

Original

Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España

Mar García Calvente^{a,b,*}, María del Río Lozano^a y Jorge Marcos Marcos^b

^a Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de junio de 2011

Aceptado el 20 de septiembre de 2011

On-line el 16 de noviembre de 2011

Palabras clave:

Cuidado informal
Desigualdades de género
Deterioro de la salud
Dependencia

R E S U M E N

Objetivos: Analizar las diferencias en las características del cuidado que prestan mujeres y hombres a personas dependientes, y su asociación con la percepción del deterioro de la salud como consecuencia de cuidar.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal de ámbito nacional sobre la muestra de 7.512 personas cuidadoras principales de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia 2008. Se realizó un análisis descriptivo de características del cuidado (tareas realizadas, intensidad, frecuencia y duración) según sexo. Mediante regresión logística multivariada se analizó la asociación entre la percepción de deterioro de la salud y las variables de cuidado, ajustando por características sociodemográficas.

Resultados: El 74% de las personas cuidadoras son mujeres y perciben con mayor frecuencia que los varones un deterioro de su salud como consecuencia de cuidar (37% y 21%, respectivamente). Ellas prestan un cuidado de mayor intensidad y asumen con mayor frecuencia tareas de ayuda para el aseo personal, comer y vestirse, asociadas a un mayor riesgo de percepción de deterioro de la salud. Los hombres realizan más tareas de cuidado fuera del hogar (ir al médico, hacer compras y gestiones), que resultan protectoras para la percepción de deterioro de la salud. La intensidad del cuidado es un factor de riesgo para la percepción de deterioro de la salud en ambos sexos, y en las mujeres se añaden la frecuencia y duración.

Conclusiones: El mayor deterioro de la salud derivado del cuidado que perciben las mujeres está relacionado con desigualdades de género en las características del cuidado. Las intervenciones orientadas a personas cuidadoras deberían ser sensibles a las desigualdades de género existentes en el cuidado informal.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Gender inequalities in health deterioration as a result of informal care in Spain

A B S T R A C T

Objectives: To analyze differences in the characteristics of care provided by women and men to dependent persons, and their association with the perception of health deterioration in both sexes.

Methods: We performed a nationwide cross-sectional study with data obtained from the 2008 Spanish Survey on Disability, Personal Autonomy and Dependence, based on a sample size of 7,512 principal caregivers. A descriptive analysis was performed of the characteristics of the care provided (tasks performed, intensity, frequency and duration) by sex. A multivariate logistic regression analysis was carried out to explore the association between the caregivers' perceptions of deteriorated health and the variables related to care, adjusted by sociodemographic characteristics.

Results: Most (74%) of the caregivers in the sample were women. Women more frequently perceived a deterioration in their health as a result of providing care than did men (37% and 21%, respectively). Women provided care with greater intensity and more frequently performed the tasks most associated with deteriorated health (personal hygiene, assistance in feeding, etc.). Men more frequently carried out tasks related to care outside the home (going to the doctor, shopping, etc.), all of which acted as a protective factor against health deterioration. The intensity of care was a risk factor for the perception of health deterioration in both sexes, while frequency and duration were also risk factors in women.

Conclusions: The greater health deterioration perceived by women is related to gender inequalities in the characteristics of the care provided. Interventions in informal caregivers should be sensitive to these gender inequalities.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Informal care
Gender inequalities
Health deterioration
Dependency

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mariadelmar.garcia.easp@juntadeandalucia.es (M. García Calvente).

Introducción

El cuidado informal puede definirse como la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares u otras personas de la red social inmediata, sin recibir una remuneración económica profesional por ello¹. La percepción por parte de las personas dependientes de la prestación económica por cuidados familiares, contemplada recientemente en España, no excluye de esta definición a las personas que las cuidan por razones de parentesco o afectivas. A pesar de que supone una importante contribución social^{2,3}, se trata de una actividad con un escaso reconocimiento, fuertemente feminizada y ligada al ámbito doméstico⁴. En España, son mujeres el 75% de las cuidadoras de personas con discapacidad y el 60% de las personas cuidadoras principales de mayores⁵. Las mujeres cuidadoras suelen ser también responsables de las tareas domésticas del hogar y tener una relación de parentesco directa con las personas a quienes cuidan⁵.

Asumir el cuidado de una persona en situación de dependencia constituye un factor de riesgo para la salud. Se sabe que el cuidado informal se relaciona con niveles más altos de estrés y síntomas de depresión⁶, menores bienestar subjetivo y salud física⁷, y menos probabilidad de las personas cuidadoras de involucrarse en actuaciones preventivas⁸. Así, la mayor implicación de las mujeres en el cuidado se ha señalado como un elemento clave para entender el impacto de los roles de género sobre las desigualdades en salud^{9,10}.

La literatura reciente demuestra que la interacción de los determinantes socioestructurales con el sistema de género potencia estas desigualdades¹¹, de modo que el estatus socioeconómico tiene un efecto modificador sobre el impacto de cuidar en la salud¹². En España, son las mujeres de clases más desfavorecidas y menores niveles educativos las que soportan mayores cargas de cuidado^{13,14}, y disponen de menos recursos materiales y simbólicos para hacerles frente^{2,15}. Igualmente, se sabe que determinadas características familiares y del hogar (número de miembros, parentesco, situación de convivencia) resultan factores determinantes de esta carga diferencial de cuidados en mujeres y en hombres, y de sus consecuencias para la salud^{5,16}.

