

# La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud

I. Rohlf's<sup>1,2</sup> / C. Borrell<sup>1</sup> / C. Anitua<sup>3</sup> / L. Artazcoz<sup>1,2</sup> / C. Colomer<sup>4</sup> / V. Escribá<sup>4</sup> / M. García-Calvente<sup>5</sup> / A. Llacer<sup>6</sup> / L. Mazarrasa<sup>7</sup> / M.I. Pasarin<sup>1</sup> / R. Peiró<sup>8</sup> / C. Valls-Llobet<sup>2</sup>

Grupo Género y Salud Pública de SESPAS. <sup>1</sup>Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.

<sup>2</sup>CAPS. Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris. Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida.

<sup>3</sup>Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. <sup>4</sup>Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública.

<sup>5</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública. <sup>6</sup>Centro Nacional de Epidemiología.

<sup>7</sup>Escuela Nacional de Sanidad. <sup>8</sup>Centro de Salud Pública d'Alzira.

Conselleria de Sanitat. Govern Valencià.

*Correspondencia:* Izabella Rohlf's (por el Grupo Género y Salud Pública de SESPAS). Servei d'Informació Sanitària. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona. Plaza Lesseps, 1, 5.ª planta. 08023 Barcelona. email: vineta@arquimed.es

*Recibido:* 17 de agosto de 1999

*Aceptado:* 17 de febrero de 2000

(The importance of the gender perspective in health interview surveys)

## Resumen

La identificación y medida de las necesidades de salud de la población es el primer paso para la planificación de las políticas sanitarias. Para garantizar los criterios de equidad es clave conocer la situación de toda la población y, por lo tanto, también la de las mujeres. Las encuestas de salud son una herramienta imprescindible para identificar necesidades, pero en general están más centradas en condicionantes primariamente concebidos para explicar la salud de los hombres, tales como los hábitos de salud y la actividad laboral remunerada, sin tener en cuenta suficientemente aspectos como el trabajo doméstico no remunerado que afectaría sobre todo la salud de las mujeres.

El principal objetivo de este artículo es destacar la importancia de la perspectiva de género tanto en el diseño como en el análisis de las encuestas de salud y proponer algunas variables, principalmente relacionadas con los trabajos remunerados o no, que deben incluirse para conocer mejor las desigualdades en salud asociadas al género. Asimismo, se discute brevemente el concepto de género y su importancia como uno de los determinantes de las desigualdades en salud.

El «género» es un constructo analítico, fundamentado en la organización social de los sexos que puede ser utilizado para analizar y entender mejor los condicionantes y las condiciones de vida de mujeres y hombres a partir de los roles que cada sociedad asigna a los individuos en función de su sexo. De hecho, la salud es un proceso complejo determinado por factores biológicos, sociales, del medio ambiente y de los servicios de salud, en el que el género, por su interrelación con todos ellos, tiene un papel importante. Lo que distingue el abordaje de género es el análisis de las relaciones sociales entre mujeres y hombres teniendo en cuenta que éste también define desigualdades en salud.

En este artículo se presentan las variables que desde una perspectiva de género es importante incluir en las encuestas de salud: el trabajo reproductivo, el trabajo productivo, la clase social, el apoyo social, el estado de salud autopercebido, la calidad de vida, la salud mental y los trastornos crónicos. Ade-

## Abstract

The identification and measurement of the population health needs should be the first step in health planning. In order to guarantee equity criteria, to know the situation of the whole population, and therefore also that of women, is a key issue. Health interview surveys are a good tool for pinpointing the needs of the population, but mainly they are usually focused on health risk factors that explain men's health status such as health behaviours and paid job. These factors often fail to capture aspects that are relevant for women's health, such as household work.

The main objective of this paper is to emphasise the importance of a gender perspective in the design and analysis of health interview surveys, and to propose variables that should be included in health surveys in order to better know gender health inequalities. Likewise, this article deals with the gender concept and its importance as a health inequality factor.

Gender is an analytical construct based on the social organisation of the sexes that can be used to better understand the conditions and factors influencing women's and men's health beginning by the social roles that each culture and society assigns to people based on their sex. Health is a complex process determined by a wide range of factors: biological, social, environmental and health services related factors. Gender, because of its close relation to all of them, plays a key role. The gender approach is characterised by the analysis of the social relation between men and women, taking into account that sex is a determinant of social inequalities.

This paper presents the variables that health interview surveys should include from a gender approach point of view: reproductive work, productive work, social class, social support, self-perceived health status, quality of life, mental health and chronic conditions. In addition, issues related to the wording of questions, data collection and analysis are discussed.

más, se comentan aspectos relacionados con la formulación de las preguntas, la recogida de los datos y el análisis.

**Palabras clave:** Desigualdades en salud según género. Encuestas de salud.

**Key words:** Health inequalities by gender. Health surveys.

## Introducción

La identificación de las necesidades de salud de la población es el primer paso para la planificación de las políticas sanitarias. Para garantizar los criterios de equidad es clave conocer la situación de toda la población, con las particularidades de grupos específicos. En caso contrario, se pueden producir desigualdades en salud en virtud de las llamadas «ley de asistencia inversa» y «ley de prevención inversa»<sup>1</sup>, conceptos que se aplican al hecho de que políticas o servicios diseñados y ejecutados teniendo en cuenta únicamente las necesidades y problemas de algunos grupos (habitualmente los más favorecidos), dirigidos al conjunto de la población, se traducen en la mejora de la salud de los grupos más favorecidos con el consiguiente incremento de las desigualdades<sup>2</sup>.

El conocimiento de los determinantes de la salud de las mujeres —uno de los grupos cuyas características específicas son frecuentemente olvidadas en las políticas de salud pública— más allá de los factores ligados a la salud reproductiva (embarazo, parto, menopausia, etc.) es fundamental para la visualización global de las desigualdades en salud según género<sup>3</sup>. La recogida de datos poblacionales y la información sanitaria desde una perspectiva de género puede ser muy útil para una planificación sanitaria más equitativa.

