

Juan José García Escribano*
Ana Millán Jiménez**

RESUMEN:

Las diferencias de salud entre mujeres y hombres han sido estudiadas en abundantes estudios, principalmente epidemiológicos, existiendo numerosas evidencias empíricas que demostrarían que las mujeres sufren, con mayor prevalencia que los hombres, ciertas enfermedades, acuden más veces a las consultas médicas y consumen más especialidades farmacéuticas que los hombres. El objetivo de este artículo es analizar cómo la salud de las mujeres se ve influida por las condiciones medioambientales. Se trataría de estudiar la posible presencia de una conexión entre el entorno medioambiental y la salud de las mujeres y comprobar si existe una construcción social de género en relación con la salud y la enfermedad.

PALABRAS CLAVE:

Género. Salud. Enfermedad. Condiciones medioambientales.

- Profesor Titular del Área de Sociología. Universidad de Murcia.
- ** Profesora Titular del Área de Sociología. Univesidad de Murcia. • amillan@um.es

-
1. El presente artículo recoge algunos aspectos de un estudio, realizado en 2005 por encargo del Instituto de la Mujer de la Región de Murcia, que tenía como objetivo analizar cómo influyen las condiciones medioambientales en los distintos aspectos de la vida de las mujeres. La metodología utilizada en el mismo consistió, además de en el análisis de los datos secundarios existentes, en la realización de una encuesta a responsables de instituciones y asociaciones de la Región de Murcia y entrevistas en profundidad a distintos testigos cualificados.

ABSTRACT:

The differences in health between women and men have been analyzed in several studies (mainly epidemiological studies) which offer enough empirical evidence to demonstrate that women suffer from certain illnesses much more than men, go and see the doctor more often than men, and consume more medicines than men. The aim of the article is to analyze how women's health is influenced by environmental conditions. On the one hand, the article aims at studying the possible existence of a link between the environmental surroundings and women's health. On the other hand, it aims at finding out if there exists a social construction of gender in relation to health and illness.

KEY WORDS:

Gender. Health. Illness. Environmental conditions.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición de "medio ambiente y salud", afirma que "se incluyen tanto los efectos patológicos directos de las sustancias químicas, la radiación y algunos agentes biológicos, así como los efectos (con frecuencia, indirectos) en la salud y el bienestar derivados del medio físico, psicológico, social y estético en general; incluida la vivienda, el desarrollo urbano, el uso del terreno y el transporte"².

En la "Agenda 21", documento aprobado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente (CNUMAD) llevada a cabo en Río de Janeiro en 1992, se reflexiona sobre el rol de la mujer en la tarea ambiental. El capítulo 24 de este documento, dedicado a la mujer, enfatiza la participación de las mujeres en el manejo de los ecosistemas nacionales y control de la degradación ambiental. El primer objetivo que en este capítulo orienta los objetivos de la Agenda 21 es: "lograr la equidad y la igualdad en la distribución de los beneficios del desarrollo, atendiendo el ciclo de vida de la mujer en todas sus etapas: salud, educación, etc."

En junio de 2003 la Comisión Europea remitió al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social Europeo una comunicación para el desarrollo de una

2 *Medio ambiente y salud, la Carta Europea y comentario (Environment and health. The European Charter and commentary)*, Copenhague, Oficina regional de Europa de la OMS, 1990 (WHO Regional Publications, European Series, Nº 35).

“Estrategia europea de medio ambiente y salud”³ (“iniciativa SCALE”), mediante la que se pretende:

- Reducir la carga de enfermedades causadas por factores medioambientales en la UE.
- Identificar y prevenir las nuevas amenazas a la salud derivadas de factores medioambientales.
- Facilitar la instauración de políticas de este ámbito en la UE.

2. CONTRASTES EN LA SALUD DE MUJERES Y HOMBRES

Las diferencias de salud entre mujeres y hombres han sido sugeridas en numerosos estudios. Una importante cantidad de investigaciones epidemiológicas se han interesado por identificar estas disparidades en la salud de ambos sexos y, la mayor parte de ellas, han coincidido en significar que las mujeres alcanzan menores niveles de salud, tanto física como mental; y, aunque los diferenciales en mortalidad durante la infancia y la esperanza de vida parecen apuntar que la mujer -biológicamente- tiene mayores probabilidades de sobrevivir y de vivir por más tiempo que el hombre (Cuadro y Gráfico 1), existen numerosas evidencias empíricas que demostrarían que las mujeres padecen, con mayor prevalencia que los hombres, determinadas enfermedades, acuden más veces a las consultas médicas (incluso quitando las visitas relacionadas con la atención a la salud reproductiva) y consumen más especialidades farmacéuticas que los hombres (Farmaindustria, 2004: 6).

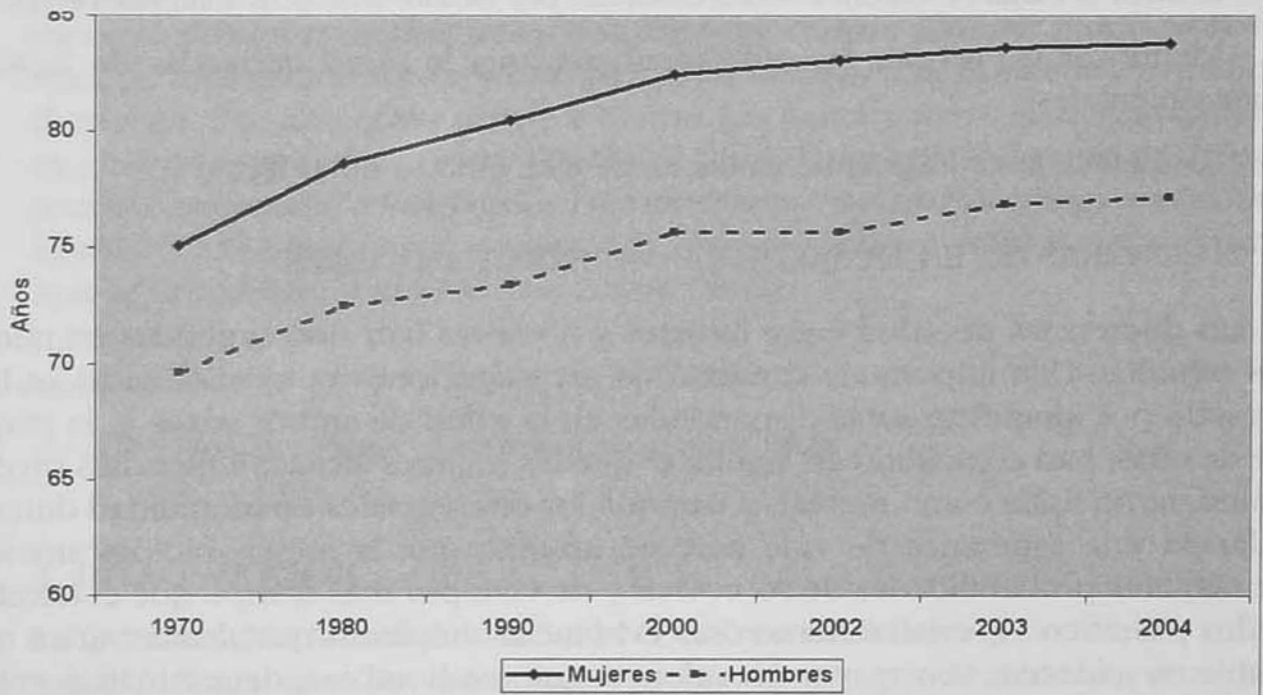
CUADRO 1. ESPERANZA DE VIDA AL NACER. ESPAÑA, 1900-2004

<i>Año</i>	<i>Ambos sexos</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Diferencia Mujeres - Hombres</i>
1900	34,8	35,7	33,9	1,9
1930	50,0	51,6	48,4	3,2
1940	50,1	53,2	47,1	6,1
1950	62,1	64,3	59,8	4,5
1960	69,9	72,2	67,4	4,8
1970	72,4	75,1	69,6	5,5
1980	75,6	78,6	72,5	3,1
1990	76,9	80,5	73,4	7,1
2000	79,1	82,5	75,7	6,8
2002	79,4	83,1	75,7	7,4
2003	80,3	83,6	76,9	6,7
2004	80,5	83,8	77,2	6,6

Fuente: INE (Indicadores demográficos básicos) y EUROSTAT.

3 COM (2003) 338 final, Bruselas, 11-6-2003.

GÁFICO 1. ESPERANZA DE VIDA AL NACER. ESPAÑA, 1970-2004



Fuente: INE (Indicadores demográficos básicos) y EUROSTAT.

Además, como señalaron Roter y Hall⁴, mediante la revisión de distintas investigaciones sobre la comunicación entre médico y paciente, las mujeres están mejor informadas acerca de sus enfermedades que los hombres.

La salud de la mujer es una síntesis de la biología propia de su sexo y de la posición que la sociedad le asigna en un específico contexto histórico y cultural. Uno y otro determinante se fusionan en el concepto de "género", que no sólo atañe al sexo biológico, sino también a la extensa gama de conductas, expectativas y roles asignados a hombres y mujeres por las estructuras sociales.

Los condicionantes biológicos corresponden a la anatomía y a la fisiología de la mujer o, en otras palabras, a la presencia de órganos y tejidos exclusivos y distintos a los del sexo masculino, y a las funciones vinculadas con la sexualidad y la reproducción. Por su parte, los condicionantes sociales y culturales se relacionan con las oportunidades de la mujer de acceder a la educación, la alimentación y los servicios

4 Roter, D. L., Hall, J. A. (1997): *Doctors talking with patients/Patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*, Westport, CT: Auburn House. Citado en Sabo (2000: 6).

de salud; a la aportación de la mujer a los ingresos familiares; a su carga de trabajo y al poder de decisión en la familia y la sociedad.

Las definiciones culturales de “masculinidad” y “feminidad” se distinguen como construcciones históricamente emergentes y estructuralmente dinámicas, a través de las cuales los individuos y grupos consideran, comprometen y producen sus actuaciones y relaciones habituales.

Algunas de estas actuaciones tienen funciones positivas y preventivas para la salud, como, por ejemplo, la oportuna consulta al médico cuando se distingue algún síntoma de enfermedad; otras, en cambio, como el consumo de tabaco y alcohol, operan como factores de riesgo. De estos factores, biológicos y socioculturales, profusamente interrelacionados, resulta el perfil de salud de mujeres y hombres.

Respecto del perfil del hombre en relación con la salud, como señala Don Sabo (2000: 4), los guiones habituales de género de los hombres podrían favorecer comportamientos poco saludables. Muchas prácticas de auto-cuidado se juzgan culturalmente “femeninas”. Courtenay⁵ señala que “un hombre que actúa correctamente con arreglo a su género debe estar poco preocupado por su salud y por su bienestar general. Simplemente, debe verse más fuerte, tanto física como emocionalmente, que la mayoría de las mujeres. Debe pensar en sí mismo como en un ser independiente, que no necesita del cuidado de los demás. Es poco probable que pida ayuda a otras personas. Debe estar mucho tiempo en el mundo, lejos de su hogar. La estimulación intensa y activa de sus sentidos debe ser algo de lo que termine por depender. Debe hacer frente al peligro sin miedo, asumir riesgos a menudo y preocuparse poco por su propia seguridad”.

La revisión de Courtenay⁶ sobre recientes investigaciones señala que las probabilidades de adoptar malos hábitos de salud son superiores en los hombres que participan de las creencias tradicionales sobre la hombría, que en sus coetáneos no tradicionales; y que los riesgos de padecer depresión y agotamiento nervioso son igualmente mayores; además, su reactividad cardiovascular ante las condiciones de estrés es mayor. Por otro lado, como señala Sabo (2000: 3), Helgeson⁷ observó que “los hombres diagnosticados y tratados por cardiopatía isquémica que poseen rasgos

5 Courtenay, W. (2000): “Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health”, en *Social Science and Medicine*, vol. 50, núm. 10, pp. 1385-1401. Citado en Sabo (2000: 4).

6 Courtenay, W. (2000): “Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health”, en *Social Science and Medicine*, vol. 50, núm. 10, pp. 1385-1401. Citado en Sabo (2000: 6).

7 Helgeson, V. S. (1995): “Masculinity, men's roles, and coronary heart disease”, en: Sabo, D., Gordon, D., (eds.): *Men's health and illness: Gender, power and the body*. Thousand Oaks, CA: Sage Publishers, pp. 68-104. Citado en Sabo (2000: 3).

masculinos negativos comentan sus problemas cardíacos con sus familias con menos frecuencia, tienen mayores probabilidades de llevar a cabo comportamientos nocivos para la salud y disponen de redes sociales defectuosas”.

