

Neoliberalismo y desigualdad en salud: un problema con rostro femenino

Vanessa Puig-Barrachina,^a Marisol Ruiz,^b Mireia Julià,^b Emmanuel Calderón,^b
Kayla Smith,^b Andrés Peralta,^b Joan Benach^c

a) Investigadora Post-doctoral, Agència de Salut Pública de Barcelona

b) Investigador(a) Pre-doctoral, Grup de Recerca en Desigualtats Socials de la Salut (GREDS-EMCONET),
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

c) Director del Grupo de Investigación GREDS-EMCONET

La respuesta política a la crisis económica y social de 2008 se ha distinguido por su fuerte carácter neoliberal, con políticas de 'austeridad' que redujeron el presupuesto del Estado y el gasto social, además de la desregulación y flexibilización del mercado laboral. Esta respuesta ha tenido importantes efectos negativos en la equidad de género, con un empeoramiento en la salud de las mujeres, sobre todo por la intensificación del trabajo y la precarización del empleo. Este artículo presenta brevemente algunas características de las desigualdades de género en la salud, comenta brevemente en qué consisten las políticas neoliberales revisando su intensificación tras el inicio de la crisis para, finalmente, analizar los efectos de estas políticas en la generación de desigualdades de género en la salud.

Desigualdades de género y salud

El sistema normativo de género o sistema patriarcal ha establecido en la historia de la gran mayoría de sociedades relaciones jerárquicas basadas en la asimetría social entre mujeres y hombres, otorgando a los roles, conductas y situaciones sociales tradicionalmente masculinas mayor importancia, reconocimiento y valor social. Además, también confiere a los hombres un mayor acceso a todo tipo de recursos, generando situaciones de desigualdad que gozan de mayor legitimidad social.¹ Este sistema de relaciones jerárquicas basado en la desigualdad de poder condiciona el acceso a determinantes sociales fundamentales para la salud, como el acceso a la riqueza, el cumplimiento de derechos básicos, la ocupación de cargos públicos y responsabilidad, las condiciones de empleo como los tipos de contrato y sueldos, la

¹ S. de Beauvoir, T. López Pardina y A. Martorell, *El segundo sexo*, Instituto de la Mujer, Valencia, 2005.

transferencia de la responsabilidad del trabajo de cuidados o la exposición a riesgos físicos y psicosociales como la violencia y la discriminación, entre otros.

En el ámbito de la salud pública, es decir, el conjunto de fenómenos y políticas asociados a la salud de una determinada colectividad, existe fuerte evidencia científica que muestra cómo, aunque las mujeres en general gozan de una mayor esperanza de vida que los hombres, tienen peor salud y calidad de vida.^{2,3} La menor esperanza de vida masculina se atribuye principalmente a diversas conductas de riesgo relacionadas con la salud, mientras que el peor estado de salud entre las mujeres se debe a sus peores condiciones de vida y trabajo,⁴ lo cual refleja la mayor 'carga de enfermedad' que padecen.⁵ Además, estudios científicos recientes han mostrado que los países con menor desarrollo en las políticas sociales y de igualdad de género son los que también reportan mayores índices de desigualdades de género en salud.^{6,7}

¿Qué entendemos por políticas neoliberales?

El neoliberalismo se originó como una respuesta política global concebida por las clases dominantes para disciplinar y restaurar los parámetros de dominación y explotación tras la conquista de derechos sociales en diversos países tras la Segunda Guerra Mundial. El objetivo del neoliberalismo fue tanto modificar el equilibrio político y la relación de fuerzas existente en el conjunto de la economía-mundo capitalista en favor de la clase dominante, como también restaurar su capacidad de acumulación de capital, reducido en la década de 1960.⁸ El llamado Consenso de Washington —acuñado en 1989 por John Williamson— recopila las directrices del nuevo orden económico y político mundial, fundamentándose en cuatro pilares básicos: 1) la redefinición de las funciones del Estado, en las que se prioriza la libertad del mercado capitalista basado en la lógica de acumulación por encima del bien común y la aparición de políticas para fortalecer los derechos de propiedad, la descentralización y los recortes en el presupuesto gubernamental y el gasto social;⁹ 2) una nueva regulación económica a partir de la

² R. Connell, «Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective», *Social Science & Medicine* (1982) 74, n. 11, junio 2012, pp. 1675–83.