En la identificación de necesidades de salud de la población, las encuestas de salud son una herramienta imprescindible ya que permiten conocer la morbilidad percibida, los hábitos y condiciones de vida, la utilización de servicios sanitarios, así como actitudes y opiniones respecto a diferentes temas<sup>4</sup>. Estos indicadores son útiles para definir y monitorizar las necesidades, así como para poner en evidencia las diferencias y desigualdades entre grupos sociales definidos por variables como la clase social, el género o la comunidad autónoma de residencia, entre otras. Una de sus principales ventajas es que proporcionan información sobre aquellas personas que no utilizan los servicios sanitarios, dado que suelen tener un ámbito poblacional<sup>5</sup>. Esta información permite definir los grupos con mayores necesidades y, por tanto, prioritarios desde el punto de vista de la asistencia sanitaria, cuya realidad es ignorada en otras fuentes de información sanitaria.

Desde el año 1983, cuando se realizó la primera encuesta de salud del Estado Español (Encuesta de Salud de Barcelona)<sup>6</sup> se ha producido un gran avance en las encuestas llevadas a cabo posteriormente en nuestro país. Se han realizado cuatro a nivel estatal los años

1987<sup>7</sup>, 1993<sup>8</sup>, 1995<sup>9</sup> y 1997<sup>10</sup>, tres en la Comunidad Autónoma Vasca<sup>11,13</sup>, y varias Comunidades Autónomas como Navarra<sup>14</sup>, Valencia<sup>15</sup>, Cataluña<sup>16</sup> y Andalucía<sup>17</sup> han realizado una. La constatación de diferencias y/o desigualdades entre mujeres y hombres en la salud y sus determinantes es constante en todas ellas, pero a pesar de la mejora en su calidad y contenido, continúan incluyéndose muy pocas variables que permitan analizar las desigualdades en salud desde la perspectiva de género. En general las encuestas están centradas en condicionantes primariamente concebidos para explicar la salud de los hombres —hábitos de salud y actividad laboral remunerada, por ejemplo— pero no se tienen en cuenta suficientemente aspectos tales como el trabajo doméstico no remunerado que afectan, sobre todo, la salud de las mujeres (tabla I).

Aunque las mujeres tienen una esperanza de vida superior a los hombres, presentan mayor morbilidad e incapacidad, fenómeno que ha generado un amplio campo de investigación<sup>18,19,20</sup>. Además de las diferencias biológicas que pueden explicar en parte esta paradoja, existen otros determinantes de la salud —las conductas relacionadas con la salud o estilos de vida, el entorno físico y social y los servicios de salud— que se expresan de forma diferencial en la salud de mujeres y hombres<sup>21</sup>.

El principal objetivo de este artículo es destacar la importancia de la perspectiva de género tanto en el diseño como en el análisis de datos poblacionales obtenidos a través de las encuestas de salud y proponer algunas variables, principalmente relacionadas con el trabajo remunerado o no, que deben incluirse para conocer mejor las desigualdades en salud asociadas al género. Antes se hará un resumen de los conceptos de género y se comentará su importancia como uno de los determinantes de las desigualdades en salud.

## ¿Qué es el género?

Se ha definido el «género» como un constructo analítico que se fundamenta en la organización social de los sexos. Puede ser utilizado para analizar y entender mejor los determinantes y las condiciones de vida de mujeres y hombres a partir de las características que cada sociedad asigna a los individuos en función de su sexo<sup>22-25</sup>.

A lo largo del tiempo se ha ampliado la definición de género poniendo de relieve su carácter de proceso his-

Tabla I. Variables sociodemográficas y de trabajos recogidas en algunas encuestas de salud del Estado Español.

	Barcelona 1992	Cataluña 1994	Valencia 1990-91	C.A. Vasca 1997	Navarra 1990-91	Estado Español 1997	Terrassa 1998	Andalucía 1999
Estado civil	X	X	X	X	X	X	X	X
Nivel estudios	X	X	X	X	X	X	X	X
Situación laboral	X	X	X	X	X	X	X	X
Ocupación	X	X	X	X	X	X	X	X
Tipo contrato	X			X			X	X
Tipo jornada laboral	X		X				X	X
Horas trabajadas	X		X				X	X
Nº habitantes vivienda	X	X	X	X	X	X	X	X
Estructura familiar	X	X	X	X	X		X	X
Características habitantes vivienda (edad y sexo)		X	X	X	X		X	X
Parentesco con persona principal	X	X		X	X		X	X
Cuidado criaturas	*	*		**			X	X
Cuidado ≥ 65 años	*	*		**			X	X
Cuidado discapacitados/as							X	X
Reparto cuidados							X	X
Trabajo doméstico							X	X
Reparto trabajo doméstico							X	X
Disponibilidad de ayuda externa para trabajo doméstico							X	X
Horas de trabajo reproductivo							X	X

\*En estos casos sólo constan los cuidados en niños o mayores que están enfermos y además resulta complejo asignar estos cuidados a la persona entrevistada.

\*\*En ese caso no consta el sexo del /de la cuidador/a.

tórico y social<sup>25</sup>. Anteriormente los conceptos de masculinidad y feminidad se asumían como herencias naturales derivadas del sexo biológico de los seres humano<sup>22</sup> y se consideraba que se heredaban también instintos y formas de comportamiento. Sin embargo, las teorías de género afirman que las características morfológicas y anatómicas dimórficas (diferenciación sexual genética y morfológica en macho y hembra: los sexos), son esenciales para definir al individuo aunque insuficientes para la afirmación de su género; éste sólo se procesa a través de la identidad en la sociedad. Ésta enseña a mujeres y a hombres a comportarse de forma diferente a través de las diferencias en el proceso de socialización que experimentan desde el nacimiento<sup>26</sup>. La familia, la escuela, los medios de comunicación y la sociedad en general transmiten unos valores y normas a las personas que configuran las identidades masculina y femenina, de forma que lo que se considera correcto y bueno para un sexo puede no serlo para el otro<sup>27</sup>. Este proceso de socialización es coherente con la división sexual del trabajo que caracteriza a casi todas las sociedades: la vida de los hombres se orienta hacia el trabajo productivo, mientras que las mujeres son las principales responsables del trabajo de mantenimiento del bienestar social, denominado trabajo reproductivo<sup>28</sup> (trabajo de casa, cuidado de los miembros de la familia y otras tareas domésticas, cuidados informales en salud, mantenimiento de las redes sociales de apoyo)<sup>29</sup>. Este conjunto de tareas son menos valoradas socialmente que las realizadas por los hombres como lo prueba la invi-

sibilidad del trabajo doméstico y su falta de protección social<sup>30,31</sup>, así como el hecho de que en el mercado laboral en muchas ocasiones la mujer perciba menor retribución que el hombre por la realización de idéntica tarea.