Existen numerosas investigaciones que confirman “que las mujeres están, por razones de índole sociocultural, más predispuestas que los hombres a reconocer la presencia de enfermedades y a establecer contacto, para su propia patología o para la de otros miembros del núcleo familiar, con los servicios médicos. La consecuencia de esto es que se da en ellas una mayor tendencia a ser diagnosticadas como enfermas” (Vázquez-Barquero, 1992: 41).

Por lo que respecta a la salud de las mujeres, por ejemplo, en países tan diferentes como la India, Nigeria, China, México y Brasil, se ha encontrado una prevalencia de depresión en las mujeres, dos veces mayor que en los hombres.

Las teorías explicativas de estas “diferencias” se han transformado con el paso del tiempo. A finales del siglo XIX, la “histeria” fue descrita como una enfermedad propia de las mujeres, que se atribuía a las funciones reproductivas femeninas. Hoy día, sólo unos pocos cuestionan el origen social de estas diferencias.

En relación con las enfermedades mentales, para explicar estas diferencias, se han planteado variadas hipótesis: por una parte, se ha subrayado que las estadísticas de enfermedad mental son un indicador de la opresión a la que están sometidas las mujeres; esto es, que las mujeres sufren más aflicciones mentales que los hombres justamente porque están sujetas a condiciones de vida más opresivas que conducen, en última instancia, a tales alteraciones. Por ejemplo, durante los últimos años se ha recogido evidencia científica muy significativa que revela que la salud física y mental se relacionan manifiestamente con la cantidad y calidad de apoyo psicosocial de que disponen los individuos. Esta sociedad, sin embargo, socializa a las mujeres para que faciliten atención y a los hombres para que la reciban. El significado de estos hallazgos, no obstante, no deja de ser ambivalente. Por una parte, se ha sugerido que es el “coste de hacerse cargo de los demás” lo que se trasluce en las estadísticas de salud. Esto es, las mujeres enferman con mayor asiduidad porque más que *recibir* apoyo psicosocial ellas lo *brindan*; el caso de los hombres sería el inverso. Por otra parte, igualmente se ha apuntado que es precisamente la capacidad de las mujeres (socialmente conseguida) para establecer vínculos afectivos lo que, a la larga, se manifiesta en la mayor esperanza de vida que tienen.

Sin desechar estas hipótesis, otros autores, como Castro y Bronfman (1998: 205-238), han sugerido que la diferencia en las estadísticas muestra asimismo la predisposición de la sociedad patriarcal para clasificar a las mujeres como enfermas mentales. Este sesgo se manifiesta en diversos niveles: a un nivel micro, en el que los médicos y psiquiatras están predispuestos a diagnosticar depresión, histeria o esquizofrenia en

sus pacientes femeninos, con mucha mayor facilidad que en sus pacientes masculinos. A un nivel intermedio, Smith⁸ ha apuntado la conveniencia de recuperar las contribuciones de la teoría del etiquetaje para explicar estas diferencias, y propone, consecuentemente, invertir los términos de la explicación convencional: no es que las mujeres sean atendidas en establecimientos psiquiátricos porque sufren enfermedades mentales, sino que, al contrario, padecen trastornos mentales porque son sometidas a un sistema de desintegración de la personalidad, que se inicia en la casa y acaba en el hospital psiquiátrico, que etiqueta como anormal cualquier pretensión de independencia de parte de ellas. Por último, se ha planteado que, a un nivel macro, es necesario cuestionarse el concepto mismo de salud mental, pues en la forma en que dicho concepto ha sido fabricado se halla la clave para elucidar las divergencias contempladas. ¿Por qué, por ejemplo, el concepto de depresión no siempre incluye a los grandes bebedores, cuando el alcoholismo puede ser una forma en la que los hombres exterioricen su depresión? ¿Por qué la mayor predisposición a la violencia por parte de los hombres no es catalogada como enfermedad mental?

En el análisis de la Encuesta Nacional de Salud 2001, considerando el sexo de los entrevistados, descubrimos que el 64,7% de los hombres y el 59,3% de las mujeres manifiestan no padecer ningún tipo de enfermedad crónica, lo que representa que las hombres superan a las mujeres en más de cinco puntos porcentuales. Unos porcentajes similares se producen en la Región de Murcia (64,5% de los hombres y 59,2% de las mujeres) ¿Trasluce estos datos que las mujeres padecen más enfermedades crónicas que los hombres? No, ciertamente. Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, por lo que las cohortes de mujeres con edades mayores, donde aparecen con mayor intensidad las enfermedades crónicas, son más numerosas que las de los hombres. Esta puede ser una explicación, aparte de de otro tipo de explicaciones, relacionadas con el género, reseñadas anteriormente.

En relación con la tipología de enfermedades, advertimos en el Cuadro 2 que, tanto en el ámbito nacional como en el regional, la distribución de enfermos crónicos es similar; si bien, se constata que, mientras que la hipertensión arterial es la principal enfermedad crónica para hombres y mujeres a nivel nacional, en el ámbito de la Región de Murcia para los hombres la principal enfermedad crónica es el colesterol elevado.

8 Smith, D. E. (1990): *The Conceptual Practices of Power*, Toronto: University of Toronto Press. Citado en Castro, y Bronfman (1998: 13).

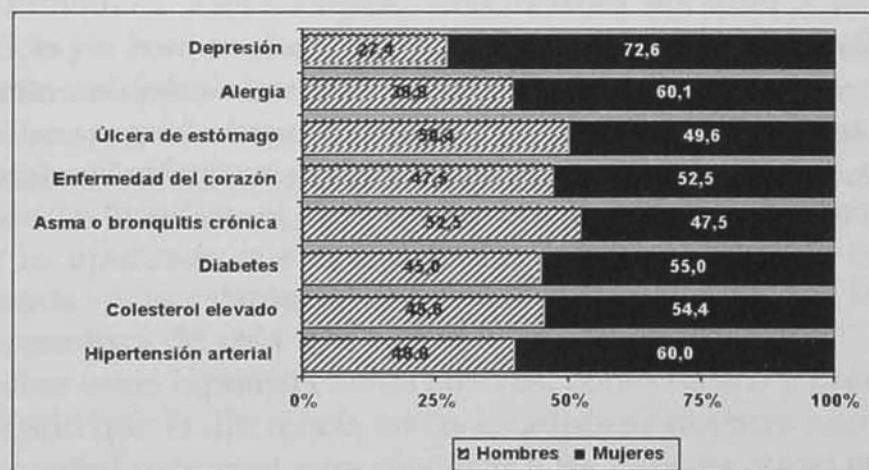
CUADRO 2. ENFERMEDADES CRÓNICAS, SEGÚN SEXO. MORBILIDAD PERCIBIDA. ESPAÑA Y REGIÓN DE MURCIA, 2001 (%)

Enfermedades crónicas	ESPAÑA		REGIÓN DE MURCIA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Hipertensión arterial	23,1	25,5	17,9	26,9
Colesterol elevado	19,9	17,5	22,6	14,8
Diabetes	10,1	9,1	6,0	12,6
Asma o bronquitis crónica	10,1	6,7	12,5	6,3
Enfermedad del corazón	9,8	8,0	10,7	8,5
Úlcera de estómago	7,0	5,1	9,5	4,9
Alergia	12,8	14,2	16,7	14,8
Depresión	7,2	14,0	4,2	11,2
(N)	(5.948)	(7.470)	(168)	(223)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2001. Elaboración propia.

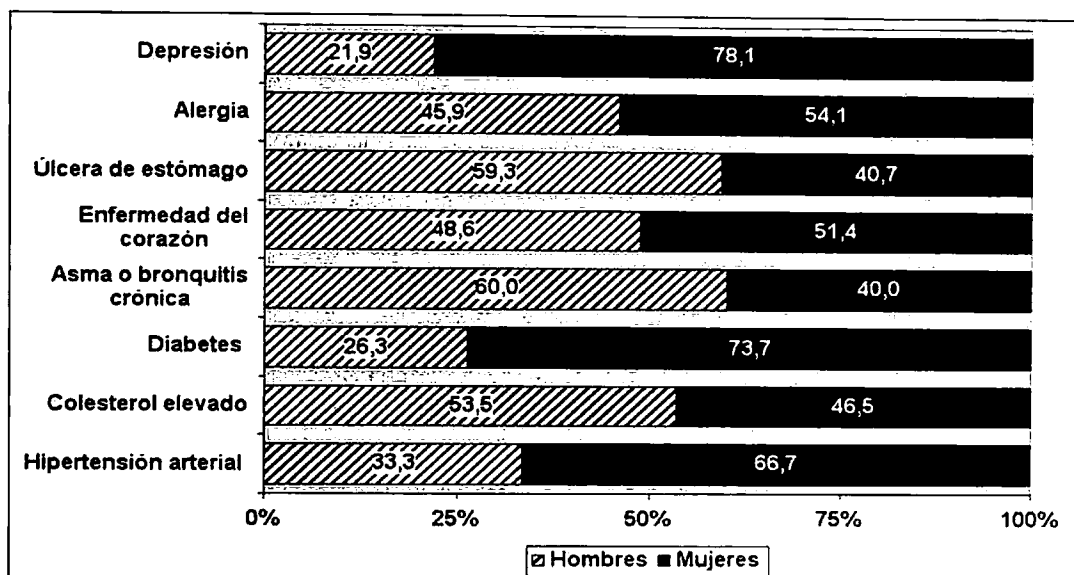
En un análisis de los porcentajes horizontales (Gráficos 2 y 3) comprobamos cómo, tanto a nivel nacional como de la Región de Murcia, aparecen una serie de patologías que afectan mucho más a las mujeres que a los hombres; así, de cada cuatro personas que padecen depresión, casi tres son mujeres y sólo una es hombre. Algo similar, aunque con menor intensidad, acontece con la alergia, la diabetes y la hipertensión arterial. Por el contrario, algunas patologías, como el asma o la bronquitis crónica y la úlcera de estómago, se manifiestan con mayor intensidad en los hombres.

GRÁFICO 2. ENFERMEDADES CRÓNICAS, SEGÚN SEXO. MORBILIDAD PERCIBIDA. ESPAÑA, 2001 (% HORIZONTALES)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2001. Elaboración propia.

GRÁFICO 3. ENFERMEDADES CRÓNICAS, SEGÚN SEXO. MORBILIDAD PERCIBIDA. REGIÓN DE MURCIA, 2001 (% HORIZONTALES)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2001. Elaboración propia.

Algunas de estas diferencias en relación con la salud tienen necesariamente que ver con el medio ambiente y los estilos de vida de hombres y mujeres. Todavía, aunque en las edades más jóvenes se están debilitando las diferencias entre ambos sexos, persisten desigualdades: los hombres tienen trabajos que favorecen, en mayor medida, la aparición de ciertas enfermedades o fuman más que las mujeres, mientras que las mujeres ocupan ciertos puestos que auspician la presencia de otro tipo de dolencias. Así, en los Cuadros 3 a 6 podemos observar cómo son más los hombres que las mujeres los que están expuestos en su lugar de trabajo a ruidos molestos o elevados, a vibraciones, a tener que elevar y desplazar cargas pesadas y a tener que manipular sustancias químicas o productos nocivos o tóxicos.

CUADRO 3. RUIDO EN EL LUGAR DE TRABAJO (%), POR SEXO. ESPAÑA, 1997

	Trabajadores expuestos a ruido muy bajo o ninguno	Trabajadores expuestos a ruido molesto	Trabajadores expuestos a ruido elevado
Mujeres	68,3	25,7	6,0
Hombres	61,8	28,5	9,7
Total	64,0	27,5	8,5

Fuente: III Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo, 1997. Elaboración propia.

CUADRO 4. VIBRACIONES EN EL LUGAR DE TRABAJO (%), POR SEXO. ESPAÑA, 1997

<i>Trabajadores expuestos</i>	
Mujeres	3,4
Hombres	10,1
Total	7,8

Fuente: III Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo, 1997. Elaboración propia.

CUADRO 5. ELEVACIÓN Y DESPLAZAMIENTO DE CARGAS PESADAS EN EL LUGAR DE TRABAJO (%), POR SEXO. ESPAÑA, 1997

<i>Trabajadores expuestos</i>				
	<i>Más de 1/2 jornada</i>	<i>1/4 a 1/2 de la jornada</i>	<i>Menos de 1/4 de la jornada</i>	<i>Nunca</i>
Mujeres	3,4	3,4	12,1	80,9
Hombres	4,8	7,0	22,3	65,2
Total	4,3	5,7	1,9	71,2

Fuente: III Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo, 1997. Elaboración propia.

