

Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres

Carme Borrell

Resumen

Las teorías clásicas de estratificación social se han basado en la familia como unidad de estratificación, utilizándose la ocupación del hombre como medida de clase social. Estas teorías fueron criticadas sobre todo desde el feminismo, reclamando la visualización de las mujeres en el análisis de la estratificación social. Este artículo describe el concepto de clase social, debate sobre la medida de la clase social en las mujeres y revisa el impacto de las distintas medidas en las desigualdades en salud según clase social en las mujeres.

Abstract

Classical theories of social stratification share the assumption that the family is the unit of stratification, using the occupation of the man as a measure of social class. These theories were criticized from the feminism, claiming that women were not visible in class analysis. This paper reviews the concept of social class, the measurement of women's social class and the impact of different measures of social class on inequalities in health among women.

1. *Desigualdad de salud según clase social*

La desigualdad en salud según clase social se refiere a las distintas oportunidades y recursos que tienen las personas de distintas clases sociales para tener una vida saludable, siendo las personas de las clases sociales más desventajadas las que presentan peor salud¹. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, el concepto de desigualdad en salud tiene una dimensión moral y ética; se refiere a las diferencias en salud que son innecesarias, evitables e in-

¹ MIGUÉLEZ, F.; GARCÍA, T.; REBOLLO, O.; SÁNCHEZ, C.; ROMERO, A. *Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània*. Barcelona: Biblioteca Universitària, Edicions Proa, Universitat Autònoma de Barcelona, 1996.

justas². Alcanzar la igualdad en salud conllevaría que todo el mundo tuviera una oportunidad justa de conseguir una salud óptima.

Las desigualdades en salud según clase social son importantes debido a su gran magnitud ya que estas desigualdades causan un exceso de casos de enfermedad y muerte superior a los casos debidos a los factores de riesgo para la salud tradicionales, como son por ejemplo los estilos de vida (consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, etc.). Además, son desigualdades graduales ya que afectan a toda la población y no sólo a los sectores más pobres. La literatura científica pone en evidencia cómo a medida que se disminuye en la escala social empeoran los niveles de salud. Otro aspecto a tener en cuenta es que las desigualdades están aumentando a pesar de la mejora de los niveles de salud medios de la población, lo que es debido a que la salud de las clases aventajadas mejora más que la salud de las clases desfavorecidas. Finalmente, cabe señalar la “adaptabilidad” de la desigualdad en salud, lo que significa que las personas de clases aventajadas se benefician antes y en mayor proporción de las intervenciones sanitarias, lo que hace que las desigualdades aumenten³. Así, por ejemplo, las personas de clases aventajadas abandonan antes el consumo de tabaco que las personas de otras clases sociales, lo que ha provocado mayores desigualdades entre clases.

Mientras en los países anglosajones el estudio de las desigualdades sociales en salud tiene una larga tradición^{4,5,6}, en el Estado Español no ha sido así. El año 1996 se publicó el informe *Las desigualdades sociales en salud en España*⁷, primer informe que describía las

² WHITEHEAD, M. «The concepts and principles of equity and health». *International Journal of Health Services* 1992; 22(3): 429-445.

³ BENACH, J.; DAPONTE, A.; BORRELL, C.; ARTAZCOZ, L.; FERNÁNDEZ, F. *Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España*. Ponència presentada en el seminari: “El Estado de Bienestar en España”, organitzat pel Programa de Polítiques Públiques i Socials de la Universitat Pompeu Fabra, i patrocinat per la Diputació de Barcelona i la Universidad Menéndez y Pelayo, 18-19 desembre (mimeo), 2003.

⁴ AMICK III, B.; LEVINE, S.; TARLOV, A.; CHAPMAN WALSH, D. (eds). *Society and Health*. New York: Oxford University Press, 1995.

⁵ BERKMAN, L.; KAWACHI, I. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.

⁶ MARMOT, M.; WILKINSON, R.G., eds. *Social determinants of Health*. Oxford: Oxford University press, 1999.

⁷ NAVARRO, V.; BENACH, J. y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades sociales en salud en España. *Las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University (EEUU), 1996.

desigualdades socioeconómicas en salud en profundidad proponiendo políticas específicas para reducirlas. Pero cuando el informe salió a la luz pública, el gobierno del Partido Popular no puso en marcha ninguna de las recomendaciones específicas. A pesar de ello, algunos grupos de investigadores han seguido investigando y describiendo la existencia de estas desigualdades. También se ha descrito el efecto beneficioso de las intervenciones específicas puestas en marcha para disminuir las desigualdades³.

