UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE DERECHO

Contrato de Género y Salud: El Impacto en la Salud del Reparto del Trabajo Reproductivo en las Parejas de Doble Ingreso

Dª Salvadora Titos Gil

2017

A Celia y Emma, con la esperanza
de un mundo más justo para su generación.

A su padre, por su contribución a ello.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi gratitud a todas las personas que de una u otra forma han contribuido a que este trabajo viera la luz.

En primer lugar, a mi madre y a mi padre, que me han enseñado las cosas más importantes y me han regalado todas las oportunidades. A ellos les debo lo que soy. A mi hermana y mis hermanos, que siempre han creído en mí.

A mis directores, Alberto Torres Cantero y Maribel Sánchez-Mora Molina, por su confianza, su paciencia, sus valiosos consejos, su disponibilidad y porque nunca han dejado de alentarme: su impulso y su apoyo han sido claves en este viaje.

A mis compañeros del Departamento de Sociología, donde llegué hace casi veinte años para comenzar estudios de doctorado, les agradezco profundamente lo aprendido y lo compartido. Ahí empezó todo.

Otro germen de esta tesis fue el Trabajo Fin de Máster que realicé en el Máster de Salud Pública, y esa parte del recorrido le debe mucho a mi paso por la ahora denominada Consejería de Salud. Gracias a todas las personas que me han ayudado a crecer durante esta etapa en el Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, que se cierra en el momento de escribir estas líneas.

Una parte del trabajo se gestó y tomó forma durante mi paso por el Departamento de Ciencias Sociosanitarias, estoy sinceramente agradecida por la acogida y la generosidad de los compañeros del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública.

A Laura y María, ha sido genial compartir este camino con ellas.

Mi más sincero agradecimiento a mi compañero de vida, sin su apoyo no hubiera sido posible.

INDICE DE CONTENIDOS

Resumen 11
Summary 13

I. PRIMERA PARTE……5

1. INTRODUCCIÓN 6

1.1 Delimitación y justificación del objeto de estudio 17
1.2 Planteamiento del problema 19
1.3 Diseño de la investigación 20
1.4 Objetivos e hipótesis 22

1.4.1 Objetivos generales y específicos 22
1.4.2 Hipótesis 23

2. CONTEXTO TEÓRICO Y EMPÍRICO: GÉNERO, TRABAJO Y SALUD 24

2.1 Género y desigualdad 25

2.1.1 El género como categoría de análisis 25
2.1.2 Sociología de las relaciones de género 29
2.1.3 Lo personal es político: la vida cotidiana como objeto de estudio y escenario de desigualdad 33
2.1.4 Familia y cambio social en las relaciones de género 35
2.1.5 El contrato de género como herramienta conceptual 38

2.2 Género y trabajo 45

2.2.1. La división sexual del trabajo: de natural a socialmente construida 45
2.2.2. La dicotomía público-privado: de la diferencia a la discriminación 49
2.2.3 El trabajo remunerado 54
2.2.4 El trabajo reproductivo 68
2.2.5 Modelos de familia en el reparto del trabajo remunerado y reproductivo 78
2.2.6 Las parejas de doble ingreso, ¿un modelo igualitario? 86

2.3 Género y salud 98

2.3.1 Salud y desigualdad: la importancia de lo social 98

2.3.1.1 El enfoque de la equidad en salud: desigualdades sociales en salud 101
2.3.1.2 Hacia la comprensión de la relación salud-desigualdad social: el modelo de los determinantes sociales de la salud 103

2.3.2 El género como determinante de la salud 108
2.3.3 Género, trabajo y salud: antecedentes 113

II. SEGUNDA PARTE……118

3. REVISIÓN SISTEMÁTICA: EL IMPACTO EN LA SALUD DEL TRABAJO REPRODUCTIVO 120

3.1 Metodología ... 120

3.1.1 Antecedentes y objetivos ... 121
3.1.2 Protocolo ... 122
3.1.3 Estrategia de búsqueda para la identificación de estudios ... 122
3.1.4 Gestión de referencias ... 124
3.1.5 Criterios de inclusión y exclusión ... 124
3.1.6 Proceso de selección de estudios ... 126
3.1.7 Evaluación crítica ... 128
3.1.8 Extracción de datos ... 129

3.2 Resultados ... 134

3.2.1 Características generales de los estudios seleccionados ... 134
3.2.2 Características metodológicas de los estudios seleccionados ... 141
3.2.3 Definición y medición del trabajo reproductivo ... 145
3.2.4 Síntesis de resultados de los estudios seleccionados ... 147

3.3 Discusión ... 153

4. CONTRATO DE GÉNERO Y SALUD EN LAS PAREJAS DE DOBLE INGRESO EN ESPAÑA158

4.1 Metodología ... 159

4.1.1 Fuente de información ... 159
4.1.2 Población y muestra ... 159
4.1.3 Variables de estudio ... 160

4.1.3.1 Variables dependientes ... 160
4.1.3.2 Variables independientes ... 161
4.1.3.3 Variables de estratificación y de ajuste ... 167

4.1.4 Análisis de datos ... 168

4.2 Resultados ... 170

4.2.1 Características generales de la población de estudio ... 170
4.2.2 El reparto del trabajo reproductivo en las parejas de doble ingreso ... 174
4.2.3 Factores asociados al contrato de género igualitario ... 185
4.2.4 Contrato de género y salud ... 189

4.3 Discusión ... 198

5. CONCLUSIONES ... 206

6. ANEXOS ... 210
6.1. Anexo 1. Búsquedas en bases de datos electrónicas ... 210
6.2. Anexo 2: Referencias de los artículos revisados a texto completo ... 211

7. BIBLIOGRAFÍA ... 221

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales indicadores del mercado laboral 5según sexo y brecha de género* en España y la Unión Europea (UE-28), 2015. 54

Tabla 2. Distribución porcentual de las parejas según contribución de sus miembros a los ingresos en Europa, 2010. 86

Tabla 3. Tiempo de trabajo doméstico (media de horas semanales) según estructura de ingresos del hogar en Europa, 2010. 90

Tabla 4. Evolución del patrón de trabajo de las parejas de 25 a 49 años en España, 1990-2013. ... 95

Tabla 5. Esperanza de vida en buena salud (EVBS) según sexo, en años y porcentaje sobre la esperanza de vida total. Unión Europea, 2013. 109

Tabla 6. Criterios de inclusión para el proceso de selección 125

Tabla 7. Razones de exclusión de estudios en fase 2 de revisión. 128

Tabla 8. Características generales de los estudios seleccionados. 134

Tabla 9. Descripción de los estudios seleccionados. 136

Tabla 10. Características metodológicas de los estudios seleccionados 139

Tabla 11. Descripción de las principales variables de los estudios seleccionados. 140

Tabla 12. Características de los estudios seleccionados según población de estudio. 141

Tabla 13. Características de los estudios seleccionados según dimensión evaluada en las variables dependientes. 143

Tabla 14. Instrumentos utilizados en los estudios seleccionados para las variables dependientes. 145

Tabla 15. Características de los estudios seleccionados según constructo en la medición del trabajo reproductivo 146

Tabla 16. Impacto del trabajo reproductivo en la salud en estudios seleccionados. 147

Tabla 17. Principal responsable del trabajo doméstico y de cuidado de menores de 15 años 163

Tabla 18. Características de la población de estudio según sexo 171

Tabla 19. Principal responsable del trabajo reproductivo por tipo de trabajo (doméstico o de cuidado de menores de 15 años) según sexo de la persona entrevistada. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011. 174

Tabla 20. Contrato de género según sexo de la persona entrevistada y variables sociodemográficas. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011. 176

Tabla 21. Contrato de género según sexo de la persona entrevistada y características del hogar. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011. 179

Tabla 22. Contrato de género según sexo de la persona entrevistada y características del trabajo remunerado. 182

Tabla 23. Contrato de género según sexo de la persona entrevistada y características de la pareja. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011. 184

Tabla 24. Asociación entre contrato de género igualitario y variables sociodemográficas según sexo de la persona entrevistada. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011. 185

Tabla 25. Asociación entre contrato de género igualitario y características del hogar según sexo de la persona entrevistada. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011. 186

Tabla 26. Asociación entre contrato de género igualitario y características del trabajo remunerado según sexo de la persona entrevistada. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011. 187

Tabla 27. Asociación entre contrato de género igualitario y características de la pareja según sexo de la persona entrevistada. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011. 188

Tabla 28. Asociación entre indicadores de salud y contrato de género según sexo, edad y clase social. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011. 190

Tabla 29. Asociación entre mala salud percibida y variables independientes. Análisis bivariante. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011. 190

Tabla 30. Asociación entre mala salud mental y variables independientes. Análisis bivariante. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011. 191

Tabla 31. Asociación entre mala salud percibida, contrato de género y otras variables independientes según sexo, edad y clase social. Análisis multivariante. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011. 193

Tabla 32. Asociación entre mala salud mental, contrato de género y otras variables independientes según sexo, edad y clase social. Análisis multivariante. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011. 195

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores que median entre posición social y salud. Mackenbach, 2006. 104

Figura 2. Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead. 105

Figura 3. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. 107

Figura 4. Esquema explicativo del género como determinante social de la salud. 111

Figura 5. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de estudios (PRISMA 2009). .127

Figura 6. Contrato de género sobre el trabajo reproductivo en la pareja según principal responsable del trabajo doméstico y de cuidado de menores de 15 años. 163

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolución de la tasa de actividad de la población de 15 a 64 años según sexo en España y la Unión Europea (UE-27), 1992-2013. 56

Gráfico 2. Tasa de empleo de la población de 20 a 64 años según sexo y brecha de género* en la Unión Europea (UE-28), 2013. 56

Gráfico 3. Evolución de la tasa de empleo de la población de 25 a 54 años según sexo en España y la Unión Europea (UE-27), 1995-2013. 57

Gráfico 4. Evolución de la tasa de desempleo de la población de 25 a 54 años según sexo, España y Unión Europea (UE-27), 2000-2013. 59

Gráfico 5. Porcentaje de personas que trabajan a tiempo parcial según sexo en la Unión Europea (UE-28), 2013. 61

Gráfico 6. Porcentaje de empleo femenino a tiempo parcial y porcentaje de empleo femenino a tiempo parcial involuntario en la Unión Europea (UE-28), 2013. 61

Gráfico 7. Porcentaje de personas asalariadas con bajo salario* según sexo en la Unión Europea (UE-27). 2010. 62

Gráfico 8. Tasa de empleo de las personas de 25 a 49 años con hijos/as y sin hijos/as menores de 12 años, España y Unión Europea (UE-27), 2012. 64

Gráfico 9. Tasa de empleo de las personas de 25 a 49 años según sexo y edad del menor de sus hijos/as en España, 2013. 65

Gráfico 10. Evolución de la tasa de empleo de las personas de 25 a 49 años sin hijos/as y con hijos/as menores de 3 años según sexo en España, 1990-2013. 66

Gráfico 11. Evolución de la tasa de empleo de las personas de 25 a 49 años según sexo y número de hijos/as en España, 1990-2013. 67

Gráfico 12. Proporción de personas ocupadas de 15 y más años que dedican una hora diaria o más a actividades de trabajo doméstico y de cuidado de menores*. España y Unión Europea (UE-27), 2010. 73

Gráfico 13. Tiempo medio diario dedicado al trabajo remunerado y doméstico-familiar según sexo en España, 2003 y 2010. 74

Gráfico 14. Tiempo medio diario dedicado al trabajo remunerado y doméstico-familiar por las personas ocupadas según sexo en España, 2003 y 2010. 75

Gráfico 15. Uso del tiempo por las personas ocupadas según sexo en España, 2010. 76

Gráfico 16. Tiempo medio diario dedicado al trabajo doméstico-familiar según sexo y actividad en España, 2010. 76

Gráfico 17. Distribución porcentual del modelo ideal de familia en España, 1990 y 2011. 79

Gráfico 18. Distribución porcentual del modelo ideal de familia según sexo en España, 2011. 80

Gráfico 19. Distribución porcentual del modelo ideal de familia según edad en España, 2011. 81

Gráfico 20. Distribución porcentual del modelo ideal de familia según sexo y edad en España, 2011. 81

Gráfico 21. Proporción de parejas con hijos/as de 0 a 14 años donde ambos miembros de la pareja trabajan según dedicación al trabajo, 2009. 88

Gráfico 22. Distribución porcentual de los hogares formados por parejas según estructura de ingresos en la Unión Europea, 2010. 89

Gráfico 23. Distribución porcentual del patrón de trabajo de las parejas de 25 a 49 años en España según presencia o no de hijos/as y edad, 2013. 91

Gráfico 24. Evolución de los principales patrones de trabajo de las parejas de 25 a 49 años en España, 1990-2013. 93

Gráfico 25. Evolución de los principales patrones de trabajo de las parejas de 25 a 49 años según presencia o no de hijos/as. España, 1990-2013. 94

Gráfico 26. Proporción de la población de 18 a 64 años que declara un estado de salud bueno o muy bueno según sexo. Unión Europea, 2012. 110

Gráfico 27. Porcentaje de estudios según criterios de definición de la población de estudio 142

Gráfico 28. Distribución porcentual de estudios según dimensión evaluada en la variable dependiente, diseño y población de estudio. 143

Gráfico 29. Número de estudios según dimensión evaluada en la variable dependiente, componente y tipo de instrumento. 144

Gráfico 30. Impacto del trabajo reproductivo en la salud según variable de resultado y género. 148

Gráfico 31. Resultados de los estudios seleccionados según género y constructo en la medición del trabajo reproductivo. 149

Gráfico 32. Resultados de los estudios seleccionados según género y diseño, calidad y sensibilidad al género. 150

Gráfico 33. Resultados de los estudios seleccionados según género, definición del trabajo reproductivo y presencia/ausencia de criterio de pareja en la definición de la población de estudio y de variable de equidad. 152

Gráfico 34. Principal responsable del trabajo reproductivo por tipo de trabajo (doméstico o de cuidado de menores de 15 años) según sexo de la persona entrevistada. 175

Gráfico 35. Distribución porcentual del contrato de género en la pareja según sexo de la persona entrevistada, por grupos de edad, clase social ocupacional, país de nacimiento y nivel de estudios. 177

Gráfico 36. Parejas con contrato de género igualitario según sexo de la persona entrevistada, clase social ocupacional y grupo de edad (porcentaje sobre el total de parejas en cada categoría). 178

Gráfico 37. Distribución porcentual del contrato de género en la pareja según sexo de la persona entrevistada, por tamaño del hogar, estructura del hogar, número de menores de 15 años y edad del menor de los menores. 180

Gráfico 38. Distribución porcentual del contrato de género en la pareja según sexo de la persona entrevistada, por tipo de jornada. 183

Gráfico 39. Distribución porcentual del contrato de género en la pareja según sexo de la persona entrevistada, por tipo de contrato o relación laboral. 183

Resumen

A pesar de los indudables avances de las últimas décadas, la desigualdad de género constituye una característica estructural de nuestra sociedad. Entre las múltiples manifestaciones de esta desigualdad destaca la continuidad de la asignación de la responsabilidad del trabajo reproductivo a las mujeres, incluso en las parejas de doble ingreso. Se trata de una realidad que en gran medida se percibe como privada, y que constituye otro ejemplo de que *lo personal es político*. La invisibilidad y desvalorización del trabajo doméstico-familiar, junto a la vigencia de los roles de género y los valores asociados a las identidades femenina y masculina, contribuyen a mantener un reparto injusto de este trabajo, de múltiples consecuencias. En este escenario, nos proponemos indagar sobre cómo afecta el reparto del trabajo reproductivo en las parejas de doble ingreso a la salud de mujeres y varones. Se utiliza el *contrato de género* como herramienta conceptual para abordar este fenómeno a la luz de una *imaginación sociológica feminista*: las condiciones estructurales de la sociedad determinan la vida de cada mujer y cada hombre, pero al mismo tiempo la manera en que afrontamos y resolvemos nuestra vida cotidiana da forma a la realidad actual y puede contribuir a transformarla. El contrato de género, que remite al contrato sexual acuñado por Carole Pateman en su crítica al contrato social, se refiere al acuerdo que en las relaciones de pareja se establece entre las dos partes, que han de negociar sus términos, sin que ello implique la libertad de las partes que lo negocian, a la vez que enfatiza que en ese contrato intervienen tanto las estructuras sociales como la acción individual.

Para dar respuesta a la pregunta que guía este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación original en una doble dirección. Por un lado, se ha realizado una revisión sistemática con el propósito de sintetizar la evidencia científica reciente sobre el impacto en la salud del trabajo reproductivo. Por otro, se ha llevado a cabo un análisis de la Encuesta Nacional de Salud en España 2011-2012 (ENSE), referido a parejas de doble ingreso, en el que se describen los modelos de contrato de género vigentes, se identifican los factores asociados al contrato igualitario y se evalúa la posible asociación del contrato de género con el estado de salud percibido y la salud mental.

Los resultados de la revisión sistemática señalan que el trabajo reproductivo afecta negativamente a la salud de las mujeres y no afecta la de los varones, si bien la mayoría

de los estudios son transversales, y los que tienen un diseño longitudinal no encuentran esta asociación.

En el análisis de la ENSE, se identifican tres modelos de contrato de género, que en las parejas que no conviven con menores de 15 años se refiere al reparto del trabajo doméstico y en las parejas con menores de 15 años combina la información sobre el trabajo doméstico con la responsabilidad de su cuidado. Los resultados reflejan que los modelos de contrato de género se distribuyen de forma desigual en función de la edad y la clase social, y también varían según quien proporciona la información. Además de tener 45 o más años, no tener estudios superiores o trabajar en una ocupación manual se asocia a mayor probabilidad de contrato asimétrico. Respecto a la asociación entre el contrato de género y la salud, los resultados no son concluyentes pero indican que los distintos modelos de contrato de género afectan en el mismo sentido a mujeres y varones, tanto para la salud percibida como para la salud mental.

Summary

Despite substantial progress in recent decades, gender inequality remains a structural feature of western societies. One of the major signs of that inequality is the fact that women continue to be assigned the responsibility of reproductive work, even in double income couples. This phenomenon, greatly perceived as private, constitutes an example of *the personal is political*. The invisibility and devaluation of domestic and family work, together with the prevailing gender roles and values associated with feminine and masculine identities, contribute to keep its unfair sharing, with multiple consequences. In this scenario, our aim is to ascertain how the distribution of reproductive work in double income couples affects the health of women and men. Gender contract is used as a conceptual tool to tackle this phenomenon from a *feminist sociological imagination*: the structural conditions of society determine the life of every woman and man, but at the same time the way we address and solve our daily life outlines the present shape of gender relations and may contribute to transforming them. Gender contract, evoking the *sexual contract* coined by Carole Pateman in her critique to the *social contract*, refers to the agreement every couple establishes between the two parts, who must negotiate its terms, highlighting the role of both social structures and individual action in that contract.

In search of an answer to the question guiding this thesis, we first carry out a systematic review, intended to generating a synthesis of recent scientific evidence about the impact of reproductive work on health. Second, we analyse the National Health Survey in Spain (2011-2012). This analysis, referred to double income couples, describes the gender contract models, the factors associated with an egalitarian contract and evaluates the possible association between gender contract and health, both self-rated health status and mental health.

Results of the systematic review point out that reproductive work has a negative impact on women's health and no impact on men's health, but the majority of studies are cross-sectional and those with a longitudinal design do not confirm this association.

In the analysis of the National Health Survey, three gender contract models are identified, which in childless couples reflect domestic work sharing and in couples with children combine information about domestic work with the responsibility of caring for children. Results indicate that gender contract models are unequally distributed according to age and social class, and that they also vary depending on the gender of the person providing the

information. Being young, having completed higher education and working in non-manual occupations are associated with higher probability of an egalitarian contract. Regarding the association between gender contract and health, results are inconclusive but indicate that the different gender contract models affect in the same way women and men, both in self-rated health and in mental health.

I. PRIMERA PARTE

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Delimitación y justificación del objeto de estudio

La transformación de la condición social de las mujeres y, por ende, de las relaciones entre hombres y mujeres constituye un hecho clave en la evolución de las sociedades occidentales de las últimas décadas. Se trata de un proceso de cambio social de gran alcance, que implica profundos cambios en las distintas esferas de la sociedad (demográfica, cultural, económica, etc.), pero también en la vida cotidiana. Sin embargo, no es un proceso uniforme, sino que tiene lugar a lo largo de un período en el que conviven los avances y las inercias, de manera que a comienzos del siglo XXI la igualdad de género aparece todavía como un horizonte lejano para las sociedades avanzadas.

Desde la exclusión de las mujeres del principio de igualdad que se instaura a partir de la Revolución francesa –denunciado en las obras de Olympe de Gouges y Mary Wollstonecraft, hasta el reconocimiento pleno de los derechos de ciudadanía para las mujeres, el movimiento feminista ha desempeñado un papel fundamental como agente de cambio social. Una vez alcanzada la igualdad jurídica, la atención se dirige a la distancia entre la igualdad formal y la igualdad real y, en este ámbito de nuevo el papel del feminismo ha sido crucial, al subrayar la necesidad de transformar el conjunto de lo socialmente normativo y no legislado. El desarrollo de las políticas públicas para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en las últimas décadas responde a ese planteamiento.

En España, la desigualdad entre mujeres y hombres ha sido un tema especialmente relevante en la agenda política de los primeros años del nuevo milenio. A partir de la Ley 1/2004 contra la Violencia de Género –que conceptualiza este fenómeno como *manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres*-, y hasta la Ley 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva –que reconoce *el derecho a la maternidad libremente elegida*-, se ha desarrollado un marco normativo que refleja, en gran medida, las demandas del movimiento feminista. La constatación de que la igualdad jurídica resulta insuficiente para lograr la igualdad real constituye el punto de partida de la Ley 3/2007, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y

Hombres, así como de numerosas iniciativas –estrategias, planes, programas...- que a nivel estatal, autonómico y local, plantean acciones orientadas a promover la igualdad de género. Así, la sociedad española se ha dotado de un marco legal que manifiesta una firme voluntad de avanzar hacia la igualdad y de luchar contra las desigualdades de género.

Paralelamente, el feminismo ha provocado una enorme transformación del conocimiento científico, dando lugar a un nuevo paradigma. La noción de género, categoría central del paradigma feminista, se ha convertido en un parámetro científico irrefutable en las ciencias sociales, que ha permitido visibilizar la discriminación o exclusión de las mujeres en los diferentes ámbitos de la sociedad (Cobo 2005).

El panorama actual se define por una evidente paradoja. Por un lado, es indudable que se han producido importantes logros, especialmente en cuanto a la incorporación de las mujeres al espacio público. Sin embargo, la creciente participación de las mujeres en el trabajo remunerado no ha ido acompañada de un cambio significativo en la esfera privada, donde se mantiene la asignación del trabajo de reproducción social a las mujeres. De hecho, la continuidad de la adscripción social de la responsabilidad casi exclusiva de la vida familiar a las mujeres o, desde otra perspectiva, la no incorporación de los hombres a la esfera doméstica constituye en la actualidad una de las principales fronteras para la igualdad de género (Camps 2000: 9).

Al mismo tiempo, a comienzos del siglo XXI el modelo de familia ‘hombre proveedor de ingresos-mujer ama de casa’ está en claro retroceso, dando paso a un nuevo modelo mayoritario: el de la familia igualitaria, donde tanto el hombre como la mujer tienen un trabajo remunerado y contribuyen por igual al trabajo doméstico y de cuidado (Alberdi 2003; Navarro Ardoy 2006; Moreno Mínguez 2012). Sin embargo, la distancia entre las preferencias y la realidad es enorme, e incluso en las parejas de doble ingreso, el reparto del trabajo reproductivo es ampliamente desigual.

La permanencia de la norma social que asigna a las mujeres, casi de forma exclusiva, el trabajo de cuidados y exime a los hombres de esta responsabilidad es un reflejo de la continuidad de las estructuras sociales sobre las que se apoya la desigualdad de género y constituye, además, un escenario de reproducción de dicha desigualdad. Se trata de un terreno en el que el cambio parece particularmente lento y difícil. De ahí la importancia de dirigir la mirada hacia este objeto de estudio, recordando la aspiración transformadora del feminismo, para politizarlo y contribuir a impulsar esta revolución pendiente.

Desde este punto de partida, nos proponemos analizar el papel que el sistema de las relaciones sociales de género juega actualmente en la vida cotidiana de las parejas (heterosexuales), en el reparto del trabajo y cómo se relaciona con la salud, en el contexto actual de cambio familiar.

1.2 Planteamiento del problema

Como ha señalado Tobío (2012: 400), "que la mayoría de las mujeres, incluso las madres, trabajen constituye una nueva normalidad social". Pero la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado apenas ha transformado la realidad en la esfera familiar. Numerosas investigaciones concluyen que las mujeres continúan asumiendo la mayor parte del trabajo reproductivo en todos los países (Coltrane 2000, Lachance-Grzela y Bouchard 2011). Así, el reparto de este "otro trabajo" se caracteriza actualmente por la dualidad que sintetiza Lipovetsky (1999): el principio que atribuía a las mujeres la totalidad del trabajo doméstico-familiar ha perdido la evidencia que lo caracterizaba, y, sin embargo, encuesta tras encuesta, se hace patente su vigencia.

De ahí la atención que ha recibido en las últimas décadas el trabajo reproductivo, de cuidados o doméstico-familiar en múltiples disciplinas, que han analizado su desigual reparto entre mujeres y hombres, los factores explicativos y las consecuencias de esta desigualdad, desde distintos enfoques: el uso del tiempo (Ramos 1990, Álvaro-Page 1996, Bittman 2003, Baxter 2008), la conciliación (Tobío 2002, Torns et al. 2004, Papí y Frau 2005), o el papel de las políticas públicas (Pfau-Effinger 2004), entre otros.

La asimetría en la distribución del trabajo doméstico-familiar tiene enormes consecuencias, no sólo para las mujeres, sino también para el proyecto de vida en común, asociándose con mayor probabilidad de insatisfacción con la vida de pareja y de ruptura (Eriksson 1993, Frisco y Williams 2003, Meil 2005, Ruppanner 2010 y 2012).

Además, en España, las implicaciones de este fenómeno se intensifican por el escaso desarrollo de las estructuras públicas de apoyo a las familias (Moreno 2002). En este sentido, resulta fundamental insistir en el carácter político del reparto del trabajo. No sólo en el nivel macro de la sociedad, sino también en el nivel microsocial. Como señala Botía (2013: 127), "los comportamientos de varones y mujeres que viven en pareja y reproducen

los mandatos de género socialmente establecidos no pueden tratarse como fenómenos privados personales, sino que son sociales y responsabilidad del conjunto colectivo".

Por otro lado, el modelo de familia tradicional, basado en una clara división de roles de género, parece destinado a convertirse en minoritario, frente a un modelo de familia basado en la implicación de ambos miembros de la pareja en el trabajo remunerado y de cuidado. Así, a lo largo de los últimos años se ha producido un cambio en los valores y actitudes respecto al papel de mujeres y hombres en la familia, de manera que la mayoría de la población identifica como ideal de familia un modelo igualitario. Sin embargo, este cambio en el plano de las preferencias no se ha trasladado al comportamiento, donde se constata la vigencia de los roles tradicionales de género. De modo que la "revolución estancada" a la que se refería Hochschild (1989) hace veinticinco años parece tan detenida ahora como entonces.

Este escenario de reproducción de la desigualdad privada a pesar del ideal igualitario se observa también en el modelo de familia de doble ingreso.

En este trabajo planteamos una aproximación al impacto que tiene en la salud y el bienestar de mujeres y hombres el reparto del trabajo reproductivo, a partir de la herramienta conceptual del *contrato de género*. Nuestro interés se centra en analizar los modelos de contrato de género que se establecen en la actualidad en las parejas de doble ingreso en España y su relación con el bienestar. Se trata de un acercamiento desde la Sociología al impacto en la salud de la persistente desigualdad de género en la esfera privada.

La hipótesis de partida es que existe una asociación entre el contrato de género que define el reparto del trabajo reproductivo entre los miembros de la pareja y su salud. Así, la atención se centra en contrastar la relación entre una distribución más o menos igualitaria del trabajo doméstico-familiar y los resultados en salud de mujeres y hombres.

1.3 Diseño de la investigación

Este trabajo se ha desarrollado en varias fases, que se reflejan en su estructura. En la primera, se ha llevado a cabo una aproximación teórica y empírica en torno a los tres ejes de análisis implicados en nuestro objeto de estudio: género, trabajo y salud. Desde el

marco conceptual del género, se evidencia la importancia de la vida cotidiana como escenario de desigualdad, y su interrelación con la transformación de la familia como institución social, y se establece el significado del contrato de género como herramienta analítica. Seguidamente, la atención se centra en el análisis de género del trabajo –remunerado y reproductivo-, y las implicaciones de su división sobre la familia, incluyendo distintos indicadores –sobre la actividad, el empleo, el desempleo, el tiempo dedicado al trabajo reproductivo, los modelos de familia…- que permiten examinar tanto la situación actual como la evolución reciente en España y en el contexto europeo. El tercer bloque de esta primera parte del trabajo aborda la salud, su definición como un hecho social en el que las desigualdades desempeñan un papel clave y su conceptualización desde el paradigma de los determinantes sociales de la salud, que constituye el marco de referencia para la comprensión del género como determinante de la salud, y finaliza con los antecedentes de la investigación sobre las desigualdades de género en el trabajo como determinantes de salud.

A continuación, se ha realizado una investigación original en una doble dirección. En primer lugar, se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica sobre el impacto del trabajo doméstico y de cuidado en la salud. En segundo lugar, se ha realizado un análisis referido a la realidad española actual, a partir de los datos que proporciona la última edición disponible de la Encuesta Nacional de Salud. Se trata de un análisis transversal, tanto descriptivo como explicativo, a partir del contrato de género como constructo para abordar la desigualdad en las relaciones de pareja. Tanto la metodología como los resultados se desdoblan para dar cuenta de ambos trabajos, que concluyen con la discusión, donde se analizan los resultados obtenidos a la luz del cuerpo de conocimiento sobre este objeto de estudio. Este esquema de presentación de resultados es un reflejo de la interdisciplinariedad de un trabajo que transita entre la sociología y la salud pública, siguiendo los *usos y costumbres* propios de una y otra en la primera y la segunda parte, respectivamente. Finalmente, se identifican de forma concisa las principales conclusiones de esta investigación.

1.4 Objetivos e hipótesis

1.4.1 Objetivos generales y específicos

1. Sintetizar los resultados de la investigación sobre el efecto del trabajo reproductivo en la salud y el bienestar de mujeres y varones.

1.a. Identificar todos los estudios recientes relevantes sobre el impacto del trabajo reproductivo en la salud y el bienestar de mujeres y varones.

1.b. Describir las características metodológicas y los resultados de los estudios publicados en la literatura científica sobre el impacto del trabajo reproductivo en la salud y el bienestar de mujeres y varones.

1.c Evaluar la relación entre las características de los estudios y los resultados sobre el impacto positivo o negativo del trabajo reproductivo en la salud y el bienestar de mujeres y varones.

2. Aplicar el concepto de contrato de género como herramienta para el análisis de la desigualdad en las relaciones de pareja.

2.a. Identificar los modelos de reparto del trabajo reproductivo en las parejas de doble ingreso en España.

2.b. Describir la distribución de los modelos de contrato de género en las parejas de doble ingreso en España.

2.c. Comparar las características de las parejas de doble ingreso según el contrato de género.

2.d. Explorar los factores asociados al contrato de género asimétrico en parejas de doble ingreso.

3. Analizar la relación entre el contrato de género y la salud de mujeres y hombres en parejas de doble ingreso en España.

3.a. Describir el estado de salud de las mujeres y los varones en parejas de doble ingreso según el contrato de género.

3.b. Comparar el impacto del contrato de género en la salud percibida y la salud mental de hombres y mujeres en parejas de doble ingreso.

3.c. Analizar si existe un impacto diferencial en la relación entre contrato de género y salud por clase social y otras variables relevantes (homogamia o heterogamia educativa, principal sustentador/a, carga de trabajo reproductivo, satisfacción con el trabajo, etc.).

1.4.2 Hipótesis

1) La variabilidad en los resultados de los estudios sobre el impacto del trabajo reproductivo en la salud está relacionada con diferencias en la definición y medición del trabajo reproductivo.

2) El reparto del trabajo reproductivo en parejas de doble ingreso no responde mayoritariamente a un contrato igualitario.

3) Los contratos de género se distribuyen de forma desigual en función de la edad y la clase social.

4) El contrato de género igualitario es más frecuente en aquellas parejas donde las mujeres realizan la mayor contribución a los ingresos familiares.

5) El contrato de género asimétrico actúa como factor de riesgo para la salud de las mujeres, mientras que el contrato igualitario será un factor protector.

6) El contrato de género asimétrico actúa como factor protector para la salud de los varones.

7) El impacto del contrato de género en la salud no es diferente para la salud percibida y la salud mental.

2. CONTEXTO TEÓRICO Y EMPÍRICO:

GÉNERO, TRABAJO Y SALUD

2. CONTEXTO TEÓRICO Y EMPÍRICO: GÉNERO, TRABAJO Y SALUD

2.1 Género y desigualdad

2.1.1 El género como categoría de análisis

El concepto de género emerge con fuerza en las ciencias sociales a comienzos de la década de los setenta. Ann Oakley, en su obra *Sex, Gender and Society,* publicada en 1972, plantea que para analizar las diferencias entre mujeres y hombres es fundamental la distinción entre biología y sociedad, entre aquello que viene determinado por la naturaleza y lo que se construye socialmente. De ahí que la definición de *género* suela incluir una referencia a otro término, *sexo*. Oakley lo expresa así: *"Sexo" es un término biológico; "género" es un término psicológico y cultural* (1977:185).

Otra de las aportaciones de mayor trascendencia en el impulso del género como parámetro científico corresponde a la antropóloga Gayle Rubin (1975), quien acuñó el término *sistema sexo-género* para referirse a los mecanismos mediante los cuales el sexo en cuanto hecho natural se convierte en un hecho social.

La distinción conceptual entre sexo y género constituye una herramienta analítica esencial para comprender la desigualdad entre mujeres y hombres. Mientras que *sexo* expresa las diferencias naturales, el término *género* se reserva para designar las diferencias socialmente construidas entre mujeres y hombres, que son producto de la cultura. Así, al distinguir entre sexo y género, se separan las características biológicas de mujeres y hombres de las que son construidas en cada sociedad y en cada momento histórico.

La noción de género se refiere, pues, a un hecho social y cultural, construido sobre la base de la diferencia sexual. Alude a todo lo asociado a ser hombre o mujer, que varía ampliamente de unas sociedades a otras y a lo largo de la historia, al significado de lo masculino y lo femenino como un producto cultural e histórico, resultado de una determinada asignación de atributos, capacidades, roles y patrones de conducta específicos para cada sexo, con enormes consecuencias para la vida de todas las personas.

A partir del concepto de género, se hace visible que las características consideradas femeninas y masculinas no se derivan de la naturaleza, sino que son definidas culturalmente y aprendidas en los procesos de socialización: Se trata, pues, de una categoría que subraya el carácter fundamentalmente social de las diferencias entre mujeres y hombres.

Alicia Puleo (2013) sitúa los orígenes históricos del concepto de género en la Ilustración, en el debate sobre el carácter innato o adquirido de las diferencias entre mujeres y hombres. Frente a la corriente de pensamiento que consideraba los rasgos femeninos y masculinos y los papeles de mujeres y hombres como expresión de la naturaleza, el feminismo ilustrado atribuía las diferencias de comportamiento a la influencia de la sociedad y la cultura.

Ya en el siglo XX, el debate sobre lo biológico y lo cultural reaparece con la obra fundacional del feminismo contemporáneo, “El segundo sexo”, de Simone de Beauvoir (1949). Aunque la autora no utiliza la noción de género, su afirmación “no se nace mujer, sino que se llega a serlo”, sintetiza la idea de que la condición femenina no es innata sino adquirida, y lo mismo cabe decir respecto a la masculina.

La importancia de distinguir el sexo como hecho biológico del género como hecho social reside en que esta distinción permite enfrentar los fundamentos “naturales” de la desigualdad entre mujeres y hombres, desenmascarando el carácter arbitrario y no natural de dicha desigualdad. En efecto, la diferencia sexo-género invalida el discurso de la inferioridad natural de las mujeres y el determinismo biológico que históricamente ha legitimado esta desigualdad. Que la mitad de la humanidad (las mujeres) ocupe una posición subordinada respecto a la otra mitad (los varones) ya no puede justificarse en la naturaleza, sino que aparece como una construcción social. Al tratarse de un hecho social, se revela su carácter histórico y modificable.

De hecho, el desarrollo del género como categoría analítica ha estado ligado a un objetivo político, a la lucha feminista contra la desigualdad. Como señala Inés Alberdi (1999), el punto de partida del interés académico por la cuestión de la desigualdad entre mujeres y hombres se encuentra en el movimiento feminista contemporáneo, un movimiento social heredero de los movimientos sufragistas, que surge con fuerza renovada en los setenta, reflejando, con su gran capacidad de movilización, el malestar de las mujeres por la discriminación y la desigualdad que sufrían. Así, el feminismo ha sido también un ámbito

de trabajo intelectual y teórico, incluyendo una dimensión de investigación que pretende acabar con el predominio del punto de vista masculino en todos los campos científicos, por un lado, incorporando a las mujeres a la ciencia tanto como sujetos cuanto como objetos del conocimiento y, por otro, ofreciendo teorías alternativas y explicaciones convincentes acerca de la situación de relegamiento social en la que se encontraban las mujeres (Alberdi, 1999: 9-11).

De este feminismo académico surge la denominada *teoría feminista*, una teoría crítica de la superioridad histórica de los hombres, y comprometida con la emancipación de las mujeres, con la lucha contra su opresión. La incorporación de la teoría feminista a las ciencias sociales dio lugar a un nuevo campo científico que inicialmente se denominó *Women´s Studies*.

El desarrollo de los Estudios de Mujeres, sobre todo en el mundo anglosajón, supuso el primer avance hacia la quiebra del predominio del androcentrismo en todas las disciplinas, aunque con especial énfasis en las ciencias sociales que, de manera generalizada, se habían olvidado de las mujeres u ofrecido una representación falsa de ellas. Así, Inés Alberdi (1999: 12) explica cómo en la Historia, la Economía, la Antropología o la Sociología, los hombres habían asumido la totalidad de lo humano y lo genérico como personas en la historia y la sociedad, mientras que las mujeres nunca aparecían como individuos activos e independientes, sino sólo en la peculiaridad de su rol sexual, como madres, esposas...

Sin embargo, la estrecha vinculación de los *Women´s Studies* con el feminismo dificultó su reconocimiento e institucionalización académica, por el aspecto de parcialidad que se les suponía; en realidad, este ámbito de conocimiento implicaba una fuerte carga valorativa y de militancia, pues su propósito, abiertamente manifestado, era ayudar a llevar a cabo la realización de las metas feministas, acabando con la realidad de inferioridad social y dependencia de las mujeres. En las últimas décadas, este campo de la investigación ha pasado de hablar de “la mujer” al estudio de la realidad situando a “las mujeres” en el punto de partida y centro de análisis y, posteriormente, a la institucionalización del concepto de género como eje fundamental del análisis de las relaciones sociales entre hombres y mujeres (Alberdi, 1999: 13-16).

En la actualidad, los *Gender Studies* constituyen un ámbito de estudio consolidado en la mayoría de las universidades que, a partir del sistema sexo-género como herramienta

analítica (para distinguir las diferencias naturales de las sociales y culturales), señala que las relaciones entre los hombres y las mujeres son un aspecto fundamental en cualquier sociedad, por lo que esas relaciones han de ser una cuestión central de estudio en todas las ciencias sociales.

Por tanto, *género* no sólo hace referencia a una categoría de análisis, sino que ha dado lugar a una nueva perspectiva de estudio, un nuevo marco de interpretación y análisis de la realidad. Se habla de enfoque de género o perspectiva de género, de teoría de género –o teoría feminista-, e incluso de un nuevo paradigma en las ciencias sociales, el paradigma feminista (Cobo 2005).

Sin embargo, la conceptualización inicial del género como construcción socio-cultural sobre la base de la diferencia sexual pronto dio paso a una multiplicidad de sentidos y planteamientos. Osborne y Molina (2013) señalan que a medida que el género como herramienta conceptual ha ido aplicándose a múltiples disciplinas, han surgido aportaciones y críticas que han complicado y problematizado el mismo significado del concepto. Como resultado, la noción de género ha pasado de ese significado original unívoco, a ser un concepto complejo y multidimensional.

Una de las definiciones más influyentes es la propuesta por Joan Scott (1986: 1067), para quien el núcleo del significado del género son dos componentes interrelacionados: *el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias entre los sexos, y el género es una forma primaria de relaciones de poder*. Además, la autora enumera cuatro elementos incluidos en la categoría género: los símbolos culturales, los conceptos normativos que determinan el significado de lo masculino y lo femenino, las instituciones y organizaciones sociales (el parentesco, el mercado de trabajo, la política…), y la identidad subjetiva.

La cada vez más sofisticada concepción del género como parámetro científico muestra el esfuerzo por superar su definición, fundamentalmente, por oposición al sexo y por integrar las múltiples dimensiones inherentes a la complejidad de la realidad social de las mujeres y los hombres.

Un ejemplo lo encontramos en el planteamiento de Marcela Lagarde (1996), para quien el género comprende lo biológico, junto a las dimensiones económica, psicológica, social, jurídica, política y cultural.

Aunque desde determinados planteamientos se cuestiona su validez, hablar de género significa abordar por qué las diferencias entre los sexos implican jerarquía. Se trata, en definitiva, de una categoría válida para visibilizar el carácter socio-histórico de la desigualdad entre mujeres y hombres, con el objetivo de luchar contra la opresión de las mujeres. En palabras de Rosa Cobo (2005: 253), *el concepto de género, así como otras nociones acuñadas para dar cuenta de la desventajosa posición social de las mujeres a lo largo de la historia, forma parte de todo un instrumental conceptual y de un conjunto de argumentos construidos desde hace ya tres siglos y cuyo objetivo ha sido poner de manifiesto la subordinación de las mujeres, explicar las causas de la misma y elaborar acciones políticas orientadas a desactivar los mecanismos de esa discriminación*.

2.1.2 Sociología de las relaciones de género

Uno de los temas centrales en la Sociología es, sin duda, la desigualdad, en cualquiera de sus dimensiones. Dentro del amplio campo de estudio a que da lugar esa cuestión, el análisis de la desigualdad entre hombres y mujeres –hasta hace poco aceptada como una división social natural-, ha alcanzado en las últimas décadas una posición destacada. Del olvido y la invisibilidad de las mujeres, excluidas de los genéricos modernos (los ciudadanos, los individuos), se ha pasado a conceder gran relevancia a una diferenciación que divide de manera universal a todos los seres humanos en dos categorías, hombres y mujeres, condicionando ampliamente la vida de unos y otras. Así, Giddens afirma que "en los últimos años, hay pocas áreas de la Sociología que se hayan desarrollado de forma tan significativa o que se hayan hecho tan cruciales para el conjunto de la disciplina como el estudio de las relaciones de género" (1991: 157).

No se trata sólo de que las figuras importantes de la teoría sociológica clásica –como en el resto de las disciplinas- hayan sido hombres, que apenas prestaron atención al hecho de que los seres humanos tienen género, refiriéndose en sus escritos a individuos que parecen "neutros" (Giddens 1991: 714-721). También ocurre que, como plantea Ana de Miguel (1999), existe una *sociología olvidada*, de manera que las contribuciones teóricas sobre la igualdad entre mujeres y hombres, como la de Poullain de la Barre, han sido relegadas al olvido, de la misma forma que se ha ignorado el análisis que los principales teóricos de la disciplina han hecho de la desigualdad sexual.

De hecho, algunos de los clásicos de la Sociología incluyeron las relaciones entre los sexos como elemento analítico en sus modelos teóricos. Trabajos como la obra editada por Mª Ángeles Durán (1996) o el de Julia Varela (1999) han analizado en qué medida el problema del desequilibrio de poder entre los sexos está presente en los orígenes de la disciplina. Sin embargo, el androcentrismo en la construcción del pensamiento científico ha silenciado hasta hace poco todo lo relativo a la desigualdad entre mujeres y hombres como objeto de estudio y reflexión.

En las últimas décadas, no obstante, hemos pasado de una sociología androcéntrica, marcada por la mirada sesgada hacia el sexo y ciega al género, a afrontar el reto de incorporar de forma satisfactoria el género al análisis sociológico.

El desarrollo de este nuevo objeto de estudio tiene mucho que ver con un contexto social determinado. En las últimas décadas del siglo XX se ha producido en los países industrializados un punto de inflexión en la historia de las mujeres y, por ende, en la historia de las relaciones entre las mujeres y los varones, situando este tema en el centro de la atención. La simultaneidad del auge de estos estudios y los cambios en la condición social de las mujeres es, como apunta Mª Ángeles Durán (1996), un claro ejemplo de la influencia del contexto social sobre la ciencia.

En este sentido, la *Sociología del Género* toma el relevo de una *Sociología de la Mujer* que estudiaba la presencia de las mujeres en los diferentes campos de la vida social –la educación, el trabajo, la familia, el ámbito político...-, para llevar al centro del análisis sociológico la cuestión de las manifestaciones sociales de las diferencias sexuales, ocupándose de la posición social de hombres y mujeres, de las inercias y cambios en las relaciones entre ellos. La obra editada por Janet Saltzman Chafetz (2006) presenta una síntesis de este cuerpo de conocimiento.

Esta área de conocimiento se caracteriza, como todas las incluidas bajo el paraguas de los *Estudios de Género,* por mantener el compromiso con la igualdad de las mujeres. Como otras teorías críticas de la sociedad, se define también por la vocación de contribuir al cambio social, a través de trabajos e investigaciones que arrojen luz sobre la desigualdad y ayuden a comprenderla como una forma específica de relaciones de poder.

De hecho, una de las contribuciones fundamentales del paradigma feminista a la sociología es la conceptualización de las relaciones entre mujeres y hombres como relaciones de

poder y dominación. Se trata de una idea que formula Kate Millet (1969: 24-25), señalando que las relaciones entre hombres y mujeres constituyen un claro ejemplo de lo que Max Weber denominó *relación de dominación y subordinación*.

Para Weber, la dominación es una forma especial del poder. Si el poder se define como "la probabilidad de imponer la propia voluntad, dentro de una relación social, aun contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad", la dominación es "la probabilidad de hallar obediencia a un mandato determinado" (1922: 706).

Weber considera que la dominación es uno de los elementos más importantes de la acción social, ya que todas las esferas "están sin excepción profundamente influidas por las formas de dominación (1922: 695). Al distinguir tres tipos de dominación, que vienen dados por las diferentes formas de legitimidad –legal, tradicional y carismática-, el autor identifica la dominación patriarcal como el tipo más puro de la dominación tradicional. Sin embargo, su análisis del patriarcado (*patriarcalismo*) no llega a identificar la desigualdad entre mujeres y hombres como un hecho social.

Este planteamiento ha sido desarrollado por uno de los sociólogos más influyentes de los últimos tiempos, Pierre Bourdieu (2000). En su obra "La dominación masculina", analiza cómo en torno a una diferencia biológica –el sexo- que significa para hombres y mujeres una función biológica distinta en la reproducción, se ha construido socialmente una definición de lo masculino y lo femenino que establece unas relaciones asimétricas entre hombres y mujeres.

Así, este autor señala que la asimetría que preside las relaciones sociales entre los géneros se traduce en que a las personas, a partir de su nacimiento, les corresponde una posición social desigual por el hecho de pertenecer a uno y otro sexo, instaurándose, de este modo, un orden social no igualitario, presidido por el poder y la autoridad de los hombres, frente a la opresión y la subordinación de las mujeres, de manera que toda la sociedad se organiza "de acuerdo con el principio de la primacía de la masculinidad" (Bourdieu 2000:104).

Distintas instituciones concurren para asegurar la permanencia de la primacía de lo masculino, llevando a cabo un trabajo de deshistoricización -"recreación continuada de las estructuras objetivas y subjetivas de la dominación masculina que se está realizando permanentemente" (Bourdieu 2000: 105). Según este autor, este trabajo de reproducción lo

han realizado principalmente la familia, el sistema escolar y la Iglesia, transmitiendo en el proceso de socialización a lo largo de toda la vida unos valores que refuerzan la continuidad de la dominación masculina, confiriéndole la apariencia de natural.

Bourdieu señala que la fuerza de esta relación de dominación reside, precisamente, en la naturalización de las relaciones sociales de género: al aparecer como derivadas de las diferencias visibles entre el cuerpo masculino y femenino, desligadas de un contexto histórico-económico y social, se asumen como eternas y neutras, como producto de la naturaleza humana.

Además, esa naturalización de la construcción social del género, que legitima la opresión de las mujeres, es también asumida por ellas mismas, que perciben las diferencias entre los géneros como naturales, consecuencia de las diferencias sexuales, de acuerdo con la visión androcéntrica.

Frente a esta naturalización de la jerarquía entre los géneros, que pretende legitimar la opresión del sexo débil, es necesario insistir en el carácter histórico y socialmente construido de las relaciones de género: sólo cuando una determinada división del trabajo en función del sexo da lugar a la dominación masculina en la institución familiar, la estratificación de los géneros se convierte en estructura básica de la sociedad.

Para el autor, la dominación masculina constituye el arquetipo de la violencia simbólica, al ocultar, mediante una apreciación distorsionada de la realidad, las relaciones de fuerza en que se fundamenta.

El análisis de las relaciones entre mujeres y hombres desde la óptica del poder y la dominación adquiere especial relevancia en la actualidad, por la pérdida de legitimidad de esta dominación (al menos en los países occidentales). En efecto, las mujeres ya no aceptan la opresión, ni su inferioridad, lo que supone para los hombres la pérdida de su posición de privilegio y autoridad. Además, este cambio, para ellos, y las inercias derivadas de la jerarquía entre los géneros, para ellas, generan conflictos y un profundo malestar, en una etapa de redefinición de las relaciones sociales entre hombres y mujeres.

2.1.3 Lo personal es político: la vida cotidiana como objeto de estudio y escenario de desigualdad

"Lo personal es político", lema esencial del feminismo de los setenta, reclama el salto de la percepción de la realidad cotidiana de cada mujer como algo individual, privado, a su carácter colectivo. Con esta frase se reivindicaba que las discriminaciones y la violencia que sufrían las mujeres no eran un asunto que concernía a las personas involucradas, sino la expresión individual de la discriminación estructural (Facio y Fries, 1999). En otras palabras, lo que parecía un asunto personal era en realidad una cuestión política, que ocurría por la desigualdad de género.

Como señala Barbara Ryan (2007) *lo personal es político* nos remite a la *imaginación sociológica* de C. Wright Mills (1959), que subraya la importancia del contexto y de las conexiones entre la experiencia individual y la realidad social. Así, la imaginación sociológica permite situar nuestros problemas personales en el contexto social, en el nivel estructural, para reinterpretarlos como asuntos públicos. En palabras de Mills (1959: 25-26), *nos permite captar la historia y la biografía y la relación entre ambas dentro de la sociedad*.

Al subrayar la conexión entre la forma que adopta la biografía de cada persona y la estructura social, se supera el clásico dilema estructura-acción en el desarrollo de la teoría sociológica. La estructura social determina el comportamiento individual, al tiempo que la acción humana crea la estructura social.

Este planteamiento implica que cada persona, aun cuando su vida está condicionada por la sociedad, *por el hecho de vivir contribuye, aunque sea en pequeñísima medida, a dar forma a esa sociedad y al curso de su historia* (ibíd.: 25).

Considerar la desigualdad de género a la luz de la imaginación sociológica, o, en otras palabras, el desarrollo de una *imaginación sociológica feminista* (Reid 2008, Thompson y Armato 2012) revela que cada mujer y cada hombre, en su propia vida, se enfrenta a unas circunstancias que están determinadas por las condiciones estructurales de la sociedad, pero al mismo tiempo su manera de afrontar la vida cotidiana configura el momento histórico en el que viven, y puede impulsar su transformación.

Que lo personal sea político cuestiona la distinción entre lo privado y lo público, e implica un punto de inflexión en los planteamientos sobre la desigualdad entre mujeres y hombres. Como señalan Facio y Fries (1999), esta afirmación amplía el análisis sobre el poder a espacios que hasta entonces habían quedado al margen de este tipo de análisis.

La idea había sido desarrollada por Kate Millet en su obra *Sexual Politics*, publicada en 1969, que tuvo una gran repercusión. Que las relaciones entre mujeres y hombres son relaciones de poder es una aportación suya, y su concepción de la política en sentido amplio inspira una contribución esencial de la denominada segunda ola del feminismo: el carácter político de las relaciones afectivas y sexuales que tienen lugar en el ámbito privado, en la familia.

Partiendo de la pregunta ¿pueden las relaciones entre mujeres y hombres ser consideradas relaciones políticas?, la autora plantea que la respuesta depende de cómo se entienda el término *política*. Millet (1969: 23) define la política como *relaciones de poder estructuradas, en virtud de las cuales un grupo de personas es controlado por otro.* A partir de esta acepción, se identifican como escenarios de poder y dominación sobre las mujeres esferas de la vida que con anterioridad se consideraban ajenas a la política. Así, las relaciones entre mujeres y hombres en el contexto de la familia, se conciben como relaciones de poder que están en la base del resto de las estructuras de dominación patriarcal.

Si hasta entonces la desigualdad entre mujeres y hombres se había abordado fundamentalmente desde el nivel macro, el de las estructuras e instituciones sociales, *lo personal es político* abre el camino para examinar las relaciones sociales de género en el nivel de análisis micro, el de la interacción. Este planteamiento permite reconocer que las relaciones de poder se dan en todos los ámbitos de la sociedad, tanto en la esfera pública como en la privada, tanto en el nivel macro como en el micro. El paradigma feminista visibiliza así nuevos objetos de estudio, entre ellos las relaciones de pareja como relaciones de poder, y la vida cotidiana como escenario de desigualdad.

Como ha señalado Benhabib (1990), reconocer la esfera privada como fuente de discriminación implica que para luchar contra la opresión de las mujeres no basta con exigir su emancipación política y económica, sino que requiere también poner en cuestión las relaciones que se dan en el ámbito privado y doméstico.

Por tanto, que las mujeres asuman la responsabilidad y la mayor parte de la carga del trabajo necesario para el mantenimiento de la familia –independiente de que lo perciban o no como injusto-, no es un asunto íntimo, que atañe a cada mujer y su pareja, sino que constituye una manifestación de la dominación masculina.

Además, como ha argumentado Susan Moller Okin (1989), la aspiración de una sociedad más igualitaria requiere de la aplicación del principio de justicia a la familia. Sólo en la medida en que las relaciones de pareja y la vida familiar sean justas, en la medida en que mujeres y hombres compartan los distintos roles –y en particular lo relacionado con el cuidado- cabe esperar que se produzca un cambio profundo en las relaciones sociales de género.

2.1.4 Familia y cambio social en las relaciones de género

Para las teorías de género, la familia es, como señaló Kate Millet (op. cit.), la institución clave para la reproducción del patriarcado. En la década de los setenta, el movimiento feminista desenmascaró la familia *como ideología y prisión, como sede de la opresión cotidiana* (Beck-Gernsheim 2003:11). Al denunciar la incompatibilidad de la familia patriarcal con la emancipación de las mujeres, el feminismo visibilizó la necesidad de transformar las relaciones familiares, superando la definición de la familia basada en la supremacía masculina.

Como estructura básica del entramado social, la familia ha experimentado en las últimas décadas cambios profundos, en paralelo a la transformación de la condición social de las mujeres.

El cambio familiar se evidencia en múltiples procesos que tienen lugar en las sociedades occidentales a partir de la década de los sesenta, y en España más tardíamente: el aumento de las rupturas matrimoniales, de la cohabitación y de los nacimientos fuera del matrimonio, el pronunciado descenso del número de hijos, la diversificación de las formas familiares....

Las distintas teorías desarrolladas para dar cuenta del cambio familiar reconocen como hecho clave la incorporación femenina al trabajo remunerado, no sólo porque permite su independencia económica sino también porque desafía el modelo de familia tradicional basado en la división de roles. Pero es indudable que intervienen otros factores. Entre los catalizadores del cambio está, en palabras de Constanza Tobío (2012:34), *la traslación de los principios de libertad y democracia a la vida privada*.

En efecto, desde la perspectiva sociológica el cambio en la familia está ligado al cambio en los valores y actitudes que ocurre en las sociedades post-industriales. Una de las teorías más influyentes al respecto es la que han desarrollado Anthony Giddens, Ulrick Beck y Elizabeth Beck-Gernsheim en torno al concepto de individualización.

Según este planteamiento, la modernidad tardía o modernidad reflexiva se caracteriza por la expansión del individualismo moderno, por un impulso a la individualización que implica la destradicionalización de las formas de vida de la sociedad industrial: la liberación del individuo respecto de las formas sociales (género, clase, familia) que en la sociedad industrial han guiado los pasos a dar en cada momento (Beck 1998).

Beck y Beck-Gernsheim (2001: 19-20) exponen el significado de la individualización con estas palabras:

> *La biografía del ser humano se desliga de los modelos y de las seguridades tradicionales, de los controles ajenos y de las leyes morales generales y, de manera abierta y como tarea, es adjudicada a la acción y a la decisión de cada individuo. La proporción de posibilidades de vida por principio inaccesibles a las decisiones disminuye, y las partes de la biografía abiertas a la decisión y a la autoconstrucción aumentan.*

Con respecto a la familia y las relaciones de pareja, *la individualización significa que los seres humanos son liberados de los roles de género internalizados, tal como estaban previstos en el proyecto de construcción de la sociedad industrial, para la familia nuclear* (ibíd.: 20).

Desde esta posición, plantean que una de las principales características de las sociedades postindustriales es *la colisión de intereses entre amor, familia y libertad personal*, dado que las cuestiones relativas a la emancipación y la igualdad *ya no se detienen convenientemente en la puerta de nuestras vidas privadas* (ibíd.: 16).

De hecho, el proceso de individualización no se manifiesta por igual para mujeres y hombres, haciendo visibles las contradicciones entre libertad, igualdad y familia. Para las mujeres, la individualización significa el salto de "vivir para los demás" a "vivir la propia vida". Este salto en el nivel de la conciencia, de las aspiraciones vitales, no se ha completado en el nivel de la acción, que apenas ha comenzado a liberarse de las adjudicaciones del género. El comportamiento de los hombres, que asumen la retórica de la igualdad pero no la trasladan a la realidad, aparece como una barrera al proceso de individualización femenino, y lleva a esta pareja de autores a pronosticar un largo conflicto entre los géneros (ibíd.: 32-33).

Pero la individualización no significa el fin de la familia. Frente a las visiones pesimistas de las consecuencias de la ruptura de los vínculos familiares tradicionales, el cambio familiar aparece en este planteamiento como una oportunidad para la democratización de las relaciones personales. La nueva capacidad de acción y elección da lugar a formas familiares más frágiles, pero también más abiertas:

> *Lo que es, significa, debería y podría ser la familia, el matrimonio […] varía en cuanto a contenidos, delimitaciones, normas, moral y posibilidades incluso de individuo a individuo, de relación a relación, y tiene que ser descifrado, negociado, acordado y fundamentado en todos sus detalles del cómo, qué, por qué y por qué no.* (ibíd.: 20)

Lo que aparece en este nuevo escenario es, en palabras de Elizabeth Beck-Gersnheim (2003: 25), una familia *de otro tipo, mejor, la familia pactada*, *cambiante* y *múltiple*, que se mantiene sólo bajo determinadas condiciones y en la que todo ha de ser negociado y acordado.

En este sentido, con la individualización se abre camino la posibilidad de redefinir las relaciones entre los géneros. Sin embargo, dicha posibilidad se enfrenta a la continuidad de las estructuras institucionales que presuponen la desigualdad (Beck y Beck-Gernsheim 2001: 45-51). Dado que el modelo tradicional de familia y los roles de género diferenciados constituyen la base de la sociedad industrial, la liberación de dichos roles en un contexto en el que las instituciones (el mercado laboral, los sistemas de protección social, etc.) mantienen los mismos supuestos, da lugar a contradicciones, enfrentamientos y conflictos entre mujeres y hombres. La familia es el lugar donde aparece el conflicto, su cara privada, pero estas situaciones de conflicto entre los géneros tienen también una cara institucional,

en la medida en que están asociadas a la vigencia del esquema de trabajo y vida propio de la sociedad industrial.

Al subrayar la importancia de los factores estructurales se hace evidente que el conflicto que preside en la actualidad las relaciones entre mujeres y hombres no puede resolverse únicamente de forma privada, sino que requiere también de soluciones políticas, de medidas institucionales.

A este respecto, Chiara Saraceno (2011) sostiene que se ha producido un cambio importante en el escenario europeo, y el cuidado ha dejado de ser un asunto privado, saltando a la agenda política. Según ella, siempre ha existido conflicto y negociación en torno a la cuestión de quién debe cuidar de la prole, si bien esta tensión se producía en el nivel micro de las relaciones interpersonales, en las decisiones de padres y madres respecto a la organización del día a día, a partir de sus oportunidades, valores y preferencias. Pero a partir de las bajas tasas de fecundidad y la preocupación por el envejecimiento de la población y la sostenibilidad de los sistemas de bienestar, el aumento de las tasas de empleo se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios en Europa. El impulso a la participación de las mujeres en el trabajo remunerado se refuerza por los objetivos de equidad de género, pero ilumina un espacio hasta entonces oculto, el de las necesidades ligadas a la reproducción social.

El abordaje de este problema en la escena política implica reconocer que no se trata sólo de resolver el cuidado de la prole, sino del cuidado en su sentido más amplio, porque las necesidades de cuidado están presentes a lo largo de toda la vida.

2.1.5 El contrato de género como herramienta conceptual

Reclamar un nuevo contrato social o un nuevo contrato de género como requisito para el logro de la igualdad efectiva entre mujeres y hombres constituye una demanda reiterada del feminismo actual. Esta exigencia subraya la necesidad de redefinir no sólo las relaciones entre mujeres y hombres sino también las estructuras sociales construidas sobre la base de la desigualdad de género (la familia, el trabajo…). A partir de la comprensión de las causas de esta desigualdad, se hace evidente que construir las

relaciones entre mujeres y hombres en clave de igualdad requiere reformular las instituciones sociales basadas en los roles de género diferenciados.

La noción de contrato de género remite al contrato social, uno de los conceptos fundamentales del pensamiento ilustrado, que está en la base de la conceptualización de la democracia y la ciudadanía. El contrato social es un pacto imaginario entre individuos autónomos, un acto constituyente que funda la sociedad civil. Los principales teóricos del contrato social -Hobbes, Locke y Rousseau-, proponen distintas narraciones de este pacto fundacional, si bien todos parten de la metáfora de un *estado de naturaleza*, previo a la existencia de la vida social y política, en el que todos los seres humanos nacen libres e iguales, y comparten la idea del pacto como resultado de la voluntad de los individuos de dejar atrás ese estado. Se trata, en definitiva, de un relato de cómo la sociedad y sus instituciones se originan en un pacto, en el consentimiento de individuos libres e iguales.

El planteamiento de la naturaleza contractual de las relaciones sociales está, pues, ligado al desarrollo teórico de los principios de libertad e igualdad. Sin embargo, la defensa de la libertad y la igualdad de todos los seres humanos que se encuentra en la base de las teorías contractualistas no se aplicó a la mitad de la humanidad, las mujeres. Se trata de una paradoja teórica fundamental, que han señalado numerosos autores (entre otros, García Escribano y Frutos, 1999): junto al análisis de la desigualdad que preside el orden social no como un hecho natural, sino histórico, deslegitimando las bases de esa desigualdad, se legitima el papel subordinado de la mujer, considerándolo natural.

El feminismo ha desvelado la exclusión de las mujeres del contrato social. En palabras de Rosa Cobo (2002: 30), *el contrato social, pese a su formulación ética y política universal, se ha desarrollado a lo largo de la modernidad en la dirección de satisfacer las aspiraciones de ciudadanía de los varones*.

La aportación más influyente de la teoría feminista sobre el contrato social es la obra de Carole Pateman *El contrato sexual* (1995). La autora sostiene que el contrato social requiere un contrato sexual previo, que establece la dominación de los varones sobre las mujeres. Según su planteamiento, *el contrato originario es un pacto sexual-social, pero la historia del contrato sexual ha sido reprimida* (p. 9). En esa ficción política que narra cómo la vida social se origina en un contrato, se ha silenciado la mitad de la historia, la que legitima el ejercicio del poder de los varones sobre las mujeres.

Su tesis es que la dominación de los varones sobre las mujeres es uno de los puntos en la firma del pacto fundacional, de manera que ese contrato constituye, a la vez, la libertad de los varones y la sujeción de las mujeres. Pateman resume esa llamativa dualidad de las teorías contractualistas en una frase: E*l contrato social es una historia de libertad, el contrato sexual es una historia de sujeción* (p. 10).

Pero su análisis va más allá de la revisión de los teóricos del contrato social, subrayando que las principales institucionales sociales, como el trabajo o la familia, están constituidas y sustentadas mediante contrato. Así, dirige la atención hacia la relación entre la ficción del contrato social y los contratos reales:

> *Los defensores de la doctrina del contrato sostienen que los contratos en la vida cotidiana concuerdan suficientemente con el modelo de contrato original en el que partes iguales acuerdan libremente los términos; los contratos reales proporcionan, así, ejemplos de libertad individual.*

La autora cuestiona este planteamiento, argumentando que la libertad del individuo es una falacia tanto en el contrato original como en los contratos reales. Para ella, en las relaciones entre mujeres y hombres los contratos (el de matrimonio, por ejemplo), a pesar de su apariencia de libertad, renuevan y mantienen la subordinación de las mujeres que está en la base del contrato originario.

A partir de la crítica feminista a los fundamentos teórico-políticos de la modernidad –incluyendo las teorías del contrato social- y a los límites en el desarrollo de la ciudadanía y la democracia, uno de los temas que ha generado mayor interés es las diferencias que se advierten en la forma que adoptan las relaciones de género en las sociedades europeas, y el papel del Estado en la configuración de esas variantes.

La noción de contrato de género emerge, junto a otros conceptos similares, como *gender arrangements* o *gender regimes,* en el contexto del análisis comparativo de los sistemas de género en Europa, que ha sido un campo de gran producción científica en los últimos años (véase, por ejemplo, Gotfried 2000; Walby 2004; Gálvez Muñoz, Rodríguez Modroño y Domínguez Serrano 2011).

La teorización original de Esping-Andersen sobre los diferentes regímenes del Estado de bienestar dio lugar a una amplia crítica feminista, que visibilizó el androcentrismo de su planteamiento y la necesidad de incorporar el género. En este sentido, se han desarrollado

diversas contribuciones que identifican las modalidades de relaciones de género que presupone cada modelo de Estado (Lewis 1997, Pfau-Effinger 2000, entre otras autoras). El propio Esping-Andersen (2002) habla de *un nuevo contrato de género*, planteando que la igualdad de género es un elemento clave en el desarrollo de una nueva arquitectura del bienestar.

La formulación original del concepto de *contrato de género* se encuentra en el trabajo de Yvonne Hirdman (1996), que acuña esta expresión en su análisis de la evolución del Estado de bienestar en Suecia. Pero las aportaciones de Hirdman, inicialmente en sueco, adquieren relevancia en la literatura académica a partir de la atención que les concede Simon Duncan (1995 y 1996). El autor señala que la idea del contrato de género surge en el contexto escandinavo de cambio sustancial en los roles de las mujeres, al constatar la permanencia de las divisiones de género, y sintetiza de este modo las claves del marco conceptual que propone Hirdman:

> *El sistema de género organiza a las personas de acuerdo con dos reglas generales:*
>
> *1 virtualmente todas las áreas de la vida están divididas en categorías masculinas y femeninas, y*
>
> *2 esta distinción es jerárquica, lo masculino es la norma, a lo femenino se le adscribe menor valor.*
>
> *No obstante, es el contrato de género el que operacionaliza el sistema de género en circunstancias específicas. Cada sociedad desarrolla un contrato entre los géneros que establece los códigos de género -lo que las personas de cada género deben hacer, pensar y ser. Nótese que la noción de contrato no implica igualdad, varones y mujeres no son iguales y por tanto el contrato es un contrato desigual* (Duncan 1995: 271)[*].