³ L. M. Verbrugge, «Gender and health: an update on hypotheses and evidence», *Journal of Health and Social Behavior* 26, n. 3, septiembre 1985, pp. 156–82.

⁴ *Ibid.*

⁵ D. Malmusi et al., «Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health», *European Journal of Public Health* 22, n. 6, diciembre 2012, pp. 781–86.

⁶ C. Borrell et al., «Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health», *Epidemiologic Reviews* 36, n. 1, 1 enero 2014, pp. 31–48.

⁷ L. Palència et al., «The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe», *Social Science & Medicine* 117, 2014, pp. 25–33.

⁸ D. Harvey, *A Brief History of Neoliberalism*, Oxford University Press, Nueva York (EE UU), 2005.

⁹ L. Fernando Oliver Costilla, L. Barragan Alvarez y C. Perez, «The Reconstitution of Power and Democracy in the Age of Capital Globalization», *Latin American Perspectives* 27, n. 1, 1 enero 2000, pp. 82–104.

cual fue posible la financiarización de la economía con el libre flujo de capitales de inversión, la flexibilidad de los mercados laborales y el llamado libre comercio;¹⁰ 3) la privatización, que se manifiesta con la amplia mercantilización de servicios públicos, recursos naturales y otros bienes comunes;¹¹ y 4) la reorganización de la producción en redes transnacionales.^{12,13}

El proceso de implementación de estas políticas fue acompañado por un sistema de valores y prácticas cada vez más antidemocráticas, donde las leyes que regulan ‘los mercados’ junto a las instituciones y gobiernos neoliberales se sitúan por encima de las constituciones nacionales basadas en los derechos sociales y donde los valores mercantiles figuran sobre valores colectivos y comunitarios. Paralelamente, los monopolios creados por el sistema capitalista han alcanzado niveles de poder jamás vistos, capaces de insertar sus ideologías en el sentido común de la población mediante los grandes medios de (des)información de masas. Estos monopolios también han sido capaces de presionar e influir, tanto por vías legales como ilegales, a la élite política para colaborar en su agenda,¹⁴ lo cual tiende a producir un sistema cada vez más plutocrático, donde una pequeña élite concentra cada vez más cantidades ingentes de poder. Se expande así una situación de inequidad redistributiva y desigualdades sociales, con un fuerte impacto en las desigualdades en salud, que a su vez profundizan el proyecto neoliberal de dominio y explotación.

Intensificación del neoliberalismo como respuesta política a la crisis de 2008

De manera similar a otros países europeos, a partir de 2008, y sobre todo desde 2010, el Estado español cayó en una profunda recesión económica debido en gran parte al colapso del mercado inmobiliario y la desregulación del sistema bancario. Aunque en Europa se han dado respuestas políticas diversas para afrontar la crisis económica y la recesión, la respuesta más común ha sido la intensificación del neoliberalismo bajo las llamadas ‘políticas de austeridad’, ya sea en forma voluntaria como la realizada por gobiernos nacionales como el Reino Unido, o involuntariamente, impuesta por las instituciones internacionales y los mercados financieros como en el caso de los países del sur de Europa e Irlanda.¹⁵ De este modo, utilizando el pago de

¹⁰ E. R. Shaffer y J. E. Brenner, «International Trade Agreements: Hazards to Health?», *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation* 34, n. 3, enero 2004, pp. 467–81.

¹¹ F. Armada, C. Muntaner y V. Navarro, «Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and Transnational Corporations», *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation* 31, n. 4, enero 2001, pp. 729–68. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11809007>.

¹² M. A. Pozas, «Globalización, industria Y organización del trabajo. Reflexiones para la construcción de un marco teórico», *Estudios Sociológicos* 19, n. 1, 2001, pp. 185–207.

¹³ S. Babb, «The Social Consequences of Structural Adjustment: Recent Evidence and Current Debates», *Annual Review of Sociology* 31, n. 1, agosto 2005, pp. 199–222.