Los estudios de las desigualdades en salud según clase social han incluido mayoritariamente a hombres, siendo los estudios que se han basado en mujeres mucho más minoritarios. Además, como habitualmente se ha medido la clase social a través de la ocupación, la medida de la clase social en las mujeres es más controvertida ya que ellas han entrado mucho más tarde en el mercado de trabajo. El objetivo de este artículo es describir el concepto de clase social, debatir sobre la medida de la clase social en las mujeres y revisar el impacto de las distintas medidas en las desigualdades en salud según clase social en las mujeres.

2. Concepto de clase social

Los dos teóricos de las aproximaciones clásicas a la conceptualización de la clase social fueron Karl Marx y Max Weber^{8,9,10}. Sus marcos conceptuales se desarrollaron para ayudar a entender la sociedad nacida de la revolución industrial y el primer capitalismo industrial. Según Marx, las relaciones de clase se producen a través de las relaciones sociales de producción y más concretamente, de la propiedad de los medios de producción. Las dos clases sociales en las primeras etapas de la sociedad capitalista eran la *burguesía* y el *proletariado*; la primera, propietaria de los medios de producción, explotaba y dominaba a la segunda, que sólo poseía su fuerza de trabajo y la tenía que vender para sobrevivir. Para Marx, las clases sociales son fuerzas sociales que transforman las sociedades a lo largo de la historia. La aportación conceptual de Weber postulaba que,

⁸ FEITO, R. *Estructura social contemporánea. Las clases sociales en los países industrializados*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1995.

⁹ CROMPTON, R. *Clase y estratificación. Una introducción a los debates actuales*. Madrid: Tecnos, 1993.

¹⁰ WRIGHT, E.O. *Class counts: comparative studies in class analysis*. Cambridge University Press, 2000.

además de los medios de producción, también eran importantes el poder, las diferencias económicas, los conocimientos técnicos y las cualificaciones, el prestigio social y la identificación con valores culturales. En este sentido, las situaciones de clase reflejarían las distintas oportunidades vitales derivadas del mercado y del consumo.

En el siglo XX estos marcos conceptuales han sido revisados y actualizados para adaptar el análisis de clases y de la estructura social a las sociedades actuales, existiendo teóricos que han realizado propuestas concretas, como por ejemplo Erik Olin Wright (neo-marxista)^{8,10} y John Goldthorpe (neo-weberiano)^{8,9}.

Wright considera que “las estructuras de clase designan mecanismos reales, procesos causales que existen independientemente del teórico”¹⁰. Basándose en Marx, postula que los mecanismos de clase generan 3 efectos: los intereses materiales, la experiencia vivida y la capacidad colectiva. Los “intereses materiales” se basan en que las relaciones sociales de producción distribuyen tanto el bienestar económico (el paquete trabajo-ocio-ingreso) como el poder económico (el control sobre el plusproducto o el producto social que queda después de que todos los factores de producción se han reproducido). El interés por mantener el bienestar económico y el poder se conectan mediante el concepto de “explotación”. Según Wright, para que exista explotación el bienestar material de un grupo de gente (los que explotan) depende de las privaciones materiales de otros (los explotados), hecho que implica la exclusión asimétrica de los explotados del acceso a los recursos productivos. Ello se traduce en que los que controlan los recursos productivos relevantes se apropian de los frutos del trabajo de los explotados o sea del plusproducto generado. Las clases sociales relacionalmente definidas no tienen simplemente diferentes intereses materiales, tienen intereses materiales antagónicos, que son la base del conflicto de clases.

La “experiencia vivida” se refiere a la serie de prácticas que imponen las relaciones sociales de producción a las personas insertas en estas relaciones. Así por ejemplo, en el modo de producción capitalista puro, la clase obrera comparte tres experiencias vividas: el obrero vende su fuerza de trabajo, es dominado y controlado y está incapacitado para controlar el plusproducto. La “capacidad colectiva” se refiere a que los miembros de una misma clase deberían tener la capacidad potencial para la acción colectiva y consecuentemente la capacidad potencial de organizar la sociedad según sus intereses.

La tradición weberiana conceptualiza la clase social basándose en las “oportunidades vitales”. Según Weber, la situación de clase se da

cuando un cierto número de personas tiene en común un componente causal específico de sus oportunidades vitales, en tanto este componente está exclusivamente representado por intereses económicos en la posesión de bienes y oportunidades de ingresos y bajo condiciones de los mercados o bienes de trabajo^{8,9}.

