

Mujer y salud

Concepción SÁENZ GONZÁLEZ

Médico psiquiatra. Hospital Psiquiátrico "Román Alberca". El Palmar (Murcia)

A lo largo de este trabajo vamos a tratar de exponer el papel que el género femenino tiene respecto a la salud. Lo valoraremos desde tres puntos de vista.

1. La repercusión del género femenino, en la salud —el término género tiene una implicación más específica que el de sexo—. En este punto haremos referencia a:

1.1. Al trabajo en la mujer, trabajo exterior remunerado que se añade al trabajo doméstico, no remunerado.

1.2. Al rol que la «institución familiar» tiene en nuestra cultura, ya que asigna a la mujer el papel de *cuidadora* de niños, ancianos, minusválidos y enfermos ¿Cómo influye esto en la salud de la mujer?

2. Atención que el Servicio de Salud Institucional presta a la mujer, o sea, actitud de la medicina clásica ante la mujer enferma.

3. La mujer como promotora de salud, es decir, como participante activa en el fomento de la salud. Lo realizaremos desde dos puntos de vista:

3.1. Como cuidadora en el más amplio sentido de la palabra: embarazo, niñez, adolescencia, vejez, enfermedad, etc...

3.2. Como participante activa en el Sistema Nacional de Salud, trabajadora de clínicas, hospitales y residencias de ancianos y discapacitados. En algunos estamentos estos profesionales ocupan más del 80% de la plantilla.

Partamos, primeramente, de una *definición de salud*:

Durante mucho tiempo se ha definido la salud, como la ausencia de enfermedad. Pero las definiciones negativas ni son exactas ni son operativas. Fue a mediados del siglo XX cuando la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) dio un paso definitivo al introducir en este concepto otras dos dimensiones humanas más: la psicológica y la social. Así, definía la salud como el *completo* bienestar físico, psíquico y social de las personas. Más tarde lo matizaría eliminando la palabra «completo», añadiendo un dinamismo funcional.

Salud sería: *el estado de bienestar físico, psíquico y social que permite al individuo tener*

una participación activa en el medio socio-cultural donde vive. Realmente el ser humano interactúa de forma especial respecto del resto de los seres vivos en su medio natural, social y personal con el que debe mantener un equilibrio. La ruptura de éste provoca la *enfermedad*.

Ahora bien, el ser humano tiene unas características que le diferencian del resto de los seres vivos del universo. Él puede modificar el medio en el que vive para su propio beneficio, por tanto, es *sujeto activo de su salud* y utiliza recursos propios y ajenos para lograr el equilibrio bio-psico-social que le permita el desarrollo en armonía con su medio ambiente.

Fue M. LALONDE (1974, Ministro de Sanidad en Canadá) quien estableció los determinantes de la Salud. Los dividió en 4 grupos:

1º) El biológico: herencia genética, crecimiento, envejecimiento, sexo,...

2º) La organización de los servicios de salud: actuaciones preventivas, curativas y rehabilitadoras proporcionadas por los profesionales sanitarios.

3º) El medio ambiente: contaminación del aire, calidad del agua potable, el suelo, alimentos, radiaciones, ruidos, medio cultural, económico, social, laboral...

4º) El estilo de vida y pautas individuales de conducta: consumo de tóxicos, grasas saturadas, ejercicio físico.

No todos los factores influyen en la misma proporción en la salud. Son el tercero y cuarto los que más incidencia tienen, es decir, los más fácilmente modificables, y curiosamente a los que menos dinero se les dedica.

Con esto, podemos encuadrar nuestro tema: «Mujer y salud» dentro del determinante biológico: Sexo femenino, y vamos a ver cómo influyen en él otros determinantes tales como: trabajo y atención prestada por el sistema de Salud Institucional.

SALUD LABORAL, CONDICIONES DE TRABAJO Y TRABAJO DE LA MUJER

Uno de los cambios más notables del período de la postguerra fue el aumento del trabajo femenino fuera de casa; lo que se ha llamado generalmente la incorporación de la mujer al mundo del trabajo remunerado. En esta época se consideraba la mano de obra de la mujer como «amortiguadora de ajuste del mercado de trabajo», y la diferencia en la tasa de actividad masculina y femenina se debía a tres factores: edad, estado civil y nivel educativo. Así el gráfico de la actividad laboral en la mujer tenía dos jorobas con dos máximos: la de las trabajadoras menores de 25 años y la de las trabajadoras mayores de 40 años. La de los varones, en cambio, era una gráfica ascendente hasta los 35 años, que permanecía en meseta hasta los 50 para comenzar un descenso suave hasta los 60 años, en que el descenso era brusco.