CUADRO 6. MANIPULACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS O PRODUCTOS NOCIVOS O TÓXICOS EN EL LUGAR DE TRABAJO (%), POR SEXO. ESPAÑA, 1997

<i>Trabajadores expuestos</i>	
Mujeres	13,6
Hombres	15,8
Total	15,0

Fuente: III Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo, 1997. Elaboración propia.

Por el contrario, en los Cuadros 7 a 10 constatamos que son más las mujeres que los hombres expuestos en su lugar de trabajo a movimientos repetitivos, a posturas forzadas, a ritmos de trabajo elevados y a trabajos monótonos.

CUADRO 7. MOVIMIENTOS REPETITIVOS EN EL LUGAR DE TRABAJO (%), POR SEXO. ESPAÑA, 1997

<i>Trabajadores expuestos</i>				
	<i>Más de 1/2 jornada</i>	<i>1/4 a 1/2 de la jornada</i>	<i>Menos de 1/4 de la jornada</i>	<i>Nunca</i>
Mujeres	38,3	14,6	10,8	36,1
Hombres	35,0	12,4	14,7	37,5
Total	36,1	13,2	13,3	37,4

Fuente: III Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo, 1997. Elaboración propia.

CUADRO 8. POSTURAS FORZADAS EN EL LUGAR DE TRABAJO (%), POR SEXO. ESPAÑA, 1997

	<i>Trabajadores expuestos</i>			
	<i>Más de 1/2 jornada</i>	<i>1/4 a 1/2 de la jornada</i>	<i>Menos de 1/4 de la jornada</i>	<i>Nunca</i>
Mujeres	44,0	30,5	14,4	11,2
Hombres	34,2	30,6	20,0	15,1
Total	37,6	30,6	18,1	13,8

Fuente: III Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo, 1997. Elaboración propia.

CUADRO 9. RITMO DE TRABAJO ELEVADO (%), POR SEXO. ESPAÑA, 1997

	<i>Trabajadores expuestos</i>			
	<i>Más de 1/2 jornada</i>	<i>1/4 a 1/2 de la jornada</i>	<i>Menos de 1/4 de la jornada</i>	<i>Nunca</i>
Mujeres	10,1	9,2	14,5	65,9
Hombres	6,4	8,1	21,2	63,1
Total	7,7	8,5	18,9	64,9

Fuente: III Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo, 1997. Elaboración propia.

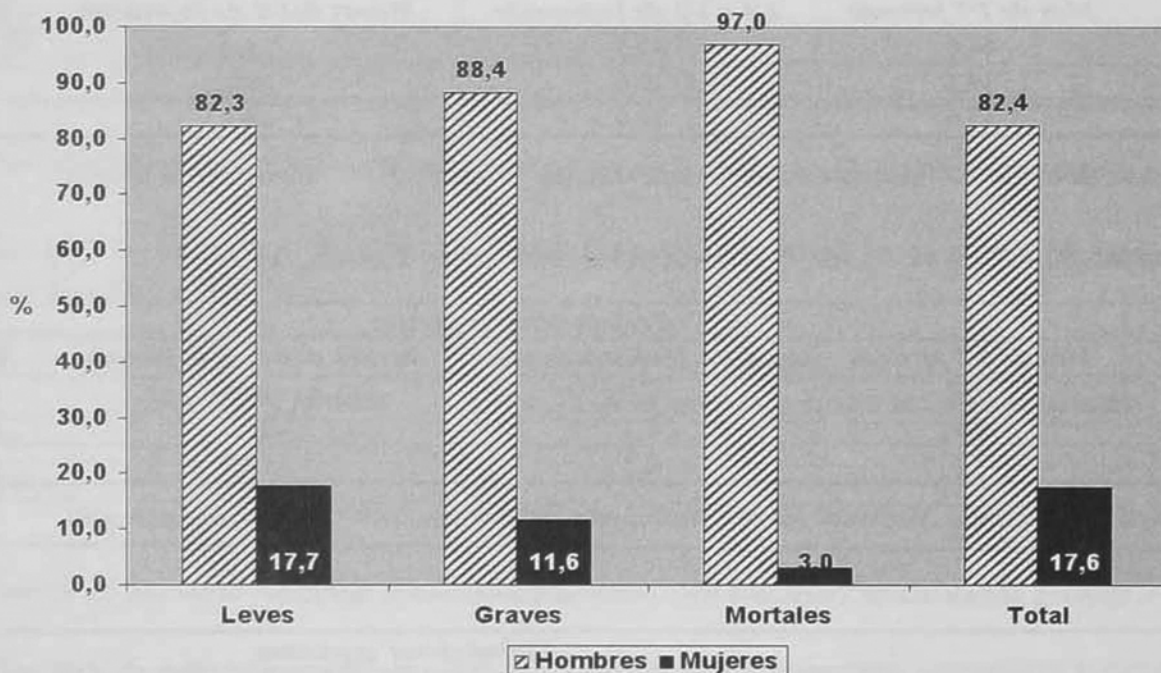
CUADRO 10. TRABAJO MONÓTONO (%), POR SEXO. ESPAÑA, 1997

	<i>Trabajadores expuestos</i>
Mujeres	36,8
Hombres	36,4
Total	36,6

Fuente: III Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo, 1997. Elaboración propia.

En el mismo sentido apuntan los datos sobre accidentes de trabajo. Así, como se puede comprobar en el Gráfico 4, según la estadística de accidentes de trabajo de Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales, en el año 2000 se produjeron en España 932.932 accidentes durante la jornada de trabajo, de los cuales un 82,4% afectó a hombres y un 17,6% a mujeres. La diferencia todavía es más pronunciada cuando observamos las estadísticas de accidentes de trabajo con resultado de muerte: de los 1.136 accidentes que se registraron en España en ese año, un 97% afectaron a hombres y únicamente un 3% a mujeres.

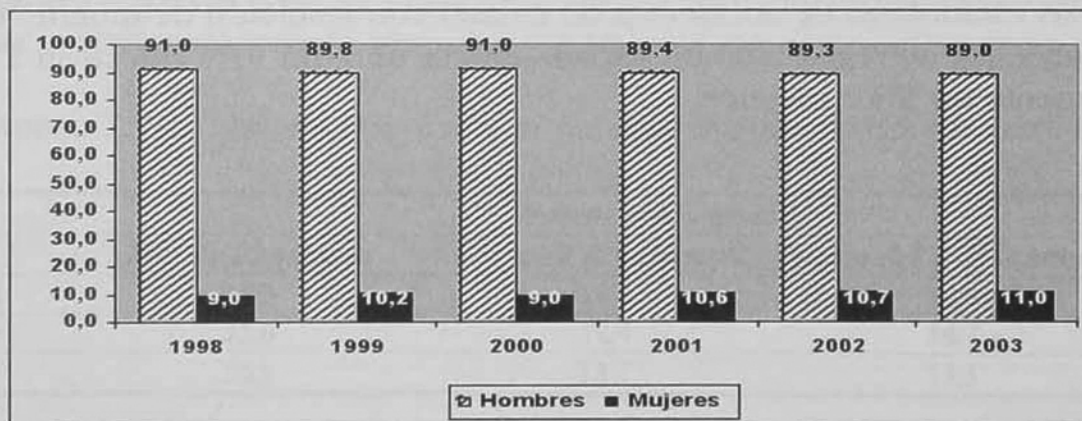
GRÁFICO 4. ACCIDENTES DE TRABAJO CON BAJA PRODUCIDOS DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO, SEGÚN SU GRAVEDAD, POR GÉNERO (%). ESPAÑA, 2000



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Estadística de Accidentes de Trabajo, 2000. Elaboración propia

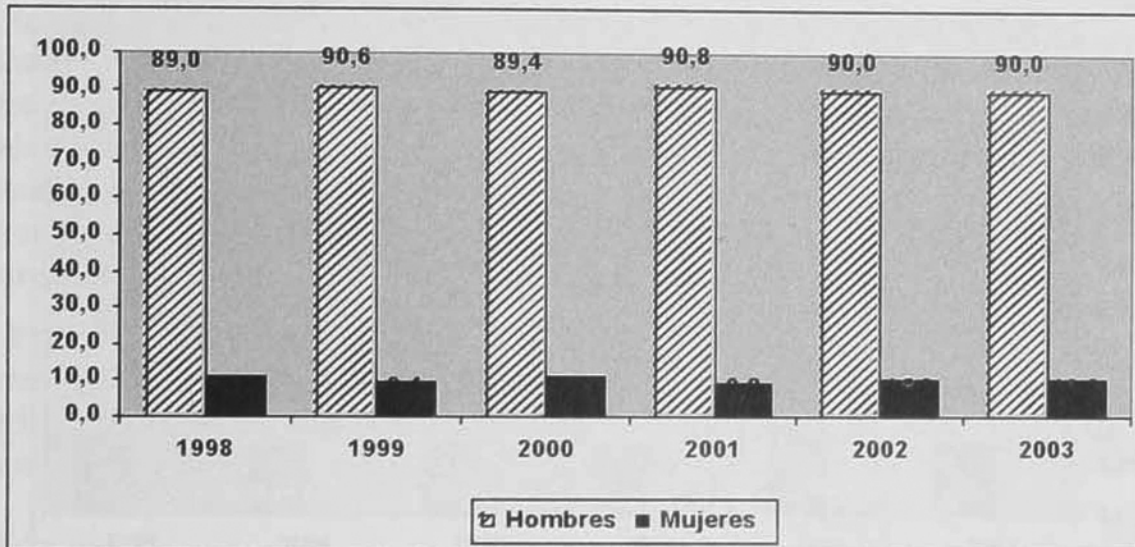
Algo similar sucede en relación con los accidentes de circulación, tanto en carretera (Gráficos 5 y 7) como en zona urbana (Gráficos 6 y 8), donde los conductores muertos o heridos graves son en mucha mayor medida hombres que mujeres.

GRÁFICO 5. CONDUCTORES MUERTOS EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN EN CARRETERA, SEGÚN SEXO (%).



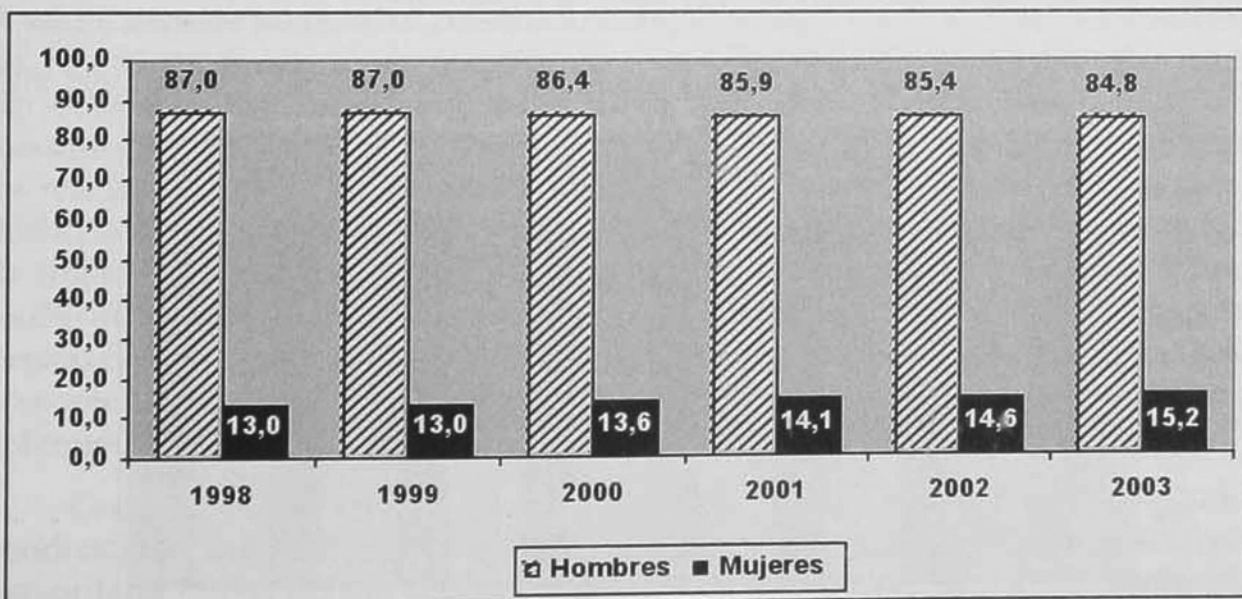
Fuente: Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior. Elaboración propia