El indicador de clase social más utilizado en los estudios empíricos sociológicos ha sido la ocupación⁹. El concepto de ocupación se refiere al tipo de actividad laboral realizada, es un concepto tecnológico y cultural, no de clase social; sin embargo, dada su correlación con la clase tanto en el sentido weberiano como marxista, junto a su alta disponibilidad, se usa como un indicador de clase social¹¹. A pesar de que en salud pública también se usan otros indicadores de posición socioeconómica (nivel de estudios, ingresos, etc.), en este artículo nos referiremos a la clase social basada en la ocupación¹¹. Por ello, es necesario diferenciar los esquemas que tratan de hacer una descripción de la estructura o posiciones de *clases*, de los esquemas conceptuales que intentan medir las relaciones de *clase*. Entre los primeros se puede incluir la clasificación del *British Registrar General* y entre los segundos podemos destacar las clasificaciones de Goldthorpe y de Wright.

En el ámbito de la salud, en el Estado Español la medida de clase social que se ha utilizado más es la propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología¹², que se ha basado en la clasificación del *British Registrar General*. Esta clasificación se basa en hacer un ordenamiento de las ocupaciones, derivando 5 clases que son: clase I: directivos y técnicos superiores, clase II: técnicos medios, artistas y deportistas, clase III: administrativos y técnicos de apoyo, clase IV: profesiones manuales cualificadas y semi-cualificadas, clase V: profesiones manuales no cualificadas.

La clasificación propuesta por Wright se basa en el concepto de “intereses materiales”, y concretamente en los bienes de capital (propiedad de los medios de producción), bienes de organización (nivel de autoridad en una empresa) y bienes de cualificación (titulación obtenida). A partir de estos 3 ejes propone una clasificación basada en 12 posiciones de clase en la estructura social. Sólo muy reciente-

¹¹ KRIEGER, N.; WILLIAMS, D.R.; MOSS, N.E. «Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines». *Annu Rev Public Health* 1997; 18: 341:378.

¹² Grupo SEE y Grupo SEMFyC. «Una propuesta de medida de clase social». *Atención Primaria* 2000; 25: 350-63.

mente esta clasificación se ha utilizado en el ámbito de la salud en nuestro país^{13,14}.

Goldthorpe propone una agrupación de clases a partir de las ocupaciones, las cuales son caracterizadas en función de sus niveles de renta, su seguridad económica, su posibilidad de ascenso económico y también por su localización en las jerarquías de control y de autoridad en los lugares de trabajo. Se constituyen 7 clases agrupadas en: clase de servicio (I Profesionales superiores, directivos y grandes empleadores; II Profesionales de nivel medio y pequeños empleadores), clases intermedias (III Empleados no manuales y trabajadores de seguridad; IV Pequeños propietarios, artesanos y agricultores; V Supervisores de trabajadores manuales) y clase obrera (VI Trabajadores manuales cualificados; VII Trabajadores manuales semicualificados, no cualificados y agrarios)⁸.

3. La medida de la clase social en las mujeres

Las teorías clásicas de estratificación social se han basado en la familia como unidad de estratificación. El hombre, la mujer, los niños y niñas que viven en una misma unidad familiar, ocupan la misma posición de clase ya que se asume que comparten los mismos intereses económicos¹⁵. Estas teorías han enfatizado que los intereses de clase de la unidad familiar pueden tenerse en cuenta utilizando la clase social del hombre (basada en su ocupación) como medida de clase de toda la unidad familiar. Por lo tanto, las mujeres no se tienen en cuenta en la investigación sobre estratificación social, habiéndose considerado el análisis de la estratificación social "ciego" al género ("gender-blind")¹⁶.

Goldthorpe, en 1983, defendió esta postura basándose precisamente en las desigualdades de género especialmente en la participación en el mercado de trabajo y en consecuencia, la dependencia de

¹³ MUNTANER, C.; BORRELL, C.; BENACH, J.; PASARÍN, M.I.; FERNÁNDEZ, E. «The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population». *Int J Epidemiol* 2004.

¹⁴ BORRELL, C.; MUNTANER, C.; BENACH, J.; ARTAZCOZ, L. «Social class and self-perceived health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour». *Soc Sci Med* (en prensa).

¹⁵ SORENSEN, A. «Women, family and class». *Annu Rev Sociol* 1994; 20: 27-47.

¹⁶ CROMPTON, R. «Class theory and gender». *British J Sociol* 1989; 40: 565-87.

las mujeres respecto a sus parejas. El hombre es el que tiene un compromiso pleno con la participación en el mercado laboral. Además, según este autor, las mujeres tienen una participación menos importante en el sistema de clases ya que trabajan menos años que sus parejas y además interrumpen más frecuentemente su trabajo a causa de sus cargas reproductivas. Según Goldthorpe, el tiempo, la duración y el carácter del trabajo de las mujeres está muy condicionado por sus responsabilidades domésticas y familiares y por la clase social “derivada” (de sus parejas) a la que pertenecen estas mujeres¹⁷.