Desde la década de los sesenta, ha habido un constante aumento en la participación de la mujer en el trabajo remunerado. En España es un poco más tardío, los años setenta, con un estancamiento al final y comienzo de los ochenta. En 1990 se alcanza una tasa de actividad del 33,33%. La curva laboral actual de la mujer y el hombre es superponible.

¿Por qué había esa diferencia? Era fundamental la diferencia del nivel educativo entre varón y mujer; la mujer no accedía a la educación y no tenía, por tanto, una preparación. El factor que más ha influido ha sido la mejora educativa y formativa, incluso llega a superar a los varones, pero esto no se traduce en una mayor ocupación de puestos de responsabilidad por parte de la mujer. Si buscamos las motivaciones que existen, veremos que son de tipo socio-cultural: por

un lado el sistema patriarcal y, por otro, la propia mujer, con la asunción, como valor fundamental, de «la formación y mantenimiento de la familia».

Valores muy arraigados en la mujer, en concreto en la mujer española: La familia, los hijos, tener marido... Si son inculcados, por tradición o reflejo de un inconsciente colectivo, yo sólo puedo decir que yo realmente escogí la familia.

Por esto, la mujer que quiere compatibilizar ambas funciones, familiar y laboral, tiene que:

1. Reducir o buscar horarios y puestos de trabajo adecuados a su familia.

2. Reducir el número de hijos.

3. Luchar para incluir al varón en la realización de actividades domésticas, tarea ardua, pues si analizamos el tiempo medio dedicado a esta actividad, el de una mujer trabajadora es de 42 horas semanales, sin variación en vacaciones ni festivos, mientras que el del varón (el que lo hace) es de 19 horas 15 min. semanales. Lucha sin cuartel, mal planteada, porque la mujer muchas veces se autoadjudica el trabajo doméstico, que en verdad es de los dos. Quizá fuera más lógico distribuir el trabajo, como si de una empresa se tratara, según aptitudes y disponibilidad de tiempo. Lo que no parece muy viable es el: «Yo friego, tú friegas y ...todos fregamos»; pues a otras horas sí que atendemos a una distribución de papeles domésticos: «El grifo lo arreglas tú».

4. Con todo, el mayor esfuerzo lo realiza la mujer a nivel personal, ya que duplica la jornada laboral alcanzando hasta 80 horas semanales y más. Es lo que se ha llamado *la doble jornada*. Lo hace a costa de sacrificar su tiempo libre y su tiempo de ocio, lo que conlleva una fatiga añadida o la pérdida de la salud.

En ninguna parte del mundo las mujeres han estado equiparadas a los varones en el desarrollo de su actividad laboral.

Las características generales del empleo femenino —tanto en España como en otros países de la Comunidad Europea— es la de la participación masiva en el sector Servicios: 44,56% (sanidad, educación, limpieza, hostelería, servicios personales y domésticos...), trabajo que no se puede acumular ni exportar, por esto es difícil de computar o contabilizar.

En la agricultura alcanza un 27,83%; más en los países poco desarrollados. Es muy difícil saber qué porcentaje de mujeres trabaja en la agricultura, pues no siempre son dadas de alta; no es poco, por otra parte, el trabajo agrícola familiar, cuidado de animales. Ciertamente donde más se trabaja en este sector es en el Tercer Mundo.

El porcentaje menor es el de la industria: 18,3%, que se reparte de manera desigual en el sector de manufacturas: 35,9% (textil, calzado y vestido) y en la construcción: 3,4%.

El quedarse en casa, para muchas mujeres ya no es una opción, entran y salen del mundo laboral según sus necesidades económicas, preferencias personales, circunstancias familiares y oportunidades del mercado laboral.

Por tanto, vamos a valorar las implicaciones que el trabajo tiene en su salud.

Haremos, de nuevo, referencia a la definición de Salud Laboral de la O.M.S. (1980) que dice: «*el objetivo general de la salud ocupacional estriba en el control de los riesgos laborales para la salud, para proteger y promover la salud de la población trabajadora y promover la humanización del trabajo*». Como se puede ver, la salud laboral excede los riesgos que entraña el trabajo.

SALUD Y TRABAJO EN LOS HOSPITALES

Si analizamos quien compone este sector laboral observaremos que es mayoritariamente femenino, abarca muchos estamentos como: auxiliares de clínica, limpiadoras, planchadoras, A.T.S., etc., alcanzando un porcentaje superior al 90%.

Las mujeres médicos no alcanzan porcentajes tan altos, aunque éstos están subiendo considerablemente en los últimos años; a principios de siglo se espera alcanzar el 50%.

