

# Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?

Carme Borrell<sup>a,b</sup> / Izabella Rohlf<sup>b,c</sup> / Lucía Artazcoz<sup>a,b,d</sup> / Carles Muntaner<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS.

<sup>c</sup>Regidor. Universitat de Girona. Girona. España.

<sup>d</sup>Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

<sup>e</sup>Departments of Behavioral and Community Health Nursing and Epidemiology and Preventive Medicine. University of Maryland. Baltimore. Estados Unidos.

Correspondencia: Carme Borrell. Agència de Salut Pública de Barcelona.  
Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.  
Correo electrónico: cborrell@imsb.bcn.es

Recibido: 3 de octubre de 2003.

Aceptado: 4 de diciembre de 2003.

(Inequalities in health related to social class in women. What is the effect of the measure used?)

## 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.

Los objetivos de este artículo son revisar la medida de la clase social en las mujeres, así como los estudios que han analizado las desigualdades en salud en las mujeres según distintas medidas de clase social, y analizar, como un ejemplo, las diferencias de los distintos medidas a partir de los datos de la encuesta de salud de Barcelona 2000.

Hay pocos estudios que hayan analizado las desigualdades en salud teniendo en cuenta distintas medidas de clase social para las mujeres. La mayoría de ellos han sido realizados en Gran Bretaña, aunque también existen trabajos realizados en otros países. Estos estudios suelen comparar distintos indicadores de clase social: la «clase social convencional», que atribuye a las mujeres la clase social del marido o de la persona cabeza de familia (medida de hogar), la «clase social individual», que atribuye a las mujeres la clase social basada en su propia ocupación, y la clase «dominante», que se basa en la atribución de la clase social más privilegiada del hogar. El impacto de las distintas medidas en las desigualdades en salud varía según el tipo de estudio, pero suele ser más importantes al utilizar tanto la medida convencional como la dominante. Los datos de la encuesta de salud de Barcelona del año 2000 muestran que existen desigualdades de clase con las 3 medidas, y la repercusión varía según el tipo de indicador de salud analizado y el grupo de mujeres seleccionadas.

La obtención de la clase social a través de la ocupación dominante tiene ventajas: es neutra al género o no sexista, cuando la clase dominante es una clase menos privilegiada (p. ej., trabajador manual) implica que los 2 miembros de la pareja tienen una ocupación igual o inferior a ésta y, finalmente, es fácil de obtener.

**Palabras clave:** Clase social. Medidas. Desigualdades en salud. Métodos de investigación.

## Abstract

Classical theories of social stratification share the assumption that the family is the unit of stratification, using the man's occupation as a measure of social class. These theories were criticized by feminism, which claimed that women were not visible in class analysis. The present article aims firstly to review measurement of women's social class, secondly to review studies on the impact of different measures of social class on inequalities in health among women, and thirdly to illustrate the differences among alternative measures, using data from the Barcelona Health Interview Survey 2000 as an example.

There are few studies analyzing inequalities in health among women that take into account several measures of social class; most studies have been performed in the United Kingdom, although some studies have been conducted in other countries. Typically, these studies compare several social class indicators: the «conventional social class» measure, which uses the husband's occupation or that of the head of household (a household measure); the «individual social class» measure, which uses women's occupation, and the «dominant social class» measure, which allocates an individual the highest social class within a household (also a household measure). The impact of the various measures on inequalities in health varies according to the study performed, but is usually greater with the conventional and dominant approaches. Data from the Health Interview Survey of Barcelona 2000 show the existence of inequalities in health using these three approaches, with varied impact according to the health indicators used and women's characteristics.

The «dominant social class» measure has several advantages: it is gender-blind and is not sexist. When the dominant social class is a less privileged class (i.e. manual laborer) it means that both partners have an occupation equal to or lower than this measure. Finally, this indicator is easily obtained.

**Key words:** Social class. Measures. Inequalities in health. Research methods.

## Introducción

Los 2 teóricos de las aproximaciones clásicas a la conceptualización de la clase social fueron Karl Marx y Max Weber<sup>1-3</sup>. 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 2 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 eran fuerzas sociales que transforman las sociedades a lo largo de la historia.