Wright hizo cuatro críticas principales a la tesis de Goldthorpe¹⁸. En primer lugar señaló que, aunque todos los miembros de la familia se pueden beneficiar de los ingresos del hogar, ello no implica que compartan los mismos intereses respecto a estos ingresos. Las mujeres casadas pueden tener intereses individuales en sus propios ingresos, ya que les proporcionan poder dentro del hogar y además pueden serles útiles en el futuro (en caso de divorcio). Además, los intereses de clase no sólo se basan en el nivel de ingresos, existen intereses ligados a la posición que se ocupa en el trabajo (autonomía y dominación) que pueden ser distintos para el hombre y la mujer de una misma unidad familiar. De hecho, la segregación vertical en el trabajo significa que las mujeres ocupan menos frecuentemente cargos de responsabilidad que los hombres. Otro aspecto a tener en cuenta es que son los individuos y no las familias los que se involucran en la lucha de clases, lo cual dependerá del puesto de trabajo que ocupan cada una de las personas. Finalmente, el peso relativo de la clase social de cada uno de los miembros de la pareja, en la formación del carácter de clase de la familia como un todo, es variable y dependerá de cómo se involucren cada uno de los miembros en su clase social (derivada de su trabajo).

Wright distingue entre las relaciones *directas* de los individuos con los recursos productivos y las relaciones *mediadas* a través de otros miembros de la familia. En este sentido, para ciertas personas, la localización en las posiciones de clase son totalmente mediadas, como es el caso de los niños y niñas; pero para las mujeres trabajadoras que viven en pareja, influyen tanto las relaciones directas co-

¹⁷ GOLDTHORPE, J.H. «Women and class analysis: in defence of the conventional view». *Sociology* 1983; 17(4): 465-488.

¹⁸ WRIGHT, E.O. «Women in the class structure». *Polit Soc* 1989; 17: 35-66.

mo las mediadas (a través de su pareja), siendo ambas importantes¹⁸.

La teoría convencional también fue criticada sobre todo desde el feminismo, reclamando la visualización de las mujeres, al igual que de los hombres, en el análisis de la estratificación social. Se puso en evidencia que es desde la visión patriarcal desde donde se enfatiza que la persona cabeza de familia es el hombre y se señaló la importancia de estudiar a las mujeres en sí mismas, utilizando la clase social de la propia mujer^{19,20,15}. La aportación que hacen las mujeres a la unidad familiar es suficientemente importante como para cambiar las oportunidades de las familias²¹. Desde esta visión se hacen diversas críticas a la teoría convencional. Una de ellas es que cada vez es más difícil definir a la familia y al “cabeza” de familia, sobre todo debido a que en las sociedades capitalistas avanzadas la familia nuclear no es el tipo de familia que suele predominar. Además, las mujeres que viven en una familia nuclear una parte de su vida no tienen el mismo acceso a los recursos que los hombres y por lo tanto no tienen las mismas oportunidades. Finalmente, la división del trabajo del hogar asigna a la mujer la mayoría de las tareas, incluso cuando además realiza un trabajo fuera del hogar, lo que tiene un impacto importante en el acceso a un trabajo fuera del hogar²². Por otro lado, entre las mujeres ocupadas, la clase social ocupacional no es sólo una aproximación a los recursos económicos y materiales de la vida privada, sino también a las condiciones de trabajo²³.

Los cambios en el mercado laboral han facilitado la adopción de medidas de clase que tengan en cuenta a las mujeres, ya que la incorporación de la mujer al trabajo productivo se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas. Así, por ejemplo, en el Estado Español las tasas de actividad en las mujeres han aumentado

¹⁹ ACKER, J. «Women and social stratification: a case of intellectual sexism». *Am J Sociol* 1973; 78: 936-45.

²⁰ HAUG, M.R. «Social class measurement and women's occupational roles». *Social Forces* 1973; 52: 1-13.

²¹ STANWORTH, M. «Women and class analysis: a reply to John Goldthorpe». *Sociology* 1983; 18: 159-70.

²² BAXTER, J. «Is husband class enough? Class locations and class identity in the United States, Sweden, Norway and Australia». *Am Sociol Review* 1994; 59: 220-35.