Sin embargo, no existe en la literatura un consenso acerca del impacto en la salud que conlleva compatibilizar roles reproductivos y productivos. Mientras unos estudios acentúan los beneficios de asumir múltiples roles, al proporcionar recursos, autoestima y apoyo social^{17,18}, otros hacen hincapié en las consecuencias negativas de las dificultades para compaginar ambas esferas, que sitúan a las mujeres en una posición de desventaja ante el acceso y el control de los recursos materiales y no materiales necesarios para alcanzar un grado óptimo de bienestar^{19,20}. Sea como fuere, la participación en los cuidados, así como los costes de oportunidad que conlleva, varían considerablemente entre hombres y mujeres a lo largo del ciclo vital^{9,13}.

Si bien hay un creciente interés sobre el papel de los hombres como cuidadores²¹, en nuestro contexto son escasos los estudios que abordan las diferencias en el cuidado que prestan mujeres y hombres y sus implicaciones en el desigual impacto del hecho de cuidar sobre su salud²².

El desarrollo progresivo de la Ley de Dependencia en España, y sus implicaciones sociosanitarias, requieren profundizar en la investigación sobre las características del cuidado informal para la puesta en marcha de intervenciones sensibles al género y capaces de responder a las demandas y necesidades específicas de las personas que cuidan. La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008)²³ ofrece una valiosa información sobre variables de cuidado, que permite analizar las disparidades existentes entre mujeres y hombres cuidadores.

El objetivo de este estudio es conocer las características del cuidado que prestan mujeres y hombres, y analizar si dichas

características se asocian a la percepción del deterioro de la salud de ambos sexos.

Métodos

Estudio epidemiológico transversal a partir de los datos procedentes de la EDAD 2008²³. Se incluyó en el estudio a todas las personas de 16 o más años de edad residentes en viviendas familiares del ámbito español que asumían, de forma no remunerada, el cuidado principal de alguna persona con discapacidad (limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria derivadas de una deficiencia), ya convivieran con ella o no, y que respondieron al cuestionario de cuidadores/as de la EDAD 2008. Las personas que cuidaban a menores de 6 años con limitaciones quedaron excluidas del estudio, ya que los datos de menores se recogieron en un cuestionario propio con variables específicas, y no fue posible reunir a toda la población dependiente en una misma base de datos. La muestra fue de 7.512 personas cuidadoras principales (5.588 mujeres y 1.924 hombres).

La variable dependiente fue la percepción de las personas cuidadoras de que «se ha deteriorado su salud» (sí/no). En el cuestionario se incluía esta opción como una de las posibles consecuencias derivadas del cuidado, y se pedía a la persona cuidadora marcarla sólo si ocurría «por tener que ayudar a la persona que cuida». Se estudiaron como variables independientes las tareas de cuidado realizadas, agrupadas en siete tipos (ayuda para comer, ayuda para vestirse, asistencia en el aseo personal, cambio de pañales, ayuda en la movilidad física dentro del hogar, tareas de cuidado fuera del hogar, otras tareas domésticas y de acompañamiento dentro del hogar); la intensidad del cuidado (horas diarias y semanales dedicadas); la frecuencia (días a la semana) y la duración (años cuidando). Las variables sociodemográficas utilizadas fueron el sexo como variable de estratificación, y la edad, el estado civil, el nivel educativo y la situación laboral como variables de ajuste.

Se realizó un análisis descriptivo inicial para conocer la distribución de todas las variables por sexo, usando el número de casos y los porcentajes. La asociación entre la variable dependiente y cada una de las independientes se analizó mediante tablas de contingencia y el test de ji al cuadrado, con un nivel de significación del 5%, estratificando por sexo. Posteriormente se efectuó un análisis de regresión logística multivariado para calcular el riesgo de percibir un deterioro de la salud derivado del cuidado según las características del cuidado y las variables sociodemográficas. Se realizó un test de colinealidad utilizando el factor de inflación de la varianza, para comprobar si había colinealidad entre las variables independientes incluidas en el modelo. Se construyó un modelo conjunto para conocer la asociación del sexo con la variable dependiente, controlando por las variables de cuidado y sociodemográficas. Seguidamente se creó un modelo para hombres y otro para mujeres. La magnitud de la asociación se estimó mediante *odds ratio* (OR), con un intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Resultados

Las características sociodemográficas de las personas cuidadoras del estudio se muestran en la tabla 1. El 74% de quienes asumen la responsabilidad principal de cuidar a una persona dependiente son mujeres, en edades medias de la vida (el 52% entre 45 y 64 años), casadas (71%) y que no han superado los estudios primarios (63%). El 43% se dedica exclusivamente a las tareas del hogar. Los hombres cuidadores presentan un perfil más envejecido (el 46% supera los 64 años, el 57% son jubilados), y un mayor nivel de educación que las mujeres (38% estudios secundarios o superiores).

Se observan tanto semejanzas como diferencias en las características del cuidado que prestan ambos sexos (tabla 1). La gran