El hospital debe funcionar las veinticuatro horas del día y todos los días del año, lo que requiere la existencia de turnos de trabajo y días de libranza, todo ello va a repercutir en la salud psíquica. El turno de noche obliga al organismo a realizar un doble esfuerzo, por un lado estar activo cuando su sistema nervioso central se encuentra en un período de reposo relativo y, por otro, debe tratar de conciliar el sueño en el período natural de actividad de aquél. El cambio de turno también produce estrés, ya que dificulta la organización de las labores del hogar, que como hemos visto antes son asumidas preferentemente por la mujer.

Dentro de la repercusiones en la salud están:

- Aumento de peso, como consecuencia del cambio circadiano.
- Trastornos gastrointestinales debido a una mala distribución de las comidas.
- Aumento de las desviaciones de columna, con las consiguientes deformaciones por las malas posturas adoptadas.
- Trastorno del sueño, estrés, pricastenia y depresión.
- Disminución de la vida socio-familiar, lo que origina sentimientos de aislamiento.

A todo esto habría que añadir los efectos sobre la salud física producidos por la exposición a:

- Agentes químicos: anestésicos, aerosoles, etc.
- Agentes físicos: radiaciones, ruidos, etc.
- Agentes biológicos: infecciones, etc.

SALUD Y TRABAJO EN EL SECTOR HOTELERO

En hostelería las mujeres ocupan los escalones más bajos en el estamento laboral: fregadoras, pinches de cocina, limpiadoras, lenceras, camareras y camareras de pisos, que contabilizan el 100% de la plantilla. Las camareras de pisos tienen unas condiciones de trabajo extremadamente duras, ya que lo realizan exclusivamente de pie, con esfuerzo físico constante (arrastrando pesos) con malas posturas físicas y aislamiento. Todo ello va a repercutir en la salud produciendo varices, cansancio generalizado y dolores diversos.

SALUD Y TRABAJO EN EL SECTOR CONFECCIÓN

Este sector tiene mano de obra femenina que oscila entre 65% a 80%, según tejido o cuero.

En los años 60 sufrió una profunda crisis, lo que condujo a gran número de despidos y, lo que es peor, a pasar gran parte de su producción a sectores de «economía sumergida» con las repercusiones consiguientes. Las condiciones en las que se desarrolla este trabajo repercute en la salud en varias áreas:

- Pérdida de audición, debido al ruido que producen las máquinas.

- Trastornos en la visión por la luz inadecuada y los paneles reflectantes.
- Dolores y varices por posturas inadecuadas que afectan a la columna.

Si lo que se trabaja es cuero hay que añadir el riesgo de infección en la realización del curtido. Si lo que realizan es marroquinería el riesgo es de intoxicación por sustancias tóxicas, sin olvidar el trabajo en calzado con el uso de pegamentos y disolventes también tóxicos.

Desde el punto de vista psicológico aparece estrés por el ruido y vibración de las máquinas, la monotonía del trabajo y la presión del rendimiento. Todo lo mencionado conduce a frecuentes desequilibrios emocionales que repercuten en el área socio-familiar.

Es preciso notar cuán rara vez se relaciona patología con condición laboral.

SALUD Y TRABAJO EN EL SECTOR COMERCIO

También en esta actividad la mayor participación es la de la mujer: 75%. Las condiciones de trabajo no son las mismas en el pequeño que en el gran comercio, pero sí tienen unas características comunes, tales como la de permanecer el horario laboral de pie, la presión en la realización de la tarea —exigencia de ventas— y la del «ambiente» cerrado en el que se realiza.

Físicamente van a aparecer varices, dolores musculares y cervicales.

Psicológicamente puede surgir tensión, ansiedad y trastornos afectivos.

TRABAJO DE LA MUJER EN EL CAMPO

Se cree que la participación es de un 27,83% del total de la población activa del sector. La dificultad en encontrar datos fiables radica en la eventualidad del trabajo y en que en muchas ocasiones se realiza en la propia familia.

El trabajo agrícola se realiza en unas condiciones especialmente penosas, ya que es estacional y, a menudo, horario de jornada intensiva. Se ejerce al aire libre o en invernaderos, es decir, con temperaturas climáticas extremas. Se deben realizar grandes esfuerzos, y en ocasiones manejar productos fitosanitarios muy tóxicos. Un trabajo que resulta especialmente duro, además de aumentar la fatiga y siniestralidad.

Los accidentes laborales son muy frecuentes y en muchas ocasiones producidos por error humano. La prevención es difícil dada las características de este colectivo de bajo nivel cultural y elevada edad.