²³ ROHLFS, I.; ANDRÉS, J. DE; ARTAZCOZ, L.; RIBALTA, M.; BORRELL, C. «Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres». *Med Clin* 1997; 108: 566-571.

de 27,1% en 1980 a 42,2 % a finales del 2002²⁴. De todos modos, debe tenerse en cuenta que a pesar del aumento de la actividad en las mujeres, las tasas son aún inferiores a las de los hombres, siendo además las tasas de desempleo y de trabajo precario (trabajo temporal, trabajo sin contrato...) más elevadas en las mujeres²⁵.

Desde el campo de las ciencias sociales se han realizado distintos estudios empíricos que han relacionado las distintas medidas de clase social de la mujer (individuales y de la pareja) con la identificación subjetiva de clase, la movilidad social o el hecho de cambiar de clase social¹⁵, las preferencias del voto^{15,26,27}, la fertilidad²⁶ y la identidad de clase^{18,22,28}, describiendo que los comportamientos no siempre pueden explicarse por la clase social del hogar, siendo a menudo necesario tener en cuenta también la clase social individual.

4. Impacto de las medidas en las desigualdades en salud según clase social en las mujeres

Existen pocos estudios que hayan analizado las desigualdades en salud teniendo en cuenta distintas medidas de clase social para las mujeres y la mayoría de ellos han sido realizados en Gran Bretaña, aunque también existen estudios realizados en otros países. Estos trabajos suelen comparar distintos indicadores de clase social, uno individual –la “clase social individual”– que atribuye a todas las mujeres con un trabajo remunerado o con un trabajo anterior la clase social basada en su propia ocupación, y dos medidas basadas en el hogar, la “clase social convencional” y la “clase social dominante” (también llamada “neutra al género”). La “clase social convencional” atribuye a las mujeres la clase del marido o de la persona cabeza de

²⁴ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <http://www.mtas.es/estadisticas/BEL/EPA/epa5.htm>

²⁵ SANTOLARIA, E.; FERNÁNDEZ, A.; DAPONTE, A. El sector productivo. En: BORRELL, C.; GARCÍA-CALVENTE, M.M.; MARTÍ-BOSCÀ, J.V. (eds). «Informe SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social». *Gaceta Sanitaria* 2004 (Suplemento 1): 24-30.

²⁶ HEATH, A.; BRITTEN, N. «Women's jobs do make a difference: a reply to Goldthorpe». *Sociology* 1984; 18: 475-90.

²⁷ MARSHALL, G.; ROBERTS, S.; BURGOYNE, C.; SWIFT, A.; ROUTH, D. «Class, gender and the asymmetry hypothesis». *Eur Sociol Review* 1995; 11: 1-15.

²⁸ CHARLES, N. «Women and class-a problematic relationship?». *Sociological Review* 1990; 38: 42-69.

familia y, en algunos estudios, cuando éste no tiene trabajo remunerado o las mujeres están solteras o no viven en pareja se les asigna la clase social basada en su propia ocupación. La clase social “dominante” atribuye al individuo la ocupación más privilegiada del hogar y ha sido considerada “neutra al género” porque tanto la ocupación de la mujer como del hombre pueden ser utilizadas, no implicando que la ocupación masculina deba prevalecer.

Existen estudios que han analizado las desigualdades en el hecho de morir prematuramente en mujeres según la clase social teniendo en cuenta tanto la clase social individual como la convencional (obtenida a partir de la ocupación del hombre). Moser y colaboradores²⁹ compararon la mortalidad en mujeres británicas de 15 a 59 años según clase social (agrupando las ocupaciones de “cuello azul” o manuales y las de “cuello blanco” o no manuales) en el periodo 1976-81. En las mujeres casadas y trabajadoras, las diferencias entre las dos medidas de clase fueron muy pequeñas y las mujeres de ocupaciones manuales presentaban tasas de mortalidad más altas que las de las no manuales. Estas desigualdades fueron más importantes en las mujeres casadas no ocupadas y las solteras (obteniéndose en las primeras la clase social a través de la ocupación del marido y en las segundas a través de la propia ocupación). Martikainen³⁰ analizó la mortalidad en el periodo 1981-85 en hombres y mujeres de 35 a 64 años casados de Finlandia, no encontrando diferencias importantes entre las dos medidas de clase social (individual y de la pareja).

Arber y colaboradores, utilizando los datos de la Encuesta de Salud Británica (*British General Household Survey*) han realizado diversos trabajos comparando distintas medidas de clase social de las mujeres y su impacto en distintos indicadores de salud (el hecho de tener limitaciones para realizar la actividad habitual como trabajar, estudiar, etc.; la mala salud percibida y la presencia de discapacidades). Tuvieron en cuenta la clase social convencional, la individual y la dominante^{31,32,33,34}. Las desigualdades eran ligeramente mayores

²⁹ MOSER, K.A.; PUGH, H.S.; GOLDBLATT, P. «Inequalities in women's health: looking at mortality differentials using an alternative approach». *BMJ* 1988; 296: 1221-4.