GRÁFICO 6. CONDUCTORES MUERTOS EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN EN ZONA URBANA, SEGÚN SEXO (%). ESPAÑA 1998-2003



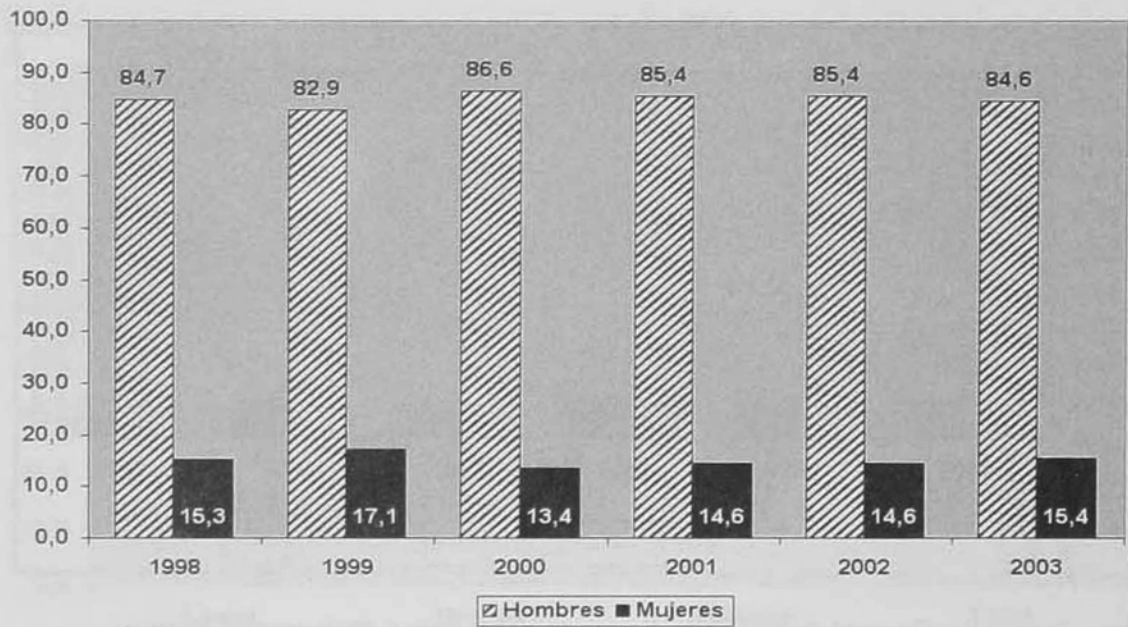
Fuente: Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior. Elaboración propia

GRÁFICO 7. CONDUCTORES HERIDOS GRAVES EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN EN CARRETERA, SEGÚN SEXO (%). ESPAÑA 1998-2003



Fuente: Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior. Elaboración propia

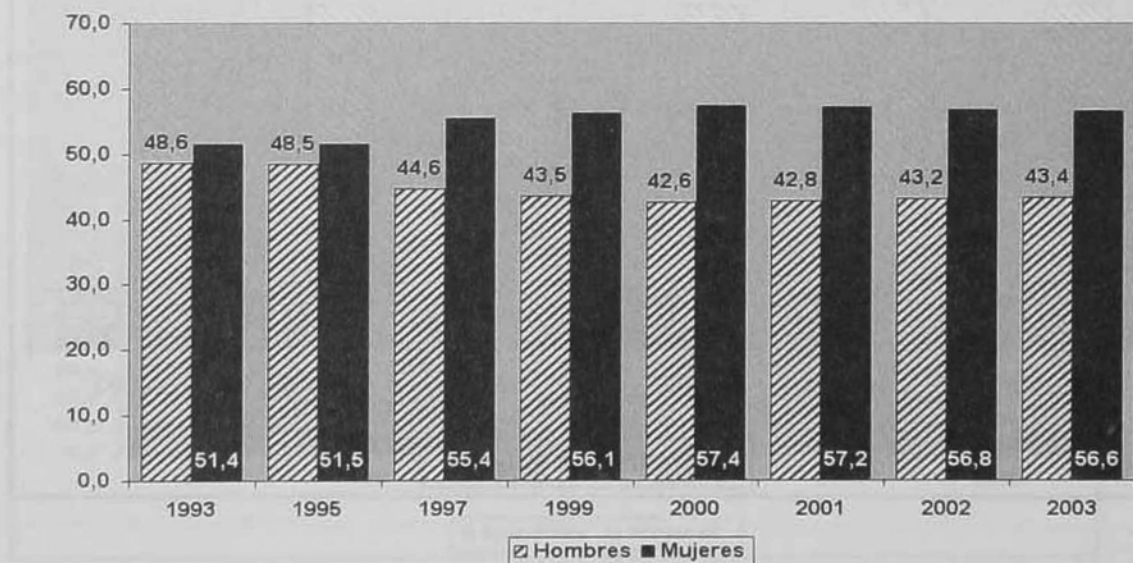
GRÁFICO 8. CONDUCTORES HERIDOS GRAVES EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN EN ZONA URBANA, SEGÚN SEXO (%). ESPAÑA 1998-2003



Fuente: Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior. Elaboración propia

Por el contrario, si observamos la distribución de accidentes domésticos según sexo (Gráfico 9), comprobamos cómo durante toda la serie (1993-2003) son más las mujeres que los hombres que sufren este tipo de accidentes.

GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS, SEGÚN SEXO (%). ESPAÑA 1993-2003



Fuente: Instituto Nacional del Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración propia

3. MUJER, SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Una vez comprobada la existencia de diferencias en la salud de mujeres y hombres, trataremos de determinar si hay factores medioambientales que puedan afectar de manera desigual la salud de hombres y mujeres; es decir, trataremos de comprobar si existe una cierta *feminización* de la enfermedad, provocada por elementos o condiciones medioambientales en el desarrollo de actividades y estilos de vida mayoritariamente femeninos, tanto en su ámbito productivo, como en el hogar; sin olvidar la imagen social o estereotipo de belleza femenina que inducen a la mujer a desarrollar determinadas pautas que afectan a su salud.

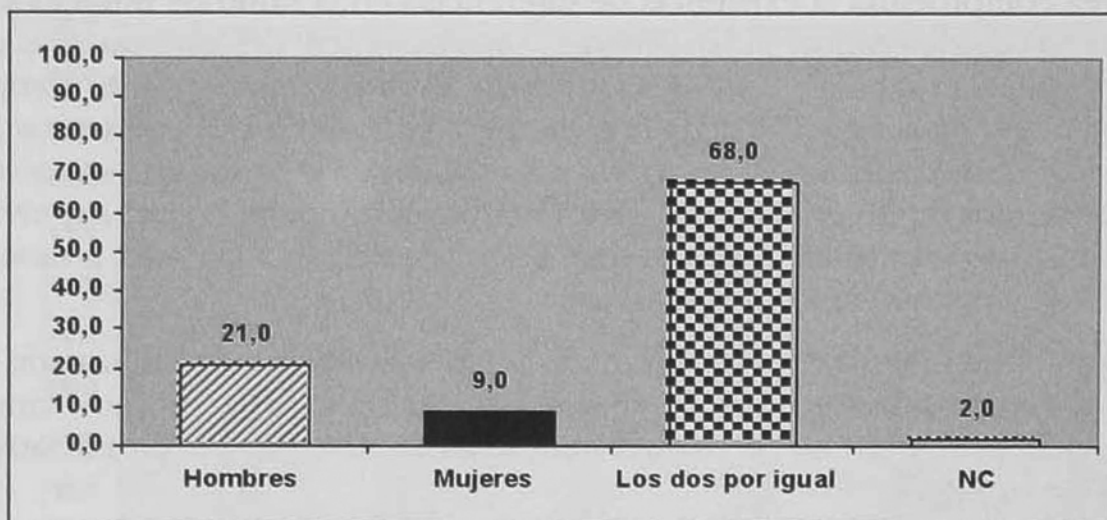
Por otra parte, intentaremos distinguir si existe una mayor sensibilización de las mujeres en los temas relacionados con la salud y con los cuidados propios, familiares y medioambientales, y si ello se traduce una mayor participación en iniciativas de prevención de riesgos.

3.1. SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Es evidente que las condiciones ambientales constituyen un factor de gran trascendencia en la determinación de la salud de las mujeres y de los hombres. El agua que bebemos, el aire que respiramos o el entorno de trabajo tienen una enorme importancia en nuestro bienestar y nuestra salud. Los especialistas en sociología de la salud y en salud pública tratan de distinguir los vínculos básicos de causalidad entre el medio ambiente y la salud, aunque no puedan cuantificar completamente sus interacciones. La dirección de las relaciones tiende a ser congruente (por ejemplo, cuando el aire que respiran las personas está contaminado, su salud habitualmente empeora), aunque el alcance y los mecanismos del deterioro pueden variar. La incidencia de las condiciones ambientales en los resultados de salud de los seres humanos puede ser difícil de cuantificar, pero pocos dudan de su considerable importancia. Así, al preguntar "a quién afectan en mayor medida (mujeres u hombres) ciertas enfermedades que tienen que ver con el entorno y el medio ambiente", los representantes de una muestra de asociaciones e instituciones de la Región de Murcia no ponen en cuestión la propia formulación de la pregunta (sólo un 2% no contesta), sino que dan por cierta la premisa de la que se parte, es decir, que algunas enfermedades vienen determinadas por el entorno y el medio ambiente.

Con respecto a cuál de los dos sexos se ve más afectado en su salud por las condiciones medioambientales, como podemos advertir en el Gráfico 10, la opinión mayoritaria (68%) de los entrevistados es que las condiciones medioambientales en las que se desenvuelven las personas, afectan, en relación con la salud y la enfermedad, a los dos sexos por igual. Por su parte, un 21% de los encuestados considera que son más afectados los hombres y únicamente un 9% que lo son las mujeres.

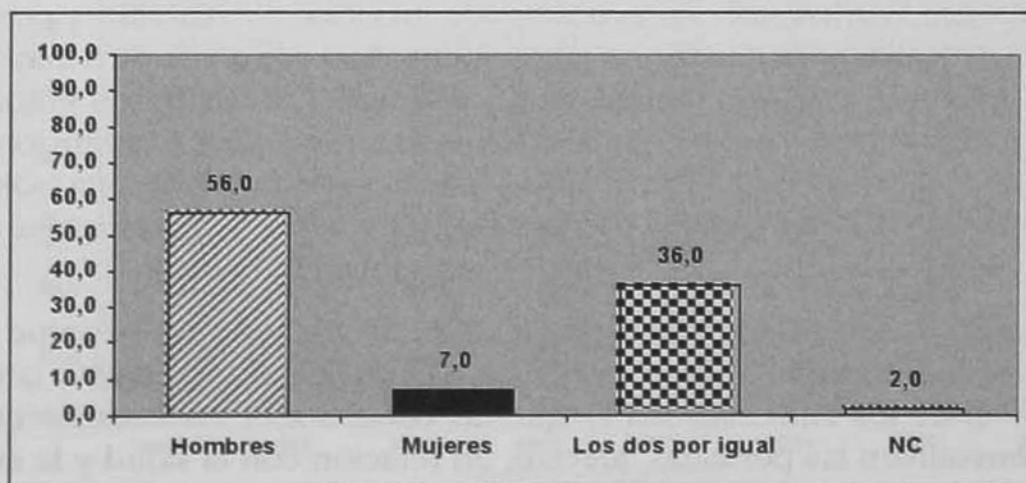
GRÁFICO 10. ¿A QUIÉN LE AFECTAN EN MAYOR MEDIDA ENFERMEDADES QUE TIENEN QUE VER CON EL ENTORNO Y EL MEDIO AMBIENTE EN QUE SE DESENVUELVEN? (%). REGIÓN DE MURCIA, 2004.



Fuente: Encuesta realizada a asociaciones e instituciones de la Región de Murcia (2004). Elaboración propia

Sin embargo, al interpelar a los encuestados sobre cuál de los dos sexos tiene hábitos o actividades que favorecen en mayor medida la aparición de enfermedades (Gráfico 11), éstos responden mayoritariamente (56%) que son los hombres, mientras que únicamente un 35% afirma que ambos sexos se ven afectados en la misma medida, en relación con la aparición de enfermedades, por sus hábitos o actividades, y un 7% que son las mujeres.