### Desigualdades en salud según género

La salud es un proceso complejo determinado por factores biológicos, sociales, del medio ambiente y de los servicios de salud, en el que el género, por su interrelación con todos ellos, tiene un papel importante.

Las conductas relacionadas con la salud son diferentes en las mujeres y en los hombres; aunque son cambiantes con el tiempo, tradicionalmente los hombres han desarrollado conductas de riesgo físico (abuso de sustancias adictivas, velocidad en la conducción de automóviles, etc.) con mayor frecuencia que las mujeres. Estos factores de riesgo para la salud, producen con mayor frecuencia enfermedades o accidentes que se manifiestan en la etapa media de la vida y que pueden conducir a la muerte prematura. Por el contrario, en la mujer son sus roles sociales los que tienen una marcada influencia en la salud, y suelen generar problemas crónicos, físicos y mentales, que se extienden a lo largo de toda la vida sin producir la muerte prematura, pero sí limitaciones de larga duración<sup>32</sup>.

Para entender las desigualdades en salud según género, principalmente las relacionadas con el estado de

salud percibido, se ha señalado la importancia de factores como la clase social, la ocupación, la educación, los patrones de consumo y la propiedad de bienes. Además se debe contextualizar a los individuos según su participación en el mercado laboral y la distribución de sus roles en función de esta participación<sup>33</sup>. Junto a estos aspectos algunos estudios señalan la importancia de otras variables relacionadas con el entorno social, como por ejemplo la presencia de apoyo social<sup>34</sup>. Es esencial analizar cómo el género se asocia con las circunstancias socioeconómicas individuales y familiares, de modo que a medida que empeoran las condiciones del entorno, los indicadores de salud son más negativos.

La primera dificultad para el estudio de las relaciones entre género y salud es la escasez de datos poblacionales que recojan de manera sistemática el trabajo reproductivo o no remunerado. La mayor parte de las mujeres ejerce actividades reproductivas de cuidados, crianza de hijos o trabajos domésticos (exclusivas o concomitantes a actividades productivas/remuneradas) que para la mayoría de las sociedades occidentales son consideradas improductivas y frecuentemente permanecen «invisibles»<sup>28,35</sup>. Los roles atribuidos y asumidos por hombres y mujeres tienen un papel importante en la explicación de su estado de salud, sus conductas y su utilización de servicios sanitarios. Por esto es importante estudiar cómo las condiciones del entorno social, de los trabajos (productivo y reproductivo) y de los hábitos de vida influyen sobre la salud de los individuos, pero deben también evidenciarse los puntos en que los determinantes son diferentes según el sexo y discutir la salud de una sociedad profundamente desigual según el género.

### Género y encuestas de salud

A continuación se analizan aspectos relativos a las variables a tener en cuenta al diseñar una encuesta de salud según la perspectiva de género, así como algunos aspectos metodológicos sobre el análisis de la información.

### Variables

La perspectiva de género es importante en todos los apartados de una encuesta de salud: datos sociodemográficos y trabajos, percepción de la salud y morbilidad, utilización de servicios y prácticas preventivas, conductas y estilos de vida relacionados con la salud, salud mental, satisfacción y apoyo social. Sin embargo, en este artículo hemos querido profundizar, sobre todo, en las variables sociodemográficas y de trabajos

(haciendo un especial hincapié en el trabajo reproductivo), revisando también, pero de forma más resumida, la importancia de la perspectiva de género en la morbilidad y apoyo social.

Las variables de interés se presentan en la tabla II. Se justifica la selección de estas variables por su distribución desigual según el género, o por el diferente impacto que tienen en la salud de mujeres y hombres.

### Variables sociodemográficas y de trabajos

#### Estado civil

Es importante recoger el estado civil de hecho (convivencia en pareja), ya que la salud de mujeres y hombres difiere según esta variable. Varios autores señalan que la relación entre el estado civil y la salud obedece a patrones distintos según género. Mientras que

**Tabla II. Algunas variables a recoger en las encuestas de salud que posibilitan el análisis desde la perspectiva de género**

1. Sociodemográficas y de trabajos
Estado civil de hecho
Clase social
Nivel de estudios
Situación laboral
Trabajo productivo (remunerado)
Ocupación o puesto de trabajo
Tipo de contrato
Tipo de jornada laboral
Horas trabajadas a la semana
Trabajo reproductivo (no remunerado)
Estructura familiar (convivencia): edad, sexo, parentesco de las personas convivientes
Trabajo doméstico
Realización del trabajo doméstico: hacer la compra, la comida, limpieza, plancha, etc.
Reparto del trabajo doméstico
Cuidado a personas dependientes (criaturas, personas mayores, discapacitados/as)
Reparto de los cuidados
Disponibilidad de una ayuda externa (familiar o contratada) para realizar las tareas domésticas y de cuidados
Horas dedicadas al trabajo reproductivo
2. Morbilidad, salud percibida, calidad de vida y salud mental
Estado de salud percibido
Salud mental y calidad de vida
Trastornos crónicos: listado de patologías más prevalentes o discapacitantes (atención a las diferencias según sexo).
3. Apoyo social (presencia y tipo de red social)
Estructura de la red (dimensión, densidad)
Apoyo social funcional (afectivo y confidencial)

En las variables de cuidados y de trabajo doméstico debe constar el sexo de los/as cuidadores/as o los/as que realizan el trabajo. Asimismo, es importante que se pueda asignar si la persona entrevistada es quién cuida o qué participación tiene en los cuidados.

para los hombres el matrimonio o la convivencia en pareja es un factor protector de la salud, una fuente de apoyo social que refuerza la adopción y mantenimiento de conductas saludables, para las mujeres, principalmente debido a la distribución desigual del trabajo doméstico, significa un aumento en la carga de trabajo reproductivo, y puede contribuir al deterioro de su salud<sup>36,37</sup>.