REPERCUSIÓN DEL GÉNERO FEMENINO EN LA ATENCIÓN PRESTADA POR EL SERVICIO DE SALUD INSTITUCIONAL

Existe una visión estereotipada de la enfermedad en la mujer.

Hace unos 4.000 años que los egipcios conceptualizaron el síndrome de «histeria» como la presencia de múltiples molestias físicas, que no se podían explicar por alteraciones orgánicas, que producían deterioro funcional significativo y gran demanda de asistencia médica. Se asociaba con el género femenino —de ahí el nombre, del gr. *hystéra*: matriz—, pues ponían su etiología en el desplazamiento del útero. Freud elaboró muchos de los principios del psicoanálisis en la observación y tratamiento de la histeria. Desde el punto de vista dinámico considera la *conversión* como un mecanismo de defensa del *ego*. En la conversión se transforma la energía

psíquica en síntomas físicos. Fue Stetel en 1943 quien acuñó el término *somatización* en sustitución de histeria, con ello se desliga del género. Esto es más en la teoría que en la práctica, ya que en muchos profesionales pesa la connotación tradicional: «las mujeres exageran sus molestias»; a ello puede contribuir, también, la manera —más demostrativa— que tiene la mujer de presentar las quejas. Sin embargo, la suposición de que la causa es psicológica o psicósomática, conduce a que muchos médicos dejen de revisar otros factores etiológicos, lo que puede conducir a cometer errores en diagnósticos y de tratamiento.

Existen multitud de trabajos con datos objetivos que muestran cómo ante un mismo síntoma se han solicitado más exploraciones complementarias al paciente varón que a la paciente mujer. También se ha objetivado que en ciertas etapas del ciclo vital, como la menopausia, el médico tiende a interpretar los signos y síntomas que presenta la mujer como depresivos, hipocondríacos, etc., cuando realmente es una etapa de crisis, que como en toda crisis, ofrece a la mujer la oportunidad de realizar cambios positivos en el estilo de vida, a fin de elevar su autonomía. Por tanto, habría que orientarla y ayudarla a ello, en vez de ponerle la etiqueta connotativa negativa de «menopáusica».

Se está apreciando un cambio desde que la mujer se va incorporando a la profesión médica, de lo que se espera que a principios de siglo estemos en proporción de igualdad en número total de facultativos, aunque la proporción será distinta según las especialidades.

LA MUJER COMO PROMOTORA DE SALUD

La enfermedad es un fenómeno social, cada sociedad genera un tipo específico de enfermedades y un modo de enfrentarse a ellas.

En las sociedades desarrolladas y de orientación social, la salud y la enfermedad pasan a ser problemas comunitarios y son los gobiernos correspondientes los que se ocupan de su solución.

En España atiende la política sanitaria el Ministerio de Sanidad, que incluye en sus presupuestos unos costes divididos en dos apartados:

1. Costes directos:
 - 1.1. Costes médicos.
 - 1.2. Costes farmacéuticos.
2. Costes indirectos:
 - 2.1. Días perdidos durante la enfermedad.
 - 2.2. Indemnizaciones y pensiones.

Cuando se establecen comparaciones entre nuestro sistema de Salud y el de otros países llama la atención los buenos resultados atribuidos a nuestro sistema sanitario, por otra parte tan deficitario. El error está en comparar el sistema de Salud Institucional con el sistema de Salud Global, ya que no son equiparables. El último, añade al primero un tiempo dedicado al discapacitado, que no está remunerado. Este tiempo, lo aportan las familias españolas en sus propios hogares, luego podríamos añadir a nuestro sistema de Salud un tercer apartado en costes.

3. Costes invisibles: transferidos fuera del mercado laboral.

En España existe una tradición con principios, valores y creencias muy arraigados respecto a la función de la familia, «cultura familiar», esto hace que esta institución asuma los problemas de salud más que en otros países.

En 1987 el Ministerio de Sanidad realizó un trabajo en el que, entre otras cuestiones,

preguntaba a los encuestados las actividades y uso del tiempo en el último día laboral, en este apartado incluía como opción «cuidado de la salud a otros miembros de la familia». El resultado fue que el 11% de las mujeres, el 14% eran amas de casa, y el 5% de los varones dijeron haber dedicado tiempo a esta actividad.