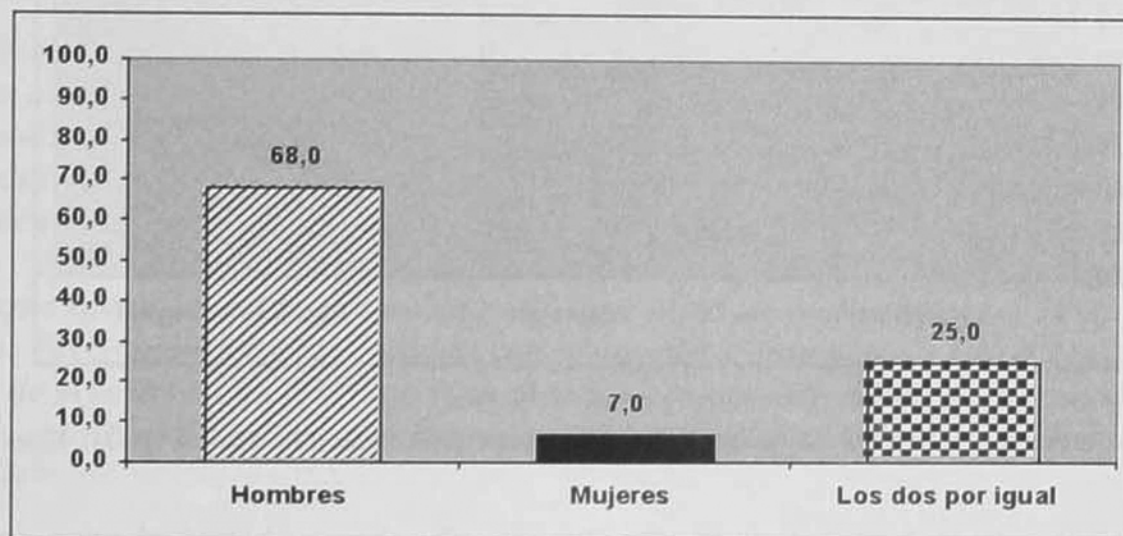
GRÁFICO 11. ¿QUÉ HÁBITOS O ACTIVIDADES FAVORECEN MÁS LA APARICIÓN DE ENFERMEDADES, LOS DE LOS HOMBRES O LOS DE LAS MUJERES? (%)



Fuente: Encuesta realizada a asociaciones e instituciones de la Región de Murcia (2004). Elaboración propia

Algo similar sucede cuando se pregunta sobre cuál de los dos sexos ocupa puestos de trabajo que impliquen un mayor riesgo para su salud (Gráfico 12). Así, un 68% de los encuestados afirma que son los hombres los que ocupan trabajos que implican mayor peligro para su salud, mientras sólo un 7% afirma que son las mujeres.

GRÁFICO 12. ¿QUIÉN OCUPA PUESTOS DE TRABAJO QUE IMPLICAN MÁS RIESGOS PARA SU SALUD? (%)



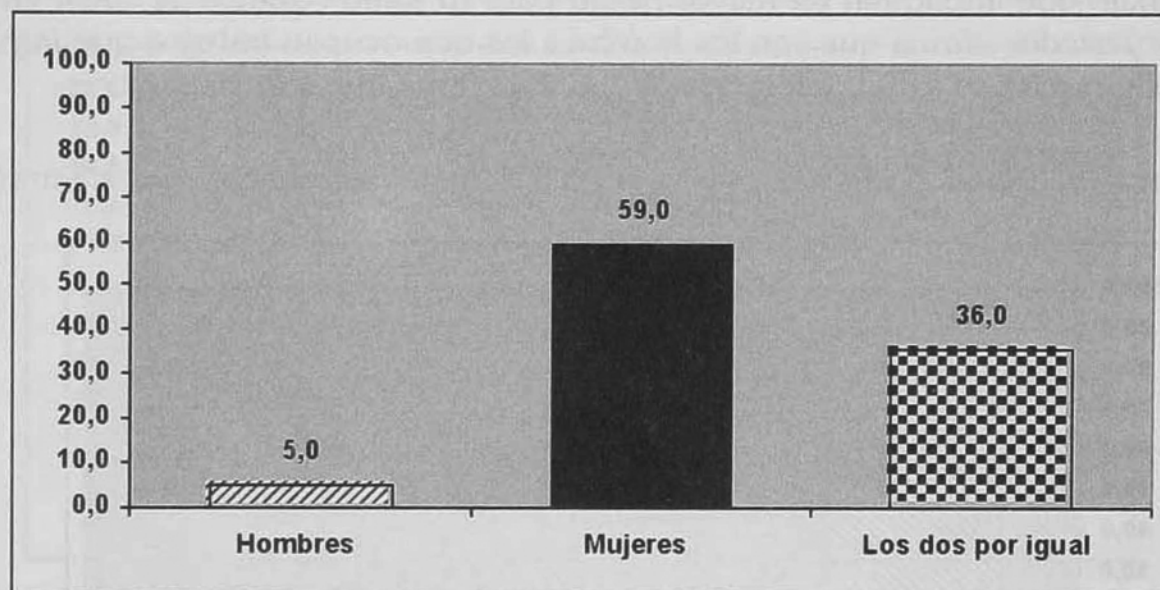
Fuente: Encuesta realizada a asociaciones e instituciones de la Región de Murcia (2004). Elaboración propia

Por tanto, del análisis de estas variables se desprende que, por un lado, se señala que los factores medioambientales afectan, respecto de la salud, en igual medida a mujeres y a hombres, mientras que, por otro lado, se significa que los hombres tienen hábitos y ocupan puestos de trabajo que entrañan un mayor riesgo para su salud que los de las mujeres.

3.2. PREOCUPACIÓN POR EL ESTADO DE SALUD

Según la opinión de los encuestados (Gráfico 13), las mujeres se preocupan más por su salud que los hombres: casi un 60% de los encuestados consideran que son las mujeres las que se preocupan más por su salud, mientras que únicamente un 5% de los mismos señalan a los hombres como los más inquietos respecto a su estado de salud. Un 36% de los encuestados advierten que ambos sexos se preocupan por igual. Estas impresiones coinciden sustancialmente con los estudios realizados al respecto señalados con anterioridad.

GRÁFICO 13. PREOCUPACIÓN POR EL ESTADO DE SU SALUD (%)



Fuente: Encuesta realizada a asociaciones e instituciones de la Región de Murcia (2004). Elaboración propia

Así pues, del examen de esta variable se puede concluir que los representantes de asociaciones e instituciones de la Región de Murcia tienen la percepción de que la mujer se preocupa más por la salud que el hombre, por lo que en el caso de enfermedades directamente relacionadas con el medio ambiente, éstas se harán más visibles en mujeres que en hombres. Esta percepción efectivamente coincide con los datos aportados por otros estudios que advierten que la construcción social del género, con su amplia gama de conductas, expectativas y roles atribuidos a hombres y mujeres por las estructuras sociales, hace que los individuos de uno y otro sexo tengan comportamientos desiguales ante la salud y la enfermedad.

Los distintos testigos entrevistados también insisten en estas diferencias, aunque también se han recogido algunas opiniones que no rubrican esa tesis. Valga esta respuesta como representativa de esa postura: *“Respecto de si las mujeres tienen una mayor sensibilidad que los varones en temas de salud, en general está extendida en toda la sociedad, en mujeres y en varones, sin embargo siempre se ha dicho que las mujeres somos más sensibles a estos temas por el hecho de que hemos llevado la mayor parte del cuidados de los hijos. Pero dudo mucho de que esto sea cierto. Yo no estoy de acuerdo con esa afirmación, pues de hecho el número de fumadoras es superior al de fumadores, con lo nocivo que es este hábito para la salud. No encuentro indicadores reales que me den la idea de que las mujeres sean más sensibles a estos temas. No obstante, si entramos en el cuidado de los niños, en la medida que a las mujeres se les*

*asigna una mayor responsabilidad, tienen más cuidado respecto a los riesgos que estos puedan tener, pero no tiene que ver con la salud en general”.*⁹

A pesar de algunas respuestas en este sentido, hay un alto grado de acuerdo en afirmar que la mujer es la encargada de su salud y la de su familia: *“Pienso que sí, que es una herencia ancestral de las diferencias que había entre hombres y mujeres, que las mujeres habían estado más preocupadas por el tema de la salud, la de su pareja y la de sus hijos. Para ella es un tema prioritario y creo que eso continúa ocurriendo”.*

Para explicar este hecho se recurre a diferentes argumentos. En primer lugar, se justifica aludiendo a una tradición cultural, a una formación y educación que hace responsables a las mujeres del estado de salud de los miembros de su entorno familiar y del cuidado de los enfermos. Hasta tal punto se le encarga y asume esas funciones, que se siente culpable si no las cumple. Así es como lo expresa este testigo: *“Hay una ligazón cultural entre el cuidado de la familia y el hecho de ser mujer que afecta a todas, pero claro está si se trata de mujeres pobres la situación se agrava. Pero, por ejemplo, cuando un niño está ingresado en la UCI quien no se separa de él es la madre. Pero incluso aunque se trate de enfermedades menos graves. Parece que si se transfiere esa responsabilidad al padre la mujer incluso se siente culpable”.*

En segundo lugar, se entiende que además de esos factores culturales o educacionales hay razones genéticas o biológicas. Bien sea por la propia constitución física de las mujeres, que las hace ser más sensibles, o bien se deba al hecho del embarazo y parto, que genera un vínculo de dependencia, cuidado y responsabilidad sobre los hijos. La respuesta siguiente iría en esa dirección: *“Quizás por la educación que ha recibido y que ha mamado familiarmente. Tradicionalmente la madre es la que más se ha preocupado de la salud de sus hijos. Es una cierta cultura que yo creo que hace que esto sea así. Aparte, quizá, biológicamente, vosotras tenéis más elementos sensibles ¿no?, es decir, el aparato reproductor vuestro... pues es un cachondeo de cosas que pueden ocurrir, ¿no? Y entonces, pues es un elemento que es un poco raro, en el buen sentido, y eso creo que da un poco más de sensibilidad”.*

En último lugar, destacar la mayor proximidad y resistencia al dolor y la enfermedad de la mujer, lo que la convierte en la buena encargada para estos menesteres, y por el contrario aleja al hombre de esas mismas tareas: *“La mujer resulta más*

9 Todas respuestas que se recogen a partir de ahora pertenecen a las entrevistas en profundidad realizadas a los distintos testigos cualificados (políticos de las administraciones regional y local, técnicos expertos en medio ambiente, mujer, urbanismo y transporte, responsables de asociaciones de medio ambiente y mujer, médicos, responsables de sindicatos, empresas, etc.).

preocupada que los hombres en los temas de salud, porque tradicionalmente ha sido responsable, no sólo de su salud, sino de su familia, de la familia de su marido, de los niños, de los ancianos, de la salud del marido, y está por tanto más sensibilizada con los temas de salud que los hombres. Además, porque tienen más capacidad de sufrimiento, de aceptación que los hombres, a los que les da más miedo acercarse a los temas de salud. Tienden a olvidarse, a pasar de puntillas hasta que no les toca”.

Sin embargo, al investigar si esta mayor sensibilización va acompañada de iniciativas encaminadas a la prevención de riesgos, se observa que no hay una mentalidad preventiva a la hora de neutralizar los agentes externos que pueden afectar su salud: *“Yo creo que no, que la mayor sensibilización de la mujer en los temas de salud, no va acompañada de una mayor iniciativa por la prevención de la salud, creo que reaccionamos más cuando hay personas que sufren un determinado problema”.*

Lo que sí se reconoce es que la mujer es más precavida en la prevención de riesgos en el hogar, en tanto que ejerce ese rol de protectora y cuidadora de su entorno familiar. Así lo entiende el siguiente entrevistado: *“En general sí, creo que la mujer es más precavida. Si hablamos que se comparte más en el hogar; [...] la iniciativa en lo que es prevenir riesgos, etc. procede también de la mujer”.*

Pero si de ese papel, adjudicado y asumido, pasamos a los cuidados y prevención de sus propios riesgos, y a su traducción en iniciativas concretas, inferimos que no. Es decir, a las mujeres les preocupa la salud pero eso no se refleja en la adopción de medidas preventivas: *Sin duda, bueno, previene más riesgos porque acuden más al médico, van más a la consulta, pero luego por el trabajo que tienen, porque van siempre de prisa, porque están muy liadas, luego si acuden a la consulta en ese momento que les preocupa lo que tu dices y eso, y luego después no te hacen caso y siguen su ritmo de vida. Por ejemplo, si tu le dices a la que le duele la espalda que tiene que adoptar unas medidas higiénico posturales, pero bueno, al final nada, al final se toman las pastillas para el dolor, y como van siempre de prisa, yo no puedo hacer esto, yo no puedo esto, pero yo al final voy corriendo y paso del tema; pero sí, se preocupan más de su salud, más que los hombres, mucho más y acuden más a la consulta, a demandar el consejo médico, pero luego ellas no hacen ni caso tampoco”.*

Además, se constata un vacío de iniciativas en formación de prevención de riesgos en aquellas actividades que regularmente realiza la mujer en el hogar. La siguiente respuesta es muy representativa de la percepción generalizada: *“Yo pienso por ejemplo que el ama de casa está expuesta a muchos accidentes domésticos pero, que yo conozca, no hay ningún tipo de formación, ni de cursos enfocados a ese tipo de mujeres, para evitar es tipo de accidentes domésticos”.*

No obstante, y a pesar de esas ausencias, se destacan como muy importantes las campañas de prevención de algunas enfermedades que afectan mayoritariamente a las mujeres y, por lo tanto, tienen una gran incidencia en ese sector de la población: *“Lo más importante yo creo que es la del cáncer de mama, la asociación del cáncer aquí funciona muy bien, pero la campaña del cáncer va exclusivamente dirigida a la mujer, y luego la de la anorexia y bulimia que hacemos nosotros también. Otro caso: la osteoporosis, también dirigido a la mujer... las recomendaciones van enfocadas a un ámbito casi exclusivamente femenino”*.