#### *Clase social y nivel de estudios*

La clase social es uno de los más importantes determinantes de la salud. En nuestra sociedad, debido a las estructuras de poder y de oportunidades, son sobre todo las mujeres las más vulnerables a situaciones de pobreza y exclusión social<sup>27,38</sup>. En general, la ocupación es la variable que con mayor frecuencia se utiliza para la obtención de la clase social<sup>39</sup>, aunque en el caso de las mujeres, cuya ocupación mayoritaria (en muchos grupos de edad) sigue siendo la de «labores del hogar», no existe consenso sobre cuál sería la medida más adecuada para valorar su nivel social. Determinados/as autores/as sugieren que la obtención de la clase social a través de la ocupación del/la cabeza de familia detecta más desigualdades en salud según clase. Otros/as proponen utilizar la ocupación para las mujeres que tienen un trabajo remunerado y la del/la cabeza de familia para el resto de mujeres. Esta ausencia de consenso justifica la necesidad de incluir en las encuestas variables que recojan la ocupación con suficiente detalle (p. ej. en la forma literal de respuesta y después codificada según la Clasificación Nacional de Ocupaciones<sup>39</sup>), a fin de que se pueda conocer la clase social de las personas encuestadas y de las que ellas señalan como cabeza de familia. Otra variable de posición socioeconómica a tener en cuenta es el nivel de estudios. Éste tiene la ventaja de que todas las personas tienen su propio nivel y, por lo tanto, es una variable de la que se dispone para todas las mujeres.

#### *Situación laboral y características del trabajo productivo*

La situación laboral es otra variable relevante que nos permite conocer la situación de la persona encuestada respecto al mercado de trabajo (trabajadora, estudiante, ama de casa, jubilada, etc.). La influencia del trabajo en la salud ha sido ampliamente evidenciada. Algunos estudios señalan que el paro tiene mayor impacto en la salud de los hombres que en la de las mujeres al ser considerado un rol central para el género masculino<sup>40</sup>. Asimismo, Verbrugge<sup>41</sup> sugiere que las mujeres paradas tienen mejor salud que las mujeres que están fuera del mercado de trabajo (amas de casa). Aunque estar parado es más perjudicial para la salud que tener un trabajo remunerado, numerosos estudios evidencian la influencia de las condiciones del trabajo en la salud, y su diferente distribución según el género<sup>42</sup>.

Los hombres tienen trabajos que suelen requerir mayor esfuerzo físico, y estar expuestos a un mayor número de factores de riesgo clásicos (físicos, químicos, accidentes, etc.), mientras las mujeres pueden estar más expuestas a factores de riesgo de tipo psicosocial: falta de control sobre su trabajo, trabajos repetitivos, bajas compensaciones y estrés crónico<sup>43,44</sup>. Aunque se observen en las encuestas de salud del Estado Español un mayor número de variables relacionadas con el trabajo productivo, se puede constatar en la tabla I que muchas de las variables que detectan las desigualdades de género, como por ejemplo el tipo de contrato, tipo de jornada laboral y número de horas trabajadas<sup>45</sup>, fueron utilizadas en pocos cuestionarios. La incorporación de estas variables en las encuestas de salud puede permitir una mejor comprensión de la salud y de sus determinantes de mujeres y hombres (tabla II).

#### *Trabajo reproductivo*

Frecuentemente el trabajo reproductivo es considerado como un «rol natural» de las mujeres y difícilmente tiene un reconocimiento social explícito, lo que conlleva a la realización, en un horario ilimitado, de tareas complejas, extenuantes y poco gratificantes (cuidados a personas dependientes, limpieza, cocina, plancha, compra, etc.). Esta falta de reconocimiento, muchas veces produce en las mujeres que se dedican exclusivamente al trabajo reproductivo (amas de casa), una menor autoestima y una falta de control sobre el trabajo<sup>30</sup>. Se trata de un trabajo monótono y rutinario, con pocos contactos sociales, lo que dificulta la integración social de quienes lo realizan. En algunos casos, supone una dependencia económica total de otra persona, y en consecuencia una falta de control sobre la propia vida<sup>46</sup>. En otros casos, y con una tendencia creciente, supone una doble carga de trabajo, con el estrés que supone una jornada ilimitada, la dificultad de compatibilizar el trabajo productivo y el reproductivo y la falta de tiempo para dedicarlo a una misma, que depende de la disponibilidad de ayuda o del grado en que estas cargas están compartidas<sup>47</sup>.

La socialización de las mujeres como proveedoras y cuidadoras del bienestar familiar, madre, esposa e hija al servicio de los demás, las convierten efectivamente en «agentes de salud» pero no en «sujetos de salud». La mayor parte de las enfermedades leves y de patologías agudas son atendidas en el seno de las familias y, en muchas ocasiones, sin ningún contacto con el sistema sanitario institucional<sup>48</sup>. Según datos de estudios realizados en España, el sistema sanitario formal dispensaría un 12% del tiempo total dedicado a la atención a la enfermedad, mientras que el 88% forma parte del trabajo reproductivo realizado en el ámbito de los hogares<sup>49</sup>. Otras investigaciones llevadas a cabo en nuestro medio indican que de cada cien personas que necesitan atención, el 66% lo reciben exclusivamente

de sus familiares y que la responsabilidad de este cuidado recae en la inmensa mayoría de los casos sobre una sola persona, la cuidadora principal, cuyo perfil típico es el de una mujer, ama de casa y con relación cercana de parentesco con las personas a las que cuida<sup>48,50</sup>. Hoy por hoy, atención informal significa atención femenina y trabajo reproductivo.