¹⁴ D. Harvey, *Op. cit.*

¹⁵ J. Rubery, «Austerity and the Future for Gender Equality in Europe», *Industrial and Labor Relations Review* 68, n. 4, 2015, pp. 715–41.

la deuda como la máxima prioridad política, se han aplicado programas neoliberales que han debilitado la soberanía nacional, disminuyendo el gasto social y limitando las políticas redistributivas. Al mismo tiempo se ha utilizado la grave situación de desempleo masivo existente como forma de legitimación de nuevas reformas laborales que han aumentado la precariedad con fuertes efectos negativos sobre las condiciones de vida, salud y calidad de vida de la población.^{16,17}

Durante un corto período de tiempo, en España se puso en marcha una política inicial contracíclica de carácter limitadamente keynesiano y sin perspectiva de género, con algunas medidas expansivas (2008-2010) para hacer frente al desempleo, particularmente en los sectores más masculinizados, como los sectores de la construcción, la automoción y el financiero (Plan E). No obstante, cuando los bancos se saturaron de deuda, el gobierno español fue presionado por las instituciones europeas, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y los mercados financieros para implementar paquetes de consolidación fiscal y reformas estructurales.¹⁸ Así se empezaron a implementar políticas neoliberales en dos dimensiones principales: el recorte y la reorientación del gasto público mediante el retroceso de políticas de bienestar social (las mal llamadas 'políticas de austeridad'), y el aumento de la flexibilización y desregulación del mercado laboral, mediante nuevas reformas precarizadoras del empleo.

Estos cambios regresivos en el Estado del bienestar y el mercado laboral, junto a recortes en las políticas de género por motivos ideológicos a la vez conservadores-heteropatriarcales, tuvieron un claro impacto negativo en las mujeres, en una sociedad cada vez más desigual donde las mujeres, especialmente aquellas que pertenecen a las clases trabajadoras y las inmigrantes, forman uno de los colectivos más afectados.

Políticas neoliberales, Estado del bienestar y desigualdades de género en salud

En España, el papel del Estado del bienestar de promover la equidad se ha visto seriamente dañado en los últimos años debido a las medidas de austeridad con importantes recortes en los presupuestos, sobre todo por lo que hace a los servicios sociales.¹⁹ Los recortes en la dependencia, sanidad y educación han aumentado la intensificación del trabajo de cuidados y

¹⁶ M. Karanikolos et al., «Financial crisis, austerity, and health in Europe», *Lancet* 381, n. 9874, 13 abril 2013, pp. 1323–31.

¹⁷ Además, el llamado “Consenso de Bruselas” o los nuevos tratados de libre comercio entre EEUU y Europa mediante las negociaciones del Acuerdo Transatlántico para el Comercio y la Inversión (TTIP) o el Acuerdo en Comercio de Servicios (TISA), prometen intensificar aún más las políticas neoliberales.

¹⁸ E. González Gago y M. Segales Kirzner, «Women, gender equality and the economic crisis in Spain», en M. Karamessini y J. Rubery (eds.), *Women and Austerity: The Economic Crisis and the Future for Gender Equality*, Routledge/IAFFE, serie Advances in Feminist Economics, Oxon, 2014, p. 352.

¹⁹ H. Legido-Quigley et al., «Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?», *BMJ (Clinical Research Ed.)* 346, n. jun13_1, 13 enero 2013, p. f2363.

doméstico no remunerado realizado mayoritariamente por mujeres, además de reducir sus posibilidades de empleo remunerado en el ámbito de los cuidados. El empleo público se ha visto seriamente afectado tanto en calidad como cantidad de plazas disponibles, prohibiendo por ley el remplazo de plazas públicas que quedan libres por jubilación. Esto produce una intensificación del trabajo para quienes mantienen su empleo.²⁰ Además, a partir de 2010 se han aplicado varios recortes en el salario de la administración pública, congelando la base salarial de 2012. El empleo público es un sector clave para la inserción de las mujeres en el mercado laboral, ya que provee plazas laborales dedicadas al cuidado y servicios, áreas que han sido feminizadas. Asimismo, el empleo público ha permitido hasta ahora una mejor conciliación entre empleo y trabajo de cuidados.

En cuanto a la intensificación y devaluación del trabajo de cuidados, ejemplo icónico ha sido la ‘suspensión’ de la Ley de Dependencia aprobada en 2006 y aún en proceso de implementación, dificultando el acceso y cobertura a servicios de protección para personas mayores y dependientes. En consecuencia, los trabajos de cuidado han tenido que ser en gran medida re-asumidos por familiares, mayoritariamente mujeres.^{21,22} Los estudios de salud pública muestran cómo las mujeres, especialmente aquellas con menor nivel de estudios, que conviven con personas mayores tienen peor salud.²³ Ello probablemente se debe a su alta carga de cuidados y a la escasa capacidad económica para comprar estos servicios en el mercado. Una reciente evaluación de salud sobre la Ley de Dependencia ha mostrado como su implementación mejoró la salud percibida de las personas cuidadoras por otorgarles la posibilidad de compartir la carga del cuidado, reduciendo los problemas físicos, mentales y sociales asociados a este tipo de trabajo. Por contra, los problemas asociados con los recortes en la prestación de servicios y beneficios tuvieron un efecto negativo en la calidad de vida de las cuidadoras.²⁴

