausencia de espacios de discusión • No generar la organización del grupo