La ausencia de indicadores uniformes y la dificultad para crear variables sencillas que reflejen este amplio abanico de tareas complejas que comprende el trabajo reproductivo, es una constante tanto en las estadísticas demográficas y económicas como en las de salud<sup>27,35</sup>. Frecuentemente, no se recogen las condiciones relacionadas con las personas mayores que conviven con el/la encuestado/a, como por ejemplo, su grado de dependencia o su capacidad de actuar como apoyo instrumental y social en el hogar. Tampoco se suele tener información respecto a las personas que necesitan cuidados especiales como niños/as, enfermos/as crónicos/as o discapacitados/as.

La carga de trabajo reproductivo o no remunerado varía en función del número de personas convivientes, las edades y la salud de esas personas. Varios autores han tratado de demostrar la diferente carga de trabajos y cuidados que necesitan las criaturas según su edad<sup>51-53</sup>. Se ha calificado de *hogares con población dependiente de primer grado* a aquellos con personas enfermas o bien con *niños/as menores de cinco años*, y cuya especificidad no radica en el número de horas de trabajo activo y «productivo», sino en la necesidad de una disponibilidad permanente para su cuidado<sup>54</sup>.

Para la caracterización del núcleo de convivencia se recomienda la inclusión de instrumentos sencillos (cuadros esquemáticos) en los que se recoja de manera clara las edades de los convivientes, así como el grado de parentesco y de dependencia (ver anexo, pregunta 5). El análisis de la Encuesta sobre el Uso del Tiempo<sup>55</sup> y también de la Encuesta de Salud de Terrassa<sup>56</sup> muestra cómo este tipo de datos aporta información útil para el estudio de las desigualdades en salud según género.

Como es ampliamente conocido, hay un evidente desequilibrio entre mujeres y hombres con relación al tiempo dedicado al trabajo reproductivo, independientemente de las condiciones laborales que ambos tengan<sup>57,58</sup>. Por eso es importante conocer el número de horas en los días laborales y fines de semana dedicadas al trabajo reproductivo.

Según se observa en la tabla I, en la mayoría de las encuestas analizadas faltan algunas de las variables más relevantes para entender la salud de mujeres y hombres desde la perspectiva de género. Se observa que, en la Encuesta de Salud de Terrassa del año 1998<sup>59</sup>, la inclusión de preguntas relacionadas con la estructura familiar y con el trabajo no remunerado (reproductivo) representó un avance en este sentido

(anexo), fruto del debate multidisciplinar y del análisis de los datos de la Encuesta de Salud de Barcelona y de la Encuesta de Salud de Catalunya desde la perspectiva de género<sup>20,53</sup>. Posteriormente, en la Encuesta de Salud de Andalucía<sup>17</sup> se han incorporado las mismas preguntas que fueron utilizadas en Terrassa para recoger la información sobre el trabajo productivo y reproductivo.

#### *Otras variables importantes*

#### *Morbilidad, salud percibida, calidad de vida y salud mental*

No sólo las variables independientes, referidas a los trabajos y a la posición social, son sensibles para detectar desigualdades en salud según género. Las variables dependientes también pueden detectar estas desigualdades. Numerosos estudios muestran que la experiencia de la salud de hombres y mujeres es diferente (salud mental, percepción de la salud y problemas propios de cada sexo).

Varios autores justifican la utilización en encuestas de la variable «estado de salud percibido» como el principal indicador del estado de salud de las personas porque: a) es una medida relacionada con la percepción subjetiva del estado físico y mental, b) sufre una interferencia mínima o nula con las interpretaciones médicas de los síntomas, y c) es un fuerte predictor de mortalidad<sup>60,61</sup>. Macintyre et al. han observado que la dirección y la magnitud de las diferencias en los indicadores de salud según género varían de acuerdo con el síntoma o la condición estudiados y con el grupo de edad o ciclo de vida del individuo<sup>62</sup>. Asimismo, en un estudio reciente<sup>63</sup>, estas autoras sugieren que no hay una evidencia bien fundamentada de que las mujeres tengan más «facilidad» para declarar enfermedades crónicas y trastornos mentales, tal y como se ha sostenido durante años. Destacan la necesidad de disponer de observaciones objetivas (exámenes clínicos o pruebas diagnósticas) para probar si la mayor prevalencia de morbilidad crónica de las mujeres se debe a factores exclusivamente subjetivos (capacidad de reconocer y verbalizar molestias) o si realmente hay una base clínica que lo justifique.

Igualmente es importante introducir un instrumento de calidad de vida y salud mental en las encuestas de salud. Las mujeres habitualmente presentan y/o sufieren peor salud mental que los hombres, lo que en parte está relacionado con la doble carga de trabajo y la realización de la mayoría del trabajo reproductivo<sup>27,38,43</sup>. Entre los distintos instrumentos que existen para medir la calidad de vida<sup>64</sup>, el SF-36 es uno de los más utilizados. Se trata de un instrumento genérico que ha sido validado en nuestro medio y utilizado en algunas encuestas del Estado Español. Está compuesto por

36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud, dos de las cuales son la salud mental y la vitalidad<sup>65</sup>. El Cuestionario de Salud General de Goldberg (CHQ), también validado, es otro instrumento de salud mental utilizado con frecuencia y detecta trastornos en las áreas de la ansiedad, la depresión y el insomnio.

Frecuentemente en las encuestas de salud se presentan listados cerrados con determinados trastornos crónicos para facilitar el recuerdo de la morbilidad crónica. Un importante problema o limitación, es que a menudo en esa pregunta se mezclan diagnósticos y síntomas. Se sesga porque en población general, las personas sólo conocen sus síntomas; el diagnóstico depende del hecho de haber recibido asistencia y del nivel cultural de la persona entrevistada. A este problema de validez del instrumento de medida original, se suma el hecho de que habitualmente el análisis de los factores asociados a la morbilidad crónica se basa en el análisis, como variable dependiente, de una variable dicotómica sobre la presencia o no de uno o más problemas de salud crónicos, lo que con frecuencia arroja resultados inconsistentes atribuibles en parte al hecho de que los distintos tipos de trastornos crónicos se asocian en sentidos diferentes a los determinantes sociales estudiados<sup>66,67</sup>. A pesar de que la inclusión de estos listados es tradicional en las encuestas y resulta siempre difícil tomar la decisión de suprimir preguntas por la ruptura de la serie histórica, debería discutirse una posible revisión profunda de la formulación de la pregunta.