La aportación conceptual de Weber postulaba que, 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, y hay teóricos que han realizado propuestas concretas, como, por ejemplo, Erik Olin Wright (neomarxista)<sup>1,3</sup> y John Goldthorpe (neoweberiano)<sup>1,2</sup>.

El indicador de clase social más utilizado en los estudios empíricos sociológicos ha sido la ocupación<sup>2</sup>. 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 social<sup>4</sup>. 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 ocupación<sup>4</sup>. 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 (en la cual se basa la Clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología<sup>5</sup>), y entre los segundos podemos destacar las clasificaciones de Goldthorpe y de Wright.

Los objetivos de este artículo son revisar la medida de la clase social en las mujeres, revisar los estudios que han analizado las desigualdades en salud en las mujeres según distintas medidas de clase social y

analizar, como un ejemplo, las diferencias de las distintas medidas utilizando datos de la encuesta de salud de Barcelona 2000.

## 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 y las criaturas que viven en una misma unidad familiar ocupan la misma clase social ya que se asume que comparten los mismos intereses económicos<sup>6</sup>. 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 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*)<sup>7</sup>.

En 1983, Goldthorpe defendió esta postura basándose precisamente en las desigualdades de género, especialmente en la participación en el mercado de trabajo y, por tanto, la dependencia de 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 mujeres<sup>8</sup>.

Wright hizo 4 críticas principales a la tesis de Goldthorpe<sup>9</sup>.

1. 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).

2. 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.

3. Son los individuos y no las familias los que se involucran en la lucha de clases, lo cual dependerá del puesto de trabajo que ocupa cada una de las personas.

4. 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 involucre cada uno de los miembros en su clase social (derivada de su trabajo).

Así, 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 las criaturas; pero para las mujeres trabajadoras, influyen tanto las relaciones directas como las mediadas, y ambas son importantes<sup>9</sup>.

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 donde se enfatiza que la persona cabeza de familia es el hombre y se señaló la importancia de estudiar a las mujeres en ellas mismas, utilizando la clase social de la propia mujer<sup>6,10,11</sup>. La aportación que hacen las mujeres a la unidad familiar es suficientemente importante como para cambiar las oportunidades de las familias<sup>12</sup>. Desde esta visión se hacen 3 críticas principales a la teoría convencional: a) 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; b) 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 tanto, no tienen las mismas oportunidades, y c) la división del trabajo del hogar asigna a la mujer la mayoría de las tareas, incluso cuando está empleada, lo que tiene un impacto importante en el acceso a un trabajo fuera del hogar<sup>13</sup>. 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 trabajo<sup>14</sup>.

Los cambios en el mercado laboral han facilitado la adopción de otras 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 del 27,1% en 1980 al 42,2% a finales de 2002<sup>15</sup>.

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<sup>6</sup>, las preferencias del voto<sup>6,16,17</sup>, la fertilidad<sup>16</sup> y la identidad de clase<sup>9,13,18</sup>, describiendo que los comportamientos no siempre pueden

explicarse por la clase social del hogar, por lo que a menudo es necesario tener en cuenta también la clase social individual.

En el próximo apartado se revisan algunos estudios que han analizado y debatido la influencia en la salud de las distintas medidas de clase social que pueden atribuirse a las mujeres.

---

### Impacto de las medidas sobre las desigualdades en salud según la clase social en las mujeres

Los estudios que analizan las desigualdades sociales en salud según género y según clase social ponen de manifiesto que las personas de clases sociales menos privilegiadas y las mujeres presentan peor salud<sup>19-21</sup>.

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 2 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 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.

Existen estudios que han analizado las desigualdades en mortalidad 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 et al<sup>22</sup> compararon la mortalidad en mujeres británicas, de 15 a 59 años, según clase social (agrupando las ocupaciones manuales y las no manuales), en el período 1976-1981. En las mujeres casadas y trabajadoras, las diferencias entre las 2 medidas de clase fueron muy pequeñas, y las mujeres de ocupaciones manuales presentaban más mortalidad que las de trabajos 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). Martikainen<sup>23</sup> analizó la mortalidad en el período 1981-1985 en hombres y mujeres, de 35 a 64 años, casados de Finlandia, sin encontrar diferencias importantes entre las 2 medidas de clase social.