Tabla 1
Distribución por sexo de las variables sociodemográficas y de cuidado

Variables	Mujeres, N = 5.588		Hombres, N = 1.924		Total, N = 7.512	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
VARIABLES SOCIODEMOCRÁFICAS						
<i>Edad (años)</i>						
16-24	76	(1,4)	18	(0,9)	94	(1,3)
25-44	1.181	(21,1)	316	(16,4)	1.497	(19,9)
45-64	2.898	(51,9)	715	(37,2)	3.613	(48,1)
65 y más	1.433	(25,6)	875	(45,5)	2.308	(30,7)
<i>Estado civil</i>						
Soltero/a	830	(14,8)	418	(21,7)	1.248	(16,6)
Casado/a	3.977	(71,2)	1.385	(72,0)	5.362	(71,4)
Anteriormente casado/a	776	(13,9)	118	(6,1)	894	(11,9)
NS/NC	5	(0,1)	3	(0,2)	8	(0,1)
<i>Nivel educativo</i>						
Sin estudios	1.515	(27,1)	540	(28,1)	2.055	(27,4)
Primarios	2.011	(36,0)	641	(33,3)	2.652	(35,3)
Secundarios	1.564	(28,0)	505	(26,2)	2.069	(27,5)
Superiores	486	(8,7)	230	(12,0)	716	(9,5)
NS/NC	12	(0,2)	8	(0,4)	20	(0,3)
<i>Situación laboral</i>						
Con trabajo remunerado	1.423	(25,5)	588	(30,6)	2.011	(26,8)
Desempleado/a	496	(8,9)	161	(8,4)	657	(8,7)
Jubilado/a	1.120	(20,0)	1.101	(57,2)	2.221	(29,6)
Estudiante	31	(0,5)	11	(0,6)	42	(0,6)
Dedicado/a al hogar	2.418	(43,3)	26	(1,3)	2.444	(32,5)
Otros	82	(1,5)	35	(1,8)	117	(1,5)
NS/NC	18	(0,3)	2	(0,1)	20	(0,3)
VARIABLES DE CUIDADO						
<i>Días a la semana que cuida</i>						
Menos de 1	62	(1,1)	17	(0,9)	79	(1,0)
1	46	(0,8)	14	(0,7)	60	(0,8)
2 a 3	111	(2,0)	52	(2,7)	163	(2,2)
4 a 5	105	(1,9)	49	(2,5)	154	(2,0)
6 a 7	5.221	(93,4)	1.785	(92,8)	7.006	(93,3)
NS/NC	43	(0,8)	7	(0,4)	50	(0,7)
<i>Tiempo que lleva cuidando</i>						
Menos de 1 año	343	(6,1)	123	(6,4)	466	(6,2)
1 a 2 años	503	(9,0)	181	(9,4)	684	(9,1)
2 a 4 años	954	(17,1)	353	(18,3)	1.307	(17,4)
4 a 8 años	1.169	(20,9)	448	(23,3)	1.617	(21,5)
Más de 8 años	2.589	(46,3)	814	(42,3)	3.403	(45,3)
NS/NC	30	(0,5)	5	(0,3)	35	(0,5)
<i>Horas diarias que cuida</i>						
Menos de 4	1.228	(22,0)	605	(31,4)	1.833	(24,4)
4 a 7	1.054	(18,9)	370	(19,2)	1.424	(19,0)
8 a 15	1.191	(21,3)	332	(17,3)	1.523	(20,3)
Más de 15	2.043	(36,6)	588	(30,6)	2.631	(35,0)
NS/NC	72	(1,3)	29	(1,5)	101	(1,3)
<i>Horas semanales que cuida</i>						
Hasta 20	1.299	(23,3)	630	(32,7)	1.929	(25,7)
20 a 40	912	(16,3)	328	(17,1)	1.240	(16,5)
40 a 60	681	(12,2)	177	(9,2)	858	(11,4)
60 a 80	418	(7,5)	127	(6,6)	545	(7,3)
De 80 a 100	293	(5,2)	80	(4,2)	373	(4,9)
Más de 100	1.887	(33,8)	547	(28,4)	2.434	(32,4)
NS/NC	98	(1,7)	35	(1,8)	133	(1,8)
<i>Ayuda para comer</i>						
No	4.609	(82,5)	1.704	(88,6)	6.313	(84,0)
Sí	979	(17,5)	220	(11,4)	1.199	(16,0)
<i>Ayuda para vestirse</i>						
No	2.683	(48,0)	1.075	(55,9)	3.758	(50,0)
Sí	2.905	(52,0)	849	(44,1)	3.754	(50,0)
<i>Asistencia en el aseo personal</i>						
No	1.449	(25,9)	780	(40,5)	2.229	(29,7)
Sí	4.139	(74,1)	1.144	(59,5)	5.283	(70,3)
<i>Cambio de pañales</i>						
No	4.677	(83,7)	1.715	(89,1)	6.392	(85,1)
Sí	911	(16,3)	209	(10,9)	1.120	(14,9)
<i>Movilidad física dentro del hogar</i>						
No	3.311	(59,3)	1.094	(56,9)	4.405	(58,6)
Sí	2.277	(40,7)	830	(43,1)	3.107	(41,1)
<i>Acompañamiento y cuidados fuera del hogar</i>						
No	2.358	(42,2)	566	(29,4)	2.924	(38,9)
Sí	3.230	(57,8)	1.358	(70,6)	4.588	(61,1)
<i>Otras tareas domésticas y de cuidados dentro del hogar</i>						
No	1.984	(35,5)	620	(32,2)	2.604	(34,7)
Sí	3.604	(64,5)	1.304	(67,8)	4.908	(65,3)

Tabla 2

Prevalencia de percepción de deterioro de la salud, según las variables sociodemográficas y las tareas de cuidado realizadas. Análisis bivariado para hombres y mujeres