En 1990 una encuesta realizada a nivel nacional y de Aragón «Encuesta Nuevas Demandas» aportó los siguientes datos: en el 13% de los hogares hubo algún enfermo la semana anterior a la encuesta, y en el 10% de ellos había algún discapacitado de varios años de evolución. También se analizó el tiempo que cada miembro de la familia dedicaba al cuidado del enfermo. Se llegó a la conclusión que la mujer, cabeza de familia, dedicaba un 72% del tiempo requerido, frente al 18% dedicado por el varón, cabeza de familia. Habría que añadir como tiempo femenino el 3% realizado por la madre del cabeza de familia.

El sistema Sanitario Institucional aporta un diagnóstico y aplica los tratamientos más cualificados, luego los envía a sus hogares donde se encargan de satisfacer todas las necesidades hasta la recuperación del enfermo, todo esto comporta un trabajo no remunerado.

En 1991 el C.I.R.E.S. realizó una encuesta sobre «uso del tiempo». Los datos obtenidos fueron: la población mayor de 18 años dedica un promedio anual de 252 horas *per cápita* al cuidado de la salud —propia y de los familiares—; si se analiza el número de horas que invierte el sistema Institucional de Salud, vemos que él sólo cubre el 12% del tiempo requerido por la enfermedad, el resto se distribuye del siguiente modo: el 28% lo utiliza cada persona al cuidado de su propia salud, un 41% al cuidado de algún familiar y un 19% a la gestión.

Si el costo medio de la hora en el sistema Institucional de Salud es de 933 ptas., podemos apreciar el costo económico que supondrá a la economía nacional un cambio en el número de horas no remuneradas: 5.853.642 millones.

Podemos resumir que en la promoción de la salud la mujer dedica:

1. El 75% del tiempo requerido para el tratamiento de enfermos y discapacitados.
2. 42 horas semanales, por término medio, que la mujer dedica a las labores del hogar y que indirectamente repercuten en la salud ya que sirven para aumentar el bienestar físico, psíquico o social de los miembros de la familia (higiene, alimentación, vigilancia, prevención de accidentes...).
3. El tiempo que dedica a trabajo remunerado en hospitales y residencias de discapacitados y ancianos.
4. Las medidas higiénico-sanitarias que la mujer embarazada debe seguir para la prevención de enfermedades en el neonato.

Por todo lo expuesto podemos ver que la mujer juega un papel fundamental en la salud.

SELECCIÓN BIBLIOGRÁFICA ORIENTATIVA:

BARAÑANO, Margarita, *Mujer, Trabajo y salud*, Madrid 1992.

DEFEY, D.; STORCH, E.; CARDOZO, S.; DÍAZ, O.; FERNÁNDEZ, G., *The menopause: women's psychology and health care*, en: Soc. Sci. Med., 1996, May., 42 (10) 1447-56.

FOLGUERA, P.; ORTEGA, M.; SEGURA, C., *Historia de las mujeres en España*, Madrid 1997.

- LURIE, N.; MARGOLIS, K.; McGOVERN, P.G. et al., *Why do patients of female physicians have higher rates of breast and cervical cancer screening?*, en: *J-Gen-Intern-Med.*, 1997, 12 (1) 34-43.
- NORCROSS, W.; RAMÍREZ, C.; PALINKAS, L., *The influence of women on the health care-seeking behavior of men*, en: *J. Fam. Pract.*, 1996, nov., 43 (5) 475-80.
- ROSENFELD, J.A.; ZABORLIK, P.M., *Comparison of female and male graduates of southern Appalachian family practice residencies*, en: *Tenn. Med.*, 1996, nov., 89 (11) 407-9.
- ROSTAKSTAD, K.; STRAAND, J.; SANDVICK, H., *Pasientkontakter i allmennpraksis. En epidemiologisk undersøkelse i More og Romsdal*, en: *Tidsskr. Nor. Lægeforen*, 1997, Feb. 20, 117(5) 659-64.
- SCHURMANN, A.; DENZEL, S.; FREYBERGER, H.J. et al., *Zu Karriereverläufen von Psychiaterinnen und Psychiatern*, en: *Psychiatr. Prax.*, 1996, nov., 23 (6) 262-5.
- WILKINSON, E.; KITZINGER, C., *Mujer y salud*, Barcelona 1992.
- WOODWARD, C.; HUTCHISON, B.; ABELSON, J.; NORMAN, G., *Do female primary care physicians practise preventive care differently from their male colleagues?* en: *Can. Fam. Physician.*, 1996, dec., 42: 2370-9.
- WOODWARD, C.; WILLIAMS, A.; FERRIER, B.; COHEN, M., *Time spent on professional and unwaged domestic work. Is it different for male and female primary care physicians who have children at home?*, en: *Can. Fam. Physician.*, 1996, oct., 42: 1928-35.