Arber et al, utilizando los datos del British General Household Survey, han realizado diversos trabajos que comparan distintas medidas de clase social de las mujeres y su impacto en distintos indicadores de salud (la limitación crónica de la actividad, la salud percibida y la presencia de discapacidades). Tuvieron en cuenta la clase social convencional, la individual y la dominante<sup>24-27</sup>. Las desigualdades eran ligeramente mayores 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<sup>24,25</sup>. 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 éstos están mayoritariamente en las clases I, II y IV, las mujeres lo están en la III y la V.

Estos autores resaltan 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 género<sup>24</sup>. En estos estudios, los autores también utilizan otros indicadores de nivel socioeconómico que pueden ser útiles, como la propiedad de la vivienda y del coche<sup>24,26,27</sup>. Además, según Arber et al, 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 (incluido el tipo de jornada laboral), sino que también es necesario examinar sus posibles interrelaciones, el entorno material y los roles familiares (estado civil y el hecho de tener hijos), además del compromiso de la pareja con los roles familiares<sup>20,24,26,27,28,29</sup>.

Utilizando datos de una encuesta de salud realizada en 1983 en Noruega, Dahl<sup>30</sup> describió que 4 diferentes medidas de estratificación social en las mujeres a través de la agrupación de ocupaciones (clase social convencional, individual, dominante y *pre-war*) podían discriminar las desigualdades sociales en un indicador compuesto de salud que recogía la presencia de trastornos crónicos, síntomas de trastorno nervioso, discapacidades en la vista y el oído y 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 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, Estados Unidos). Dos de las medidas fueron obtenidas por entrevista (la clase social individual y la dominante) y otras 2 fueron medidas de clase social basadas en indicadores censales, una en datos de *blocks*, que son unidades censales que incluyen 1.000 personas residentes (equivaldría a una manzana) y otra en datos de *census tracts*, que son unidades censales que incluyen 4.000 personas residentes (equivaldría a una sección censal). Las variables dependientes fueron de salud reproductiva: el número de embarazos 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* eran más predictoras de desigualdades que la clase social individual<sup>31</sup>.

Más recientemente, Krieger et al<sup>32</sup> han analizado en Oakland (Estados Unidos) la magnitud de las desigualdades en 10 indicadores de salud (percibidos, de salud física y de medidas de laboratorio) de las mujeres, utilizando también medidas de la clase social basadas en la ocupación, según la propuesta de Wright, que tiene en cuenta las relaciones sociales de producción. Los autores compararon 4 medidas: la convencional, la individual, la dominante y los grupos obtenidos al tener en cuenta tanto la ocupación de las mujeres como la de su pareja. Este estudio muestra 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. Por ejemplo, las mujeres de clase trabajadora tenían un riesgo relativo de mala salud (ajustado por edad y estado civil) de 1,94 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,41-3,38) respecto al resto de mujeres según la aproximación de la clase social dominante, de 1,51 (IC del 95%, 0,90-2,54) según la aproximación convencional y de 1,32 (IC del 95%, 0,76-2,23) según la aproximación individual. Estos autores recomiendan la utilización de la aproximación dominante o *gender neutral* en los estudios epidemiológicos y si se tiene una muestra suficiente, también la utilización del cruzamiento de 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 y la clase social *gender-neutral* de la mujer adulta<sup>33</sup>.

Algunos autores y autoras afirman que la clase social obtenida por la ocupación proporciona una visión más precisa del entorno del hombre que del entorno de la mujer<sup>34</sup> y que la jerarquía ocupacional no refleja las peores condiciones del trabajo femenino<sup>35</sup>. Estos au-

tores han destacado la importancia de la medida concomitante, tanto de la posición individual como 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<sup>4,24</sup>.