³⁰ MARTIKAINEN, P. «Socioeconomic mortality differentials in men and women according to own and spouse's characteristics in Finland». *Sociology of Health and Illness* 1995; 17: 353-75.

³¹ ARBER, S. «Gender and class inequalities in health: understanding the differentials». En: FOX, J. (ed). *Health inequalities in European Countries*. Aldershot: Gower Publishing Company, 1989.

al tener en cuenta la clase dominante. Al comparar la clase convencional con la individual, las desigualdades eran un poco más acusadas con la clase social convencional^{31,35}. Según los autores, debe tenerse en cuenta que la distribución de las ocupaciones en las clases sociales del *British Registrar General* no son las mismas en los hombres y en las mujeres: mientras los hombres están en mayor porcentaje en las clases I (profesionales), II (ocupaciones intermedias) y IV (profesiones manuales semi-cualificadas), las mujeres están mayoritariamente en la III (trabajadores/as cualificados/as manuales y no manuales) y la V (profesiones manuales no cualificadas).

Arber enfatiza que las ventajas de la clase social dominante son que se puede aplicar en todos los hogares, que es fácil de obtener y que no tiene sesgo de género³¹. En estos estudios, los autores también utilizan otros indicadores de nivel socioeconómico que pueden ser útiles como son la propiedad de la vivienda y de coche^{31,33,34}. Además, según Arber y colaboradores, para conocer las desigualdades sociales en salud en las mujeres y los hombres, no sólo es importante analizar y comparar diversos indicadores de nivel socioeconómico como el nivel de estudios, la ocupación y la situación laboral de las mujeres (incluyendo el tipo de jornada laboral), sino que también es necesario examinar sus posibles interrelaciones, el entorno material y los papeles familiares medidos con el estado civil y el hecho de tener hijos/as; incluyendo además el compromiso de la pareja con los trabajos reproductivos que incluyen tanto el trabajo doméstico como el cuidado de los hijos/as y de otras personas dependientes del hogar ^{31,33,34, 36,37,38}.

Utilizando datos de una encuesta de salud realizada en 1983 en Noruega, Dahl³⁹ describió cómo 4 diferentes medidas de estratifica-

³² ARBER, S. «Social class, non-employment and chronic illness: continuing the inequalities in health debate». *BMJ* 1987; 294: 1069-73.

³³ ARBER, S. «Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status». *Soc Sci Med* 1991; 32: 425-436.

³⁴ ARBER, S., GINN, J. «Gender and inequalities in health in later life». *Soc Sci Med* 1993; 36: 33-46.

³⁵ ARBER, S. «Social class, non-employment, and chronic illness: continuing the inequalities in health debate». *BMJ* 1987; 294: 1069-1073.

³⁶ ARBER S. «Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s». *Soc Sci Med* 1997; 44: 773-88.

³⁷ ARBER, S.; LAHELMA, E. «Women, paid employment and ill-health in Britain and Finland». *Acta Sociologica* 1993; 36: 121-138

³⁸ ARBER, S.; LAHELMA, E. «Inequalities in women's and men's ill-health: Britain and Finland compared». *Soc Sci Med* 1993; 37: 1055-1068.

³⁹ DAHL, E. «Social inequality in health - the role of the healthy worker effect». *Soc Sci Med* 1993; 36: 1077-1086

ción social en las mujeres a través de la agrupación de ocupaciones (clase social convencional, individual, dominante y “pre-guerra” [“pre-war”]) podían discriminar las desigualdades sociales en un indicador compuesto de salud que recogía la presencia de trastornos crónicos, los síntomas de trastorno nervioso, las discapacidades en la vista y el oído y la reducida capacidad funcional. El indicador bautizado de “pre-war” por el autor combinaba los indicadores de clase social individual y convencional, utilizando el convencional para las mujeres casadas antes de la guerra (1940) por sus relaciones más débiles con el mercado laboral, y en cambio utilizaba el individual para las casadas posteriormente. Este autor observó que el impacto de las desigualdades sociales en salud era más evidente al atribuirse a las mujeres la clase social ocupacional del marido / persona cabeza de familia (clase social convencional) en lugar de la clase obtenida por su propia ocupación (clase individual). Para justificar sus resultados, el autor argumenta que las condiciones del hogar y los estilos de vida provienen principalmente de los ingresos de la persona cabeza de familia, y por lo tanto están más fuertemente relacionados con la salud de la mujer que su propia ocupación.