Variables ^a	Mujeres, N = 5588			Hombres, N = 1924		
	Sí, n (%)	No, n	p	Sí, n (%)	No, n	p
<i>Edad (años)</i>						
16-24	11 (14,5)	65		4 (22,2)	14	
25-44	324 (27,4)	857	<0,001	55 (17,4)	261	0,023
45-64	1.124 (38,8)	1.774		139 (19,4)	576	
65 y más	618 (43,1)	815		214 (24,5)	661	
<i>Estado civil</i>						
Soltero/a	238 (28,7)	592		75 (17,9)	343	
Casado/a	1.545 (38,8)	2.432	<0,001	311 (22,5)	1.074	0,142
Anteriormente casado/a	291 (37,5)	485		26 (22,0)	92	
<i>Nivel educativo</i>						
Sin estudios	661 (43,6)	854		148 (27,4)	392	
Primarios	741 (36,8)	1.270	<0,001	133 (20,7)	508	<0,001
Secundarios	537 (34,3)	1.027		90 (17,8)	415	
Superiores	134 (27,6)	352		40 (17,4)	190	
<i>Situación laboral</i>						
Con trabajo remunerado	388 (27,3)	1.035		84 (14,3)	504	
Desempleado/a	172 (34,7)	324	<0,001	34 (21,1)	127	<0,001
Jubilado/a	501 (44,7)	619		275 (25,0)	826	
Estudiante	6 (19,4)	25		3 (27,3)	8	
Dedicado/a al hogar	970 (40,1)	1.448		10 (38,5)	16	
Otros	37 (45,1)	45		6 (17,1)	29	
<i>Ayuda para comer</i>						
No	1.546 (33,5)	3.063	<0,001	325 (19,1)	1.379	<0,001
Sí	531 (54,2)	448		87 (39,5)	133	
<i>Ayuda para vestirse</i>						
No	807 (30,1)	1.876	<0,001	173 (16,1)	902	<0,001
Sí	1.270 (43,7)	1.635		239 (28,2)	610	
<i>Asistencia en el aseo personal</i>						
No	365 (25,2)	1.084	<0,001	114 (14,6)	666	<0,001
Sí	1.712 (41,4)	2.425		298 (26,0)	846	
<i>Cambio de pañales</i>						
No	1.596 (34,1)	3.081	<0,001	342 (19,9)	1.373	<0,001
Sí	481 (52,8)	430		70 (33,5)	139	
<i>Movilidad física dentro del hogar</i>						
No	1.043 (31,5)	2.268	<0,001	198 (18,1)	896	<0,001
Sí	1.034 (45,4)	1.243		214 (25,8)	616	
<i>Acompañamiento y cuidado fuera del hogar</i>						
No	1.071 (45,4)	1.287	<0,001	195 (34,5)	371	<0,001
Sí	1.006 (31,1)	2.224		217 (16,0)	1.141	
<i>Otras tareas domésticas y de cuidado dentro del hogar</i>						
No	864 (43,5)	1.120	<0,001	160 (25,8)	460	0,001
Sí	1.213 (33,7)	2.391		252 (19,3)	1.052	
<i>Total</i>	2.077 (37,2)	3.511		412 (21,4)	1.512	

^a Todas las variables presentan una asociación estadísticamente significativa con la percepción de deterioro de la salud ($p < 0,05$ en las pruebas de ji al cuadrado), excepto el estado civil en los hombres.

mayoría de hombres y de mujeres que asumen el cuidado principal de personas dependientes lo hacen durante 6 o 7 días a la semana (93%). Sin embargo, las mujeres cuidan con mayor intensidad, tanto diaria (el 58% dedica 8 horas o más diarias, frente al 48% de los hombres) como semanal (el 60% de las mujeres y el 48% de los hombres cuidan 40 horas o más), y acumulan más años de cuidado (el 46% lleva más de 8 años cuidando, frente al 42% de los hombres). Algunas tareas son asumidas mayoritariamente por las mujeres (ayudar a comer, a vestirse o a realizar el aseo personal). Los hombres, en cambio, realizan más tareas de movilidad física dentro del hogar y de cuidado fuera de éste (ir al médico, hacer compras y gestiones, o ayudar a utilizar el transporte público). Las mayores brechas de género en las tareas realizadas se dan en las de aseo personal (15% más en las mujeres) y las de fuera del hogar (13% más en los hombres).

La prevalencia de deterioro de la salud derivado del cuidado y su asociación con diferentes variables del estudio se muestran en la [tabla 2](#). El 37% de las mujeres y el 21% de los hombres perciben que su salud se ha deteriorado por cuidar. En los hombres, esta percepción se mantiene relativamente estable en los distintos grupos de edad, mientras que en las mujeres aumenta a medida que avanza la edad. A mayor nivel educativo, la percepción de deterioro de la salud disminuye, tanto en las mujeres como en los hombres. Las personas que compatibilizan las responsabilidades de cuidado con un trabajo remunerado presentan un menor porcentaje de deterioro de la salud (27% de las mujeres, 14% de los hombres). Tanto en los hombres como en las mujeres, las tareas de cuidado relacionadas con la asistencia personal en las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, aseo personal y cambio de pañales) y las de movilidad física dentro del hogar se asocian con una mayor prevalencia