#### *Apoyo social*

El apoyo social se puede definir como la interacción entre las personas mediante la cual dan y reciben ayuda espiritual, emocional, informativa, funcional y material y es un concepto que resulta de utilidad para describir y analizar las relaciones entre el individuo y la comunidad cercana que le rodea<sup>68</sup>. Numerosos estudios muestran que hay una consistente relación entre niveles inadecuados de apoyo social y una pobre salud física y mental<sup>69</sup>.

Los instrumentos de medida de apoyo social miden dos dimensiones: estructura de la red y función. La primera cuantifica el número de personas con las que una persona se relaciona habitualmente y el grado de intensidad en frecuencia de encuentros y la otra dimensión mide la función que se definiría como la percepción que la persona tiene de lo que serían capaces de realizar por ella las personas que forman parte de su red. No existen instrumentos para medir el apoyo social desarrollados en España, aunque han sido validados instrumentos elaborados en países anglosajones<sup>70</sup>. Sin embargo, es necesario profundizar en el estudio para su adaptación a las características específicas de nuestra sociedad frente a las anglosajonas. En nuestro medio muchas veces el apoyo social es informal, no siendo

identificado como tal, ni tampoco valorado, probablemente por ser frecuente. Además, las redes sociales son menos rígidas.

#### *Análisis*

El tipo de análisis que se realice con los datos obtenidos por las encuestas de salud puede poner en evidencia, o por el contrario ocultar, relaciones existentes entre los resultados y los determinantes de la salud, que son diferentes o desiguales según género<sup>71</sup>.

Algunos autores consideran que la inclusión de la variable independiente «sexo» en los modelos de regresión logística no es suficiente para explicar la complejidad de las relaciones de género y señalan que al codificar esta variable (como variable ficticia) en hombres igual a 0 (referencia) y mujeres igual a 1, lo que realmente (en términos estadísticos) se calcula es la magnitud del impacto del «efecto de no ser hombre». Las variables explicativas tienen un efecto diferente o desigual según sexo, ya que pueden ser importantes para explicar la salud de las personas de un sexo y no del otro, o la dirección de la asociación entre una variable explicativa y la salud puede ser distinta para cada sexo (presencia de interacción). Estas diferencias en los determinantes de la salud según sexo pueden evidenciarse, bien incluyendo en los modelos términos de interacción o bien realizando el análisis por separado. Dada la marcada estructuración por género de la sociedad, es posible que tuvieran que introducirse varios términos de interacción, lo que dificultaría la interpretación de los resultados. La solución más sencilla, siempre que hubiera poder estadístico suficiente, es realizar el análisis separado por sexo<sup>72</sup>.

---

#### **Reflexión final**

Al estudiar la salud bajo la perspectiva de género es necesario tener presentes las diferencias biológicas entre mujeres y hombres y las desigualdades en la socialización y en las normas, según el género de quien las aplica y del sujeto a quien son aplicadas<sup>73</sup>. Se ha destacado que las teorías pueden ser agentes de cambio; una mejor comprensión de la sociedad puede traducirse en una modificación crítica de las normas. La teoría de género se ha ido construyendo históricamente a partir de la observación de una realidad universal que podríamos resumir en la condición de subordinación de las mujeres y en su exclusión como sujetos de la historia.

Es necesaria una mayor interdisciplinariedad en los enfoques de género y salud, que implican por un lado el conocimiento epidemiológico y de salud pública y por otro el marco teórico-conceptual de las ciencias socia-

les. En nuestra opinión, los estudios cualitativos pueden servir para enriquecer la actual conceptualización de salud y los indicadores más adecuados para medirla. La comparación entre datos cuantitativos, obtenidos a partir de las encuestas de salud, y datos cualitativos nos ayudaría a entender por qué las mujeres viven más aunque con menor calidad de vida. La investigación cualitativa puede servir también para mejorar el diseño de cuestionarios ya que ayuda a definir determinados conceptos como por ejemplo el significado de lo que se entiende por salud para grupos específicos de población<sup>74</sup>.

Las encuestas de salud son un instrumento importante para la detección de problemas de salud sus-

ceptibles de ser intervenidos por parte de los planificadores/as sanitarios/as. Por ello, es necesario introducir aspectos relacionados con la salud de las mujeres, ya que éstas representan más de la mitad de la población. Sólo comprendiendo en su totalidad el estado de salud y sus determinantes, seremos capaces de avanzar hacia una sociedad más igualitaria. Para esto es necesario promover el estudio del por qué ocurren desigualdades en salud, sean de género o de clase social, en la medida que averiguarlo va a aportar *conocimiento* como premisa de transformación. Es decir, un enfoque de la salud que resulte analítico e integrador.