En efecto, Hirdman (1996: 20 y ss.) subraya que utiliza el término contrato sin compartir el discurso del contrato social del siglo XVIII respecto a la igualdad de quienes suscriben ese contrato. Para ella, la idea de contrato es una metáfora, que resulta útil para referirse a las interrelaciones entre mujeres y varones por varias razones. Por un lado, visibiliza la participación no sólo de los varones sino también de las mujeres para sostener un sistema de género. Por otro, nos remite a preguntas acerca de en qué medida hay espacio para las

[*] La traducción es mía.

negociaciones, para el cambio, o cómo varían las condiciones del contrato –los derechos y obligaciones-, ya sea en distintas esferas –la familia, el mercado de trabajo…-, en función del tiempo o de variables como la clase social o la etnia.

Otra ventaja del concepto de contrato de género es, que como afirma Hirdman (ibíd.: 22), transita entre los distintos niveles, macro, meso y micro, superando también la dicotomía entre estructura y acción*: las ideas sobre las responsabilidades, obligaciones, derechos… de varones y mujeres formulados en el plano de "tipos ideales", pueden en realidad estructurar las prácticas tanto en el nivel meso-institucional como en el nivel micro-de las relaciones íntimas/de pareja*.

Por tanto, pese a su origen, ligado al análisis del Estado de bienestar, la noción de contrato de género permite conceptualizar las modalidades que se advierten en las relaciones entre mujeres y hombres no sólo en el nivel macro, sino también en el micro, en el plano de la vida cotidiana, respecto a la definición y asignación de roles en cada pareja, y al reparto del trabajo remunerado y reproductivo.

Hirdman (1998) identifica tres modelos de contrato de género en la historia reciente de Suecia. El *contrato del hogar o de ama de casa* –que corresponde a los roles de géneros diferenciados- fue la norma hasta los sesenta, cuando da paso a un *contrato de igualdad*, en el que la igualdad entre mujeres y hombres se asume como principio y la familia de doble ingreso como el modelo ideal. En este contrato, cambian los roles de las mujeres, que asumen la participación en el trabajo remunerado -marcada por la segregación- pero apenas cambia nada para los varones. El siguiente paso en este proceso de transformación de las relaciones de género –desde finales de los setenta- es el *contrato de igual status*, que pone el énfasis en que mujeres y varones no sólo han de tener las mismas oportunidades sino también las mismas responsabilidades y obligaciones.

En la literatura académica la noción de contrato de género con frecuencia no se refiere específicamente al concepto que propone Hirdman. De hecho, no se utiliza de forma unívoca. Por ejemplo, González, Jurado y Naldini (1999: 30) se refieren a la emergencia de un nuevo contrato de género, aunque en su planteamiento parece depender de la negociación entre mujeres y hombres: *Las mujeres que viven en pareja han de rechazar una división asimétrica del trabajo reproductivo, deben negociar con sus compañeros relaciones simétricas*.

Este protagonismo de las mujeres respecto a la negociación se advierte también en el interesante análisis sobre las mujeres jóvenes españolas realizado por Alberdi, Escario y Matas (2000:158), donde se habla de *contrato doméstico* para referirse a la negociación de las condiciones de reparto del trabajo en la pareja:

> *La mayoría de las mujeres, que no tienen ni ambiciones ni posibilidades de acceder a compartir el poder de decisión en otros ámbitos de la sociedad, advierten que su lucha fundamental por la igualdad está en el terreno cotidiano, en el día a día. El éxito de la convivencia en las parejas jóvenes, aquellas que ofrecen las mentalidades más progresistas, pasa sin duda por la equidad en el contrato doméstico, y pasa por no tener que exigir diariamente el cumplimiento de lo pactado en cuanto a ese nuevo contrato social de paridad doméstica.*

Pero el argumento que asigna a las mujeres la principal responsabilidad del cambio, obvia las condiciones estructurales de desigualdad en que se produce esa negociación. Se trata de planteamientos que trasladan la concepción contractual de las relaciones sociales a las relaciones de pareja, y parecen asumir una capacidad negociadora equivalente de los contratantes. Frente a este enfoque, se sitúa la perspectiva para la cual el contrato de género no designa un acuerdo, sino una determinada regulación de las relaciones de género, que en gran medida se impone a las mujeres. Un ejemplo de esta postura, que enlaza con el planteamiento de Carole Pateman, lo encontramos en Mª Ángeles Durán, cuando sostiene que a las mujeres se les impone "*un contrato social implícito que las vincula con sus familias durante toda su vida en la cesión de su fuerza de trabajo, sin límites definidos en el número de horas diarias, ni en el número de días y años*" (1997: 4).

Esta dualidad se supera al reconocer tanto el papel de las estructuras sociales como de la acción humana en la configuración de dichas estructuras. El concepto de contrato de género incorpora los determinantes estructurales, teniendo en cuenta que el poder y los recursos se distribuyen de forma desigual, y que las normas y valores tampoco favorecen la capacidad negociadora de las mujeres en la pareja. Esta desigualdad en el punto de partida implica que, si el resultado es injusto, no es legítimo, por más que pueda parecer que se trata de una opción libre.

Así, hablar de contrato de género no implica asumir que mujeres y hombres libremente establezcan las condiciones de la vida en común, pero reclama la atención hacia el hecho

innegable de que mujeres y hombres, en cada pareja (y también colectivamente), asumen los términos de un acuerdo que puede ser más o menos igualitario, más o menos justo.

La necesidad de un nuevo contrato social que incluya a las mujeres o un nuevo contrato de género trasciende, pues, la esfera de lo político en sentido estricto, para trasladar el principio de igualdad a las relaciones íntimas. Una vez que se ha desvelado el egoísmo masculino que se esconde tras el altruismo impuesto a las mujeres, y los proyectos de vida en común han dejado de ser para toda la vida, pensar en las relaciones de pareja en términos de acuerdo y negociación parece particularmente apropiado.

Nuestro planteamiento toma como referencia el concepto de contrato de género, que nos parece una herramienta válida para analizar el reparto del trabajo remunerado y el trabajo reproductivo en las parejas heterosexuales. Desde la conceptualización de Hirdman, nos proponemos indagar sobre el impacto que tiene en la salud y el bienestar el acuerdo que rige el reparto del trabajo en las parejas de doble ingreso en España, en el contexto de la *modernidad tardía*.

2.2 Género y trabajo

Una de las aportaciones esenciales del paradigma feminista es la comprensión del origen de la desigualdad social entre mujeres y hombres, tratando de explicar cómo y por qué una diferencia biológica –el sexo- da lugar a la construcción social de una desigualdad –el género-. El trabajo es una categoría esencial en este análisis. Los desarrollos teóricos en torno a este fenómeno, desde la Antropología, la Economía o la Sociología, sitúan el origen de esta configuración social en la división sexual del trabajo y la separación de los espacios público y privado.

2.2.1. La división sexual del trabajo: de natural a socialmente construida

La cuestión de la división del trabajo ha sido tratada desde diferentes perspectivas. Así, la teoría sociológica clásica se había ocupado de la división social del trabajo (Durkheim, Comte) y de la división técnica del trabajo (Marx). Sin embargo, la división sexual del trabajo –el reparto social de tareas en función del sexo de los individuos- apenas ha sido abordada por los teóricos de la disciplina hasta fechas muy recientes.

Cuando, en los años cincuenta, el paradigma estructural-funcionalista aborda la teorización de la institución familiar, se afirma que la diferenciación de roles entre hombres y mujeres es un requisito funcional de las sociedades modernas.

La interpretación que se daba al fenómeno de la división sexual del trabajo desde este enfoque era que las diferencias entre hombres y mujeres eran naturales, derivadas de las funciones “propias” de las mujeres en la reproducción biológica. De este modo, el argumento de los teóricos del funcionalismo estructural, desarrollado, en particular, por Parsons, señala que hombres y mujeres han evolucionado tanto biológicamente como socialmente hacia distintas esferas de especialización.

Así, Parsons y Bales (1956: 20 y ss.) sostienen que, desde los orígenes de las sociedades humanas, las mujeres se han visto obligadas a dedicarse de manera exclusiva al cuidado de sus hijos, por lo que las implicaciones de la maternidad limitaron enormemente la

capacidad de las mujeres para ocuparse de otras actividades, en las que se especializaron los hombres.

De manera que a lo largo de la historia de las sociedades, los hombres se han encargado de las funciones instrumentales –las actividades asociadas con la provisión de las necesidades básicas de la familia- mientras las mujeres se ocupaban de los roles afectivos, esto es, los relacionados con las necesidades afectivas de los miembros de la familia. Esta perspectiva implica aceptar que hombres y mujeres están biológicamente inclinados a diferentes tareas. De hecho, los autores hablan de una evolución bio-social que habría dado lugar a la asignación de roles, explicitando su argumento con respecto a la división sexual del trabajo de la siguiente forma:

> "En nuestra opinión, la explicación fundamental de la asignación de roles entre los sexos biológicos reside en el hecho de que el parto y los primeros cuidados de los niños establecen una presunta fuerte primacía de la relación de la madre con el hijo, y esto, a su vez, da lugar a la presunción de que el hombre, que está exento de estas funciones biológicas, debería especializarse en la dirección instrumental alternativa (la ocupacional)" (Parsons y Bales 1956: p. 23)*.

De esta manera, la sociología estructural-funcionalista asume la inferioridad social de las mujeres como una necesidad social.

En general, podemos afirmar que las figuras principales de la teoría sociológica, hasta la eclosión de los estudios de género, sólo han prestado atención a la división del trabajo entre mujeres y hombres al analizar la familia, recurriendo a los condicionamientos de la naturaleza para explicarla, sin conceder importancia a las desiguales posiciones sociales consiguientes.

En la teoría económica, la división sexual del trabajo ha sido un tema relevante desde mediados del siglo XX, a partir de la constatación de que la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado se produce fundamentalmente en condiciones de desigualdad y discriminación. La atención se traslada, pues, del papel de la división del trabajo entre los sexos en la institución familiar a su manifestación en el mercado de trabajo, aunque se busque en las relaciones familiares la explicación de las desigualdades.

* La traducción es mía.

Inicialmente, el pensamiento económico neoclásico se interesa por la creciente participación femenina en el trabajo remunerado, aplicando los principios de la elección racional para intentar explicar la decisión de participación laboral de las mujeres (Mincer 1962). Sin embargo, la particularidad de las mujeres en cuanto a las opciones de asignación de tiempo plantea un problema a estos modelos basados en la búsqueda individual de la utilidad máxima.

Como respuesta, surge el enfoque de la *New Home Economcis*, desarrollado por Gary Becker (1987), que pretende superar esas limitaciones al considerar a la familia como unidad decisoria racional y como unidad de producción, en la que las actividades de mercado y las domésticas se determinan conjuntamente. Esta perspectiva subraya la utilidad económica de la diferenciación de roles, considerando que las mujeres tienen ventajas comparativas para especializarse en la producción doméstica. De este modo, se afirma que la unidad familiar elegirá, a partir de un análisis coste-beneficio, la opción (la división de roles y tareas) más eficiente/conveniente.

Con el desarrollo de la teoría del capital humano, el interés se desplaza desde la decisión de participación laboral de las mujeres hacia la explicación de las diferencias salariales, que serían resultado de la menor inversión femenina en capital humano, que a su vez es consecuencia de la división sexual del trabajo y la especialización de las mujeres en la esfera doméstica, que implica que tengan menores incentivos para realizar esa inversión, en previsión de una vida laboral más corta y discontinua.

Estos modelos explicativos de la división sexual del trabajo desde el paradigma neoclásico fueron ampliamente criticados por el pensamiento económico feminista. Por ejemplo, se ha argumentado que la justificación que desde la óptica del capital humano se hace de las diferencias en el salario de hombres y mujeres presenta un problema de causalidad circular, esto es, hay que plantearse si la ventaja comparativa de las mujeres frente a los hombres para dedicarse al hogar no se debe a la menor retribución de su trabajo en el mercado (Dex 1991).

Sin embargo, realizan una importante contribución, por un lado, al reconocer, desde las posiciones teóricas más ortodoxas, la familia y la esfera privada como contextos válidos e importantes para la investigación sobre la división del trabajo, y, por otro, al plantear el problema en términos de elección personal, y no de cualquier inevitabilidad biológica, y también, como señala Ferreira (1996: 99), como una *elección que afecta a los dos sexos*.

Por ello, el trabajo de los hombres no puede ser comprendido si no se comprende el trabajo de las mujeres y viceversa.

Otras corrientes han tomado como punto de referencia el mercado de trabajo, en lugar de la familia, para explicar la división sexual del trabajo. Es el caso de las corrientes de corte marxista, como las tesis del ejército industrial de reserva y de la descualificación del trabajo (Braverman 1974), y de las teorías sobre el dualismo y la segmentación del mercado de trabajo (Doeringer y Piore 1985; Barron y Norris 1976). Según estos planteamientos, las diferencias salariales y de condiciones de trabajo pueden no ser resultado de diferencias en la inversión en capital humano o en la productividad de los individuos, sino del propio funcionamiento del mercado de trabajo, que se ha segmentado en varios sub-mercados: el segmento primario –que, a su vez, se divide en dos estratos, superior e inferior- se caracteriza por empleos estables, bien pagados y con posibilidades de promoción, frente al segmento secundario, de empleos inestables, mal retribuidos, con peores condiciones laborales y escasas posibilidades de avance.

Esta segmentación de la mano de obra (por sexo, por raza, etc.) respondería a una estrategia deliberada de los empleadores para reducir costes y controlar la fuerza sindical, dado que los escasos requerimientos de cualificación hacen que la mano de obra sea muy intercambiable (Castaño 1999: 31).

En líneas generales, estos planteamientos trasladan el análisis al nivel estructural, desde distintas perspectivas. Así, al observar de manera prioritaria el sistema productivo, se alejan de la idea de que el origen de la discriminación en el mercado de trabajo está en la división de roles en la familia.

Pero es con el impulso de las teorías feministas, y una vez que se empieza a manifestar con claridad la transformación de los roles de las mujeres y de la condición femenina en los países industrializados, a partir de los años setenta, cuando la división del trabajo entre los hombres y las mujeres emerge con fuerza en el campo de las ciencias sociales como teoría y como problemática de investigación. Las teorías de género ocupan un lugar fundamental en estos análisis, que persiguen no sólo explicar las desigualdades y discriminaciones que afectan a las mujeres en el mundo laboral y en el ámbito familiar, sino comprender la opresión, el origen de la asimetría en las relaciones entre mujeres y hombres.

Se desarrollan así, de la mano de la investigación feminista, otro tipo de teorías sobre la división sexual del trabajo, que rechazan llevar a cabo un análisis por separado de la esfera doméstica y mercantil del trabajo. La pregunta que intentan responder, en el marco analítico de las relaciones de género, es cuáles son los procesos y circunstancias bajo los cuales una determinada división de las tareas en función del sexo da lugar a la jerarquía de los géneros. Las respuestas que ofrecen, conjugando marxismo y feminismo, identifican la dicotomía público-privado como hecho clave, y remiten a la relación entre el patriarcado y el capitalismo, concebidos como dos sistemas de opresión y explotación que se refuerzan mutuamente.

2.2.2. La dicotomía público-privado: de la diferencia a la discriminación

La cuestión que se plantea es, pues, qué mecanismos hacen que el reparto de actividades entre hombres y mujeres derive en una jerarquía social, en la inferioridad y la opresión de las mujeres. La separación de los espacios privado y público, de las esferas de la producción y la reproducción social, es el elemento clave que da lugar a la construcción social de los géneros jerarquizados.

El enfoque marxista-feminista, desarrollado por Heidi Hartman (1980), señala que es la forma que la división del trabajo entre los sexos adopta bajo las condiciones capitalistas y patriarcales lo que ha dado lugar a la dominación masculina, subrayando la interdependencia de las esferas de la producción y la reproducción.

Esta corriente afirma que la interrelación entre el sistema capitalista y el patriarcado está en la base de una asignación específica de valor a la producción (el trabajo masculino) frente a la reproducción (el trabajo femenino), induciendo así la jerarquía entre hombres y mujeres.

No obstante, la diversidad de enfoques propia del pensamiento feminista se traduce en un agitado desacuerdo sobre la relación entre el capitalismo y el patriarcado, e incluso distintas definiciones de patriarcado.

La noción de patriarcado ha sido una categoría básica en el desarrollo de las teorías feministas. De hecho, ha sido un concepto clave no sólo en el plano teórico sino también en el movimiento social, para el que representó el sistema contra el que las mujeres debían luchar.

Para Manuel Castells (1998), el patriarcado es una construcción social que tiene su origen en la familia patriarcal, definida como la dominación ejercida por los hombres sobre las mujeres en la familia. Según este autor, esa autoridad patriarcal, que aparece como estructura básica en la mayor parte de las sociedades conocidas a lo largo de la historia, se extiende a todos los ámbitos y se impone en toda la organización social: la economía, la política, la cultura..., dando lugar a un orden social patriarcal, cuyos elementos fundamentales son el poder y la autoridad de los hombres, frente a la subordinación de las mujeres.

Es éste un planteamiento general, ampliamente aceptado, que presenta el patriarcado como un fenómeno cultural e histórico originado en un tipo de relaciones familiares, que instaura una sociedad no igualitaria, donde un sexo domina al otro.

Es indudable que el patriarcado no afecta de igual manera a todas las mujeres, pero todas las mujeres, independientemente de otros ejes de desigualdad, como la clase social, la etnia o la edad, ocupan siempre una posición peor que la de los hombres.

Con respecto a las relaciones entre patriarcado y capitalismo, Mª Jesús Izquierdo (1998: 238-242) ha sintetizado las diferentes posiciones, estableciendo que se han contemplado tres hipótesis distintas: independencia, interdependencia, antagonismo y jerarquía.

Los planteamientos desarrollados inicialmente por Christine Delphy (1970) representan la tesis de la independencia, según la cual patriarcado y capitalismo son dos sistemas separados, que dan lugar, por un lado, a la opresión de las mujeres y, por otro, a la opresión de clase; el patriarcado determina la posición de una persona en la esfera familiar, en un sistema de género y edad, mientras que el capitalismo establece la posición en el sistema de clases, sin que una posición afecte a la otra.

La hipótesis de la interdependencia, representada, entre otras autoras, por Heidi Hartman (1980), sostiene que se produce una continua interacción entre la división sexual del trabajo doméstico y la que existe en el mundo del trabajo, de manera que una perpetúa la otra, y viceversa, reforzándose mutuamente capitalismo y patriarcado.

Por otro lado, Sylvia Walby (1986) habla de conflicto y antagonismo entre los dos sistemas. La tensión deriva del enfrentamiento por la explotación del trabajo de las mujeres entre el capitalismo –que busca las ventajas de la mano de obra femenina sobre la masculina-, y el patriarcado, que quiere conservar a las mujeres en la esfera doméstica.

La hipótesis de la jerarquía lleva a proponer dos conceptos distintos: desde un punto de vista más próximo al marxismo, esto es, poniendo en primer plano la lógica del capital, se defiende el concepto de capitalismo patriarcal; por el contrario, otras posiciones consideran que la lógica del patriarcado tiene carácter previo y es más importante que la lógica del capital, por lo que habría que hablar de patriarcado capitalista, suponiendo que el capitalismo es sólo una de las fases del patriarcado, distinta de un patriarcado esclavista o un patriarcado feudal.

De acuerdo con Mª Jesús Izquierdo (1998: 241), asumimos que existen diversas formas de relación entre patriarcado y capitalismo, dejando a un lado el debate acerca de si el capitalismo necesita al patriarcado o viceversa. Al mismo tiempo, rechazamos que se trate de sistemas separados, conforme a la siguiente observación de Lourdes Benería: “Cuando observamos la realidad concreta respecto a la situación de la mujer, ¿cómo separar lo que es patriarcado de lo que es (en nuestra sociedad) capitalismo? No es que una concepción dualista sea inherentemente errónea, pero la especificidad de la realidad social no se presenta de un modo dualista, sino como una totalidad integrada”*.

Consideramos, pues, que, por encima de las diferencias, es posible encontrar un planteamiento general tras las tesis de la interdependencia y de la jerarquía entre capitalismo y patriarcado: las esferas de la producción y la reproducción son las dos caras de la moneda cuando se trata de comprender la división sexual del trabajo y la consiguiente opresión de las mujeres.

La explicación que mayor grado de consenso genera es la que vincula la división del trabajo en la familia con el desarrollo del capitalismo y la industrialización, que intensifican la distinción entre el espacio privado y el público e instauran una jerarquía entre el valor del trabajo en uno y otro ámbito.

En efecto, en el modo de producción capitalista, las funciones de las mujeres en la reproducción biológica han servido como fundamento para establecer un reparto social de

* Citada por Carrasco, 1999: 28.

tareas en función del sexo según el cual corresponde a los hombres vender su fuerza de trabajo en el mercado, mientras que se asigna a las mujeres todas las tareas relacionadas con la reproducción de la fuerza de trabajo y el cuidado de las personas.

Esta división sexual del trabajo implica que el trabajo de los hombres tiene un valor en términos monetarios, mientras que el trabajo de las mujeres queda fuera de los mecanismos de mercado y por ello, carece de valor monetario. Así, las tareas relacionadas con la reproducción social se convierten en trabajo no remunerado.

De este modo, la distribución del trabajo entre los sexos niega a las mujeres la posibilidad de acceso a los recursos, al tiempo que se produce una desvalorización del trabajo familiar y doméstico, de manera que las mujeres quedan relegadas a actividades no sólo no remuneradas, sino que tampoco son reconocidas ni valoradas socialmente, convirtiéndose así, en el segundo sexo.

Así, el sistema capitalista instaura la separación del trabajo productivo y reproductivo, y hace recaer en la institución familiar las tareas de reproducción social, al tiempo que ignora ese trabajo.

Esa división del trabajo (productivo-reproductivo) implica una clara separación de los espacios en que se desarrollan unas y otras tareas. De acuerdo con esta ruptura público-privado, se produce una asignación de lugares por la cual la política, la cultura, el deporte, etc. son espacios masculinos, mientras que a las mujeres corresponde el hogar, donde tienen lugar las actividades relacionadas con la reproducción social. De esta forma, la construcción social del género sustenta la dicotomía hombre público/ mujer privada: mientras que los hombres son sujetos en la vida pública, las mujeres sólo existen como madres-esposas, encerradas en el ámbito privado y excluidas del espacio público.

Esta exclusión se hace explícita con la llegada de la modernidad, cuando las ideas de la Ilustración imponen el principio de la igualdad formal sin incluir a las mujeres, consideradas inferiores por nacimiento. Se les otorga, por tanto, la condición de ciudadanas de segunda clase; frente al triunfo del individualismo, las mujeres no son individuos completos, y se les niega la posibilidad de participación en la sociedad.

La comprensión de la desigualdad contemporánea entre los géneros exige, pues, ubicarla en el contexto en que se desarrolla, en el que capitalismo y patriarcado representan los dos ejes vertebradores. Es, en efecto, con la industrialización y la consolidación del

sistema capitalista, cuando el orden patriarcal proporciona las estructuras que favorecen una organización socioeconómica con una clara separación entre el trabajo que tiene lugar en el ámbito doméstico y el trabajo mercantil. Por tanto, capitalismo y patriarcado aparecen como dos subsistemas que se refuerzan mutuamente y conforman la estructura básica de las sociedades occidentales.

De esta forma se configura un orden social asimétrico, a partir de una determinada división del trabajo entre los sexos, y de una organización económica que asigna al trabajo de los hombres un valor y se lo niega al de las mujeres, dando lugar a la dominación masculina en la familia y, a partir de ahí, a una jerarquía entre los géneros que se extiende a todos los órdenes de la organización social. Además, las mujeres aceptan su sometimiento como natural.

De acuerdo con Bourdieu (2000), precisamente la fuerza de esta construcción histórica reside en que se presenta como derivada de la naturaleza, puesto que la diferencia entre los cuerpos biológicos se convierte en fundamento aparentemente objetivo de la diferencia entre los géneros jerarquizados. El propio autor lo expone en los siguientes términos: no es que las necesidades de la reproducción biológica determinen la organización simbólica de la división sexual del trabajo y, progresivamente, de todo el orden natural y social, más bien es una construcción social arbitraria de lo biológico [...] que proporciona un fundamento aparentemente natural a la visión androcéntrica [...] de la división sexual del trabajo, y, a partir de ahí, de todo el cosmos (Bourdieu 2000: 37).

Ahora bien, las tendencias de cambio social de las últimas décadas parecen desafiar las bases de esta organización social. En este sentido, hay quienes consideran que el patriarcado aparece como una organización social superada o que se acerca a su fin, a la luz de los síntomas de debilitamiento que muestra (entre otros, Castells 1998). Frente al optimismo de este punto de vista, numerosos autores destacan la fuerza de las inercias, divisando un futuro marcado por la permanencia de la diferenciación social de los roles sexuales, por encima de las reivindicaciones de igualdad y de autonomía de las personas (Lipovetsky 1999).

2.2.3 El trabajo remunerado

La gran transformación que supone la incorporación de las mujeres al espacio público se produce a partir del acceso generalizado de las mujeres a la educación y, sobre todo, al mundo laboral. No obstante, la participación en el trabajo remunerado es todavía en la actualidad muy distinta para hombres y mujeres. De hecho, a pesar de los enormes cambios experimentados en los últimos tiempos, en la actualidad una de las características centrales del mundo laboral es la desigualdad de género: en el acceso, en las retribuciones, en las posibilidades de desarrollo profesional...

A continuación, se presentan algunos datos que ilustran de forma sintética la situación actual y la evolución reciente de mujeres y hombres en el trabajo remunerado.

La tabla 1 presenta los datos más recientes para España y el conjunto de la Unión Europea respecto a algunos de los principales indicadores del mercado laboral.

Se observa que en 2013 la tasa de actividad de las mujeres españolas de 20 a 64 años fue del 73,4%, frente al 84,8% de los varones, lo que implica una brecha de 11 puntos porcentuales. En comparación con los valores europeos, la actividad femenina se sitúa casi 3 puntos por encima del promedio de la Unión Europea, y la brecha de género en términos relativos es ligeramente menor en nuestro país.

Tabla 1. Principales indicadores del mercado laboral 5según sexo y brecha de género* en España y la Unión Europea (UE-28), 2015.

	España			UE-28		
	Mujeres	Varones	Brecha de género	Mujeres	Varones	Brecha de género
Tasa de actividad 20-64	73,4	84,8	-11,4	70,9	83,4	-12,5
Tasa de actividad 25-54	82,0	92,6	-10,6	79,4	91,5	-12,1
Tasa de empleo 20-64	56,4	67,6	-11,2	64,3	75,9	-11,6
Tasa de empleo 25-54	63,7	75,1	-11,4	72,3	83,8	-11,5
Tasa de desempleo 15-64						-
Tasa de desempleo 25-54						
Tasa de temporalidad	24,1	22,2	8,6	14,3	13,3	7,5
Empleo a tiempo parcial	25,3	7,8	224,4	32,7	9,8	233,7
Personas con bajo salario	21,0	9,2	127,7	21,0	13,3	58,4

*Diferencia entre la tasa femenina y masculina en relación con la tasa masculina.

Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat online database.

Dada la multiplicidad de variables que intervienen en los procesos de entrada y salida del mundo laboral –entre ellos la mayor inversión en educación de las mujeres-, así como la importancia del factor generacional en el comportamiento femenino respecto al empleo, resulta interesante observar las cifras referidas a la población en los tramos centrales de la edad activa. En España, la tasa de actividad de las mujeres con edades comprendidas entre 25 y 54 años supera el 80%, 13 puntos porcentuales por encima de la tasa global de actividad femenina. No obstante, la brecha en términos absolutos con respecto a la actividad masculina es similar, dado que la tasa para los varones en este tramo de edad supera el 90%.

Al igual que en las tasas de actividad referidas a la población de 20 a 64 años, para el tramo de 25 a 54 años de edad las mujeres españolas superan el promedio de actividad de las europeas, y la brecha de género también es inferior en nuestro país.

El gráfico 1 refleja la constante progresión de la tasa global de actividad femenina en España, que en la década de los noventa pasó del 40% al 50%, y con el cambio de milenio creció otros diez porcentuales en poco más de un lustro, alcanzando el 65% en 2009, momento en que supera la cifra promedio para el conjunto de la UE.

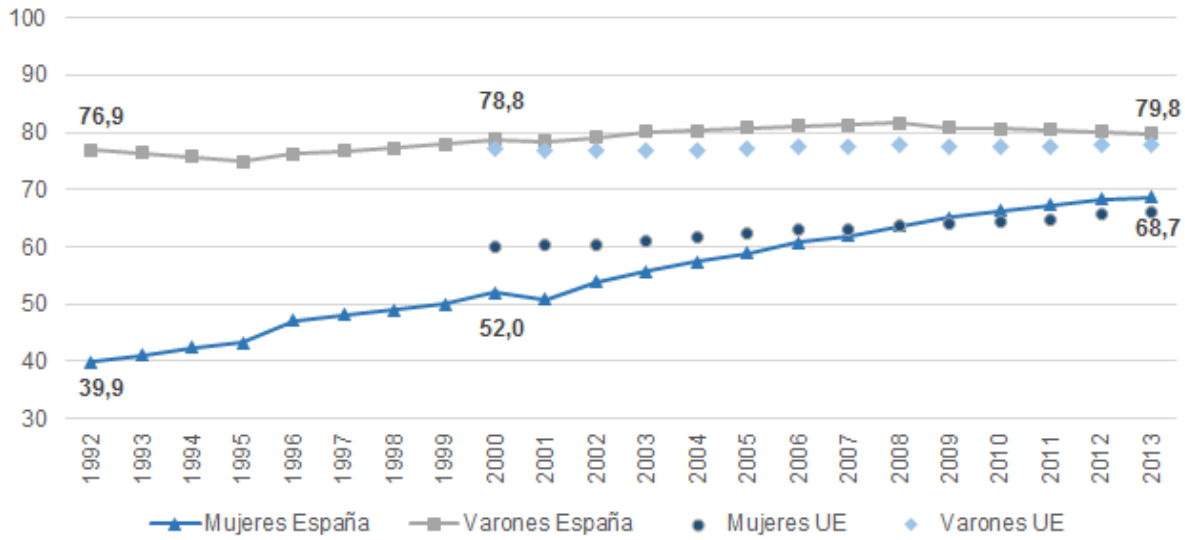
Por otro lado, al observar las tasas de empleo se invierte la situación de las mujeres españolas en comparación con las europeas. En 2013 la tasa de empleo de la población de 20 a 64 se situó en España en el 53,8 para las mujeres, diez puntos por debajo de la cifra para los varones (63,4). En el conjunto de la UE el empleo femenino alcanzó un promedio del 62,5%, 12 puntos porcentuales por debajo del empleo masculino (74,2). Respecto a la población de 25 a 54 años, la proporción de mujeres españolas que tienen un trabajo remunerado es del 61,2%, y en los varones del 70,4%. Para el conjunto de la UE la cifra alcanza el 71,1% (82,6% en los varones).

La situación varía ampliamente entre los distintos países de la UE, como muestra el gráfico 2.

Suecia registra el valor máximo en empleo femenino, con una cifra del 77,2%, sólo 5 puntos por debajo del empleo masculino. Italia, Malta, Croacia y Grecia son los únicos países con valores inferiores a España en empleo femenino.

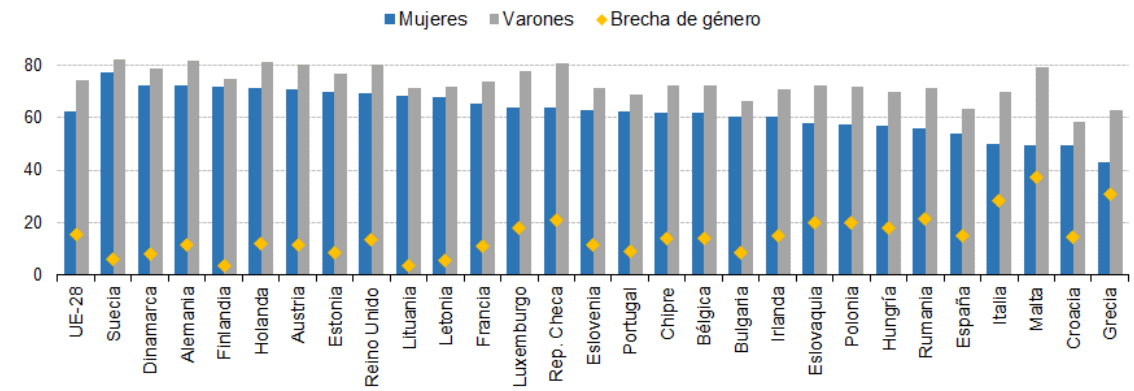
Para la población de 25 a 54 años las tasas de empleo son comparativamente más elevadas en todos los países, y la brecha de género también es menor (a excepción de Finlandia). En Suecia y Austria el empleo de las mujeres en este grupo de edad supera el 80%.

Gráfico 1. Evolución de la tasa de actividad de la población de 15 a 64 años según sexo en España y la Unión Europea (UE-27), 1992-2013.



Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat online database.

Gráfico 2. Tasa de empleo de la población de 20 a 64 años según sexo y brecha de género* en la Unión Europea (UE-28), 2013.

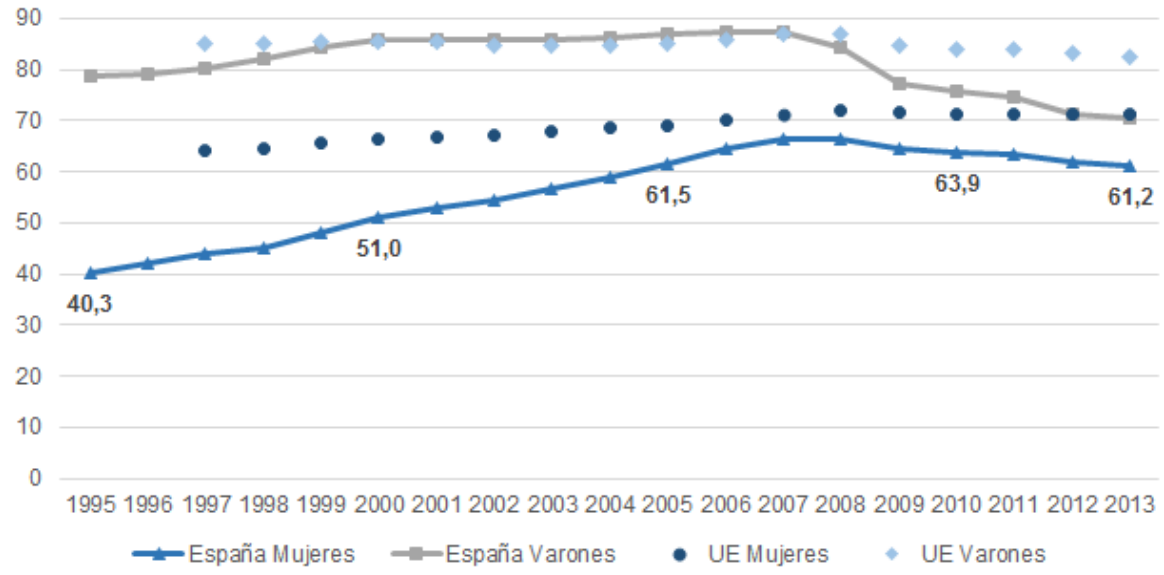


*Diferencia entre la tasa femenina y masculina en relación con la tasa masculina, valores absolutos.

Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat online database.

Si atendemos a la brecha, en España el empleo femenino es un 15,1% más bajo que el masculino, y para la población de 25 a 54 años la distancia es de 13,1. Estas cifras se sitúan ligeramente por debajo de los valores medios de la UE (15,8 y 13,8 respectivamente). No obstante, esa distancia aparece como un dato positivo al observar su evolución (gráfico 3).

Gráfico 3. Evolución de la tasa de empleo de la población de 25 a 54 años según sexo en España y la Unión Europea (UE-27), 1995-2013.



Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat online database.

En sólo una década, la tasa de empleo de las mujeres españolas de 25 a 54 años creció 20 puntos porcentuales –del 40,3 en 1995 al 61,5 en 2005-, pasando de una situación en que el empleo masculino casi duplicaba al femenino a una brecha de género por debajo del 30%. En 2008 el empleo femenino alcanzó su valor máximo, cuando dos de cada tres mujeres de entre 25 y 54 años tenían un trabajo remunerado, no lejos del 72,1% de la media europea. A partir de ese momento, que marca el inicio de la crisis económica, la tasa de empleo femenino ha ido cayendo en España, si bien la brecha de género ha continuado reduciéndose como consecuencia de la mayor caída del empleo masculino, hasta una distancia inferior a los diez puntos porcentuales.

Al analizar la evolución de la brecha de género en España y la UE en términos comparativos se pone de manifiesto la intensidad del cambio en nuestro país: desde una situación de partida en que la brecha de género en el empleo de las mujeres españolas superaba en 20 puntos la cifra para el conjunto de la UE, en 2008 esa distancia ya era inferior a 5 puntos, y en los últimos años se han equiparado.

La reducción de la brecha de género en el empleo es un indicador de la positiva evolución de la participación de las mujeres en la economía productiva. No obstante, al valorar estas cifras hay que tener en cuenta la incidencia del trabajo a tiempo parcial, ya que los valores se refieren a personas que trabajan, sea cual sea el número de horas. Para incluir esta dimensión en el análisis del empleo se utiliza otro indicador, la tasa de empleo equivalente a tiempo completo, que ajusta por el promedio de horas de trabajo. De hecho, la brecha de género en el empleo es más amplia en todos los países cuando se analizan las tasas de empleo equivalente a tiempo completo (European Commission 2014a: 187-190).

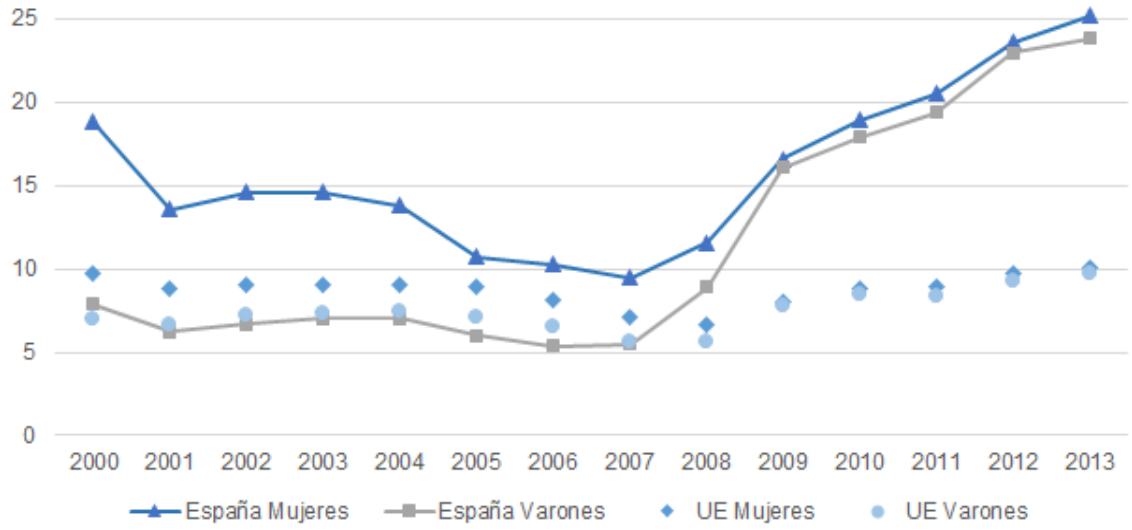
Del mismo modo, la positiva tendencia observada en los últimos años en la reducción de la brecha de género en la actividad y el empleo ha de interpretarse con cautela, en la medida en que responde a la caída del empleo masculino, consecuencia de la mayor incidencia del desempleo en sectores y ocupaciones con alto grado de masculinización (European Commission 2013). Igualmente, que la brecha se haya reducido coincidiendo con la crisis económica puede interpretarse en clave del denominado *efecto del trabajador añadido* (*added worker effect*), según el cual la participación laboral de las mujeres aumenta para compensar el desempleo de sus parejas.

De hecho, la crisis se ha traducido en España en una enorme reducción de la brecha de género en el desempleo (gráfico 4). Durante los primeros años de la década pasada, entre las personas de 25 a 54 años el paro femenino superaba al masculino en más de 10 puntos porcentuales. En paralelo al descenso del desempleo femenino, que en 2007 llega a situarse por debajo del 10%, la brecha se fue reduciendo, situándose por debajo de los 5 puntos porcentuales en los años de niveles más bajos de paro. En los últimos años como resultado del enorme incremento del desempleo masculino la distancia en los niveles de paro de mujeres y hombres ha llegado a ser mínima.

Los grandes avances observados en el acceso de las mujeres al trabajo remunerado coexisten con la persistencia de múltiples formas de desigualdad. Carrasco y Mayordomo (2000: 143-144) hablan de la *precariedad específica de las mujeres* para referirse a la

diferente incidencia en función del sexo de distintas formas de precariedad: la inestabilidad laboral, la temporalidad o la parcialidad.

Gráfico 4. Evolución de la tasa de desempleo de la población de 25 a 54 años según sexo, España y Unión Europea (UE-27), 2000-2013.



Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat online database.

Así, el trabajo a tiempo parcial aparece como una de las formas que adopta la desigualdad de género en el empleo, ya que no sólo significa menores ingresos, sino que también reduce las prestaciones sociales, da lugar a pensiones más bajas y limita las posibilidades de desarrollo profesional. El gráfico 5 refleja que, a pesar de la gran variabilidad entre países en el peso del empleo a tiempo parcial, es siempre una realidad fundamentalmente femenina.

Globalmente, una de cada tres mujeres europeas trabaja a tiempo parcial, frente a uno de cada diez varones. Holanda registra los valores máximos, con un 77,2% de empleo femenino y un 27,9% de empleo masculino. En España, la proporción de trabajo a tiempo parcial es del 25,3% para las mujeres y de 7,8% en los varones. En Italia, Francia, Alemania, Bélgica y Austria la incidencia del trabajo a tiempo parcial en el empleo femenino es tres veces mayor que en el masculino, y la mayor brecha de género corresponde a Luxemburgo (36% frente a 6%).

Además, con frecuencia el trabajo a tiempo parcial es involuntario, de manera que no es sino otra forma de precariedad. En España, seis de cada diez mujeres que trabajan a tiempo parcial lo hacen forma involuntaria, y en el conjunto de la UE una de cada cuatro.

El gráfico 6 relaciona la incidencia del trabajo a tiempo parcial en el empleo femenino total con la proporción de empleo a tiempo parcial involuntario en la UE. Se observa que en los países con mayor peso de trabajo a tiempo parcial (por encima del 40% del empleo femenino: Holanda, Bélgica, Austria, Alemania y Reino Unido) el porcentaje de mujeres que no ha elegido esta opción es inferior al 15%.

En el otro extremo se sitúan los países del sur de Europa[*], donde más de la mitad del empleo a tiempo parcial es involuntario. Sólo Grecia registra una proporción superior a la de España en empleo femenino involuntario a tiempo parcial.

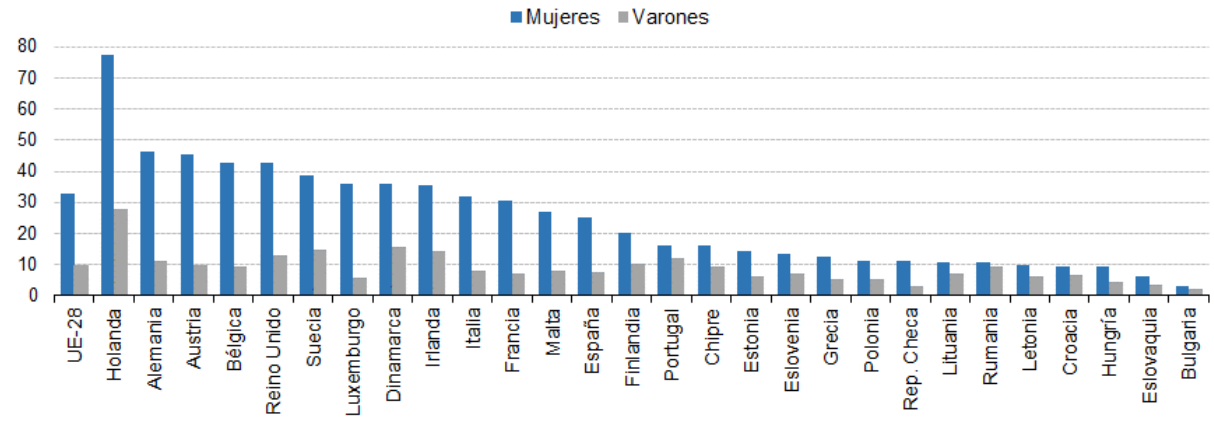
Estas cifras ilustran la trampa del trabajo a tiempo parcial, que se presenta como la solución para que las mujeres puedan compatibilizar trabajo y familia, de manera que se asume que su responsabilidad principal es el cuidado –y, por tanto, ellas han de asumir las consecuencias de trabajar menos tiempo: menos ingresos, menos oportunidades de desarrollo profesional…-, cuando en gran medida no es una elección.

En definitiva, la posición de desventaja de las mujeres en el mundo laboral se manifiesta en peores condiciones laborales. El porcentaje de personas que perciben un salario bajo constituye un buen indicador de esta desigualdad estructural. Se trata de un indicador referido a quienes trabajan por cuenta ajena en empresas que emplean a 10 o más personas, y define el salario bajo en relación con la mediana de los ingresos brutos por hora (dos tercios o menos).

El gráfico 7 muestra que, en todos los países de la UE, el porcentaje de personas asalariadas que perciben un salario bajo (dos tercios o menos de la mediana de los ingresos) es más elevado para las mujeres. Globalmente, el porcentaje es del 21% frente al 13,2. En España, la cifra es similar para las mujeres, una de cada cinco tiene un salario bajo, mientras que para los varones la proporción no llega al 10%. En países como Bélgica, Luxemburgo, Austria o Finlandia los porcentajes son también más del doble en las mujeres que en los varones.

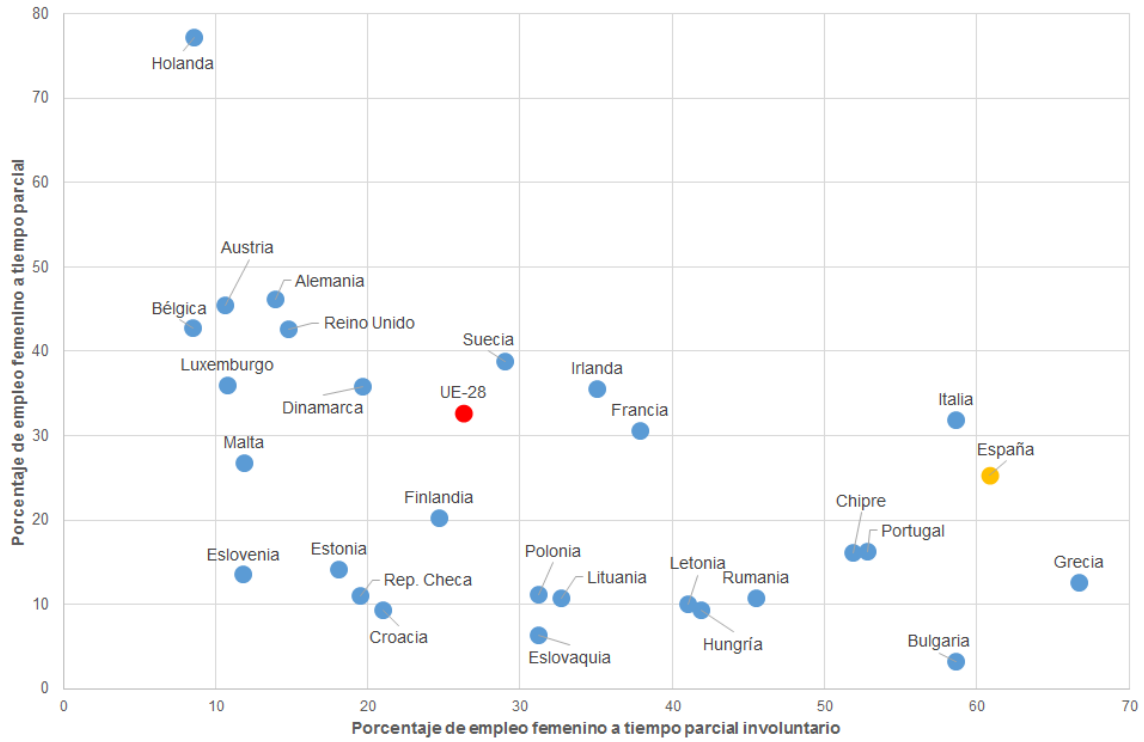
[*] También Bulgaria, con una incidencia de empleo a tiempo parcial testimonial.

Gráfico 5. Porcentaje de personas que trabajan a tiempo parcial según sexo en la Unión Europea (UE-28), 2013.



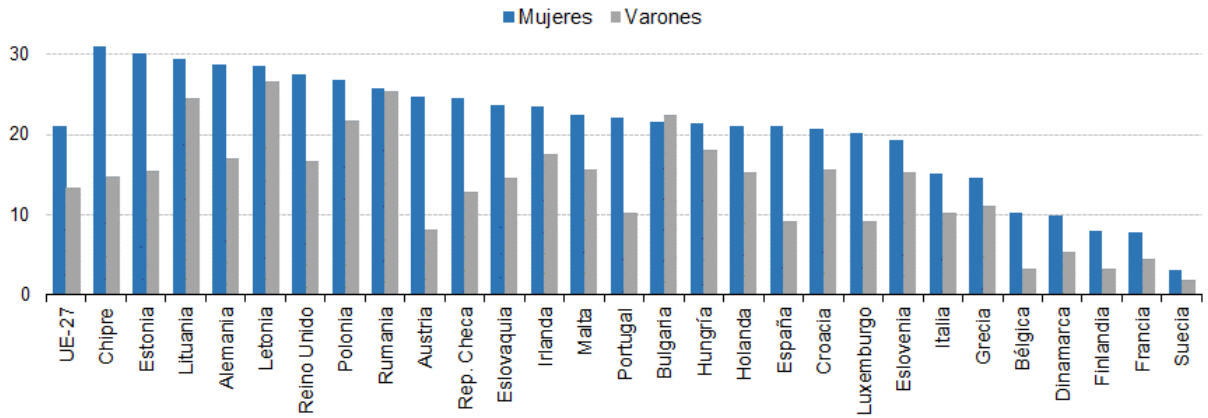
Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat online database.

Gráfico 6. Porcentaje de empleo femenino a tiempo parcial y porcentaje de empleo femenino a tiempo parcial involuntario en la Unión Europea (UE-28), 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat online database.

Gráfico 7. Porcentaje de personas asalariadas con bajo salario* según sexo en la Unión Europea (UE-27). 2010.



*Personas que ganan dos tercios o menos de la mediana de los ingresos brutos por hora del país.

Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat online database.

Otra de las constantes en el mercado de trabajo es la segregación de género. Se habla de segregación horizontal y vertical, o segregación sectorial y ocupacional para referirse a la desigual distribución del empleo según sexo por ramas de actividad y ocupaciones. No se trata sólo de que existan *trabajos femeninos* y *trabajos masculinos*, como evidencia el porcentaje de mujeres y hombres en cada ocupación y sector, sino que también existe un mayor grado de concentración del empleo femenino en determinadas actividades y profesiones, con frecuencia peor remunerados, y en las categorías más bajas de las jerarquías profesionales. En España, 7 ocupaciones concentran la mitad del empleo femenino, frente a 14 ocupaciones para el empleo masculino (OECD 2012).

La concentración del empleo femenino en ciertas ramas de actividad y categorías ocupacionales da lugar a un mercado de trabajo segmentado, de acuerdo con la formulación de Doeringer y Piore (1985), en el que los empleos femeninos se concentran en el segmento secundario, que agrupa las posiciones con menor remuneración y peores condiciones laborales.

Distintos análisis empíricos han mostrado la persistencia de la segregación de género como rasgo esencial de la estructura ocupacional en todos los países (European Commission 2009, OECD 2012, entre otros). Lo mismo cabe decir con respecto al

denominado *techo de cristal*, esa barrera invisible con que se encuentran las mujeres en el desarrollo de su carrera profesional, que limita su acceso a los niveles más altos de decisión y responsabilidad en las jerarquías organizacionales. En 2010, sólo el 12% de los miembros de los consejos de administración de las grandes empresas en la Unión Europea eran mujeres (EIGE 2013).

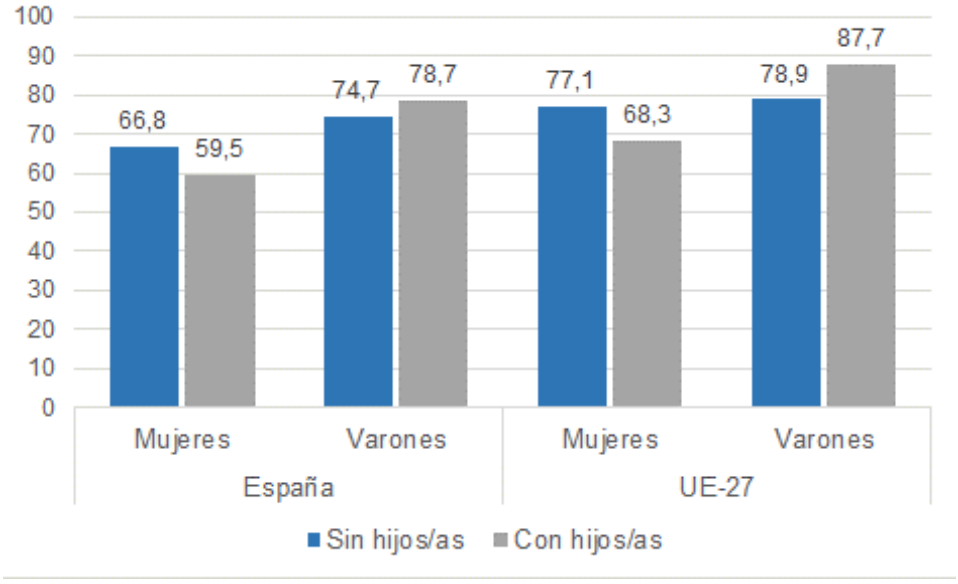
La segregación tanto horizontal como vertical es uno de los factores que da lugar a otra característica ignominiosa del mercado de trabajo: la brecha salarial de género. Según datos referidos a 2012, globalmente las mujeres ganan un 16,4% menos que los varones en la Unión Europea, y en España la distancia es del 17,8% (European Commission 2014b). Esta brecha salarial, calculada a partir de la diferencia entre el salario bruto por hora de mujeres y varones, podría atribuirse al hecho de que ellas trabajan en sectores y ocupaciones diferentes. Pero la realidad es que cuando se calcula el diferencial salarial ajustando por esas variables, persiste una brecha que evidencia la discriminación: a igual trabajo (igual dedicación, igual categoría socioprofesional, igual antigüedad...), las mujeres perciben un salario inferior.

El análisis de la contribución de diversos factores a la brecha salarial permite estimar la proporción de las diferencias salariales que es atribuible a la discriminación. La mayoría de los trabajos concluyen que la mayor parte de la brecha salarial de género se debe a la discriminación, y no a sus distintas características (en cuanto a educación, experiencia, sectores económicos...). Por ejemplo, Hernández (1996) ha puesto de manifiesto que la segregación ocupacional, esto es, la distinta ubicación de varones y mujeres por ocupaciones, apenas explica una pequeña parte de las diferencias salariales entre los sexos, de manera que dentro de la misma ocupación, las mujeres reciben un salario inferior al de los hombres. Del mismo modo, García et al. (2000) han comparado las retribuciones de hombres y mujeres que realizan trabajos *de igual valor*, encontrando diferencias en torno al 20%. La consideración de los ingresos femeninos como secundarios en la familia es un factor ideológico clave en la prolongación de este hecho.

En resumen, a partir de la realidad que dibujan las estadísticas, y a pesar de que se han producido grandes avances, los rasgos que definen actualmente la participación de mujeres y hombres en el trabajo remunerado son la brecha de género en la actividad y el empleo, la menor calidad del empleo, la segregación tanto horizontal como vertical y la brecha salarial.

Tener hijos/as es, junto al nivel de estudios y la edad, uno de los factores que más incide en la participación en el mundo laboral. El gráfico 8 refleja que la maternidad y la paternidad tienen un impacto desigual en el empleo. Al comparar la tasa de empleo de las mujeres que son madres y las que no lo son se observa que la maternidad se asocia a un menor nivel de empleo, y lo contrario ocurre con la paternidad, ya que ser padre corresponde a un aumento en la tasa de empleo. En España, dos de cada tres mujeres de 25 a 49 años sin hijos/as tienen empleo, pero la proporción desciende al 59,5% para las que son madres.

Gráfico 8. Tasa de empleo de las personas de 25 a 49 años con hijos/as y sin hijos/as menores de 12 años, España y Unión Europea (UE-27), 2012.

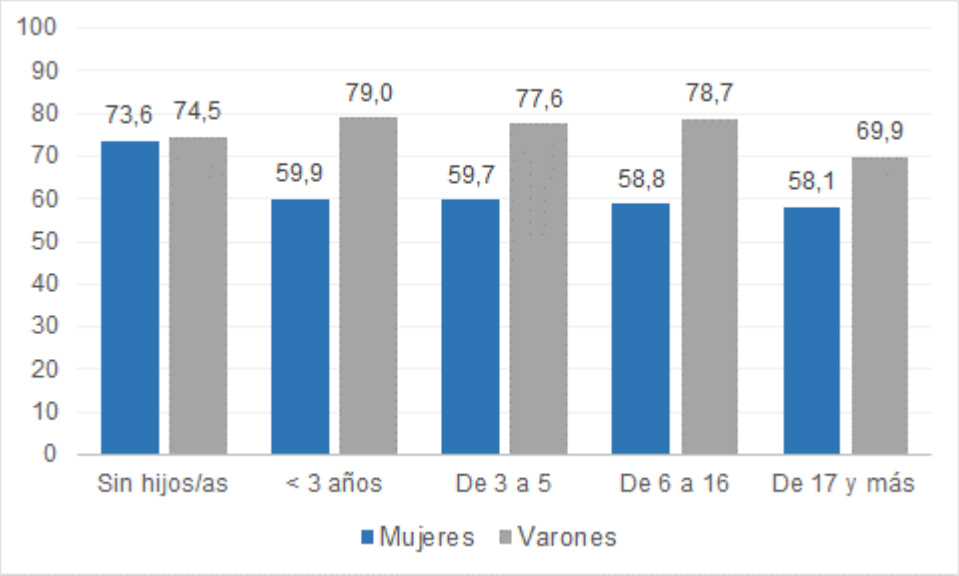


Fuente: elaboración propia a partir de INE (EPA) y Eurostat (European Labour Force Survey).

En el conjunto de la UE, la incidencia de la maternidad/paternidad se sitúa en torno a los diez puntos porcentuales, si bien en sentido inverso para mujeres y hombres. Así, la tasa de empleo de las mujeres de 25 a 49 años con hijos/as menores de 12 años es casi 9 puntos inferior a la de aquellas que no tienen hijos/as, mientras que para los varones con hijos/as en este tramo de edad, la tasa de empleo supera en esa misma magnitud la de quienes no tienen hijos/as.

De hecho, actualmente en España las tasas de empleo para las personas de entre 25 y 49 años que no tienen hijos/as son similares en mujeres y varones, por encima del 70% (gráfico 9). Sin embargo, para las personas con hijos/as existe una distancia de hasta 20 puntos porcentuales en las tasas de empleo según género. Para las madres, el empleo se sitúa por debajo del 60%, sea cual sea la edad de las criaturas, mientras que para los padres se aproxima al 80% (excepto en la categoría de hijos/as de 17 y más años).

Gráfico 9. Tasa de empleo de las personas de 25 a 49 años según sexo y edad del menor de sus hijos/as en España, 2013.



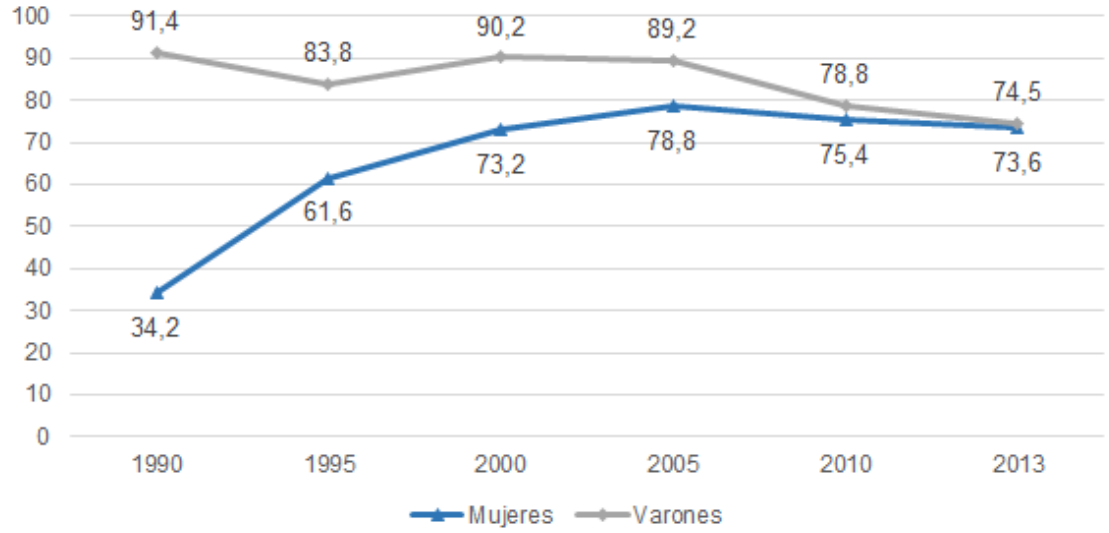
Fuente: elaboración propia a partir de UNECE.

La perspectiva temporal (gráfico 10) muestra que la reducción de la brecha de género en el empleo coincide con la convergencia de las tasas de empleo de las personas sin hijos/as a lo largo de los últimos lustros. Sin embargo, las cifras para las personas con hijos/as no han evolucionado de la misma forma. Hay que señalar que una parte de esa convergencia se debe a la mayor caída del empleo masculino.

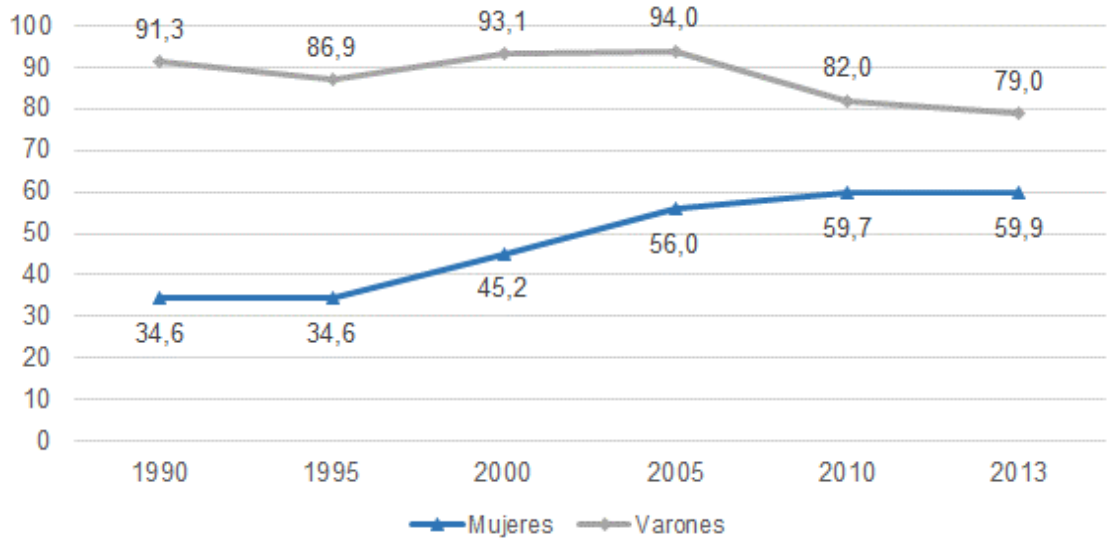
Por otro lado, el número de hijos/as también ejerce un impacto negativo sobre el empleo de las mujeres, mientras que no parece incidir sobre el empleo masculino. El gráfico 11 permite comparar la evolución de las tasas de empleo de mujeres y varones según el número de hijos/as.

Gráfico 10. Evolución de la tasa de empleo de las personas de 25 a 49 años sin hijos/as y con hijos/as menores de 3 años según sexo en España, 1990-2013.

Personas sin hijos/as

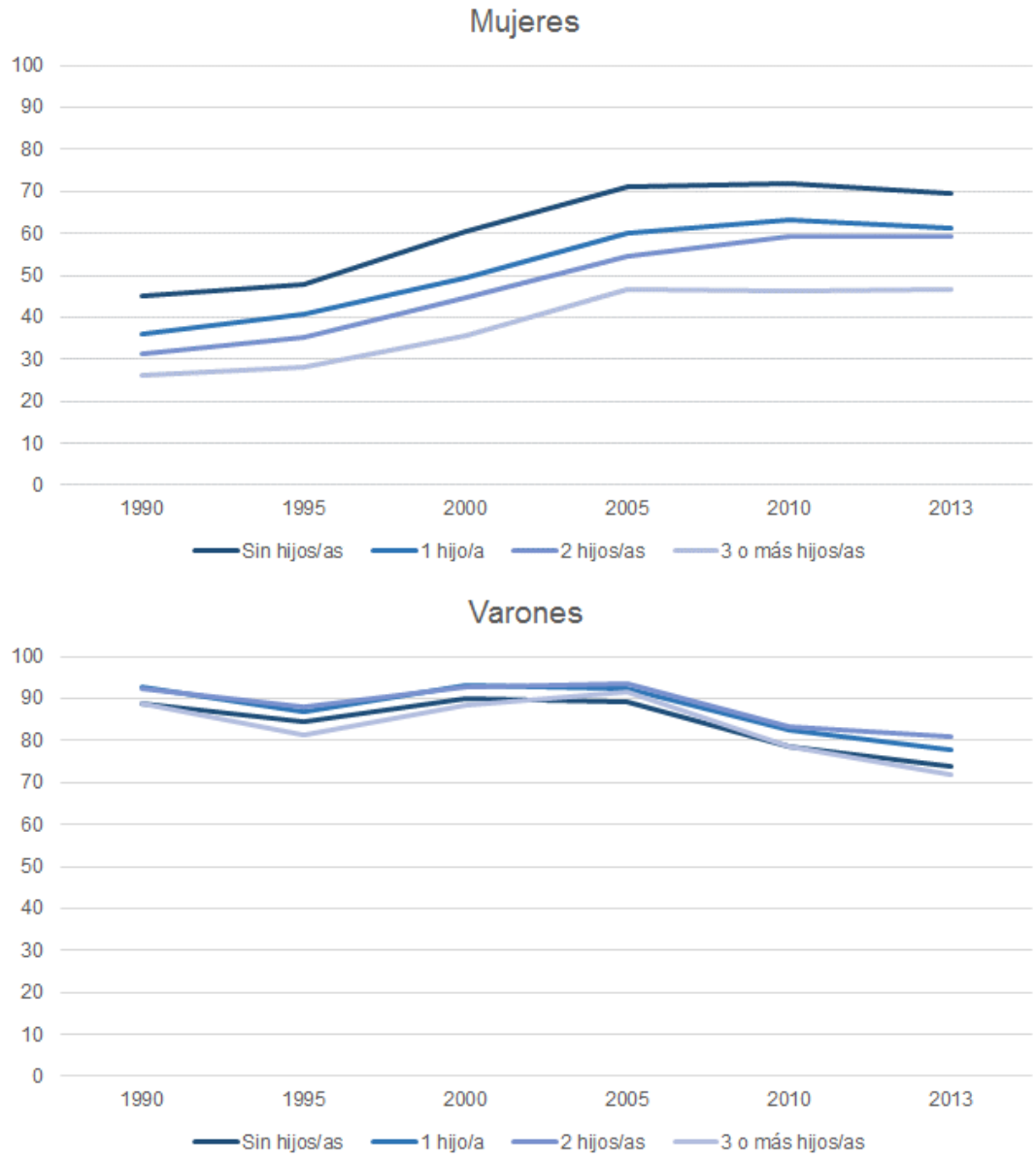


Personas con hijos/as menores de 3 años



Fuente: elaboración propia a partir de UNECE.

Gráfico 11. Evolución de la tasa de empleo de las personas de 25 a 49 años según sexo y número de hijos/as en España, 1990-2013.



Fuente: elaboración propia a partir de UNECE.

Se observa que para las mujeres existe un claro gradiente, que se ha mantenido a lo largo del tiempo, de manera que a medida que el número de hijos/as es mayor el empleo es menor. Para los varones, sin embargo, las cifras no varían según el número de hijos/as.