Krieger comparó distintas medidas de clase social en 50 mujeres de raza negra y 51 de raza blanca de Alameda County (California, EE.UU.). Dos de las medidas fueron obtenidas por entrevista (la clase social individual y la dominante) y otras dos fueron medidas de clase social basadas en indicadores socioeconómicos obtenidos del censo de habitantes: una se basaba en datos de “blocks”, que son unidades censales que incluyen 1000 personas residentes (equivaldría a una manzana) y otra en datos de “census tracts”, que son unidades censales que incluyen 4000 personas residentes (equivaldría a una sección censal). Los indicadores de salud estudiados fueron de salud reproductiva (el número de embarazos llevados a término, la edad del primer embarazo y el porcentaje de embarazos prematuros). La medida de clase social del hogar (clase dominante) y la del censo basada en datos de “blocks” se relacionaban mejor con las desigualdades en salud que la clase social individual⁴⁰.

Más recientemente, Krieger, Chen y Selby⁴¹ han analizado en Oakland (EE.UU.) la magnitud de las desigualdades en 10 indicadores

⁴⁰ KRIEGER, N. «Women and social class: a methodological study comparing individual, household, and census measures as predictors of black/white differences in reproductive history». *J Epidemiol Community Health* 1991; L45: 35-42.

⁴¹ KRIEGER, N.; CHEN, J.T.; SELBY, J.V. «Comparing individual-based and household-based measures of social class to assess class inequalities in women's he-

de salud (percibidos, de salud física y de medidas de laboratorio) de las mujeres utilizando también 4 medidas de la clase social basadas en la ocupación según la propuesta de E.O. Wright que tiene en cuenta las relaciones sociales de producción. Compararon 4 medidas: la convencional, la individual, la dominante y los grupos obtenidos al tener en cuenta tanto la ocupación de la mujeres, como la de su pareja. Este estudio ha encontrado que la medida que discrimina mejor la salud de las mujeres es la dominante que los autores denominan neutra al género (“gender-neutral”) ya que no es una clasificación sexista. Estos autores recomiendan la utilización de la aproximación dominante o “gender-neutral” en los estudios epidemiológicos y, si se tiene una muestra suficiente, también utilizar grupos de ocupaciones que tengan en cuenta las ocupaciones de la mujer y su pareja. Posteriormente, los mismos autores han analizado en la misma población la influencia en la salud de las mujeres de la clase social de la infancia (a través de la ocupación de los padres) y la clase social “gender-neutral” de la mujer adulta⁴².

En un estudio reciente realizado con datos de la encuesta de salud de Barcelona 2000 se obtuvo la clase social de las mujeres según la clasificación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología¹² (que se basa en la clasificación británica) a partir de la ocupación actual o anterior de la propia mujer, del cabeza de familia (que en el 93 % de los casos se refiere a la del hombre), de la ocupación más privilegiada de las dos anteriores y siguiendo un método mixto: la propia ocupación en las mujeres que trabajan actualmente o que han trabajado anteriormente y la del cabeza de familia en las que nunca han trabajado. Los indicadores de salud estudiados fueron el estado de salud percibido, la presencia de 4 o más trastornos crónicos y el sobrepeso. Se analizó para las mujeres que trabajaban o habían trabajado anteriormente que vivían en pareja y para todas las mujeres. Los resultados variaban según el indicador de salud utilizado y el grupo de mujeres analizadas, pero las medidas que evidenciaban mayormente las desigualdades fueron la clase social dominante y la mixta.

Algunas autoras y autores afirman que la clase social obtenida por la ocupación proporciona una visión más precisa del entorno

alth: a methodological study of 684 US women». *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 612-623.

⁴² KRIEGER, N.; CHEN, J.T.; SELBY, J.V. «Class inequalities in women’s health: combined impact of childhood and adult social class – a study of 630 US women». *Public Health* 2001; 115: 175-85.

del hombre que del entorno de la mujer⁴³ y que la jerarquía ocupacional no refleja las peores condiciones del trabajo femenino⁴⁴. Han destacado la importancia de la medida concomitante tanto de la posición individual como de la de la familia para entender realidades sociales complejas, principalmente las que reflejan nuevos tipos de convivencia y también la importancia cada vez mayor de los ingresos femeninos en el presupuesto familiar^{11,31}.