### Bibliografía

1. Silvestre A, Colomer C, Nolasco A, González L, Alvarez-Dardet C. Nivel de renta y estilos de vida: ¿Hacia una ley de prevención inversa? *Gac Sanit* 1990;20:189-92
2. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971;i:405-12.
3. Avoti JY, Walters V. «You just look at our work and see if you have any freedom on earth»: Ghanaian women's accounts of their work and their health. *Soc Sci Med* 1999;48:1123-33.
4. Sawick F. Interview Surveys for decision makers. En: *Information Systems for Health Services*. Copenhagen, WHO 1980;13:73-85.
5. Pineault R, Devaluy C. La determinación de necesidades. En: *La planificación sanitaria, conceptos, métodos, estrategias*. 2.ª ed. Madrid: Masson; 1989.
6. Antó JM, Company A, Domingo A. Enquesta de Salut a Barcelona. En: *Sèrie Salut Pública* nº2. Barcelona. Ajuntament de Barcelona, 1984.
7. Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud, 1987. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
8. Biglino L, Coronado A, Gil E, Gil J, Prieto A, Regidor E. Encuesta Nacional de Salud. *Rev San Hig Pub* 1994;68:121-178.
9. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Encuesta Nacional de Salud de España, 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
10. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Encuesta Nacional de Salud, 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
11. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Encuesta de salud de la C.A.V. Vitoria: Gobierno Vasco; 1987.
12. Anitua C, Aizpuru F. Encuesta de Salud de Euskadi. Cuadernos Técnicos. Vitoria-Gasteiz: Dirección de Información, Docencia e Investigación Sanitarias; 1993.
13. Anitua C, Aizpuru F, Sanzo JM. Encuesta de Salud 1997. Datos relevantes. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1998.
14. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. ¿Cómo estamos de salud? Encuesta 1990-1991. Pamplona: Gobierno de Navarra; 1994.
15. Conselleria de Sanitat i Consum. Encuesta de salud de la Comunidad Valenciana, 1990-1991. Paterna: Generalitat Valenciana; 1993.
16. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya de 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut; 1996.
17. Escuela Andaluza de Salud Pública. Encuesta Andaluza de Salud 1999. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 1999.
18. Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypothesis and evidence. *J Health Soc Behav* 1985;26:156-82.
19. Verbrugge LM. The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav* 1989;30:282-304.
20. Rohlfs I. Diferencias y desigualdades. La salud de hombres y mujeres en la ciudad de Barcelona. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1998.
21. Vallis Llobet C. La atención de género en la atención primaria. *Quadern CAPS* 1998;27:46-52.
22. Antolín L, Mazarrasa L. Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid: Ed. Federación de Planificación Familiar de España; 1997.
23. Saffioti H. Rearticulando género e classe social. En: Costa AO, Bruschini C (Ed). *Uma questao de gênero*. Sao Paulo: Fundação Carlos Chagas; 1992. p. 183-215.
24. Udry JR. The nature of gender. *Demography* 1994;31:561-73.
25. Scott JW. Gender and the politics of history. Nueva York: Columbia University Press; 1988.
26. Sau V. Ser mujer: el fin de una imagen tradicional. Barcelona: Icaria Editorial; 1986.
27. Durán MA. Salud y sociedad. Algunas propuestas de investigación. En: Barañano M (Compiladora). *Mujer, trabajo y salud*. Madrid: Trotta; 1992. p. 57-79.
28. Beneria L. Reproducción, producción y división sexual del trabajo. *Rev Mientras Tanto* 1981;6:47-84.
29. De Andrés J. Mujer: producción - reproducción y cuidados de salud. [Tesina]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1991.
30. Rohlfs I, De Andrés J, Borrell C, Artazcoz L, Ribalta M. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barc)* 1997;108:566-71.
31. Caillavet F. La producción doméstica como oferta de servicios de salud. IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Granada, Octubre 1994.
32. Gispert R, Gutiérrez-Fisac JL. Esperanza de vida saludable: pasado y presente de un indicador con futuro. *Revisión Salud Pública* 1997;5:7-32.
33. Arber S. Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc Sci Med* 1991;32:425-36.
34. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988;241:540-5.

35. Caillavet F. La producción doméstica como oferta de servicios de salud. IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Granada, Octubre 1994.
36. Ross CE, Mirowsky J, Huber J. Dividing work, sharing work, and in-between: marriage patterns and depression. *Am Sociol Rev* 1983;48:809-23.
37. Wyke S, Ford S. Competing explanations for associations between marital status and health. *Soc Sci Med* 1992;34:523-32.
38. Breilh J. Género, Poder y Salud. Quito: Universidad Técnica del Norte y Centro de Estudios y Asesorías en Salud; 1993.
39. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria* 2000;25(5) (en prensa).
40. Stansfeld SA, North FM, White I, Marmot MG. Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. *J Epidemiol Comm Health* 1995;49:48-53.
41. Verbrugge LM. Role burdens and physical health of women and men. *Women Health* 1986;11:47-77.
42. Bosma H, Marmot MG, Hemingway H, Nicholson AC, Brunner E, Stansfeld SA. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ* 1997;314:558-65.
43. Escribá Aguir V. Trabajar fuera de casa. ¿Mejora la salud de la mujer? [Editorial]. *Med Clin (Barc)* 1997;108:580-1.
44. Messing K. Buscando el rastro de lo invisible: indicadores científicos de los riesgos de salud en el trabajo de las mujeres. En: *Vivir en salud haciendo visibles las diferencias*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer; 1996.
45. Emslie C, Hunt K, Macintyre S. Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Soc Sci Med* 1999;48:33-48.
46. Ross CE, Mirowsky J. Does employment affect health? *J Health Soc Behav* 1995;36:230-43.
47. Durán MA. La jornada interminable. Barcelona: Icaria; 1986.
48. García Calvente MM. El sistema informal de atención a la salud durante la infancia [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 1997.
49. Durán MA. El cuidado de la salud. En: Durán MA. *De pueras adentro*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer; 1988.
50. Parker G. Whose care? Whose cost?. A critical review of research on case management and informal care. *Ageing and Society* 1990;10:159-67.
51. Ross CE, Bird C. Sex stratification and health lifestyle: consequences for men's and women's perceived health. *J Health Soc Behav* 1994;35:161-78.
52. Graham H. Cigarette smoking: a light on gender and class inequality in Britain? *Int Soc Pol* 1995;24:509-27.
53. Artazcoz L, Cortès I, Moncada S, Rohlfs I, Borrell C. Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada de Catalunya. *Gac Sanit* 1999;13:201-7.
54. Durán MA. La mediación invisible: De las utopías sociales a los programas políticos en materia de salud. *Visión sociológica. Serie Cuadernos y Debates*, 6: El futuro de la salud. Madrid: Centro de Estudios constitucionales; 1988.
55. Rohlfs I, Borrell C, Artazcoz L, De Andrés J, Ribalta M. La salut i els temps de la vida quotidiana de les dones de Barcelona. *Barcelona Societat* 1997;7:35-44.
56. Institut Municipal de Salut i Qualitat de Vida de Terrassa. *Enquesta de Salut de Terrassa. Resultats principals*. Barcelona: Ajuntament de Terrassa; 1999.
57. Izquierdo J, del Río O, Rodríguez A. La desigualdad de las mujeres en el uso del tiempo. Madrid. Serie Estudios nº 20. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 1988.
58. Ramos R. *Cronos dividido*. Uso del tiempo y desigualdad entre mujeres y hombres en España. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 1990.
59. Institut Municipal de Salut i Qualitat de Vida de Terrassa. *Manual de l'Enquesta de Salut de Terrassa*. Barcelona: Ajuntament de Terrassa; 1999.
60. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982;72:800-8.
61. Idler E L, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21-37.
62. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996;42:617-24.
63. Macintyre S, Ford G, Hunt K. Do women «over-report» morbidity? Men's and women's responses to structured promptinf on a standard question on long standing illness. *Soc Sci Med* 1999;48:89-98.
64. Bowling A. La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: Masson; 1991.
65. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995;104:771-6.
66. Stronks K, Van de Mheen HV, van den Bos, Mackenbach. Smaller socioeconomic inequalities in health among women: the role of employment status. *Int J Epidemiol* 1995;24:559-568.
67. Stronks K, Van de Mheen H, Van den Bos J, Mackenbach JP. The interrelationship between income, health and employment status. *Int J Epidemiol* 1997;26:592-600.
68. Kumpusalo E. Social support and care. Kuopio (Finland): National Agency for Welfare and Health; 1990.
69. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988;241:540-5.
70. Bellón JA, Delgado A, Dios-Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria* 1996;18:153-63.
71. Dean K, Colomer C, Perez-Hoyos S. Research on lifestyles and health: searching for meaning. *Soc Sci Med* 1995;41:845-55.
72. Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. *Am J Prev Med* 1996;12:294-5.
73. Haavio-Manila E. Inequalities in health and gender. *Soc Sci Med* 1986;22:141-9.
74. Peiró Pérez R, Colomer Revuelta C, Puig Barberá J. La opinión de las mujeres sobre su salud: un estudio cualitativo. *Aten Prim* 1999;24:12-8.