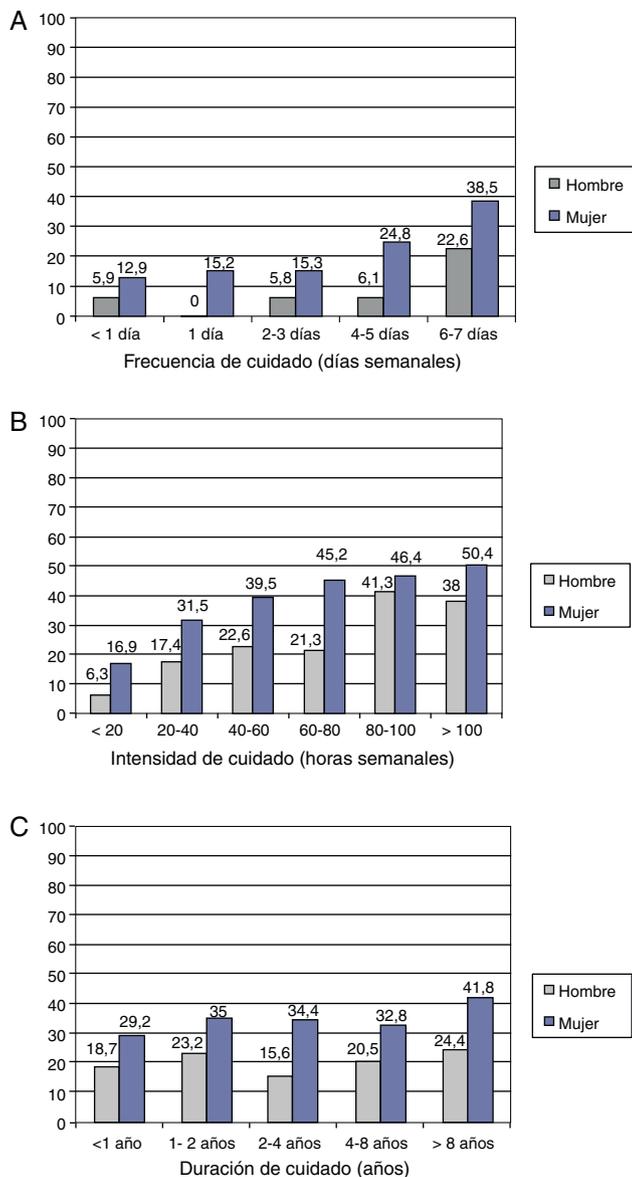


Figura 1. Porcentaje de hombres y mujeres que perciben un deterioro de su salud, según la frecuencia (A), la intensidad (B) y la duración (C) del cuidado. Las tres variables presentan una asociación estadísticamente significativa con la percepción de deterioro de la salud ($p < 0,05$ en las pruebas de ji al cuadrado).

de percepción de deterioro de la salud (tabla 2), y dichas tareas son, con la excepción de las de movilidad física, más realizadas por las mujeres. También en ambos sexos, salir del espacio doméstico para realizar tareas de acompañamiento y de cuidado resulta ser un factor protector.

El porcentaje de mujeres que perciben un deterioro de su salud es superior al de hombres en todas las categorías de frecuencia, intensidad y duración del cuidado (fig. 1). En los hombres, el deterioro de la salud aumenta considerablemente cuando la frecuencia de cuidado se sitúa en 6-7 días semanales (23%) y no permite descansos de más de un día. En cambio, un 25% de las mujeres percibe un deterioro de su salud con frecuencias de 4-5 días a la semana. Más de un tercio de las mujeres que llevan cuidando 2 años o menos ya perciben su salud deteriorada. En cuanto a la intensidad, la mitad de las mujeres que dedica más de 100 horas semanales al cuidado reportan deterioro de su salud, porcentaje que se reduce al 38% en los hombres para la misma intensidad de cuidado.

Del modelo multivariado conjunto para mujeres y hombres (tabla 3) se desprende que el sexo está asociado al deterioro de la salud como consecuencia del cuidado, una vez ajustado por el resto de las variables sociodemográficas y de cuidados incluidas en el estudio. Las mujeres cuidadoras presentaron un mayor riesgo de percibir dicho deterioro respecto a los hombres (OR = 2,18, IC95%: 1,88-2,53). El test de colinealidad realizado, utilizando el factor de inflación de la varianza, obtuvo valores inferiores a 1,25 para todas las variables, lo que sugiere la ausencia de colinealidad entre las variables independientes y, por tanto, un buen ajuste del modelo en este sentido. La tabla 3 muestra también los modelos multivariados separados para hombres y mujeres. Para ellos, la tarea de «ayudar a comer» comporta un 57% más de riesgo de percibir un deterioro de la salud (OR = 1,57, IC95%: 1,10-2,24), mientras que las que están relacionadas con el espacio público reducen dicho riesgo casi en la misma proporción (OR = 0,54, IC95%: 0,40-0,73). Para el resto de las tareas de cuidado, los riesgos no alcanzaron la significación estadística. En el caso de las mujeres, las casadas y de bajo nivel educativo presentaron mayores grados de deterioro de su salud. Igualmente, realizar tareas de ayuda para comer, vestirse, aseo personal, cambio de pañales y movilidad física comportaron mayor riesgo. En las mujeres, una mayor intensidad, frecuencia y duración del cuidado son factores asociados a la percepción de deterioro de la salud, mientras que en los hombres la asociación es estadísticamente significativa sólo en el caso de la intensidad.

Discusión

Este estudio profundiza en el conocimiento de las desigualdades de género que imperan en el cuidado informal y su diferente repercusión en la salud de mujeres y hombres. Los resultados confirman que el cuidado de personas dependientes continúa siendo un trabajo altamente feminizado. La mayor percepción de deterioro de la salud como consecuencia del cuidado que muestran las mujeres respecto de los hombres que cuidan se relaciona tanto con la mayor asunción de las responsabilidades de cuidado como con las características del cuidado que prestan, más intenso y con mayor dedicación a tareas asociadas a un riesgo para la salud. Los hombres cuidadores presentan en menor medida un deterioro derivado del cuidado, entre otros aspectos, por su dedicación a las tareas de cuidado relacionadas con la esfera pública, que resultaron protectoras para la salud. Por otra parte, a igual intensidad, duración y frecuencia de cuidado, las mujeres refieren en mayor medida un deterioro de su salud.