En definitiva, a pesar de los importantes avances conseguidos en el mundo laboral, se puede concluir que el panorama actual todavía viene definido por la desigualdad. Hoy

sigue siendo válida la síntesis que formulaba Margaret Maruani a comienzos del milenio (2000: 18-19): *si se comparan uno a uno los diferentes indicadores de la desigualdad, la situación desde luego ha evolucionado [...] Sin embargo, en relación con los progresos realizados en materia de formación y de cualificación, y a la vista de la continuidad de las trayectorias profesionales, la distancia entre el "capital humano" de las mujeres y su situación en el mercado de trabajo parece más injusta, más injustificable hoy que ayer.*

Podríamos hablar, como propone Lipovetsky (1999), de un *mixto de avance igualitario y continuidad desigualitaria*, en la medida en que persiste ampliamente la diferencia trabajo masculino/trabajo femenino, que está ligada a la persistencia de la adscripción del trabajo reproductivo a las mujeres.

2.2.4 El trabajo reproductivo

El trabajo reproductivo constituye una cuestión central en la investigación sobre desigualdades de género. En las últimas décadas, este *otro trabajo* se ha consolidado como objeto de estudio en múltiples disciplinas, que han analizado su desigual distribución entre mujeres y hombres, los factores relacionados con ella y sus consecuencias (Ross 1987, Shelton y John 1996, Kroska 1997, Coltrane 2000 y 2010, Lachance-Grzela y Bouchard 2010). La creciente visibilidad de este tema es una manifestación de ese cambio de paradigma que ha significado la teoría feminista. El contexto de cambio social, en el que el modelo de familia "hombre proveedor de ingresos-mujer ama de casa" deja de ser la norma, junto a la constatada continuidad de la desigualdad de género que rige la asignación del trabajo reproductivo, amplían la relevancia de este objeto de estudio.

Hablamos de trabajo reproductivo para referirnos al trabajo doméstico-familiar, esto es, a todas aquellas actividades destinadas a atender las necesidades de los miembros del hogar y de la familia. Al denominarlo "trabajo reproductivo" se pretende, por un lado, subrayar su analogía con el trabajo remunerado, el trabajo de la producción (Del Re 1995:76). Por otro lado, con esta denominación se expresa una realidad más amplia que la que designa el trabajo doméstico, subrayando que *sus actividades y su espacio físico y simbólico no se reducen exclusivamente al hogar o ámbito doméstico* (Carrasquer *et al.* 1998:96).

Según Pilar Carrasquer *et al.* (*ibíd.*: 96-97), el trabajo de la reproducción comprende *las actividades relacionadas con la gestión y el mantenimiento de la infraestructura del hogar y las derivadas de la atención y cuidado (en su más amplia acepción) de los miembros de la familia*, y señalan como sus principales características las siguientes: es un trabajo no remunerado, es un trabajo eminentemente femenino y, en gran medida como consecuencia de lo anterior, es un trabajo invisible, no sólo para la sociedad sino incluso para quienes lo realizan: *la gran mayoría de mujeres que lo llevan a cabo, especialmente aquéllas que se dedican a él en régimen de exclusividad, no son conscientes de que realizan unas actividades que son trabajo necesario para el funcionamiento de la sociedad*.

Desde el punto de vista teórico el trabajo de reproducción social es tan importante para el mantenimiento de la sociedad como el trabajo productivo (Coltrane 2000:1209). Sin embargo, el reconocimiento del trabajo reproductivo como una forma trabajo y de su importancia como trabajo imprescindible para la producción es relativamente reciente. Una aportación relevante en este sentido ha sido el desarrollo de diferentes métodos para cuantificar la aportación de la producción doméstica a la riqueza nacional, ya sea en términos monetarios o en términos de tiempo, con el objetivo de mostrar su contribución fundamental a la economía y al bienestar (Durán 2000, entre otros).

No obstante, actualmente el trabajo reproductivo continúa siendo considerado oficialmente como improductivo, en la medida en que las personas que se dedican principalmente a esta actividad (fundamentalmente mujeres) son calificadas como personas inactivas, que no contribuyen a la producción, junto a las personas jubiladas, incapacitadas, rentistas, o estudiantes. Como señalan Carrasco y Mayordomo (1999: 133), *resulta casi insultante para las amas de casa que se las incluya bajo la misma rúbrica que a quienes, por diversas razones, no realizan ninguna actividad o realizan otro tipo de actividad*.

Al margen del androcentrismo de las categorías estadísticas, esto pone de manifiesto que hablar de trabajo reproductivo implica la revisión y ampliación del concepto de trabajo, trascendiendo su identificación con el empleo o la actividad laboral.

De hecho, el trabajo reproductivo no siempre ha sido conceptualizado y analizado como trabajo. Con frecuencia su abordaje se ha planteado desde la óptica de los roles, reflejando la identificación de la condición femenina con el rol de madre y esposa que Betty Friedan desenmascaró con *La mística de la feminidad* (1963).

Una obra pionera en este planteamiento es *The Sociology of Housework,* publicada en 1974. En el libro, Ann Oakley aborda la realidad de las amas de casa desde la consideración de lo que hacen como trabajo, en lugar de como parte de los roles que la mayoría de las mujeres asumen. La autora concluye que el trabajo reproductivo es alienante, como consecuencia de las condiciones laborales (asilamiento, rutina…).

Más allá de la situación de aquellas mujeres cuya principal actividad es el cuidado de la familia, que constituye en la actualidad una opción minoritaria, la mayoría de las mujeres dedican muchas horas de trabajo al bienestar y la calidad de vida de otras personas. Cuando se trata de mujeres que tienen un trabajo remunerado, el trabajo reproductivo representa lo que Hochshild (1989) denomina “el segundo turno”.

El desarrollo de la investigación sobre el uso del tiempo ha sido clave para cuantificar y visibilizar ese volumen de trabajo. En España, Durán (1986 y 1988), Izquierdo et al. (1988) y Ramos Torre (1990) y Álvaro Page (1996), entre otros, fueron los primeros en analizar el uso del tiempo como indicador de desigualdad de género. Más recientemente, Sevilla-Sanz et al. (2010), Ajenjo Cosp y García Román (2014), y Domínguez Folgueras (2012) han abordado la división del trabajo reproductivo en las parejas españolas a partir de la información sobre el uso del tiempo.

A medida que se ha ido desarrollando la investigación sobre este objeto de estudio, han surgido distintas aproximaciones e incluso nuevos términos, que dan cuenta de diversas ópticas y formas de conceptualizar el problema a investigar. Entre las herramientas teóricas propuestas se encuentran la doble jornada o doble presencia, la carga total de trabajo, el conflicto trabajo-familia o familia-trabajo, la conciliación o el trabajo de cuidados. Ejemplos de estas aproximaciones en España son las aportaciones de Pilar Carrasquer (2004 y 2012), Teresa Torns (2005), Constanza Tobío (2002, 2010 y 2012), Natalia Papí (2005) y Cristina Carrasco y M. Domínguez (2011) por citar algunas.

El análisis del trabajo reproductivo está inextricablemente ligado al trabajo remunerado. Por una parte, porque nos remite a la división sexual del trabajo y al necesario vínculo individuo productivo-infraestructura doméstica. Por otra, porque la incorporación generalizada de las mujeres a la actividad laboral problematiza el trabajo reproductivo. La denominada crisis de los cuidados hace referencia a ese nuevo escenario, en el que la asignación del trabajo reproductivo a las mujeres ya no es válida, y emerge como problema la cuestión de quién se ocupa de cuidar a quienes lo necesitan. Como señalan Tobío y

otras (2012: 12), las *formas tradicionales de cuidar a las personas, en la familia y a cargo de las mujeres, no son ya posibles, ni se consideran deseables*.

Pero también aparece como problemática la baja fecundidad, muy por debajo del reemplazo generacional (1,32 en España, 1,58 como promedio en la UE), que en parte parece una respuesta de las mujeres a la imposibilidad de asumir ambos trabajos.

El enorme cuerpo de conocimiento generado en las últimas décadas sobre el trabajo reproductivo no sólo ha documentado ampliamente que el trabajo reproductivo continúa siendo fundamentalmente realizado por las mujeres, sino que también ha dado lugar a diversas aproximaciones teóricas a la comprensión de los mecanismos que intervienen en la asignación de este trabajo.

Así, el análisis de la división del trabajo reproductivo se ha abordado desde diferentes modelos explicativos. Desde una perspectiva micro, centrada en los individuos, los diversos enfoques se inscriben por un lado en supuestos económicos y por otro en teorías sociológicas y de género.

Las primeras hipótesis plantean que el reparto del trabajo reproductivo se realiza en función de los recursos de los miembros del hogar –ingresos, tiempo disponible o poder. Así, la teoría de la disponibilidad de tiempo identifica la mayor dedicación de las mujeres al trabajo doméstico-familiar como consecuencia de su menor dedicación al trabajo remunerado. Por otro lado, la teoría de los recursos relativos plantea que la asignación del trabajo reproductivo se realiza en función de los recursos de los miembros de la pareja. Dos vertientes emergen de esta posición: por un lado, se afirma que la asignación del trabajo doméstico-familiar responde al objetivo de maximizar el beneficio de la unidad familiar, de manera que los menores ingresos de las mujeres justifican su mayor dedicación al trabajo reproductivo; por otro, asumiendo una visión negativa del trabajo doméstico-familiar, se postula que el miembro de la pareja con más recursos (poder) utilizará su ventaja para negociar su menor aportación a ese trabajo.

Estos planteamientos, que remiten a las nociones de intercambio, racionalidad, elección y negociación, no pueden explicar por qué las mujeres continúan haciendo la mayor parte del trabajo reproductivo cuando su dedicación al trabajo remunerado o sus ingresos se equiparan a los de sus parejas (Brines 1994, Bittman et al. 2003, Greenstein 2000).

Así, la realidad apunta a la importancia de la categoría de género, con diversas teorías en las que los conceptos clave son socialización, estructura social, identidad, valores, ideología, etc. Estas teorías (*doing gender*, *gender performance theory*, *gender display*) subrayan el papel de la socialización diferencial y la identidad de género, y postulan que el reparto del trabajo reproductivo será más o menos equitativo en función de la tendencia de cada persona a adaptar su comportamiento a las expectativas del rol de género, del grado en que la persona se identifica con la ideología tradicional de género, etc. (West & Zimmerman 1987, Potuchek 1997, Vijayasiri 2011, Schnedier 2011).

Más recientemente, numerosos estudios han señalado la importancia del nivel de análisis macro, abordando el papel del contexto social (Fuwa 2004, Geist 2005, Knudsen 2008, Voicu 2009, Bülhman 2010, Ruppanner 2010, Treas 2012, entre otros).

La evidencia empírica a lo largo de las últimas décadas ha revelado la fuerte persistencia del reparto desigual del trabajo reproductivo, con independencia de la contribución de las mujeres a los ingresos o de la ideología de género de la pareja. (Bittman et al. 2003; Brines 1994; Greenstein 2000).

Hay que señalar que la investigación sobre el trabajo reproductivo se caracteriza por la variabilidad en la propia definición del objeto de estudio. En una revisión de la literatura científica sobre el trabajo reproductivo, Shelton y John (1996) señalan que la mayoría de los estudios no incluyen una definición explícita del trabajo reproductivo, que debe ser inferida del modo en que se mide. No obstante, consideran que emerge una conceptualización consistente, aunque con algunas variantes. Las principales variantes se refieren a la inclusión o no del cuidado de menores, el trabajo de cuidado de otras personas y el trabajo emocional. En ocasiones se habla de trabajo no remunerado, denominación que incluye también el trabajo voluntario, que desde nuestra perspectiva se refiere a una realidad distinta.

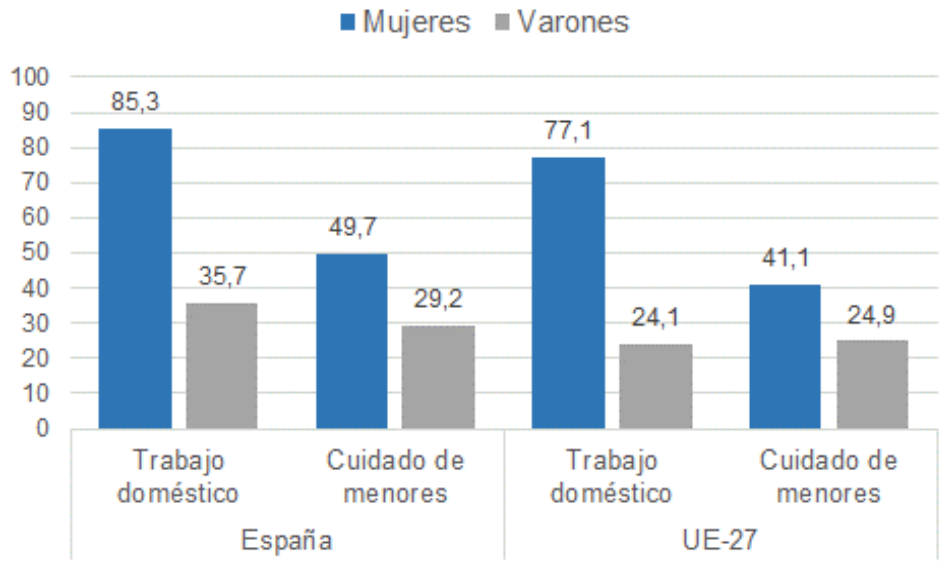
En general, las estadísticas sobre uso del tiempo aportan información relativa al trabajo reproductivo, bien diferenciando trabajo doméstico y trabajo de cuidado o bien de forma agregada, y la categoría de cuidado en ocasiones se refiere específicamente al cuidado de menores y otras veces integra también el cuidado de adultos.

Según el Índice de Igualdad de Género elaborado por el Instituto Europeo para la Igualdad de Género (EIGE 2013), que proporciona de forma sintética una medida de la magnitud de

la brecha de género en los distintos ámbitos en la Unión Europea, el tiempo es la dimensión en que existe una mayor brecha de género en España, pero también en los países con menor grado de desigualdad, como Suecia o Finlandia. Dentro de este componente, la brecha es mucho mayor con relación al trabajo doméstico que con relación al cuidado de menores.

El gráfico 12 muestra la proporción de personas ocupadas que declaran dedicar una hora diaria o más a ambos tipos de actividades. En el conjunto de la UE, tres de cada cuatro mujeres ocupadas dedican cada día una hora o más al trabajo doméstico, frente a uno de cuatro varones. En España, las cifras son del 85,3% y 35,7%, respectivamente. Con respecto al cuidado de menores, la mitad de las mujeres españolas ocupadas dedican diariamente al menos una hora de su tiempo al cuidado de sus hijos/as o nietos/as, frente a un porcentaje del 29,2% en los varones. El promedio en la UE es del 41,1% para las mujeres y del 24,9% para los varones.

Gráfico 12. Proporción de personas ocupadas de 15 y más años que dedican una hora diaria o más a actividades de trabajo doméstico y de cuidado de menores*. España y Unión Europea (UE-27), 2010.



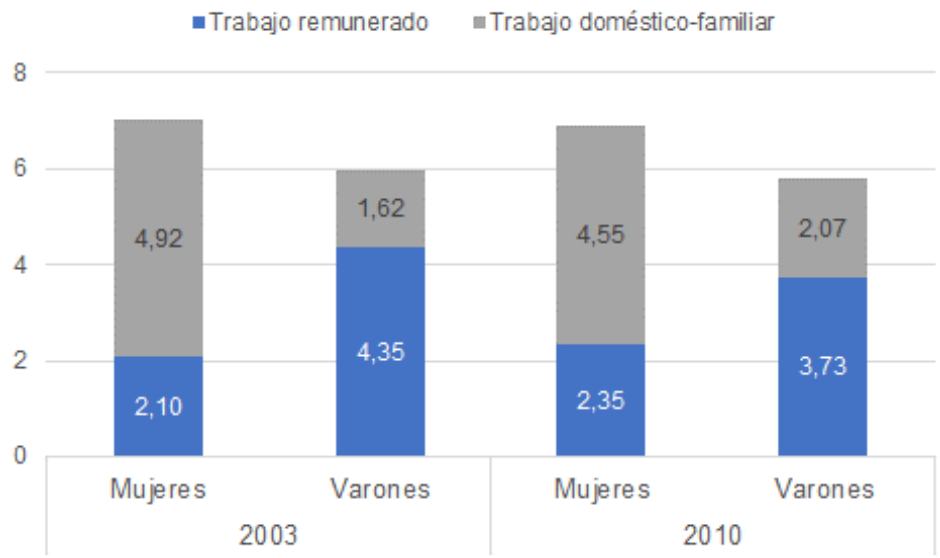
*Cuidado o educación de sus hijos/as y nietos/as.

Fuente: EIGE (2013b).

Por tanto, la brecha de género en la implicación en el trabajo doméstico alcanza los cincuenta puntos porcentuales en España, mientras que en el cuidado de menores la distancia es de 20 puntos. Por otro lado, se observa una menor implicación en estas actividades en el conjunto de la UE con respecto a España, tanto en varones como en mujeres.

En España, globalmente el promedio de tiempo diario dedicado al trabajo doméstico-familiar (incluyendo cuidado de menores y de personas adultas) supera las 4 horas y media para las mujeres, frente a 2 horas en los hombres (gráfico 13). Con respecto a 2003, estos datos reflejan un ligero descenso del tiempo dedicado al trabajo reproductivo por las mujeres y un aumento del que dedican los varones. Lo que no ha cambiado es el tiempo total de trabajo, remunerado y reproductivo, que alcanza las 7 horas para las mujeres, frente a 6 para los varones.

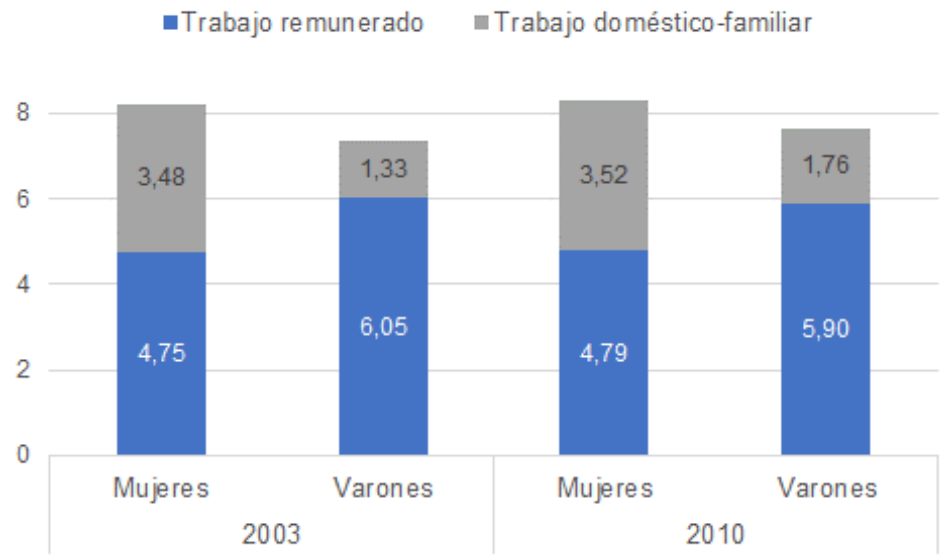
Gráfico 13. Tiempo medio diario dedicado al trabajo remunerado y doméstico-familiar según sexo en España, 2003 y 2010.



Fuente: elaboración propia a partir de UNECE.

Cuando este análisis se realiza para las personas que tienen un trabajo remunerado (gráfico 14), las mujeres dedican un promedio de 3 horas y media al trabajo doméstico-familiar, justo el doble que los varones, y su tiempo total de trabajo también es mayor.

Gráfico 14. Tiempo medio diario dedicado al trabajo remunerado y doméstico-familiar por las personas ocupadas según sexo en España, 2003 y 2010.

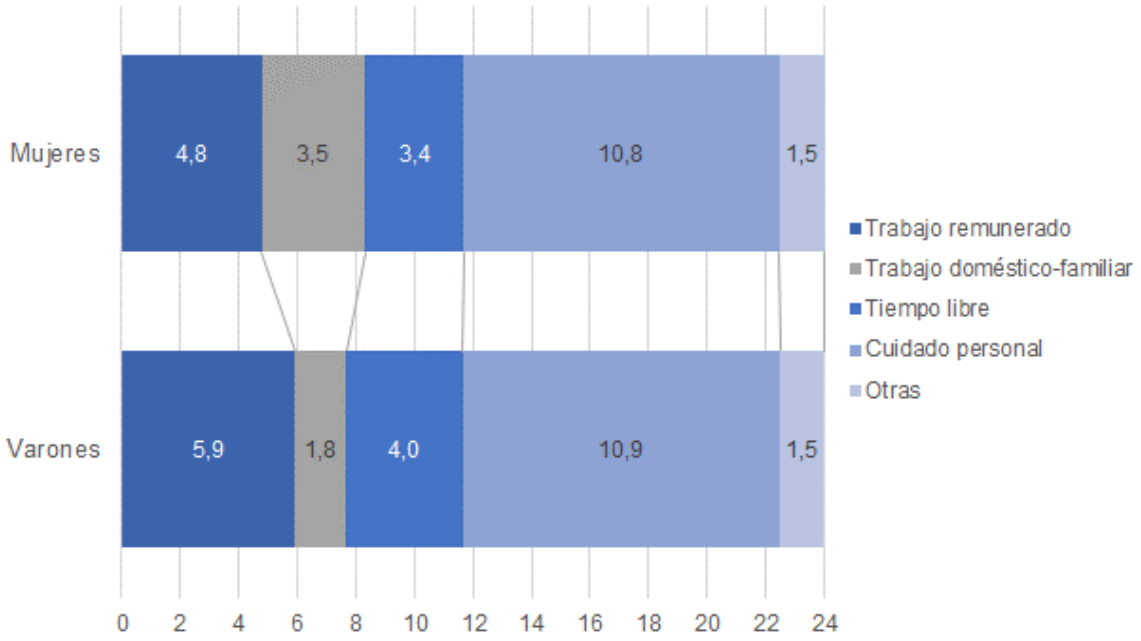


Fuente: elaboración propia a partir de UNECE.

Al comparar los datos de 2010 con los de 2003, se observa un ligero incremento en el tiempo que dedican a este trabajo los varones, mientras que el tiempo dedicado por las mujeres ocupadas se ha mantenido. El gráfico 15 muestra que las mujeres compensan esta mayor carga de trabajo con menor tiempo libre.

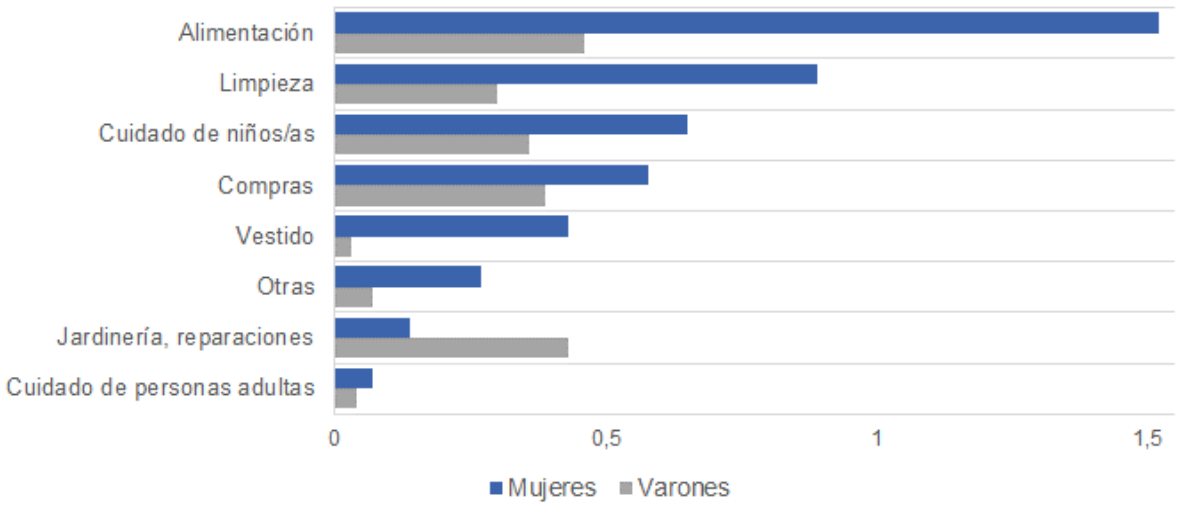
En cuanto a las distintas actividades comprendidas en el trabajo doméstico familiar (gráfico 16), las actividades que más tiempo suponen son las relacionadas con la alimentación –donde el tiempo dedicado por las mujeres triplica el de los varones: una hora y media frente a media hora-, seguidas de limpieza, cuidado de menores y compras. En términos relativos los hombres asumen un 40% del tiempo dedicado a compras y un 35% del tiempo de cuidado de menores. La menor participación de los varones corresponde a las actividades de vestido (6,5% del tiempo total), mientras que en jardinería y reparaciones ellos se ocupan de la mayor parte del trabajo.

Gráfico 15. Uso del tiempo por las personas ocupadas según sexo en España, 2010.



Fuente: elaboración propia a partir de UNECE.

Gráfico 16. Tiempo medio diario dedicado al trabajo doméstico-familiar según sexo y actividad en España, 2010.



Fuente: elaboración propia a partir de UNECE.

Dada la diversidad de formas familiares y la complejidad que resulta de los múltiples factores que intervienen en el reparto del trabajo doméstico-familiar, resulta particularmente

interesante dirigir la atención al reparto del trabajo reproductivo en las parejas de doble ingreso.

En Estados Unidos, este tipo de parejas han centrado el interés desde hace tiempo, con estudios como los de Coltrane (1989) y Presser (1994). En España las contribuciones al respecto son más recientes, con trabajos como el de Álvarez y Miles (2003), que concluye que incluso cuando los ingresos y el nivel educativo de los miembros de la pareja son similares, existen diferencias significativas en el tiempo que dedican al trabajo reproductivo. Otro ejemplo es el estudio de Ajenjo Cosp y García Román (2011), quienes encuentran que a diario las mujeres dedican al trabajo reproductivo más del doble de tiempo que sus parejas, y esta diferencia se incrementa enormemente los fines de semana, cuando la contribución de los varones es prácticamente inexistente.

Las razones que explican la dificultad del cambio en este ámbito tienen que ver con la persistencia de la división sexual del trabajo. Carole Pateman (1995:311-313) señala que la incorporación de las mujeres al espacio público no trastoca la división patriarcal del trabajo, y argumenta que la combinación de igualdad pública y desigualdad privada no es una contradicción del patriarcado moderno, sino que la igualdad jurídica y la desigualdad social forman una estructura social coherente con el contrato sexual.

En las parejas de doble ingreso, el desigual reparto del trabajo reproductivo aparece como una fuente de conflicto y de malestar. Como apunta Mª Ángeles Durán (2005:47), *la doble jornada es pura y simple explotación y no puede enmascararse bajo el argumento de que se trata de una opción voluntaria. Muchas mujeres la asumen como el precio de su libertad personal, pero no puede perdurar como solución satisfactoria a nivel individual ni a nivel colectivo.*

Se trata de una situación de desigualdad que afecta a las mujeres, pero también a la calidad y la estabilidad de las relaciones de pareja (Suitor 1991, Kluwer 1996, Wilkie 1998, Kaufman 2000, Stevens 2001, Lavee 2002, Saginak 2005, Yodanis 2005, Schobe 2013). Y este desigual reparto es, sin duda, una manifestación de la permanencia de la dominación masculina.

2.2.5 Modelos de familia en el reparto del trabajo remunerado y reproductivo

La investigación sociológica sobre la configuración actual de las relaciones familiares identifica tres modelos de familia, a modo de tipos ideales: el modelo tradicional, que corresponde a la separación de roles varón proveedor de ingresos – mujer ama de casa; un modelo intermedio o de transición, en el que la mujer asume la incorporación al trabajo remunerado al tiempo que mantiene el rol de responsable del espacio doméstico; y el modelo de igualdad, en el que mujeres y hombres asumen un rol activo tanto en el trabajo remunerado como en el trabajo doméstico-familiar.

Los estudios en torno a las preferencias de la población respecto a las formas de familia parten de esta tipología. Así, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) ha utilizado las siguientes categorías para indagar sobre el modelo ideal de familia:

> *Una familia en la que tanto el hombre como la mujer trabajan fuera de casa y se reparten las tareas del hogar y el cuidado de los hijos*
>
> *Una familia donde la mujer trabaje a tiempo parcial fuera de su casa y se ocupe de la mayor parte de las tareas del hogar y del cuidado de los hijos*
>
> *Una familia donde sólo el hombre trabaje fuera de casa y la mujer se ocupe de las tareas del hogar y del cuidado de los hijos*

El modelo intermedio o de doble rol de las mujeres, que corresponde en gran medida a una situación de doble jornada para ellas, se formula aquí de manera que remite a una situación potencialmente deseable, a medio camino entre la opción tradicional y la igualitaria.

Esa formulación original ha dado paso a otra en la que se definen unas categorías neutras desde la perspectiva de género. Así, a partir de 2008[*] las categorías de respuesta que se presentan como opciones son:

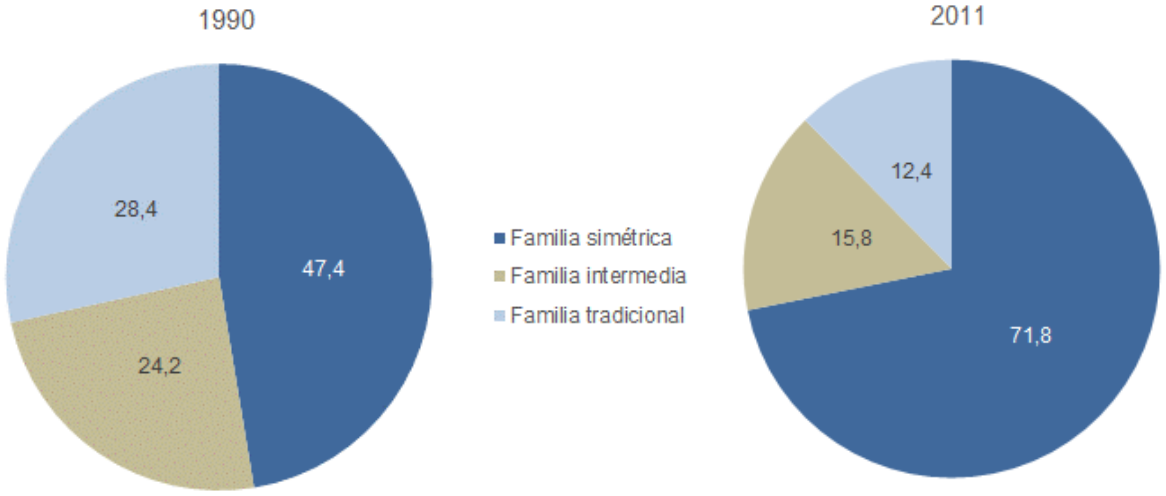
> *Una familia en la que los dos miembros de la pareja tienen un trabajo remunerado con parecida dedicación y ambos se reparten las tareas del hogar y el cuidado de los hijos, si los hay*
>
> *Una familia en la que uno de los miembros de la pareja tiene trabajo remunerado con menor dedicación y se ocupa de la mayor parte de las tareas del hogar y del cuidado de los hijos, si los hay*
>
> *Una familia en la que sólo un miembro de la pareja tiene trabajo remunerado y el otro se encarga del cuidado del hogar y de los hijos, si los hay*

[*] Estudio 2766.

La principal modificación que introduce esta nueva formulación afecta a las opciones no igualitarias, en las que los roles diferenciados no se asignan de forma explícita a los géneros. No obstante, la vigencia de los roles de género dificulta la representación como ideales de formas familiares donde la dedicación al trabajo remunerado y reproductivo sea intercambiable.

En la medida en que el cambio no trastoca esencialmente el significado de las distintas opciones, es posible observar la evolución que ha tenido lugar en España. El gráfico 17 refleja la transformación de las preferencias de la población respecto a las formas de familia[*]. En 1990, el modelo igualitario o simétrico era el preferido por la mitad de la población, y en 2011 siete de cada diez personas identifican este modelo como ideal. El aumento de la familia simétrica como ideal corresponde a un enorme retroceso en la preferencia por la familia tradicional y, en menor medida, del modelo intermedio.

Gráfico 17. Distribución porcentual del modelo ideal de familia en España, 1990 y 2011.



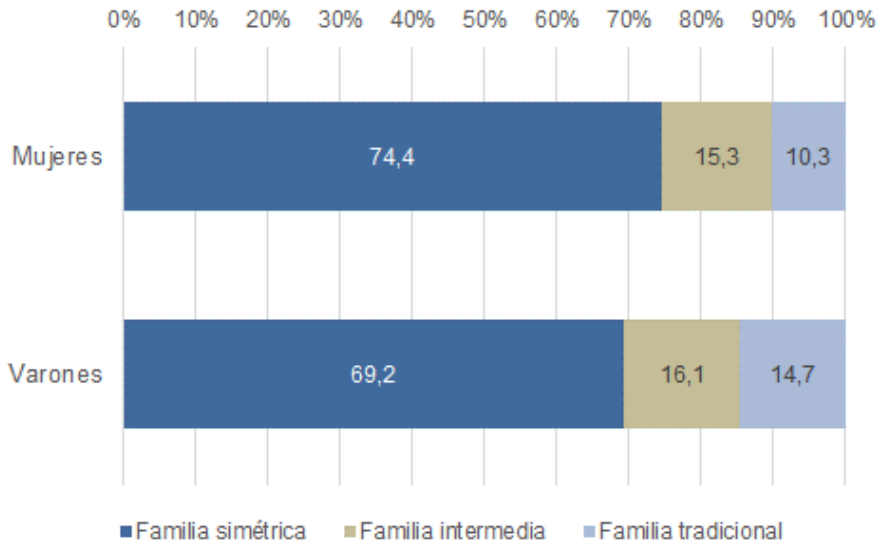
Fuente: elaboración propia a partir de CIS, estudios 1867 y 2911.

Cabe preguntarse en qué medida el género condiciona estas preferencias. El gráfico 18 refleja una mayor inclinación de las mujeres por el modelo igualitario, considerado el ideal

[*] El enunciado de la pregunta varía en los dos estudios comparados, si bien sólo en la formulación introductoria:
Estudio 1867: *Como Vd. sabe, actualmente existen diferentes formas de familia. De las tres posibilidades que le voy a leer a continuación, ¿podría decirme cuál se acerca más a su forma ideal de familia?*
Estudio 2911 (2011)*: En una familia, el trabajo dentro y fuera del hogar puede organizarse de diferentes formas. De las tres posibilidades que le voy a leer a continuación, ¿podría decirme cuál se acerca más a su forma ideal de familia?*

por tres de cada cuatro. Sólo una de cada diez mujeres prefiere una familia tradicional, y entre los varones la proporción es del 15%. Estas diferencias nos remiten al hecho innegable de que tras las distintas opciones sobre las relaciones familiares subyacen para mujeres y hombres ventajas y desventajas desiguales.

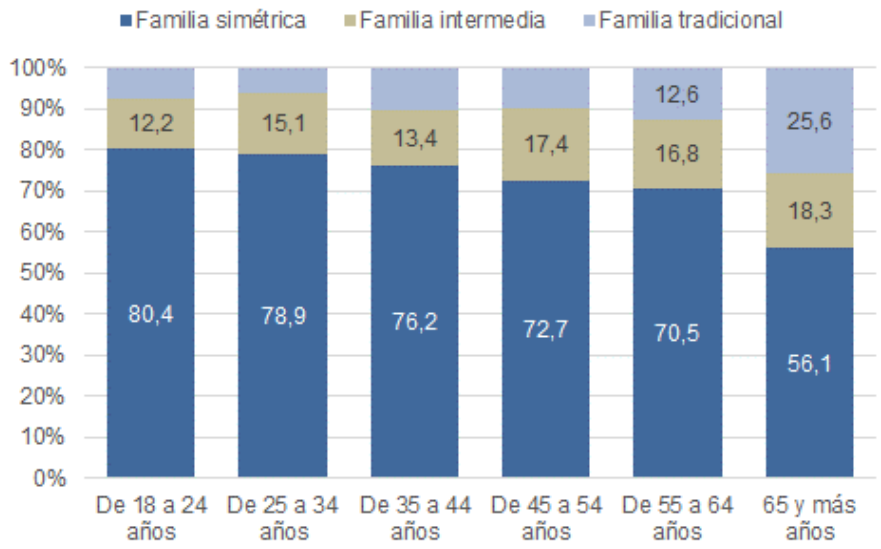
Gráfico 18. Distribución porcentual del modelo ideal de familia según sexo en España, 2011.



Fuente: elaboración propia a partir de CIS, estudio 2911 (barómetro septiembre 2011).

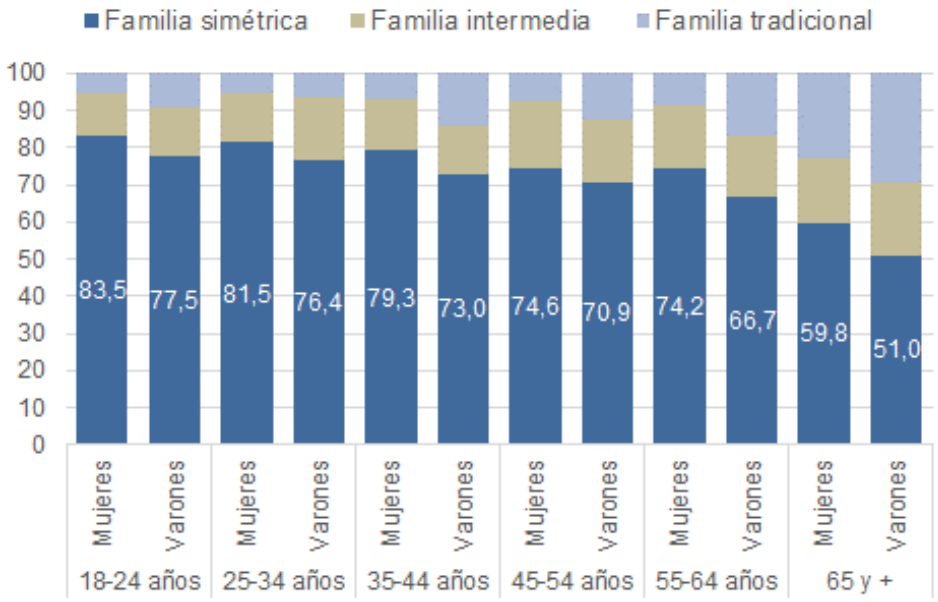
Detrás de estas proporciones se esconden amplias diferencias en función de la edad, como muestran los gráficos 19 y 20. Se observa que a medida que la edad es menor, disminuye sustancialmente la proporción de personas que identifican la familia tradicional modelo de familia como ideal. En las generaciones más jóvenes, ocho de cada diez personas manifiestan que prefieren un modelo de familia simétrico, y quienes se inclinan por el modelo tradicional representan una proporción inferior al 8%. En el otro extremo, entre las personas de más edad una de cada cuatro elige la familia tradicional, y el porcentaje de quienes consideran como ideal la familia igualitaria desciende considerablemente.

Gráfico 19. Distribución porcentual del modelo ideal de familia según edad en España, 2011.



Fuente: elaboración propia a partir de CIS, estudio 2911 (barómetro septiembre 2011).

Gráfico 20. Distribución porcentual del modelo ideal de familia según sexo y edad en España, 2011.



Fuente: elaboración propia a partir de CIS, estudio 2911 (barómetro septiembre 2011)

En todos los grupos de edad se producen las diferencias entre mujeres y varones antes observadas, y las más amplias tienen lugar a partir de los 55 años. En la mayoría de los grupos de edad, la preferencia por la familia tradicional entre los varones duplica las cifras para las mujeres. Entre las mujeres menores de 45 años, ocho de cada diez prefieren una familia igualitaria, y en los tramos de 45 a 64 años de edad es la opción preferida por tres de cada cuatro mujeres.

Tanto la perspectiva temporal como el análisis de la variable edad permiten afirmar que actualmente en la sociedad española el modelo tradicional está en claro retroceso, y se impone como referente la familia simétrica.

Pero es en el plano de las actitudes donde se ha producido esta transformación. Sabemos que con frecuencia la distancia entre lo ideal y la realidad es amplia (véase, por ejemplo, Alberdi 2010). Una cuestión distinta es en qué medida la preferencia por una familia igualitaria señala una aspiración, una meta que puede llegar o no a trasladarse al comportamiento, o más bien constituye un reflejo de la asimilación de los valores igualitarios meramente en el nivel del discurso.

Esta distinción se encuentra en la base de la teoría de las preferencias desarrollada por la socióloga británica Catherine Hakim (2000). Se trata de una propuesta teórica de gran repercusión en la literatura académica, y que ha generado un intenso debate. En la línea de las tesis de la individualización, esta teoría subraya la importancia de los valores y las decisiones individuales, planteando que la elección entre trabajo remunerado y trabajo reproductivo (para las mujeres) constituye un rasgo esencial de las sociedades contemporáneas. Se trata de un planteamiento que explica la posición de las mujeres en el mundo laboral –y también su fecundidad- a partir de sus valores y preferencias personales, que son heterogéneos.

La teoría de las preferencias postula que, como consecuencia de los cambios acaecidos a lo largo de las últimas décadas, las mujeres del siglo XXI se encuentran con un nuevo escenario de opciones y oportunidades, entre las que destaca la posibilidad de elegir entre empleo y familia. En este nuevo escenario, el conflicto entre producción y reproducción como actividad central en la vida se afronta de diversas formas. Así, Hakim identifica tres opciones o posibles orientaciones en las preferencias de las mujeres del siglo XXI en relación con los estilos de vida: centradas en el trabajo, centradas en el hogar, y

adaptativas. La autora señala que, de la misma forma que ser madre no forma parte de las aspiraciones de todas las mujeres, hay mujeres que prefieren no trabajar y dedicarse al trabajo reproductivo, si bien ambos perfiles constituyen una minoría. La mayoría de las mujeres corresponden al perfil adaptativo, esto es, no priorizan ni trabajo ni familia, sino que prefieren combinar ambos. Para ella, las características de la participación femenina en el mercado de trabajo no responden a la desigualdad y la discriminación estructurales, sino que constituyen un reflejo del comportamiento de las mujeres y de su elección entre las distintas opciones de estilos de vida.

Una interesante idea de la teoría de las preferencias señala que la heterogeneidad en las prioridades de las mujeres genera conflictos de intereses entre los distintos perfiles de mujeres, lo cual proporciona una enorme ventaja a los varones –cuyos intereses son homogéneos-, y esta ventaja es una de las causas de la continuidad de la dominación masculina (Hakim 2000:8-10).

Según Hakim, los valores y las preferencias de estilos de vida constituyen el principal determinante de las decisiones de las mujeres respecto al trabajo remunerado y también respecto a su fecundidad. Para la autora, es fundamental la distinción entre valores y actitudes causales -que determinan el comportamiento- y no causales. Así, el vínculo entre actitudes y comportamiento sólo se produce para las preferencias y metas personales, mientras que las actitudes sociales generales, las creencias sobre lo que se considera deseable en la sociedad, no son determinantes en relación con el comportamiento individual (Hakim 2003: 73-74).

En este sentido, la distancia entre ideales y realidades en los modelos de familia no puede atribuirse en exclusiva a la existencia de barreras de diversa índole para materializar las aspiraciones vitales, porque al identificar como ideal uno de los distintos modelos de familia, se espera que la persona identifique aquello que quiere para su propia vida, pero su respuesta puede estar condicionada por esas creencias que no se manifiestan en el nivel de la acción, por lo políticamente correcto.

A pesar del interés de algunas de sus aportaciones, la teoría de las preferencias aparece como una propuesta antifeminista, en la medida en que no problematiza la tradicional división del trabajo entre los géneros ni sus consecuencias.

Los análisis de la ciudadanía desde la perspectiva de género han desvelado cómo el trabajo reproductivo, el cuidado, aparece como una obligación femenina que convierte a las mujeres en ciudadanas de segundo orden. Como señala Chiara Saraceno (2004), la asignación a las mujeres de la responsabilidad del cuidado da lugar a una dependencia económica que limita sus capacidades como ciudadanas y su participación completa en la vida social y política. Coincidimos con la autora en que *una ciudadanía con género no significa desarrollar modelos de ciudadanía diferentes para hombres y para mujeres, ni reconocer distintas bases para los derechos que de ella se deriven* (ibíd.: 257-258). Frente a ello, Saraceno plantea que *ni la responsabilidad ni la capacidad de cuidar son específicas de un género*, sino que se trata de una *responsabilidad colectiva de la sociedad* y una *responsabilidad moral de las personas* (ibíd.: 273).

De estas premisas se deriva que la familia de roles simétricos constituye el único modelo que no perpetúa la desigualdad de género, permitiendo a las mujeres acceder plenamente a los derechos de ciudadanía. En palabras de María Pazos (2008:229 y ss.), el modelo de familia de personas sustentadoras/cuidadoras en igualdad, que está basado en una concepción de la ciudadanía neutral respecto al género, *es la vía para resolver las disyuntivas* entre trabajo y familia. Ahora bien, ese modelo requiere apoyo institucional.

De hecho, que al priorizar trabajo o familia o al optar por una u otra forma de familia se esté realizando una elección libre es cuanto menos discutible, particularmente en países como España, con un escaso desarrollo de políticas públicas de apoyo a las familias de doble ingreso. La abundante literatura sobre la importancia de los factores estructurales, con trabajos como el de Moreno Mínguez (2007), ha mostrado que el contexto social, cultural e institucional influye en las decisiones que se adoptan en relación con el trabajo remunerado, la reproducción y la familia.

Para comprender los procesos que dan lugar a la formación de un modelo de pareja y de familia basado en roles simétricos o en roles diferenciados el análisis ha de tener en cuenta que no se trata de decisiones que se toman en el plano individual, sino en el de la pareja. De ello se deriva que las opciones respecto al papel de los miembros de la pareja en relación con el trabajo remunerado y reproductivo no se plantean sólo a las mujeres, sino que los varones están necesariamente involucrados.

Se trata, en definitiva, de una cuestión de gran complejidad, en la que confluye el nivel macro y micro de análisis. Por un lado, es necesario reconocer la importancia de los

factores estructurales, en particular de las políticas públicas, pero también de las normas y los roles de género; por otro, hay que prestar atención al plano individual y relacional, teniendo en cuenta la diversidad, no sólo porque mujeres y hombres pueden definir diferentes prioridades a la hora de construir sus vidas, sino también porque la realidad social es muy diversa en función de variables como la clase social, el nivel de estudios…

Por otro lado, al considerar los factores que pueden intervenir en cómo las parejas establecen los términos de reparto del trabajo remunerado y reproductivo conviene recordar la desigualdad estructural que caracteriza el mundo laboral, que implica que incluso en las parejas simétricas, es probable que las mujeres ocupen una posición de desventaja con respecto a sus compañeros, tanto en ingresos como en condiciones laborales (temporalidad, posibilidades de desarrollo profesional…).

2.2.6 Las parejas de doble ingreso, ¿un modelo igualitario?

¿Cuál es, entonces, el panorama actual respecto al papel de mujeres y hombres en la familia? Las estadísticas sobre la forma que adoptan las relaciones familiares en la actualidad señalan que la familia tradicional se ha convertido ya en un fenómeno minoritario, y el modelo que aparece como mayoritario es una familia en que ambos trabajan (tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual de las parejas* según contribución de sus miembros a los ingresos en Europa, 2010.

	Parejas de doble ingreso	Parejas de varón sustentador	Parejas de mujer sustentadora
Alemania	65,6	22,4	12,0
Austria	68,3	22,1	9,6
Bélgica	75,5	19,5	5,0
Dinamarca	81,4	11,3	7,3
Eslovaquia	72,6	19,5	7,9
Eslovenia	72,2	16,4	11,4
España	**63,3**	**30,4**	**6,3**
Estonia	66,1	21,0	12,9
Finlandia	76,8	12,7	10,5
Francia	74,2	16,3	9,5
Grecia	54,2	37,0	8,7
Holanda	75,2	18,2	6,6
Hungría	60,2	27,1	12,7
Islandia	86,3	9,0	4,7
Italia	53,8	35,9	10,4
Letonia	65,7	20,7	13,6
Lituania	66,8	18,8	14,4
Luxemburgo	61,5	29,3	9,3
Noruega	82,6	10,6	6,8
Polonia	58,2	31,0	10,9
Portugal	63,2	25,1	11,7
Reino Unido	68,0	20,8	11,3
Rep. Checa	64,4	27,2	8,4
Suecia	80,1	10,7	9,3
Promedio	69,0	21,4	9,6

*Parejas con al menos un miembro trabajando.

Fuente: European Commission (2013a), a partir de datos de la Encuesta Europea de Condiciones de Vida y Trabajo 2010.

En Europa siete de cada diez parejas en edad activa son parejas de doble ingreso. Tras este promedio existen variaciones enormes entre países: en Suecia y Dinamarca, la proporción es de ocho de cada diez, mientras que en Italia o Grecia la cifra apenas supera el 50%.

Como promedio, el modelo de varón sustentador representa tan sólo una quinta parte de la realidad, y uno de cada diez hogares tiene a una mujer como única sustentadora. El modelo de proveedor masculino supera el 25% en Portugal, Hungría, República Checa, Luxemburgo, España y Polonia, y alcanza las cifras máximas (por encima del 35%) en Italia y Grecia.

Y, sin embargo, esta configuración de las relaciones familiares continúa asignando en gran medida papeles diferenciados a mujeres y hombres. No sólo en la asignación del trabajo reproductivo: con frecuencia, las parejas con dos ingresos están desequilibradas tanto en la contribución a los ingresos como en la dedicación al trabajo remunerado.

En efecto, la denominación *parejas de doble ingreso* remite a aquellas parejas en que ambos miembros tienen un trabajo remunerado, con independencia de cuál sea la dedicación al trabajo. Esto implica que el modelo de doble rol, en el que las mujeres mantienen la responsabilidad del trabajo reproductivo y asumen como rol secundario el trabajo remunerado, en forma de trabajo a tiempo parcial, queda incluido bajo esta rúbrica. Esta acepción introduce una limitación a la hora de analizar las formas familiares en términos de igualdad o desigualdad de género, al no distinguir el modelo igualitario del modelo intermedio o de transición. Desde esta perspectiva, resulta más útil una conceptualización de las parejas de doble ingreso en sentido restringido, referida a aquellas donde ambos miembros de la pareja trabajan a tiempo completo.

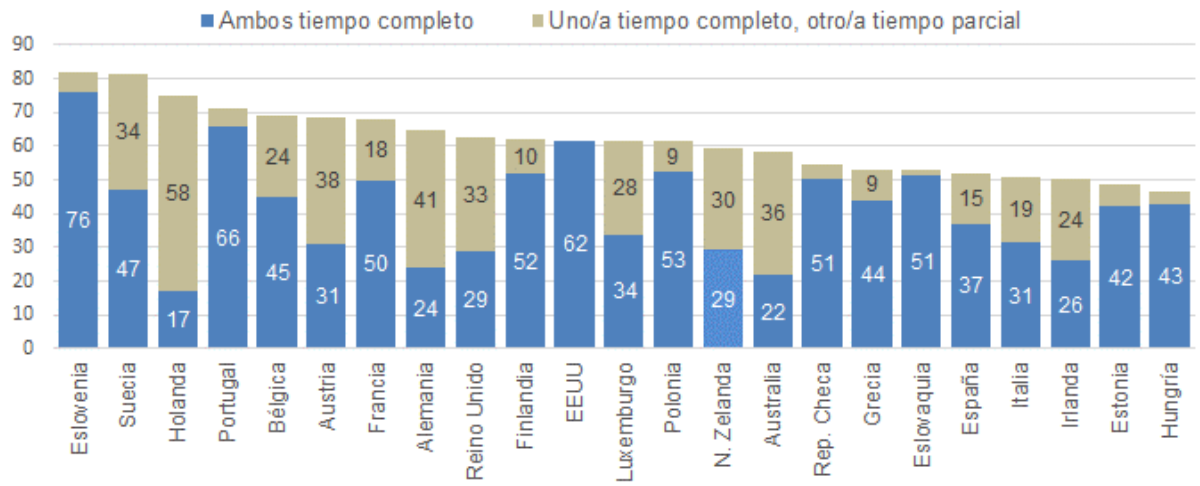
Los datos de un reciente estudio (OECD 2012) sobre el patrón de trabajo de las parejas con hijos/as menores de 15 años en la OCDE señalan que las familias con dos ingresos son el modelo mayoritario en casi todos los países, pero al diferenciar la dedicación al trabajo de los miembros de la pareja se observa que ello no siempre remite a parejas simétricas.

El gráfico 21 presenta la proporción de hogares de doble ingreso entre las familias con hijos/as menores de 15 años según la dedicación al trabajo de los miembros de la pareja.

Aunque esta información no permite establecer qué miembro de la pareja asume la menor dedicación, cabe inferir que será principalmente la mujer.

Se observa que algunos de los países con elevadas proporciones de familias de doble ingreso (por encima del 60%), corresponden en realidad mayoritariamente a un modelo de transición. Es el caso de Holanda, Austria, Alemania o Reino Unido, donde la opción de que uno de los miembros de la pareja trabaje a tiempo parcial es más frecuente que las parejas de doble ingreso en sentido estricto, esto es, donde ambos miembros de la pareja trabajan a tiempo completo.

Gráfico 21. Proporción de parejas con hijos/as de 0 a 14 años donde ambos miembros de la pareja trabajan según dedicación al trabajo, 2009.



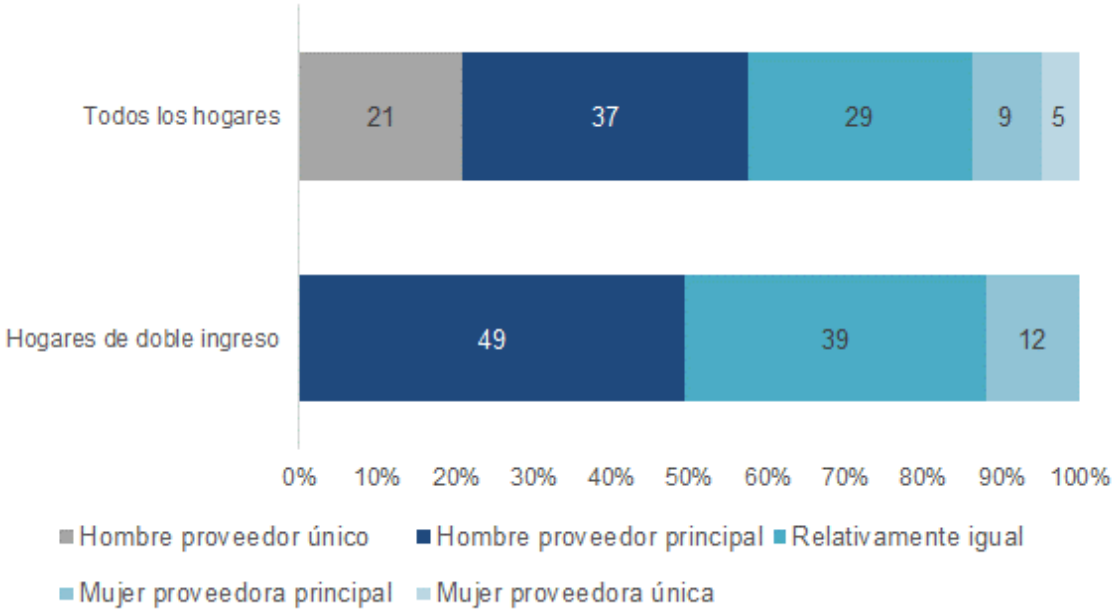
Fuente: Elaboración propia a partir de OECD (2012).

El modelo simétrico alcanza los valores más elevados –por encima del 60%- en Estados Unidos, Portugal y Eslovenia. En los países nórdicos (Suecia y Finlandia), en Francia y en algunos países de Europa del Este (República Checa, Eslovaquia, Polonia), en torno al 50% de las parejas con hijos menores de 15 años corresponden a este modelo. En España, el 37% de las familias con hijos/as menores de 15 años son parejas simétricas, cifra que supera ampliamente la que registran países como Reino Unido o Alemania.

Junto a la dedicación al trabajo remunerado, la contribución a los ingresos aparece como variable fundamental para la igualdad en la pareja. La brecha salarial de género implica que incluso en el modelo igualitario, la equiparación en los ingresos parece poco probable.

En este sentido, un reciente trabajo (Mills et al. 2014) ha analizado la estructura de ingresos en los hogares formados por una pareja en Europa. Los resultados (gráfico 22) muestran que los varones continúan siendo el principal proveedor (60% o más de los ingresos) en el 37% de los hogares y el único proveedor de ingresos en un 21%. En un 29% de los hogares la mujer y el hombre aportan ingresos similares (entre el 40% y el 60%), y los hogares donde las mujeres son el principal o el único proveedor de ingresos representan el 9% y 5% respectivamente.

Gráfico 22. Distribución porcentual de los hogares formados por parejas según estructura de ingresos en la Unión Europea*, 2010.



* UE 27 más Islandia y Noruega.

Fuente: adaptado de Mills et al. (2014).

Al agrupar las categorías donde ambos miembros de la pareja aportan ingresos se observa que 3 de cada 4 hogares corresponden al modelo de familia de doble ingreso. Pero la estructura de ingresos en estos hogares refleja la posición de desventaja de las mujeres en

el mundo laboral: en la mitad de los hogares de doble ingreso (49,3%) los varones aportan el 60% o más de los ingresos, y la proporción de hogares donde ambos miembros aportan ingresos similares es del 38,7%. Las mujeres aportan la mayor parte de los ingresos en un 12% de los hogares.

Además, este estudio ha comparado la estructura de ingresos de los hogares en 2007 y 2010, constatando que en la mayoría de los países ha aumentado el peso relativo de los hogares donde la aportación a los ingresos de ambos miembros de la pareja es similar o la mujer es la principal proveedora, a la par que se han reducido los porcentajes correspondientes a hogares donde el varón es el único o el principal proveedor.

Esta mejora en la posición de las mujeres corresponde a la tendencia hacia un mayor equilibrio en la participación de mujeres y hombres en el trabajo remunerado que hemos constatado anteriormente. Sin embargo, este cambio no se refleja fácilmente en el trabajo no remunerado. El análisis de Mills y otros sobre el tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidado en relación con la contribución de cada miembro de la pareja a los ingresos del hogar revela la paradójica realidad.

La tabla 3, con datos referidos a 11 países europeos, muestra que incluso en aquellos hogares donde las mujeres son quienes aportan la totalidad o la mayor parte de los ingresos su contribución al trabajo doméstico-familiar es mucho mayor que la de los hombres: en los hogares donde la mujer aporta más del 60% de los ingresos ellas dedican una media de 25,4 horas semanales al trabajo doméstico y de cuidado, y ellos 17,5 horas.

Tabla 3. Tiempo de trabajo doméstico (media de horas semanales) según estructura de ingresos del hogar en Europa, 2010.

	Mujeres	Hombres
Hogares hombre proveedor único	43,2	11,7
Hogares hombre proveedor principal	32,1	12,1
Relativamente igual	22,6	10,9
Mujer proveedora principal	20,9	12,6
Mujer proveedora única	25,4	17,5

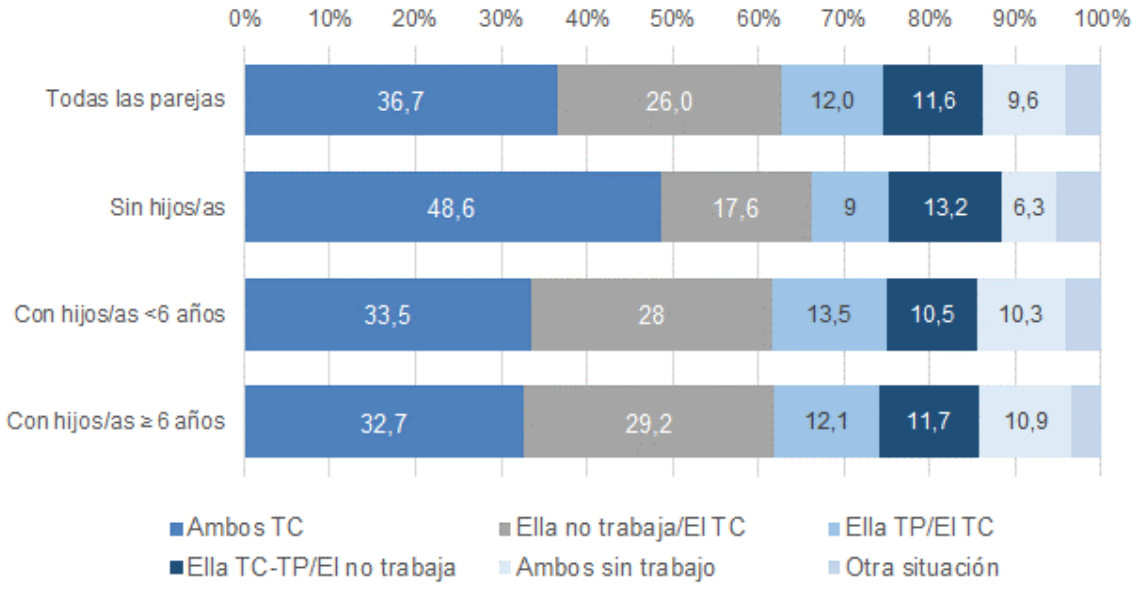
Fuente: Mills et al. (2014).

Cuando ambos miembros de la pareja aportan ingresos similares, las mujeres dedican el doble de horas a la semana que los varones al trabajo doméstico-familiar (22,6 frente a 10,9).

La lectura menos negativa de estos datos señala que a medida que aumenta la contribución de la mujer a los ingresos se reduce la brecha en el tiempo dedicado al trabajo doméstico-familiar.

Un enfoque que resulta particularmente interesante es centrar el análisis en la realidad de las parejas más jóvenes. A continuación, se presentan las cifras relativas al patrón de trabajo de las parejas de 25 a 49 años en España. El gráfico 23 refleja que el modelo de doble ingreso en sentido restringido es el más frecuente en este tramo de edad, con una proporción del 36,7%, mientras que una de cada cuatro parejas corresponde al modelo de varón sustentador, y el modelo intermedio representa un 12%.

Gráfico 23. Distribución porcentual del patrón de trabajo de las parejas de 25 a 49 años en España según presencia o no de hijos/as y edad, 2013.



TC: Trabajo a tiempo completo. TP: Trabajo a tiempo parcial

Fuente: Elaboración propia a partir de UNECE (datos basados en la EPA).

Se observa también que en una de cada diez parejas la mujer es la única sustentadora, y una proporción similar alcanza la situación en que ninguno de los miembros de la pareja tiene trabajo, lo cual remite a las consecuencias de la crisis antes señaladas.

Se pone de manifiesto que las parejas sin hijos/as registran un patrón de trabajo más igualitario que las parejas que conviven con menores, y en estas últimas el patrón de trabajo no difiere según la edad de los/as hijos/as. Así, el modelo simétrico constituye la realidad de la mitad de las parejas que no tienen hijos/as, y de una de cada tres parejas con hijos/as. A este mayor peso relativo del modelo simétrico corresponde una reducción sustancial del modelo de varón sustentador, frente a casi tres de cada diez parejas con hijos/as, cuando no hay menores la proporción se reduce al 18%.

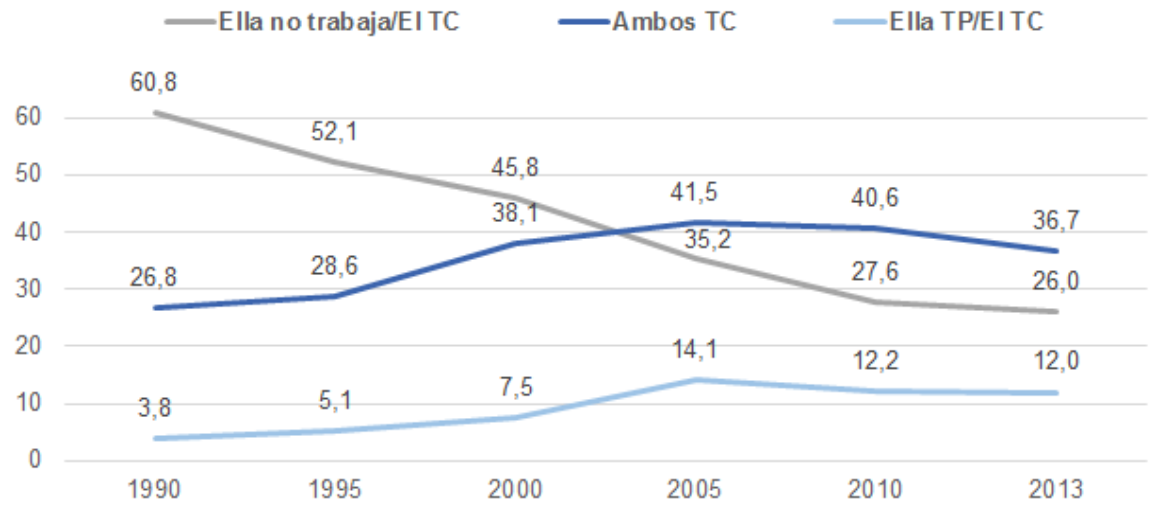
No obstante, hay que tener en cuenta que estos datos pueden estar reflejando cierto efecto generacional dentro del tramo de edad analizado, en el sentido de que las parejas sin hijos/as sean más jóvenes que las que tienen hijos/as.

También llama la atención la presencia del modelo intermedio en las parejas sin hijos/as, donde no parece probable que la dedicación a tiempo parcial corresponda a una opción para dedicarse al cuidado.

La perspectiva evolutiva muestra el ritmo tan acelerado con que se está produciendo el cambio familiar en España, y permite también valorar en qué medida la crisis ha afectado al patrón de trabajo de las parejas. El gráfico 24 refleja el enorme descenso del modelo tradicional de familia, paralelo al aumento de las parejas de doble ingreso, de manera que las dos líneas se cruzan con el cambio de milenio.

Se observa que la tendencia de retroceso del modelo tradicional es más pronunciada que el ascenso del modelo simétrico: en 1990, 6 de cada 10 parejas en este tramo de edad respondían al modelo de roles diferenciados, pero en sólo una década la proporción disminuyó 15 puntos porcentuales, y en 2013 era de una de cada cuatro parejas. El modelo de doble ingreso ha pasado de representar una cuarta parte de la realidad a superar el 40%, si bien la caída del empleo como consecuencia de la crisis se refleja en un ligero descenso en los últimos años. El modelo intermedio o de transición, de trabajo femenino a tiempo parcial, ha ido ganando peso en la primera parte del período, hasta alcanzar en 2005 el 14%, pero se mantiene en niveles que apenas superan el 10%.

Gráfico 24. Evolución de los principales patrones de trabajo de las parejas de 25 a 49 años en España, 1990-2013.

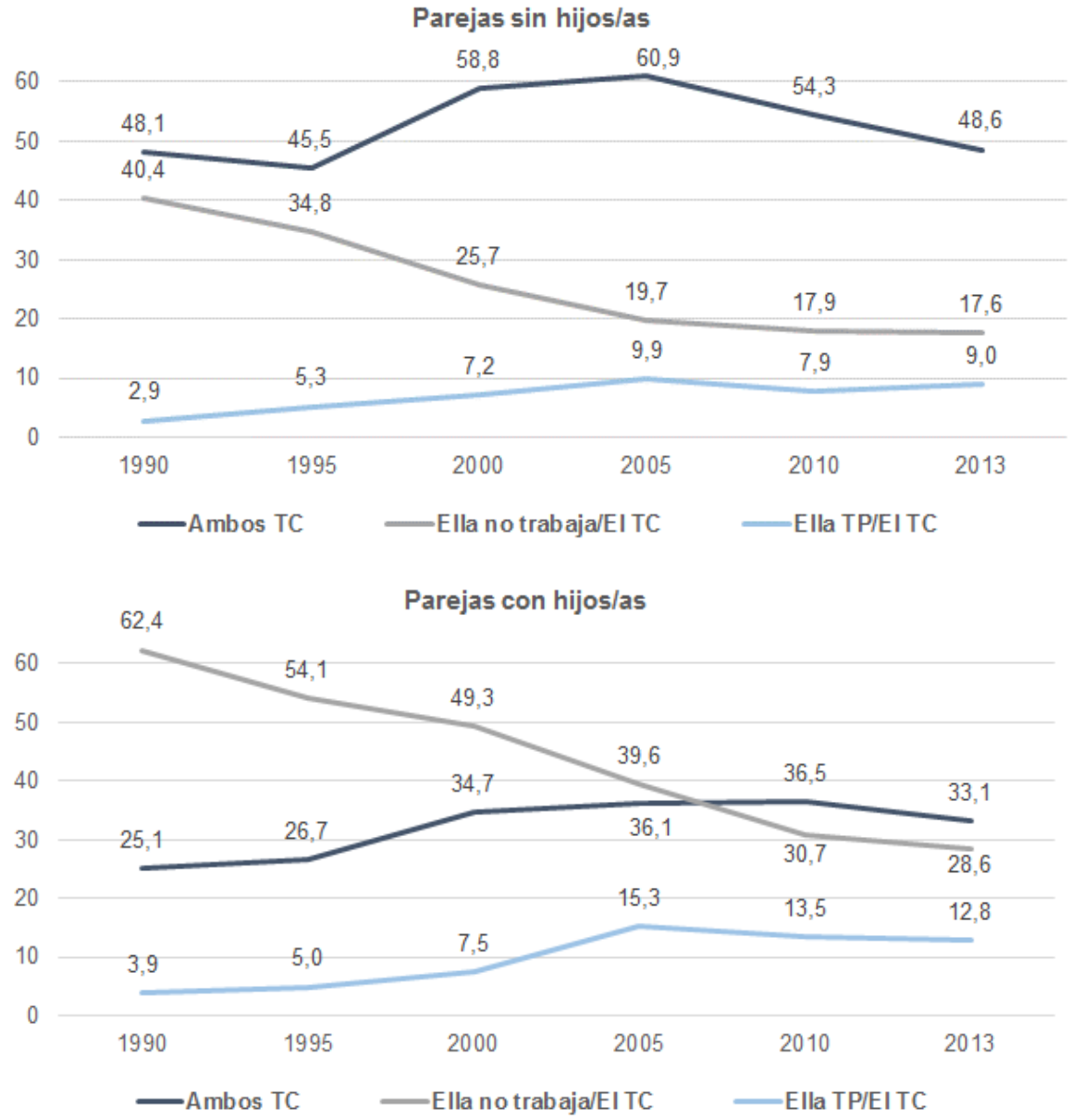


Fuente: Elaboración propia a partir de UNECE (datos basados en la EPA).