3.3. MUJER Y SALUD

Existe una opinión generalizada que pone de manifiesto la existencia de enfermedades que afectan principalmente a mujeres, indicando que esas patologías se deben, por una parte, a las diferencias fisiológicas respecto a los hombres. Es decir, existe un condicionamiento genético que favorece la aparición de ciertas enfermedades, como indica este entrevistado: *“Es evidente que existen enfermedades que afectan principalmente a la mujeres, tal y como se detecta en las estadísticas de los servicios de salud, como consecuencia principalmente de un aspecto fundamental que es la diferencia fisiológica entre hombre y mujer”*.

En la misma dirección e incluso haciendo hincapié en que esas dolencias son independientes de la actividad desarrollada, encontramos esta otra opinión: *“Enfermedades per se independientemente del trabajo que desarrollen, sí hay enfermedades ciertamente femeninas, cierto tipo de cánceres y ciertas afecciones. Luego, hay enfermedades que afectan más a hombres que a mujeres por el estilo de vida. Por ejemplo, normalmente una enfermedad coronaria siempre afecta más a los hombres que a las mujeres, aunque últimamente se están igualando. Cierta tipo de cáncer es más frecuente en hombres que en mujeres, pero otros como los de mama o el de útero, se dan más en mujeres”*.

Igualmente, se alude a la situación de especial vulnerabilidad física que sufre la mujer a causa del embarazo: *“[...] desde el punto de vista de la salud y la seguridad y desde el punto de vista del trabajo, precisamente la propia ley y el reglamento de prevención de los servicios de prevención, valga la redundancia, cuando habla de la salud de la mujer la protege. La protege porque de alguna manera reconoce que por su condición biológica, estar embarazada o historias de estas así, debe de alejarse de determinados productos, de determinadas tareas que supongan una agresión que al varón no le va a afectar y entonces la protege, como también protege a los niños, aunque no sea objeto de este estudio. Protege y además define cuáles son los trabajos de la mujer que en determinados campos, determinadas actividades del proceso productivo, ella no puede participar o no debe participar en igualdad que el varón”*.

En definitiva, existe una idea bastante clara de que, debido a su fisiología, hay determinadas enfermedades o estados propios de la mujer que deben ser considerados cuestiones de género. Pero profundizando más en el análisis de las entrevistas, en la dirección que pretende esta investigación, observamos que hay dolencias que no provienen de su estructura física, sino de factores externos que configuran su entorno productivo, en relación con el hogar, y con los roles y exigencias del medio.

3.4. MUJER, SALUD Y ÁMBITO PRODUCTIVO

Al investigar la relación entre enfermedad y ámbito productivo encontramos algunos entrevistados que no entienden que exista dicha vinculación, tal y como se puede apreciar en la siguiente afirmación: *“En el ámbito laboral no me lo he planteado, quizás la mujer sufre mayor estrés por combinar vida familiar y trabajo. La repercusión del estrés afecta más al hombre que a la mujer, no en vano el estrés genera cosas como la depresión o el infarto; creo que también cuestiones posturales en el trabajo, en la oficina, la carga, la mujer no suele cargar ciertos pesos, por eso, yo creo que vincularlo al ámbito productivo... creo que no”*.

A pesar de esas opiniones, que no por minoritarias son desdeñables, se confirma que existe una relación clara entre enfermedad y actividad laboral; a lo que hay que unir el reconocimiento de que en el mercado de trabajo existen profesiones feminizadas: *“Si, sin duda, hay profesiones femeninas y además en la Región de Murcia está claro que están sobre todo centradas en el sector agroalimentario y servicios, fundamentalmente, habrá más: sector comercio anteriormente, ahora comercio y hostelería, con el empuje que está teniendo el turismo, también en el textil, dependiendo un poquito de las zonas dentro de la comunidad, pero vamos sí hay profesiones feminizadas claramente en la Región”*.

Como consecuencia de la feminización de diferentes sectores profesionales aparecen enfermedades propias de esos mismos sectores, y que por tanto afectan mayoritariamente a mujeres. En ese sentido se afirma: *“En el ámbito regional, por el hecho de que las mujeres se concentren en determinadas profesiones, por ejemplo en la industria agroalimentaria, las mujeres están excesivamente representadas en el sector. Esta situación influye en que sufran los riesgos de este tipo de trabajo (riesgos de tipo repetitivo, que incide siempre en los mismos movimientos, que producen dolores específicos en determinadas zonas del cuerpo...) De hecho, se está planteando que sean consideradas esas dolencias enfermedades profesionales”*.

En esa misma dirección se manifiesta la siguiente informadora, que además añade la interesante mirada prospectiva e institucional de cómo se deben considerar tales afecciones: *“Este año, [...], el propio Instituto de Seguridad e Higiene va a empe-*

zar a centrarse en lo que son las profesiones feminizadas en la Región, porque está claro que las hay, van a empezar con los estudios ergonómicos de los puestos de trabajo y van a empezar a centrarse en eso porque están surgiendo muchísimos problemas. Hay empresas en que las tres cuartas partes de las bajas que hay, son por problemas de reumas y por problemas de músculo esquelético, sobre todo en la mujer, con lo cual, no es ninguna tontería, o sea, es la realidad de lo que nos encontramos en el mundo del trabajo hoy en día”.

Otro aspecto importante a destacar es que las enfermedades que afectan a las mujeres son más invisibles social y laboralmente, porque los efectos nocivos se perciben a largo plazo y no son tan evidentes como los que sufren los hombres, considerados como accidentes laborales, cuyas consecuencias son notorias inmediatamente: *“En el ámbito laboral, pues también tenemos a las trabajadoras del calzado que también utilizan una serie de colas, trabajadoras del textil que también utilizan tintes y productos químicos que también afectan, si no en el momento que ejercen sus funciones, porque así como el colectivo masculino los accidentes laborales se ven de una manera más directa, porque son accidentes que se producen con riesgo inminente, con daños fuertes, sin embargo en la mujer la salud laboral hay que defenderla desde una perspectiva activa, desde el punto de vista de que los productos que utiliza, los tóxicos, se ve a muy largo plazo el riesgo en la salud”.*

Además de estas apreciaciones, en las que hay bastante acuerdo, se añaden en las respuestas obtenidas matizaciones muy interesantes, que no sólo tienen presente el hecho de esas profesiones feminizadas, sino que aluden al formato, o si se prefiere diseño, de esas actividades labores concretas y en general del mundo laboral, realizado mayoritariamente por y para varones, y que inciden negativamente en la salud de la mujer. Así, encontramos referencias a la doble jornada a la que tienen que hacer frente la mayoría de las mujeres; o a cómo los espacios o tiempos laborales dificultan las tareas que desempeñan fundamentalmente las mujeres, añadiendo dosis de estrés y ansiedad en el desempeño de sus trabajos, lo que tiene como consecuencia la aparición de ciertas enfermedades, como depresiones, ansiedad y estrés, entre otras: *“En el estudio Concilia elaborado en la Región de Murcia se ponía de manifiesto esa vinculación entre tareas domésticas y mujeres; así por ejemplo: las madres de los maridos responsabilizan a sus nueras (aunque se tratará de técnicas superiores con ayuda en casa) si su hijo no llevaba bien planchado el pantalón. No se acepta que la mujer sea independiente y autónoma. Se han ido añadiendo obligaciones para las mujeres sin haber cambiado los roles del varón. La conclusión ha sido: doble jornada, más estrés para las mujeres. [...] Otra cuestión añadida es que los espacios laborales son definidos por la visión masculina, por ejemplo: las famosas comidas de trabajo que se dan en algunas empresas que suponen muchas dificultades añadidas para las mujeres que tienen obligaciones en casa”.*

A este respecto se apunta que una medida paliativa y preventiva de esas enfermedades psíquicas es la creación de más servicios -por parte de la Administración o de las mismas empresas- que alivien las cargas que soportan las mujeres y que, a la vez, faciliten su incorporación al mundo laboral, sin que ello suponga mayores riesgos para su salud: *“Otra cuestión básica es que faltan servicios públicos que ayuden de verdad a las mujeres a la incorporación al mundo del trabajo (guarderías, cuidado de enfermos,...) Tradicionalmente se han ocupado las madres (abuelas), pero claro, llega un momento en que no pueden, o no quieren. El problema es que en España la familia se ha ocupado del cuidado de las personas dependientes (las mujeres fundamentalmente) y ahora cuando las mujeres se incorporan al trabajo no se ha sustituido esos servicios por parte de la Administración”*.

Por último, otro de los aspectos que se indica como causante de enfermedades femeninas que se originan en el medio laboral es el que hace referencia al acoso, tanto psicológico como sexual. Es evidente que ese tipo de hostigamiento, que puede provocar todo tipo de disfunciones físicas y psíquicas, puede darse igualmente en hombres que en mujeres. Sin embargo, la realidad es que se observa más en mujeres, a las que se considera más vulnerables a este tipo de atosigamiento. La siguiente respuesta ilustra muy bien estas afirmaciones: *“Ahora está muy de moda lo del acoso, por ejemplo en el trabajo, de tipo psicológico y de tipo sexual. En la consulta, por ejemplo, he tenido en concreto tres casos, una maestra, una limpiadora de un instituto y el otro caso era una limpiadora que trabajaba en la Consejería de Sanidad. La maestra sigue, pero la de la Consejería de Sanidad cambió de trabajo y ahora está de limpiadora en un servicio de urgencias, por el acoso que sufrió por parte de un superior que se metía mucho con las dos, en este caso hace dos años”*.

En resumen, existen sectores feminizados en el mercado laboral y, por tanto, enfermedades profesionales que afectan mayoritariamente a la mujer. Dolencias que van socavando la salud de la mujer y que se manifiestan a largo plazo, lo que las hace más invisibles y, en consecuencia, provoca una respuesta menor de la sociedad en su conjunto. A todo ello, hay que añadir la situación en la que se encuentra la mujer social y laboralmente. Espacios y tiempos generalmente diseñados por hombres y para hombres, lo que añade dificultades y problemas a las mujeres a la hora de desempeñar su trabajo, dentro y fuera del hogar. Conflictos que, en bastantes ocasiones, terminan afectando a su salud y generando enfermedades.

3.5. ESTILO DE VIDA

Las definiciones culturales de “feminidad” y “masculinidad” aparecen como construcciones a través de las que las personas y grupos explican y conciben sus conduc-

tas y relaciones cotidianas. La definición de la “feminidad”, cualquiera que ella sea, sitúa a las mujeres como sujeto de un enunciado en el que la belleza física se convierte en un elemento de valorización. A la mujer se le exige, en mayor medida que al hombre, belleza física con los parámetros de la juventud.