Estos resultados deben interpretarse a la luz de las limitaciones de los diseños epidemiológicos transversales. Sin embargo, debemos destacar como fortaleza que proceden de un cuestionario diseñado para conocer las consecuencias que se derivan expresamente del cuidado (en este caso, el deterioro de la salud por cuidar), hecho que minimiza el posible sesgo de transversalidad. El diseño de la EDAD 2008, aunque proporciona un menor detalle en variables relacionadas con la salud (en comparación con las encuestas de salud), resulta de mucha utilidad para explorar en toda España las características del cuidado que prestan ambos sexos. En cualquier caso, algunas variables relevantes, como la clase social o el parentesco, no se han analizado por las dificultades encontradas para conseguir esta información, al tener que relacionar los distintos cuestionarios de la EDAD. Del mismo modo, el diferente tamaño muestral entre mujeres y hombres cuidadores condiciona la probabilidad de hallar diferencias estadísticamente significativas en la asociación de las variables independientes con el deterioro de la salud. Esto podría explicar que el modelo de mujeres incluya más variables asociadas estadísticamente a dicho deterioro que el de hombres.

Tabla 3

Riesgo de percibir un deterioro de salud, según variables sociodemográficas y de cuidado. Análisis de regresión logística multivariado. Modelo conjunto y por sexo

Variables	Riesgo de deterioro de salud por el cuidado					
	Modelo conjunto, N = 7.512		Modelo mujeres, n = 5.588)		Modelo hombres, n = 1.924	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Sexo						
Hombre	1					
Mujer	2,18 (1,88-2,53)	0,000				
Edad (años)						
16 a 24	1		1		1	
25 a 44	1,40 (0,73-2,68)	0,306	1,49 (0,72-3,07)	0,281	0,96 (0,20-4,65)	0,955
45 a 64	1,72 (0,90-3,30)	0,100	1,96 (0,95-4,03)	0,069	0,70 (0,14-3,48)	0,666
65 y más	1,65 (0,85-3,19)	0,140	1,95 (0,94-4,09)	0,075	0,58 (0,11-3,00)	0,514
Situación laboral						
Con trabajo remunerado	1		1		1	
Desempleado/a	1,15 (0,93-1,42)	0,205	1,17 (0,92-1,48)	0,198	0,98 (0,60-1,61)	0,939
Jubilado/a	1,47 (1,22-1,76)	0,000	1,52 (1,24-1,88)	0,000	1,62 (1,06-2,46)	0,025
Estudiante	1,58 (0,67-3,73)	0,299	1,26 (0,46-3,45)	0,648	2,00 (0,32-12,52)	0,461
Dedicado/a a las tareas del hogar	1,13 (0,96-1,32)	0,133	1,13 (0,96-1,34)	0,145	1,72 (0,70-4,24)	0,240
Otras	1,28 (0,84-1,94)	0,255	1,49 (0,92-2,40)	0,102	0,80 (0,31-2,10)	0,654
Nivel de estudios						
Superiores	1		1		1	
Secundarios	1,19 (0,96-1,47)	0,117	1,23 (0,96-1,57)	0,097	0,98 (0,62-1,54)	0,934
Primarios	1,07 (0,87-1,33)	0,517	1,10 (0,87-1,41)	0,426	0,95 (0,61-1,47)	0,810
Sin estudios	1,31 (1,05-1,63)	0,017	1,29 (1,00-1,67)	0,051	1,41 (0,89-2,21)	0,141
Estado civil						
Soltero/a	1		1		1	
Casado/a	1,27 (1,08-1,50)	0,003	1,34 (1,11-1,62)	0,002	1,27 (0,90-1,80)	0,181
Anteriormente casado/a	1,03 (0,83-1,28)	0,774	1,05 (0,83-1,33)	0,674	1,13 (0,65-1,97)	0,669
Ayuda a comer						
No	1		1		1	
Sí	1,42 (1,22-1,65)	0,000	1,40 (1,19-1,65)	0,000	1,57 (1,10-2,24)	0,012
Ayuda a vestirse						
No	1		1		1	
Sí	1,17 (1,03-1,32)	0,017	1,16 (1,01-1,33)	0,042	1,23 (0,92-1,64)	0,156
Realiza tareas de aseo personal						
No	1		1		1	
Sí	1,41 (1,23-1,62)	0,000	1,47 (1,26-1,73)	0,000	1,18 (0,88-1,59)	0,267
Realiza cambio de pañales						
No	1		1		1	
Sí	1,44 (1,24-1,68)	0,000	1,57 (1,32-1,86)	0,000	0,99 (0,68-1,44)	0,953
Realiza tareas de movilidad física						
No	1		1		1	
Sí	1,33 (1,18-1,49)	0,000	1,44 ^a (1,26-1,64)	0,000	0,98 (0,75-1,28)	0,901
Realiza tareas de acompañamiento y cuidados fuera del hogar						
No	1		1		1	
Sí	0,87 (0,76-0,99)	0,038	0,99 (0,85-1,15)	0,886	0,54 (0,40-0,73)	0,000
Realiza otras tareas domésticas y de cuidados dentro hogar						
No	1		1		1	
Sí	1,11 (0,97-1,26)	0,135	1,09 (0,94-1,27)	0,234	1,16 (0,86-1,57)	0,329
Días a la semana que cuida (cont.)	1,28 (1,13-1,46)	0,000	1,25 (1,10-1,44)	0,001	1,50 (0,97-2,32)	0,071
Horas al día que cuida (cont.)	1,05 (1,04-1,05)	0,000	1,04 (1,03-1,05)	0,000	1,07 (1,05-1,08)	0,000
Años que lleva cuidando						
Menos de 1	1		1		1	
De 1 a 2	1,55 (1,16-2,05)	0,003	1,56 (1,14-2,15)	0,006	1,51 (0,80-2,82)	0,202
De 2 a 4	1,32 (1,02-1,71)	0,036	1,45 (1,09-1,94)	0,011	0,88 (0,49-1,59)	0,674
De 4 a 8	1,29 (1,00-1,66)	0,047	1,30 (0,98-1,73)	0,065	1,23 (0,70-2,16)	0,465
Más de 8	1,78 (1,41-2,26)	0,000	1,90 (1,46-2,47)	0,000	1,37 (0,80-2,33)	0,252