**Anexo. Variables de trabajo reproductivo recogidas en la Encuesta de Salud de Terrassa de 1998**

Para empezar la entrevista le haremos varias preguntas que se refieren a usted y a las personas que viven en esta casa.

1. En primer lugar, díganos por favor, cuántas personas viven en esta vivienda de manera habitual. *Encuestador/a: contando la persona entrevistada.*  
\_\_\_\_\_ personas en la vivienda (o miembros de la misma familia)

2. ¿Cuál es el parentesco de estas personas con el/la cabeza de familia de la vivienda?

*Encuestador/a: anota la respuesta en la tabla, empezando siempre por la persona entrevistada.*

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1. Cabeza de familia (el/la que aporta más dinero a casa) | 5. Abuelo o abuela     |
| 2. Esposo/a o pareja                                      | 6. Nieto o nieta       |
| 3. Hijo o hija  | 7. Hermano o hermana   |
| 4. Padre o madre. Suegro o suegra                         | 8. Otros familiares    |
|   | 9. Otros no familiares |

3. ¿Cuál es el sexo de cada una de estas personas?

1. Hombre (H)
2. Mujer (M)

4. ¿Cuál es la edad, a fecha de hoy, de cada una de estas personas? *Encuestador/a: anota los años declarados para cada uno de los miembros de la vivienda*

5. En su caso concreto, ¿nos podría decir su fecha de nacimiento completa?

*Encuestador/a: día, mes y año de nacimiento de la persona entrevistada*

	2. Parentesco	3. Sexo	4. Edad	5. Fecha de nacimiento
1. Entrevistado				
2. Cabeza de familia				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

*Si en la vivienda sólo vive una persona, pase a la pregunta 11.*

6. ¿Alguna de estas personas necesita algún tipo de dedicación especial por el hecho de padecer alguna minusvalía o bien alguna limitación para llevar a cabo con normalidad las actividades de la vida familiar, social o laboral?

1. Sí
2. No

*Si en la vivienda no hay personas menores de 15 años, ni mayores de 64, ni personas discapacitadas, pase a la preg. 10.*

Sólo para las personas que viven con personas menores de 15 años y/o mayores de 64 y/o discapacitadas

7. ¿Quién se ocupa habitualmente de las criaturas menores de 15 años? *Encuestador/a: ponga una cruz en la columna correspondiente*

8. ¿Quién se ocupa habitualmente de las personas mayores de 64 años? *Encuestador/a: ponga una cruz en la columna correspondiente*

9. Quién se ocupa habitualmente de las personas discapacitadas que viven en esta vivienda? *Encuestador/a: ponga una cruz en la columna correspondiente*

	7. Criaturas	8. Mayores	9. Discapacitados/as
1. Yo solo/a			
2. Mi pareja			
3. Yo, compartiendo con mi pareja			
4. Yo, compartiendo con otra persona que no es mi pareja			
5. Otra persona de la vivienda que no es mi pareja			
6. Una persona contratada (que cobra por hacer este trabajo)			
7. Ellos solos			
8. Otra situación. <i>Especificarla:</i> _____			

10. En su vivienda, ¿quién se ocupa principalmente de los trabajos de la casa como limpiar, planchar, cocinar, etc.?

- |  |  |
|--|--|
| 1. Yo solo/a   | 5. Otra persona de la vivienda que no es mi pareja           |
| 2. Mi pareja   | 6. Una persona contratada (que cobra por hacer este trabajo) |
| 3. Yo, compartiendo con mi pareja                        | 7. Otra situación. <i>Especificarla:</i> _____               |
| 4. Yo, compartiendo con otra persona que no es mi pareja |  |

11. Habitualmente, ¿cuántas horas diarias dedica usted a los trabajos de la casa como limpiar, planchar, cocinar, etc. durante los días laborales? ¿Y durante los fines de semana?

Días laborales: \_\_\_\_\_ horas dedicadas a trabajos domésticos      Fines de semana: \_\_\_\_\_ horas dedicadas a trabajos domésticos

12. ¿Tienen alguna persona de fuera de casa que ayude en los trabajos domésticos como limpiar, planchar, cocinar, etc.?

1. Sí
2. No