Si analizamos estos datos en función de la existencia o no de hijos/as (gráfico 25), se pone de manifiesto que se trata de dos realidades muy dispares. Así, en las parejas sin hijos/as el modelo simétrico ha sido el más frecuente a lo largo de todo el período. A principios de la década de los noventa, la mitad de las parejas sin hijos/as corresponden a este modelo, que en 2005 llega a alcanzar una proporción del 60%. Con la crisis, su incidencia se reduce hasta situarse en valores similares a los de 1990. El modelo de varón sustentador pasó del 40% al 25% en una década, y en 2005 ya suponía menos del 20%.

En las parejas con hijos/as, el punto de partida registra las siguientes proporciones: seis de cada diez son parejas de varón sustentador, y una de cada cuatro parejas son de doble ingreso. Con el cambio de milenio, unas de cada tres parejas corresponden al modelo de doble ingreso, y el modelo tradicional se reduce a la mitad. En la década siguiente, este patrón cae 20 puntos porcentuales, mientras el modelo de doble ingreso experimenta un ligero incremento, de manera que al finalizar la primera década del siglo XXI, el modelo de doble ingreso supera al tradicional.

Gráfico 25. Evolución de los principales patrones de trabajo de las parejas de 25 a 49 años según presencia o no de hijos/as*. España, 1990-2013.



TC: Trabajo a tiempo completo. TP: Trabajo a tiempo parcial.

*Los datos relativos a parejas con hijos corresponden al promedio de las cifras para las categorías con hijos/as menores de 6 años y con hijos/as de 6 y más años.

Fuente: Elaboración propia a partir de UNECE (datos basados en la EPA).

La tabla 4 presenta una aproximación diferente a estos datos, agrupando las diferentes situaciones en función del rol que cabe atribuir a cada miembro de la pareja en la provisión de ingresos. Los datos se refieren a aquellas parejas (de 25 a 49 años) donde al menos uno de los miembros trabaja. Las múltiples combinaciones de trabajo o no trabajo y dedicación (completa o parcial) se han agrupado en tres categorías, de manera que el modelo simétrico corresponde a la situación en que ambos miembros de la pareja trabajan con la misma dedicación (a tiempo completo o tiempo parcial[*]), la categoría de varón sustentador agrupa el modelo tradicional y el intermedio –esto es, las situaciones donde el hombre trabaja a tiempo completo y la mujer no trabaja o trabaja a tiempo parcial-, y la categoría mujer sustentadora incluye las situaciones donde la mujer trabaja a tiempo parcial o completo y el varón no trabaja, o ella trabaja a tiempo completo y él a tiempo parcial.

Tabla 4. Evolución del patrón de trabajo de las parejas de 25 a 49 años en España, 1990-2013.

		1990	1995	2000	2005	2010	2013
Parejas sin hijos/as	Modelo simétrico	50,4	49,1	60,7	62,7	58,1	53,0
	Varón sustentador	45,5	43,5	34,4	30,7	28,0	30,2
	Mujer sustentadora	4,1	7,4	4,9	6,5	13,9	16,8
Parejas con hijos/as < 6 años	Modelo simétrico	27,9	29,7	36,9	37,3	39,8	38,2
	Varón sustentador	69,6	65,7	60,4	58,6	49,6	48,2
	Mujer sustentadora	2,4	4,6	2,7	4,1	10,6	13,6
Parejas con hijos/as ≥ 6 años	Modelo simétrico	25,6	29,2	36,1	38,5	40,9	37,6
	Varón sustentador	71,7	65,3	59,7	56,5	48,3	47,9
	Mujer sustentadora	2,8	5,5	4,2	5,0	10,9	14,5
Todas las parejas	Modelo simétrico	28,5	31,5	40,1	43,4	44,6	41,5
	Varón sustentador	68,8	63,2	56,3	51,7	43,9	43,8
	Mujer sustentadora	2,8	5,4	3,7	5,0	11,5	14,7

*Parejas con al menos un miembro trabajando.

Fuente: Elaboración propia a partir de UNECE (datos basados en la EPA).

Globalmente, el modelo simétrico y el de varón proveedor registran proporciones similares, y los hogares donde las mujeres son la principal o la única proveedora suponen el 15%.

En una de cada dos parejas que tienen criaturas, el varón ejerce como proveedor único o principal, mientras que la proporción se reduce al 30% en las parejas sin hijos. En este tipo

[*] Sobre el total de parejas de 25 a 49 años, la proporción de parejas donde ambos miembros de la pareja trabajan a tiempo parcial es inferior al 1% en todas las categorías y a lo largo de todo el período.

de parejas, el patrón más frecuente es el modelo simétrico (más de la mitad). Se observa que los datos son muy similares para quienes tienen menores en su primera infancia y aquellas parejas con criaturas de más edad. Con independencia de la existencia o no de menores en el hogar y de su edad, se constata un pronunciado retroceso del modelo tradicional, que parece reforzado por la crisis, en paralelo al aumento de la pareja simétrica y también de los hogares donde es la mujer quien asume el rol sustentador.

Esta aproximación permite valorar el peso de las parejas de doble ingreso en sentido restringido, esto es, sin incluir aquellas parejas donde las mujeres asumen como secundario el rol de proveedora y como prioritario el de cuidado. No obstante, presenta la limitación de que la dedicación a tiempo parcial no necesariamente corresponde a una contribución a los ingresos menor que la del otro miembro de la pareja, con trabajo a tiempo completo (y viceversa).

A la hora de valorar estos datos también hay que tener en cuenta que la situación de la pareja con respecto al empleo no indica esencialmente una elección, sobre todo cuando los niveles de desempleo son elevados. Pero no sólo por eso, sino también por las condiciones estructurales: en la medida en que no existen suficientes estructuras de apoyo a la familia para el cuidado de la prole y las jornadas laborales son poco compatibles con la vida familiar, considerar que una menor dedicación de uno de los miembros de la pareja al trabajo remunerado para atender las necesidades de la familia constituye una opción libremente elegida es asignar a las personas una libertad de acción ficticia.

Estas cifras invitan a reflexionar sobre en qué medida las tendencias observadas señalan un cambio sustancial hacia modelos de relaciones de pareja y familia más igualitarios. A este respecto, parece muy acertado el planteamiento de Sandra Dema (2005: 138 y ss.), quien afirma que en las parejas de doble ingreso se encuentran tres tipos de relación, situadas en un continuo, desde el modelo tradicional *–parejas en las que se establecen relaciones de poder y desigualdad legitimadas por la tradicional socialización de género-* a las parejas con *formas de relación más igualitarias, que buscan activamente el equilibrio en las relaciones de género*. A mitad de camino entre esas dos formas de relación se sitúan *las parejas en las que contrasta el ideal igualitario con la realidad cotidiana.*

Este es el escenario en el que nos proponemos indagar sobre las consecuencias de la forma que adoptan las relaciones de género en las vidas de las mujeres y los hombres de hoy. Entre los temas que han centrado el interés de la investigación en torno a la

transformación de la articulación trabajo y familia se encuentran las implicaciones de este nuevo escenario para la salud y el bienestar de las personas (Bianchi y Milkie 2010).

En particular, nos preguntamos cómo afecta a la calidad de vida y al bienestar el tipo de relación que se establece en la pareja, prestando particular atención a la persistente desigualdad privada. Dado que se trata de una situación de desventaja para las mujeres y de privilegio para los varones, la pregunta que estamos planteando es si cabe hablar, parafraseando a Betty Friedan, de “el nuevo malestar de las mujeres”. Pero también podemos pensar en un hipotético malestar de los varones, en particular, de los que no han interiorizado los valores igualitarios, en aquellas relaciones de pareja que se alejan de las formas tradicionales, que implican, junto a la pérdida de su posición de poder, una mayor carga de trabajo reproductivo.

2.3 Género y salud

2.3.1 Salud y desigualdad: la importancia de lo social

El concepto de salud ha cambiado enormemente a lo largo del tiempo, desde la antigua visión de la salud como ausencia de enfermedad hasta la definición positiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el estado de completo bienestar físico, mental y social”, y con ello ha evolucionado también la explicación de la relación salud-enfermedad y la visión de los factores que determinan la enfermedad.

Frente al paradigma biomédico que ha dominado las ciencias de la salud en las últimas décadas, la perspectiva de la salud pública concibe la salud como un proceso multidimensional, en el que confluyen factores biológicos y sociales. El reconocimiento de la importancia de las dimensiones sociales de la salud desvela la relación entre desigualdad social y salud. En los últimos años los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud han recibido una enorme atención, tanto como objeto de investigación como en el plano político, si bien el interés por estas cuestiones no es nuevo.

La influencia de los factores sociales y ambientales en la salud humana ha sido reconocida desde la antigüedad (Irwin y Scali 2010). Al margen de las referencias en épocas anteriores, la medicina social y la salud pública han prestado atención desde sus orígenes al contexto social. Johann Peter Frank fue pionero al reconocer, en 1790, la pobreza como la principal causa de enfermedad, planteando la necesidad de reformas sociales y económicas (Sigerist 2006).

Como señalan Irwin y Scali (2010), las reformas sanitarias del siglo XIX se basaron en la comprensión del impacto en la salud de las condiciones ambientales, y los trabajos de algunos de los fundadores de la moderna salud pública reflejan su visión sobre la estrecha relación entre la posición social de las personas, las condiciones de vida y la salud. Un ejemplo de ello es la aportación de Villermé, quien comparó la mortalidad en los distritos de París, revelando que los distritos con menor nivel socioeconómico registraban tasas de mortalidad más elevadas (Julia y Valleron 2011).

Ya en el siglo XX, es especialmente relevante el trabajo de Julia (1976), que atribuyó el incremento sustancial de la esperanza de vida de la población ocurrida a lo largo del siglo

XIX en el mundo occidental –ligada a la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas- al cambio social, a la mejora en las condiciones de vida, y no tanto a las intervenciones médicas y las medidas específicas de salud pública.

Aunque la Constitución de la OMS recoge un modelo social de la salud, en las décadas siguientes se impuso un enfoque centrado en las tecnologías sanitarias, desarrollando campañas contra enfermedades (Solar e Irwin 2006).

La importancia de los determinantes sociales de la salud volvió a la agenda a finales de la década de los setenta. De hecho, el modelo conceptual que articula el desarrollo de la salud pública en las últimas décadas tiene su origen en el esquema propuesto en 1974 en el informe *A new perspective on the Health of Canadians*. Se trata de un enfoque holístico para la comprensión de los determinantes de la salud, que establece que en la salud intervienen cuatro factores o elementos: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y el sistema sanitario (Lalonde 1981). El informe comparaba la contribución de los distintos determinantes a la salud de la población con los recursos asignados a cada determinante, planteando la necesidad de cambiar el enfoque de la política sanitaria. La enorme repercusión del denominado *Informe Lalonde* impulsó la convocatoria de la conferencia de Alma-Ata de la OMS, que estableció el objetivo de salud para todos en el año 2000, con la Atención Primaria como herramienta para lograrlo. Sin embargo, el auge de las doctrinas neoliberales en las décadas siguientes truncó el ideal de Alma-Ata (Solar e Irwin 2006).

Paralelamente, la publicación del Informe Black en 1980, en Reino Unido, marca el inicio de un proceso de enorme expansión de la visibilidad y la preocupación por las inequidades en salud. El informe analizaba las tasas de mortalidad en función de la clase social (medida a través de la ocupación), y concluía que el riesgo de morir era mayor a medida que la clase social era más baja, para ambos sexos y para todas las edades. También señalaba que el gradiente de clase había aumentado en las últimas décadas, ya que el riesgo de morir había disminuido más en las clases altas (Black 1980).

El informe había sido encargado en 1977 por un gobierno laborista, pero fue presentado tras las elecciones que dieron la victoria al partido conservador presidido por Margaret Thatcher. Inicialmente el nuevo gobierno trató de silenciar los resultados, pero el informe fue publicado en 1982 y tuvo una enorme repercusión en la comunidad científica y en la opinión pública. El gobierno conservador argumentó entonces que las recomendaciones

eran utópicas, y finalmente adoptó la estrategia de poner en duda los resultados del estudio por cuestiones metodológicas (Segura del Pozo 2013).

Siguiendo la estela del Informe Black, otros países comenzaron a abordar el análisis de las desigualdades en salud. En España, en 1993 el Ministerio de Sanidad creó una comisión científica, dirigida por el profesor Vicenç Navarro, para analizar las desigualdades sociales en salud y hacer recomendaciones de políticas públicas. El denominado *Informe Navarro* fue publicado en 1996, coincidiendo con la salida del gobierno del Partido Socialista y la llegada al poder del Partido Popular. El informe tuvo una escasa repercusión, y sus recomendaciones no se implementaron (Borrell et al. 2008).

Desde la publicación del Informe Black, numerosas investigaciones han mostrado la magnitud de las inequidades en salud, revelando que estas inequidades son la causa de un exceso de mortalidad y morbilidad superiores a los de la mayoría de los factores de riesgo de enfermedad conocidos. Especialmente relevantes han sido los datos aportados por los estudios Whitehall, a partir del seguimiento de cohortes de funcionarios del Ayuntamiento de Londres (Marmot et al. 1984; Marmot y Brunner 2005).

En el plano de la política sanitaria, entre los países pioneros en abordar las dimensiones sociales de la salud se encuentran Suecia, que a finales de la década de los noventa puso en marcha una estrategia de salud pública basada en el modelo de los determinantes sociales de la salud; Reino Unido, que tras el informe Acheson (1998) implementó las principales recomendaciones recogidas en dicho informe y, fuera de Europa, Canadá, Australia y Nueva Zelanda (Irwin y Scali 2010).

El desarrollo de la investigación ha permitido visibilizar el fenómeno, su magnitud y sus tendencias. De hecho, la centralidad que las inequidades en salud han alcanzado a comienzos del siglo XXI en la agenda de salud pública ha sido relacionada con la tendencia al incremento de las desigualdades (tanto dentro de un país como entre países) observada a finales del siglo XX, derivada de la globalización económica (Baum y Harris 2006).

2.3.1.1 El enfoque de la equidad en salud: desigualdades sociales en salud

Las desigualdades en salud se definen como diferencias en el estado de salud o en la distribución de los determinantes de la salud entre distintos grupos poblacionales (European Commission 2007). En algunos casos, estas desigualdades están relacionadas con determinantes de la salud que no son modificables (la edad, por ejemplo). Sin embargo, cuando la desigual distribución de la salud entre grupos es evitable, las desigualdades se consideran injustas y, por tanto, implican *inequidades en salud*: *aquellas diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en materia de salud entre poblaciones o grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente* (Starfield 2001:452).

Por tanto, aunque con frecuencia ambos términos se utilizan indistintamente, no son equivalentes: el término "desigualdades en salud" designa diferencias, variaciones o disparidades en el estado de salud, mientras que el término "inequidades en salud" es más específico, se refiere a aquellas diferencias que son innecesarias y evitables y, por tanto, se consideran injustas, introduciendo una dimensión ética y moral.

Como señala Joan Benach (2005), no siempre resulta sencillo dilucidar cuándo las diferencias tienen el carácter de inequidades. A este respecto, Whitehead y Dahlgren (2007) identifican tres rasgos distintivos que permiten establecer si las diferencias o variaciones en salud corresponden a inequidades: son sistemáticas, son el resultado de procesos sociales (y por tanto son modificables) y son injustas. Sin embargo, en la práctica es habitual el uso de ambos términos como sinónimos, de manera que cuando se habla de desigualdades en salud se hace referencia a aquellas diferencias en salud consideradas injustas (Whitehead y Dahlgren 2007).

Desde el enfoque adoptado por la OMS (2014a), las inequidades en salud son *desigualdades evitables entre grupos de población de un mismo país, o entre países*, y son *el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades*. Se trata, por tanto, de diferencias en salud que son consecuencia de desigualdades sociales.

El hecho clave al hablar de inequidad en la salud es que existe un *gradiente social* en la salud, de manera que cuanto más bajo es el nivel socioeconómico de las personas, su salud es peor: "en todas las sociedades se da el hecho de que a medida que descendemos

por la escala social, se va acortando la esperanza de vida y se vuelven más comunes la mayoría de las enfermedades" (Wilkinson y Marmot 2003: 10).

Si la desigualdad social implica la distribución de las personas a lo largo de un continuum de oportunidades y recursos en la jerarquía social, la salud y la enfermedad también se distribuyen de la misma forma: la probabilidad de disfrutar de una buena salud disminuye de forma gradual pero sistemática a medida que la posición social es más baja. Numerosos trabajos han mostrado que existen diferencias significativas en la salud ligadas a desigualdades sociales, de manera que los grupos sociales con menor acceso a poder, ingresos y recursos tienden a tener sistémicamente peores resultados en salud. El impacto de las desigualdades sociales en la salud se refleja en un amplio espectro de indicadores de salud: la mortalidad y la esperanza de vida, la salud percibida, los estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios.

La abundante literatura sobre desigualdades sociales en salud ha abordado el análisis de estas diferencias desde múltiples enfoques, como la salud ocupacional -centrada en el impacto de las condiciones laborales o el desempleo en la salud-, o la denominada *epidemiología política*, que subraya la importancia del contexto político, entre otros.

A partir del hallazgo de que en las dos últimas décadas del siglo XX han aumentado las inequidades en salud, la cuestión de las desigualdades sociales en salud ha ido adquiriendo relevancia en la agenda política internacional. En la OMS, la creación en 2005 de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), presidida por Michael Marmot, fue la respuesta a *la preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores* (OMS 2014b). En el informe final, publicado en 2008, coincidiendo con la conmemoración del 30º aniversario de la Conferencia de Alma-Ata, la Comisión concluye que *la injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas, y que reducir las inequidades en salud es un imperativo ético* (CDSS 2009). El informe subraya la necesidad de comprender las causas de las inequidades en salud para abordarlas, y plantea que es posible alcanzar la equidad sanitaria en el lapso de una generación, actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

Tras la publicación de este informe, la Asamblea Mundial de la Salud (2009) adoptó la Resolución *Reducir las inequidades en salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, en la que, entre otras consideraciones, instaba a los Estados miembros a luchar contra las inequidades en salud, a desarrollar y aplicar objetivos y estrategias para mejorar

la salud pública centrados en las inequidades en salud, y a tener en cuenta la equidad en salud en todas las políticas nacionales relativas a los determinantes sociales de la salud.

En Europa, la reducción de las desigualdades en salud -tanto entre los Estados miembros como dentro de ellos- ha sido identificada como uno de los principales objetivos de la política sanitaria, vinculado a la mejora de la salud de la población (Comisión Europea 2009). Entre los argumentos que apoyan la conceptualización de las inequidades en salud como un problema de primer orden para la UE se encuentran no sólo los principios de justicia social y cohesión social, junto al compromiso de garantizar un elevado nivel de protección de salud para todos los ciudadanos, sino también las implicaciones económicas: las inequidades en salud implican sustanciales costes de oportunidad –la inversión en salud se concibe como parte de la solución al problema del envejecimiento, y como una herramienta para mejorar la competitividad y la productividad- y enormes costes para los sistemas sanitarios (Mackenback et al. 2007).

La creciente atención prestada a la relación entre desigualdades sociales y salud no sólo se ha reflejado en la acumulación de evidencia científica sobre las diferencias en salud relacionadas con distintos ejes de desigualdad social, sino también en el desarrollo de un sólido marco conceptual para la comprensión de los mecanismos mediante los cuales la desigualdad social afecta a la salud.

2.3.1.2 Hacia la comprensión de la relación salud-desigualdad social: el modelo de los determinantes sociales de la salud

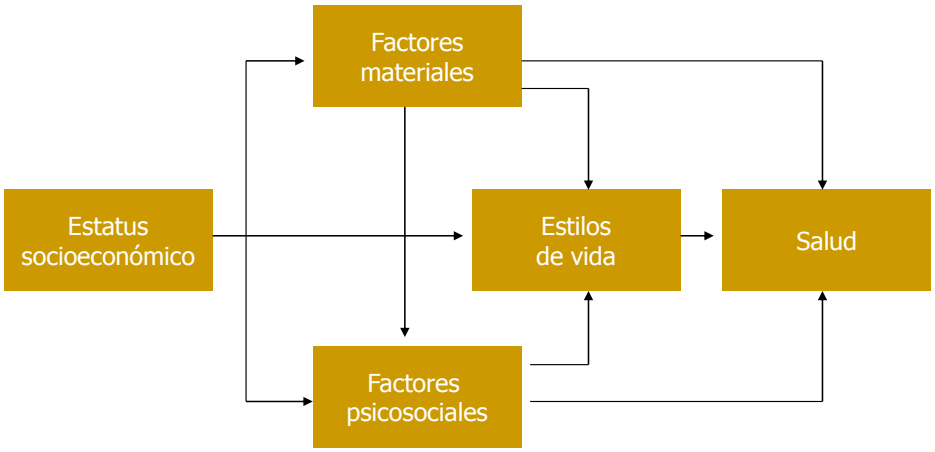
A partir del reconocimiento de la importancia del contexto social en la salud, se han desarrollado diversas teorías orientadas a explicar la relación entre desigualdades sociales y salud.

Un primer enfoque es la teoría de la *selección social*, que sostiene que la salud determina la posición socioeconómica, ya sea de forma directa o indirecta, de manera que las personas con peor salud se situarán en los estratos más bajos de la escala social como consecuencia de su mala salud. Aunque el efecto de la salud sobre la movilidad social es indudable, la mayoría de las investigaciones que han analizado los procesos de selección

social en relación con las desigualdades sociales en salud concluyen que su contribución a la explicación de las inequidades es limitada.

La evidencia acumulada a lo largo de los últimos años ha mostrado que las desigualdades en salud no se deben a la selección social, sino que se explican principalmente por el mecanismo de la *causalidad social,* según el cual la posición social de las personas determina su salud (Mackenbach 2006). El efecto causal de la posición socioeconómica en la salud se produce, según Mackenbach (2006: 31), de forma indirecta, *mediante una serie de determinantes de la salud más específicos que se distribuyen de forma desigual entre grupos socioeconómicos*. El autor refleja este planteamiento en un sencillo esquema explicativo acerca del efecto del nivel socioeconómico sobre la salud, que integra los factores materiales, psicosociales y conductuales (figura 1).

Figura 1. Factores que median entre posición social y salud. Mackenbach, 2006.



Fuente: Mackenbah (2006).

En este modelo, las inequidades en salud son el resultado de diferencias en la exposición a los distintos factores (materiales, psicosociales y conductuales), que están determinadas por la posición social.

Al margen de estos factores, otros estudios han abordado el papel de los servicios sanitarios como determinante del estado de salud.

Por otro lado, la perspectiva del curso vital, que aúna elementos de las teorías de la selección social y de la causalidad social, explica las desigualdades en salud como resultado del efecto acumulativo, a lo largo de todo el ciclo vital de las personas, de las desventajas asociadas al estatus socioeconómico.

También se ha desarrollado una teoría según la cual las desigualdades sociales en salud son en realidad un *artefacto*, resultado de errores o sesgos metodológicos.

La importancia de la interrelación de los distintos factores que determinan el estado de salud ha dado lugar al desarrollo de modelos explicativos integrales. Entre los más influyentes se encuentra el modelo propuesto por Dahlgren y Whitehead (1991), que representa los distintos determinantes de la salud como estratos o capas concéntricas (figura 2).

Figura 2. Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead.

Fuente: Dahlgren y Whitehead (1991), en Vega et al. (2005).

En el modelo de Dahlgren y Whitehead, la salud es el resultado de las interacciones entre múltiples factores. En el centro de la figura se sitúan los factores individuales (la edad, el sexo y la herencia genética), que condicionan el potencial de salud de cada persona y en

principio, no son modificables, pero en torno a ellos hay una serie de determinantes que se pueden modificar: en primer lugar, los estilos de vida, con una influencia directa en la salud de las personas y, a continuación, la interacción con el entorno más próximo, la influencia de la comunidad; el siguiente estrato recoge los múltiples factores que configuran las condiciones de vida y de trabajo y, por último, se subraya el impacto sobre la salud de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales.

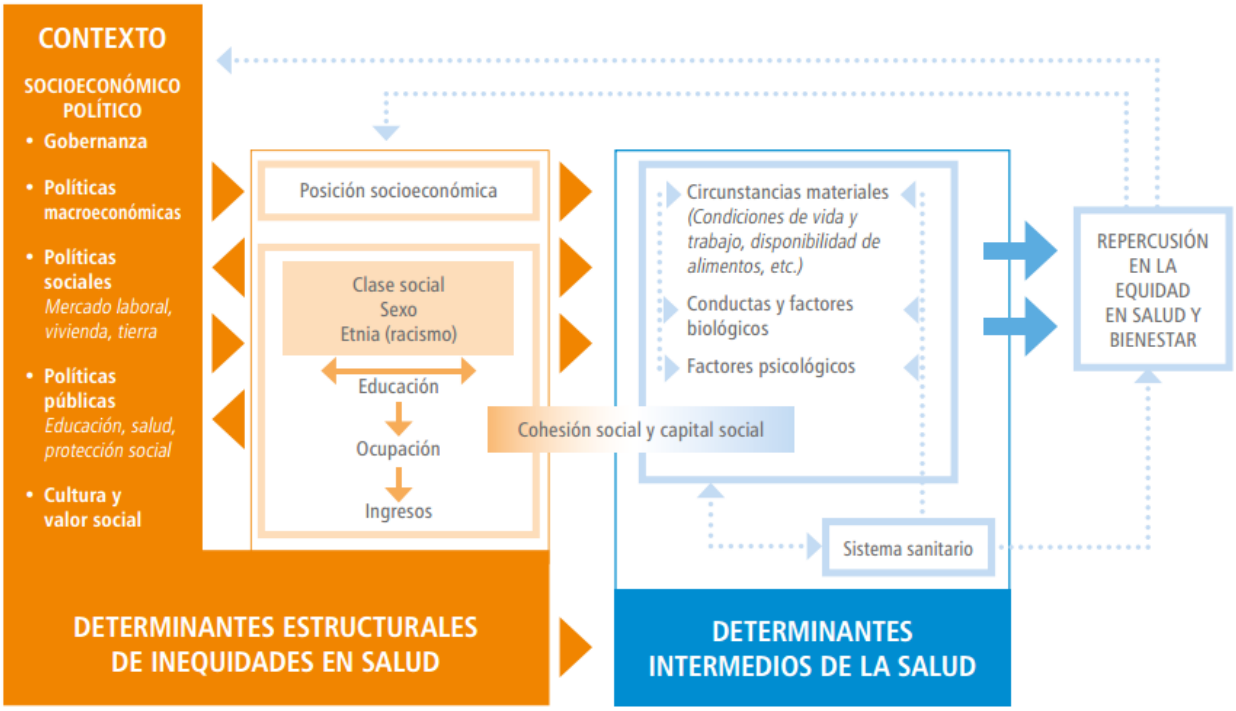
A lo largo de los últimos años la investigación ha visibilizado ampliamente el enorme impacto de la posición social en la salud, y el interés se ha trasladado a la explicación de la forma en que los determinantes sociales de la salud generan las desigualdades en salud. Además, el interés por abordar las inequidades en salud hace necesario identificar los factores específicos y explicitar los procesos que median entre los determinantes sociales y las desigualdades sociales en salud. En este sentido, el modelo de Dahlgren y Whitehead, junto a otras aportaciones, ha sido el punto de partida para el desarrollo de un marco conceptual integral impulsado desde la OMS, a través del trabajo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud.

El resultado es el modelo de los determinantes sociales de la salud que recoge la figura 3, propuesto inicialmente por Vega et al. (2005) y en su versión definitiva por Solar e Irwin (2010). Este modelo pretende clarificar los mecanismos a través de los cuales las desigualdades sociales producen desigualdades en salud, con el objetivo de facilitar las intervenciones para reducir las inequidades en salud.

Se trata de un modelo que subraya el impacto en la salud de la estructura social y política. El modelo distingue entre determinantes sociales estructurales y determinantes intermedios. Los determinantes estructurales son, por un lado, el contexto socioeconómico y político, que incluye el gobierno, las políticas públicas (política macroeconómica, política social, etc.) y las normas y valores socio-culturales; y, por otro, la posición socioeconómica, en la que intervienen los principales ejes de desigualdad de la estructura social: la clase social, el género y la etnia/raza. La educación, la ocupación y los ingresos constituyen las variables fundamentales que permiten operativizar la posición en la jerarquía social.

Los determinantes intermedios incluyen las circunstancias materiales de vida (vivienda, condiciones de trabajo, etc.), los factores psicosociales (apoyo social, etc.), los factores conductuales (estilos de vida) y el sistema de salud.

Figura 3. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.



Fuente: OMS (2011).

Según este modelo, la estratificación social provoca una exposición y vulnerabilidad diferencial a los factores de riesgo para la salud, que generan consecuencias diferenciales en la salud, desencadenando una distribución desigual de la salud entre las personas de distinta posición social, que a su vez retroalimenta la estratificación social. Así, la posición social de una persona influye en su salud, pero no se trata de un efecto directo, sino a través de los determinantes intermedios. Las personas que se sitúan en los estratos sociales más bajos viven en circunstancias materiales más desfavorables para la salud y adoptan con mayor frecuencia comportamientos no saludables, pero no se trata de una opción individual, sino que es una realidad condicionada por su posición en la estructura social.

En síntesis, el modelo plantea que las inequidades en salud son el resultado de las diferencias entre grupos sociales en los determinantes intermedios, provocadas por los determinantes estructurales.

2.3.2 El género como determinante de la salud

La salud de las mujeres y los hombres es diferente y también desigual: diferente porque existen factores de tipo biológico que tienen distintas implicaciones en la salud; desigual porque hay factores sociales que establecen diferencias injustas y evitables en la salud de los hombres y las mujeres (Borrell et al. 2004).

Como señalan Lorber y Moore (2002: 3), “el género, junto a la identidad racial/étnica, la clase social y la orientación sexual, da lugar a diferentes riesgos y protecciones frente a las enfermedades físicas, produce diferentes comportamientos ante la enfermedad, genera diferentes respuestas en el personal sanitario, e influye sobre las prioridades de tratamiento, investigación y financiación”.

Dado que el género es uno de los ejes primarios en torno a los cuales se organiza la sociedad, juega un papel central en la asignación y distribución de oportunidades y recursos. Como factor fundamental de estratificación social, es un determinante social que condiciona los procesos y resultados de salud en mujeres y hombres (García Calvente 2010). Estos procesos y resultados son en gran medida distintos en mujeres y hombres, y la mayoría de las diferencias no se pueden explicar por los factores biológicos –el sexo-, sino que están relacionadas con factores sociales -el género-.

Por tanto, al hablar de desigualdades de género en salud nos referimos a las distintas oportunidades de tener una buena salud de mujeres y hombres. Desde un enfoque de género, las desigualdades de género en salud se explican por los factores socioculturales: el género determina diferencias en las condiciones de vida, en los comportamientos, etc., que dan lugar a diferentes riesgos para la salud de mujeres y hombres.

Existe abundante evidencia empírica sobre las diferencias entre la salud de mujeres y hombres en las sociedades occidentales, que puede sintetizarse en la denominada “paradoja del género y la salud”: las mujeres viven más tiempo que los hombres, pero viven peor, esto es, presentan peor salud percibida, más enfermedades crónicas, y más discapacidad (García Calvente et al. 2009).

En palabras de Lorber y Moore (2002), "*women get sicker, but men die quicker*", como resultado de los factores de riesgo socioculturales, que son una combinación de normas de género, recursos económicos, relaciones sociales...

No obstante, algunas autoras han planteado que este patrón no se presenta de forma tan consistente, sino que varía en función de los síntomas o condiciones analizados y también de la etapa del ciclo vital (Macintyre et al. 1996).

Por otro lado, las desigualdades de género en salud no sólo se manifiestan en peores indicadores de salud para las mujeres: la categoría género también tiene efectos adversos para la salud de los hombres. De hecho, la menor esperanza de vida de los varones se relaciona en gran medida con comportamientos de riesgo asociados a la identidad masculina que reducen la longevidad (Courtenay 2000).

Por sexo, en la mayoría de los países europeos las mujeres tienen menor esperanza de vida en buena salud que los hombres, a pesar de su mayor esperanza de vida, y el porcentaje de esperanza de vida en buena salud es sistemáticamente mayor para los hombres (tabla 5).

Tabla 5. Esperanza de vida en buena salud (EVBS) según sexo, en años y porcentaje sobre la esperanza de vida total. Unión Europea, 2013.

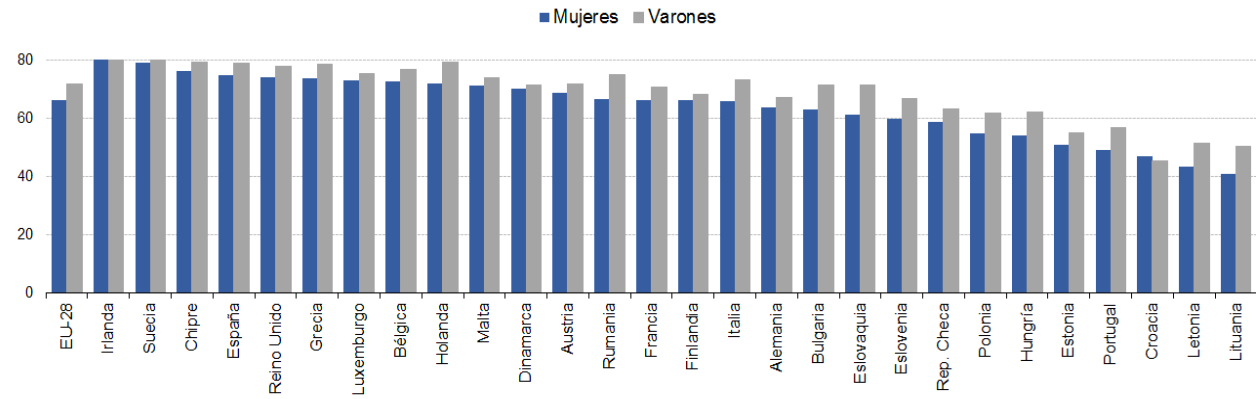
	EVBS (años)		EVBS (%)	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
UE-28	61,5	61,4	73,9	78,9
Alemania	57,0	57,8	68,5	73,6
Austria	60,2	59,7	71,8	76,0
Bélgica	63,7	64,0	76,6	82,0
Bulgaria	66,6	62,4	84,7	87,5
Chipre	65,0	64,3	76,5	80,2
Croacia	60,4	57,6	74,6	77,4
Dinamarca	59,1	60,4	71,7	77,1
Eslovaquia	54,3	54,5	67,8	74,7
Eslovenia	59,5	57,6	71,2	74,6
España	63,9	64,7	74,2	80,6
Estonia	57,1	53,9	69,9	74,1
Finlandia	56,2	57,3	67,2	73,7
Francia	64,4	63,0	75,2	79,7
Grecia	65,1	64,7	77,4	82,3
Holanda	57,5	61,4	69,1	77,2
Hungría	60,1	59,1	76,0	81,8
Irlanda	68,0	65,8	81,9	83,2
Italia	60,9	61,8	71,4	77,0

Letonia	54,2	51,7	68,7	74,6
Lituania	61,6	56,8	77,4	82,8
Luxemburgo	62,9	63,8	75,0	80,0
Malta	72,7	71,6	86,6	90,0
Polonia	62,7	59,2	77,3	81,1
Portugal	62,2	63,9	74,1	82,3
Reino Unido	64,8	64,4	78,2	81,3
República Checa	64,2	62,5	79,0	83,1
Rumania	57,9	58,6	73,6	81,8
Suecia	66,0	66,9	78,8	83,5

Fuente: Eurostat (Online Database).

El gráfico 26 muestra la prevalencia de buena salud en los 28 Estados que conforman la UE. Se observa que, en todos los países, a excepción de Irlanda, el porcentaje de mujeres con un estado de salud bueno o muy bueno es inferior al de los varones.

Gráfico 26. Proporción de la población de 18 a 64 años que declara un estado de salud bueno o muy bueno según sexo. Unión Europea, 2012.

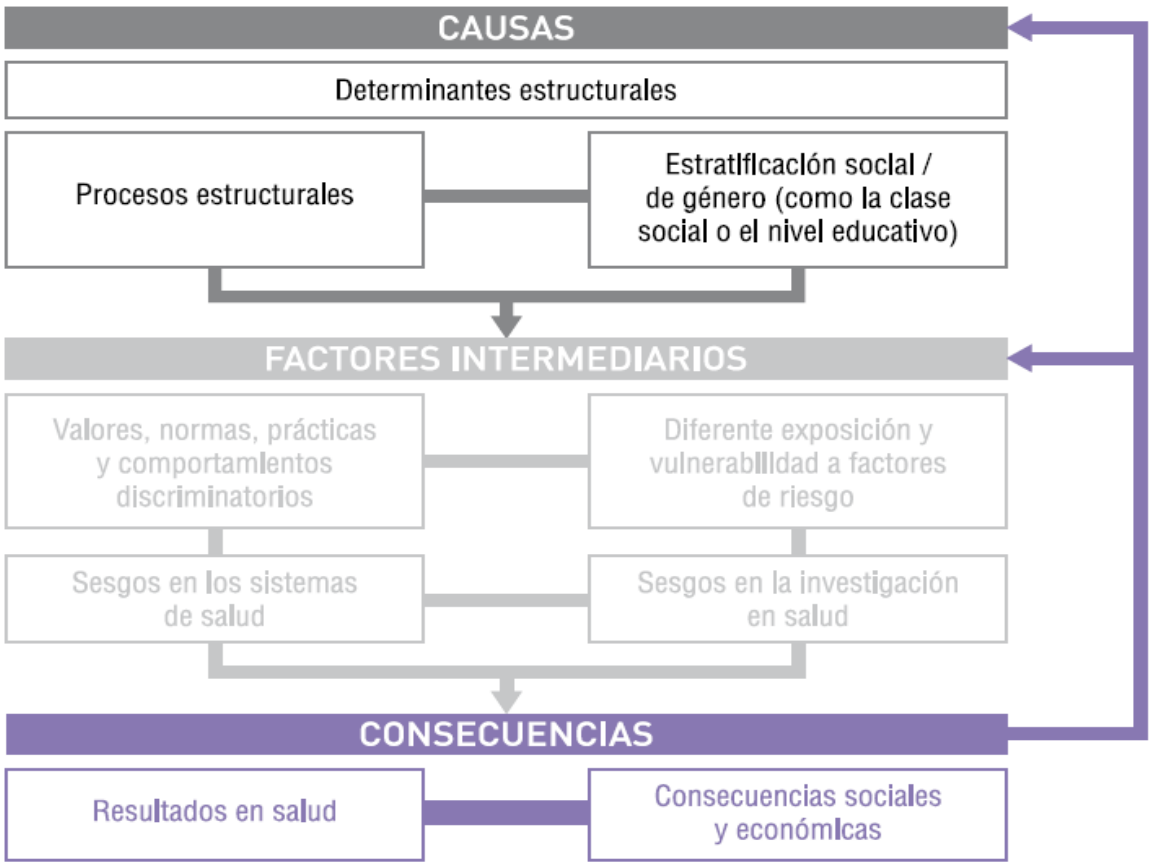


Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat Online Database.

Género y clase social se entrecruzan, de manera que el análisis de las desigualdades de género en salud ha de integrar ambos ejes de desigualdad. Como han señalado Borrell y Artazcoz (2008: 247), no es posible comprender las desigualdades de género en salud sin tener en cuenta la clase social. Un ejemplo de ello es el hecho de que, aunque la salud percibida de las mujeres es peor que la de los hombres, las mujeres de nivel socioeconómico elevado tienen mejor salud percibida que los varones trabajadores manuales.

La importancia de la interacción entre género y clase social queda reflejada en el modelo conceptual propuesto por la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género, en un informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, recogido por García Calvente (2010), que se muestra en la figura 4.

Figura 4. Esquema explicativo del género como determinante social de la salud.



Fuente: Sen G, Östlin P, George A (2007), en García Calvente (2010).

Este modelo identifica como factores que median entre las causas y las consecuencias los valores y normas de género, por un lado y, por otro, las diferencias en exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo, además de los sesgos en la investigación y en los sistemas de salud. Como señalan Sen y Östlin (2007), es necesario entender las funciones que desempeñan las diferencias biológicas y el sistema de género para comprender las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad.

Uno de los elementos estructurales más importantes en la investigación sobre desigualdades de género en salud es el trabajo, que presenta características más desfavorables para las mujeres, tanto en relación con el trabajo remunerado (segregación horizontal y vertical, mayor precariedad, etc.) como en relación con el trabajo reproductivo, que sigue siendo una responsabilidad fundamentalmente femenina. En este sentido, un análisis del género como determinante de la salud ha de prestar atención a las características diferenciales del trabajo remunerado y reproductivo para mujeres y hombres, y a la interacción entre estos dos tipos de trabajo (Artazcoz et al. 2001).

2.3.3 Género, trabajo y salud: antecedentes

La investigación sobre desigualdades de género en salud ha evidenciado la importancia tanto del trabajo remunerado como no remunerado como factores intermediarios con consecuencias diferenciales sobre la salud (Gjerdingen et al. 2000, Klumb y Lampert 2004, Artazcoz et al. 2001, Artazcoz, Borrell y Benach 2001, Artazcoz et al. 2004).

En realidad, el impacto del trabajo en la salud ha sido abordado como objeto de estudio desde dos ángulos, siguiendo un planteamiento que Barnett (1997) denomina *el modelo de las dos esferas*. Según esta autora, buena parte de la investigación sobre el vínculo entre género y salud se ha construido sobre la siguiente premisa: mujeres y varones operan en esferas separadas (familiar y laboral), y su salud está determinada por sus experiencias en esas esferas. A partir de ahí se asume que la salud de los varones depende de su experiencia como trabajadores, mientras que la salud de las mujeres se vincula a su experiencia como madres y esposas, y se desarrollan dos paradigmas paralelos: uno centrado en la relación entre las condiciones laborales y la salud física de los varones; otro, centrado en la relación entre las circunstancias familiares y la salud mental de las mujeres.

Esta dualidad en los paradigmas implica que la investigación sobre los efectos del trabajo en la salud ha estado durante mucho tiempo sometida a un sesgo de género en la propia definición del objeto de estudio, que ha dado lugar, por un lado, al desarrollo de un cuerpo de conocimiento en torno a las consecuencias de las condiciones laborales sobre la salud y el bienestar de los trabajadores (varones) y, por otro lado, al análisis del trabajo doméstico, con frecuencia no conceptualizado como trabajo sino abordado desde una óptica de desempeño de roles y sus efectos sobre las mujeres.

La evidencia acumulada a lo largo de las últimas décadas del siglo XX ha dado paso a un nuevo paradigma sobre la relación entre género y salud, en el que se asume que los roles familiares y laborales afectan a la salud física mental tanto de mujeres como de varones (Barnett 1997: 353-354).

Paralelamente, el rápido aumento de la participación de las mujeres en el trabajo remunerado impulsó el desarrollo de la investigación en torno a las consecuencias de este

otro rol, adicional al de madres y esposas. Respecto al bienestar y la salud, se han desarrollado dos teorías contrarias sobre el efecto de la multiplicidad de roles para las mujeres. Por un lado, la hipótesis del conflicto de roles o de la sobrecarga (*role strain*, *role conflict)* plantea que la multiplicidad de roles afecta negativamente a la salud física y mental de las mujeres (Coverman 1989). Por otro, la hipótesis de la expansión de roles (*role enhacement/role expansion)* señala que desempeñar múltiples roles tiene efectos positivos para la salud (Marks 1977; Sieber 1974). A estas dos hipótesis contradictorias se añade un tercer planteamiento, la hipótesis de la selección, según la cual tras los resultados que asocian el trabajo remunerado con mejor salud en la población femenina se encuentra la entrada selectiva en el mundo laboral de mujeres con buena salud. Otros modelos explicativos incorporan factores adicionales, desde las expectativas individuales, al contexto social o las actitudes de género (Himsel y Goldberg 2003; Sweeting et al. 2013; entre otros). La evidencia empírica al respecto no es concluyente.

La investigación sobre la relación entre roles y salud o bienestar se enfrenta a una limitación fundamental: la validez de la medición de la ocupación de los roles sociales y, en particular, del rol doméstico o familiar. Inicialmente, los estudios se centraban en la salud de las mujeres, desde el supuesto -más o menos explícito- de que todas desempeñan el rol doméstico, comparando amas de casa con mujeres que trabajan fuera de casa.

Numerosos trabajos se han centrado en las diferencias en la intensidad, la calidad u otras características de la ocupación de los diferentes roles (matrimonio/pareja, maternidad/paternidad, trabajo remunerado y trabajo reproductivo) (Verbrugge 1983, Simon 1995, Martikainen 1995, entre otros).

La investigación sobre el uso del tiempo permite una alternativa en la operacionalización de los roles, que se pueden medir de forma más precisa a partir de la cantidad de tiempo que cada persona dedica a las actividades relacionadas con cada rol (Bird y Fremont 1991).

En una perspectiva diferente se sitúan los planteamientos que trascienden la óptica de los roles para conceptualizar el trabajo reproductivo de manera análoga al trabajo remunerado, abordando el análisis de los efectos que sobre la salud o el bienestar tiene la carga de trabajo doméstico y de cuidado (por ejemplo, Hunt y Annandale 1993) u otras características del desempeño de este trabajo (control, etc.). Este enfoque permite superar el sesgo de las teorías en torno a la multiplicidad de roles, aplicables únicamente a las mujeres, incorporando a los varones.

Los resultados de la investigación sobre el impacto en la salud física y mental del trabajo reproductivo no son consistentes. Diversos estudios señalan que el trabajo doméstico es un factor de riesgo para la salud de las mujeres, sobre todo para aquellas con trabajo remunerado, apoyando la hipótesis de la sobrecarga o la doble carga, particularmente en las clases menos privilegiadas, y también se han identificado consecuencias negativas del trabajo doméstico para el bienestar de los varones (Bird y Fremont 1991). Pero al mismo tiempo, existe evidencia empírica que asocia el trabajo reproductivo a mejores resultados en salud física y mental, en línea con la teoría de la expansión de roles, y algunos estudios concluyen que no hay asociación entre el trabajo del hogar y distintos indicadores de bienestar (Lennon y Rosenfield 1992, Robinson y Spitze 1992, Ross y Bird 1994).

Entre los primeros estudios sobre el efecto de las desigualdades de género en la salud destaca el de Bird y Fremont (1991). Partiendo de la hipótesis de que la mayor morbilidad de las mujeres resultaba de las diferencias de género en los roles sociales (menos trabajo remunerado y salarios más bajos combinados con más horas dedicadas al trabajo del hogar y al cuidado de menores), encontraron que, al controlar por esas diferencias, ser varón estaba asociado con peor salud que ser mujer. Además de confirmar la hipótesis de partida, sus resultados señalaron que el tiempo dedicado al trabajo doméstico tenía un efecto negativo en la salud, pero no lo tenía el tiempo dedicado al cuidado de menores.

Desde un planteamiento similar, el estudio de Ross y Bird (1994) se orienta a contrastar la hipótesis según la cual la desigualdad de género en el trabajo remunerado y no remunerado y la experiencia subjetiva de desigualdad explican las diferencias en salud percibida. Sus resultados indican que las mujeres tienen menor probabilidad de tener trabajo remunerado y mayor probabilidad de trabajar a tiempo parcial, tienen menores ingresos, más dificultades económicas y menores recompensas subjetivas del trabajo, y todos estos factores están asociados con la mala salud. Por otro lado, encontraron que asumir una mayor proporción de trabajo doméstico se asocia a mejor salud, hasta un límite del 60% del total.

Por otro lado, el estudio de Lennon y Rosenfield (1992), centrado en el impacto del trabajo doméstico-familiar en la salud mental de mujeres casadas, concluyó que la responsabilidad del trabajo en el hogar no contribuía al malestar en mujeres con trabajo remunerado.

El análisis de Robinson y Spitze (1992) sobre los mecanismos mediante los cuales el trabajo del hogar influye en el bienestar concluyó que la hipótesis según la cual el trabajo del hogar es desagradable y tiene consecuencias negativas no se sostiene. Sus resultados

apoyaban parcialmente la hipótesis que apunta a que la sobrecarga resultante del trabajo remunerado a tiempo completo y el cuidado de menores además del trabajo del hogar tiene consecuencias negativas, y también la hipótesis que señala que el trabajo del hogar disminuye el bienestar sólo cuando se percibe como desigualmente distribuido.

Hunt y Annandale (1993) examinaron la relación entre trabajo doméstico y salud, por un lado, y entre trabajo remunerado y salud, por otro, así como los efectos combinados de trabajo doméstico y remunerado, tanto para varones como para mujeres. Sus conclusiones señalan que la asociación entre trabajo doméstico y salud es relativamente pequeña, y se limita a la salud de las mujeres. Sin embargo, el trabajo remunerado se asocia de forma más fuerte con la mala salud tanto en mujeres como en varones, con efectos que no difieren según el género. Respecto al efecto combinado del trabajo doméstico y remunerado, encontraron que era positivo para las mujeres pero no para los varones.

Frente a las limitaciones asociadas al diseño transversal de la mayoría de los trabajos, el diseño longitudinal del estudio de Bird (1999) permite valorar el impacto de la cantidad de trabajo reproductivo realizado y su división en el malestar psicológico de mujeres y varones, ajustando por el estado de salud mental previo. La autora concluye que la menor contribución de los varones al trabajo reproductivo explica parte de la diferencia de género en el malestar psicológico, y que la desigual división del trabajo del hogar tiene un mayor impacto en el malestar que la cantidad de dicho trabajo.

En esta misma línea, que subraya la importancia de la inequidad en el reparto del trabajo reproductivo frente a la cantidad de trabajo realizado, se sitúa el estudio de Voydanoff y Donnelly (1999), que concluye que la percepción de injusticia en relación con el reparto en la pareja del trabajo remunerado, las tareas del hogar y el cuidado de menores está positivamente relacionada con el malestar psicológico y negativamente relacionada con la calidad marital, tanto en mujeres como en varones.

Otra línea de investigación ampliamente desarrollada es la centrada en el conflicto trabajo-familia o trabajo-familia (Ruppanner 2010, entre otros).

En España se han realizado varios estudios de este tipo, la mayoría de ámbito local o autonómico, a partir tanto de encuestas de salud como de muestras ad hoc, con resultados no siempre convergentes, y en algunos casos con limitaciones por el tamaño muestral (Artazcoz et al. 1999, 2001 y 2004; Fernández, Schiaffino y Martí 2000).

Artazcoz (2002) ha subrayado que para comprender la compleja interacción entre género y salud, el análisis debe ser abordado desde la interacción entre el trabajo reproductivo –que todavía se distribuye de forma muy desigual- y la situación laboral, prestando atención también a la clase social.

A esta complejidad hay que añadir la necesidad de incorporar un eje de análisis relacional, porque conceptualizar el reparto del trabajo como una cuestión de pareja implica trascender el nivel de análisis individual situando el foco en las relaciones de pareja. Desde esta perspectiva, el reparto del trabajo remunerado y no remunerado es una cuestión de dos, que cada pareja decide y concreta en un contrato de género.

Nuestra hipótesis es que una de las características de las sociedades occidentales contemporáneas es *el nuevo malestar de las mujeres*, distinto de ese malestar de la década de los sesenta, de la infelicidad asociada a ser madre y esposa. Es un *malestar* que acompaña a las mujeres en su lucha por una ciudadanía plena, a aquellas mujeres que no asumen su rol subordinado y son víctimas del mismo ante sus compañeros. El nuevo malestar de las mujeres es el resultado de la injusticia en las relaciones de pareja, de la frustración que genera la incompatibilidad de la igualdad y el amor.

II. SEGUNDA PARTE

3. REVISIÓN SISTEMÁTICA:

EL IMPACTO EN LA SALUD

DEL TRABAJO REPRODUCTIVO

3. REVISIÓN SISTEMÁTICA: EL IMPACTO EN LA SALUD DEL TRABAJO REPRODUCTIVO

3.1 Metodología

La revisión sistemática es una técnica de investigación orientada a la integración de la evidencia científica existente. Se trata de una herramienta ampliamente utilizada en las ciencias de la salud, particularmente en el contexto de la *práctica basada en la evidencia* (PBE). El auge del enfoque de la PBE y su aplicación a otras disciplinas ha impulsado el uso de esta técnica en las ciencias sociales, fundamentalmente en torno a la efectividad de las intervenciones de programas y políticas (Petticrew & Roberts 2006).

En palabras de Sánchez Meca (2010:53), la revisión sistemática "tiene como propósito integrar de forma objetiva y sistemática los resultados de los estudios empíricos sobre un determinado problema de investigación". Su desarrollo está ligado al aumento del conocimiento científico en las últimas décadas del siglo XX, y responde a la necesidad de acumulación efectiva de la evidencia.

Las revisiones sistemáticas pueden entenderse como revisiones de la literatura que tratan de responder a una pregunta, y que se ajustan estrictamente a una metodología explícita y reproducible, utilizando estrategias orientadas a limitar el error sistemático (sesgo), mediante la búsqueda exhaustiva de todos los estudios potencialmente relevantes y la aplicación de criterios definidos con antelación y de forma detallada en la selección y valoración de estudios.

Frente a las revisiones tradicionales de la literatura, que no siguen un proceso sistemático, una revisión sistemática se caracteriza por utilizar métodos explícitos y reproducibles, asegurando de este modo la validez y fiabilidad de los resultados. Así, una revisión sistemática ha de ser un proceso transparente y reproducible, de manera que requiere que los procedimientos utilizados hayan sido explícitamente definidos con antelación. De esta forma, se minimizan los posibles sesgos en que puede incurrir una revisión tradicional, por carecer de métodos explícitos, definiciones rigurosas y/o técnicas estandarizadas.

En este sentido, las revisiones sistemáticas son una técnica de investigación, donde las fuentes de información son secundarias y la unidad de análisis son los estudios originales.

3.1.1 Antecedentes y objetivos

En los últimos años se ha producido un notable desarrollo de la investigación sobre desigualdades de género. Paralelamente, el trabajo reproductivo se ha consolidado como objeto de estudio en múltiples disciplinas. La incorporación de información sobre este otro trabajo tanto en las encuestas de salud como en numerosas encuestas sociales ha permitido abordar su análisis como determinante de la salud, en línea con el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud impulsado por la OMS.

Los resultados de la investigación acerca de las consecuencias para la salud y el bienestar del trabajo reproductivo no son convergentes. Entre los factores que pueden explicar los resultados discordantes se encuentran las distintas formas de abordar la medición del trabajo reproductivo. Por un lado, no existe una definición clara ni comúnmente aceptada de este trabajo, y, además, con frecuencia no se dispone de información específica, de manera que se utilizan variables proxy, relacionadas con la composición del hogar (número de personas en el hogar, presencia o no de menores, etc.) o con los roles del individuo (si tiene o no tiene hijos, pareja, etc.). Es cierto que la carga de trabajo reproductivo depende del tamaño del hogar, de si hay menores o no y de su edad, pero estas variables no informan acerca de quién se ocupa de ello, de manera que no permiten una aproximación precisa a la carga de trabajo que asume una persona.

Al mismo tiempo, la investigación sobre el impacto del trabajo reproductivo en la salud y el bienestar utiliza multiplicidad de variables dependientes, lo que añade complejidad a la comparabilidad de los resultados. Además, otras diferencias metodológicas, como las relativas a la población de estudio, dificultan la aproximación al estado del arte sobre esta cuestión.

Por ello, nos proponemos identificar todos los estudios poblacionales relevantes que han analizado la relación entre el trabajo reproductivo y la salud o el bienestar, y sintetizar sus resultados, con el fin de obtener una respuesta estructurada a estas preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son los efectos del trabajo reproductivo en la salud y el bienestar para mujeres y hombres?
- ¿Están relacionadas las características metodológicas con diferencias en los resultados sobre el impacto del trabajo reproductivo en la salud y el bienestar?

El objetivo de este trabajo es sintetizar los resultados de la evidencia científica reciente sobre el impacto del trabajo reproductivo o doméstico-familiar en la salud y el bienestar de mujeres y varones.

3.1.2 Protocolo

Se utilizó la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), con el propósito de ajustar la metodología a las directrices para la realización y publicación de revisiones sistemáticas, tratando de seguir las recomendaciones en cada fase del proceso mediante la lista de comprobación de 27 ítems (Moher et al. 2009; Urrútia y Bonfill 2010).

De forma previa al comienzo del trabajo se realizó una búsqueda en PROSPERO (http://www.crd.york.ac.uk/prospero/), una base de datos internacional de revisiones sistemáticas en salud y bienestar social, registradas de forma prospectiva, con el objetivo de identificar posibles revisiones sistemáticas relacionadas con nuestro objeto de estudio que pudieran estar en curso o haber sido realizadas, no obteniendo ningún resultado.

Se diseñó un protocolo de investigación, que fue registrado en PROSPERO (CRD42013006263) y publicado (http://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.asp?ID=CRD42013006263#.Uqb2wdLuKE4).

3.1.3 Estrategia de búsqueda para la identificación de estudios

La búsqueda se realizó con el propósito de identificar todos los trabajos empíricos relevantes sobre el impacto en la salud y el bienestar del trabajo doméstico-familiar publicados entre enero de 2000 y diciembre de 2015.

La identificación de estudios se realizó mediante una búsqueda en bases de datos electrónicas de contenido multidisciplinar y, en una segunda fase, mediante una búsqueda manual.

a) Búsqueda en bases de datos electrónicas

Se incluyeron varios términos de búsqueda para cada uno de los dos componentes (salud y trabajo reproductivo):

- sobre el impacto en la salud, el bienestar y la calidad de vida: *health, quality of life, wellbeing, distress.*

- para el trabajo doméstico-familiar: *housework, domestic work, household chores, domestic chores, family chores, unpaid work, reproductive work, care work, childcare*.

- sobre género: *gender*. Se asume que un análisis de este otro trabajo como determinante de la salud ha de realizarse desde el enfoque de género, reconociendo la división sexual del trabajo como punto de partida. No se incluyeron términos adicionales (female, women, etc.) por el uso generalizado del término género, que de hecho con frecuencia se utiliza como sinónimo de sexo. Tampoco se establecieron limitaciones respecto al enfoque de género para la identificación de estudios, sino que se valoró en la siguiente fase como un criterio de calidad.

Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos:

1. Scopus
2. Web of Science (incluyendo las siguientes bases de datos: Colección Principal de Web of Science*, MEDLINE y SciELO Citation Index)
3. ProQuest
4. vía EBSCOhost: Academic Search Premier, Econlit, ERIC, Gender Studies Database, PsycINFO, SocINDEX.

*Incluye las siguientes colecciones:

Science Citation Index Expanded (1900-presente)
Social Sciences Citation Index (1956-presente)
Arts & Humanities Citation Index (1975-presente)
Conference Proceedings Citation Index- Science (1990-presente)
Conference Proceedings Citation Index- Social Science & Humanities (1990-presente)
Emerging Sources Citation Index (2015-presente)

En el anexo 1 se muestran las ecuaciones de búsqueda utilizadas para las distintas bases de datos. Las búsquedas se realizaron en la primera quincena de mayo de 2016.

b) Búsqueda manual

La búsqueda en bases de datos electrónicas se completó con una búsqueda manual, consultando la bibliografía de los artículos seleccionados tras completar la segunda fase del proceso de revisión de estudios (revisión del texto completo).

3.1.4 Gestión de referencias

Los registros identificados en las búsquedas se introdujeron de forma secuencial en el gestor de referencias bibliográficas Mendeley, identificando y eliminando los duplicados.

3.1.5 Criterios de inclusión y exclusión

a) Criterios de inclusión

Se definieron los siguientes criterios de inclusión: estudios observacionales centrados en el impacto del trabajo doméstico-familiar sobre la salud o el bienestar en población adulta, realizados en países europeos, Estados Unidos, Canadá, Australia o Nueva Zelanda y publicados en inglés o español en revistas revisadas por pares.

Para ser incluidos los estudios debían cumplir los siguientes criterios (tabla 6):

- Incluir como variable independiente una medida específica de la carga de trabajo doméstico-familiar
- Incluir como variable dependiente una medida global de la salud, la calidad de vida o el bienestar/malestar
- Incluir una medida de la relación entre el trabajo doméstico-familiar como variable independiente y la salud o el bienestar como variable dependiente
- En población en edad laboral (18-65)
- En países europeos, Estados Unidos, Canadá, Australia o Nueva Zelanda
- Publicados en inglés o español en revistas revisadas por pares, entre 2000 y 2015.

Con el propósito de limitar el sesgo relacionado con el idioma de publicación, la búsqueda en una de las bases de datos electrónicas se realizó sin establecer ninguna limitación respecto al idioma.

Respecto a la edad, para aquellos estudios que incluyen tanto población del rango de edad definido como fuera de ese rango se consideró que cumplían este criterio si la amplitud del rango de edad de la población de estudio era mayor para la edad laboral.

Tabla 6. Criterios de inclusión para el proceso de selección

Tipo de estudios	Estudios observacionales centrados en el impacto del trabajo doméstico-familiar en la salud
Variables independientes	Variables que midan de forma específica la carga de trabajo doméstico-familiar
Variables dependientes	Variables que midan de forma global la salud, el bienestar o la calidad de vida
Análisis	Relación entre carga de trabajo doméstico-familiar y salud/bienestar
Población de estudio	Población en edad laboral (mujeres y varones de 18 a 65 años)
Criterio geográfico	Países europeos, Estados Unidos, Canadá, Australia o Nueva Zelanda
Criterio temporal	Estudios publicados entre 1/1/2000-31-12/2015
Criterio lingüístico	Estudios publicados en inglés o español

b) Criterios de exclusión

Se definieron los siguientes criterios de exclusión:

- estudios en subgrupos de población no asimilables a población general: población con condiciones médicas, personas cuidadoras de personas con discapacidad o enfermedad…
- estudios centrados en el análisis del bienestar o malestar en ámbitos específicos: la pareja, la familia, la interacción familia-trabajo, etc.
- estudios centrados en la relación entre trabajo reproductivo y problemas de salud específicos (riesgo cardiovascular, dolor musculoesquelético, depresión, estrés, etc.), estilos de vida (sueño, actividad física, etc.) o baja laboral.
- estudios centrados en el impacto de la maternidad/paternidad.

3.1.6 Proceso de selección de estudios

A partir de las búsquedas en bases de datos se obtuvo un total de 1.427 registros, una vez identificados y eliminados los duplicados.

a) Fase 1: título y abstract

En una primera fase se revisó título y abstract para determinar su elegibilidad a partir de los criterios de inclusión y exclusión, y se excluyeron 1.297 referencias.

b) Fase 2: texto completo

En una segunda fase, se obtuvo el texto completo de todos los resultados seleccionados en la fase 1 (N=130).

Un 10% de los estudios seleccionados en la fase 1, elegidos de forma aleatoria, fueron valorados de forma independiente por dos miembros del equipo, y se calculó el coeficiente kappa (k) para evaluar el grado de acuerdo entre observadores. La concordancia fue muy buena (k=0,851), y la discrepancia se debió a la diferente interpretación de uno de los criterios de exclusión, que fue reformulado para una mayor claridad.

Tras la revisión del texto completo de las 130 referencias se determinó que 30 artículos cumplían los requisitos, y 100 fueron excluidos, principalmente porque no cumplían los criterios de inclusión (tabla 7).

c) Fase 3: búsqueda manual

La búsqueda manual, a partir de las referencias de los artículos seleccionados, aportó 34 registros. Mediante la revisión del abstract se determinó que 3 de ellos no eran elegibles. Para los restantes estudios (31) se obtuvo el texto completo, y tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión fueron incluidos 5 estudios.

Figura 5. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de estudios (PRISMA 2009).

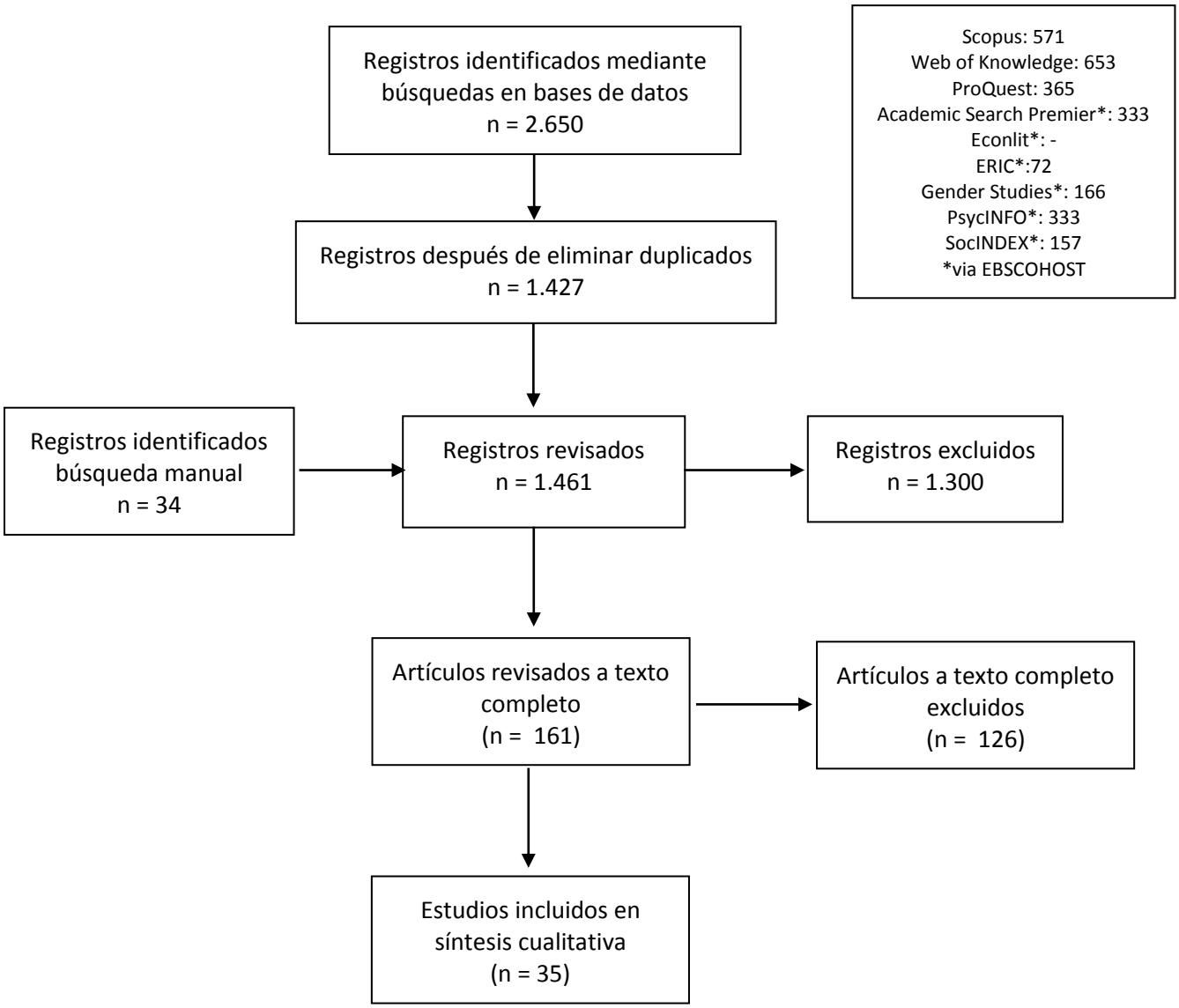


Tabla 7. Razones de exclusión de estudios en fase 2 de revisión.