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Nuestros resultados están en consonancia con los de otros estudios que, en nuestro contexto, atribuyen al cuidado informal un perfil altamente feminizado^{2,3,14} y confirman que son las mujeres las que cuidan con mayor intensidad y realizan en mayor medida las tareas relacionadas con la atención personal^{5,22}, que suponen, además de una mayor dedicación de tiempo, una

relación más cercana y vinculante con la persona a quien se cuida.

La literatura internacional contextualiza las diferencias en el estado de salud de ambos sexos en este reparto desigual de las cargas de cuidado^{24,25}. Esto también se ha puesto de manifiesto en recientes estudios en nuestro país^{2,14,26}, en algún caso señalando

que cuando los hombres aumentan dicha carga, las desigualdades de género en la salud se reducen o se invierten²². Nuestros hallazgos apoyan esta tesis, al tiempo que relacionan determinadas tareas de cuidado, en combinación con la intensidad, con un mayor deterioro de la salud por el hecho de cuidar. Así, son las mujeres quienes asumen en mayor proporción las tareas de asistencia en las actividades básicas de la vida diaria (que comportan mayor riesgo para la salud), mientras que los hombres realizan en mayor medida las que se desarrollan en el espacio público (que actúan como factor protector).

La teoría de género aporta un marco interpretativo para nuestros resultados. Los niveles estructural, simbólico e individual del sistema de género definidos por Harding²⁷ resultan elementos clave en la configuración de qué nociones sobre masculinidad y feminidad son producidas y naturalizadas en una sociedad, y por ende cómo son ordenados los ámbitos productivo y reproductivo. Los roles tradicionales femeninos, que atribuyen a las mujeres el cuidado cotidiano de los miembros del hogar, y los roles masculinos, que asignan a los hombres el papel de proveedor, se hallan en la base del desequilibrio en la asignación de las tareas de cuidado²⁸. La literatura muestra que las normas que impone la división sexual del trabajo dan como resultado una exposición y vulnerabilidad diferencial a factores de riesgo que condicionan la salud de ambos sexos²⁹.

Este trabajo supone una aportación a los estudios que señalan cómo los distintos resultados en salud de mujeres y hombres no sólo tienen que ver con su distinto grado de participación en el trabajo de cuidar, sino con la forma diferencial en que ambos experimentan y afrontan el cuidado^{9,30}. Adicionalmente, el hecho de que las mujeres presenten más riesgo de percibir un deterioro de su salud como consecuencia del cuidado, una vez ajustado el modelo por las demás variables sociodemográficas y de cuidado, indica la existencia de otros factores no contemplados. Sería necesario profundizar, desde una perspectiva de género, en los aspectos que potencian la peor salud percibida de las mujeres cuidadoras. Para ello habría que tomar en consideración tanto las condiciones en que se prestan los cuidados (tipo de personas a quienes se cuida, corresponsabilidad, disponibilidad de ayudas) como el acceso y el control diferencial sobre los recursos materiales y simbólicos (mayor obligación social de cuidar y menor capacidad de elección real), y los diferentes costes de oportunidad del cuidado informal³¹ para mujeres y hombres. Diversos estudios han enfatizado factores socioeconómicos, laborales y de apoyo social^{32,33}, así como el acceso y la utilización de los servicios sociosanitarios⁹. Esta combinación de elementos apunta a un marco explicativo en el cual las mujeres, empujadas al cuidado por normas sociales de género que lo definen como «femenino», no sólo ofrecen formas más intensas y complejas de cuidado que los hombres, sino que tienen que compatibilizarlas en mayor medida con otras responsabilidades familiares y laborales³³. De acuerdo con Morris³⁴, cuidar interfiere en la vida cotidiana de las mujeres más que en la de los hombres, en un contexto inflexible de servicios públicos y privados de apoyo. Se hace necesario utilizar distintos abordajes metodológicos (cuantitativos y cualitativos) para profundizar en el complejo entramado de factores relacionados con las desigualdades de género en el impacto en la salud del cuidado informal.

La incorporación del enfoque de género a las intervenciones en salud pública resulta clave, ya que permite una mejor adecuación de los recursos comunitarios y una orientación de las medidas de actuación de los servicios sociosanitarios dirigidas a las necesidades y demandas de las mujeres y los hombres cuidadores³⁵. Adicionalmente, es necesario seguir potenciando estrategias que promuevan la corresponsabilidad en el cuidado y favorezcan la conciliación de roles productivos y reproductivos, como forma de disminuir las desigualdades de género que siguen imperando en este ámbito.

¿Qué se sabe sobre el tema?