Se ha enfatizado que el hecho de desempeñar múltiples papeles tiene un importante impacto en la salud de las mujeres y por ello se ha investigado sobre la relación entre los papeles reproductivos, la participación en el mercado de trabajo y la salud. Así, mientras en los hombres el trabajo fuera de casa sería su papel central y por tanto las medidas de clase basadas en la ocupación pueden “capturar” bien su posición social, en las mujeres no sólo la situación laboral es más heterogénea (la proporción de mujeres fuera del mercado laboral continúa siendo muy alta), sino que los papeles familiares, como el estado civil o la situación de convivencia y de maternidad, ocuparían una posición mucho más importante en sus trayectorias vitales^{43,45}.

Arber y Khlát⁴⁶ señalan que aun considerando las enormes variaciones culturales y sociales a lo largo del planeta, las mujeres siguen teniendo una relación más débil con el mercado de trabajo, con mayores niveles de trabajo a tiempo parcial o bien con el abandono del trabajo remunerado durante el tiempo de crianza de los hijos. Incluso en las sociedades donde las mujeres han conquistado una mayor independencia económica y se han impulsado políticas de igualdad de oportunidades, sigue habiendo patrones persistentes de discriminación laboral, menores sueldos, así como menor poder, autonomía e independencia de las mujeres al compararse con los hombres^{47,48}.

⁴³ SACKER, A.; FIRTH, D.; FITZPATRICK, R.; LYNCH, K.; BARTLEY, M. «Comparing health inequality in men and women: prospective study of mortality 1986-96». *BMJ* 2000; 320: 1303-7.

⁴⁴ MESSING, K.; PUNNETT, L.; BOND, M.; ALEXANDERSON, K.; PYLE, J.; ZAHM et al. «Be the fairest of them all: challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research». *Am J Industrial Medicine* 2003; 43: 618-629.

⁴⁵ SORENSEN, G.; VERBRUGGE, L.M. «Women, work, and health». *Annu Rev Public Health*. 1987; 8: 235-251.

⁴⁶ ARBER, S.; KHLAT, M. «Introduction to ‘social and economic patterning of women’s health in a changing world’». *Soc Sci Med* 2002; 54: 643-647.

⁴⁷ BARTLEY, M. «Measuring women’s social position: the improvement of theory» (editorial). *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 601-602.

. Al estudiar las desigualdades en salud según la clase social y el género deberán tenerse en cuenta estas diferencias entre hombres y mujeres.

5. Conclusiones

Los estudios de las desigualdades en salud según la clase social y según el género frecuentemente se han realizado de forma separada; en el primer caso comparando la salud entre clases sociales, sin realizar un análisis de género y en el segundo comparando la salud de hombres y mujeres sin tener en cuenta la clase social. Ambos enfoques deben ser integrados, ya que como personas pertenecemos tanto a una clase social como a un género. Por ello es importante estudiar qué tipo de medida debe utilizarse para medir la clase social en las mujeres.

Este artículo ha puesto en evidencia que las desigualdades en salud no difieren demasiado según la medida ocupacional utilizada. De todos modos, la utilización de otras aproximaciones a la clase social o de otros indicadores de salud podría evidenciar otros resultados.

Tal como se ha comentado anteriormente, la obtención de la clase social a través de la ocupación más privilegiada tiene diferentes ventajas. Entre ellas cabe señalar que es neutra al género o no sexista, ya que no presupone que la medida de la clase social del hogar se tiene que basar en la ocupación del hombre; que cuando la clase dominante es una clase menos privilegiada (como por ejemplo un trabajador o trabajadora de una ocupación manual) implica que los dos miembros de la pareja tienen una ocupación igual o inferior a esta, y finalmente que es una medida fácil de obtener³¹. Para ello, en las encuestas de salud por entrevista sería necesario recoger la ocupación de la persona entrevistada y de la persona cabeza de familia; y en el caso de que la persona entrevistada fuera el cabeza de familia, sería interesante tener también la ocupación de su pareja (si es una persona que vive en pareja).

De todos modos, la clase social ocupacional no es el único determinante de las desigualdades en salud, otros indicadores de privación material o de posición socioeconómica, como el nivel de estu-

⁴⁸ DOYAL, L. «Sex, gender and health: the need for a new approach». *BMJ* 2001; 323: 1061-3.

C. Borrell

dios o de ingresos, pueden ser importantes¹¹. Por ello, según los objetivos del estudio que se quiera llevar a cabo, deberá utilizarse un indicador u otro, o varios de ellos conjuntamente.

Agradecimientos

Este artículo se basa parcialmente en una publicación actualmente en prensa: Carme Borrell, Izabella Rohlf, Lucia Artazcoz, Carles Muntaner: «Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida utilizado?», en *Gaceta Sanitaria*.

Mayo de 2004