Otros ejemplos de retroceso del Estado del bienestar con repercusión directa en el aumento de la carga de trabajo de cuidados en las mujeres incluyen la paralización de creación de plazas pre-escolares (*Educa3 Plan*) y el retraso del aumento del tiempo del permiso de paternidad (de 13 a 28 días). Estas medidas limitan la capacidad de integración de las mujeres al mercado laboral, especialmente de quienes tienen menos recursos económicos, debilitando

²⁰ J. Rubery, 2015, *Op. cit.*

²¹ E. González Gago y M. Segales Kirzner, «Women, gender equality and the economic crisis in Spain», en M. Karamessini y J. Rubery (eds.), *Women and Austerity*, Routledge, 2014, Londres/Nueva York.

²² E. Lombardo, «Gender mainstreaming and policy responses to the economic crisis: The ‘unintended consequences’ of EU and national policymaking on Spanish gender equality Policies», Conferencia AECPA, Sevilla 18-19 septiembre 2013, borrador, 2013. Disponible en: <http://www.aecpa.es/uploads/files/modules/congress/11/papers/703.pdf>.

²³ L. Artazcoz et al., «Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position», *Social Science & Medicine* 59, n. 2, 2004, pp. 263–74.

²⁴ M. Salvador-Piedrafita, C. Borrell y D. Malmusi, «Evolución de las desigualdades en salud según carga de cuidado en España en el Contexto de la Ley de Dependencia», en *Gac Sanit.* 29 (*Espec Congr*), Barcelona, España, 2015, pp. 17–194.

claramente la corresponsabilidad del trabajo de cuidados en el ámbito privado y del Estado, reforzando así los estereotipos de género.^{25,26}

Hasta ahora, hay poca evidencia del impacto en la salud que puede generar el permiso de paternidad. Generalmente, los padres que están implicados en el cuidado de sus bebés tienden a permanecer involucrados en toda su crianza.²⁷ Esta unión temprana puede tener una serie de resultados positivos incluida la mejora del vínculo entre la pareja, la cual acostumbra a ejercer los cuidados de manera colaborativa.²⁸ De ese modo, las mujeres pueden ser claramente beneficiadas, disminuyendo su carga de cuidados al compartir el trabajo y responsabilidades desde el inicio.

En general, el mecanismo clave para entender la relación entre el retroceso del Estado del bienestar y el aumento de mala salud en el colectivo de mujeres tiene que ver con el aumento total de la carga de trabajo. Esto se debe a una mayor intensificación de la esfera productiva (entre aquellas que conservan su empleo) y la esfera de cuidados no remunerada. Una alta carga total de trabajo puede conllevar efectos negativos en su salud con un mayor nivel de estrés, ansiedad, depresión y problemas osteomusculares.^{29,30} El estado de salud empeora sobre todo en aquellas mujeres que tienen menores recursos ya que no pueden externalizar la carga del trabajo de cuidados en el mercado, y en general tienen menor poder de negociación en el núcleo familiar para redistribuir esta carga.

Políticas neoliberales, mercado laboral y desigualdades de género en salud

Las reformas laborales implementadas a partir de 2012 han aumentado la precarización laboral mediante: a) el abaratamiento y discrecionalidad en los despidos; b) la reducción de la tutela y negociación colectiva; y c) el aumento del poder de la dirección empresarial, que ha introducido unilateralmente cambios en las condiciones de trabajo y la flexibilidad interna. Todas estas reformas, pero especialmente los cambios impuestos en la jornada de trabajo,

²⁵ E. González Gago y M. Segales Kirzner, 2014, *Op. cit.*

²⁶ E. Lombardo, 2013, *Op. cit.*

²⁷ J. Bronte-Tinkew et al., «Resident fathers? pregnancy intentions, prenatal behaviors, and links to involvement with infants», *Journal of Marriage and Family* 69, n. 4, noviembre 2007, pp. 977–90.

²⁸ E. Flouri y A. Buchanan, «What predicts fathers' involvement with their children? A prospective study of intact families», *British Journal of Developmental Psychology* 21, n. 1, 23 marzo 2003, pp. 81–97.