El cuidado informal está altamente feminizado, lo que comporta un impacto negativo en la salud de las mujeres. Sin embargo, pocos trabajos han analizado si las diferentes maneras de cuidar de mujeres y hombres repercuten de forma diferente en su salud.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El estudio analiza una muestra de ámbito nacional de personas cuidadoras principales y aporta información sobre cómo los distintos resultados en salud de hombres y mujeres no sólo se relacionan con el grado de implicación en el cuidado, sino también con la forma diferencial en que mujeres y hombres cuidan. Los resultados son de utilidad para las políticas y los programas en salud pública, ya que el conocimiento de las desigualdades de género en el cuidado informal permite una mejor adecuación de los recursos comunitarios y sociosanitarios a las distintas necesidades y demandas de las mujeres y los hombres cuidadores.

Declaraciones de autoría

Todos los autores cumplen los criterios de autoría, y no se excluye a nadie que también los cumpla. M. García Calvente concibió, diseñó el estudio y supervisó todos los aspectos de su realización. M. del Río Lozano participó en el diseño y analizó los datos. M. García Calvente, M. del Río Lozano y J. Marcos Marcos interpretaron los datos y redactaron el manuscrito. M. García Calvente es la responsable del artículo.

Financiación

El proyecto de investigación ha sido financiado por el Observatorio de Salud de las Mujeres a través del CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Al Observatorio de Salud de las Mujeres, por haber financiado este proyecto a través del CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). A las personas revisoras, al equipo editorial y a Ricardo Ocaña Riola, por los valiosos comentarios aportados al manuscrito.

Bibliografía

- García-Calvente MM, Mateo I, Gutiérrez-Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública/Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
- Esping-Andersen G, Dunca G, Hemerick A, et al. Why we need a new Welfare State? Oxford: Oxford University Press; 2004.
- Artazcoz L, Borrell C, Rohlfes I, et al. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. Gac Sanit. 2001;15:150-3.
- García-Calvente MM, Del Río M, Castaño E, et al. Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. Gac Sanit. 2010;24:293-302.
- Instituto de Mayores, Servicios Sociales (IMSERSO). Atención a las personas en situación de dependencia en España. En: Libro Blanco. Madrid: IMSERSO; 2005. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/libroblanco-dependencia.html>.
- Hirst M. Carer distress: a prospective, population-based study. Soc Sci Med. 2005;61:697-708.

7. Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging.* 2003;18:250–67.
8. National Alliance for Caregiving, Evercare. Evercare study of caregivers in decline: a close-up look at the health risks of caring for a loved one. Bethesda, MD: National Alliance for Caregiving and Minnetonka, MN, Evercare; 2006.
9. Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman PH. Informal caregiving, Differential experiences by gender. *Med Care.* 2002;40:1249–59.
10. Bedard M, Kuzik R, Chambers L, et al. Understanding burden differences between men and women caregivers: the contribution of care-recipient problem behaviors. *Int Psychogeriatr.* 2005;1:99–118.
11. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient, gender inequity in health: why it exists and how we can change it. En: Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Women and Gender Equity Knowledge Network. Geneva: WHO; 2007. Disponible en http://www.who.int/social.determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf.
12. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *J Soc Work Educ.* 2008;44.
13. García-Calvente MM, Del Río M, Eguiguren AP. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak.* 2007;44:291–308.
14. La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gac Sanit.* 2001;15:498–505.
15. García-Alberca JM, Lara JP, Berthier ML. Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. *Int J Psychiatry Med.* 2011;41:57–69.
16. Chun H, Khang YH, Kim IL, et al. Explaining gender differences in ill-health in South Korea: the roles of socio-structural, psychological, and behavioral factors. *Soc Sci Med.* 2008;67:988–1001.
17. Lee C, Powers JR. Number of social roles, health, and well-being in three generations of Australian women. *Int J Behav Med.* 2002;9:195–215.
18. Backhans MC, Lundberg M, Månsdotter A. Does increased gender equality lead to a convergence of health outcomes for men and women? A study of Swedish municipalities. *Soc Sci Med.* 2007;64:1892–903.
19. Sugiura K, Ito M, Mikami H. Evaluation of gender differences of family caregivers with reference to the mode of caregiving at home and caregiver distress in Japan. *Nippon Koshu Eisei Zasshi.* 2004;51:240–51.
20. Blane D, Berney L, Montgomery SM. Domestic labour, paid employment and women's health: analysis of life course data. *Soc Sci Med.* 2001;52:959–65.
21. Covas S. coordinador. En: Los hombres y el cuidado de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado09.pdf>.
22. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit.* 2008;22:443–50.
23. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). 2008. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0>.
24. Mellner C, Krantz G, Lundberg U. Symptom reporting and self-rated health among women in mid-life: the role of work characteristics and family responsibilities. *Int J Behav Med.* 2006;13:1–7.
25. Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Soc Sci Med.* 2000;51:931–9.
26. García-Calvente MM, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004;18:83–92.
27. Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996.
28. England P. The gender revolution. Uneven and stalled. *Gender & Society.* 2010;24:149–66.
29. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Soc Sci Med.* 2004;58:2585–600.
30. Chiou CJ, Chen IP, Wang HH. The health status of family caregivers in Taiwan: an analysis of gender differences. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20:821–6.
31. Carmichael F, Charles S. The opportunity costs of informal care: does gender matter? *J Health Econ.* 2003;22:781–803.
32. Walters V, McDonough P, Strohschein L. 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. *Soc Sci Med.* 2002;54:677–92.
33. Gurney S, Emslie C, Macintyre S. Perceptions of work-life balance in "ResearchOrg". Glasgow: MRC Social & Public Health Sciences Unit; 2007.
34. Morris M. Gender-sensitive home and community care and caregiving research: a synthesis paper. Ottawa: Health Canada; 2001.
35. Garcés J, Carretero S, Ródenas F, et al. The care of the informal caregiver's burden by the Spanish public system of social welfare: a review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010;50:250–3.