La belleza es un valor intensamente interiorizado como femenino, de tal forma que muchas mujeres sienten la exigencia de ser bellas para poder sentirse mujeres. Desde los primeros años de la vida, a las niñas se las educa para esmerarse en el cultivo de su belleza física, mientras que a los niños se les consiente y premia el desaliño y la dejadez respecto de su imagen física. Incluso a nivel de lenguaje, las diferencias son notorias: a las niñas se las requiere como *guapa*, *preciosa*, *bonita* y otros calificativos que atañen a su imagen física, mientras que a los niños se les distingue como *machote*, *campeón* y otros apelativos que no están en relación con su aspecto físico, sino con el simple hecho de ser hombres. Esta exigencia social de ser bellas y atractivas que soportan las mujeres, las ha llevado, según las modas de cada época, a sentirse en la necesidad de recurrir a cremas y tratamientos múltiples para todo el cuerpo, a tintes o permanentes para los cabellos, a maquillajes y a cosméticos para el rostro o las manos, a la utilización de asfixiantes corsés o de rellenos que posibilitaran las formas requeridas, a la depilación del bello corporal, a tostarse al sol hasta ennegrecer o a mantenerse níveas, a la cirugía plástica, etc. De este modo, estamos asistiendo a una multiplicación de los gimnasios, centros de belleza y dietéticos a los que es obligatorio acudir para mejorar el aspecto corporal. Un entorno en el que las revistas de moda y belleza igualmente cumplen un papel de asesoramiento, creando equívocas inquietudes en la vida de las mujeres en relación con su apariencia. Se impone el culto al cuerpo, hasta el extremo de que, si la naturaleza no dota a una persona de un rostro o una esbeltez precisos, la cirugía estética emerge para transformar aquello que no está de acuerdo con el modelo usualmente admitido, como si se tratase de un taller de repuestos. Es cierto que en los últimos años, la importancia de la imagen física se ha extendido igualmente a los hombres, los cuales han comenzado a preocuparse mucho más por el cuidado del cuerpo y a recurrir a los productos de belleza; pero son todavía las mujeres a las que se les exige, o las que se auto-exigen, mucho más en relación con su aspecto físico.

La imagen actual de la belleza femenina es la de una mujer esbelta y delgada. Cada vez más, en los spot publicitarios, en las películas, en los desfiles de modas, el *cuerpo ideal* de la mujer se estira y se estrecha. El canon de la delgadez se ha ido extremando con el tiempo hasta proponer como modelos de belleza a chicas con unas formas escuálidas que muy poco tienen que ver con la anatomía natural de la mayor parte de las mujeres adultas. Esto está llevando a muchas mujeres a angustiarse por perder peso: las dietas de adelgazamiento, los alimentos bajos en calorías, el ejercicio físico en sus múltiples formas (gimnasio, footing, natación, etc.), las cremas

adelgazantes, los medicamentos milagrosos que reducen el perímetro corporal en unos días, etc. se han convertido en algo normal en la vida de muchas mujeres.

Hay, por tanto, más presión social hacia el género femenino, o al menos así se percibe, y esa exigencia de tener un aspecto físico acorde con ese modelo estético aumenta el riesgo de enfermedad: *“Yo creo que la mujer está mucho más pendiente de su aspecto físico, aunque cada vez se va notando menos las diferencias, todavía estamos a años luz los hombres de tener las precauciones que tiene la mujer. Por un lado es bueno, pero por otro es malo, porque si estas fuera de esos roles, un hombre lleva mejor lo de estar fuera que una mujer; prácticamente un hombre pasa un poco de esas cosas en líneas generales y a una mujer le afecta mucho más cumplir ciertos roles de que hay que estar delgadísima y guapísima”*.

Ese requerimiento físico se explica por un entorno social y cultural en el que perduran elementos de una mentalidad machista que afecta a hombres y mujeres, de tal manera que, por un lado, es el medio el que pide ese esfuerzo a la mujer y, por otro, es la mujer misma la que desea responder a ese arquetipo, aunque sea poniendo en riesgo su salud: *“La mujer tiene todavía algún riesgo distinto al hombre; el condicionante de la sociedad en la que vivimos que se valora mucho la belleza, como los ejemplos que usted ha citado. O se valora ciertos valores en la mujer, porque todavía estamos en una sociedad algo machista, se va avanzando mucho, pues hace que la mujer tenga un especial problema, no se como plantearlo, frente a estas cuestiones. Por ejemplo, problemas de anorexia o bulimia se dan más en el sexo femenino que en el hombre”*.

Por lo tanto, está clara esa exigencia del entorno que afecta a la salud de la población femenina y, como se indica en la siguiente respuesta, especialmente al sector más joven de la misma: *“Otro generador de patologías femeninas es la excesiva dependencia de los cánones de belleza de nuestra cultura occidental; estos cánones son especialmente exigentes con la mujer, especialmente tiene mucho que ver con las tallas reducidas de la ropa femenina, y produce que patologías tales como la bulimia y la anorexia se desarrollen, de manera alarmante, en las mujeres y, sobre todo, en el sector más joven de las mujeres: en nuestras adolescentes”*.

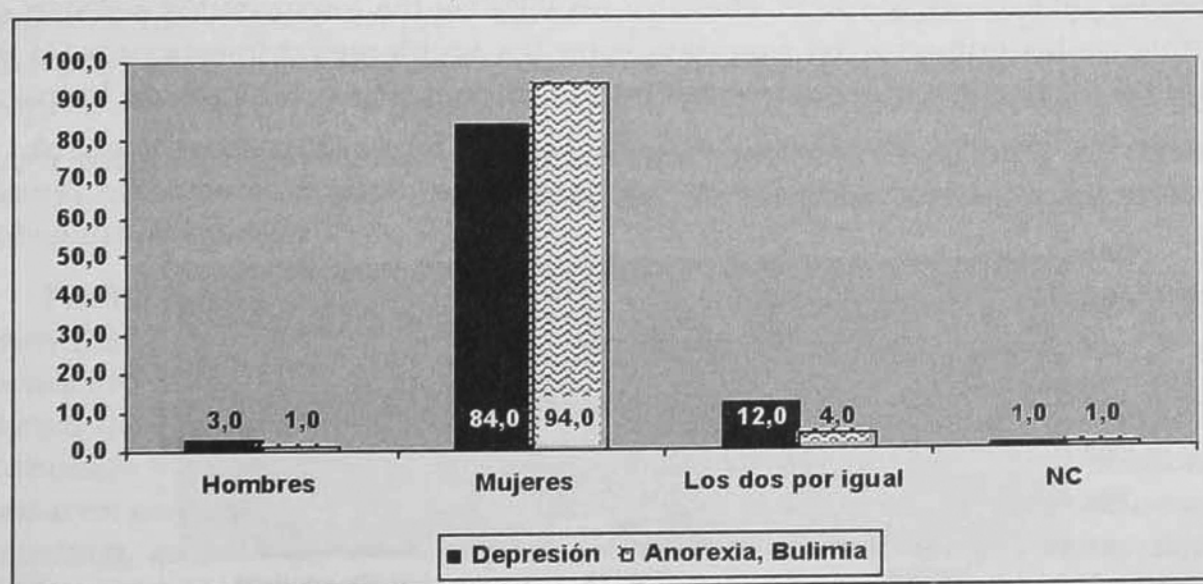
Sin embargo, y pese a esa percepción generalizada en la que coinciden casi todos los entrevistados, hay quienes vinculan esa exigencia al mundo laboral más que a una demanda social, y concretamente al sector de la empresa privada, entendiendo que tener una buena imagen es importante para conseguir determinados puestos de trabajo. Así, se especifica lo siguiente: *“La exigencia social sobre la imagen de la mujer (¿Cómo debe ir vestida? ¿Qué aspecto debe tener?) afecta mucho más en la empresa privada que en la administración. Por ejemplo, la entrada a través de oposiciones asegura un anonimato que no existe en la empresa privada. Además, las diferencias entre mujeres y hombres son importantes en el espacio productivo”*.

También hay algunos testigos que afirman que para mantener la imagen las mujeres se exponen a la acción de agentes externos que pueden ser causa de patologías, especialmente dermatológicas, e incluso el hecho de que acudan a tratamientos quirúrgicos siempre entraña riesgos sanitarios: *“Los ideales de belleza directamente creo que la mujer está más preocupada que el hombre, y también los productos que utiliza (muchas veces sometiéndose a radiaciones), sin saber las consecuencias de los mismos, a tratamientos incluso quirúrgicos, sin tener garantías, sólo por tener un aspecto determinado”*.

En consecuencia, a la mujer le afecta más directamente que al hombre la exigencia del entorno sociocultural de mantener una imagen acorde con un canon de belleza, y esa presión provoca una respuesta en la mujer que le puede llevar a poner su salud en peligro. Así, aparecen en mayor proporción que en los hombres trastornos de carácter mental tales como la depresión, o trastornos alimenticios como la anorexia o la bulimia.

En el Gráfico 14 podemos observar cómo esta situación es de esta forma percibida por los encuestados de la Región de Murcia, cuando un 84% señala que la depresión es una enfermedad sufrida especialmente por las mujeres; o cuando un 94% afirma que la anorexia o la bulimia son trastornos alimenticios que afectan principalmente a las mujeres.

GRÁFICO 14. ¿A QUIÉN LE AFECTAN (A LAS MUJERES O A LOS HOMBRES), EN MAYOR MEDIDA, ENFERMEDADES COMO LA DEPRESIÓN, LA ANOREXIA O LA BULIMIA? (%)

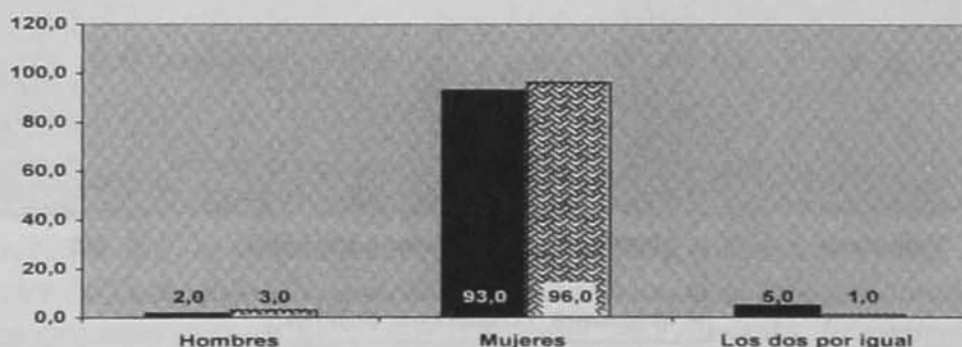


Fuente: Encuesta realizada a asociaciones e instituciones de la Región de Murcia (2004). Elaboración propia

La depresión está muy presente en los discursos de los distintos testigos entrevistados. En general, se considera que son enfermedades que surgen por el papel que se le asigna a la mujer, que no siempre ha sido elegido por ella, y que además está, muchas veces, poco valorado e insuficientemente considerado desde el entorno familiar y social, lo que provoca, entre otras cosas, insatisfacción, ansiedad, aislamiento y, en ocasiones, puede culminar en diferentes enfermedades. Como ilustración de esta posición transcribimos la siguiente consideración de uno de los testigos: *“Después hay otro tipo de patologías, las depresiones, que tiene que ver mucho también con el diferente comportamiento, el rol asignado a la mujer todavía por sectores de nuestra sociedad, por el que la mujer se queda en el hogar solamente dedicada a tareas de trabajo doméstico. La misma expresión, cuando coloquialmente se dice: ‘¿tu mujer trabaja?’, es, sin que nos demos cuenta de ello, una descalificación hacia el importante trabajo que realiza la mujer en el hogar y que no está considerado socialmente; a veces, no nos damos cuenta que el trabajo en el hogar, lo realice la mujer o el hombre, es un trabajo al que hay que dedicarle muchas horas, con una intensidad importante y que, desde luego, no merece sufrir la descalificación de estar en el segmento de las personas ‘que no trabajan’. Esta desconsideración social es realmente grave y que, desde luego, influye en la adquisición de depresiones, de sentirse minusvaloradas, un cero a la izquierda en nuestra sociedad”*.

Esta construcción de género también se ve reflejada cuando preguntamos sobre si son las mujeres o los hombres los que sufren más accidentes domésticos o más intoxicaciones por productos de limpieza (Gráfico 15). Aquí, nuevamente, se observa cómo los entrevistados sitúan a las mujeres como los sujetos principales de este tipo de problemas relacionados con el entorno: un 93% de los encuestados señalan que son las mujeres las que en mayor medida sufren los accidentes domésticos y un 96% que son ellas mismas las que sufren más intoxicaciones por productos de limpieza.