²⁹ L. Artazcoz, I. Cortéz y C. Borrell, «Work and family: 'Double Workload' overburdens women's health», *HesaMag*, 2011.

³⁰ L. Estevan Reina et al., «Doble Presencia: un riesgo psicosocial que evidencia la desigualdad entre hombres y mujeres en la conciliación de la vida familiar y laboral», Universidad de Granada, Granada, 2014.

tienen un impacto negativo sobre la conciliación de la vida laboral, familiar y personal, con una implicación mucho mayor para las mujeres.³¹

Más allá de las políticas neoliberales, la ideología social dominante es profundamente patriarcal. El mercado laboral se comporta bajo la lógica de que el empleo femenino es complementario en el seno del hogar, es decir, que no es el principal sustento del núcleo familiar. Como los patrones y roles de género establecen que las mujeres son las principales responsables del trabajo de cuidados, modalidades contractuales como el tiempo parcial surgen como una solución ‘plausible’ que permite la inserción laboral y la continuidad del trabajo doméstico y de cuidados. Sin embargo, se trata de una lógica perversa por dos motivos principales. Por una parte, porque hombres y mujeres no tienen las mismas oportunidades para acceder a empleos de una mejor calidad. Por otra, porque reproduce las desigualdades sociales de género al no tomar en cuenta que las mujeres con una baja tasa de empleo y una alta tasa de contratos a tiempo parcial tienen una mayor carga de trabajo no remunerado.³²

De este modo, el empleo precarizado (con dimensiones como la temporalidad, bajos ingresos, y falta de poder y beneficios sociales)³³ constituye un fenómeno altamente feminizado.³⁴ Así, las mujeres tienen mayor presencia en categorías con bajos ingresos y contratos temporales, y realizan en mayor medida jornadas a tiempo parcial, voluntaria e involuntariamente.³⁵ Es importante destacar que los contratos temporales compiten con la posibilidad de tener permisos laborales de maternidad, impactando negativamente en la posibilidad de combinar un empleo remunerado y realizar trabajos de cuidados.

Los estudios realizados en España que han analizado analizando la precariedad laboral en forma multidimensional encontraron que las mujeres no sólo tienen mayores niveles de precariedad, sino que ésta tiene un mayor impacto en su salud mental.^{36,37} Ello sugiere la existencia de una interacción entre el género y las asimetrías de poder existentes dentro y

³¹ J. Benach, G. Tarafa y A. Recio, *Sin Trabajo, Sin Derechos, Sin Miedo : las reformas laborales y sus efectos sobre el trabajo y la salud*, Icaria editorial, Barcelona, 2014.

³² A. Elomäki, «The economic case for gender equality in the European Union: selling gender equality to decision-makers and neoliberalism to women’s organizations», *European Journal of Women’s Studies* 22, n. 3, 2015, pp. 288–302.

³³ M. Amable, «La precariedad laboral y su impacto sobre la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España», Tesis, Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, 2006. Disponible en: <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0209109-142541/>.

³⁴ L. F. Vosko, *Managing the margins: gender, citizenship and the international regulation of precarious employment* Oxford University Press, Oxford, 2010.

³⁵ V. Puig Barrachina et al., «How does precarious employment relate to health and job satisfaction in Europe? A gender and cross-national perspective: Vanessa Puig-Barrachina», *Eur J Public Health* 24, n. suppl_2, 1 octubre 2014, pp. cku166.085.

³⁶ A. Vives et al., «Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health», *Journal of Environmental and Public Health* ID 978656, 2013.

³⁷ J. Benach et al., «La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña», *Gaceta Sanitaria* 29, n. 5, 2015, pp. 375–78.

fuera del lugar de trabajo.³⁸ Estudios europeos muestran que la mayoría de dimensiones de precariedad laboral están relacionadas con la insatisfacción laboral³⁹ y una peor salud.⁴⁰