	Búsqueda en BBDD	Búsqueda manual	Total	(%)
No cumplen criterios de inclusión	77	26	103	81,7
Medida del trabajo reproductivo: roles	23	15	38	30,2
Medida subjetiva del trabajo reproductivo	18	2	20	15,9
Criterios de exclusión				
1. Estudios en subgrupos de población no asimilables a población general	2	-	2	1,6
2. Estudios centrados en el análisis del bienestar o malestar en ámbitos específicos (familia, pareja…)	7	-	7	5,6
3. Estudios sobre la relación entre trabajo reproductivo y baja laboral, problemas de salud	9	-	9	7,1
4. Estudios centrados en el impacto en la salud o el bienestar de la paternidad/maternidad	5	-	5	4,0
Total	100	26	126	100

Fuente: elaboración propia.

3.1.7 Evaluación crítica

A continuación, se realizó una evaluación crítica de los estudios seleccionados, valorando por un lado su calidad y por otro la integración del enfoque de género.

a) Valoración de la calidad de los estudios seleccionados

Se utilizó el instrumento *Crowe Critical Appraisal Tool* (CCAT), que incluye un formulario y una guía de uso (Crowe y Sheppard 2011), en la versión 1.4. Se trata de una herramienta desarrollada específicamente para la evaluación de la calidad de los estudios, válida para todos los diseños, y su validez de constructo y fiabilidad han sido comprobadas (Crowe y Sheppard 2011, Crowe et al. 2012).

Otro miembro del equipo evaluó de forma independiente un 40% de los estudios, seleccionados aleatoriamente. Se evaluó el grado de concordancia interobservador mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI), y la concordancia fue buena (CCI=0,738, p=0,007). Los estudios fueron clasificados en dos niveles, calidad alta (puntuación igual o superior a 80%) y calidad media (puntuación inferior a 80%).

b) Evaluación del enfoque de género

Adicionalmente, se definió como criterio de calidad de los estudios seleccionados la integración de la perspectiva de género. La evaluación crítica de la integración del enfoque de género se realizó mediante una breve lista de comprobación de 3 ítems, a partir de las propuestas de García-Calvente (2010) y Ariño et al. (2011). Para cada ítem se codificó la respuesta (sí/no/no aplicable) a las siguientes preguntas de verificación:

- ¿Se incluye el término “género” en las palabras clave?
- ¿Se reconoce la categoría de género como un determinante de desigualdades en salud o como factor de estratificación y desigualdad social?
- ¿Se presentan resultados desagregados por sexo?

Este último criterio es aplicable únicamente en estudios con población de ambos sexos, y se aplicó respecto al análisis de la asociación entre carga de trabajo reproductivo y salud o bienestar.

Se estableció que un estudio sería considerado sensible al género si cumplía todos los criterios, excluyendo los no aplicables.

3.1.8 Extracción de datos

Se diseñó un formulario de extracción de datos, y para cada artículo seleccionado se extrajo y codificó información sobre los siguientes ítems:

a) Características generales de los estudios: información bibliográfica (primer/a autor/a, año de publicación, país, área de conocimiento de la revista de publicación), así como sobre sus objetivos y principales resultados.

b) Características metodológicas: diseño (transversal o longitudinal), población de estudio, tamaño de la muestra y tasa de respuesta.

Respecto a la población de estudio, junto a la diferenciación entre estudios realizados únicamente en mujeres y estudios que analizan mujeres y varones, se analizó la presencia o ausencia de los siguientes criterios en la definición:

- convivencia con pareja o matrimonio
- hijos/as
- trabajo remunerado
- parejas de doble ingreso
- trabajo remunerado o amas de casa
- trabajo remunerado en una ocupación o sector específicos

c) Descripción de las principales variables: variables de trabajo reproductivo (constructo y definición); variables dependientes (dimensión evaluada, tipo de instrumento y componente); otras variables relevantes; resultados.

A continuación, se describen las variables y categorías generadas para caracterizar tanto la información relativa al trabajo reproductivo como las variables dependientes.

Respecto al trabajo reproductivo, nuestro análisis se centra en el constructo o principal dimensión del fenómeno que se aborda en la medición, identificando tres categorías:

- **tiempo**: variables que se orientan a determinar la cantidad de tiempo que dedica una persona al trabajo reproductivo. Se incluyen aquí las medidas de frecuencia de actividades.

- **responsabilidad**: variables centradas en establecer quién o quienes asume(n) el rol de responsable del trabajo reproductivo en el hogar, ya sea total o parcialmente.

- **contribución**: variables orientadas a medir el reparto del trabajo reproductivo en la pareja, a cuantificar el grado en que una persona contribuye al trabajo que se realiza en el hogar. Implica el aspecto relacional, trasladando el análisis del individuo al nivel de la pareja.

Igualmente, resulta de interés analizar la definición que se realiza del trabajo reproductivo en cada estudio. Para registrar la información extraída al respecto se establecieron las siguientes categorías: trabajo doméstico, cuidado de menores, trabajo doméstico y cuidado de menores, trabajo reproductivo incluyendo cuidado de menores (no diferenciados). También se extrajo información sobre las tareas domésticas incluidas en la definición, así

como sobre otros aspectos relevantes (tareas femeninas y masculinas, trabajo emocional, etc.).

Finalmente, se generó una variable para codificar la presencia o ausencia en cada estudio de la medición de la equidad en la división del trabajo reproductivo, esto es, de alguna medida sobre el grado en que este trabajo se reparte en la pareja de manera equilibrada o justa, incluyendo tanto variables subjetivas (de valoración individual del reparto) como variables generadas a posteriori a partir de la información sobre el reparto. Cuando la conceptualización de las variables sobre el trabajo reproductivo incluía esta dimensión se consideró que el constructo estaba presente.

Para el análisis de las variables dependientes, se definieron una serie de categorías que hacen referencia a la dimensión evaluada con cada instrumento:

- **bienestar:** variables centradas en satisfacción con la vida, felicidad o bienestar general.

- **estado de salud general**: incluye las variables relativas a la valoración global de la salud, la salud percibida, la calidad de vida relacionada con la salud o la limitación de la actividad. Los índices de síntomas o problemas de salud que agregaban aspectos tanto físicos como psicosomáticos fueron asignados a esta categoría.

- **salud mental**: incluyendo las variables que se centran en el bienestar o malestar psicológico, la valoración general de la salud mental, así como síntomas o problemas de salud mental.

Inicialmente se definió una categoría relativa a la salud física, parar incluir las variables referidas a problemas de salud o síntomas físicos o a la valoración general de la salud física, pero fue descartada debido a su escasa frecuencia. La asignación de las dimensiones de las escalas SF-12/36 se realizó atendiendo al constructo que miden, de manera que la puntuación global se asignó a la categoría estado de salud general y la puntuación de salud mental a su correspondiente categoría. Uno de los estudios seleccionados analizaba la puntuación de salud física, que fue asignada a la categoría de estado de salud general.

Además, se generaron variables para codificar el tipo de instrumento utilizado para medir la variable dependiente (ítem único, escala validada o índice específico) y el componente (positivo o negativo).

Algunos estudios seleccionados incluyen varios análisis, de manera que junto a los incluidos en esta revisión aparecen otros que no cumplen los criterios de inclusión o cumplen los criterios de exclusión, por lo que se obviaron en la extracción de datos.

Hay estudios que analizan varias variables dependientes, se codificaron todas las que cumplían los criterios de inclusión y no cumplían alguno de los criterios de exclusión. Para cada variable dependiente se asignaron los valores correspondientes a las variables de análisis (dimensión evaluada, tipo de instrumento y componente), de manera que un mismo estudio puede tener más de un valor. Esto ocurre también para las variables sobre trabajo reproductivo, y se aplicaron los mismos criterios. Por ello, la suma de los valores de frecuencia observados respecto a estas variables no coincide con la cifra de estudios seleccionados.

En cuanto a otras variables relevantes, se registró en el formulario de extracción de datos la presencia o ausencia de las siguientes en el estudio: clase social o nivel socioeconómico, edad, estado de salud previo e ideología de género. Se consideró que un estudio incluía la edad si esta variable estaba presente en el análisis o también si la definición de la población de estudio implicaba un tramo de edades reducido.

Finalmente, para cada estudio se codificó el resultado respecto al impacto en la salud o el bienestar del trabajo reproductivo para las mujeres y para los varones, en las siguientes categorías: impacto negativo, impacto positivo, no impacto, indeterminado (estudios con resultados mixtos, poco claros, etc.). Para asignar estos valores, en aquellos estudios en que la medición del trabajo reproductivo se realiza desde la óptica de la contribución de cada miembro de la pareja, el resultado se codificó desde la óptica del efecto de una mayor contribución.

A la información extraída se añadió el resultado de la evaluación de la calidad (calidad alta o media) y del enfoque de género (sensible al género o no) para cada estudio seleccionado.

Finalmente, los resultados presentados en cada estudio se codificaron en dos variables de síntesis, una referida al impacto en la salud de las mujeres y otra para los varones, con las

siguientes categorías: impacto negativo; impacto positivo; no hay impacto; indeterminado (para aquellos estudios con resultados poco claros o contradictorios, por ejemplo, cuando los resultados son distintos en función de otras variables).

3.2 Resultados

3.2.1 Características generales de los estudios seleccionados

La tabla 8 recoge la frecuencia absoluta y relativa de los estudios seleccionados según el tipo de diseño (transversal o longitudinal), la población de estudio (mujeres y varones o sólo mujeres), el país, el quinquenio de publicación, el sexo de su primer/a autor/a y el área de la revista donde fue publicado. La mayoría de los estudios tienen un diseño transversal (n=26), definen a ambos sexos como población de estudio (n=27), han sido realizados en Europa (n=32) y la autoría principal corresponde a una mujer (n=30).

Tabla 8. Características generales de los estudios seleccionados.

		N	(%)
Diseño del estudio	Transversal	26	(74,3)
	Longitudinal	9	(25,7)
Población de estudio	Mujeres & varones	27	(77,1)
	Sólo mujeres	8	(22,9)
País	Suecia	12	(34,3)
	España	9	(25,7)
	Reino Unido	6	(17,1)
	Varios países (Europa)	2	(5,7)
	Australia	1	(2,9)
	Austria	1	(2,9)
	Canadá	1	(2,9)
	Finlandia	1	(2,9)
	Holanda	1	(2,9)
	Estados Unidos	1	(2,9)
Período de publicación	2000-2004	9	(25,7)
	2005-2009	8	(22,9)
	2010-2015	18	(51,4)
Primer/a autor/a	Mujer	30	(85,7)
	Varón	5	(14,3)
Área de la revista	Salud pública	14	(40,0)
	Psicología y psiquiatría	8	(22,9)
	Sociología	5	(14,3)
	Estudios de género	5	(14,3)
	Otras	3	(8,6)
Total		**35**	**(100)**

Fuente: elaboración propia.

Suecia es el país de origen del mayor número de estudios, seguido de España y Reino Unido. La mitad de los estudios seleccionados (n=18) han sido publicados en el último de

los tres quinquenios incluidos en el análisis (2010-2015), y en cuanto al área de la revista donde han sido publicados, principalmente se trata de revistas de salud pública, psicología/psiquiatría, sociología y estudios de género.

En la tabla 9 se describen los objetivos y principales resultados de los estudios seleccionados, y la tabla 10 sintetiza sus características metodológicas.

Los estudios [12] y [13], por un lado, y [19] y [20], por otro, utilizan los mismos conjuntos de datos, si bien no se han considerado redundantes por las diferencias en los análisis que presentan.

La tabla 11 muestra las variables dependientes y de trabajo reproductivo utilizadas en cada uno.

Tabla 9. Descripción de los estudios seleccionados.

Primer/a autor/a, año	Objetivo	Resultados relativos al impacto del trabajo reproductivo
Álvarez 2015 [1]	Analizar la relación entre los patrones de tiempo de trabajo y la satisfacción con la vida para las mujeres en parejas de doble ingreso	En las mujeres que trabajan a tiempo completo, la responsabilidad del trabajo reproductivo se asocia a menor satisfacción con la vida, en comparación con las que comparten este trabajo con su pareja. Trabajar a tiempo parcial y ser responsable del trabajo reproductivo se asocia a mayor satisfacción en mujeres conservadoras, sin estudios universitarios o con hijos/as o adultos dependientes.
Arends-Tóth 2007 [2]	Examinar la relación entre las creencias respecto a los roles de género, el comportamiento relativo al reparto y el bienestar en diferentes grupos culturales	Un reparto más equilibrado de las tareas del hogar y de cuidado de menores en la pareja está relacionado con mayor bienestar tanto en mujeres como en varones en todos los grupos culturales. El comportamiento relativo al reparto es más importante que las creencias respecto a los roles de género, aunque el efecto de ambos es pequeño.
Berntsson 2006 [3]	Analizar las diferencias de género en la carga de trabajo remunerado y reproductivo y su asociación con la percepción de síntomas en personas con hijos/as que trabajan a tiempo completo en ocupaciones de cuello blanco	Existen diferencias significativas entre mujeres y hombres en el tiempo de trabajo remunerado, doméstico y de cuidado de menores, que dan lugar a una mayor carga de trabajo total para las mujeres. Las mujeres también presentan más síntomas que los varones, pero no se asocian a la carga total de trabajo ni a una elevada carga de trabajo reproductivo.
Borrell 2004 [4]	Analizar la asociación entre salud percibida y clase social, examinar el papel del trabajo en el hogar y otras variables en dicha asociación y analizar si los patrones son similares para mujeres y varones	Entre las mujeres el número de horas de trabajo en el hogar está asociado con peor salud percibida, y no entre los varones.
Boye 2009 [5]	Investigar si el tiempo dedicado al trabajo remunerado o del hogar explica el menor bienestar en las mujeres que en los varones en Europa, y si la asociación entre bienestar y tiempo dedicado al trabajo remunerado y del hogar difiere en función de las actitudes de género y el contexto social	El bienestar de las mujeres aumenta con el incremento de las horas de trabajo remunerado y disminuye con el aumento de las horas de trabajo en el hogar, mientras que en los varones no hay asociación. Las diferencias de género en el tiempo dedicado a trabajo remunerado y del hogar explican un tercio de la diferencia de género en el bienestar en Europa, siendo una de las razones por las que las mujeres tienen un menor grado de bienestar que los varones. Las actitudes de género no parecen modificar estas asociaciones. El tiempo de trabajo tanto remunerado como del hogar parece ser más importante en términos absolutos que en términos relativos para el bienestar de las mujeres.
Boye 2010 [6]	Examinar la relación entre tiempo dedicado al trabajo remunerado y del hogar y malestar psicológico, y valorar en qué medida las diferencias de género en el tiempo dedicado a dichas actividades explican la diferencia de género en el malestar psicológico	La diferencia de género en el tiempo dedicado al trabajo del hogar explica el 40% de la diferencia de género en el malestar psicológico. El tiempo de trabajo en el hogar no se asocia a mayor malestar psicológico en las mujeres, excepto en aquellas con alta carga de trabajo total. En los varones, el malestar psicológico no está asociado al tiempo de trabajo remunerado o del hogar. La desigualdad en el reparto del trabajo del hogar no se asocia con el malestar.
Claffey 2009 [7]	Examinar en qué medida la percepción de la justicia en la división del trabajo del hogar desempeña un papel mediador o moderador en la relación entre división del trabajo del hogar y malestar	En las mujeres casadas con trabajo remunerado, la división del trabajo del hogar está asociada al malestar a través de la percepción de la justicia en la división de dicho trabajo.
Delgado 2013 [8]	Investigar las relaciones entre las características profesionales y familiares de los/as médicos/as de atención primaria y los componentes de la salud física y mental	La salud mental disminuye al aumentar las horas de trabajo en el hogar durante los fines de semana y con el conflicto familia-trabajo tanto en mujeres como en varones.
Della Giusta 2011 [9]	Analizar los factores asociados a la satisfacción con la vida para mujeres y varones, especialmente los diferentes patrones de trabajo (remunerado y no remunerado) Explorar los componentes de la satisfacción con la vida examinando la satisfacción de la persona con distintos aspectos de su vida	Las horas de trabajo en el hogar no influyen en la satisfacción con la vida de mujeres ni varones. Tener hijos/as de 3 a 4 años y el cuidado de personas adultas afecta negativamente a la satisfacción con la vida de las mujeres, pero no es significativo para los varones. Estas diferencias se pueden explicar por el hecho de que unas y otros asignan diferentes valores a la satisfacción con distintas dimensiones de la vida.
Eek 2015 [10]	Explorar en qué medida una distribución desigual de las responsabilidades en el hogar está relacionada con distintos resultados en salud para las mujeres	Hay diferencias significativas en la mayoría de los indicadores de salud entre las mujeres que viven en relaciones con una distribución más desigual de la responsabilidad respecto al trabajo reproductivo y las mujeres que mantienen relaciones más equitativas. Una relación de pareja desigual está asociada a peor salud percibida, menor nivel de satisfacción con la vida, mayor cansancio, estrés y síntomas, y esta asociación no difiere en función del tiempo de trabajo remunerado (parcial o completo).

Primer/a autor/a, año	Objetivo	Resultados relativos al impacto del trabajo reproductivo
Escribà-Agüir 2004 [11]	Investigar el efecto del rol de género y el entorno laboral psicosocial sobre el bienestar psicológico del personal de un hospital	Dedicar más de 30 horas semanales a tareas domésticas se asocia a un peor resultado en la función social. La probabilidad de mala salud mental es mayor para quienes asumen la totalidad de las tareas domésticas, y la puntuación en vitalidad es mejor cuando las tareas domésticas son asumidas por la pareja.
Harryson 2012a [12]	Analizar en qué medida la desigualdad de género en la esfera doméstica está asociada con el malestar psicológico en mujeres y varones	En las mujeres, asumir la responsabilidad total del trabajo doméstico está asociado al malestar psicológico, y para los varones lo está asumir menos de la mitad de dicha responsabilidad. La percepción de la desigualdad de género en la relación de pareja se asocia con malestar psicológico tanto en mujeres como en varones.
Harryson 2012b [13]	Investigar si la relación entre responsabilidad del trabajo doméstico y malestar psicológico está relacionada con la percepción de la desigualdad de género en la relación de pareja y con la posición socioeconómica relativa	No hay relación entre responsabilidad del trabajo doméstico y malestar psicológico en mujeres, ya que la asociación no es estadísticamente significativa al incluir la posición socioeconómica. Para los varones, tener menos de la mitad de la responsabilidad del trabajo doméstico y una posición socioeconómica más baja que su pareja se asocia a malestar psicológico.
Krantz 2001 [14]	Analizar la influencia de la responsabilidad doméstica y la tensión laboral (y su combinación: doble exposición) sobre síntomas físicos y mentales comunes en mujeres	Las mujeres que asumen una gran responsabilidad doméstica tienen mayor riesgo de un alto nivel de síntomas comunes. La “doble carga” aumenta considerablemente el riesgo de síntomas comunes.
Krantz 2005 [15]	Analizar la asociación entre síntomas declarados por varones y mujeres con empleos de cuello blanco y el trabajo remunerado, las tareas domésticas, el cuidado de menores, las interacciones trabajo-cuidado de menores y la percepción del stress laboral	No hay asociación entre alto nivel de síntomas y mayor carga de trabajo doméstico en las mujeres ni en los varones. La carga total de trabajo percibida (remunerado y del hogar) se asocia a mayor riesgo de alto nivel de síntomas tanto en mujeres como en varones. Un alto grado de dedicación al trabajo del hogar se asocia a mayor nivel de síntomas en las mujeres con jornadas laborales largas, y no en los varones.
Lindfors 2006 [16]	Investigar la relación entre carga total de trabajo (remunerado y no remunerado) y bienestar psicológico y síntomas en varones y mujeres que trabajan a tiempo completo	El aumento de las horas de trabajo no remunerado se asocia a más síntomas y peores resultados en algunas dimensiones del bienestar psicológico en las mujeres, en los varones, el trabajo no remunerado no se asocia con ninguna de las dimensiones de bienestar psicológico ni con los síntomas.
Malmusi 2014 [17]	Examinar en qué medida la desigual distribución de roles y recursos como determinantes intermedios explica las desigualdades en salud percibida según género y clase social	Una mayor dedicación al trabajo del hogar aumenta el riesgo de mala salud percibida en mujeres de clases no manuales, pero no en las de clases manuales. La asociación entre mala salud percibida y sexo desaparece al ajustar por ingresos individuales.
Månsdotter 2012 [18]	Examinar los efectos del grado de igualdad de género en la infancia y la vida adulta sobre los síntomas de mala salud mental	La igualdad de género en la vida adulta es generalmente buena para el estado de salud mental declarado. Los hallazgos respecto al cuidado de menores dibujan un panorama diferenciado: en los síntomas depresivos los varones parecen beneficiarse de asumir esta obligación tradicionalmente femenina, y las mujeres experimentan mayores síntomas de ansiedad al alejarse de ella
Matthews 2001 [19]	Examinar en qué medida las desigualdades sociales en el malestar psicológico se explican por factores relativos al trabajo y al hogar y en qué medida el impacto de estos potenciales factores explicativos es similar para varones y mujeres	La asociación de los factores con el malestar psicológico y la clase social es más fuerte en los varones que en las mujeres. Las características del trabajo remunerado tienen un mayor impacto en las diferencias de clase en el malestar psicológico para los varones. Respecto a los roles y las características del hogar, la asociación es menos consistente, y su efecto combinado en las diferencias de clase en el malestar era imperceptible para ambos sexos.
Matthews 2002 [20]	Valorar en qué medida las desigualdades sociales en el malestar psicológico se explican por las características del trabajo y del hogar y los múltiples roles ocupados por mujeres Analizar si las características del hogar y del trabajo están asociadas con la posición socioeconómica y con el malestar psicológico	Las características del hogar y del trabajo remunerado se asocian por separado con el malestar y la clase social, pero el efecto combinado de los factores del hogar y del trabajo no explica el gradiente de clase en el malestar.
Matud 2015 [21]	Examinar las diferencias de género en el malestar psicológico analizando la relevancia del uso del tiempo y otras variables	En las mujeres, el malestar psicológico está asociado con mayor tiempo dedicado al cuidado de menores, y en los varones, con mayor tiempo dedicado al trabajo doméstico.
Mellner 2006 [22]	Investigar la relación entre características laborales/responsabilidades familiares y la salud percibida de mujeres de mediana edad	La mala salud percibida está asociada a bajos ingresos, preocupaciones financieras, y tensión laboral, así como a la exposición combinada a un alto nivel de trabajo en el hogar y tensión laboral (doble carga)
Mencarini 2012 [23]	Valorar el efecto de la desigual división del trabajo en el hogar entre las mujeres y sus compañeros sobre la valoración subjetiva de felicidad de las mujeres. Explorar en qué medida la igualdad de género en cada país puede explicar la variación en la felicidad a nivel individual	En las mujeres que asumen una mayor proporción del trabajo del hogar la felicidad es menor que en aquellas mujeres que asumen menor carga de trabajo en el hogar. Asumir el trabajo del hogar en mayor medida que la mediana del país afecta a la felicidad individual de forma negativa.

Primer/a autor/a, año	Objetivo	Resultados relativos al impacto del trabajo reproductivo
Molarius 2014 [24]	Analizar la relación entre el trabajo doméstico y la salud percibida en mujeres y varones en población general	El tiempo de trabajo doméstico no está asociado a la mala salud percibida, aunque sí lo está en madres solteras. Existe una fuerte asociación entre el grado en que el trabajo doméstico se percibe como una carga y la mala salud percibida, siendo más fuerte el efecto para las mujeres.
Moreno López 2013 [25]	Valorar en qué medida hay diferencias de género en la salud y la utilización de servicios sanitarios, y su relación con la doble carga	Después de ajustar por la doble carga, no se observan cambios en las diferencias de género. Las desigualdades de género en salud no se explican al tener en cuenta la doble carga.
Musshauser 2006 [26]	Evaluar el estado de salud físico y mental de mujeres en diferentes grupos ocupacionales e identificar posibles factores que afectan a su salud, incluyendo factores de género relativos a la familia	En todos los grupos ocupacionales, la cantidad de tiempo diario dedicado al cuidado de menores y a tareas domésticas, como un factor tradicional de género, y la satisfacción con el horario laboral son los únicos factores que contribuyen a la salud mental. Las obligaciones domésticas ejercen una influencia mayor que la edad.
Nordenmark 2002 [27]	Analizar la relación entre el malestar psicológico y la combinación de la situación en la familia y en el mercado laboral	No hay asociación entre división del trabajo en el hogar y malestar psicológico. Un bajo grado de implicación en el trabajo del hogar se asocia a niveles de malestar mayores en mujeres y varones, aunque no de forma significativa
Read 2011 [28]	Analizar las diferencias en la salud mental de parejas casadas de edad avanzada en función de variables relativas a la familia y de los roles de género	Las horas de trabajo en el hogar de un miembro de la pareja están relacionadas con la morbilidad psiquiátrica de su pareja, pero esta relación no es significativa cuando se incluye el estado de salud. Las diferencias entre la pareja en las horas de trabajo están asociadas a mayor morbilidad psiquiátrica.
Regidor 2011 [29]	Evaluar en qué medida la carga de trabajo doméstico explica las diferencias socioeconómicas en la mala salud percibida en mujeres y varones	Entre las personas ocupadas que tienen pareja, las personas que asumen el trabajo del hogar no tienen peor salud que las que viven en hogares donde es otra persona quien lo asume. Este indicador de demandas familiares no explica las diferencias socioeconómicas en la salud percibida
Ruiz-Pérez 2011 [30]	Identificar los factores sociodemográficos y psicosociales relacionados con el malestar psicológico en varones y mujeres. Analizar las relaciones entre diferentes aspectos del trabajo reproductivo y el malestar psicológico	En las mujeres, un mayor número de horas dedicadas a cuidar a otra persona se asocia a un aumento en el malestar. Los varones desempeñan con menor frecuencia el rol de cuidar, pero el impacto en el malestar psicológico para ellos es similar al que tiene en las mujeres.
Strazdins 2004 [31]	Examinar las consecuencias en la salud psicológica de la brecha de género en el trabajo emocional	Las diferencias de género en el malestar se explican por el desequilibrio de género en el trabajo emocional, siendo ésta la única variable relativa a la división del trabajo relacionada con el malestar. Los resultados apoyan la hipótesis según la cual el desequilibrio de género en el trabajo emocional aumenta el malestar psicológico de las mujeres a través de su efecto en la experiencia del matrimonio.
Sweeting 2013 [32]	Examinar las asociaciones entre actitudes respecto a los roles de género, tres roles (estado civil, división de tareas domésticas, empleo de la pareja) y malestar psicológico en mujeres y varones en edad laboral	El malestar psicológico es más alto entre quienes asumen actitudes de género más tradicionales, y hay cierta evidencia de patrones de asociación distintos según grupos de edad. Entre las mujeres los resultados apuntan de forma limitada al aumento del malestar psicológico cuando las actitudes de género y el desempeño de los roles género entran en conflicto, y dicho malestar se reduce cuando actitudes y roles concuerdan, particularmente con relación a las tareas domésticas y al trabajo remunerado.
Tao 2010 [33]	Examinar las relaciones entre la división del trabajo familiar y el malestar psicológico en familias de doble ingreso, en función del tipo (doméstico/cuidado de menores), el control sobre el horario, y la valoración de la justicia	Para las madres, la percepción de más tiempo dedicado al cuidado de menores y a tareas del hogar de alto control horario en relación con la pareja está asociado a un mayor grado de malestar. Para los padres, la percepción de injusticia en la división del trabajo del hogar y del cuidado de menores se asocia con mayor malestar.
Vaananen 2004 [34]	Determinar si la doble carga del trabajo doméstico y remunerado a tiempo completo está asociada con un aumento en los problemas de salud	El número total de horas de trabajo se asocia más fuertemente con los resultados de salud que las horas de trabajo doméstico o remunerado por separado. En las mujeres, la acumulación de la responsabilidad exclusiva sobre varias obligaciones domésticas está asociada con malestar psicológico
Weich 2001 [35]	Evaluar si la mayor prevalencia de ansiedad y depresión en las mujeres está relacionada con diferencias en el número y tipo de roles sociales que ocupan varones y mujeres	Ni el número ni el tipo de roles sociales ocupados, ni el estatus socioeconómico explica la diferencia de género en estas patologías. Aunque la presencia de ansiedad y depresión está asociada con una subsiguiente reducción en la ocupación de roles sociales, esta relación no varía para mujeres y varones.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 10. Características metodológicas de los estudios seleccionados

Primer/a autor/a, año	País	Diseño	Población de estudio	Edad	Muestra	Tasa de respuesta
Álvarez 2015 [1]	España	Transversal	Mujeres en parejas de doble ingreso	25-64	2.420	-
Arends-Tóth 2007 [2]	Holanda	Transversal	Mujeres y varones en pareja con hijos/as (pob. autóctona/inmigrante)	-	1.104/669	45,3/48,0-56,9
Berntsson 2006 [3]	Suecia	Transversal	Mujeres y varones con hijos/as (<18) en ocupaciones de cuello blanco	32-58	969	62
Borrell 2004 [4]	España,5	Transversal	Mujeres y varones con trabajo remunerado	16-64	4.219	-
Boye 2009 [5]	Europa [25 países]	Transversal	Mujeres y varones en pareja, con trabajo remunerado/ amas de casa	20-65	13.425	-
Boye 2010 [6]	Suecia	Longitudinal	Mujeres y varones en parejas de doble ingreso	27-72	1.277	79,1/76,6
Claffey 2009 [7]	Estados Unidos	Transversal	Mujeres de alto nivel socioeconómico en pareja con hijos/as (<18) y trabajo remunerado	25-51	121	-
Delgado 2013 [8]	España	Transversal	Mujeres y varones, médicos/as de atención primaria	-	368	73,6
Della Giusta 2011 [9]	Reino Unido	Longitudinal	Mujeres y varones	-	22.637	-
Eek 2015 [10]	Suecia	Transversal	Mujeres en pareja con hijo/a de menor edad 2-7 años, ocupadas	-	837	-
Escribà-Agüir 2004 [11]	España	Transversal	Mujeres y varones, personal de hospital	-	313	77
Harryson 2012a [12]	Suecia	Longitudinal	Mujeres y varones en pareja con hijos/as	42	723	98-94
Harryson 2012b [13]	Suecia	Longitudinal	Mujeres y varones en pareja con hijos/as	42	723	98-94
Krantz 2001 [14]	Suecia	Transversal	Mujeres con trabajo remunerado en pareja	40-50	320	81,7
Krantz 2005 [15]	Suecia	Transversal	Mujeres y varones en ocupaciones de cuello blanco	32-58	1.338	65
Lindfors 2006 [16]	Suecia	Transversal	Mujeres y varones en pareja con hijos/as, en ocupaciones de cuello blanco	32-58	830	65
Malmusi 2014 [17]	España	Transversal	Mujeres y varones	25-64	6.683	72,7
Månsdotter 2012 [18]	Suecia	Longitudinal	Mujeres y varones	42	1.007	93,9
Matthews 2001 [19]	Reino Unido	Longitudinal	Mujeres y varones	33	10.700	69
Matthews 2002 [20]	Reino Unido	Longitudinal	Mujeres	33	5.799	69
Matud 2015 [21]	España	Transversal	Mujeres y varones	18-65	2.588	-
Mellner 2006 [22]	Suecia	Transversal	Mujeres	43	569	83,3
Mencarini 2012 [23]	Europa [26 países]	Transversal	Mujeres en pareja	20-50	8.031	-
Molarius 2014 [24]	Suecia	Transversal	Mujeres y varones	25-64	22.694	56
Moreno López 2013 [25]	España	Transversal	Mujeres y varones (pob. autóctona/inmigrante)	16-64	1.303/1.303 1.788/19.822	66,3/96,1
Musshauser 2006 [26]	Austria	Transversal	Mujeres, personal de un hospital	-	1.083	54,2
Nordenmark 2002 [27]	Suecia	Transversal	Mujeres y varones en pareja, con trabajo remunerado	-	13.000/472	-
Read 2011 [28]	Reino Unido	Transversal	Mujeres y varones	45-79	2.511	69/88-97
Regidor 2011 [29]	España	Transversal	Mujeres y varones	25-64	6.284	-
Ruiz-Pérez 2011 [30]	España	Transversal	Mujeres y varones	>15	29.478	-
Strazdins 2004 [31]	Australia	Transversal	Parejas con hijos/as <5	-	102	-
Sweeting 2013 [32]	Reino Unido	Longitudinal	Mujeres y varones en pareja	20-64	5.302/6.621	-
Tao 2010 [33]	Canadá	Transversal	Mujeres y varones en parejas de doble ingreso con hijos/as en edad preescolar	25-50	293	22
Vaananen 2004 [34]	Finlandia	Transversal	Mujeres y varones, personal de administración local	-	6.642	67
Weich 2001 [35]	Reino Unido	Longitudinal	Mujeres y varones	16-70	9.947	-

Fuente: elaboración propia.

Tabla 11. Descripción de las principales variables de los estudios seleccionados.

Primer/a autor/a, año	Variable(s) trabajo reproductivo	Dimensión	Variable(s) dependiente(s)
Álvarez 2015 [1]	Persona responsable del trabajo del hogar	Responsabilidad	Satisfacción con la vida
Arends-Tóth 2007 [2]	División del trabajo doméstico y de cuidado de hijos/as	Contribución	Bienestar psicológico
Berntsson 2006 [3]	Tiempo dedicado a trabajo del hogar y cuidado de menores	Tiempo	Síntomas
Borrell 2004 [4]	Tiempo dedicado a trabajo doméstico, trabajo doméstico en exclusiva	Tiempo, contribución	Salud percibida
Boye 2009 [5]	Tiempo dedicado a trabajo doméstico y cuidado de menores	Tiempo	Bienestar (índice OMS)
Boye 2010 [6]	Contribución y tiempo dedicado a trabajo doméstico, frecuencia cuidado de menores	Contribución, tiempo	Malestar psicológico
Claffey 2009 [7]	Contribución a trabajo doméstico y cuidado de menores	Contribución	Malestar personal (CES-D)
Delgado 2013 [8]	Tiempo dedicado a trabajo doméstico	Tiempo	Estado de salud física y psíquica (SF-12)
Della Giusta 2011 [9]	Tiempo dedicado a trabajo doméstico y cuidado	Tiempo	Satisfacción con la vida
Eek 2015 [10]	División del trabajo doméstico	Contribución	Salud percibida, síntomas
Escribà-Agüir 2004 [11]	Tiempo dedicado a trabajo doméstico	Tiempo	Estado de salud (SF-36)
Harryson 2012a [12]	Responsabilidad/tiempo dedicado a trabajo doméstico/cuidado de menores	Contribución, tiempo	Malestar psicológico
Harryson 2012b [13]	Responsabilidad del trabajo doméstico	Contribución	Malestar psicológico
Krantz 2001 [14]	Responsabilidad del trabajo doméstico	Responsabilidad	Síntomas comunes
Krantz 2005 [15]	Tiempo dedicado a trabajo doméstico y cuidado de menores	Tiempo	Síntomas
Lindfors 2006 [16]	Tiempo dedicado a trabajo doméstico y cuidado de menores	Tiempo	Bienestar psicológico/síntomas
Malmusi 2014 [17]	Tiempo dedicado a trabajo doméstico	Tiempo	Salud percibida
Månsdotter 2012 [18]	Reparto del cuidado de menores en la pareja	Contribución	Salud mental
Matthews 2001 [19]	Persona responsable del trabajo doméstico y cuidado de menores	Responsabilidad	Malestar psicológico
Matthews 2002 [20]	Persona responsable del trabajo doméstico y cuidado de menores	Responsabilidad	Malestar psicológico
Matud 2015 [21]	Tiempo dedicado a trabajo doméstico y cuidado de menores	Tiempo	Malestar psicológico
Mellner 2006 [22]	Tiempo dedicado a trabajo doméstico y cuidado de menores	Tiempo	Salud percibida/síntomas
Mencarini 2012 [23]	Contribución a trabajo doméstico	Contribución	Felicidad
Molarius 2014 [24]	Tiempo dedicado a trabajo doméstico y cuidado de menores	Tiempo	Salud percibida
Moreno López 2013 [25]	Responsabilidad de trabajo doméstico y cuidado de menores, tiempo	Responsabilidad, tiempo	Salud percibida
Musshauser 2006 [26]	Tiempo dedicado a trabajo doméstico y de cuidado de menores	Tiempo	Estado de salud (SF-36)
Nordenmark 2002 [27]	División del trabajo doméstico/de cuidado de menores	Responsabilidad	Malestar psicológico
Read 2011 [28]	Tiempo dedicado al trabajo del hogar	Tiempo	Salud mental
Regidor 2011 [29]	Persona responsable de trabajo doméstico	Responsabilidad	Salud percibida/limitación de la actividad
Ruiz-Pérez 2011 [30]	Responsabilidad del cuidado de menores/mayores/otras personas, tiempo dedicado	Responsabilidad, tiempo	Malestar psicológico (GHQ-12)
Strazdins 2004 [31]	Reparto del trabajo (doméstico, cuidado de menores, emocional y remunerado)	Contribución	Malestar psicológico (CES-D)
Sweeting 2013 [32]	Reparto del trabajo doméstico	Contribución	Malestar psicológico (GHQ-12)
Tao 2010 [33]	Contribución a trabajo doméstico y de cuidado	Contribución	Malestar psicológico
Vaananen 2004 [34]	Tiempo dedicado a trabajo doméstico y de cuidado, responsabilidad no compartida	Tiempo, responsabilidad	Salud percibida/malestar psicológico (GHQ-12)
Weich 2001 [35]	Responsabilidad del cuidado de menores/otras personas	Responsabilidad	Salud mental (GHQ-12)

Fuente: elaboración propia.

3.2.2 Características metodológicas de los estudios seleccionados

La tabla 12 muestra que la mitad de los trabajos seleccionados definen como población de estudio a personas casadas o que conviven con su pareja (N=17), y también es frecuente que se centren en personas con hijos/as (N=10).

Tabla 12. Características de los estudios seleccionados según población de estudio.

	Mujeres y varones		Mujeres		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Diseño						
Transversal	19	(54,3)	7	(20,0)	26	(74,3)
Longitudinal	8	(22,9)	1	(2,9)	9	(25,7)
Período de publicación						
2000-2004	7	(20,0)	2	(5,7)	9	(25,7)
2005-2009	5	(14,3)	3	(8,6)	8	(22,9)
2010-2015	15	(42,9)	3	(8,6)	18	(51,4)
Definición población de estudio						
Pareja*	13	(37,1)	4	(11,4)	17	(48,6)
Hijos/as+	8	(22,9)	2	(5,7)	10	(28,6)
Trabajo remunerado	10	(28,6)	4	(11,4)	14	(40,0)
Parejas de doble ingreso	1	(2,9)	1	(2,9)	2	(5,7)
Trabajo remunerado/amas de casa	1	(2,9)	0	(0,0)	1	(2,9)
Sector/ocupación específico	6	(17,1)	2	(5,7)	8	(22,9)
Situación laboral no especificada	15	(42,9)	3	(8,6)	18	(51,4)
Variables dependientes						
Bienestar	1	(2,9)	2	(5,7)	3	(8,6)
Estado de salud general	10	(28,6)	4	(11,4)	14	(40,0)
Salud mental	19	(54,3)	3	(8,6)	22	(62,9)
Otras variables						
Clase social	19	(54,3)	7	(20,0)	26	(74,3)
Edad	20	(57,1)	5	(14,3)	25	(71,4)
Ideología de género	8	(22,9)	0	(0,0)	8	(22,9)
Estado de salud previo	4	(11,4)	1	(2,9)	5	(14,3)
Equidad en la división	8	(22,9)	2	(5,7)	10	(28,6)
Calidad, sensibilidad género						
Calidad alta	18	(51,4)	5	(14,3)	23	(65,7)
Sensible al género	18	(51,4)	4	(11,4)	22	(62,9)
Total	27	(77,1)	8	(22,9)	35	(100,0)

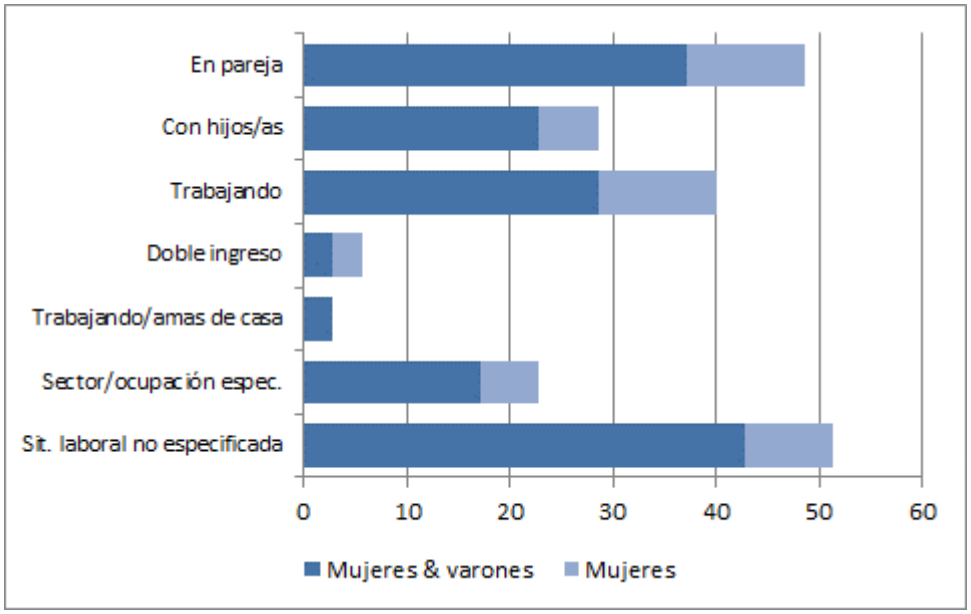
* En la mayoría de los estudios se refiere a parejas heterosexuales, aunque no siempre se especifica.

+ El criterio de selección se refiere mayoritariamente a la convivencia, incluyendo tanto a propios como de la pareja, y en ocasiones se establecen límites de edad.

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la situación laboral, para el 40% de los artículos la población de estudio son personas con trabajo remunerado, y algunos añaden otros criterios, ya sea para incorporar a las amas de casa o para restringir el estudio a personas en parejas de doble ingreso. En la mitad de los estudios no se establece un criterio de selección relativo a la situación laboral, y algunos estudios se centran en personas que trabajan en determinadas ocupaciones o sectores de actividad específicos (gráfico 27).

Gráfico 27. Porcentaje de estudios según criterios de definición de la población de estudio



Fuente: elaboración propia.

Las variables dependientes utilizadas con más frecuencia en los estudios seleccionados se refieren a la salud mental (N=22), seguidas del estado de salud general (n=14). En cuanto a otras variables relevantes, las que se incluyen con más frecuencia son la clase social o nivel socioeconómico (N=26) y la edad (N=25), seguida de alguna variable relativa a la equidad en la división del trabajo reproductivo (N=10) y la ideología de género (N=8). La mayoría de los estudios tienen una calidad alta (65,7%) y son sensibles al género (62,9%).

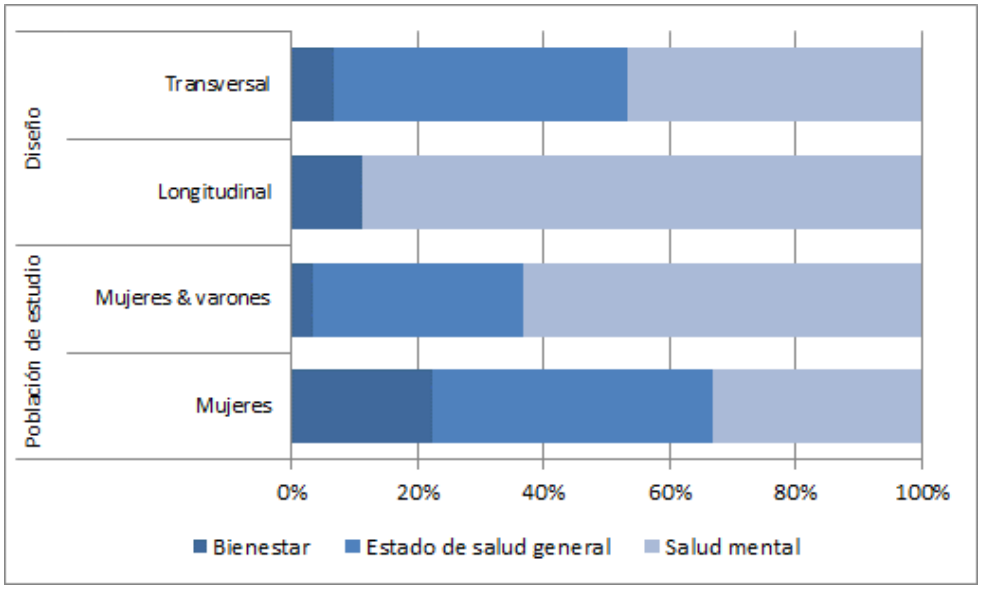
Las características de los estudios seleccionados con respecto a las variables de resultado se muestran en la tabla 13 y los gráficos 28 y 29.

Tabla 13. Características de los estudios seleccionados según dimensión evaluada en las variables dependientes.

	Bienestar		Estado de salud general		Salud mental		Total	
Diseño	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Transversal	2	(5,7)	14	(40,0)	14	(40,0)	26	(74,3)
Longitudinal	1	(2,9)	0	-	8	(22,9)	9	(25,7)
Población de estudio								
Mujeres & varones	1	(2,9)	10	(28,6)	19	(54,3)	27	(77,1)
Mujeres	2	(5,7)	4	(11,4)	3	(8,6)	8	(22,9)
Período de publicación								
2000-2004	0	-	3	(8,6)	7	(20,0)	9	(25,7)
2005-2009	0	-	5	(14,3)	5	(14,3)	8	(22,9)
2010-2015	3	(8,6)	6	(17,1)	10	(28,6)	18	(51,4)
Componente								
Positivo	3	(8,6)	5	(14,3)	6	(17,1)	11	(31,4)
Negativo	0	-	12	(34,3)	17	(48,6)	27	(77,1)
Tipo de instrumento								
Ítem único	3	(8,6)	8	(22,9)	1	(2,9)	11	(31,4)
Índice validado	0	-	6	(17,1)	16	(45,7)	18	(51,4)
Índice específico	0	-	3	(8,6)	7	(20,0)	9	(25,7)
Total	3	(8,6)	14	(40,0)	22	(62,9)	35	(100,0)

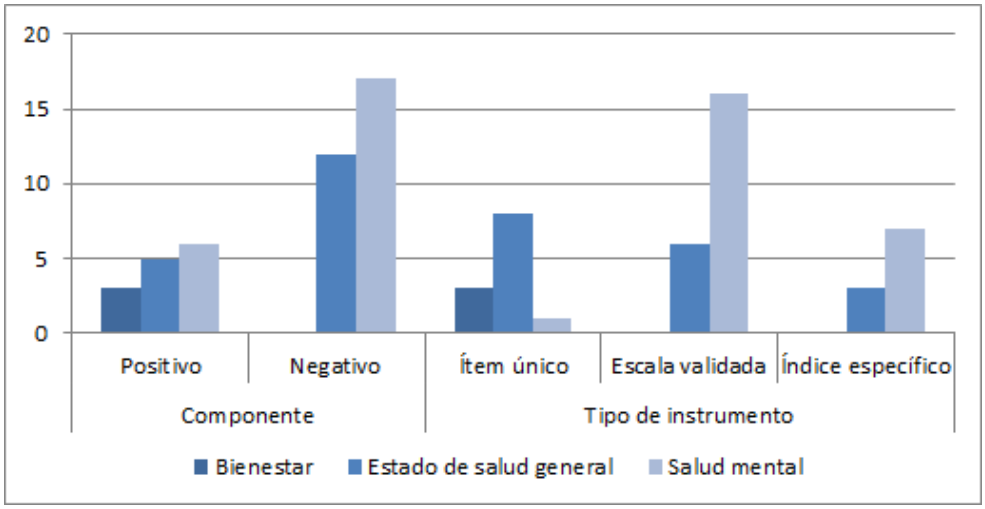
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 28. Distribución porcentual de estudios según dimensión evaluada en la variable dependiente, diseño y población de estudio.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 29. Número de estudios según dimensión evaluada en la variable dependiente, componente y tipo de instrumento.



Fuente: elaboración propia.

La mayoría de los estudios abordan la medición desde un componente negativo (N=27), excepto cuando la dimensión evaluada en la variable dependiente es el bienestar. Respecto al tipo de instrumentos aplicados, la situación más frecuente es la utilización de una escala o índice validado (N=18), seguida de un ítem único (N=11) y, en último lugar, un índice no validado (N=9). Cuando el indicador seleccionado se refiere al bienestar o el estado de salud general es más frecuente medirlos a través de una única pregunta.

La tabla 14 recoge los instrumentos utilizados en los estudios seleccionados, agrupados en función de la dimensión evaluada. El uso de índices específicos es la situación más frecuente, seguida de la valoración subjetiva del estado de salud. En tercer lugar, se sitúan las herramientas GHQ (12 y 18) y las de la familia SF (12 y 36).

Tabla 14. Instrumentos utilizados en los estudios seleccionados para las variables dependientes.

Dimensión	Instrumento	N	(%)
Bienestar	Satisfacción con la vida	2	(5,7)
	Felicidad	1	(2,9)
Estado de salud general	Valoración subjetiva (ítem único)	9	(25,7)
	Índice específico	4	(11,4)
	Commom Symptoms in the General Population of Women Scale	1	(2,9)
	SF-12	1	(2,9)
	SF-36	1	(2,9)
	Lund Subjective Health Complaints (LSHC)	1	(2,9)
Salud mental	Índice específico	6	(17,1)
	GHQ-12	5	(14,3)
	CES-D	2	(5,7)
	Malaise Inventory (MI)	2	(5,7)
	SF-36	2	(5,7)
	Escalas Ryff	1	(2,9)
	GHQ-28	1	(2,9)
	Índice de bienestar WHO-5	1	(2,9)
	Kessler-6	1	(2,9)
	SF-12	1	(2,9)

Fuente: elaboración propia.

3.2.3 Definición y medición del trabajo reproductivo

La tabla 15 sintetiza cómo se define y se mide el trabajo reproductivo en los estudios seleccionados. El tiempo es el constructo que se aborda con más frecuencia (N=19), seguido de la contribución (N=12) y la responsabilidad (N=11). En cuanto a la definición del trabajo reproductivo la situación más frecuente es su conceptualización como trabajo doméstico (N=14), aunque la mitad de los estudios incluyen el cuidado de menores, ya sea incorporándolo en una definición amplia del trabajo del hogar (N=9) o de manera diferenciada (N=9).

Aunque mayoritariamente los artículos seleccionados definen de manera específica las tareas incluidas en el trabajo doméstico (N=22), en 10 estudios no aparece una definición explícita de trabajo doméstico. Respecto a las tareas especificadas al definirlo, las que aparecen con más frecuencia son las relacionadas con la comida

(N=21) y la limpieza (N=21), seguidas de las relativas al vestido (N=17) y a la compra (N=15).

Algunos estudios incorporan en la medición del trabajo del hogar otros aspectos relevantes según la literatura, tales como el trabajo emocional o la diferenciación entre tareas rutinarias y programadas -o "femeninas" y "masculinas" (N=5).

Tabla 15. Características de los estudios seleccionados según constructo en la medición del trabajo reproductivo

	Tiempo		Responsabilidad		Contribución		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Diseño								
Transversal	16	(45,7)	8	(22,9)	7	(20,0)	26	(74,3)
Longitudinal	3	(8,6)	3	(8,6)	5	(14,3)	9	(25,7)
Población de estudio								
Mujeres & varones	17	(48,6)	8	(22,9)	9	(25,7)	27	(77,1)
Mujeres	2	(5,7)	3	(8,6)	3	(8,6)	8	(22,9)
Período de publicación								
2000-2004	3	(8,6)	7	(20,0)	2	(5,7)	9	(25,7)
2005-2009	6	(17,1)	0	-	2	(5,7)	8	(22,9)
2010-2015	10	(28,6)	4	(11,4)	8	(22,9)	18	(51,4)
Definición del trabajo reproductivo								
Trabajo doméstico	7	(20,0)	4	(11,4)	5	(14,3)	14	(40,0)
Trabajo doméstico & cuidado de menores	5	(14,3)	2	(5,7)	4	(11,4)	9	(25,7)
Cuidado de menores	1	(2,9)	2	(5,7)	1	(2,9)	3	(8,6)
Ambos, no diferenciados	6	(17,1)	3	(8,6)	2	(5,7)	9	(25,7)
Definición del trabajo doméstico								
No	7	(21,9)	3	(9,4)	2	(6,3)	10	(31,3)
Sí	11	(34,4)	6	(18,8)	9	(28,1)	22	(68,8)
Preparar comidas/cocinar	10	(45,5)	6	(27,3)	9	(40,9)	21	(95,5)
Limpieza	10	(45,5)	6	(27,3)	9	(40,9)	21	(95,5)
Compra	6	(27,3)	4	(18,2)	7	(31,8)	15	(68,2)
Ropa (lavado, plancha)	9	(40,9)	5	(22,7)	6	(27,3)	17	(77,3)
Dinero, gestiones	2	(9,1)	2	(9,1)	2	(9,1)	6	(27,3)
Mantenimiento	7	(31,8)	2	(9,1)	5	(22,7)	12	(54,5)
Otras variables: tareas femeninas vs. masculinas, trabajo emocional	1	(4,5)	1	(4,5)	4	(18,2)	5	(22,7)
Definición del cuidado de menores								
No	7	(33,3)	4	(19,0)	2	(9,5)	9	(42,9)
Sí	5	(23,8)	3	(14,3)	5	(23,8)	12	(57,1)
Equidad en el reparto	2	(5,7)	0	-	9	(25,7)	10	(28,6)
Total	19	(54,3)	11	(31,4)	12	(34,3)	35	(100,0)

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al cuidado de menores, del total de estudios que incorporan su medición, en cuatro de cada diez no hay una definición de las tareas específicas incluidas.

Los artículos que incorporan la medición de la equidad en el reparto del trabajo reproductivo (N=10) corresponden mayoritariamente a estudios que se han centrado en la contribución al trabajo de cada miembro de la pareja, frente al tiempo o la responsabilidad.

3.2.4 Síntesis de resultados de los estudios seleccionados

Los resultados obtenidos en los estudios seleccionados sobre el impacto del trabajo reproductivo en la salud (tabla 16) muestran que ningún estudio concluye que el trabajo reproductivo se asocia a mejor salud, ni para las mujeres ni para los varones. Globalmente, para las mujeres la mayoría de los estudios encuentra un impacto negativo del trabajo reproductivo en la salud (N=26), si bien en uno de cada tres (N=12) no se observa impacto en la salud. Para los varones los resultados más frecuentes señalan que no hay impacto en la salud (N=22), y 6 estudios encuentran un impacto negativo. Uno de los estudios (Escribá Ágüir 2004) no presenta resultados desagregados por sexo, por lo que no se incluye en este análisis.

Tabla 16. Impacto del trabajo reproductivo en la salud en estudios seleccionados.

	N	(%)	Mujeres	N	(%)	Varones
Tranversal						
Impacto negativo	17	(50,0)	Arends-Tóth [2]; Borrell [4]; Boye [5]; Claffey [7]; Delgado [8]; Eek [10]; Krantz [14]; Krantz [15]; Lindfors [16]; Matud [21]; Mellner [22]; Mencarini [23]; Musshauser [26]; Ruiz-Pérez [30]; Strazdins [31]; Tao [33]; Vaananen [34]	5	(20,0)	Arends-Tóth [2]; Delgado [8]; Matud [21]; Ruiz-Pérez [30]; Tao [33]
No impacto	6	(17,6)	Berntsson [3]; Molarius [24]; Moreno López [25]; Nordenmark [27]; Read [28]; Regidor [29]	12	(48,0)	Berntsson [3]; Borrell [4]; Boye [5]; Krantz [15]; Lindfors [16]; Malmusi [17];]; Molarius [24]; Moreno López [25]; Nordenmark [27]; Read [28]; Regidor [29]; Vaananen [34]
Indeterminado	2	(5,9)	Álvarez [1]; Malmusi [17]	-	-	-
Longitudinal						
Impacto negativo	1	(2,9)	Harryson [12]	-	-	
No impacto	4	(11,8)	Della Giusta [9]; Harryson [13]; Matthews [20]; Weich [35]	3	(12,0)	Boye [6]; Della Giusta [9]; Weich [35]
Indeterminado	4	(11,8)	Boye [6]; Månsdotter [18]; Matthews [19]; Sweeting [32]	5	(20,0)	Harryson [12]; Harryson [13]; Månsdotter [18]; Matthews [19]; Sweeting [32]

Fuente: elaboración propia.

Al analizar los resultados en función de la dimensión evaluada en la variable depediente (gráfico 30), se observa que para las mujeres los resultados son similares: tanto en el estado de salud general o bienestar como en la salud mental la mayoría de los estudios obtienen un impacto negativo para la salud.

En la población masculina, los resultados difieren en función de las variables dependientes utilizadas, de manera que la mayoría de los estudios referidos al estado de salud o bienestar señalan que no hay impacto en la salud (N=13), mientras que cuando se analiza la salud mental los resultados son más heterogéneos.

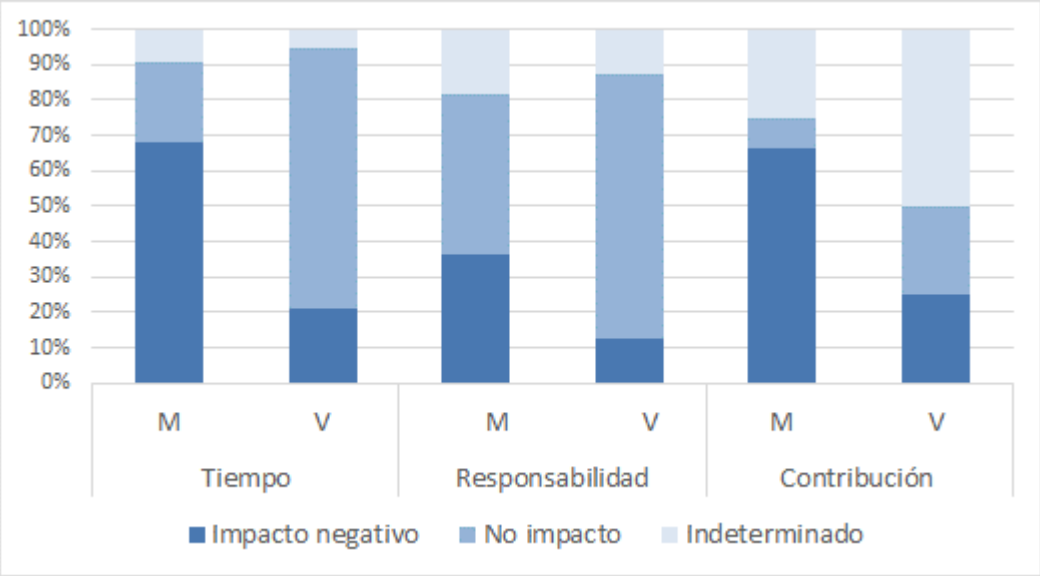
Gráfico 30. Impacto del trabajo reproductivo en la salud según variable de resultado y género.

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la medición del trabajo reproductivo (gráfico 31), para las mujeres los estudios que lo miden a través del tiempo o de la contribución mayoritariamente obtienen resultados que apuntan a un impacto negativo en la salud, mientras que cuando se aborda desde el constructo de la responsabilidad el resultado más frecuente es que no hay impacto en la salud.

Para los varones, el abordaje del trabajo reproductivo desde el tiempo y la responsabilidad coinciden al concluir en la mayoría de los estudios que no hay impacto en la salud, algo que no ocurre cuando se aborda desde el constructo de la contribución.

Gráfico 31. Resultados de los estudios seleccionados según género y constructo en la medición del trabajo reproductivo.

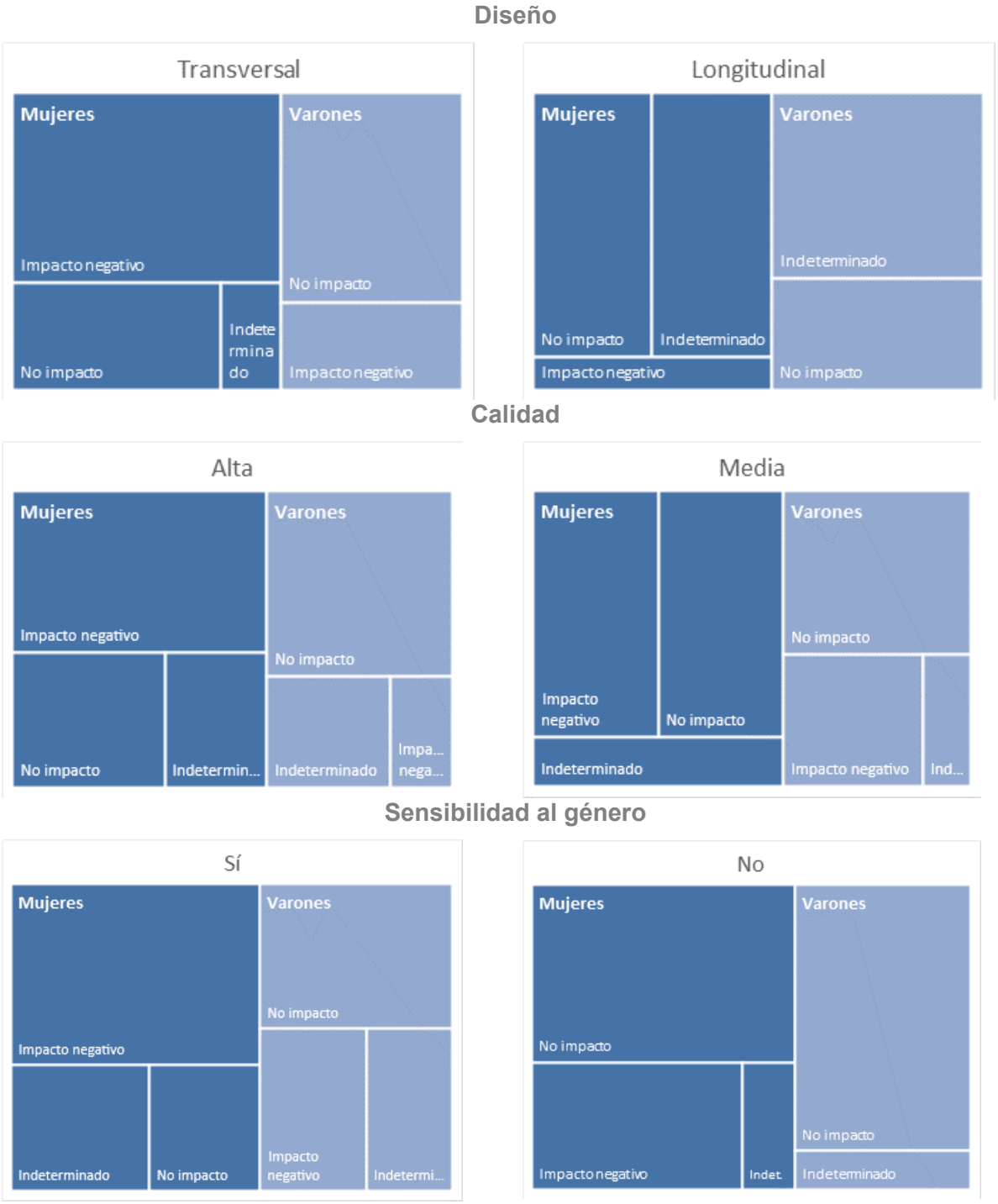


Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, se observan diferencias en los resultados obtenidos en los estudios transversales y longitudinales, y también en función de la calidad y la sensibilidad al género (gráfico 32). Mientras que la mayoría de los estudios con un diseño transversal asocia el trabajo reproductivo con un impacto negativo en la salud de las mujeres, esta asociación sólo aparece en uno de los estudios longitudinales, y para el resto no hay impacto o bien los resultados no son concluyentes. Del mismo modo, los estudios transversales mayoritariamente no encuentran impacto del trabajo reproductivo en la salud de los varones, si bien una parte lo asocia a un impacto negativo, mientras que en ninguna de las investigaciones con un diseño longitudinal aparece un impacto negativo en la salud de los varones, y la mayoría de estos estudios obtiene resultados no concluyentes.

En relación con la calidad, los resultados obtenidos en los estudios de alta calidad difieren de los que se obtienen en los estudios de calidad media. Para las mujeres, más de la mitad de los estudios de alta calidad encuentra un efecto negativo en la salud frente a uno de cada cuatro que no encuentran relación entre ambas variables; en los estudios de calidad media, el número de estudios que asocia el trabajo reproductivo con un impacto negativo es el mismo que el de los estudios que concluyen que no existe asociación.

Gráfico 32. Resultados de los estudios seleccionados según género y diseño, calidad y sensibilidad al género.



Fuente: elaboración propia.

Para los varones, los resultados son similares en la medida en que tanto los estudios de alta calidad como los de calidad media mayoritariamente concluyen que no hay impacto en la salud, si bien en estos últimos la proporción de estudios que observa un impacto negativo es mayor.

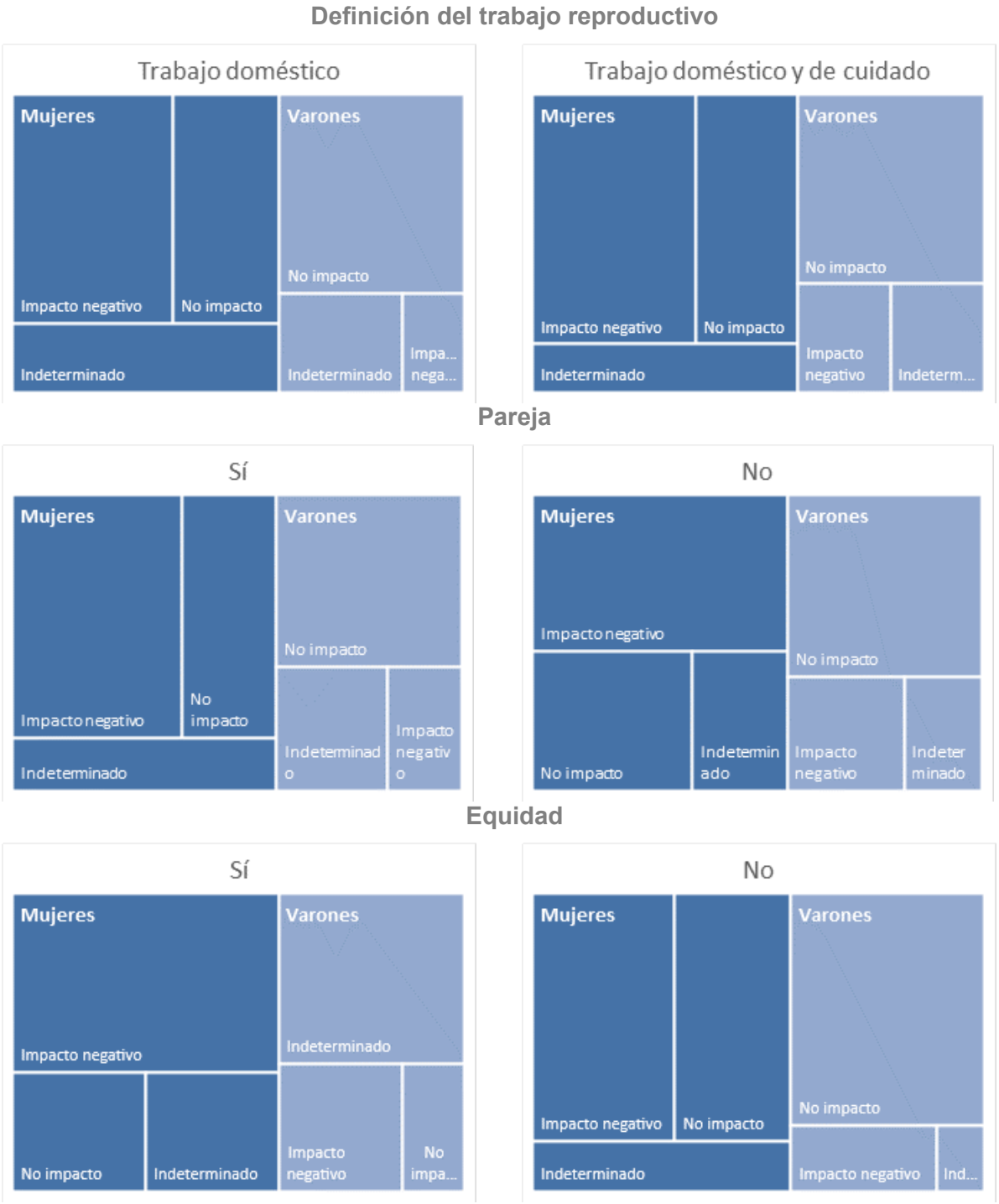
Al comparar los estudios identificados como sensibles al género con los que no cumplen los criterios definidos al respecto, se constata que los resultados difieren tanto respecto a las mujeres como en relación con los varones. En los estudios sensibles al género, el resultado más frecuente para las mujeres asocia el trabajo reproductivo a un impacto negativo en su salud, mientras que la mayoría de los estudios no sensibles al género concluyen que no hay impacto en la salud. Para los varones, se observa una mayor heterogeneidad de los resultados en los estudios sensibles al género, mientras que los no sensibles mayoritariamente no encuentran relación entre trabajo reproductivo y salud.