GRÁFICO 15. ¿A QUIÉN LE AFECTAN EN MAYOR MEDIDA LOS ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y QUIÉN SUFRE MÁS INTOXICACIONES POR PRODUCTOS DE LIMPIEZA? (%)



Fuente: Encuesta realizada a asociaciones e instituciones de la Región de Murcia (2004). Elaboración propia

No cabe duda de que un lugar donde muchas mujeres ocupan una parte de su tiempo y donde desarrollan un parte importante de sus actividades es en el hogar; y, por tanto, también en este entorno están sometidas a una serie de factores medioambientales que condicionan su salud física y psíquica.

La primera idea que se subraya en las entrevistas realizadas a testigos privilegiados es que la mujer tiene más posibilidades de sufrir un accidente doméstico que el hombre, simplemente por una cuestión de frecuencia; es decir, trabaja más en la casa. Igualmente, señalan que en ciertas tareas del hogar las mujeres están expuestas a una serie de riesgos por la manipulación de algunos objetos, electrodomésticos y ciertas sustancias tóxicas: *“Es una cuestión matemática, si la mujer trabaja más en el hogar y está en contacto con determinados productos, con determinadas máquinas, hasta perversas, es posible que tenga mayor riesgo, y de hecho, estas estadísticas tienen que estar claras en los centros de urgencia; si una mujer hace todos los días la comida y no el marido, pues está claro que tiene un riesgo mucho mayor de cortarse cortando cierta verdura o cierta tal... si una mujer maneja el microondas, tendrá un riesgo de sufrir una descarga que no tendrá el marido. Está claro que, lo mismo que la especificación de un trabajo genera unas enfermedades profesionales, pues esta división de tareas en el hogar, generará unos problemas a la mujer que a lo mejor no tiene el hombre”*.

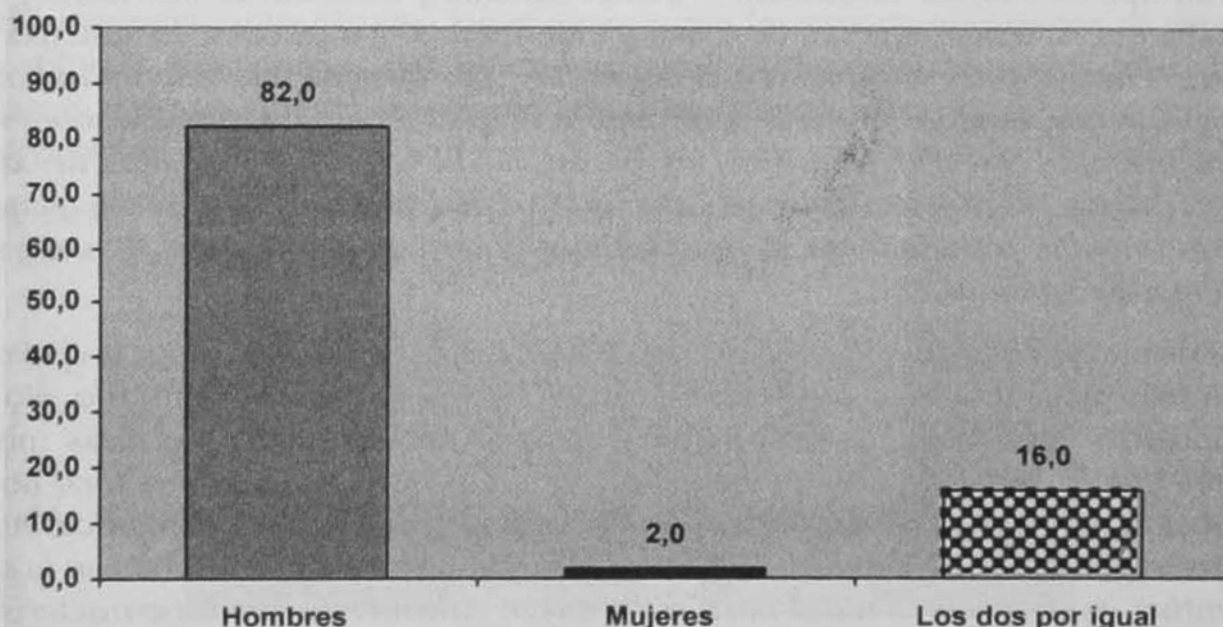
Por otra parte, hay que especificar que además de los trabajos de mantenimiento y limpieza del hogar que suponen riesgos y dolencias para el colectivo femenino, hay otro tipo de asuntos relacionados con el cuidado y atención de los miembros de la familia que también generan desgaste y enfermedad. Así es como lo sintetiza esta testigo: *“Y luego, pues, también en el hogar hay, por ejemplo, cuando están con los niños pequeños, muchas mujeres con muchos dolores de espalda, de eso sobre todo. Las que trabajan con críos pequeños, las que están o tienen niños pequeños, de bañarlos, de cogerlos, de cambiarles los pañales, que los padres pasan de todo ese tema, sus mujeres también trabajadoras, porque trabajan fuera, vienen mucho a quejarse de problemas de espalda”*.

Posiblemente la devaluación del trabajo doméstico sea la razón por la que no se tomen más precauciones o no se tenga más cuidado a la hora de realizarlo. No está reconocido y, por tanto, no merece medidas preventivas, incluso por las mismas mujeres que lo llevan a cabo: *“En el espacio del hogar, el trabajo doméstico no está reconocido y las tareas relacionadas con la limpieza, y los trabajos domésticos no son buenas en general para la salud. Muchas mujeres no se cuidan, sobre todo en la salud preventiva, es decir en la salud para estar mejor. Además de que las características propias del trabajo doméstico (aislamiento, falta de regulación, etc.) generan también tensiones al ama de casa y por tanto afecta a su salud”*.

No obstante, hay que decir que, como afirma una informante, ya se están tomando algunas medidas por parte de la Administración para prevenir riesgos en el hogar, tanto de las amas de casa, como del sector de la población que trabaja en el servicio doméstico. Sin embargo, la percepción subjetiva es que falta sensibilidad social en esa dirección: *“Otro ejemplo, lo tenemos en el sector limpieza donde la proporción de mujeres que allí trabajan es muy grande y, claro está, hay que tenerlo en cuenta a la hora de pensar en la salud laboral de las mujeres. Incluso el Instituto de Riesgos Laborales ha elaborado unas guías para prevenir los riesgos en el hogar que afectan más a las mujeres que a los hombres, puesto que permanecen más tiempo en él. Además, en nuestra Región muchas mujeres inmigrantes trabajan en el servicio doméstico que puede ser una gran fuente de peligros para la salud (quemaduras, intoxicaciones, caídas...)”*.

Por último, en relación con los accidentes de circulación, a pesar que en la actualidad la mujer está plenamente incorporada a la conducción de vehículos de motor, los encuestados señalan que son mayoritariamente los hombres (82%) los que sufren un mayor número de accidentes de circulación (Gráfico 16), percepción que coincide con la realidad de los datos aportados por la Dirección General de Tráfico, que aparece reflejada en los Gráficos 5 a 8 comentados anteriormente.

GRÁFICO 16. ¿QUIÉN SUFRE MÁS ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN? (%)



Fuente: Encuesta realizada a asociaciones e instituciones de la Región de Murcia (2004). Elaboración propia

4. CONCLUSIONES

De los datos analizados se puede concluir que, efectivamente, se constata la existencia de una conexión entre el entorno medioambiental y la salud de los ciudadanos, lo que suscita el convencimiento generalizado de que algunas enfermedades vienen provocadas por el entorno y el medio ambiente.

Mayoritariamente se señala que los factores medioambientales afectan, respecto de la salud, en igual medida a mujeres y a hombres, mientras que, por otro lado, se observa que los hombres tienen hábitos y ocupan puestos de trabajo que entrañan un mayor riesgo para su salud que los de las mujeres. No obstante, se confirma la idea de una cierta *feminización* de la enfermedad, provocada por elementos o condiciones medioambientales en el desarrollo de actividades y estilos de vida mayoritariamente femeninos, tanto en su ámbito productivo, como en el hogar; sin olvidar la imagen social o estereotipo de belleza femenina que inducen a la mujer a desarrollar determinadas pautas que afectan a su salud.

Existe claramente una construcción social de género en relación con la salud y la enfermedad, que se ve reflejada cuando observamos que las mujeres son las más afectadas por accidentes domésticos o intoxicaciones por productos de limpieza y, por el contrario, son principalmente los hombres los que sufren un mayor número de accidentes de circulación. La primera idea que se subraya es que la mujer tiene más posibilidades que de sufrir un accidente doméstico que el hombre simplemente por una cuestión de frecuencia, es decir, trabaja más en la casa. Igualmente, se advierte que en ciertas tareas del hogar las mujeres están expuestas a una serie de riesgos por la manipulación de algunos objetos, electrodomésticos y ciertas sustancias tóxicas. Además, la devaluación del trabajo doméstico podría ser la razón por la que no se tomen más precauciones o no se tenga más cuidado a la hora de realizarlo, constatóndose, asimismo, un vacío de iniciativas en formación de prevención de riesgos en aquellas actividades que regularmente realiza la mujer en el hogar.

Se confirma una presencia, todavía muy importante, de una doble jornada a la que tienen que hacer frente la mayoría de las mujeres. Igualmente, se corrobora que los espacios o tiempos laborales dificultan las tareas que desempeñan primordialmente las mujeres, añadiendo dosis de estrés y ansiedad en el desempeño de sus trabajos, lo que tiene como consecuencia la aparición de ciertas enfermedades, como depresiones, ansiedad y estrés, entre otras.

Un tipo de patología que está muy presente en los discursos analizados son las depresiones. En general, estas enfermedades surgen por el papel que se le asigna a la mujer en el hogar, que no siempre ha sido elegido por ella, y que, además, está muy poco valorado y poco considerado desde el entorno familiar y social; lo cual provoca,

entre otras cosas, insatisfacción, ansiedad, aislamiento y, en ocasiones, conduce a otras patologías.

A la mujer le afecta más directamente que al hombre la exigencia del entorno sociocultural de mantener una imagen acorde con un canon de belleza, y esa presión provoca una respuesta en la mujer que le puede llevar a poner su salud en peligro. Así, aparecen en mayor proporción que en los hombres trastornos alimenticios como la anorexia o la bulimia. Ese requerimiento físico se explica por un entorno social y cultural en el que perduran elementos de una mentalidad machista que afecta a hombres y mujeres, de tal manera que por un lado es el medio el que pide ese esfuerzo a la mujer, y por otro es la mujer misma la que desea responder a ese arquetipo, aunque sea poniendo en riesgo su salud.

Para mantener la imagen que la sociedad les demanda, las mujeres se exponen a la acción de agentes externos que pueden ser causa de patologías, especialmente dermatológicas, e incluso el hecho de que acudan a tratamientos quirúrgicos siempre entraña riesgos sanitarios.

Se tiene la percepción de que la mujer se preocupa más por la salud que el hombre, por lo que en el caso de enfermedades directamente relacionadas con el medio ambiente, éstas se harán más visibles en mujeres que en hombres. Esta percepción efectivamente coincide con los datos aportados por otros estudios que advierten que la construcción social del género, con su amplia gama de conductas, expectativas y roles atribuidos a hombres y mujeres por las estructuras sociales, hace que los individuos de uno y otro sexo tengan comportamientos desiguales ante la salud y la enfermedad.

En definitiva, parece clara la existencia de enfermedades que afectan principalmente a las mujeres, es decir, el concepto de enfermedad estaría claramente influido por la variable género. Igualmente, se advierte que muchas dolencias que afectan a las mujeres estarían vinculadas al entorno y las condiciones medioambientales que tienen en el ámbito productivo, en relación con las labores que desarrollan en el hogar y con la imagen social o ideal de belleza que prima en nuestra sociedad. Por último, se distingue una mayor sensibilización de las mujeres hacia los temas de salud, aunque esa preocupación no se traduce en iniciativas concretas encaminadas a la prevención de riesgos.

5. BIBLIOGRAFÍA

CASTRO, Roberto y BRONFMAN, Mario (1998): "Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión", en Juan Guillermo FIGUEROA (ed): *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México: El Colegio de México, pp. 205-238.

- FARMAINDUSTRIA (2004): El paciente en España. Mapa nacional de Asociaciones de Pacientes, Madrid: Fundación Farmaindustria.
- SABO, Don (2000): Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género, Organización Panamericana de Salud, Harvard Center for Population and Development Studies.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, JOSÉ LUIS; DE SANTIAGO, Ana y DíEZ MANRIQUE, Juan Francisco (1992): "La salud mental de la mujer en España", en Mercedes DE ONÍS, y JOSÉ VILLAR, La mujer y la salud en España. Informe básico. Volumen 3, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, pp. 5-75.