La reforma laboral de 2012, además de fomentar el abaratamiento de los despidos, limita los derechos de las trabajadoras, que tienen que reducir su jornada de trabajo para poder realizar trabajo de cuidados. La nueva regulación amplía las posibilidades de pactar horas complementarias, de manera que el empresariado solo debe avisar con tres días de antelación sobre el día de realización de esas horas. En ese sentido, el contrato a tiempo parcial que antes permitía acceder al mercado laboral, si bien generalmente de forma precaria y conciliar la vida personal y familiar, ahora ha perdido ese objetivo.⁴¹ En cuanto los contratos a tiempo parcial, es importante destacar que, en relación a la salud, la voluntariedad o no del empleo parcial juega un papel muy importante a corto plazo. Trabajar en una jornada parcial involuntariamente se asocia con peores indicadores de salud mental tanto en hombres como en mujeres.⁴² En cambio, el trabajo parcial voluntario se asocia con mejores resultados de salud entre las madres porque les permite una mejor conciliación con el trabajo de cuidados.⁴³ Este carácter positivo del empleo a tiempo parcial en relación con la salud podría desaparecer si este tipo de contratación deja de favorecer la conciliación y solo se asocia a una baja remuneración y pocas posibilidades de mejora laboral.

Los contratos a tiempo parcial tienen otros efectos negativos a largo plazo, como una menor cotización en las pensiones de jubilación. Esto se agrava aún más con las reformas realizadas en el sistema de pensiones que han aumentado la edad de jubilación y los años de contribución necesarios. Por ello, las mujeres tendrán más dificultades para cumplir los requisitos de acceso a una pensión digna.⁴⁴ Este hecho dificultará su autonomía, además de profundizar en la feminización de la pobreza, un fenómeno también estrechamente relacionado con la salud.⁴⁵

³⁸ M. Menéndez et al., «Is precarious employment more damaging to women's health than men's?», *Social Science & Medicine* 64, n. 4, 2007, pp. 776–81.

³⁹ V. Puig Barrachina, *Monitoring employment-related health inequalities in Europe: the case of unemployment and precarious employment*, Tesis doctoral, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 2013.

⁴⁰ V. Puig-Barrachina et al., 2014, *Op. cit.*

⁴¹ J. Benach et al., 2014, *Op. cit.*

⁴² G. Santin et al., «Depressive symptoms and atypical jobs in France, from the 2003 Decennial Health Survey», *American Journal of Industrial Medicine* 52, n. 10, 2009, pp. 799–810.

⁴³ B. Floderus et al., «Self-reported health in mothers: the Impact of age, and socioeconomic conditions», *Women & Health* 47, n. 2, 2008, pp. 63–86.

⁴⁴ S. Ezquerro, «Miradas feministas a los efectos de la crisis», *Viento Sur*, 114, 2011.

⁴⁵ M. Cohen, «Impact of poverty on women's health», *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien*, 40, mayo 1994, pp. 949–58.

Conclusiones

Una alta carga de trabajo total debido a una intensificación del trabajo de cuidados y una precarización del empleo, tiende a empeorar la salud de las mujeres. Una de las propuestas para paliar esta situación, emanada del movimiento feminista, pasa por revalorizar el trabajo de cuidados.⁴⁶ Debido a su devaluación, la mayoría de mujeres viven con una peor calidad de vida y se enfrentan al envejecimiento con menos recursos que los hombres en términos de apoyo familiar, ingresos y bienes disponibles.⁴⁷ Esta pobreza material viene derivada por el hecho de haber empleado mucho tiempo en actividades que bajo el capitalismo no son reconocidas como trabajo. Esta revalorización del trabajo debe traducirse en una nueva organización social de los cuidados,⁴⁸ de la cual forman parte tanto la co-responsabilidad del Estado, como el fomento de la co-responsabilidad dentro del hogar. Esta nueva organización puede mejorar la integración de las mujeres en el mercado laboral, fomentar su capacidad de acceder a un empleo no precarizado, sin necesidad de aceptar jornadas parciales involuntarias o empleos informales.

Bajo la recesión económica se han perdido muchas oportunidades: la oportunidad de obtener un nuevo contrato social de cuidados, la necesidad de mantener y reforzar el Estado del bienestar y la capacidad de introducir la perspectiva de género en todas las políticas. Pero al final de esta cadena lo que hemos perdido en mayor medida es igualdad de género y perderemos la salud, siendo las mujeres las más perjudicadas.

⁴⁶ A. Pérez-Orozco, «Plan B feminista», *El Diario*, 20 febrero 2016. Disponible en: http://www.eldiario.es/sociedad/feminismo-reivindica-protagonista-austeridad-europea_0_486451715.html

⁴⁷ S. Federici, *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*, Traficantes de sueños, Madrid, 2013.

⁴⁸ J. Rubery, 2015, *Op. cit.*