Finalmente, se han comparado los resultados de los estudios en función de la definición del trabajo reproductivo, la inclusión de un criterio de convivencia con pareja en la definición de la población de estudio y la incorporación de la dimensión de la equidad en su reparto (gráfico 33). Se observa que los resultados coinciden cuando se comparan estudios que analizan el trabajo doméstico con otros que incluyen también el cuidado de menores, tanto para mujeres como para varones.

Lo mismo ocurre respecto a la presencia o ausencia de un criterio de convivencia con pareja en la definición de la población de estudio: los resultados son similares para unos y otros estudios.

Sin embargo, se advierten diferencias entre los estudios que incluyen la dimensión de la equidad y los que no para las mujeres: cuando esta dimensión está presente, más de la mitad de los estudios asocian el trabajo reproductivo a un impacto negativo para la salud, pero cuando no lo está esa proporción disminuye y casi se duplica la proporción de estudios que no encuentran asociación.

Gráfico 33. Resultados de los estudios seleccionados según género, definición del trabajo reproductivo y presencia/ausencia de criterio de pareja en la definición de la población de estudio y de variable de equidad.



Fuente: elaboración propia.

3.3 Discusión

Los resultados de la revisión sistemática reflejan que el trabajo reproductivo tiene mayoritariamente un impacto negativo en la salud de las mujeres y no tiene efectos sobre la salud de los varones. Además, los resultados muestran que se trata de un área de estudio impulsada por mujeres y que se ha desarrollado fundamentalmente en Europa, liderada por Suecia y con una sustancial contribución de las investigaciones realizadas en España. El área de conocimiento con mayor número de publicaciones es la salud pública, y en la década actual se ha producido un aumento del número de publicaciones con respecto a la anterior. También se ha constatado que existe una amplia diversidad en las características metodológicas de los estudios, tanto en la conceptualización y medición del trabajo reproductivo como en las variables dependientes o la definición de la población de estudio, aunque los estudios incluyen mayoritariamente a mujeres y varones con pareja y trabajo remunerado, y se centran principalmente en el impacto del trabajo reproductivo en la salud mental.

Una de las preguntas que se planteó como punto de partida de esta investigación se refería a la relación entre las características metodológicas de los estudios y las diferencias en los resultados obtenidos. Los patrones diferenciados observados sugieren que puede existir esa asociación, si bien sería necesario desarrollar estudios adicionales para confirmar esta hipótesis.

La hipótesis formulada respecto a la relación entre la variabilidad en los resultados de los estudios y las diferencias en la definición y medición del trabajo reproductivo se confirma parcialmente. Las diferencias en los resultados de los estudios según el tipo de diseño sugieren que en los estudios longitudinales el impacto del trabajo reproductivo en la salud es menos claro.

En cuanto a la definición y medición del trabajo reproductivo, se mide fundamentalmente a través del tiempo y, en menor medida, a través de la responsabilidad y de la contribución. En la mayoría de los estudios se conceptualiza como trabajo doméstico, en ocasiones se utiliza una definición amplia del trabajo

del hogar que incluye el cuidado de menores, y en otras se analiza tanto el trabajo doméstico como el cuidado de menores de manera diferenciada.

La mayoría de los estudios especifican las tareas incluidas en el trabajo doméstico, mientras que es poco frecuente especificar las tareas relativas al cuidado de menores.

Del mismo modo, los criterios utilizados para la definición de la población de estudio varían ampliamente, de manera que los factores que pueden explicar la falta de convergencia de la evidencia son múltiples.

También se ha observado una amplia diversidad en los resultados en cuanto a las variables de resultado. Esto coincide con las conclusiones de la revisión realizada por Klumb y Lampert (2004) sobre el efecto del trabajo remunerado en el bienestar de las mujeres, donde encontraron diferencias en función del aspecto evaluado.

Un hallazgo sorprendente es que con frecuencia las investigaciones utilizan instrumentos no validados.

De forma contraria a lo que cabría esperar, la mayoría de los estudios incluyen a los varones como población de estudio. Los resultados respecto a la autoría principal de los estudios han confirmado las expectativas al respecto.

Uno de los hallazgos sorprendentes fue que en uno de los estudios no se presentaran resultados desagregados por sexo. Dada la naturaleza del fenómeno objeto de estudio, se asumió que, al margen de un mayor o menor grado de sensibilidad al género, los resultados se presentarían siempre de forma que permitieran diferenciar el efecto en función del sexo.

Los resultados coinciden para la salud mental o el estado de salud general para las mujeres pero no para los varones, y difieren en función de la sensibilidad al género de los estudios y del tipo de diseño.

Dada la imposibilidad de inferir relaciones causales cuando se identifica una asociación entre variables, los estudios longitudinales representan un estándar de referencia, al permitir incluir en el análisis el estado de salud previo. En este sentido, el hecho de que los resultados de los estudios longitudinales difieran de los

obtenidos en la mayoría de los estudios invita a profundizar en estas diferencias en futuras investigaciones.

La revisión sistemática presenta una serie de limitaciones, en primer lugar respecto a la definición de los criterios de inclusión y exclusión. Así, por un lado, las especificaciones referidas a la medición de la carga de trabajo reproductivo implican que quedan fuera de este análisis interesantes trabajos que no miden de forma directa la carga de trabajo reproductivo sino a través de los roles (Treas 2011), al igual que estudios sobre la influencia de parámetros subjetivos, como la percepción de la división del trabajo doméstico-familiar (Sperlich 2012). También se excluyen numerosos trabajos que han abordado el análisis de la relación entre trabajo reproductivo y salud a partir de variables proxy, como el número de miembros del hogar.

Igualmente, respecto a la variable dependiente, al definir como criterio de inclusión que ha de tratarse de estudios que midan la salud o el bienestar de forma global, quedan excluidos aquellos trabajos que abordan la relación entre trabajo reproductivo y dimensiones específicas de la salud. Esto incluye una serie de estudios centrados en la depresión, que con frecuencia utilizan los mismos instrumentos que otros trabajos que sí se han incluido, al definir como variable dependiente la salud mental. Ejemplos de ello son los trabajos de Dereuddre et al. (2014), Kalmijn y Monden (2012) o Hammarstrom et al. (2012), que analizan una cohorte sueca concluyendo que la desigualdad de género es un factor de riesgo para la sintomatología depresiva.

Otros estudios fueron excluidos por utilizar como indicadores de bienestar variables centradas en determinados aspectos de la salud o el bienestar, entre las que se encontraban el estrés, la percepción de conflicto entre el trabajo y la famiila, el cansancio, etc . Por ejemplo, el estudio de Fjell et al. (2008), sobre población ocupada en el sector público, que asocia el tiempo de trabajo no remunerado a mayor cansancio y dolor musculoesquelético para las mujeres; el de MacDonald et al. (2005), que concluye que el mayor estrés de las mujeres canadienses se explica en parte por el mayor número de horas de trabajo no remunerado, con una mayor contribución del tiempo dedicado al cuidado de personas mayores y a tareas domésticas que del tiempo dedicado al cuidado de menores; o los estudios de Härenstam y Bejerot (2001) y Beaujot y Andersen (2007), por citar algunos.

Igualmente, han quedado fuera de la revisión artículos centrados en el impacto de la maternidad o la paternidad, por considerar que se trata de un campo de estudio distinto, que podrían haber enriquecido los resultados. Un ejemplo es una reciente investigación en parejas de doble ingreso (Yavorsky et al. 2015), que analiza el cambio en la división del trabajo remunerado y reproductivo en la pareja coincidiendo con el nacimiento de su primera criatura.

Los criterios de inclusión definidos también restringen el ámbito geográfico, excluyendo los estudios realizados en América Latina, Asia y África, bajo la premisa de que presentan contextos en cuanto a la posición social de mujeres y varones muy distintos del occidental. De hecho, el criterio geográfico responde a la complejidad del abordaje de este objeto de estudio en sociedades muy diversas en cuanto a la igualdad de género.

Del mismo modo, la competencia lingüística del equipo condiciona el criterio del idioma de publicación. No obstante, dado el ámbito geográfico, cabe esperar que el sesgo debido al criterio lingüístico sea mínimo. Además, con el propósito de limitar este sesgo, una de las búsquedas en bases de datos electrónicas se realizó sin establecer ninguna limitación respecto al idioma.

Por otro lado, el criterio temporal pretende cubrir un período suficientemente amplio, y la no inclusión de la denominada literatura gris responde al propósito de limitar el análisis a los estudios de mayor calidad. Del mismo modo, dada la naturaleza del objeto de estudio, no parece esperable que el sesgo de publicación pueda limitar la validez de los resultados.

Respecto a las búsquedas en bases de datos, pensamos que los términos utilizados cubren suficientemente la diversidad de aproximaciones posibles, y además dicha búsqueda se completó con otra manual.

Otra limitación se refiere a la evaluación de la calidad y de la incorporación del enfoque de género. Por un lado, no se ha realizado una evaluación por dos observadores independientes, lo cual limita la validez de los resultados obtenidos a este respecto. Además, para evaluar la sensibilidad de género no se ha utilizado una herramienta validada, de manera que no se puede asegurar que los criterios aplicados permitan una valoración adecuada.

Este trabajo proporciona una síntesis del estado del arte en la investigación actual sobre el trabajo reproductivo como determinante de la salud a partir de una revisión sistemática, que facilita la comprensión de la diversidad en las respuestas a preguntas similares. La evidencia sugiere que la perspectiva desde la que se aborda el análisis de este complejo fenómeno puede resultar determinante.

4. CONTRATO DE GÉNERO Y SALUD

EN LAS PAREJAS DE DOBLE INGRESO

4. CONTRATO DE GÉNERO Y SALUD EN LAS PAREJAS DE DOBLE INGRESO EN ESPAÑA

4.1 Metodología

4.1.1 Fuente de información

La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) es un estudio que se realiza de forma periódica desde 1987, con el objetivo de proporcionar información sobre la salud de la población y los factores que la determinan. En la actualidad la ENSE tiene una periodicidad quinquenal, y la realizan conjuntamente el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Instituto Nacional de Estadística. Se utiliza la edición 2011-2012 de la ENSE.

4.1.2 Población y muestra

La encuesta se realizó en todo el territorio nacional entre julio de 2011 y junio de 2012, y la población de estudio comprende a todas las personas de 15 y más años de edad que residen en viviendas familiares (MSPSI 2012). La muestra final incluyó 21.007 personas de 15 y más años. El tipo de muestreo utilizado fue el muestreo trietápico estratificado, siendo las unidades de primera etapa las secciones censales y las unidades de segunda etapa las viviendas familiares principales.

Para este análisis, se ha seleccionado una submuestra que corresponde a adultos de entre 20 y 65 años que conviven con su cónyuge o pareja y ambos tienen un trabajo remunerado.

Se excluyen del análisis aquellos casos de personas que viven en hogares donde la persona de referencia (aquella que aporta más ingresos) no es el adulto seleccionado ni su pareja.

También se excluyen los casos de personas que conviven con personas dependientes –*quienes por alguna limitación o discapacidad no pueden cuidarse*

por sí mismas-, por considerar que el trabajo que se realiza para atender a estas personas constituye una realidad particular que trasciende el objetivo de este estudio.

La muestra final está compuesta por 3.677 personas, 1.780 mujeres y 1.897 varones.

4.1.3 Variables de estudio

4.1.3.1 Variables dependientes

A continuación se presentan las variables dependientes del estudio.

a) Estado de salud percibido. Esta variable trata de medir la percepción que tiene la persona sobre su estado de salud general en los últimos doce meses, estableciendo 5 categorías: “muy bueno”, “bueno”, “regular”, “malo” y “muy malo”. Para nuestro estudio la variable ha sido dicotomizada, considerando como buen estado de salud las categorías “bueno” y “muy bueno” y agrupando las restantes (“regular”, “malo” y “muy malo”) como mala salud.

b) Salud mental. La salud mental se analiza mediante el cuestionario GHQ12, que consta de 12 ítems. Para cada ítem (síntoma) se valora la presencia (1) o ausencia (0), y se suman todas las puntuaciones. Esta variable ha sido dividida en dos categorías, a partir de la puntuación total, de manera que una puntuación superior a 2 puntos se considera “mala salud mental”, y una puntuación igual o inferior a 2 puntos “buena salud mental”.

c) Actividad física en el tiempo libre. Se analiza también la realización de ejercicio físico en el tiempo libre, que constituye uno de los factores de estilos de vida más desfavorables para las mujeres, relacionado con los roles de género. A partir de la información sobre el ejercicio físico que se realiza en el tiempo libre, se establecen tres categorías: “No hace ejercicio”; “Actividad física ocasional”; “Actividad física habitual (varias veces al mes o a la semana)”. En el análisis de las variables asociadas a diferencias en los indicadores de salud se utilizan dos

categorías: “No realiza ejercicio físico” y “Realiza ejercicio físico ocasional o habitual”.

4.1.3.2 Variables independientes

a) Contrato de género

La variable explicativa es el contrato de género que existe entre los dos miembros de la pareja. Dado que se trata de parejas de doble ingreso, las modalidades de contrato de género se definen a partir del papel de cada miembro de la pareja en el trabajo doméstico y de cuidado, definiendo dos modelos de referencia:

- contrato igualitario: ambos miembros de la pareja comparten el trabajo doméstico y de cuidado de menores de 15 años (si los hay)

- contrato asimétrico: las mujeres asumen la responsabilidad del trabajo doméstico y de cuidado de menores de 15 años (si los hay)

Una tercera posibilidad es la estrategia de externalización, que corresponde a aquellas situaciones donde el trabajo reproductivo lo realiza principalmente una tercera persona, ya se trate de una persona remunerada o no.

Respecto al trabajo doméstico, la pregunta y las categorías de respuesta son las siguientes:

En su casa, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas del hogar, como fregar, cocinar, planchar, etc.?

1. Vd. solo/a
2. Vd. compartiéndolo con otra persona (indique cuál)
3. Otra persona de la casa (indique cuál)
4. Una persona que no reside en el hogar remunerada por ello
5. Otra situación

Cabe asumir que la categoría Otra situación corresponde fundamentalmente a los casos donde se ocupa una persona que no reside en el hogar, sin remuneración (léase: *las abuelas*).

Cuando en el hogar viven menores de 15 años, se formula una pregunta equivalente respecto a quién se ocupa de su cuidado principalmente, con las mismas categorías de respuesta.

A partir de las respuestas a estas preguntas, en función del sexo de la persona entrevistada y de quién es la persona con quien se comparte el trabajo, se han generado dos nuevas variables, una sobre el trabajo doméstico y otra sobre el cuidado de menores, que identifican qué miembro(s) de la pareja asume principalmente esta carga de trabajo. La información sobre quién se ocupa del trabajo reproductivo en cada una de estas dos variables presenta las siguientes categorías de respuesta:

1. Ambos
2. Ella
3. El
4. Ella compartiéndolo con otra persona (que no es su pareja)
5. El compartiéndolo con otra persona (que no es su pareja)
6. Una persona remunerada por ello
7. Otra situación

A partir de estas dos variables valores se genera la variable contrato de género, identificando como contrato igualitario las categorías 1, 3 y 5, mientras que las categorías 2 y 4 se identifican como contrato asimétrico. Las categorías 6 y 7 se categorizan como estrategia de externalización.

Por tanto, el contrato igualitario incluye las situaciones donde ambos miembros de la pareja comparten el trabajo reproductivo o bien es el varón quien asume la mayor parte de la carga de trabajo, ya sea él solo o con ayuda de otra persona que no es su pareja.

El contrato asimétrico corresponde a las categorías donde la responsabilidad del trabajo doméstico y de cuidado recae sobre la mujer, tanto si se ocupa ella sola como si comparte el trabajo con otra persona que no es su pareja.

Para los hogares donde no hay menores de 15 años el contrato de género se asigna a partir del contrato en el reparto del trabajo doméstico. Para las parejas que conviven con menores de 15 años, la combinación de las opciones de contrato doméstico y de cuidado da lugar a múltiples posibilidades. La tabla 17 refleja que en el 70% de los casos coinciden los valores de las dos variables. En el 30% restante, una de las seis combinaciones supone el 60% de los casos: la situación en que la mujer asume el trabajo doméstico pero el cuidado de menores se comparte. Esto coincide con la evidencia científica que ha mostrado la mayor persistencia de la desigualdad en el trabajo doméstico en comparación con el cuidado de menores.

La otra situación frecuente combina la estrategia de externalización del trabajo doméstico con un contrato igualitario en el cuidado de menores.

El criterio que se utiliza para la asignación del contrato de género en estos casos es priorizar el contrato doméstico sobre el contrato de cuidado de menores. Por otro lado, cuando se combina la estrategia de externalización con uno de los dos tipos de contrato, se prioriza el contrato.

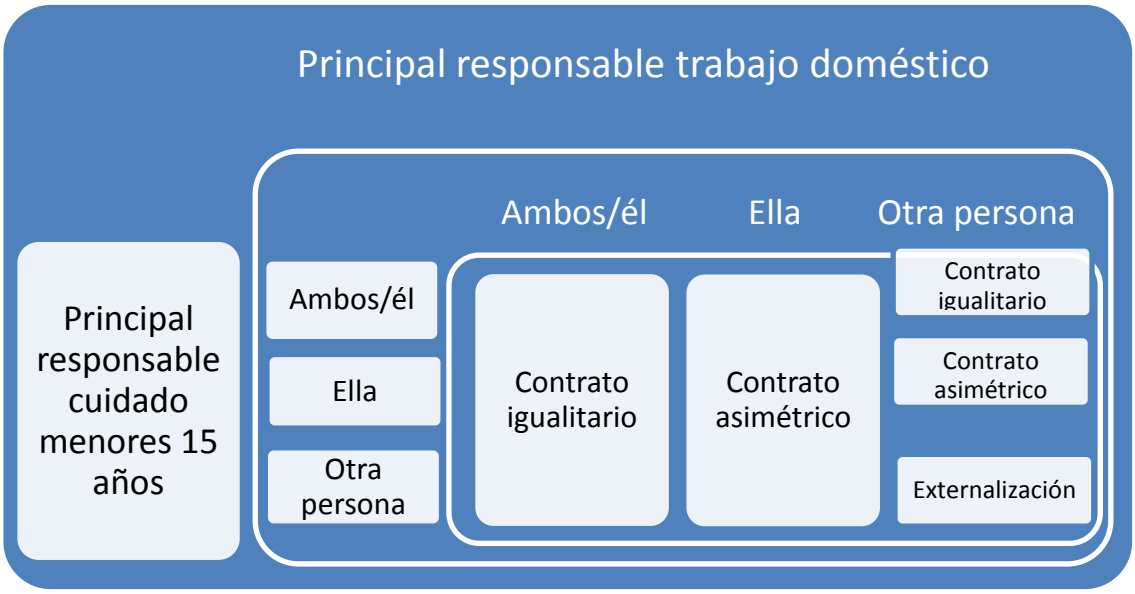
Tabla 17. Principal responsable del trabajo doméstico y de cuidado de menores de 15 años

		Trabajo doméstico		
		Ambos/él	Ella	Otra persona
Cuidado menores 15 años	Ambos/él	1.018	349	102
	Ella	72	332	28
	Otra persona	21	13	26

Fuente: elaboración propia.

En la figura 6 se detallan las combinaciones y su asignación.

Figura 6. Contrato de género sobre el trabajo reproductivo en la pareja según principal responsable del trabajo doméstico y de cuidado de menores de 15 años.



Fuente: elaboración propia.

b) Características de las parejas

Se utilizan tres variables para caracterizar el tipo de pareja, en cuanto a estado civil, nivel educativo y a quien aporta los mayores ingresos:

- *Estado civil:* Distingue a las parejas legalmente casadas de las que no lo están, a partir del estado civil legal de la persona entrevistada. Se asume que cuando el estado civil es distinto de casado/a (soltero, divorciado, separado o viudo) se trata de parejas no casadas.

- *Principal sustentador/a.* Se refiere a quien aporta los mayores ingresos de forma habitual al presupuesto común del hogar. En función del miembro de la pareja que asume ese rol, se establece de qué tipo de pareja se trata: pareja de mujer sustentadora; pareja de varón sustentador.

- *Homogamia o heterogamia educativa.* A partir del nivel educativo de la persona entrevistada y de su pareja, se identifican los casos donde ambos miembros de la pareja tienen el mismo nivel educativo (homogamia educativa). Para aquellos casos donde el nivel educativo difiere (heterogamia educativa), tomando como referencia el nivel de estudios de la mujer y en función del nivel de estudios de su pareja se establece si se trata de hipogamia educativa femenina (el varón tiene menor nivel educativo que la mujer) o hipergamia educativa femenina (el varón tiene mayor nivel educativo que la mujer).

c) Carga de trabajo reproductivo

Como aproximación a la carga de trabajo reproductivo –conceptualizado como el trabajo doméstico y de cuidado de menores de 15 años que residen en el hogar- se utiliza el tamaño del hogar, la estructura del hogar, el número de menores de 15 años y la edad del menor de los menores en el hogar. También se incluyen una serie de variables dicotómicas que identifican a las personas que asumen la principal responsabilidad de este trabajo, a quienes lo hacen en exclusiva o lo comparten y a quienes cuentan con una persona remunerada para este trabajo.

A continuación se detallan las categorías de estas variables:

- *Tamaño del hogar*: pareja sola; 3; 4; 5 o más.

- *Estructura del hogar*: pareja sola, parejas con menores de 15 años, parejas con hijos/as de 15 y más años; otro tipo de hogares (aquellos donde la pareja convive con otros familiares u otras personas).

- *Número de menores de 15 años*: No hay menores de 15 años; 1; 2; 3 o más. Para el análisis multivariante se han agregado las categorías 1 y 2.

- *Edad del menor de los menores de 15 años* (para hogares con menores de 15 años): De 0 a 2 años; De 3 a 5 años; De 6 a 14 años. Para el análisis multivariante la variable se ha dicomotizado, estableciendo las categorías 'De 0 a 5 años' y 'De 6 a 14 años'.

- *Responsable de trabajo doméstico/de cuidado de menores de 15 años.* Se trata de dos variables dicotómicas (sí/no), que se refieren a si la persona entrevistada es quien se ocupa principalmente del trabajo doméstico/de cuidado, ya sea en exclusiva o compartiendo ese trabajo con otra persona.

- *Responsabilidad trabajo doméstico/de cuidado de menores de 15 años compartida.* Para aquellas personas que declaran ser quienes asumen principalmente el trabajo doméstico o de cuidado de menores de 15 años, esta variable distingue si comparten ese trabajo con otra persona o no.

- *Trabajo reproductivo remunerado.* La ENSE 2011 no recoge información específica sobre la existencia de ayuda remunerada para el trabajo doméstico, lo que representa una pérdida de información relevante para el análisis de esta realidad con respecto a la ENSE 2006. La modificación del cuestionario implica que la nueva versión sólo registra este tipo de información cuando la persona que se ocupa principalmente de ese trabajo es una persona remunerada. Por tanto, esta variable, con valores sí/no, identifica aquellos hogares donde la persona que responde el cuestionario ha manifestado que el trabajo doméstico o de cuidado lo realiza principalmente una persona retribuida por ello.

d) Trabajo remunerado

Adicionalmente, se incluyen en el análisis una serie de variables relativas al trabajo remunerado. A continuación se enumeran y se detallan sus valores:

- *Tipo de contrato o relación laboral.* Esta variable sintetiza la situación profesional y el tipo de contrato para las personas asalariadas, con las siguientes categorías:
    1. Contrato indefinido
    2. Contrato temporal
    3. Funcionariado
    4. Empresario/a que no emplea personal, trabajador/a independiente
    5. Empresario/a o profesional que emplea personal
    6. Otra situación

Las tres primeras categorías corresponden a personas que trabajan por cuenta ajena, y las categorías 4 y 5 a personas que trabajan por cuenta propia, distinguiendo si tienen o no personas asalariadas. En "Otra situación" se han incluido las categorías de "Ayuda familiar" y "Miembro de una cooperativa", junto a otras situaciones no especificadas.

- *Tipo de jornada.* Las categorías posibles son las siguientes:

1. Jornada partida
2. Jornada continua por la mañana
3. Turnos
4. Jornada irregular o variable
5. Jornada reducida
6. Jornada continua por la tarde/noche
7. Otro tipo

Dada la escasa frecuencia de las categorías 3 a 7, en el análisis multivariante se han agrupado en una categoría 'Otra'.

- *Satisfacción con el trabajo remunerado.* Se mide según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio). En su versión dicotómica, se han establecido 2 categorías, que diferencian si la persona considera su trabajo como satisfactorio (5 a 7) o no (1 a 4).

4.1.3.3 Variables de estratificación y de ajuste

Las variables de estratificación son el sexo, la edad y la clase social ocupacional. Las variables de ajuste son el país de nacimiento y la existencia de un problema de salud crónico o de larga duración.

- *Edad.* El análisis se realiza para las personas de 20 a 65 años. Se utilizan los siguientes grupos de edad: de 20 a 34 años, de 35 a 49 y de 50 a 65 años, si bien para el análisis de variables asociadas a peores resultados en salud se han establecido dos categorías: de 20 a 44 años y de 45 a 65 años.

- *Clase social ocupacional*. A partir de la ocupación de la persona entrevistada, se asigna la clase social ocupacional siguiendo la CNO-2011. Se utiliza la Clasificación agrupada III que proponen Domingo-Salvany et al. (2013), con las siguientes tres categorías (entre paréntesis, las categorías de clase social de la Clasificación agrupada II, 5 categorías):

- Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as (I+II)
- Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia (III)
- Trabajadores/as manuales (IV+V)

En el análisis de variables predictoras de mala salud, se utiliza la *Clasificación agrupada IV*, de 2 categorías, que agrupa las dos primeras categorías en una: *Trabajadores no manuales* (clases I, II y III).

- *Nivel de estudios.* Se incluye una variable relativa al nivel de estudios como otra aproximación al nivel socioeconómico. Se refiere a estudios reglados completados. Las categorías se han agrupado en las cuatro siguientes:

1- Educación primaria o inferior: No sabe leer ni escribir; Educación primaria incompleta; Educación primaria.
2- Enseñanza secundaria de 1ª etapa: ESO, EGB, Bachillerato elemental...
3- Enseñanza secundaria de 2ª etapa y post-secundaria: Bachillerato; Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes; Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes.
4- Estudios universitarios o equivalentes

- *País de nacimiento. Distingue a las personas nacidas en España de las nacidas en* el extranjero.

- *Enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración.* Se refiere a si la persona entrevistada tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración (al menos seis meses). Es una variable dicotómica.

4.1.4 Análisis de datos

En primer lugar, se analizan las diferencias entre mujeres y varones en la población de estudio respecto a todas las variables mediante la prueba chi-cuadrado de Pearson. Seguidamente, se ha llevado a cabo un análisis descriptivo del reparto del trabajo reproductivo en las parejas de doble ingreso, a partir de la frecuencia de los distintos modelos de contrato de género en función de las variables de estudio.

A continuación, se lleva a cabo un análisis bivariado para identificar las variables asociadas a una mayor probabilidad de contrato de género igualitario, mediante modelos de regresión logística, calculando las odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%). El análisis se realiza de forma diferenciada para mujeres y varones, estableciendo como categorías de referencia las que presentan los valores mínimos de contrato igualitario en cada variable. Cuando las categorías de referencia resultarían diferentes según el sexo de la persona que proporciona la información, se ha tomado como referencia la que registra el valor más bajo para las mujeres. En aquellas variables que incluyen una categoría con significado poco preciso, esta categoría se excluye del análisis.

Finalmente, se han efectuado análisis de regresión logística con el fin de determinar la probabilidad de peores indicadores de salud, estratificando por sexo, grupo de edad y clase social. Se ha realizado un análisis bivariado para examinar la asociación entre el contrato de género y las variables dependientes, y entre cada una de las variables independientes y las dependientes. A continuación, se han ajustado modelos de regresión logística multivariante para cada una de las variables dependientes (mala salud percibida y mala salud mental), tomando para ello las variables independientes que en el análisis bivariante obtienen una

asociación estadística <0,2. Se han valorado posibles interacciones entre las variables independientes. Los resultados se presentan como odds ratios ajustadas (ORa) con sus correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

En todos los casos se analizan los datos sin aplicar los pesos. El análisis estadístico se ha efectuado mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 19.

4.2 Resultados

4.2.1 Características generales de la población de estudio

El análisis se realiza para un total de 3.677 personas de 20 a 65 años de edad que conviven con su pareja y ambos tienen un trabajo remunerado.

La tabla 18 muestra que la mayoría de las variables incluidas en el análisis difieren significativamente entre mujeres y varones. Respecto a las características sociodemográficas, la proporción de mujeres es mayor en la categoría de 20 a 35 años, y la de varones en el grupo de 50 a 65, y se observa una proporción significativamente mayor de mujeres con estudios universitarios y en la categoría sin menores.

La clase social ocupacional y el país de nacimiento presentan una distribución similar para mujeres y varones, al igual que el tipo de pareja según su estado civil y nivel de estudios.

En las variables relativas a la salud, entre las mujeres es más frecuente la mala salud percibida, la mala salud mental y la existencia de un problema de salud crónico, y es menos frecuente la realización de ejercicio físico en el tiempo libre. En cuanto a las características del trabajo remunerado, la distribución del tipo de contrato y de jornada es desigual para unas y otros -mayor frecuencia de los contratos temporales para las mujeres, de la jornada partida para los varones y de la continua para las mujeres-, y la satisfacción con el trabajo es más elevada para ellas.

Las variables que informan sobre el trabajo reproductivo muestran amplias diferencias: el 91,4 de las mujeres declaran ser responsables del trabajo doméstico, frente al 63% de los varones. Entre quienes asumen esa responsabilidad, el 41,7% de las mujeres lo hacen solas, mientras que el 97,3% de los varones la comparten con otra persona. De la misma forma, el 94,3% de las mujeres que conviven con menores de 15 años se declaran responsables de su cuidado, frente al 79,8% de los varones.

Tabla 18. Características de la población de estudio según sexo (1 de 2). Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

		Mujeres		Varones		
		N	(%)	N	(%)	p
Edad	20-34	507	(28,5)	378	(19,9)	<0.001
	35-49	898	(50,4)	986	(52,0)	
	50-65	375	(21,1)	533	(28,1)	
Clase social ocupacional	I+II	538	(30,3)	559	(29,5)	0,703
	III	421	(23,7)	471	(24,8)	
	IV+V	817	(46,0)	867	(45,7)	
País de nacimiento	España	1.619	(91,0)	1.731	(91,2)	0,754
	Extranjero	161	(9,0)	166	(8,8)	
Nivel de estudios	Educ. primaria o inferior	80	(4,5)	118	(6,2)	<0.001
	Educ. secundaria 1ª etapa	462	(26,0)	546	(28,8)	
	Educ. secundaria 2ª etapa	634	(35,6)	736	(38,8)	
	Est. universitarios o equivalentes	604	(33,9)	497	(26,2)	
Tamaño del hogar	Pareja sola	547	(30,7)	509	(26,8)	0,047
	3	513	(28,8)	604	(31,8)	
	4	599	(33,7)	646	(34,1)	
	5 o más	121	(6,8)	138	(7,3)	
Estructura del hogar	Pareja sola	547	(30,7)	509	(26,8)	0,018
	Pareja con hijos/as < 15 años	868	(48,8)	1.021	(53,8)	
	Pareja con hijos/as ≥15 años	300	(16,9)	303	(16,0)	
	Otro tipo de hogar	65	(3,7)	64	(3,4)	
Número de menores de 15 años	No hay menores de 15 años	878	(49,3)	838	(44,2)	0,002
	1	479	(26,9)	516	(27,2)	
	2	374	(21,0)	465	(24,5)	
	3 o más	49	(2,8)	78	(4,1)	
Edad del menor de los/as menores de 15 años	De 0 a 2 años	272	(15,3)	331	(17,4)	0,001
	De 3 a 5 años	199	(11,2)	275	(14,5)	
	De 6 a 14 años	431	(24,2)	453	(23,9)	
Estado de salud percibido	Buena salud	1.474	(82,8)	1.623	(85,6)	0,022
	Mala salud	306	(17,2)	274	(14,4)	
Salud mental	Buena salud mental	1.456	(82,5)	1.638	(87,0)	<0.001
	Mala salud mental	309	(17,5)	245	(13,0)	
Ejercicio físico en el tiempo libre	No	822	(46,2)	702	(37,0)	<0.001
	Ocasional	616	(34,6)	572	(30,2)	
	Habitual	340	(19,1)	621	(32,8)	
Tipo de jornada	Jornada partida	591	(33,4)	931	(49,1)	<0,001
	Jornada continua mañana	579	(32,7)	412	(21,7)	
	Turnos	174	(9,8)	209	(11,0)	
	Jornada irregular/variable	155	(8,8)	216	(11,4)	
	Jornada reducida	83	(4,7)	64	(3,4)	
	Jornada continua tarde/noche	155	(8,8)	23	(1,2)	
	Otro tipo	34	(1,9)	40	(2,1)	

Tabla 18. Características de la población de estudio según sexo (2 de 2). Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

			Mujeres		Varones		
			N	(%)	N	(%)	p
Tipo de contrato	Contrato indefinido		970	(54,7)	1.018	(53,8)	<0,001
	Contrato temporal		234	(13,2)	188	(9,9)	
	Funcionariado		203	(11,4)	197	(10,4)	
	Trabajador/a independiente		186	(10,5)	288	(15,2)	
	Empresario/a emplea personal		58	(3,3)	140	(7,4)	
	Otra situación		122	(6,9)	62	(3,3)	
Satisfacción con el trabajo	Sí		1.445	(81,6)	1.481	(78,5)	0,019
	No		325	(18,4)	405	(21,5)	
Principal responsable trabajo doméstico	Sí		1627	(91,4)	1199	(63,2)	<0,001
	No		153	(8,6)	698	(36,8)	
Responsabilidad trabajo doméstico compartida		Sí	948	(58,3)	1.167	(97,3)	<0,001
		No	679	(41,7)	32	(2,7)	
Principal responsable cuidado < 15 años	Sí		851	(94,3)	845	(79,8)	<0,001
	No		51	(5,7)	214	(20,2)	
Responsabilidad cuidado menores compartida		Sí	640	(75,2)	833	(98,6)	<0,001
		No	211	(24,8)	12	(1,4)	
Trabajo reproductivo remunerado	Sí		122	(6,9)	84	(4,4)	0,001
	No		1.658	(93,1)	1.813	(95,6)	
Tipo de pareja según estado civil	Pareja casada legalmente		1.511	(84,9)	1.637	(86,3)	,225
	Pareja no casada		269	(15,1)	260	(13,7)	
Principal sustentador/a	Pareja de mujer sustentadora		495	(27,8)	411	(21,7)	<0,001
	Pareja de varón sustentador		1285	(72,2)	1.486	(78,3)	
Nivel de estudios de la pareja	Homogamia educativa		998	(56,2)	1.072	(56,8)	0,859
	Hipogamia educativa femenina		486	(27,4)	518	(27,4)	
	Hipergamia educativa femenina		292	(16,4)	298	(15,8)	
Estado de salud percibido	Buena salud		1.474	(82,8)	1.623	(85,6)	0,022
	Mala salud		306	(17,2)	274	(14,4)	
Salud mental	Buena salud mental		1.456	(82,5)	1.638	(87,0)	<0.001
	Mala salud mental		309	(17,5)	245	(13,0)	
Problema de salud	No		1.127	(63,4)	1.293	(68,2)	0,002
	Sí		652	(36,6)	603	(31,8)	
Ejercicio físico en el tiempo libre	No		822	(46,2)	702	(37,0)	<0.001
	Ocasional		616	(34,6)	572	(30,2)	
	Habitual		340	(19,1)	621	(32,8)	

No se muestran los valores perdidos debido a su baja frecuencia, pero están incluidos en el total.
p: nivel de significación en pruebas de Chi cuadrado para la comparación de distribuciones entre mujeres y hombres.
Fuente: elaboración propia.

Cuando ellos declaran ocuparse del cuidado de menores, se trata de una tarea que comparten con otra persona (98,6%), mientras que el 24,8% de las mujeres que se ocupan del cuidado de menores lo hace sin ayuda.

También difiere de forma significativa la persona que aporta más ingresos al hogar, de manera que cuando la persona entrevistada es una mujer ellas son la principal sustentadora en mayor medida (27,8% frente a 21,7%). Sin embargo, cuando se trata del nivel educativo de la pareja, desaparecen las diferencias en los resultados observados según el sexo de quien proporciona la información. La situación en que ambos miembros de la pareja tienen el mismo nivel de estudios es mayoritaria (56%), y en el 27% de las parejas ellas tienen un nivel educativo más alto que su pareja.

4.2.2 El reparto del trabajo reproductivo en las parejas de doble ingreso

La tabla 19 presenta los resultados relativos a quién asume principalmente el trabajo reproductivo en las parejas de doble ingreso. Se observa que el sexo de la persona que proporciona la información incide significativamente en la atribución del trabajo. El escenario en que ambos miembros de la pareja comparten el trabajo doméstico supone el 45% de las parejas cuando son las mujeres quienes responden a la pregunta, mientras que cuando el informante es varón la proporción asciende al 58%. Igualmente, las mujeres señalan que ellas son las principales responsables en el 38% de los casos, pero sólo el 30% de los varones identifican a su pareja como principal responsable.

Tabla 19. Principal responsable del trabajo reproductivo por tipo de trabajo (doméstico o de cuidado de menores de 15 años) según sexo de la persona entrevistada. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

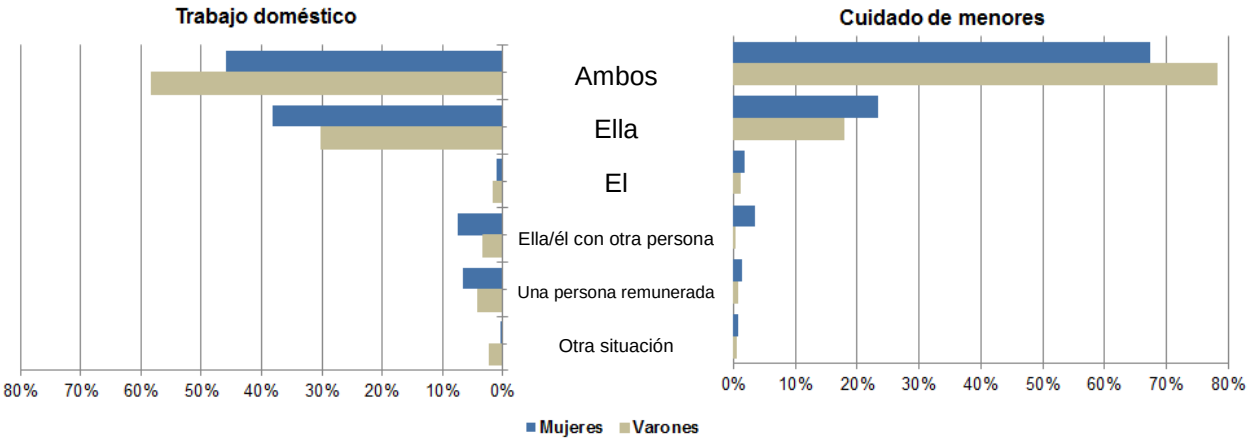
		Mujeres		Varones		
		N	(%)	N	(%)	p
Trabajo doméstico	Ambos	816	(45,8)	1104	(58,2)	<0,001
	Ella	679	(38,1)	571	(30,1)	
	El	17	(1,0)	32	(1,7)	
	Ella/el con otra persona*	132	(7,4)	63	(3,3)	
	Una persona remunerada	118	(6,6)	81	(4,3)	
	Otra situación	18	(1,0)	46	(2,5)	
Cuidado de menores de 15 años	Ambos	608	(67,4)	829	(78,3)	<0,001
	Ella	211	(23,4)	189	(17,8)	
	El	16	(1,8)	12	(1,1)	
	Ella/el con otra persona*	32	(3,5)	4	(0,4)	
	Una persona remunerada	12	(1,3)	8	(0,8)	
	Otra situación	23	(2,6)	17	(1,6)	

* Para las mujeres, corresponde a *Ella compartiéndolo con otra persona que no es su pareja;* para los varones, a *El compartiéndolo con otra persona que no es su pareja*. p: nivel de significación en pruebas de Chi cuadrado para la comparación de distribuciones entre mujeres y hombres.
Fuente: elaboración propia.

De la misma forma, cuando la pareja convive con menores de 15 años, su cuidado parece repartirse en la pareja de forma significativamente distinta según el sexo de la persona entrevistada. Según las mujeres, el 67,4% de las parejas comparten este trabajo, y según los varones la cifra es del 78%.

También se observa una distancia amplia entre la situación de equilibrio en el trabajo doméstico y en el cuidado de menores (gráfico 34). En las parejas que tienen criaturas menores de 15 años, la responsabilidad de su cuidado corresponde a las mujeres en el 23,4% de los casos, mientras que el trabajo doméstico es asumido por ellas en el 38,1% de las parejas. Cuando es el varón quien informa al respecto, las proporciones son del 17,8 y el 30,1%, respectivamente.

Gráfico 34. Principal responsable del trabajo reproductivo por tipo de trabajo (doméstico o de cuidado de menores de 15 años) según sexo de la persona entrevistada*. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.



*Porcentaje sobre el total de cada sexo.

Fuente: elaboración propia.

De lo anterior se deriva que el contrato de género en la pareja resulta significativamente distinto según el sexo de la persona que proporciona la información. Cuando la persona entrevistada es una mujer, el 49,3% de las parejas corresponden a un contrato de igualdad, pero cuando el informante es un varón, el 66,2% de las parejas aparecen como igualitarias en el reparto del trabajo reproductivo. La tabla 20

presenta las frecuencias absolutas y relativas del contrato de género en la pareja según las principales variables sociodemográficas.

Tabla 20. Contrato de género según sexo de la persona entrevistada y variables sociodemográficas. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

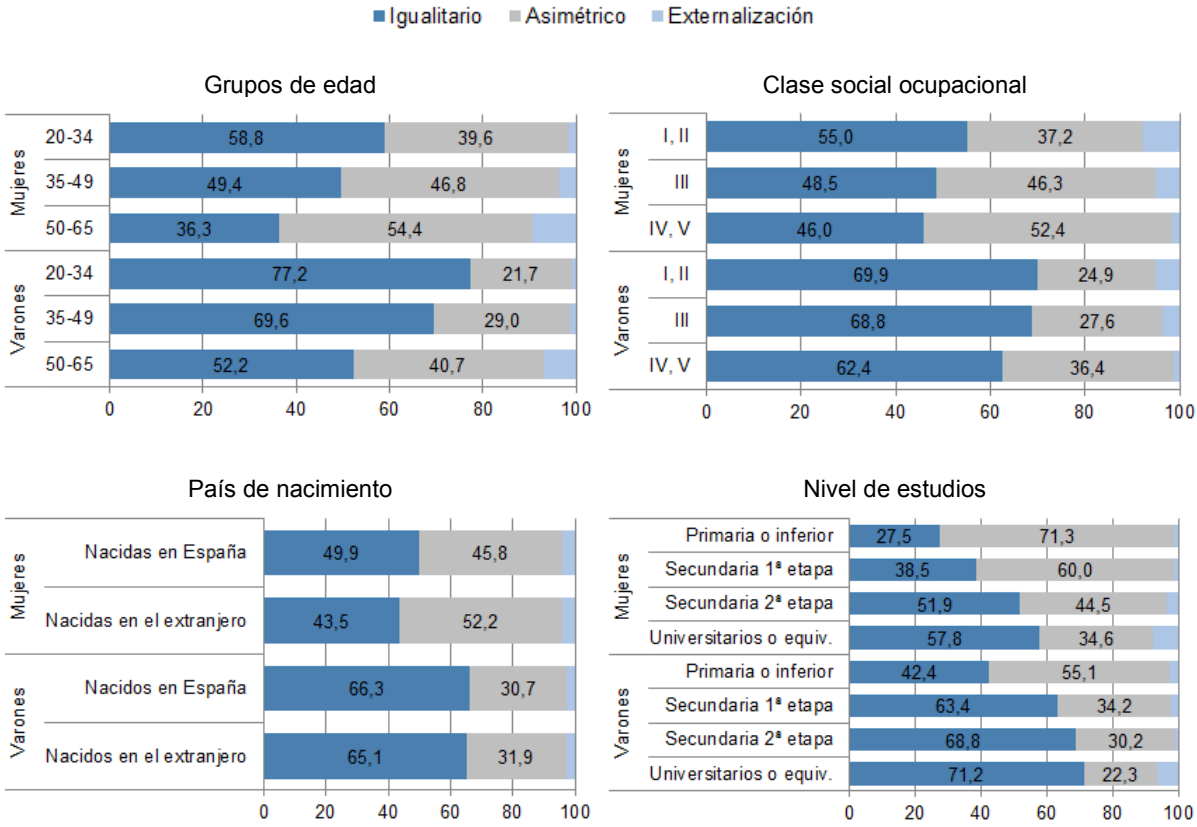
			Igualitario		Asimétrico		External.	
			N	(%)	N	(%)	N	(%)
Mujeres	**Edad**	20-34	298	(58,8)	201	(39,6)	8	(1,6)
		35-49	444	(49,4)	420	(46,8)	34	(3,8)
		50-65	136	(36,3)	204	(54,4)	35	(9,3)
	Clase social ocupacional	I+II	296	(55,0)	200	(37,2)	42	(7,8)
		III	204	(48,5)	195	(46,3)	22	(5,2)
		IV+V	376	(46,0)	428	(52,4)	13	(1,6)
	País de nacimiento	España	808	(49,9)	741	(45,8)	70	(4,3)
		Extranjero	70	(43,5)	84	(52,2)	7	(4,3)
	Nivel de estudios	Educ. Primaria o inferior	22	(27,5)	57	(71,3)	1	(1,3)
		Educ. secundaria 1ª etapa	178	(38,5)	277	(60,0)	7	(1,5)
		Educ. secundaria 2ª etapa	329	(51,9)	282	(44,5)	23	(3,6)
		Est. universitarios o equiv.	349	(57,8)	209	(34,6)	46	(7,6)
	Total		878	(49,3)	825	(46,3)	77	(4,3)
Varones	**Edad**	20-34	292	(77,2)	82	(21,7)	4	(1,1)
		35-49	686	(69,6)	286	(29,0)	14	(1,4)
		50-65	278	(52,2)	217	(40,7)	38	(7,1)
	Clase social ocupacional	I+II	391	(69,9)	139	(24,9)	29	(5,2)
		III	324	(68,8)	130	(27,6)	17	(3,6)
		IV+V	541	(62,4)	316	(36,4)	10	(1,2)
	País de nacimiento	España	1.148	(66,3)	532	(30,7)	51	(2,9)
		Extranjero	108	(65,1)	53	(31,9)	5	(3,0)
	Nivel de estudios	Educ. Primaria o inferior	50	(42,4)	65	(55,1)	3	(2,5)
		Educ. secundaria 1ª etapa	346	(63,4)	187	(34,2)	13	(2,4)
		Educ. secundaria 2ª etapa	506	(68,8)	222	(30,2)	8	(1,1)
		Est. universitarios o equiv.	354	(71,2)	111	(22,3)	32	(6,4)
	Total		1.256	(66,2)	585	(30,8)	56	(3,0)

Fuente: elaboración propia.

El gráfico 35 refleja que existe un claro gradiente, tanto para la edad como para la clase social y el nivel de estudios, de manera que el contrato de género igualitario es el mayoritario en el grupo de 20 a 34 años, en la clase social superior y en los niveles educativos más elevados, mientras que en la generación de mayor edad, en el estrato social inferior y en el nivel de estudios más bajo es más frecuente el contrato asimétrico. La tendencia se observa en mujeres y varones, a pesar de las diferencias

en las cifras de unas y otros: a medida que aumenta la edad desciende la proporción de personas con un contrato igualitario, y a medida que aumenta el nivel de estudios y la clase social este tipo de contrato tiene mayor peso en las parejas.

Gráfico 35. Distribución porcentual del contrato de género en la pareja según sexo de la persona entrevistada, por grupos de edad, clase social ocupacional, país de nacimiento y nivel de estudios. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.



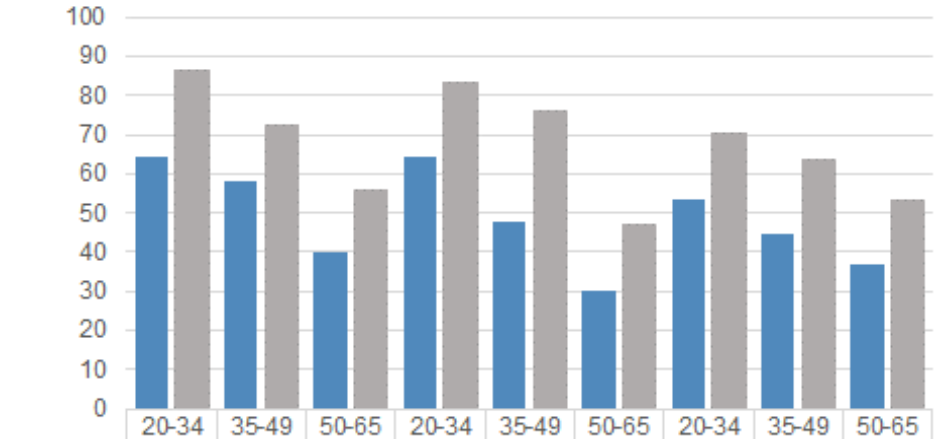
Fuente: elaboración propia.

El contrato de género igualitario es más frecuente en las parejas donde la mujer ha nacido en España que en aquellas parejas de mujeres nacidas en el extranjero (49,9% frente a 43,5%), mientras que para los varones las cifras apenas varían según el país de nacimiento (66,3% para los españoles, 65,1 para los nacidos en otro país).

El gráfico 36 muestra la prevalencia del contrato de género igualitario en función de la edad y la clase social, además del sexo de quien proporciona la información. Los

valores máximos corresponden a las generaciones jóvenes de clase social I, II y III, con cifras del 64% en las mujeres y superiores al 80% en los varones. En el otro extremo se sitúa la generación de 50 a 65, que registra en las ocupaciones intermedias las proporciones mínimas, por debajo de los valores observados en las clases manuales.

Gráfico 36. Parejas con contrato de género igualitario según sexo de la persona entrevistada, clase social ocupacional y grupo de edad (porcentaje sobre el total de parejas en cada categoría). Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.



	20-34	35-49	50-65	20-34	35-49	50-65	20-34	35-49	50-65
	Clase I, II			Clase III			Clase IV, V		
Mujeres	64,2	58,0	40,0	64,3	47,5	30,2	53,6	44,7	36,6
Varones	86,1	72,4	55,5	83,1	76,1	46,7	70,5	63,7	53,0

Fuente: elaboración propia.

La distancia entre el grupo etario de 20 a 34 años y el de mayor edad es de 24 puntos porcentuales para las mujeres de estrato social más elevado, y en las ocupaciones intermedias supera los 30 puntos. Las clases manuales son las que registran menor distancia entre grupos de edad en la frecuencia del contrato de género igualitario.

Respecto a las características del hogar (tabla 21, gráfico 37), para las mujeres las parejas solas constituyen los hogares con mayor prevalencia de contrato igualitario (56,3%), y esta proporción disminuye a medida que aumenta el tamaño del hogar. En los varones los valores apenas varían en función del número de miembros del hogar.

En los hogares formados por una pareja con hijos/as, una de cada dos parejas con criaturas menores de 15 años corresponde al contrato igualitario según las mujeres

(51,7%), frente a una de cada tres parejas con hijos/as de 15 o más años (33,7%). Para los varones, las cifras son del 71,1% y 51,2%, respectivamente. La mayor prevalencia del contrato asimétrico se registra en los hogares de otro tipo.

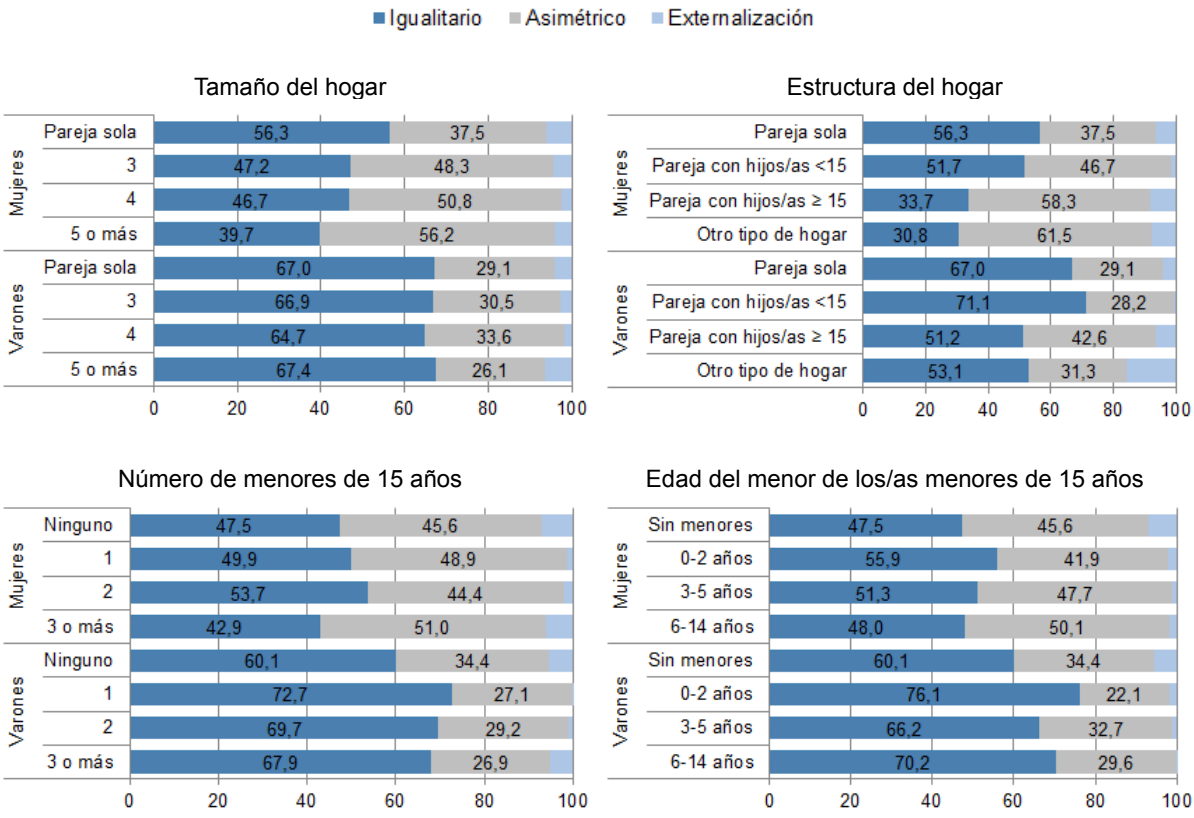
Tabla 21. Contrato de género según sexo de la persona entrevistada y características del hogar. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

			Igualitario		Asimétrico		External.	
			N	(%)	N	N	(%)	N
Mujeres	**Tamaño del hogar**	Pareja sola	308	(56,3)	205	(37,5)	34	(6,2)
		3	242	(47,2)	248	(48,3)	23	(4,5)
		4	280	(46,7)	304	(50,8)	15	(2,5)
		5 o más	48	(39,7)	68	(56,2)	5	(4,1)
	Estructura del hogar	Pareja sola	308	(56,3)	205	(37,5)	34	(6,2)
		Pareja con hijos/as <15 años	449	(51,7)	405	(46,7)	14	(1,6)
		Pareja con hijos/as ≥15 años	101	(33,7)	175	(58,3)	24	(8,0)
		Otro tipo de hogar	20	(30,8)	40	(61,5)	5	(7,7)
	Número de menores de 15 años	Sin menores de 15 años	417	(47,5)	400	(45,6)	61	(6,9)
		1	239	(49,9)	234	(48,9)	6	(1,3)
		2	201	(53,7)	166	(44,4)	7	(1,9)
		3 o más	21	(42,9)	25	(51,0)	3	(6,1)
	Edad del menor de los/as menores 15 años	De 0 a 2 años	152	(55,9)	114	(41,9)	6	(2,2)
		De 3 a 5 años	102	(51,3)	95	(47,7)	2	(1,0)
		De 6 a 14 años	207	(48,0)	216	(50,1)	8	(1,9)
	Trabajo reprod. remunerado	Sí	45	(36,9)	15	(12,3)	62	(50,8)
		No	833	(50,2)	810	(48,9)	15	(0,9)
Varones	**Tamaño del hogar**	Pareja sola	341	(67,0)	148	(29,1)	20	(3,9)
		3	404	(66,9)	184	(30,5)	16	(2,6)
		4	418	(64,7)	217	(33,6)	11	(1,7)
		5 o más	93	(67,4)	36	(26,1)	9	(6,5)
	Estructura del hogar	Pareja sola	341	(67,0)	148	(29,1)	20	(3,9)
		Pareja con hijos/as <15 años	726	(71,1)	288	(28,2)	7	(,7)
		Pareja con hijos/as ≥15 años	155	(51,2)	129	(42,6)	19	(6,3)
		Otro tipo de hogar	34	(53,1)	20	(31,3)	10	(15,6
	Número de menores de 15 años	Sin menores de 15 años	504	(60,1)	288	(34,4)	46	(5,5)
		1	375	(72,7)	140	(27,1)	1	(,2)
		2	324	(69,7)	136	(29,2)	5	(1,1)
		3 o más	53	(67,9)	21	(26,9)	4	(5,1)
	Edad del menor de los/as menores 15 años	De 0 a 2 años	252	(76,1)	73	(22,1)	6	(1,8)
		De 3 a 5 años	182	(66,2)	90	(32,7)	3	(1,1)
		De 6 a 14 años	318	(70,2)	134	(29,6)	1	(,2)
	Trabajo reprod. remunerado	Sí	43	(51,2)	7	(8,3)	34	(40,5)
		No	1.213	(66,9)	578	(31,9)	22	(1,2)

Fuente: elaboración propia.

Cuando las parejas tienen criaturas menores de 15 años, la menor frecuencia de contrato igualitario corresponde a los hogares con 3 o más menores tanto para mujeres (42,9%) como para varones (67,9%). Respecto a la edad de los menores, en las mujeres aumenta la frecuencia del contrato asimétrico a medida que la edad de los menores es más alta, pasando del 41,9% en los hogares con menores de 0 a 2 años hasta el 50,1% en los hogares con menores de 6 a 14 años. Para los varones, se observa un patrón similar en la medida en que el 22,1% de los hogares con menores de 0 a 2 años tiene un contrato asimétrico, y en los hogares con menores de 3 a 5 años la proporción es del 32,7%, si bien la tendencia no se mantiene para los hogares con menores de más edad.

Gráfico 37. Distribución porcentual del contrato de género en la pareja según sexo de la persona entrevistada, por tamaño del hogar, estructura del hogar, número de menores de 15 años y edad del menor de los menores. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.



Fuente: elaboración propia.

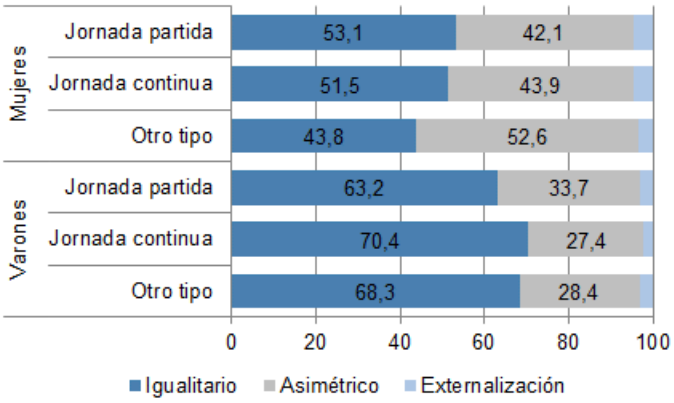
En relación con el tipo de jornada y el tipo de contrato (tabla 22, gráficos 38 y 39), la frecuencia del contrato igualitario es similar para las mujeres con jornada continua por la mañana y las que tienen jornada partida. Para los varones, los tipos de jornada con mayor frecuencia de contrato igualitario corresponden a la categoría turnos y a la jornada reducida (78%). En uno y otro caso, la situación más desfavorable para el contrato igualitario, al margen de la categoría residual, es la de quienes tienen jornada irregular o variable: el 56,8% de las mujeres con esta jornada tiene un contrato asimétrico, y el 36,6% de los varones. En las mujeres, la situación laboral que presenta una mayor frecuencia del contrato igualitario es la del funcionariado (60,6%), seguida del contrato indefinido (52,8%). Al margen de la categoría de Otra situación, las empresarias que no emplean personal son las que en mayor medida asumen un contrato asimétrico (60,2%). En varones, apenas hay diferencias en la frecuencia relativa del contrato igualitario entre el funcionariado (71,1%), quienes tienen un contrato indefinido (70,6%) o uno temporal (65,4%), y la categoría donde esta situación es menos frecuente corresponde a empresarios que emplean personal (50,7%).

Tabla 22. Contrato de género según sexo de la persona entrevistada y características del trabajo remunerado.

			Igualitario		Asimétrico		External.	
			N	(%)	N	(%)	N	(%)
Mujeres	**Tipo de jornada**	Jornada partida	314	(53,1)	249	(42,1)	28	(4,7)
		Jornada continua mañana	298	(51,5)	254	(43,9)	27	(4,7)
		Turnos	88	(50,6)	80	(46,0)	6	(3,4)
		Jornada irregular o variable	59	(38,1)	88	(56,8)	8	(5,2)
		Jornada reducida	37	(44,6)	45	(54,2)	1	(1,2)
		Jornada continua tarde/noche	68	(43,9)	82	(52,9)	5	(3,2)
		Otro tipo	11	(32,4)	21	(61,8)	2	(5,9)
	Tipo de contrato	Contrato indefinido	512	(52,8)	421	(43,4)	37	(3,8)
		Contrato temporal	115	(49,1)	116	(49,6)	3	(1,3)
		Funcionariado	123	(60,6)	64	(31,5)	16	(7,9)
		Trabajador/a independiente	64	(34,4)	112	(60,2)	10	(5,4)
		Empresario/a emplea personal	22	(37,9)	31	(53,4)	5	(8,6)
		Otra situación	40	(32,8)	76	(62,3)	6	(4,9)
	Satisfacción con el trabajo	Sí	720	(49,8)	663	(45,9)	62	(4,3)
		No	155	(47,7)	155	(47,7)	15	(4,6)
Varones	**Tipo de jornada**	Jornada partida	588	(63,2)	314	(33,7)	29	(3,1)
		Jornada continua mañana	290	(70,4)	113	(27,4)	9	(2,2)
		Turnos	163	(78,0)	44	(21,1)	2	(1,0)
		Jornada irregular o variable	128	(59,3)	79	(36,6)	9	(4,2)
		Jornada reducida	50	(78,1)	11	(17,2)	3	(4,7)
		Jornada continua tarde/noche	17	(73,9)	6	(26,1)	0	(,0)
		Otro tipo	19	(47,5)	17	(42,5)	4	(10,0)
	Tipo de contrato	Contrato indefinido	719	(70,6)	284	(27,9)	15	(1,5)
		Contrato temporal	123	(65,4)	60	(31,9)	5	(2,7)
		Funcionariado	140	(71,1)	46	(23,4)	11	(5,6)
		Trabajador/a independiente	156	(54,2)	122	(42,4)	10	(3,5)
		Empresario/a emplea personal	71	(50,7)	55	(39,3)	14	(10,0)
		Otra situación	44	(71,0)	17	(27,4)	1	(1,6)
	Satisfacción con el trabajo	Sí	977	(66,0)	459	(31,0)	45	(3,0)
		No	274	(67,7)	122	(30,1)	9	(2,2)

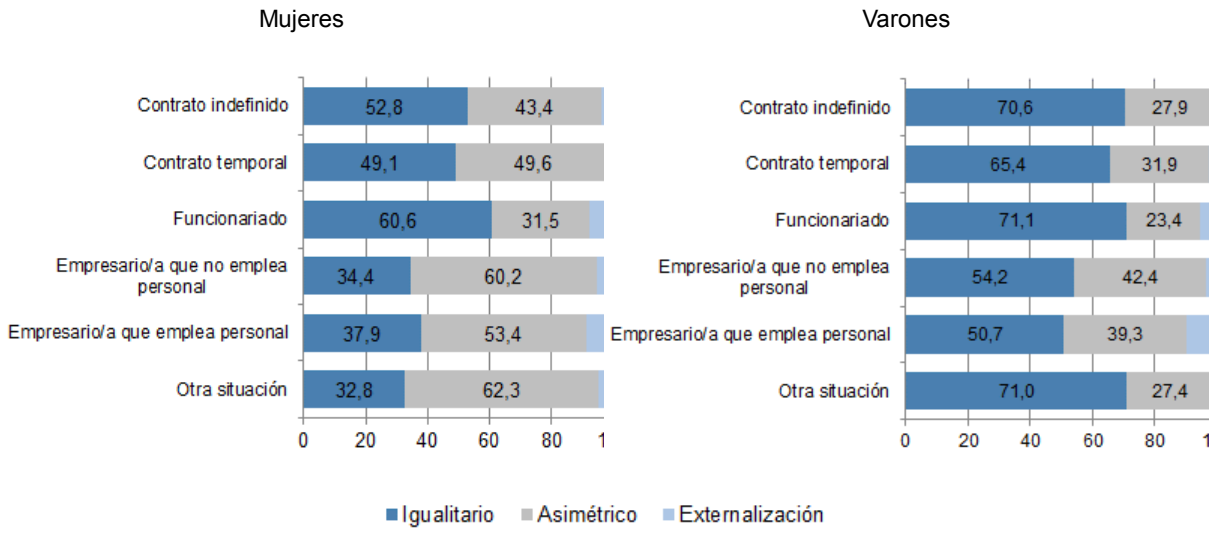
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 38. Distribución porcentual del contrato de género en la pareja según sexo de la persona entrevistada, por tipo de jornada. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 39. Distribución porcentual del contrato de género en la pareja según sexo de la persona entrevistada, por tipo de contrato o relación laboral. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.



Fuente: elaboración propia.

La tabla 23 refleja que el contrato igualitario es más frecuente en las parejas no casadas legalmente frente a las casadas, en mujeres (55% y 48%, respectivamente) y

varones (76% y 64%). Para las mujeres, un nivel educativo superior al de su pareja (hipogamia) corresponde a una mayor frecuencia relativa del contrato igualitario: 53,9% frente a 47,2% en las parejas de homogamia y 48,6% en la situación de mayor nivel del estudios del varón; cuando la información la proporcionan los varones, las parejas donde el nivel de estudios de la mujer es inferior al de su pareja son las que en mayor medida presentan un contrato de género asimétrico (37,2%). Cuando es la mujer quien aporta más ingresos al hogar el contrato asimétrico es menos frecuente, siendo las diferencias más marcadas en el caso de los varones: 43,0% frente a 47,6% según las mujeres; 22,9% frente a 33% según los varones.

Tabla 23. Contrato de género según sexo de la persona entrevistada y características de la pareja. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

			Igualitario		Asimétrico		External.	
			N	(%)	N	(%)	N	(%)
Mujeres	Tipo de pareja según estado civil	Pareja casada legalmente	729	(48,2)	716	(47,4)	66	(4,4)
		Pareja no casada	149	(55,4)	109	(40,5)	11	(4,1)
	Principal sustentador/a	Pareja de mujer sustentadora	252	(50,9)	213	(43,0)	30	(6,1)
		Pareja de varón sustentador	626	(48,7)	612	(47,6)	47	(3,7)
	Nivel de estudios de la pareja	Homogamia educativa	471	(47,2)	482	(48,3)	45	(4,5)
		Hipogamia educ. femenina	262	(53,9)	206	(42,4)	18	(3,7)
		Hipergamia educ. femenina	142	(48,6)	136	(46,6)	14	(4,8)
Varones	Tipo de pareja según estado civil	Pareja casada legalmente	1058	(64,6)	529	(32,3)	50	(3,1)
		Pareja no casada	198	(76,2)	56	(21,5)	6	(2,3)
	Principal sustentador/a	Pareja de mujer sustentadora	302	(73,5)	94	(22,9)	15	(3,6)
		Pareja de varón sustentador	954	(64,2)	491	(33,0)	41	(2,8)
	Nivel de estudios de la pareja	Homogamia educativa	718	(67,0)	311	(29,0)	43	(4,0)
		Hipogamia educ. femenina	350	(67,6)	160	(30,9)	8	(1,5)
		Hipergamia educ. femenina	182	(61,1)	111	(37,2)	5	(1,7)

Fuente: elaboración propia.

4.2.3 Factores asociados al contrato de género igualitario

A continuación se presenta el análisis realizado con el propósito de identificar las variables asociadas a una mayor probabilidad de contrato de género igualitario en la pareja, para los distintos grupos de variables: sociodemográficas, del hogar, variables relativas al trabajo remunerado y características de la pareja.

Los resultados referidos a las variables sociodemográficas (tabla 24) reflejan que a medida que la edad es menor, aumenta la probabilidad de establecer un contrato igualitario en la pareja, de forma más intensa para los varones (OR 2,10; IC 95% 1,69-2,61 para la categoría de 35 a 49 años y OR 3,11; IC 95% 2,32-4,18 para la de 20 a 34 años) que para las mujeres (OR 1,72; IC 95% 1,34-2,20 y OR 2,51; IC 95% 1,90-3,30, respectivamente).

Tabla 24. Asociación entre contrato de género igualitario y variables sociodemográficas según sexo de la persona entrevistada. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

		Mujeres		Varones	
		OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)
Edad	20-34	2,51	(1,90-3,30)	3,11	(2,32-4,18)
	35-49	1,72	(1,34-2,20)	2,10	(1,69-2,61)
	50-65	1		1	
Clase social ocupacional	I+II	1,43	(1,15-1,79)	1,40	(1,12-1,76)
	III	1,10	(0,87-1,40)	1,33	(1,05-1,69)
	IV+V	1		1	
País de nacimiento	España	1,30	(0,93-1,80)	1,06	(0,76-1,48)
	Extranjero	1		1	
Nivel de estudios	Educ. Primaria o inferior	1		1	
	Educ. secundaria 1ª etapa	1,65	(0,98-2,79)	2,35	(1,57-3,53)
	Educ. secundaria 2ª etapa	2,84	(1,70-4,76)	2,99	(2,01-4,45)
	Est. universitarios o equiv.	3,61	(2,15-6,05)	3,37	(2,23-5,09)

OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.
Fuente: elaboración propia.

El contrato igualitario también está asociado a la clase social, con resultados similares para mujeres y varones siendo un 40% más probable en las clases I y II (OR; IC 95%) que en las clases manuales (OR; IC 95%). La asociación es más intensa con el nivel

de estudios, ya que tener estudios superiores triplica la probabilidad de asumir un contrato igualitario con respecto a quienes se sitúan en la categoría más baja. Para la nacionalidad, por el contrario, la asociación no es significativa.

Respecto a las características del hogar (tabla 25), el contrato igualitario no se asocia de forma significativa con el número de menores. En el tamaño del hogar, únicamente es significativa la diferencia entre los hogares formados por una pareja sola y los de mayor tamaño (5 o más personas) para las mujeres.

Tabla 25. Asociación entre contrato de género igualitario y características del hogar según sexo de la persona entrevistada. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

		Mujeres		Varones	
		OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)
Tamaño del hogar	Pareja sola	1,96	(1,31-2,93)	0,98	(0,66-1,47)
	3	1,36	(0,91-2,03)	0,98	(0,66-1,45)
	4	1,33	(0,90-1,99)	0,89	(0,60-1,31)
	5 o más	1		1	
Estructura del hogar	Pareja sola	2,54	(1,89-3,40)	1,94	(1,45-2,59)
	Pareja con menores 15	2,11	(1,61-2,77)	2,35	(1,81-3,06)
	Pareja con hijos/as 15 y +	1		1	
	Otro tipo de hogar	0,88	(0,49-1,56)	1,08	(0,63-1,86)
Número de menores de 15 años	No hay menores de 15 años	1,21	(0,67-2,16)	0,71	(0,43-1,98)
	1	1,33	(0,73-2,40)	1,25	(0,75-2,22)
	2	1,55	(0,85-2,83)	1,08	(0,65-1,81)
	3 o más	1		1	
Edad del menor de los/as menores	De 0 a 2 años	1,37	(1,01-1,86)	1,35	(0,98-1,87)
	De 3 a 5 años	1,14	(0,81-1,59)	0,83	(0,60-1,15)
	De 6 a 14 años	1		1	
Trabajo reproductivo remunerado	Sí	1		1	
	No	1,73	(1,18-2,53)	1,93	(1,24-2,99)

OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.
Fuente: elaboración propia.

En relación con la estructura del hogar, para las mujeres los hogares con mayor probabilidad de asumir un contrato igualitario son los formados por una pareja sola y, en menor medida, por una pareja con menores de 15 años. Para los varones coinciden estas categorías, si bien en orden inverso.

Con respecto a la edad de los menores, los hogares de reciente maternidad/paternidad tienen mayor probabilidad de establecer un contrato igualitario con respecto a los hogares sin menores de 15 años, particularmente en el caso de los varones. Para el resto de las categorías, la edad de los menores no se asocia de forma significativa con el contrato igualitario.

La tabla 26 presenta los resultados de la relación entre el contrato igualitario y distintas variables relativas al trabajo remunerado. Junto al tipo de jornada y de relación laboral, se han incluido variables referidas a la satisfacción con el trabajo. En la variable tipo de jornada se ha excluido la categoría *Otro tipo* y, del mismo modo, en el tipo de contrato no se ha incluido la categoría *Otra situación*, que comprende categorías tan dispares como Miembro de una cooperativa, Ayuda familiar y otras situaciones.

Tabla 26. Asociación entre contrato de género igualitario y características del trabajo remunerado según sexo de la persona entrevistada. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

		Mujeres		Varones	
		OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)
Tipo de jornada	Jornada partida	1,84	(1,28-2,65)	1,18	(0,87-1,60)
	Jornada continua mañana	1,73	(1,20-2,48)	1,63	(1,16-2,31)
	Turnos	1,67	(1,07-2,59)	2,44	(1,59-3,78)
	Jornada reducida	1,31	(0,76-2,29)	2,46	(1,28-4,71)
	Jornada continua tarde/noche	1,27	(0,81-2,00)	1,95	(0,74-5,14)
	Jornada irregular o variable	1		1	
Tipo de contrato	Contrato indefinido	1,18	(1,53-2,96)	2,04	(1,56-2,66)
	Contrato temporal	1,63	(1,24-2,74)	1,60	(1,10-2,34)
	Funcionariado	2,93	(1,94-4,43)	2,08	(1,41-3,06)
	Trabajador/a independiente	1,17	(0,63-2,15)	0,87	(0,58-1,31)
	Empresario/a emplea personal	1		1	
Satisfacción con el trabajo	Sí	1		1	
	No	0,92	(0,72-1,17)	1,08	(0,85-1,36)

OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.
Fuente: elaboración propia.

Respecto al tipo de jornada, donde la categoría de referencia es la jornada irregular o variable, para las mujeres tanto la jornada continua de mañana como la jornada

partida y el trabajo a turnos se asocian a mayor probabilidad de contrato igualitario; en los varones, se observa que la asociación es significativa para la jornada reducida, el trabajo a turnos y la jornada continua de mañana.

En cuanto al tipo de contrato, la categoría con mayor probabilidad de contrato igualitario para las mujeres es la de funcionaria, seguida del contrato temporal y en tercer lugar el indefinido. En los varones, ser funcionario y tener un contrato indefinido obtienen valores similares, duplicando la probabilidad de un contrato igualitario con respecto al empresariado que emplea personal.

Finalmente, en relación con las características de la pareja la tabla 27 muestra que la probabilidad de tener un contrato igualitario aumenta de forma significativa para las parejas no casadas en relación con las casadas, tanto para mujeres como para varones. El hecho de que la mujer sea la persona que aporta más ingresos al hogar no se asocia de forma significativa al contrato igualitario cuando la información la proporcionan las mujeres, pero sí cuando el informante es un varón.

Tabla 27. Asociación entre contrato de género igualitario y características de la pareja según sexo de la persona entrevistada. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

		Mujeres		Varones	
		OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)
Tipo de pareja según estado civil	Pareja casada legalmente	1		1	
	Pareja no casada	1,33	(1,03-1,73)	1,75	(1,29-2,37)
Sustentador/a principal	Pareja de mujer sustentadora	1,09	(0,89-1,34)	1,55	(1,21-1,97)
	Pareja de varón sustentador	1		1	
Nivel de estudios de la pareja	Homogamia educativa	1		1	
	Hipogamia educativa femenina	1,31	(1,05-1,63)	1,03	(0,82-1,28)
	Hipergamia educativa femenina	1,06	(0,82-1,38)	0,77	(0,59-1,01)

OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.
Fuente: elaboración propia.

En cuanto al nivel de estudios de la pareja, donde la categoría de referencia son las parejas con el mismo nivel educativo, aparece una asociación significativa para la situación de hipogamia educativa femenina en el caso de las mujeres. También se observa que la situación contraria, de hipergamia femenina, reduce la probabilidad de contrato igualitario para los varones, si bien la asociación está en el límite de la significación estadística.

4.2.4 Contrato de género y salud

A continuación se analiza la asociación entre las variables dependientes y el contrato de género, para comprobar si un contrato asimétrico se asocia a mayor riesgo de mala salud, y si el patrón es distinto en función del sexo, la edad y la clase social.

La tabla 28 refleja que entre las personas de 20 a 44 años el contrato asimétrico aparece como un factor de riesgo en mujeres de clase social no manual tanto para la salud percibida (OR=1,85; IC 95% 1,32-2,58) como para la salud mental (OR=1,60; IC 95% 1,14-2,28); sin embargo, en mujeres de clase social manual este contrato no se asocia de manera significativa a mayor riesgo de mala salud percibida o mala salud mental (OR=1,03; IC 95% 0,73-1,45 y OR=1,23; IC 95% 0,87-1,74, respectivamente). Para los varones, tanto en las clases no manuales como en las manuales el contrato asimétrico se asocia a peor salud percibida, peor salud mental, siendo el efecto más intenso que para las mujeres, y también en las clases sociales no manuales que en las manuales.

En el grupo de 45 a 65 años de edad, este patrón se observa también para los varones de clase social no manual, mientras que en los de clase social manual no se alcanza la significación estadística para ninguna de las dos variables. El patrón es diferente para las mujeres: el contrato asimétrico no se asocia a peores resultados en salud para las mujeres, sino que aparece como un factor protector, si bien la única asociación estadísticamente significativa se da para la salud mental, tanto en la clase social no manual (OR 0,64; IC 95% 0,43-0,96) como en la manual (OR 0,54; IC 95% 0,34-0,86).

Tabla 28. Asociación entre indicadores de salud y contrato de género según sexo, edad y clase social. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

		Clase social I			Clase social II		
		N	Igualitario (categoría de referencia)	OR (IC 95%)	N	Igualitario (categoría de referencia)	OR (IC 95%)
20-44 años	**Mujeres**						
	Mala salud	564	1	1,85 (1,32-2,58)*	524	1	1,03 (0,73-1,45)
	Mala salud mental	559	1	1,60 (1,14-2,28)*	519	1	1,23 (0,87-1,74)
	Varones						
	Mala salud	555	1	7,85 (5,38-11,45)*	504	1	2,97 (2,07-4,27)*
	Mala salud mental	552	1	7,45 (5,11-10,86)*	499	1	3,09 (2,14-4,45)*
45-65 años	**Mujeres**						
	Mala salud	395	1	0,79 (0,53-1,18)	293	1	0,86 (0,54-1,36)
	Mala salud mental	393	1	0,64 (0,43-0,96)*	290	1	0,54 (0,34-0,86)*
	Varones						
	Mala salud	475	1	2,06 (1,43-2,97)*	363	1	1,38 (0,91-2,08)
	Mala salud mental	470	1	1,61 (1,12-2,32)*	362	1	1,30 (0,86-1,97)

OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confianza del 95%. *p<0,05. N: total de personas analizadas.
Fuente: elaboración propia.

Como paso previo al ajuste del modelo multivariante, se realizó un análisis bivariante estratificado por sexo para valorar la inclusión del resto de las variables independientes, estableciendo como criterio de inclusión la obtención de una p<0,2 para mujeres o para varones. Las tablas 29 y 30 muestran los resultados de este análisis.

Las variables que obtuvieron una p<0,2 para la salud percibida fueron las siguientes: responsabilidad del trabajo doméstico, responsabilidad del cuidado de menores, tamaño del hogar, estructura del hogar, número de menores de 15 años, tipo de contrato, satisfacción con el trabajo y nivel educativo de la pareja. Para la salud mental, las variables que cumplieron el criterio fueron: responsabilidad del trabajo doméstico, trabajo reproductivo remunerado, tipo de jornada, tipo de contrato, satisfacción con el trabajo, estado civil de la pareja y nivel educativo de la pareja. Teniendo en cuenta el alto grado de correlación entre las variables referidas al trabajo reproductivo y las características del hogar, dado el supuesto de colinealidad se ajustaron modelos separados con cada una de ellas, seleccionando el de mejor ajuste.

En todos los modelos se incluyeron las variables país de nacimiento y existencia de un problema de salud crónico como variables de ajuste. Se estudiaron posibles interacciones entre las variables independientes, no detectándose ninguna.

Tabla 29. Asociación entre mala salud percibida y variables independientes. Análisis bivariante. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

		Mujeres (N=1.780)			Varones (N=1.897)		
		OR	(IC 95%)	p	OR	(IC 95%)	p
Responsab. trabajo doméstico	No	1		0,061	1		0,024
	Sí, compartida	0,93	(0,59-1,48)		0,74	(0,60-0,96)	
	Sí, no compartida	1,27	(0,80-2,03)		1,67		
Responsab. cuidado de menores	No	1		0,003	1		0,000
	Sí, compartida	0,53	(0,27-1,04)		0,91	(0,57-1,44)	
	Sí, no compartida	0,50	(0,23-1,06)		1,45	(0,30-6,97)	
	No hay menores	0,82	(0,42-1,60)		1,62	(1,03-2,52)	
Trab. reprod. remunerado	Sí	1		0,311	1		0,302
	No	1,30	(0,77-2,21)		1,43	(0,71-2,88)	
Tamaño del hogar	Pareja sola	1		0,076	1		0,264
	3	1,08	(0,80-1,47)		0,89	(0,64-1,23)	
	4	0,74	(0,54-1,01)		0,73	(0,52-1,01)	
	5 o más	1,12	(0,68-1,84)		0,97	(0,58-1,63)	
Estructura del hogar	Pareja sola	1		0,000	1		0,001
	Pareja hijos/as <15	0,73	(0,54-0,97)		0,67	(0,50-0,91)	
	Pareja hijos/as ≥15	1,46	(1,03-2,05)		1,35	(0,94-1,94)	
	Otro tipo de hogar	1,24	(0,66-2,33)		0,95	(0,47-1,94)	
Menores de 15 años	Ninguno	1		0,004	1		0,000
	1 o 2	0,66	(0,51-0,84)		0,57	(0,43-74)	
	3 o más	0,77	(0,36-1,68)		0,74	(0,38-1,42)	
Edad menor 15 años	No hay menores	1		0, 004	1		0, 000
	De 0 a 5 años	0,68	(0,50-0,92)		0,59	(0,43-0,79)	
	De 6 a 14 años	0,64	(0,47-0,88)		0,57	(0,40-0,80)	
Tipo de jornada	Partida	1		0,354	1		0,173
	Continua mañana	1,06	(0,78-1,45)		1,13	(0,81-1,58)	
	Otro tipo	1,24	(0,92-1,67)		1,33	(0,99-1,78)	
Tipo de contrato	Indefinido/funcionariado	1		0,271	1		0,301
	Contrato temporal	1,20	(0,83-1,72)		1,18	(0,77-1,81)	
	Empres. o trab. indep.	1,30	(0,92-1,84)		1,26	(0,93-1,71)	
Satisfacción con el trabajo	Sí	1		0,000	1		0,001
	No	1,83	(1,37-2,44)		1,66	(1,25-2,22)	
Estado civil de la pareja	Casada	1		0,266	1		0,517
	No casada	0,82	(0,57-1,17)		1,13	(0,79-1,62)	
Sustentador/a principal	Mujer	1		0,390	1		0,567
	Varón	1,13	(0,85-1,50)		0,91	(0,67-1,24)	
Nivel educativo pareja	Homogamia educativa	1		0,013	1		0,712
	Hipogamia femenina	0,94	(0,70-1,27)		0,93	(0,69-1,25)	
	Hipergamia femenina	1,57	(1,14-2,16)		0,87	(0,59-1,26)	

OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confianza del 95%. p: significación estadística para la prueba de Wald.
Fuente: elaboración propia.

Las tablas 31 y 32 presentan los modelos ajustados para cada una de las variables dependientes, con el propósito de contrastar si la salud percibida y la salud mental se asocian al contrato de género y al resto de variables independientes teniendo en cuenta las variables de ajuste.

Tabla 30. Asociación entre mala salud mental y variables independientes. Análisis bivariante. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

		Mujeres (N=1.765)			Varones (N=1.882)		
		OR	(IC 95%)	p	OR	(IC 95%)	p
Responsab. trabajo doméstico	No	1		0,164	1		0,632
	Sí, compartida	1,24	(0,76-2,03)		0,96	(0,73-1,28)	
	Sí, no compartida	1,50	(0,91-2,46)		1,52	(0,61-3,80)	
Responsab. cuidado de menores	No	1		0,898	1		0,341
	Sí, compartida	0,80	(0,39-1,66)		0,81	(0,52-1,27)	
	Sí, no compartida	0,89	(0,41-1,93)		1,26	(0,26-6,02)	
	No hay menores	0,87	(0,42-1,77)		1,05	(0,68-1,63)	
Trab. reprod. remunerado	Sí	1		0,110	1		0,352
	No	1,54	(0,88-2,68)		1,40	(0,67-2,94)	
Tamaño del hogar	Pareja sola	1		0,801	1		0,249
	3	1,01	(0,74-1,38)		1,00	(0,71-1,40)	
	4	0,90	(0,66-1,22)		0,74	(0,52-1,05)	
	5 o más	1,10	(0,66-1,82)		0,91	(0,52-1,59)	
Estructura del hogar	Pareja sola	1		0,665	1		0,248
	Pareja hijos/as <15	0,95	(0,71-1,26)		0,83	(0,61-1,14)	
	Pareja hijos/as ≥15	0,92	(0,63-1,34)		1,07	(0,72-1,61)	
	Otro tipo de hogar	1,38	(0,74-2,55)		0,52	(0,20-1,34)	
Menores de 15 años	Ninguno	1		0,957	1		0,305
	1 o 2	0,97	(0,75-1,24)		0,81	(0,61-1,06)	
	3 o más	0,95	(0,44-2,07)		0,89	(0,45-1,78)	
Edad menor 15 años	No hay menores	1		0,957	1		0,317
	De 0 a 5 años	0,97	(0,72-1,30)		0,81	(0,59-1,11)	
	De 6 a 14 años	0,96	(0,70-1,30)		0,81	(0,58-1,15)	
Tipo de jornada	Partida	1		0,798	1		0,182
	Continua mañana	1,06	(0,78-1,44)		0,80	(0,56-1,16)	
	Otro tipo	1,11	(0,82-1,50)		1,16	(0,86-1,57)	
Tipo de contrato	Indefinido/funcionariado	1		0,044	1		0,000
	Contrato temporal	1,14	(0,78-1,65)		1,21	(0,75-1,94)	
	Empres. o trab. indep.	1,56	(1,11-2,18)		2,10	(1,55-2,84)	
Satisfacción con el trabajo	Sí	1		0,058	1		0,000
	No	1,35	(1,00-1,82)		1,88	(1,40-2,53)	
Estado civil de la pareja	Casada	1		0,093	1		0,910
	No casada	1,33	(0,96-1,84)		0,98	(0,66-1,45)	
Sustentador/a principal	Mujer	1		0,416			0,504
	Varón	1,12	(0,85-1,48)		0,90	(0,65-1,23)	
Nivel educativo pareja	Homogamia educativa	1		0,253	1		0,126
	Hipogamia femenina	1,23	(0,92-1,67)		1,26	(0,93-1,70)	
	Hipergamia femenina	1,25	(0,89-1,75)		0,82	(0,54-1,24)	

OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confianza del 95%. p: significación estadística para la prueba de Wald.
Fuente: elaboración propia

Para la salud percibida, las variables introducidas en el modelo final fueron: tamaño del hogar, satisfacción con el trabajo y nivel de estudios de la pareja. Estas variables explicaron un porcentaje de la variabilidad existente entre un valor máximo del 75% para los varones de 20 a 44 años de clase social no manual y un mínimo de 39% para los varones de 45 a 65 años de clase social manual. En los modelos para mujeres, el

mayor porcentaje se obtuvo para el grupo de 20 a 44 años de clase social no manual (70%) y el menor para el grupo de 45 a 65 años de clase social manual.

Tabla 31. Asociación entre mala salud percibida, contrato de género y otras variables independientes según sexo, edad y clase social. Análisis multivariante. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

		Clase social I		Clase social II	
		Mujeres ORa (IC 95%)	Varones ORa (IC 95%)	Mujeres ORa (IC 95%)	Varones ORa (IC 95%)
20-44 años		N=558	N=552	N=518	N=501
	Contrato de género				
	Igualitario	1	1	1	1
	Asimétrico	0,94 (0,55-1,62)	1,38 (0,72-2,64)	0,86 (0,56-1,39)	1,69 (1,02-2,78)*
	Tamaño del hogar				
	Pareja sola	1	1	1	1
	3 o 4	0,79 (0,44-1,41)	0,63 (0,32-1,23)	0,98 (0,58-1,64)	0,63 (0,37-1,08)
	5 o más	5,63 (2,37-13,36)*	2,96 (1,22-7,19)*	3,90 (1,75-8,69)*	2,30 (0,97-5,43)
	Satisfacción trabajo				
	Sí	1	1	1	1
	No	4,41 (2,53-7,69)*	3,97 (2,18-7,22)*	3,62 (2,23-5,86)*	3,39 (2,07-5,54)*
	Nivel educativo				
	Homogamia	1	1	1	1
	Hipogamia femenina	0,91 (0,48-1,72)	0,95 (0,48-1,90)	1,17 (0,68-2,00)	1,42 (0,82-2,45)
	Hipergamia femenina	2,70 (1,43-5,11)*	1,85 (0,85-4,04)	2,10 (1,50-3,84)*	2,16 (1,12-4,14)*
	R^2	0,679	0,747	0,551	0,561
45-65 años		N=393	N=467	N=290	N=357
	Contrato de género				
	Igualitario	1	1	1	1
	Asimétrico	1,54 (0,91-2,62)	1,70 (1,01-2,86)*	1,47 (0,80-2,69)	1,27 (0,76-2,10)
	Tamaño del hogar				
	Pareja sola	1	1	1	1
	3 o 4	0,72 (0,42-1,26)	0,74 (0,41-1,33)	0,77 (0,41-1,43)	0,63 (0,36-1,08)
	5 o más	2,62 (1,05-6-52)*	2,68 (1,09-6,61)*	3,05 (0,94-9,92)	2,35 (0,83-6,71)
	Satisfacción trabajo				
	Sí	1	1	1	1
	No	1,70 (0,93-3,10)	2,60 (1,50-4,51)*	1,60 (0,86-2,97)	2,12 (1,22-3,69)*
	Nivel educativo				
	Homogamia	1	1	1	1
	Hipogamia femenina	1,63 (0,89-2,98)	1,63 (0,88-3,03)	2,23 (1,10-4,53)	0,79 (0,44-1,42)
	Hipergamia femenina	1,06 (0,55-2,04)	1,28 (0,67-2,45)	4,66 (2,14-10,15)*	0,69 (0,34-1,39)
	R^2	0,494	0,594	0,442	0,393

*p<0,05; R^2: coeficiente de determinación de Nagelkerke. Ajustado por país de nacimiento y existencia de algún problema de salud.ORa: odds ratio ajustada; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Fuente: elaboración propia

Para las mujeres, se observa que al incluir el resto de variables desaparece la significación estadística para la asociación entre el contrato de género y la salud percibida, si bien tener un contrato de género asimérico parece aumentar la probabilidad de referir mala salud para las mujeres de 45 a 65 años (ORa 1,54; IC 95% 0,91-2,62 en la clase social no manual y ORa 1,47; IC 95% 0,80-2,69 en la manual) mientras que para las de 20 a 44 parece reducir el riesgo de mala salud (ORa 0,94; IC 95% 0,55-1,62 y ORa 0,86; IC 95% 0,56-1,39, respectivamente). Los resultados coinciden para las dos categorías de clase social. Para los varones, en todos los grupos el contrato asimétrico aparece como un factor de riesgo para la salud, aunque la relación únicamente es significativa para los jóvenes de clase social manual (ORa 1,69; IC 95% 1,02-2,78) y para los de 45 a 65 años de clase social no manual (ORa 1,70; IC 95% 1,01-2,86).

Los hogares de 5 o más miembros son los que presentan mayor riesgo de mala salud en todos los modelos, siendo la asociación estadísticamente significativa para las personas de clase no manual, tanto mujeres como varones en los dos grupos de edad, mientras que en la clase manual la significación estadística únicamente se alcanza para las mujeres jóvenes (ORa 3,90; IC 95% 1,75-8,69). También se observa que los hogares formados por una pareja sola tienen en todos los casos mayor probabilidad de mala salud que los hogares formados por una pareja que convive con 1 o 2 miembros adicionales, aunque en ningún modelo se alcanza la significación estadística.

La satisfacción con el trabajo se asocia de forma significativa a la percepción del estado de salud en todos los grupos, excepto en mujeres de 45 a 65 años. El efecto es más intenso para las personas jóvenes y en la clase social no manual, y es similar en mujeres y varones.

Respecto al nivel de estudios de la pareja, la situación de hipergamia educativa femenina, esto es, parejas donde la mujer tiene menor nivel de estudios que el varón, se asocia a mayor riesgo de mala salud para las mujeres jóvenes, tanto de clase no manual (ORa 2,70; IC 95% 1,43-5,11) como manual (ORa 2,10; IC 95% 1,50-3,84), y también en las mujeres de 45 a 65 años de clase social manual, donde el efecto es particularmente intenso (ORa 4,66; IC 95% 2,14-10,15). Para los varones de clase social no manual, esta situación también aparece como factor de riesgo, pero la asociación no es estadísticamente significativa (ORa 1,85; IC 95% 0,85-4,04 en jóvenes y ORa 1,28; IC 95% 0,67-2,45 en el grupo de más edad), mientras que en la

clase social manual se asocia de forma significativa a mayor riesgo de mala salud en varones jóvenes (ORa 2,16; IC 95% 1,12-4,14).

La situación inversa, de mayor nivel educativo de la mujer en la pareja (hipogamia femenina), aparece como la categoría con mayor probabilidad de mala salud tanto para mujeres como para varones de 45 a 65 años de clase social no manual, mientras que en las personas jóvenes de esta misma clase social corresponde al menor riesgo de mala salud, aunque no presenta significación estadística en ninguno de los estratos.

Respecto a la salud mental (tabla 32), las variables finalmente incluidas fueron: tipo de contrato, satisfacción con el trabajo, estado civil de la pareja y nivel educativo de la pareja. El porcentaje de la variabilidad en la variable dependiente explicado por estas variables fue mayor para los varones que para las mujeres, correspondiendo el valor máximo a los varones jóvenes de clase social no manual (64%), y el mínimo a los de 45 a 65 años de esta misma categoría (57%). Entre las mujeres, el mayor porcentaje corresponde a las de 45 a 65 años de clase no manual (56%), y el menor a este mismo grupo de edad, en la categoría de clase social manual (48%).

De manera similar a lo observado para la salud percibida, al incluir el resto de variables en el modelo la asociación entre el contrato de género y la salud mental no mantiene la significación estadística observada en el análisis bivariante. Para las personas jóvenes, excepto en mujeres de clase no manual, donde el efecto parece ir en sentido inverso, el contrato asimétrico aparece como un factor de riesgo para la salud mental, aunque únicamente se obtiene una asociación estadísticamente significativa para los varones de clase social no manual (ORa 1,85; IC 95% 1,05-3,27). En el grupo de 45 a 65 años de edad, no se asocia a mayor riesgo de mala salud mental en ninguno de los estratos.

Al igual que en la salud percibida, la satisfacción con el trabajo disminuye de forma significativa el riesgo de mala salud mental en todas las categorías, excepto para las mujeres de 45 a 65 años de edad.

Tabla 32. Asociación entre mala salud mental, contrato de género y otras variables independientes según sexo, edad y clase social. Análisis multivariante. Encuesta Nacional de Salud en España, 2011.

		Clase social I		Clase social II	
		Mujeres ORa (IC 95%)	Varones ORa (IC 95%)	Mujeres ORa (IC 95%)	Varones ORa (IC 95%)
20-44 años		N=533	N=533	N=460	N=476
	Contrato de género				
	Igualitario	1	1	1	1
	Asimétrico	0,85 (0,53-1,35)	1,85 (1,05-3,27)*	1,09 (0,67-1,77)	1,48 (0,86-2,55)
	Satisfacción trabajo				
	Sí	1	1	1	1
	No	3,20 (1,92-5,34)*	2,71 (1,58-4,66)*	2,07 (1,24-3,45)*	5,53 (3,30-9,26)*
	Tipo de contrato				
	Indefinido/funcionar.	1	1	1	1
	Temporal	1,29 (0,67-3,00)	2,21 (1,04-4,71)*	1,58 (0,90-2,76)	1,30 (0,66-2,59)
	Empresar./trab. indep.	1,69 (0,86-2,92)	1,65 (0,88-3,10)	5,02 (2,57-9,80)*	2,94 (1,47-5,51)*
	Estado civil				
	Pareja casada	1	1	1	1
	Pareja no casada	1,48 (0,88-2,46)	1,58 (0,88-2,85)	2,15 (1,29-3,59)*	2,20 (1,26-3,85)*
	Nivel educativo				
	Homogamia	1	1	1	1
	Hipogamia femenina	1,81 (1,10-3,00)*	1,26 (0,70-2,27)	1,29 (0,74-2,23)	1,85 (1,04-3,30)*
	Hipergamia femenina	1,59 (0,86-2,92)	1,12 (0,53-2,38)	2,10 (1,12-3,95)*	2,27 (1,13-4,56)*
	R^2	0,509	0,643	0,499	0,595
45-65 años		N=378	N=458	N=255	N=338
	Contrato de género				
	Igualitario	1	1	1	1
	Asimétrico	0,99 (0,55-1,77)	0,92 (0.55-1,56)	0,96 (0,49-1,89)	1,13 (0,60-2,16)
	Satisfacción trabajo				
	Sí	1	1	1	1
	No	1,08 (0,54-2,17)	2,18 (1,25-3,82)*	1,56 (0,75-3,22)	2,12 (1,08-4,17)*
	Tipo de contrato				
	Indefinido/funcionar.	1	1	1	1
	Temporal	2,49 (0,90-6,89)	5,02 (2,07-12,13)*	0,58 (0,21-1,61)	1,49 (0,52-4,33)
	Empresar./trab. indep.	2,52 (1,34-4,72)	3,53 (2,05-6,10)*	2,15 (0,95-4,87)	2,01 (1,00-4,04)*
	Estado civil				
	Pareja casada	1	1	1	1
	Pareja no casada	3,96 (1,64-9,60)*	2,13 (0,99-4,62)	2,51 (0,82-7,67)	6,61 (2,70-16,18)*
	Nivel educativo				
	Homogamia	1	1	1	1
	Hipogamia femenina	1,87 (0,96-3,66)	1,59 (0,87-2,90)	1,29 (0,59-2,83)	1,94 (0,96-3,91)
	Hipergamia femenina	1,75 (0,87-3,53)	0,94 (0,47-1,87)	0,97 (0,38-2,47)	1,34 (0,57-3,18)
	R^2	0,562	0,573	0,478	0,615

*p<0,05; R^2: coeficiente de determinación de Nagelkerke. Ajustado por país de nacimiento y existencia de algún problema de salud.ORa: odds ratio ajustada; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Fuente: elaboración propia

Respecto al tipo de contrato, se observa que la situación correspondiente al funcionariado o a personas con un contrato indefinido protege frente a la mala salud mental, aunque para las mujeres la asociación sólo alcanza la significación estadística

para las jóvenes de clase social manual, en la categoría de empresarias o trabajadoras independientes (ORa 5,02; IC 95% 2,57-9,80). Tener un contrato temporal aumenta el riesgo de mala salud mental para los varones de clase social no manual en el grupo de menor edad (ORa 2,21; IC 95% 1,04-4,71) y de forma más intensa en el de mayor edad (ORa 5,02; IC 95% 2,07-12,13). Entre los varones de clase manual, es significativa la asociación para la categoría de empresarios o trabajadores independientes tanto entre los de 20 a 44 años (ORa 2,94; IC 95% 1,47-5,51) como en el de 45 a 65 años (ORa 2,01; IC 95% 1,00-4,04).

En cuanto al estado civil, tanto mujeres como varones en parejas casadas tienen menor riesgo de mala salud mental en todos los estratos de edad y clase social, aunque esta asociación no alcanza la significación estadística para las personas jóvenes de clase social no manual, mujeres y varones, ni tampoco para las mujeres de 45 a 65 años de clase social manual. La mayor intensidad del efecto de esta variable corresponde a las mujeres de 45 a 65 años de clase social no manual (ORa 3,96; IC 95% 1,64-9,60) y a los varones de clase social manual de este mismo grupo de edad (ORa 6,61; IC 95% 2,70-16,18).

Respecto al nivel educativo de las parejas, para las personas jóvenes la homogamia aparece como un factor protector frente a la mala salud mental en todas las categorías aunque no siempre se alcanza la significación estadística. Entre las mujeres jóvenes de clase no manual, es significativo el mayor riesgo de mala salud mental en la situación de hipogamia femenina, donde el nivel de estudios de ellas es superior al de ellos (ORa 1,81; IC 95% 1,10-3,00), mientras que en las mujeres de este mismo grupo de edad de clase social manual la situación de hipergamia femenina (menor nivel de estudios de ellas) se asocia de manera significativa a mayor riesgo de mala salud mental (ORa 2,10; IC 95% 1,12-3,95). Para las mujeres de 45 a 65 años la heterogamia educativa no se asocia de forma significativa a la salud mental. Para los varones jóvenes de clase manual, las dos situaciones de heterogamia educativa aumentan el riesgo de mala salud, si bien en el grupo de 20 a 44 años la hipergamia femenina (mayor nivel de estudios del varón) presenta un mayor riesgo que la hipogamia (ORa 2,27; IC 95% 1,13-4,56 frente a ORa 1,85; IC 95% 1,04-3,30), pero en el grupo de 45 a 65 años es más desfavorable la hipogamia femenina -mayor nivel de estudios de la mujer -, aunque no hay significación estadística (ORa 1,94; IC 95% 0,96-3,91).

4.3 Discusión

En relación con las hipótesis formuladas como punto de partida de esta investigación, la primera de ellas señalaba que en las parejas de doble ingreso el reparto del trabajo reproductivo no respondería mayoritariamente a un contrato igualitario. Los resultados no permiten confirmar esta hipótesis, pues en el conjunto de la población analizada dos de cada tres parejas según los varones y una de cada dos según las mujeres tienen un contrato igualitario. La hipótesis de mayor frecuencia del contrato asimétrico frente al igualitario únicamente se confirma para las mujeres en las siguientes categorías: en el tramo de 50 a 65 años de edad, en las de clase social manual, en las que tienen estudios secundarios de primera etapa o inferiores y en las nacidas en el extranjero. Cuando la información procede de un varón, el contrato igualitario es más frecuente que el asimétrico en todas las categorías, excepto entre las personas con estudios primarios o inferiores.

Por otro lado, se confirma la hipótesis según la cual los contratos de género se distribuyen de forma desigual en función de la edad y la clase social. Así, los resultados reflejan que la edad es una variable clave, de manera que la probabilidad de establecer un contrato igualitario es mayor a medida que la edad es menor, y de forma más intensa para los varones que para las mujeres.

La hipótesis relativa a la mayor frecuencia del contrato de género igualitario en aquellas parejas donde las mujeres realizan la mayor contribución a los ingresos familiares se confirma parcialmente, puesto que según los resultados esto ocurre cuando el informante es un varón pero no cuando la persona entrevistada es una mujer.

La hipótesis que postulaba que el contrato de género asimétrico actuaría como factor de riesgo para la salud de las mujeres y el contrato igualitario como un factor protector se confirma parcialmente: el riesgo de mala salud percibida y de mala salud mental es mayor con contrato asimétrico cuando se trata de mujeres jóvenes de clase social no manual, si bien la significación estadística desaparece en los modelos multivariantes.

Otra de las hipótesis formuladas planteaba que el contrato de género asimétrico

actuaría como factor protector para la salud de los varones. Los resultados descartan esta hipótesis, pues el contrato asimétrico sigue el mismo patrón en los varones que en las mujeres, aumentando el riesgo tanto de mala salud percibida como de mala salud mental con respecto a quienes tienen un contrato igualitario. De hecho, esta asociación mantiene la significación estadística en los modelos multivariantes para los varones jóvenes en la salud mental y para los de 45 a 65 años de edad de clase social no manual, en la salud percibida.

Finalmente, se confirma la hipótesis relativa al impacto similar del contrato de género para la salud percibida y la salud mental: los resultados muestran que el patrón es similar para los dos indicadores.

Los resultados reflejan que existe un claro gradiente de edad, clase social y nivel de estudios en la frecuencia del contrato igualitario en las parejas, tanto cuando la información la proporciona el varón como cuando la informante es la mujer. También se ha constatado que las mujeres nacidas en el extranjero tienen con mayor frecuencia que las nacidas en España un contrato asimétrico, mientras que en los varones no se da esta diferencia. La variable con un efecto más intenso es el nivel de estudios, siendo tres veces más probable tener un contrato igualitario para las personas con estudios universitarios o secundarios de segunda etapa con respecto a las que se sitúan en la categoría de estudios más baja.

Respecto al tamaño del hogar, se ha encontrado que los hogares formados por una pareja sola son los que presentan mayor probabilidad de tener un contrato igualitario, mientras que los hogares de mayor tamaño (5 o más miembros) son los que en menor medida asumen este modelo. Cuando el informante es el varón, no se observa asociación entre el tamaño del hogar y el contrato de género. En los hogares en que hay menores de 15 años, el número de menores no se asocia de forma significativa al contrato de género, y tampoco su edad, a excepción de los hogares con menores de 0 a 2 años, donde se observa una mayor probabilidad de contrato igualitario para las mujeres.

Los resultados son consistentes con los obtenidos en la mayoría de los estudios que han analizado el efecto en la salud del trabajo doméstico y de cuidado de menores, y sugieren que los mecanismos mediante los cuales el trabajo reproductivo afecta a la

salud están mediados y moderados por múltiples factores, que varían en función de la edad, la clase social y otras variables.

Una investigación realizada en Suecia en profesionales con estudios superiores (Härenstam y Bejerot 2001), sobre el impacto de las responsabilidades familiares y el trabajo remunerado en varios indicadores de bienestar concluye que cuando ambos miembros de la pareja tienen trabajo remunerado y comparten el trabajo doméstico, el bienestar psicológico es similar para mujeres y varones. En el resto de las familias, se observan efectos negativos bien para las mujeres o bien para los varones. La diferencia más amplia entre mujeres y varones en cuanto a bienestar corresponde al modelo de familia desequilibrado (doble carga para las mujeres), donde coinciden el bienestar de los varones y un elevado número de mujeres que manifiesta malestar.

En línea con lo esperado, los resultados muestran que el reparto del trabajo reproductivo es más desigual cuando se trata de trabajo doméstico que de cuidado de menores.

Los resultados respecto a la relación entre el estado civil y los indicadores de salud analizados son consistentes con los obtenidos en otro estudio sobre la población española (Artazcoz et al. 2011), cuyas autoras apuntan a la peor calidad de la relación en parejas no casadas como posible explicación de ese resultado.

Este trabajo propone una aproximación al trabajo reproductivo como determinante de la salud aplicando la herramienta conceptual del contrato de género. El concepto de contrato de género permite analizar la desigualdad en las relaciones de pareja, si bien dadas las diferencias observadas en función del sexo de la persona que proporciona la información parece necesario contar con información de ambos miembros de la pareja para garantizar la validez de la medición de este constructo.

Se han identificado tres modelos de reparto del trabajo reproductivo en las parejas de doble ingreso, que en las parejas que no conviven con menores de 15 años se refiere al reparto del trabajo doméstico y en las parejas con menores de 15 años combina la información sobre el trabajo doméstico con la responsabilidad de su cuidado. La estrategia de externalización, en la que la responsabilidad principal recae sobre una tercera persona, ya sea remunerada o no, tiene un peso relativo inferior al 5% en el conjunto de la población de estudio.

La decision de estratificar por sexo, edad y clase social los análisis de regresión responde al propósito de obtener resultados fácilmente interpretables. Como han señalado Ruiz Cantero et al. (2007), el análisis de las interacciones entre el trabajo remunerado, el trabajo reproductivo, el género y la clase social es complejo. Las autoras subrayan que, aunque se ha argumentado que el uso de términos de interacción en los modelos de regresión es tan adecuado como el análisis estratificado y tiene la ventaja de preservar la parsimonia, este planteamiento dificulta la interpretación de los resultados.

Se ha constatado que existen diferencias significativas en la frecuencia del contrato de género en las parejas en función del sexo de la persona que proporciona la información. Estas diferencias sugieren que hay un sesgo en las respuestas a las preguntas relativas al trabajo reproductivo, que puede reflejar tanto una percepción distinta de una misma realidad como una interpretación destinada a ajustarse a lo socialmente aceptado. Este hallazgo no coincide con lo observado en los estudios que han contrastado la información que proporcionan los dos miembros de una pareja, descartando diferencias significativas.

En línea con lo esperado, los resultados confirman que la satisfacción con el trabajo remunerado es un factor clave que influye sobre la salud, tanto en el estado de salud percibido como en la salud mental, si bien parece no ser tan relevante en las mujeres de generaciones de más edad ni en las de clases manuales.

Entre los resultados que se alejan de lo esperado destaca el hecho de que el impacto del contrato de género en la salud siga el mismo patrón para los varones que las mujeres, y con un efecto más intenso, de manera que para ellos un contrato asimétrico aumenta la probabilidad tanto de mala salud percibida como de mala salud mental en mayor medida que para las mujeres. También es sorprendente el hallazgo que señala que el contrato asimétrico aparece como un factor protector para la salud mental de las mujeres de 45 a 65 años en las dos categorías de clase social.

Una de las limitaciones de este análisis se refiere a la falta de información sobre el tiempo de trabajo remunerado. En efecto, la fuente de información utilizada no permite diferenciar a las personas que trabajan a tiempo parcial de las que lo hacen a tiempo completo. Es cierto que el trabajo a tiempo parcial no tiene un peso relevante en la población ocupada en nuestro país, y también que con frecuencia no se trata de una

elección sino de una forma más de precariedad laboral, pero en cualquier caso sería un factor a tener en cuenta para la asignación del contrato de género en las parejas.

Otra limitación tiene que ver con nuestra definición de la población de estudio, que excluye a las personas que conviven con personas dependientes. Al mismo tiempo, el hecho de incluir a la población de 20 y más años dificulta la comparación con otros estudios, que habitualmente se refieren a la población a partir de los 25 años. No obstante, aunque esos primeros años de la edad adulta en gran medida corresponden a una etapa de formación, se trata de un período en el que cada vez con mayor frecuencia tienen lugar relaciones de pareja con convivencia.

Una cuestión recurrente en la investigación sobre el efecto en la salud tanto del trabajo remunerado como del trabajo reproductivo se refiere al problema de la causalidad, que no permite descartar que la asociación observada se deba a una relación inversa, que en este caso implicaría que las mujeres que tienen peor salud asumen en mayor medida un contrato de género asimétrico en su pareja, y las que parten de un mejor estado de salud tienen mayor probabilidad de establecer un contrato de género igualitario.

Para realizar el análisis estratificado por clase social y edad, la información sobre cada una estas variables se ha reducido a dos categorías. Ello implica una pérdida de información que puede afectar a los resultados. Por ejemplo, respecto a la clase social, la inclusión de la categoría *Clase social III*, que corresponde a ocupaciones intermedias junto a las Clases I y II, supone considerar en un mismo grupo a personas con características distintas. De hecho, en el análisis de las variables asociadas al contrato de género, donde tanto la edad como la clase social tienen 3 categorías, se han observado diferencias entre ellas que pueden limitar la validez de los resultados obtenidos en el análisis multivariante.

Algunas de las variables relativas a las características del hogar están relacionadas con la edad (la estructura del hogar, la edad del menor de los/as hijos/as), de manera que los resultados podrían ser distintos si el análisis de los factores asociados al contrato de género se hubiera estratificado por edad.

En la anterior edición de la ENSE, realizada en 2006, se llevó a cabo una revisión del cuestionario orientada a mejorar el potencial de la encuesta como instrumento para la

detección y medición de desigualdades en salud, especialmente en relación con el género (MSPS 2006). Esta modificación, reflejo del creciente interés tanto científico como político por las desigualdades de género en salud (Rohlfs et al. 2007), dio lugar a la incorporación en el cuestionario de una serie de preguntas destinadas a mejorar el conocimiento sobre diversas situaciones de desigualdad frente a la salud que se producen por razón de género, entre ellas el trabajo reproductivo, conceptualizado como "el trabajo no remunerado, caracterizado por la ejecución de tareas relacionadas con el mantenimiento del bienestar y cuidado de la familia, realizado principalmente en el hogar". En la edición 2011-2012 de la ENSE, se revisó el cuestionario utilizado en la edición anterior, y como consecuencia de dicha revisión se ha producido una notable pérdida de información respecto al trabajo reproductivo.

En este sentido, la información que proporciona la Encuesta Nacional de Salud es insuficiente para analizar el papel de la ayuda remunerada, dado que no es posible identificar aquellos hogares que cuentan con una persona remunerada para una parte del trabajo reproductivo. Del mismo modo, la información que se recoge sobre el cuidado se refiere únicamente a las personas que conviven en el hogar, de manera que sólo permite un abordaje parcial de esta variable, haciendo invisible el fenómeno del cuidado a personas con las que no hay convivencia.

Los resultados descartan que el reparto del trabajo reproductivo en las parejas de doble ingreso en España sea mayoritariamente asimétrico, siendo éste el modelo más frecuente para las mujeres de 50 y más años, las de clase social manual, las nacidas en el extranjero y las que tienen estudios secundarios de primera etapa o inferiores. Para los varones, el contrato igualitario es mayoritario en todas las categorías, excepto entre quienes tienen estudios primarios o inferiores.

Nuestro punto de partida implica la conceptualización del reparto del trabajo reproductivo en las parejas de doble ingreso como una manifestación de las relaciones de género jerarquizadas, asumiendo que el grado de desigualdad es variable en función de múltiples factores, desde las circunstancias relativas a las condiciones laborales al grado de interiorización de valores de género diferenciados.

Este planteamiento enlaza con la propuesta de Sara Velasco Arias (2008 y 2009), quien ha desarrollado una tipología de modelos de género que identifica los procesos psicosociales de género que influyen en la salud, a través de una vulnerabilidad

diferencial, dando lugar a resultados desiguales. Dejando al margen el modelo correspondiente a la pareja tradicional, la autora identifica 3 modelos de género vigentes en la sociedad occidental contemporánea: de transición, contemporáneo e igualitario, junto a los riesgos para la salud que se derivan de cada uno de estos modelos para mujeres y hombres, planteando que la pareja igualitaria aparece como el modelo protector en cuanto al género como determinante de la salud. En este sentido, la autora postula que "Las relaciones de género resultan de riesgo para mujeres y hombres cuando existen relaciones de poder, cuando objetalizan a uno de ambos, y de las contradicciones entre los ideales sociales y los personales, antiguos y nuevos. Por ello, las relaciones que permitan ganancia de autonomía, capacidad de realización personal y relaciones no dependientes e igualitarias, serán protectoras" (2009: p. 21).

Los resultados de este trabajo sugieren que un modelo de contrato de género igualitario puede actuar como factor protector para la salud tanto de las mujeres como de los varones, particularmente en las generaciones más jóvenes y en los estratos sociales más altos, donde cabe asumir un mayor grado de interiorización de los valores de igualdad de género.

Este trabajo puede contribuir al reconocimiento de la importancia del género como determinante de la salud, sumando argumentos frente al retroceso que se ha producido respecto a la integración del enfoque de género en la última encuesta nacional de salud en relación con la anterior.

Una de las líneas de investigación que puede dar continuidad a este trabajo es la relativa al análisis de la existencia de diferencias de género en la percepción sobre la distribución del trabajo reproductivo en la pareja y su posible asociación con un impacto diferencial en la salud.

5. CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES

1. En la literatura científica reciente sobre la relación entre el trabajo reproductivo y la salud existe una amplia variabilidad en la conceptualización y medición del trabajo reproductivo, así como en la definición de la población de estudio y las variables utilizadas para medir la salud. El trabajo reproductivo se mide mayoritariamente a través del tiempo dedicado a determinadas actividades y, en menor medida, de la identificación de la persona que asume la principal responsabilidad de determinadas tareas, siendo el abordaje menos frecuente el de la contribución de cada miembro de la pareja.

2. Las diferencias en las características metodológicas de los estudios limitan la comparabilidad de los resultados, si bien se han identificado ciertos patrones en torno a la relación entre aquéllas y éstos. Los resultados respecto al impacto del trabajo reproductivo en la salud difieren en función del constructo en la medición del trabajo reproductivo, la calidad de los estudios, la sensibilidad al género y la presencia o ausencia de la dimensión de la equidad.

3. Los estudios recientes publicados en revistas revisadas por pares que analizan la relación entre el trabajo reproductivo y la salud concluyen mayoritariamente que tiene un impacto negativo en la salud de la mujeres y no tiene impacto en la salud de los varones. La mayoría de los estudios son transversales, y en aquellos con un diseño longitudinal, que cabe considerar de mayor calidad, los resultados respecto a la asociación entre trabajo reproductivo y salud no son concluyentes.

4. Los resultados de la evidencia científica reciente sobre el impacto negativo del trabajo reproductivo en la salud de las mujeres son similares cuando se analiza el trabajo doméstico y cuando se incluye también el cuidado de menores, así como para la salud percibida y la salud mental. Para los varones, los resultados difieren según las variables dependientes utilizadas, de manera que no se observa impacto en el estado de salud frente a resultados heterogéneos para la salud mental.

5. El reparto del trabajo reproductivo en las parejas de doble ingreso en España responde mayoritariamente a un contrato de género igualitario. No obstante, existe un claro gradiente de edad y clase social, de manera que la probabilidad de establecer un contrato igualitario es menor a medida que aumenta la edad, y es mayor a medida que el nivel de estudios y la clase social ocupacional son más elevados.

6. La distribución de los modelos de contrato de género es desigual en función del sexo de la persona que proporciona la información sobre el reparto del trabajo reproductivo en la pareja. Cuando el informante es un varón, el contrato igualitario es más frecuente que si la información procede de una mujer.

7. El impacto del contrato de género en la salud no difiere para mujeres y varones. El contrato de género asimétrico aparece como un factor de riesgo para la salud tanto de mujeres -excepto en las de 45 y más años- como de varones, con un efecto más intenso para ellos, si bien en los modelos multivariantes desaparece la significación estadística para la mayoría de los estratos.

8. La relación entre el contrato de género y la salud es similar para la variable de estado de salud percibido y la de salud mental tal como se miden en la Encuesta Nacional de Salud.

6. ANEXOS

6. ANEXOS

6.1. Anexo 1. Búsquedas en bases de datos electrónicas

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Fecha de búsqueda	Resultados
Scopus	(TITLE-ABS-KEY(health OR well-being OR "quality of life" OR distress) AND TITLE-ABS-KEY("reproductive work" OR housework OR "domestic work" OR "care work" OR "family work" OR "unpaid work" OR childcare OR "household chores" OR "domestic chores" OR "family chores") AND TITLE-ABS-KEY(gender)) AND PUBYEAR > 1999 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO(LANGUAGE,"Spanish")) AND (EXCLUDE(PUBYEAR,2016))	9/05/2016	571
Web of Science	TS=(health OR well-being OR "quality of life" OR distress) AND TS=("reproductive work" OR housework OR "domestic work" OR "care work" OR "family work" OR unpaid work OR childcare OR "household chores" OR "domestic chores" OR "family chores") AND TS=(gender) Refinado por: Idiomas: (ENGLISH OR SPANISH) AND Bases de datos: (WOS OR MEDLINE OR SCIELO) Período de tiempo: 2000-2015. Idioma de búsqueda=Auto	9/05/2016	653
ProQuest Central	all(health OR well-being OR "quality of life" OR distress) AND all(gender) AND all("reproductive work" OR housework OR "domestic work" OR "care work" OR "family work" OR "unpaid work" OR childcare OR "household chores" OR "domestic chores" OR "family chores") Límites adicionales: Evaluado por expertos; Fecha: Desde January 01 2000 hasta December 31 2015; Idioma: Inglés OR Español	9/05/2016	365
Academic Search Premier	TI (((health OR well-being OR "quality of life" OR distress) AND ("reproductive work" OR housework OR "domestic work" OR "care work" OR "family work" OR “unpaid work” OR childcare OR "household chores" OR "domestic chores" OR "family chores") AND gender)) OR AB (((health OR well-being OR "quality of life" OR distress) AND ("reproductive work" OR housework OR "domestic work" OR "care work" OR "family work" OR “unpaid work” OR childcare OR "household chores" OR "domestic chores" OR "family chores") AND gender)) OR SU (((health OR well-being OR "quality of life" OR distress) AND ("reproductive work" OR housework OR "domestic work" OR "care work" OR "family work" OR “unpaid work” OR childcare OR "household chores" OR "domestic chores" OR "family chores") AND gender)) Limitadores: Publicaciones académicas (arbitradas); Fecha de publicación: 20000101-20151231. Idioma: english, spanish. [via EBSCOhost: 1.061]	13/05/2016	333
Econlit			-
ERIC			72
Gender Studies			166
PsycINFO			333
SocINDEX			157

6.2. Anexo 2: Referencias de los artículos revisados a texto completo

a) Resultados de la *búsqueda* en bases de datos (130)

1. Ádám, S., Győrffy, Z. & Susánszky, É., 2008. Physician burnout in Hungary: A potential role for work-family conflict. *Journal of Health Psychology*, 13(7), pp.847–856.
2. Álvarez, B. & Miles-Touya, D., 2015. Time Allocation and Women's Life Satisfaction: Evidence from Spain. *Social Indicators Research*, DOI: 10.1007/s11205-015-1159-3.
3. Arcas, M.M., Novoa, A.M. & Artazcoz, L., 2013. Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers. *European Journal of Public Health*, 23(5), pp.883–888.
4. Arends-Tóth, J. & van de Vijver, F.J.R., 2007. Cultural and Gender Differences in Gender-Role Beliefs, Sharing Household Task and Child-Care Responsibilities, and Well-Being Among Immigrants and Majority Members in The Netherlands. *Sex Roles*, 57(11/12), p.813.
5. Artacoz, L., Cortés, I., Borrell, C., Escribà-Agüir, V. & Cascant, L., 2007. Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behavior. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 33(5), pp.344–350.
6. Artazcoz, L., Borrell, C., Rohlfs, I. Beni, C., Moncada, A. & Benach J., 2001. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gaceta Sanitaria* 15(2), pp.150–153.
7. Artazcoz, L., Moya, C., Vanaclocha, H. & Pont, P., 2004. La salud de las personas adultas. *Gaceta Sanitaria* 18 (Supl 1), pp.56–68.
8. Artazcoz, L., Cortés, I., Puig-Barrachina, V., G. Benavides, F., Escribà-Agüir, V. & Borrell, C., 2014. Combining employment and family in Europe: the role of family policies in health. *European Journal of Public Health*, 24(4), pp.649–55.
9. Asztalos, M., Wijndaele, K., De Bourdeaudhuij, I., Philippaerts, R., Matton, L., Duvigneaud, N. et al., 2009. Specific associations between types of physical activity and components of mental health. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12(4), pp.468–474.
10. Aycan, Z. & Eskin, M., 2005. Relative contributions of childcare, spousal support, and organizational support in reducing work-family conflict for men and women: The case of Turkey. *Sex Roles*, 53(7-8), pp.453–471.
11. Barrett, A.E., 2005. Gendered experiences in midlife: Implications for age identity. *Journal of Aging Studies*, 19(2), pp.163–183.
12. Beaujot, R. & Andersen, R., 2007. Time-crunch: Impact of time spent in paid and unpaid work, and its division in families. *Canadian Journal of Sociology*, 32(3), pp.295–315.
13. Bekker, M.H.J., Croon, M.A. & Bressers, B., 2005. Childcare involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absence. *Work and Stress*, 19(3), pp.221–237.
14. Berntsson, L., Lundberg, U. & Krantz, G., 2006. Gender differences in work-home interplay and symptom perception among Swedish white-collar employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(12), pp.1070–1076.
15. Beutell, N.J. & Schneer, J.A., 2014. Work-family conflict and synergy among Hispanics. *Journal of Managerial Psychology*, 29(6), pp.705–735.
16. Bjørnholt, M., 2009. Norwegian work-sharing couples project 30 years later. *Equal Opportunities International*, 28(4), pp.304–323.
17. Bø, I., 2008. Equal gender opportunity: Couples in the gap between principles and practice. *Community, Work and Family*, 11(4), pp.439–455.

18. Boye, K., 2010. Time Spent Working. *European Societies*, 12(3), pp.419–442.

19. Boye, K., 2011. Work and Well-being in a Comparative Perspective--The Role of Family Policy. *European Sociological Review*, 27(1), pp.16–30.

20. Boye, K., 2009. Relatively different? How do gender differences in well-being depend on paid and unpaid work in Europe? *Social Indicators Research*, 93(3), pp.509–525.

21. Brockwood, K.J., Hammer, L., Neal, M.B. & Colton, C.L., 2001. Effects of Accommodations Made at Home and at Work on Wives' and Husbands' Family and Job Satisfaction. *Journal of Feminist Family Therapy*, 13(2/3), pp.41–64.

22. Brough, P. & Kelling, A., 2002. Women, work & well-being: The influence of work-family and family-work conflict. *New Zealand Journal of Psychology*, 31(1), pp.29–38.

23. Cezar-Vaz, M.R., Bonow, C.A. & Santos da Silva, M.R., 2015. Mental and Physical Symptoms of Female Rural Workers: Relation between Household and Rural Work. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), pp.11037–11049.

24. Cifre Gallego, E., Agut Nieto, S. & Salanova Soria, M., 2000. Demandas y características del trabajo como predictores de la salud mental en el trabajo en función del sexo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(3), pp.243–258.

25. Claffey, S.T. & Mickelson, K.D., 2009. Division of Household Labor and Distress: The Role of Perceived Fairness for Employed Mothers. *Sex Roles*, 60(11-12), pp.819–831.

26. Connelly, R. & Kimmel, J., 2015. If You're Happy and You Know It: How Do Mothers and Fathers in the US Really Feel about Caring for Their Children? *Feminist Economics*, 21(1), pp.1–34.

27. Cunningham, A.M. & Knoester, C., 2007. Marital status, gender, and parents 'psychological well-being. *Sociological Inquiry*, 77(2), pp.264–287.

28. Dahlberg, R. et al., 2007. Educational background: Different processes and consequences on health and physical and mental exposures among women and men. *Work*, 28(1), pp.57–66.

29. Delgado, A. et al., 2013. Familial characteristics and self-perceived health among female and male primary care physicians in Andalusia (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 27(6), pp.508–515.

30. Della Giusta, M., Jewell, S.L. & Kambhampati, U.S., 2011. Gender and life satisfaction in the UK. *Feminist Economics*, 17(3), pp.1–34.

31. DeMaris, A., 2010. The 20-year trajectory of marital quality in enduring marriages: Does equity matter? *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(4), pp.449–471.

32. Demerouti, E., Bakker, A.B. & Schaufeli, W.B., 2005. Spillover and Crossover of Exhaustion and Life Satisfaction among Dual-Earner Parents. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), pp.266–289.

33. Dereuddre, R. et al., 2014. Gender specific effects of financial and housework contributions on depression: A multi-actor study among three household types in Belgium. *Health Sociology Review*, 23(2), pp.78–90.

34. Eek, F. & Axmon, A., 2015. Gender inequality at home is associated with poorer health for women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(2), pp.176–182.

35. Emslie, C. et al., 2002. Gender differences in mental health: Evidence from three organisations. *Social Science and Medicine*, 54(4), pp.621–624.

36. Emslie, C., Hunt, K. & Macintyre, S., 2004. Gender, Work-Home Conflict, and Morbidity Amongst White-Collar Bank Employees in the United Kingdom. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(3), pp.127–134.

37. Eriksson, J. et al., 2007. Early inequalities in excellent health and performance among young adult women and men in Sweden. *Gender Medicine*, 4(2), pp.170–182.

38. Escribà-Agüir, V. & Tenías-burillo, J.M., 2004. Psychological well-being among hospital personnel: the role of family demands and psychosocial work environment. *International Archives of Occupational & Environmental Health*, 77(6), pp.401–408.

39. Evandrou, M. & Glaser, K., 2004. Family, work and quality of life: changing economic and social roles through the lifecourse. *Ageing and Society*, 24, pp.771–791.

40. Fein, E.C. & Skinner, N., 2015. Clarifying the effect of work hours on health through work-life conflict. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 53(4), pp.448–470.

41. Fischer, J.L., Zvonkovic, A., Juergens, C., Engler, R. & Frederick, H., 2015. Work, family, and well-being at midlife: A person-centered approach. *Journal of Family Issues*, 36(1), pp.56–86.

42. Fjell, Y., Alexanderson, K., Nordenmark, M. & Bildt, C., 2008. Perceived physical strain in paid and unpaid work and the work-home interface: The associations with musculoskeletal pain and fatigue among public employees. *Women and Health*, 47(1), pp.21–44.

43. Fokkema, T., 2002. Combining a job and children: Contrasting the health of married and divorced women in the Netherlands? *Social Science and Medicine*, 54(5), pp.741–752.

44. Frech, A. & Damaske, S., 2012. The Relationships between Mothers' Work Pathways and Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(4), pp.396–412.

45. Galovan, A.M. Holmes, E.K., Schramm, David G. & Lee, T.R., 2014. Father Involvement, Father-Child Relationship Quality, and Satisfaction With Family Work: Actor and Partner Influences on Marital Quality. *Journal of Family Issues*, 35(13), pp.1846–1867.

46. Gjerdingen, D., McGovern, P., Bekker, M., Lundberg, U. & Willemsen, T., 2000. Women's work roles and their impact on health, well-being, and career: Comparisons between the United States, Sweden, and the Netherlands. *Women and Health*, 31(4), pp.1–20.

47. Goldberg, A.E. & Perry-Jenkins, M., 2004. Division of Labor and Working-Class Women's Well-Being Across the Transition to Parenthood. *Journal of Family Psychology*, 18(1), pp.225–236.

48. Grote, N.K., Clark, M.S. & Moore, A., 2004. Perceptions of injustice in family work: The role of psychological distress. *Journal of Family Psychology*, 18(3), pp.480–492.

49. Gutiérrez Vera, A. & Artazcoz, L., 2012. Diferencias de género en la relación entre los largos horarios de trabajo y la salud en Catalunya. *Archivos de Prevencion de Riesgos Laborales*, 15(3), pp.129–135.

50. Haar, J.M. Russo, M., Suñe, A. & Ollier-Malaterre, A., 2014. Outcomes of work–life balance on job satisfaction, life satisfaction and mental health: A study across seven cultures. *Journal of Vocational Behavior*, 85(3), pp.361–373.

51. Hakanen, J.J., Peeters, M.C.W. & Perhoniemi, R., 2011. Enrichment processes and gain spirals at work and at home: A 3-year cross-lagged panel study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(1), pp.8–30.

52. Hammarström, A. & Phillips, S., 2012. Gender inequity needs to be regarded as a social determinant of depressive symptoms: Results from the Northern Swedish cohort. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), pp.746–752.

53. Håkansson, C. & Ahlborg, G., 2010. Perceptions of employment, domestic work, and leisure as predictors of health among women and men. *Journal of Occupational Science*, 17(3), pp.150–157.

54. Härenstam, A. & Bejerot, E., 2001. Combining professional work with family responsibilities - A burden or a blessing? *International Journal of Social Welfare*, 10(3), pp.202–214.

55. Harryson, L., Novo, M. & Hammarström, A., 2012. Is gender inequality in the domestic sphere associated with psychological distress among women and men? Results from the Northern Swedish Cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(3), pp.271–276.

56. Harryson, L., Strandh, M. & Hammarström, A., 2012. Domestic work and psychological distress-what is the importance of relative socioeconomic position and gender inequality in the couple relationship? *PLoS ONE*, 7(6), pp.1–7.

57. Helms-Erikson, H., Tanner, J.L. Crouter, A.C. & McHale, S.M., 2000. Do women's provider-role attitudes moderate the links between work and family? *Journal of Family Psychology*, 14(4), pp.658–670.

58. Hewitt, B., Baxter, J. & Western, M., 2006. Family, work and health: The impact of marriage, parenthood and employment on self-reported health of Australian men and women. *Journal of Sociology*, 42(1), pp.61–78.

59. Holter, Ø.G.G., 2009. Men, gender and health 2009—The Norwegian view. *Journal of Men's Health*, 6(2), pp.101–104.

60. Ibrahim, S.A., Scott, F.E., Cole, D.C., Shannon, H.S. & Eyles, J., 2001. Job strain and self-reported health among working women and men: An analysis of the 1994/5 Canadian National Population Health Survey. *Women & Health*, 33(1-2), pp.105–124.

61. Jang, S.J., Zippay, A. & Park, R., 2012. Family Roles as Moderators of the Relationship Between Schedule Flexibility and Stress. *Journal of Marriage and Family*, 74(4), pp.897–912.

62. Kafetsios, K., 2007. Work-family conflict and its relationship with job satisfaction and psychological distress: The role of affect at work and gender. *Hellenic Journal of Psychology*, 4(1), pp.15–35.

63. Kalmijn, M. & Monden, C.W.S., 2012. The division of labor and depressive symptoms at the couple level. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(3), pp.358–374.

64. Kanjuo, A.M. & Ignjatović, M., 2013. *Women, Work and Health*. Zdravstveno Varstvo, 52(2), pp.137–147.

65. Kinnunen, U., Geurts, S. & Mauno, S., 2004. Work-to-family conflict and its relationship with satisfaction and well-being: A one-year longitudinal study on gender differences. *Work & Stress*, 18(1), pp.1–22.

66. Krantz, G., Berntsson, L. & Lundberg, U., 2005. Total workload, work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees. *European Journal of Public Health*, 15(2), pp.209–214.

67. Kroska, A., 2009. Exploring the Consequences of Gender Ideology–Work Discrepancies. *Sex Roles*, 60(5-6), pp.313–328.

68. Lee, C. & Powers, J.R., 2002. Number of social roles, health, and well-being in three generations of Australian women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9(3), pp.195–215.

69. Lee, Y.-S. & Waite, L.J., 2010. How Appreciated do wives feel for the housework they do?. *Social Science Quarterly*, 91(2), pp.476–492.

70. Leineweber, C. Baltzer, M., Magnusson Hanson. L.L. & Westerlund, H., 2013. Work–family conflict and health in Swedish working women and men: a 2-year prospective analysis (the SLOSH study). *European Journal of Public Health*, 23(4), pp.710–716.

71. Lindfors, P., Berntsson, L. & Lundberg, U., 2006. Total workload as related to psychological well-being and symptoms in full-time employed female and male white-collar workers. International *Journal of Behavioral Medicine*, 13(2), pp.131–137.

72. MacDonald, M., Phipps, S. & Lethbridge, L., 2005. Taking its toll: The influence of paid and unpaid work on women's well-being. *Feminist Economics*, 11(1), pp.63–94.

73. Malmusi, D., Vives, A., Benach, J. & Borrell, C., 2014. Gender inequalities in health: exploring the contribution of living conditions in the intersection of social class. *Global Health Action*, 7(1), pp.1–9.

74. Månsdotter, A., Lindholm, L., Lundberg, M., Winkvist, A. & Öhman, A., 2006. Parental share in public and domestic spheres: a population study on gender equality, death, and sickness. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(7), pp.616–20.

75. Månsdotter, A., Nordenmark, M. & Hammarström, A., 2012. The importance of childhood and adulthood aspects of gendered life for adult mental ill-health symptoms--a 27-year follow-up of the Northern Swedish Cohort. *BMC Public Health*, 12(1), p.493.

76. Matthews, S., Power, C. & Stansfeld, S.A., 2001. Psychological distress and work and home roles: a focus on socio-economic differences in distress. *Psychological Medicine*, 31(4), pp.725–736.

77. Matthews, S. & Power, C., 2002. Socio-economic gradients in psychological distress: A focus on women, social roles and work-home characteristics. *Social Science and Medicine*, 54(5), pp.799–810.

78. Matud, M.P., Bethencourt, J.M. & Ibáñez, I., 2015. Gender differences in psychological distress in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(6), pp.560–568.

79. Mc Carthy, V.J.C., Perry, I.J. & Greiner, B.A., 2013. Has your work worked you too hard? Physically demanding work and disability in a sample of the older Irish population. *Irish Journal of Medical Science*, 182(1), pp.47–55.

80. McDonough, P., Walters, V. & Strohschein, L., 2002. Chronic stress and the social patterning of women's health in Canada. *Social Science & Medicine*, 54(5), pp.767–782.

81. McMunn, A., Bartley, M. & Kuh, D., 2006. Women's health in mid-life: Life course social roles and agency as quality. *Social Science & Medicine*, 63(6), pp.1561–1572.

82. Melberg, K., 2006. Family Well-Being Between Work, Care and Welfare Politics: The Case of Norway. *Marriage & Family Review*, 39(3-4), pp.337–358.

83. Mellner, C., Krantz, G. & Lundberg, U., 2006. Symptom reporting and self-rated health among women in mid-life: The role of work characteristics and family responsibilities. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(1), pp.1–7.

84. Mencarini, L. & Sironi, M., 2012. Happiness, housework and gender inequality in Europe. *European Sociological Review*, 28(2), pp.203–219.

85. Milkie, M.A., Bianchi, S.M., Mattingly, M.J. & Robinson, J.P., 2002. Gendered division of childrearing: Ideals, realities, and the relationship to parental well-being. *Sex Roles*, 47(1-2), pp.21–38.

86. Milkie, M.A., Kendig, S.M., Nomaguchi, K.M. & Denny, K.E., 2010. Time With Children, Children's Well-Being, and Work-Family Balance Among Employed Parents. *Journal of Marriage and Family*, 72(5), pp.1329–1343.

87. Moen, P. & Yu, Y., 2000. Effective work/life strategies: Working couples, work conditions, gender, and life quality. *Social Problems*, 47(3), pp.291–326.

88. Moen, P. & Chermack, K., 2005. Gender disparities in health: Strategic selection, careers, and cycles of control. Journals of Gerontology, 60B(Spec. Iss. II), pp.99–108.

89. Molarius, A., Granström, F., Lindén-Boström, M. & Elo, S., 2014. Domestic work and self-rated health among women and men aged 25-64 years: results from a population-based survey in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health,* 42(1), pp.52–9.

90. Moreno López, A.B., Ballesta Ruiz, M., Salmerón Martínez, D., Navarro Sánchez, C. & Tormo Díaz, M.J., 2013. Influence of double workload in perceived health and health services utilization of immigrants and Murcian natives, Spain. *Revista Española de Salud Pública*, 87(4), pp.351–366.

91. Muhammad, A. & Gagnon, A., 2010. Why should men and women marry and have children? Parenthood, marital status and self-perceived stress among Canadians. *Journal of Health Psychology*, 15(3), pp.315–25.

92. Musshauser, D., Bader, A., Wildt, B. & Hochleitner, M., 2006. The impact of sociodemographic factors vs. gender roles on female hospital workers' health: Do we need to shift emphasis? *Journal of Occupational Health*, 48(5), pp.383–391.

93. Nomaguchi, K.M., Milkie, M.A. & Bianchi, S.M.B., 2005. Time Strains and Psychological Well-Being: Do Dual-Earner Mothers and Fathers Differ? *Journal of Family Issues*, 26(6), pp.756–792.

94. Offer, S., 2014. Time with children and employed parents' emotional well-being. *Social Science Research*, 47, pp.192–203.

95. Offer, S., 2014. The Costs of Thinking About Work and Family: Mental Labor, Work-Family Spillover, and Gender Inequality Among Parents in Dual-Earner Families. *Sociological Forum*, 29(4), pp.916–936.

96. Offer, S. & Schneider, B., 2011. Revisiting the gender gap in time-use patterns: Multitasking and well-being among mothers and fathers in dual-earner families. *American Sociological Review*, 76(6), pp.809–833.

97. Olsson, M.B. & Hwang, C.P., 2006. Well-being, involvement in paid work and division of child-care in parents of children with intellectual disabilities in Sweden. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), pp.963–969.

98. Parasuraman, S. & Simmers, C., 2001. Type of employment, work–family conflict and well-being: A comparative study. *Journal of Organizational Behavior*, 22(5), pp.551–568.

99. Pavalko, E.K. & Woodbury, S., 2000. Social roles as process: Caregiving careers and women's health. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), pp.91–105.

100. Pedersen, D.E., Minnotte, K.L., Mannon, S.E. & Kiger, G., 2011. Exploring the relationship between types of family work and marital well-being. *Sociological Spectrum*, 31(3), pp.288–315.

101. Phelps, C.D., 2001. A Clue to the Paradox of Happiness. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 45(3), pp.293–300.

102. Phipps, S., Burton, P. & Osberg, L., 2001. Time as a source of inequality within marriage: Are husbands more satisfied with time for themselves than wives? *Feminist Economics*, 7(2), pp.1–21.

103. Regidor, E., Pascual, C., de la Fuente, L., Santos, J.M., Astasio, P. & Ortega, P., 2011. Socio-economic position, family demands and reported health in working men and women. *European Journal of Public Health*, 21(1), pp.109–115.

104. Reid, C. & LeDrew, R. A., 2013. The Burden of Being "Employable": Underpaid and Unpaid Work and Women's Health. *Affilia- Journal of Women and Social Work*, 28(1), pp.79–93.

105. Rotenberg, L.L., Harter Griep, R., Pessanha, J., Gomex, L., Fernades Portela, L. & Mendes Fonseca, M.J., 2010. Housework and recovery from work among nursing teams: a gender perspective. *New Solutions- Journal of Environmental and Occupational Health Policy* 20(4), pp.497–510.

106. Roxburgh, S., 2004. "There just aren"t enough hours in the day': The mental health consequences of time pressure. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(2), pp.115–131.

107. Ruiz-Pérez, I., Ricci-Cabello, I., Plazaola-Castaño, J. Montero-Piñar, M.I., & Escribá-Agüir, V., 2011. The relationship between reproductive work and sociodemographic and psychosocial factors in regard to psychological distress in men and women in Spain. *Prevention Science* 12(4), pp.423–34.

108. Savolainen, J., Lahelma, E., Silventionen, K. & Gauthier, A.H., 2001. Parenthood and psychological well-being in Finland: Does public policy make a difference? *Journal of Comparative Family Studies*, 32(1), pp.61–74.

109. Saxbe, D.E., Repetti, R.L. & Graesch, A.P., 2011. Time Spent in Housework and Leisure: Links With Parents' Physiological Recovery From Work. *Journal of Family Psychology*, 25(2), pp.271–281.

110. Schnittker, J., 2007. Working more and feeling better: Women's health, employment, and family life, 1974-2004. *American Sociological Review*, 72(2), pp.221–238.

111. Sperlich, S. & Geyer, S., 2015. The impact of social and family-related factors on women's stress experience in household and family work. *International Journal of Public Health*, 63(3), pp.375–387.

112. Sperlich, S. & Geyer, S., 2015. The mediating effect of effort-reward imbalance in household and family work on the relationship between education and women's health. *Social Science & Medicine,* 131, pp.58–65.

113. Sperlich, S., Peter, R. & Geyer, S., 2012. Applying the effort-reward imbalance model to household and family work: A population-based study of German mothers. *BMC Public Health*, 12(1), p.12.

114. Springer, K.W., 2010. Do wives' work hours hurt husbands' health? Reassessing the care work deficit thesis. *Social Science Research*, 39(5), pp.801–813.

115. Staland-Nyman, C., Alexanderson, K. & Hensing, G., 2008. Associations between strain in domestic work and self-rated health: A study of employed women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(1), pp.21–27.

116. Stenlund, T., Ahlgren, C., Lindahl, B., Burell, G., Knutsson, A., Stegmayr, B. and Birgander, L.S., 2007. Patients with burnout in relation to gender and a general population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(5), pp.516–523.

117. Stolzenberg, R.M., 2001. It's about Time and Gender: Spousal Employment and Health1. *American Journal of Sociology*, 107(1), pp.61–100.

118. Strazdins, L. & Broom, D.H., 2004. Acts of Love (and Work): Gender Imbalance in Emotional Work and Women's Psychological Distress. *Journal of Family Issues*, 25(3), pp.356–378.

119. Sweeting, H., Bhaskar, A., Benzeval, M., Popham, F. & Hunt, K., 2013. Changing gender roles and attitudes and their implications for well-being around the new millennium. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(5), pp.1–19.

120. Symoens, S. & Bracke, P., 2015. Work-family conflict and mental health in newlywed and recently cohabiting couples: A couple perspective. *Health Sociology Review*, 24(1), pp.48–63.

121. Tao, W., Janzen, B.L. & Abonyi, S., 2010. Gender, division of unpaid family work and psychological distress in dual-earner families. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 6(1), pp.36–46.

122. Töyry, S., Kalimo, R., Äärimaa, M., Juntunen, J., Seuri, M & Räsänen, K., 2004. Children and work-related stress among physicians. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 20(4), pp.213–221.

123. Treas, J., van der Lippe, T. & Tai, T.C., 2011. The Happy Homemaker? Married Women's Well-Being in Cross-National Perspective. *Social Forces*, 90(1), pp.111–132.

124. Treloar, R. & Funk, L., 2008. Mothers' Health, Responsibilization and Choice in Family Care Work after Separation/Divorce. *Canadian Journal of Public Health* 99, pp.S33–S37.

125. Vaananen, A., Kevin, M.V., Ala-Mursula, L., Pentti, J., Kivimäki, M. & Vahtera, J., 2004. The double burden of and negative spillover between paid and domestic work: Associations with health among men and women. *Women & Health*, 40(3), pp.1–18.

126. van Veldhoven, M.J.P.M. & Beijer, S.E., 2012. Workload, work-to-family conflict, and health: Gender differences and the influence of private life context. *Journal of Social Issues*, 68(4), pp.665–683.

127. Walters, V., McDonough, P. & Strohschein, L., 2002. The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Social Science & Medicine*, 54(5), pp.677–692.

128. Wepfer, A.G., Brauchli, R., Jenny, G.J., Hämmig, O. & Bauer, G.F., 2015. The experience of work-life balance across family-life stages in Switzerland: a cross-sectional questionnaire-based study. *BMC Public Health*, 15(1), pp.1–11.

129. Williams, K. & Umberson, D., 2004. Marital status, marital transitions, and health: A gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(1), pp.81–98.

130. Zimmerman, T.S., 2000. Marital Equality and Satisfaction in Stay-At-Home Mother and Stay-At-Home Father Families. *Contemporary Family Therapy*, 22(3), pp.337–354.

b) Resultados de la búsqueda manual (31)

1. Artazcoz, L., Borrell, C., Rohlfs, I., Beni, C., Moncada, A. & Benach, J., 2001. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gaceta Sanitaria*, 15(2), pp.150–153.

2. Artazcoz, L., Borrell, C. & Benach, J., 2001. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, pp.639–647.

3. Artazcoz, L., Artieda, L., Borrell, C., Cortés, I., Benach, J. & García, V., 2004a. Combining job and family demands and being healthy. *European Journal of Public Health*, 14(1), pp.43–48.

4. Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J., Cortès, I. & Rohlfs, I., 2004b. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Social Science & Medicine*, 59(2), pp.263–274.

5. Bekker, M.H.J., de Jong, P.F., Zijlstra, F.R.H. & van Landeghem, B.A.J., 2000. Combining Care and Work: Health and Stress Effects in Male and Female Academics. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7(1), pp.28–43.

6. Blane, D., Berney, L. & Montgomery, S.., 2001. Domestic labour, paid employment and women's health: analysis of life course data. *Social Science & Medicine*, 52(6), pp.959–965.

7. Borrell, C., Muntaner, C., Benach, J. & Artazcoz, L., 2004. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Social Science & Medicine*, 58(10), pp.1869–1887.

8. Chandola, T., 2004. Does conflict between home and work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan, and the UK. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), pp.884–893.

9. Denton, M., Prus, S. & Walters, V., 2004. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58(12), pp.2585–2600.

10. Emslie, C., Hunt, K. & Macintyre, S., 2004. Gender, Work–Home Conflict, and Morbidity Amongst White-Collar Bank Employees in the United Kingdom. *International Journal for Equity in Health,* 11(3), pp.127–134.

11. Evans, O. & Steptoe, A., 2002. The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male- and female-dominated occupational groups. *Social Science & Medicine*, 54(4), pp.481–492.

12. Fernández, E., Schiaffino, A. & Martí, M., 2000. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Gaceta Sanitaria*, 14(4), pp.287–290.

13. Gareis, K.C., Barnett, R.C., Ertel, K.A. & Berkman, L.F., 2009. Work-family enrichment and conflict: Additive effects, buffering, or balance? *Journal of Marriage and Family*, 71(3), pp.696–707.

14. Griffin, J.M., Fuhrer, R., Stansfeld, S.A. & Marmot, M., 2002. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Social Science & Medicine*, 54(5), pp.783–798.

15. Grönlund, A. & Öun, I., 2010. Rethinking work-family conflict: dual-earner policies, role conflict and role expansion in Western Europe. *Journal of European Social Policy*, 20(3), pp.179–195.

16. Huppert, F.A., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vittersø, J. & Wahrendorf, M., 2009. Measuring Well-being Across Europe: Description of the ESS Well-being Module and Preliminary Findings. *Social Indicators Research*, 91(3), pp.301–315.

17. Janzen, B. & Muhajarine, N., 2003. Social role occupancy, gender, income adequacy, life stage and health: a longitudinal study of employed Canadian men and women. *Social Science & Medicine,* 57(8), pp.1491–1503.

18. Khlat, M., Sermet, C. & Le Pape, A., 2000. Women's health in relation with their family and work roles: France in the early 1990s. *Social Science & Medicine*, 50(12), pp.1807–1825.

19. Krantz, G., 2001. Double exposure: The combined impact of domestic responsibilities and job strain on common symptoms in employed Swedish women. *The European Journal of Public Health*, 11(4), pp.413–419.

20. Lahelma, E., Arber, S., Kivelä, K. & Roos, E., 2002. Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Social Science & Medicine*, 54(5), pp.727–740.

21. Martire, L.M., Stephens, M.A.P. & Townsend, A.L., 2000. Generality of Women's Multiple Roles: Beneficial and Detrimental Consequences for Psychological Well-Being. *Psychology and Aging*, 15(1), pp.148–156.

22. Nordenmark, M., 2002. Multiple Social Roles — a Resource or a Burden: Is it Possible for Men and Women to Combine Paid Work with Family Life in a Satisfactory Way? *Gender, Work and Organization*, 9(2), pp.125-145.

23. Phillips, S.P., 2008. Measuring the health effects of gender. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(4), pp.368–371.

24. Plaisier, I., Beekmanb, A.T.F., de Bruijna, J.G.M., de Graafd, R. ten Haved, M., Smitb, J.H., van Dyck, R. & Penninx, B.W.J.H., 2008. The effect of social roles on mental health: A matter of quantity or quality? *Journal of Affective Disorders*, 111(2–3), pp.261–270.

25. Read, S. & Grundy, E., 2011. Mental health among older married couples: the role of gender and family life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(4), pp.331–341.

26. Sachs-Ericsson, N. & Ciarlo, J.A., 2000. Gender, Social Roles, and Mental Health: An Epidemiological Perspective. *Sex Roles*, 43(9/10), pp.605-628.

27. Šikić-Mićanović, L., 2011. The Meanings and Experiences of Domestic Labour among Rural Women in Croatia. *Eastern European Countryside*, 17(1), 87-106.

28. van der Lippe, T., Jager, A. & Kops, Y., 2006. Combination Pressure: The Paid Work-Family Balance of Men and Women in European Countries. *Acta Sociologica*, 49(3), pp.303–319.

29. Voydanoff, P., 2002. Linkages Between the Work-family Interface and Work, Family, and Individual outcomes. *Journal of Family Issues*, 23(1), pp.138–164.

30. Warner-Smith, P. & Mishra, G., 2002. "Happy hours": women's well-being and their satisfaction with hours of paid work. *Health Sociology Review*, 11(1&2), pp.39–48.

31. Weich, S., Sloggett, A. & Lewis, G., 2001. Social roles and the gender difference in rates of the common mental disorders in Britain: a 7-year population-based cohort study. *Psychological Medicine*, 31, pp.1055–1064.

7. BIBLIOGRAFÍA

7. BIBLIOGRAFÍA

Aboim, S., 2010. Gender cultures and the division of labour in contemporary Europe: a cross-national perspective. *The Sociological Review* 58(2): 171-96.

Acheson, D. (chairman), 1998. Independent Inquiry into Inequalities in Health - Report. Londres: The Stationery Office.

Alberdi, I., 2004. Cambios en los roles familiares y domésticos. *Arbor* 702: 231-62.

Alberdi, I., Escario, P. & Matas, N., 2000. *Las mujeres jóvenes en España.* Barcelona: Fundación La Caixa.

Alvaro Page, M., 1996. *Los usos del tiempo como indicadores de la discriminación entre géneros*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Arber, S., 1997. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Social Science & Medicine* 44(6): 773-87.

Arcas, M.M., Novoa, A.M. & Artazcoz, L., 2013. Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers. *European Journal of Public Health* 23 (5): 883-8.

Artazcoz, L., 2002. Salud y género. *Documentación Social* 127: 181-205.

Artazcoz, L., 2007. Trabajo y salud desde una perspectiva combinada de género y clase social. *Inguruak* 44: 215-28.

Artazcoz, L., Artieda, L., Borrell, C., Cortès, I., Benach, J. & García V., 2004. Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women? *European Journal of Public Health* 14(1): 43-8.

Artazcoz, L., Borrell, C. & Benach, J., 2001. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *Journal of Epidemiology & Community Health* 55(9): 639-47.

Artazcoz, L., Borrell, C., Rohlfs, I., Beni, C., Moncada, A. & Benach, J., 2001. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gaceta Sanitaria* 15(2): 150-3.

Artazcoz, L. , Cortès, I., Moncada, S., Rohlfs, I. & Borrell, C., 1999. Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud. *Gaceta Sanitaria* 13:201-7.

Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V. & Cortès I., 2004. Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria* 18(2): 24-35.

Artazcoz, L., Artieda, L., Borrell, C., Cortés, I., Benach, J. & García, V., 2004. Combining job and family demands and being healthy. European Journal of Public Health, 14(1), pp.43-48.

Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J., Cortès, I. & Rohlfs, I., 2004. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Social Science & Medicine* 59(2): 263-74.

Artazcoz, L., Moya, C., Vanacloch, H. & Pont, P., 2004. La salud de las personas adultas. *Gaceta Sanitaria* 18(Supl 1): 56-68.

Artazcoz, L., Cortès, I., Borrell, C., Escribà-Agüir, V. & Cascant, L., 2011. Social Inequalities in the Association between Partner/marital Status and Health among Workers in Spain. *Social Science & Medicine* 72 (4):600-7.

Bacigalupe, A., Martín, U. & Larrañaga, I., 2007. Las desigualdades sociales en salud: explicaciones y debates en torno a su origen y reproducción. *Inguruak* 44: 11-23.

Backhans, M.C., Burström, B., Lindholm, L. & Månsdotter, A., 2009. Pioneers and laggards - Is the effect of gender equality on health dependent on context?. *Social Science & Medicine* 68: 1388-95.

Balcells i Ventura, L., 2009. Analyzing the division of household labor within Spanish families. *Revista Internacional de Sociología* 67(1): 83-105.

Bartlett, E.E., 2004. The effects of fatherhood on the health of men: a review of the literature. *Journal of Men's Health and Gender* 1: 159-69.

Baxter, J., Hewitt, B. & Haynes, M., 2008. Life Course Transitions and Housework: Marriage, Parenthood, and Time on Housework. *Journal of Marriage and Family* 70: 259-72.

Baxter, J., 2000. The Joys and Justice of Housework. *Sociology* 34: 609-31.

Baum, F. & Harris, L., 2006. Equity and the social determinants of health. *Health Promotion Journal of Australia* 17(3): 163-65.

Beck, U., 1998. *La sociedad de riesgo*. *Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.

Beck, U. & Beck-Gernsheim, E., 2001. *El normal caos del amor. Las nuevas formas de la relación amorosa*. Barcelona: Paidós.

Beck-Gernsheim, E., 2003. *La reinvención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia*. Barcelona: Paidós.

Becker, G.S., 1987. *Tratado sobre la Familia*. Madrid: Alianza.

Benach, J. & Muntaner, C., 2005. *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud.* Mataró: El Viejo Topo.

Berntsson, L., Lundberg, U. & Krantz, G., 2006. Gender differences in work-home interplay and symptom perception among Swedish white-collar employees. *Journal of Epidemiology & Community Health* 60: 1070-6.

Bianchi, S.M., Milkie, M.A., Sayer, L.C. & Robinson, J.P., 2000. Is Anyone Doing the Housework? Trends in the Gender Division of Household Labor. *Social Forces* 79(1): 191-228.

Bianchi, S.M. & Milkie, M.A. (2010) Work and Family Research in the First Decade of the 21st Century. *Journal of Marriage and Family* 72: 705-25.

Bird, C.E. & Fremont, A.M. (1991) Gender, time use, and health. *Journal of Health and Social Behavior* 32: 114-29.

Bird, C.E., 1999. Gender, Household Labor, and Psychological Distress: The Impact of the Amount and Division of Housework. *Journal of Health and Social Behavior* 40(1): 32-45.

Bittman, M., England, P., Folber, N., Sayer, L., & Matheson, G., 2003. When does gender trump money? Bargaining and time in household work. *American Journal of Sociology* 109(1): 186-214.

Black, D. (chairman), 1980. *Inequalities in Health, Report of a Research Working Group*. London: Department of Health and Social Security. Disponible en: http://www.sochealth.co.uk/ resources/ public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/.

Borderías, C., Carrasco, C. & Alemany, C. (comp.), 1994. *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona: Fuhem-Icaria.

Borrell, C., Muntaner, C., Solà, J., Artazcoz, L., Ruigpinós, R., Benach, J. & Noh, S., 2008. Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour. *Journal of Epidemiology & Community* Health 62: e7.

Borrell, C., Muntaner, C., Gil-González, D., Artazcoz, L., Rodríguez-Sanz, M., Rohlfs, I. et al., 2010. Perceived discrimination and health by gender, social class, and country of birth in a Southern European country. *Preventive Medicine* 50: 86-92.

Borrell, C. & Artazcoz, L., 2008. Desigualdades de género en salud: Retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública* 82(3): 245-9.

Borrell, C., Muntaner, C., Benach, J. & Artazcoz, L., 2004. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour?. *Social Science & Medicine* 58(10): 1869-87.

Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Pérez, G. & García-Altés, A., 2008. Las desigualdades sociales en salud en el Estado español. Atención Primaria 40(2): 59-60.

Borrell, C., Rohlfs, I., Artazcoz, L. & Muntaner, C., 2004. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gaceta Sanitaria* 18(2): 75-82.

Botía Morillas, C., 2010. Negociar en la vida cotidiana para transformar las relaciones de género: una propuesta teórica. *Papers* 95(1):119-37.

Bottorff, J.L., Oliffe, J.L., Robinson, C.A. & Carey, J., 2011. Gender relations and health research: a review of current practices. *International Journal for Equity in Health* 10: 60.

Bourdieu, P., 2000. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Bowen, G.L. & Orthner, D.K., 1983. Sex-Role Congruency and Marital Quality. *Journal of Marriage and Family* 45(1): 223-30.

Boye, K., 2009. Relatively Different? How do Gender Differences in Well-Being Depend on Paid and Unpaid Work in Europe?. *Social Indicators Research* 93: 509-25.

Braun, M., Lewin-Epstein, N., Stier, H., Baumgärtner, M.K., 2008. Perceived Equity in the Gendered Division of Household Labor. *Journal of Marriage and Family* 70:1145-56.

Brines, J., 1994. Economic Dependency, Gender, and the Division of Labor at Home. American *Journal of Sociology* 100(3): 652-88.

Brooks, C. & Bolzendahl, C., 2004. The transformation of US gender role attitudes: cohort replacement, social-structural change, and ideological learning. *Social Science Research* 33: 106-33.

Camporese, R., Freguja, C. & Sabbadini, L.L., 1998. Time use by gender and quality of life. *Social Indicators Research* 44(1): 119-44.

Camps V., 2000. *El siglo de las mujeres*. Madrid: Cátedra.

Canivet, C., Ostergren, P.O., Lindeberg, S.I., Choi, B., Karasek, R., Moghaddassi, M. & Isacsson, S.O., 2010. Conflict between the work and family domains and exhaustion among vocationally active men and women. *Social Science & Medicine* 70: 1237-45.

Carling, A., Duncan, S. & Edwards, R. (eds.), 2002. *Analysing Families: Morality and rationality in policy and practice.* Londres: Routledge.

Carlson, D.L. & Knoester, C., 2011. Family Structure and the Intergenerational Transmission of Gender Ideology. *Journal of Family Issues* 32(6): 709-34.

Carrasco Bengoa, C., 2013. El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 31(1): 39-56.

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

Carrasco, C. (ed.), 1999. *Mujeres y economía. Nuevas perspectivas para viejos y nuevos problemas.* Barcelona: Icaria Antrazyt.

Carrasco, C. & Domínguez, M., 2011. Family strategies for meeting care and domestic work needs: evidence from Spain. *Feminist Economics* 17(4): 159-88.

Carrasco, C. & Mayordomo, M., 1999. Tiempos, trabajos y organización social: reflexiones en torno al mercado laboral femenino, en Carrasco C (ed.) *op. cit.,* p. 125-71.

Carrasquer Oto, P., 2013. El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 31(1): 91-113.

Carrasquer, P., Torns, T., Tejero, E. & Romero, A. (1998) El trabajo reproductivo. *Papers* 55: 95-114.

Castaño, C., Iglesias, C., Mañas, E. & Sánchez-Herrero, M., 1999. *Diferencia o discriminación. La situación de las mujeres españolas en el mercado de trabajo y el impacto de las tecnologías de la información*. Madrid: CES.

Castells, M., 1998. *La era de la información. Economía, Sociedad y Cultura. Vol. 2: El poder de la identidad.* Madrid: Alianza.

Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2009. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/.

Chang, M.L., 2000. The Evolution of Sex Segregation Regimes. *American Journal of Sociology* 105(6): 1658-1701.

Chesters, J., 2011. Gender convergence in core housework hours. Assessing the relevance of earlier approaches for explaining current trends. *Journal of Sociology* 49(1): 78-96.

Ciccia, R. & Verloo, M., 2012. Parental leave regulations and the persistence of the male breadwinner model: Using fuzzy-set ideal type analysis to assess gender equality in an enlarged Europe. *Journal of European Social Policy* 22(5): 507-28.

Claffey, S.T. & Mickelson, KD., 2009. Division of Household Labor and Distress: The Role of Perceived Fairness for Employed Mothers. *Sex Roles* 60: 819-31.

Clouston, S.A.P. & Quesnel-Vallée, A., 2012. The role of defamilialization in the relationship between partnership and self-rated health. *Social Science & Medicine* 75: 1342-50.

Cobo Bedia, R., 2005. El género en las ciencias sociales. *Cuadernos de Trabajo Social* 18: 249-58.

Coltrane, S., 1989. Household labor and the routine production of gender. *Social Problems* 36: 473-90.

Coltrane S., 2000. Research on Household Labor: Modeling and Measuring the Social Embeddedness of Routine Family Work. *Journal of Marriage and Family* 62: 1208-33.

Coltrane, S., 2010. Gender Theory and Household Labor. *Sex Roles* 63: 791-800.

Comas D'Argemir, D., 1995. *Trabajo, género, cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona: Icaria Antropología.

Comisión Europea, 2009. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Solidaridad en materia de Salud: Reducción de las Desigualdades en Salud en la UE. Bruselas, COM(2009) 567/4.

Connell, R., 2012. Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine* 74: 1675-83.

Corrigall, E.A. & Konrad, A.M., 2007. Gender Role Attitudes and Careers: A Longitudinal Study. *Sex Roles* 56: 847-55.

Courtenay, W.H., 2000. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* 50: 1385-401.

Coverman, S., 1989. Role Overload, Role Conflict, and Stress: Addressing Consequences of Multiple Role Demands. *Social Forces* 67(4): 965-82.

Craig, L. & Sawrikar, P., 2009. Work and Family: How Does the (Gender) Balance Change as Children Grow?. *Gender, Work and Organization* 16(6): 684-709.

Crompton, R. & Lyonette, C., 2005. The new gender essentialism - domestic and family 'choices' and their relation to attitudes. *British Journal of Sociology* 56(4): 601-20.

Crompton, R., 2006. Class and family. *Sociological Review* 54(4): 658-77.

Crompton, R., 1989. Class Theory and Gender. *British Journal of Sociology* 40(4): 565-87.

Crowe, M. & Shepard, L., 2011. A general critical appraisal tool: An evaluation of construct validity. *International Journal of Nursing Studies* 48:1505–1516.

Crowe, M., Shepard, L. & Campbell, A., 2012. Reliability analysis for a proposed critical appraisal tool demonstrated value for diverse research designs. *Journal of Clinical Epidemiology* 65:375-383.

Cunningham, M., 2005. Gender in Cohabitation and Marriage: The Influence of Gender Ideology on Housework Allocation over the Life Course. *Journal of Family Issues* 26(8): 1037-61.

Cunningham, M., 2007. Influences of Women's Employment on the Gendered Division of Household Labor over the Life Course: Evidence From a 31-Year Panel Study. *Journal of Family Issues* 28(3): 422-44.

Dahlgren, G. & Whitehead, M., 2007. [1991] *Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Future Studies. Disponible en: http://www.iffs.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739 filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf

Daponte Codina, A., Bolívar Muñoz, J. & García Calvente, M.M. (eds.), 2009. *Las desigualdades sociales en salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Davis, S.N. & Greenstein, T.N., 2009. Gender Ideology: Components, Predictors, and Consequences. *Annual Review of Sociology* 35: 87-105.

de Ruijter, E., Treas, J.K. & Cohen, P.N., 2005. Outsourcing the gender factory: Living arrangements and service expenditures on female and male tasks. *Social Forces* 84(1): 305-22.

Dema Moreno, S., 2006. Entre la tradición y la modernidad: las parejas españolas de doble ingreso. *Papers* 78: 3-26.

Dema Moreno, S. & Díaz Martínez, C., 2010. Gender inequalities and the role of money in Spanish dual-income couples. *European Societies* 12(1): 65-84.

Denton, M., Prus, S. & Walters, V., 2004. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine* 58(12): 2585-600.

Denton, M. & Walters, V., 1999. Gender Differences in Structural and Behavioural Determinants of Health: An Analysis of the Social Production of Health. *Social Science & Medicine* 48: 1221-35.

Department of Health and Social Security, 1980. *Inequalities in Health, Report of a Research Working Group* [The Black Report]. Disponible en: http://www.sochealth.co.uk/ Black/black.htm, Socialist Health Association. Actualizado: 6 Junio 2010 (consultado 24 de agosto de 2010).

Dex, S., 1991. *La división sexual del trabajo. Revoluciones conceptuales en las Ciencias Sociales.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Díaz Martínez, C. & Dema Moreno, S. (eds.), 2013. *Sociología y Género*. Madrid: Tecnos.

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

Doeringer, P. & Piore, M., 1985. *Mercados internos de trabajo y análisis laboral*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Domínguez Folgueras, M., 2012. La división del trabajo doméstico en las parejas españolas. Un análisis del uso del tiempo. *Revista Internacional de Sociología* 70(1): 153-79.

Doucet, A., 2001. “You See the Need Perhaps More Clearly Than I Have'': Exploring Gendered Processes of Domestic Responsibility. *Journal of Family Issues* 22: 328-57.

Duncan, S., 1995. Theorizing European Gender Systems. *Journal of European Social Policy* 5(4): 263-84.

Duncan, S., 1996. The diverse worlds of European patriarchy. En: García-Ramón, M.D. & Monk, J. (eds.), *Women of the European Union. The politics of work and daily life*. Londres: Routledge, 74-110.

Duncan, S., 2005. Mothering, class and rationality. *Sociological Review* 53(1): 50-76.

Duncan, S., Edwards, R., Reynolds, T. & Alldred, P., 2003. Motherhood, paid work and partnering: values and theories. *Work, Employment and Society* 17(2): 309-30.

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

Durán, M.A., 1988. *De puertas adentro*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Durán, M.A., 1996. *Mujeres y hombres en la formación de la teoría sociológica*. Madrid: CIS.

Durán, M.A., 1997a. *El papel de mujeres y hombres en la economía española*. *Información Comercial Española* 760: 9-29.

Durán, M.A., 1997b. Las bases familiares de la economía española. En: Durán, M.A. (ed.), *Las bases sociales de la economía española*. Valencia: Universitat de Valencia.

Durán MA (coord.), 2000. *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Durán Heras, M.A., 2005. Mujeres y hombres en el siglo XXI. *Cuenta y Razón* 138: 45-60.

Elstad, J.I., 1996. Inequalities in health related to women's marital, parental, and employment status- A comparison between the early 70s and the late 80s, Norway. *Social Science & Medicine* 42(1): 75-89.

Emslie, C., Fuhrer, R., Hunt, K., Macintyre, S., Shipley, M. & Stansfeld, S., 2002. Gender differences in mental health: evidence from three organisations. *Social Science & Medicine* 54: 621-24.

Emslie, C., Hunt, K. & Macintyre, S., 1999. Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science & Medicine* 48: 33-48.

Erickson, R.J., 1993. Reconceptualizing Family Work: The Effect of Emotion Work on Perceptions of Marital Quality. *Journal of Marriage and Family* 55(4): 888-900.

Esping-Andersen, G., 2002. A New Gender Contract. En: Esping-Andersen, G., with Gallie, D., Hemerijck, A. and Myles, J. *Why We Need a new Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, 68-95.

European Commission, 2007. *Health Inequalities Glossary* (Background document for the Expert Group on Social Determinants and Health Inequalities). Disponible en: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_glossary_en.pdf.

European Commission, 2009. *Gender segregation in the labour market. Root causes, implications and policy responses in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union

European Commission, 2013a. *The Impact of the Economic Crisis on the Situation of Women and Men and on Gender Equality Policies*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission, 2013b. *Progress on equality between women and men in 2012*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission, 2014a. *Employment and Social Developments in Europe 2013*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission, 2014b. *Tackling the gender pay gap in the European Union*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Union, 2013. Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot. doi: 10.2772/34426

European Institute for Gender Equality, 2013a. *Gender Equality Index* Report. Disponible en: http://eige.europa.eu/sites/default/files/Gender-Equality-Index-Report.pdf

European Institute for Gender Equality, 2013b. *Gender Equality Index - Country Profiles*.

Facio, A. & Fries, L., 1999. Feminismo, género y patriarcado. En: Facio, A. & Fries, L. (eds.), *Género y Derecho*. Santiago de Chile: La Morada, 6-38.

Fernández, E., Schiaffino, A. & Martí, M., 2000. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Gaceta Sanitaria* 14(4): 287-90.

Ferreira, V., 1996. Mujer y trabajo. La división sexual del trabajo en el análisis sociológico: de natural a socialmente construida. En: García de León, M.A., García de Cortázar, M. & Ortega, F. (coord.), *Sociología de las mujeres españolas*. Madrid: Editorial Complutense, 94-119.

Fetterolf, J.C. & Eagly, A.H., 2011. Do Young Women Expect Gender Equality in Their Future Lives? An Answer from a Possible Selves Experiment. *Sex Roles* 65: 83-93.

Fokkema, T., 2002. Combining a job and children: contrasting the health of married and divorced women in the Netherlands?. *Social Science & Medicine* 54(5): 741-52.

Fraser, N., 1994. After the Family Wage: Gender Equity and the Welfare State. *Political Theory* 22(4): 591-618.

Frech, A. & Damaske, S., 2012. The Relationships between Mothers' Work Pathways and Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behaviour* 53(4): 396-412.

Friedan, B., [1963] 2009. *La mística de la feminidad*. Madrid: Cátedra.

Frisco, M.L. & Williams, K., 2003. Perceived Housework Equity, Marital Happiness, and Divorce in Dual-Earner Households. *Journal of Family Issues* 24(1): 51-73.

Fuwa, M., 2004. Macro-level Gender Inequality and the Division of Household Labor in 22 Countries. *American Sociological Review* 69: 751-67.

Gadalla, T.M., 2009. Determinants, correlates and mediators of psychological distress: A longitudinal study. *Social Science & Medicine* 68: 2199-205.

Gager, C.T. & Sanchez, L., 2003. Two as One?: Couples' Perceptions of Time Spent Together, Marital Quality, and the Risk of Divorce. *Journal of Family Issues* 24(1): 21-50.

García, J., Hernández, P.J., López, A. & Marco, M.L., 2000. La discriminación salarial de la mujer en España: evidencia estadística y econométrica. En: Rodríguez Modroño, P. & Román del Río, C. (eds.), *La mujer en el mercado de trabajo*. Málaga: Instituto de Desarrollo Regional, 63-86.

García Calvente, M.M., del Río Lozano, M., Maroto Navarro, G. & Mateo Rodríguez, I., 2009. Desigualdades de género en salud. En: Daponte Codina, A., Bolívar Muñoz. J. & García Calvente, M.M. (eds.) *op. cit.,* p. 51-75.

García Calvente, M.M. (ed.), 2010. *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Garrido Luque, A., 2000. El reparto del trabajo no remunerado: expectativas y deseos de cambio. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 17: 15-38.

Gaunt, R., 2013. Breadwinning Moms, Caregiving Dads: Double Standard in Social Judgments of Gender Norm Violators. *Journal of Family Issues* 34(1): 3-24.

Geist, C. & Cohen, P.N., 2011. Headed Toward Equality? Housework Change in Comparative Perspective. *Journal of Marriage and Family* 73: 832-44.

Geist, C., 2005. The Welfare State and the Home: Regime Differences in the Domestic Division of Labour. *European Sociological Review* 21(1): 23-41.

Gere, J. & Helwig, C.C., 2012. Young Adults' Attitudes and Reasoning about Gender Roles in the Family Context. *Psychology of Women Quarterly* 36(3): 301-13.

Giddens, A. 1991. *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.

Gil González, D., Vives Cases, C., Borrell, C., Agudelo Suárez, A.A., Álvarez Dardet, C., 2013. Social determinants of self-perceived discrimination in Spain. *Public Health* 127: 223-30.

Gjerdingen, D., McGovern, P., Bekker, M., Lundberg, U. & Willemsen, T., 2000. Women's work roles and their impact on health, well-being, and career: comparisons between the United States, Sweden, and The Netherlands. *Women Health* 31(4): 1-20.

Goñi Legaz, S., Ollo-López, A. & Bayo-Moriones, A., 2010. The Division of Household Labor in Spanish Dual Earner Couples: Testing Three Theories. *Sex Roles* 63: 515-29.

Gordon, J.R. & Whelan-Berry, K.S., 2005. Contributions to Family and Household Activities by the Husbands of Midlife Professional Women. *Journal of Family Issues* 26(7): 899-923.

Gottfried, H., 2000. Compromising positions: emergent neo-Fordisms and embedded gender contracts. *British Journal of Sociology* 51(2): 235-59.

Greenstein, T.N., 1996a, Gender Ideology and Perceptions of the Fairness of the Division of Household Labor: Effects on Marital Quality. *Social Forces* 74(3): 1029-42.

Greenstein, T.N., 1996b. Husbands' Participation in Domestic Labor: Interactive Effects of Wives' and Husbands' Gender Ideologies. *Journal of Marriage and Family* 58(3): 585-95.

Greenstein, T.N., 2009. National context, family satisfaction, and fairness in the division of household labor. *Journal of Marriage and Family* 71: 1039-51.

Grunow, D., Schulz, F. & Blossfeld, H.P., 2012. What determines change in the division of housework over the course of marriage?. *International Sociology* 27(3): 289-307.

Hakim, C., 2000. *Work-Lifestyle Choices in the 21st Century: Preference theory*. Oxford: Oxford University Press.

Hakim, C., 2003. Lifestyle preference versus patriarchal values: causal and non-causal attitudes. *Advances in Life Course Research* 8: 69-91.

Hankivsky, O., 2012. Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine* 74: 1712-20.

Hattery, A., 2001. *Women, work, and family. Balancing and weaving*. London: Sage Publications.

Hernández, P.J., 1996. Segregación ocupacional de la mujer y discriminación salarial. *Revista de Economía Aplicada* 11(IV): 57-80.

Hilfinger Messias, D.K., Im, E.O., Page, A., Regev, H., Spiers, J., Yoder, L. & Meleis, A.I., 1997. Defining and Redefining Work: Implications for Women's Health. *Gender & Society* 11(3): 296-323.

Himsel, A.J. & Goldberg, W.A., 2003. Social Comparisons and Satisfaction with the Division of Housework: Implications for Men's and Women's Role Strain. *Journal of Family Issues* 24(7): 843-66.

Hirdman, Y., 1996. *Key Concepts in Feminist Theory: Analysing Gender and Welfare*. Aalborg: Aalborg University.

Hirdman, Y., 1998. State Policy and Gender Contracts: The Swedish Experience. En: Drew, E., Emerek, R. & Mahon, E. (eds.), *Women, Work and the Family in Europe*. Londres: Routledge, 36-46.

Hochschild, A.R. with Machung, A., 1989. *The Second Shift: Working Families and the Revolution at Home*. New York: Penguin.

Hook, J.L., 2010. Gender Inequality in the Welfare State: Sex Segregation in Housework, 1965-2003. *American Journal of Sociology* 115(5): 1480-523.

Hostetler, A.J., Desrochers, S., Kopko, K. & Moen, P., 2012. Marital and Family Satisfaction as a Function of Work-Family Demands and Community Resources: Individual- and Couple-Level Analyses. *Journal of Family Issues* 33(3): 316-40.

Hunt, K. & Annandale, E., 1999. Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies. *Social Science & Medicine* 48: 1-5.

Hunt, K., 2002. A generation apart? Gender-related experiences and health in women in early and late mid-life. *Social Science & Medicine* 54: 663-76.

Instituto de la Mujer, 2006. *Las mujeres jóvenes y el trabajo*. Colección Estudios, 94. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer, 2007. *Usos del tiempo, estereotipos, valores y actitudes*. Colección Estudios, 101. Madrid: Instituto de la Mujer.

International Society for Equity in Health, Working Definitions. Disponible en: http://www.iseqh.org/workdef_en.htm (consultado 26 de julio de 2010).

Irwin, A. & Scali, E., 2010. *Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences.* Social Determinants of Health Discussion Paper 1 (Debates). Geneva: World Health Organisation. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44488/ 1/9789241500876_ eng.pdf?ua=1.

Izquierdo, J., del Río, O. & Rodríguez, A., 1988. *La desigualdad de las mujeres en el uso del tiempo.* Madrid: Instituto de la Mujer.

Izquierdo Benito, M.J., 2002. Razón y sentimiento en las relaciones de pareja. ¿Del contrato al diálogo? En: *Congreso Internacional Los hombres ante el nuevo orden social*. Vitoria: Emakunde, 181-201.

Izquierdo, M.J., 1998. *El malestar en la desigualdad*. Madrid: Cátedra.

Janzen, B.L. & Muhajarine, N., 2003. Social role occupancy, gender, income adequacy, life stage and health: a longitudinal study of employed Canadian men and women. *Social Science & Medicine* 57: 1491-503.

Julia, C. & Valleron, A.J., 2011. Louis-René Villermé (1782–1863), a pioneer in social epidemiology: re-analysis of his data on comparative mortality in Paris in the early 19th century. *Journal of Epidemiology & Community Health* 65: 666-70.

Kan, M.Y., 2008. Does gender trump money? Housework hours of husbands and wives in Britain. *Work, Employment and Society* 22(1): 45-66.

Kaufman, G., 2000. Do Gender Role Attitudes Matter? Family Formation and Dissolution among Traditional and Egalitarian Men and Women. *Journal of Family Issues* 21(1):128-44.

Kawamura, S. & Brown, S.L., 2010. Mattering and wives' perceived fairness of the division of household labor. *Social Science Research* 39: 976-86.

Khlat, M., Sermet, C. & Le Pape, A., 2000. Women's health in relation with their family and work roles: France in the early 1990s. *Social Science & Medicine* 50(12): 1807-25.

Killewald, A. & Gough, M., 2010. Money isn't everything: Wives' earnings and housework time. *Social Science Research* 39: 987-1003.

Killewald, A., 2011. Opting Out and Buying Out: Wives' Earnings and Housework Time. *Journal of Marriage and Family* 73: 459-71.

Kilzer, G. & Pedersen, D.E., 2011. The division of child care among couples with young children: An empowerment model. *Social Science Journal* 48: 345-55.

Klumb, P.L. & Lampert, T., 2004. Women, work, and well-being 1950-2000: a review and methodological critique. Social Science & Medicine 58: 1007-24.

Kluwer, E.S., MHeesink, J.A. & VandeVliert. E., 1996. Marital Conflict about the Division of Household Labor and Paid Work. *Journal of Marriage and Family* 58(4): 958-69.

Knudsen, K. & Wærness, K., 2008. National Context and Spouses' Housework in 34 Countries. *European Sociological Review* 24(1): 97-113.

Lachance-Grzela, M. & Bouchard, G., 2010. Why Do Women Do the Lion's Share of Housework? A Decade of Research. *Sex Roles* 63: 767-80.

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

Lahelma, E., Arber, S., Kivelä, K. & Roos, E., 2002. Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Social Science & Medicine* 54: 727-40.

Lalonde, M., 1981 [1974]. *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document.* Ottawa: Health Canada, Government of Canada.

LaParra, D. & Masanet, E., 2011. Comparación de los resultados de la medición del trabajo reproductivo en la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta de Empleo del Tiempo. *Gaceta Sanitaria* 25(1): 68-71.

Larrañaga, I., Arregi, B. & Arpal, J., 2004. El trabajo reproductivo o doméstico. *Gaceta Sanitaria* 18(1): 31-7.

Lavee, Y. & Katz, R., 2002. Divison of Labor, Perceived Fairness, and Marital Quality: The Effect of Gender Ideology. *Journal of Marriage and Family* 64: 27-39.

Lendon, J.P. & Silverstein, M., 2012. Gender role ideology and life course transitions of baby-boom women. *Advances in Life Course Research* 17: 191-98.

Lennon, M.C. & Rosenfield, S., 1994. Fairness and the Division of Housework: The Importance of Options. *American Journal of Sociology* 100 (2): 506–31.

Lewis, J., 1997. Gender and Welfare Regimes: Further Thoughts. *Social Politics* 4(2):160-177.

Lewis, J., 2001. The Decline of the Male Breadwinner Model: Implications for Work and Care. *Social Politics* 8(2): 152-69.

Lewis, J., Campbell, M. & Huerta, C., 2008. Patterns of paid and unpaid work in Western Europe: gender, commodification, preferences and the implications for policy. *Journal of European Social Policy* 18(1): 21-37.

Lipovetsky, G., 1999. *La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino.* Barcelona: Anagrama.

Lorber, J. & Moore, L.J., 2002. *Gender and the Social Construction of Illness*. Lanham: Altamira Press.

Loutfi, M.F., 2001. *Women, gender and work. What is equality and how do we get there?.* Geneva: ILO.

Ludwig-Mayerhofer, W., Allmendinger, J., Hirseland, A. & Schneider, W., 2011. The power of money in dual-earner couples: A comparative study. *Acta Sociologica* 54(4): 367-83.

Macintyre, S., Hunt, K. & Sweeting, H., 1996. Gender differences in health: are things really as simple as they seem?. *Social Science & Medicine* 42(4): 617-24.

Mackenback, J.P., 2006. *Health Inequalities: Europe in Profile.* Report commissioned by the UK Presidency of the EU. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/ european_inequalities.pdf.

Mackenbach, J.P., Meerding, W.J. & Kunst, A.E., 2007. *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Luxembourg, European Communities.

Maintier, C., Joulain, M. & Le Floc'h, N., 2011. To what extent do attitudes to work and the subjective componentes of non-work contribute to the life satisfaction of men and women in dual-earner couples?. *Women's Studies International Forum* 34: 242-50.

Malmusi, D., Artazcoz, L., Benach, J. & Borrell, C., 2011. Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *European Journal of Public Health* 22(6): 781-6.

Mandel, H., 2009. Configurations of gender inequality: the consequences of ideology and public policy. *British Journal of Sociology* 60(4): 693-719.

Marmot, M. & Brunner, E., 2005. Cohort Profile: The Whitehall II study. *International Journal of Epidemiology* 34: 251-6.

Marmot, M.G., Shipley, M.J. & Rose, G., 1984. Inequalities in death--specific explanations of a general pattern? *The Lancet* 323(8384): 1003-6.

Martikainen, P., 1995. Women's employment, marriage, motherhood and mortality: A test of the multiple role and role accumulation hypotheses. *Social Science & Medicine* 40(2): 199-212.

Maruani, M., Rogerat, C., Torns, T. (dirs.), 2000. *Las nuevas fronteras de la desigualdad: hombres y mujeres en el mercado de trabajo*. Barcelona, Icaria.

Matthews, S & Power, C., 2002. Socio-economic gradients in psychological distress: a focus on women, social roles and work-home characteristics. *Social Science & Medicine* 54(5): 799-810.

Matud Aznar, M.P., 2008. Género y salud. *Suma Psicológica* 15(1): 75-94.

Maume, D.J., Sebastian, R.A & Bardo, A.R., 2010. Gender, Work-Family Responsibilities, and Sleep. *Gender & Society* 24: 746-68.

Maume, D.J., 2008. Gender Differences in Providing Urgent Childcare among Dual-Earner Parents. *Social Forces* 87(1): 273-97.

McDonough, P., Walters, V & Strohschein, L., 2002. Chronic stress and the social patterning of women's health in Canada. *Social Science & Medicine* 54(5): 767-82.

McKeown, T., 1978 [1976] *El crecimiento moderno de la población*. Barcelona: Bosch.

McNamara, T.K., Pitt-Catsouphes, M., Matz-Costa, C., Brown, M & Valcour, M., 2013. Across the continuum of satisfaction with work-family balance: Work hours, flexibility-fit, and work-family culture. *Social Science Research* 42: 283-98.

Meil Landwerlin, G., 1997. La redefinición de la división del trabajo doméstico en la nueva familia española. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 80: 69-93.

Meil Landwerlin, G., 2005. El reparto desigual del trabajo doméstico y sus efectos sobre la estabilildad de los proyectos conyugales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 111: 163-79.

Mencarini, L & Sironi, M., 2012. Happiness, housework and gender inequality in Europe. *European Sociological Review* 28(2): 203-19.

Mickelson, K.D., Claffey, S.T & Williams, S.L., 2006. The Moderating Role of Gender and Gender Role Attitudes on the Link between Spousal Support and Marital Quality. *Sex Roles* 55: 73-82.

Mikula, G., 1998. Division of Household Labor and Perceived Justice: A Growing Field of Research. *Social Justice Research* 11(3): 215-41.

Mills, M., Tsang, F., Präg, P., Ruggeri, K., Miani, C & Hoorens, S., 2014. *Gender equality in the workforce: Reconciling work, private and family life in Europe*. Brussels: European Union.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta Nacional de Salud 2006. Metodología detallada. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/metodENS2006.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Metodología. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuesta Nacional/encuestaNac2011/MetodologiaENSE2011_12.pdf

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G & The PRISMA Group, 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097.

Moreno Fernández, L., 2002. Bienestar mediterráneo y «supermujeres». *Revista Española de Sociología* 2: 41-56.

Moreno Mínguez. A., 2007. *Familia y empleo de la mujer en los estados del bienestar del sur de Europa: Incidencia de las políticas familiares y laborales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Moreno Mínguez. A., 2012. Familia, empleo femenino y reproducción en España: incidencia de los factores estructurales. *Papers* 97: 461-95.

Navarro Ardoy, L., 2006. Modelos Ideales de Familia en la Sociedad Española. *Revista Internacional de Sociología* 43: 119-38.

Nordenmark, M & Nyman, C., 2003. Fair or Unfair? Perceived Fairness of Household Division of Labour and Gender Equality among Women and Men: The Swedish Case. *European Journal of Women's Studies* 10(2): 181-209.

Oakley, A., 1972. *Sex, gender and society*. London: Temple Smith.

Oakley, A., 1977. *La mujer discriminada. Biología y sociedad*. Madrid: Debate.

Oakley, A., 1974. *The Sociology of Housework*. London: Martin Robertson.

Offer, S & Schneider, B., 2011. Revisiting the Gender Gap in Time-Use Patterns: Multitasking and Well-Being among Mothers and Fathers in Dual-Earner Families. *American Sociological Review* 76(6): 809-33.

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2012. *Closing the gender gap. Act now*. Paris: OECD Publishing.

Asamblea Mundial de la Salud, 2009. *Resolución WHA62.14. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra, 22 de mayo de 2009.

Organización Mundial de la Salud, 2011. Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, 2014a. *Determinantes Sociales de la Salud. Conceptos clave*. Disponible en: http://who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/

Organización Mundial de la Salud, 2014b. *Determinantes Sociales de la Salud*. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/.

O'Reilly, J & Spee, C., 1998. The Future Regulation of Work and Welfare: Time for a Revised Social and Gender Contract?. *European Journal of Industrial Relations* 4(3): 259-81.

Orloff, A.S., 2009. Gendering the Comparative Analysis of Welfare States: An Unfinished Agenda. *Sociological Theory* 27(3): 317-43.

Paden, S.L & Buehler, C., 1995. Coping with the dual-income life-style. *Journal of Marriage and Family* 57(1): 101-10.

Papí Galvez, N., 2005. La conciliación de la vida laboral y familiar como proyecto de calidad de vida desde la igualdad. *Revista Española de Sociología* 5: 91-107.

Papí Galvez, N & Frau Llinares, M.J., 2005. La conciliación del empleo y del hogar: respuesta y reflejo de una organización del trabajo construida desde la institución del género. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 110: 149-71.

Parsons, T & Bales, R.F., 1956. *Family, socialization and interaction processes*. London: Routledge & Kegan Paul.

Pascall, G & Lewis, J., 2004. Emerging Gender Regimes and Policies for Gender Equality in a Wider Europe. *Journal of Social Policy* 33(3): 373-94.

Pateman C (1995) *El contrato sexual.* Barcelona: Anthropos.

Pazos Morán, M., 2008. Roles de género: comportamientos privados y políticas públicas. En: *Congreso Internacional Sare 2007: Masculinidad y vida cotidiana*. Vitoria-Gasteiz: EMAKUNDE, 225-64.

Pfau-Effinger, B., 2000. Gender Cultures, Gender Arrangements and Social Change in the European Context.

Pfau-Effinger, B., 2004. Socio-historical paths of the male breadwinner model - an explanation of cross-national differences. *British Journal of Sociology* 55(3): 377-99.

Phillips, S.P., 2008. Measuring the health effects of gender. *Journal of Epidemiology & Community Health* 62: 368-71.

Piña, D.L & Bengtson, V.L., 1993. The Division of Household Labor and Wives' Happiness: Ideology, Employment, and Perceptions of Support. *Journal of Marriage and Family* 55(4): 901-12.

Potuchek, J.L., 1992. Employed Wives' Orientations to Breadwinning: A Gender Theory Analysis. *Journal of Marriage and Family* 54(3): 548-58.

Press, J.E & Townsley, E., 1998. Wives' and Husbands' Housework Reporting: Gender, Class, and Social Desirability. *Gender and Society* 12(2): 188-218.

Presser, H.B., 1994. Employment Schedules among Dual-Earner Spouses and the Division of Household Labor by Gender. *American Sociological Review* 59(3): 348-64.

Rahkonen, O., Arber, S & Lahelma, E., 1995. Health Inequalities in Early Adulthood: A Comparison of Young Men and Women in Britain and Finland. *Social Science & Medicine* 41(2): 163-71.

Ramos Torre, R., 1990. *Cronos dividido*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Raley, S., Bianchi, S.M & Wang, W., 2012. When Do Fathers Care? Mothers' Economic Contribution and Fathers' Involvement in Child Care. *American Journal of Sociology* 117(5): 1422-59.

Raley, S.B., Mattingly, M.J & Bianchi, S.M., 2006. How Dual Are Dual-Income Couples? Documenting Change from 1970 to 2001. *Journal of Marriage and Family* 68: 11-28.

Reid, M.E., 2008. A feminist sociological imagination? Reading Ann Oakley. *Sociology of Health & Illness* 5(1):83-94.

Regidor, E., Pascual, C., de la Fuente, L., Santos, J.M., Astasio, P & Ortega, P., 2011. Socio-economic position, family demands and reported health in working men and women. *European Journal of Public Health* 21: 109-15.

Ridgeway, C.L & Correll, S.J., 2000. Limiting Inequality through Interaction: The End(s) of Gender. *Contemporary Sociology* 29(1): 110-20.

Ridgeway, C.L & Correll, S.J., 2004. Unpacking the Gender System: A Theoretical Perspective on Gender Beliefs and Social Relations. *Gender & Society* 18: 510-31.

Robinson, y Spitze, ., 1992

Rogers, S.J & Amato, P.R., 2000. Have Changes in Gender Relations Affected Marital Quality?. *Social Forces* 79(2): 731-53.

Rohlfs, I., 2007. Buscando puntos de confluencia entre la epidemiología y las ciencias sociales. *Inguruak* 44: 209-14.

Rohlfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escribá, V. et al., 2000. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria* 14(2):146-55.

Roos, E., Burstrom, B,, Saastamoinen, P & Lahelma, E., 2005. A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden. *Social Science & Medicine* 60(11): 2443-51.

Rosenfield, S., 2012. Triple jeopardy? Mental health at the intersection of gender, race, and class. *Social Science & Medicine* 74: 1791-801.

Ross, C.E., 1987. The Division of Labor at Home. *Social Forces* 65(3): 816–833.

Ross, C.E & Bird, C.E., 1994. Sex Stratification and Health Lifestyle: Consequences for Men's and Women's Perceived Health. *Journal of Health and Social Behavior* 35(2): 161–178.

Ruiz Cantero, M.T., Papí Gálvez, N., Cabrera Ruiz, V., Ruiz Martínez, A & Álvarez-Dardet Díaz, C., 2006. Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria* 20(6): 427-34.

Ruiz-Cantero, M.T., Carrasco-Portiño, M & Artazcoz, L., 2011. Logros y retos de género de la Encuesta Nacional de Salud de 2006: análisis de los cuestionarios de adultos y hogar. *Gaceta Sanitaria* 25(1): 6-12.

Ruiz-Cantero, M.T., Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., García-Calvente, M.M., Miqueo, C., Montero, I. et al., 2007. A Framework to Analyse Gender Bias in Epidemiological Research. *Journal of Epidemiology & Community Health* 61 (Suppl II): ii46-53.

Ruiz-Pérez, I., Ricci-Cabello, I., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, M.I., Escribá-Agüir, V., 2011. The Relationship Between Reproductive Work and Sociodemographic and Psychosocial Factors in Regard to Psychological Distress in Men and Women in Spain. *Prevention Science* 12: 423-34.

Ruppanner, L., 2010. Conflict and Housework: Does Country Context Matter?. *European Sociological Review* 26(5): 557-70.

Ruppanner, L., 2012. Housework conflict and divorce: a multi-level analysis. *Work, Employment and Society* 26(4): 638-56.

Rushing, B & Schwabe, A., 1995. The health effects of work and family role characteristics: Gender and race comparisons. *Sex Roles* 33(1-2): 59-75.

Ryan, B., 2007. Personal is political. En: Ritzer G (ed.) *Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Blackwell Publishing, Blackwell Reference Online. Consultado 15 octubre 2014.

Saraceno, C., 2005. ¿Qué derechos y obligaciones, qué tipos de recursos? Visiones de la ciudadanía a través del prisma del género. En: *Congreso Internacional Sare 2004: ¿Hacia qué modelo de ciudadanía?.* Vitoria: EMAKUNDE, 255-78.

Saraceno, C., 2011. Childcare needs and childcare policies: A multidimensional issue. *Current Sociology* 59(1): 78-96.

Saginak, K.A & Saginak, M.A., 2005. Balancing Work and Family: Equity, Gender, and Marital Satisfaction. *Family Journal* 13(2): 162-66.

Saltzman Chafetz, J. (ed.), 2006. *Handbook of the Sociology of Gender*. New York: Springer.

Sánchez-Mora Molina, M.I., 2002. Bienestar y malestar social. De la sociedad del trabajo a la sociedad postlaboral. *Aranzadi Social* 22: 83-97.

Sayer, L.C., 2005. Gender, Time and Inequality: Trends in Women's and Men's Paid Work, Unpaid Work and FreeTime. *Social Forces* 84(1): 285-303.

Schneider, D., 2011. Market Earnings and Household Work: New Tests of Gender Performance Theory. *Journal of Marriage and Family* 73(4): 845-60.

Schober, P.S., 2013a. Gender Equality and Outsourcing of Domestic Work, Childbearing, and Relationship Stability among British Couples. *Journal of Family Issues* 34(1): 25-52.

Schober, P.S., 2013b. The parenthood effect on gender inequality. Explaining the change in paid and domestic work when British couples become parents. *European Sociological Review* 29(1): 74-85.

Segura del Pozo, J., 2013. *Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Sen, G. e Iyer, A., 2012. Who gains, who loses and how: Leveraging gender and class intersections to secure health entitlements. *Social Science & Medicine* 74: 1802-11.

Sen, G., Östlin, P & George, A. (Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género), 2007. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1503:laineguidad-genero-salud-desigual-injusta-ineficaz-ineficiente&Itemid=962&lang=en

Shelton, B.A, y John, D., 1996. The division of household labor. *Annual Review of Sociology* 22: 299-322.

Sigerist, H., 2006 [1956]. Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social. *Salud Colectiva* 2(3): 269-79.

Simon, R.W., 1995. Gender, Multiple Roles, Role Meaning, and Mental Health. *Journal of Health and Social Behaviour* 36(2): 182-95.

Solar, O. e Irwin, A., 2006. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promotion Journal of Australia* 17(3): 180-5.

Solar, O. e Irwin, A., 2010. *A conceptual framework for action on the social determinants of health.* Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organisation. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf?ua=1

Solé, C & Parella, S., 2004. «Nuevas» expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales «exitosas». *Revista Española de Sociología* 4: 67-92.

Sörlin, A. Lindholm, L., Ng, N & Öhman, A., 2011. Gender equality in couples and self-rated health -A survey study evaluating measurements of gender equality and its impact on health. *International Journal for Equity in Health* 10: 37.

Spade, J.Z., 1994. Wives' and Husbands' Perceptions of Why Wives Work. *Gender & Society* 8(2): 170-88.

Staland-Nyman, C., Alexanderson, K & Hensing, G., 2008. Associations between strain in domestic work and self-rated health: A study of employed women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 36: 21-7.

Starfield, B., 2001. Basic concepts in health and health care. *Journal of Epidemiology & Community Health* 55: 452-4.

Stevens, D., Kiger, G & Riley, P.J., 2001. Working Hard and Hardly Working: Domestic Labor and Marital Satisfaction among Dual-Earner Couples. *Journal of Marriage and Family* 63: 514-26.

Strandh, M & Nordenmark, M., 2006. The interference of paid work with household demands in different social policy contexts: perceived work-household conflict in Sweden, the UK, the Netherlands, Hungary, and the Czech Republic. *British Journal of Sociology* 57(4): 597-617.

Suitor, J.J., 1991. Marital Quality and Satisfaction with the Division of Household Labor across the Family Life Cycle. *Journal of Marriage and Family* 53(1): 221-30.

Sullivan, O., 2004. Changing Gender Practices within the Household: A Theoretical Perspective. *Gender & Society* 18(2): 207-22.

Swearingen-Hilker, N & Yoder, J.D., 2002. Understanding the Context of Unbalanced Domestic Contributions: The Influence of Perceiver's Attitudes, Target's Gender, and Presentational Format. *Sex Roles* 46(3/4): 91-8.

Sümer, S., 2009. *European gender regimes and policies: comparative perspectives*. Farnham: Ashgate.

Tezanos, J.F., 2001. *La sociedad dividida. Estructura de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Thompson, M.E & Armato, M., 2012. *Investigating Gender. Developing a Feminist Sociological Imagination*. Cambridge: Polity Press.

Tipper, A., 2010. Economic models of the family and the relationship between economic status and health. *Social Science & Medicine* 70: 1567-73.

Tobío, C., 2012. Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan. *Revista Internacional de Sociología* 70(2): 399-422.

Treas, J & Tai, T., 2012a. Apron strings of working mothers: Maternal employment and housework in cross-national perspective. *Social Science Research* 41: 833-42.

Treas, J & Tai, T., 2012b. How Couples Manage the Household: Work and Power in Cross-National Perspective. *Journal of Family Issues* 33(8): 1088-116.

Unión Europea, 2014. Reglamento Nº 282/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la creación de un tercer programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2014-2020. Diario Oficial de la Unión Europea, 21.3.2014.

Urrútia, G., Bonfill, X., 2010. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica* 135(11):507-11.

Valcárcel, A., Renau, M.D & Romero, R. (eds.), 2000. *Los desafíos del feminismo ante el siglo XXI.* Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.

van Veldhoven, M.J.P.M & Beijer, S.E., 2012. Workload, Work-to-Family Conflict, and Health: Gender Differences and the Influence of Private Life Context. *Journal of Social Issues* 68(4): 665-83.

Varela, J., 1999. Mater familias. Modelos clásicos de sociología del género: F. Engels y E. Durkheim*. Política y Sociedad* 32: 173-88.

Vega, J., Solar, O. e Irwin, A., 2005. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Jadue, L & Marín, F. (eds.), *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*. Santiago de Chile: Iniciativa Chilena de Equidad en Salud, p. 9-18.

Velasco Arias, S., 2008. *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud.* Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf

Velasco Arias, S., 2009. *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf

Verbrugge, L., 1983. Multiple roles and physical health of women and men. *Journal of Health and Social Behaviour* 24: 16-30.

Vijayasiri, G., 2011. The Allocation of Housework: Extending the Gender Display Approach. *Gender Issues* 28: 155-74.

Voicu, M., Voicu, B & Strapcova, K., 2009. Housework and Gender Inequality in European Countries. *European Sociological Review* 25(3): 365-77.

Walby, S., Armstrong, J & Strid, S., 2012. Intersectionality: Multiple Inequalities in Social Theory. *Sociology* 46(2): 224-40.

Walters, P & Whitehouse, G., 2012. A Limit to Reflexivity: The Challenge for Working Women of Negotiating Sharing of Household Labor. *Journal of Family Issues* 33(8): 1117-39.

Weber, M., [1922] 1944. *Economía y Sociedad II. Esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.

Whitehead, M & Dahlgren, G., 2007. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Copenhague: WHO Regional Office for Europe. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf?ua=1

Wilkie, J.R., Ferree, M.M & Ratcliff, K.S., 1998. Gender and Fairness: Marital Satisfaction in Two-Earner Couples. *Journal of Marriage and Family* 60(3): 577-94.

Wilkinson, R & Marmot, M. (eds.), 2003. *Social determinants of health. The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Windebank, J., 2001. Dual-Earner Couples in Britain and France: Gender Divisions of Domestic Labour and Parenting Work in different Welfare States. *Work, Employment and Society* 15(2): 269-90.

Wollstonecraft, M., [1792] 2000. *Vindicación de los derechos de la mujer.* Madrid: Cátedra.

Wright Mills, C., [1959] 2003. *La imaginación sociológica*. México: FCE.

Zimmerman, M.K., 2013. Theorizing inequality: Comparative Policy Regimes, Gender, and Everyday Lives. *Sociological Quarterly* 54: 66-80.