Al estudiarse las relaciones entre clase social y género, se ha destacado que los múltiples roles tienen un importante impacto en la salud de las mujeres y, por ello, el análisis de la relación entre los roles reproductivos y la participación en el mercado de trabajo ha generado un elevado número de investigaciones. Así, mientras en los hombres la situación laboral sería su rol 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 roles familiares, como el estado civil o la situación de convivencia y de maternidad, ocuparían una posición mucho más importante en sus trayectorias vitales que en los hombres<sup>34,36</sup>.

Arber y Khlit<sup>37</sup> 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<sup>38,39</sup>. De todos modos, será necesario referir cada estudio realizado a su contexto particular para medir e interpretar correctamente las desigualdades encontradas.

### Un ejemplo: las desigualdades en salud según clase social en las mujeres de Barcelona

A modo de ejemplo, a continuación se examinan las diferencias en las desigualdades sociales en salud en las mujeres de Barcelona, según distintos indicadores de clase social ocupacional.

La última encuesta de salud de Barcelona fue realizada en el año 2000 a una muestra representativa de la población no institucionalizada de la ciudad<sup>41</sup>. Para este ejemplo se ha seleccionado la muestra de mujeres de 16 años o más ( $n = 4.724$ ). Se obtuvo la clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología<sup>5</sup> a partir de la ocupación actual o anterior de la propia mujer, de la persona cabeza de familia (dado

que la encuesta no disponía de la clase social de la pareja de la persona entrevistada), de la ocupación más privilegiada de las 2 anteriores y siguiendo un método mixto: la propia ocupación en las mujeres que trabajan actualmente o que han trabajado anteriormente y la de la persona cabeza de familia en las que nunca han trabajado. Esta última medida es la que se ha utilizado en los análisis de las diversas encuestas de salud de Barcelona<sup>41</sup>.

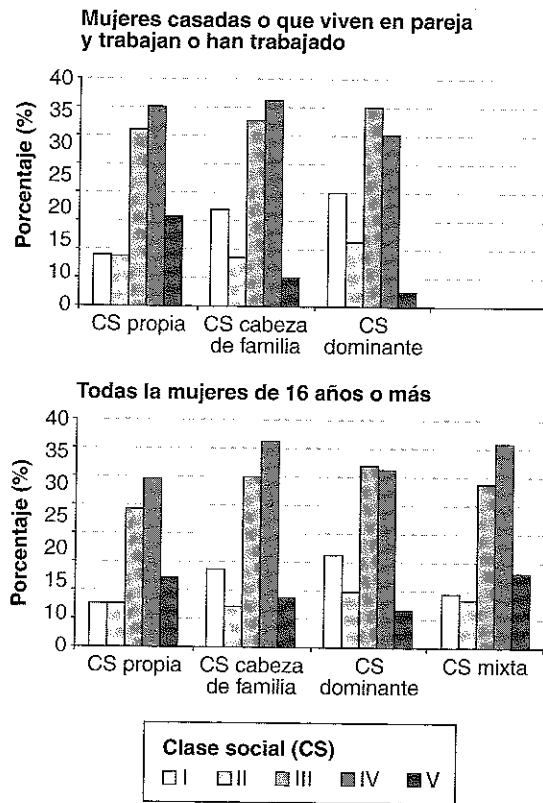
Los indicadores de salud estudiados fueron el estado de salud percibido, la presencia de 4 o más trastornos crónicos y el sobrepeso y obesidad (índice de masa corporal declarado  $\geq 25$ ). Se analizó para las mujeres que trabajaban o habían trabajado anteriormente que vivían en pareja y para todas las mujeres, mediante el cálculo de frecuencia y de *odds ratio* (OR) e IC del 95% como medida de asociación.

Entre las mujeres que vivían en pareja, un 92,8% no se consideraba cabeza de familia; por tanto, al analizar la clase social según la persona cabeza de familia se refería a la de su pareja en la mayoría (sólo en un 1,3% de los casos se refería a otro familiar [padre, madre, hermanos...]), por lo que en realidad estaríamos analizando la clase social de la pareja. Debe tenerse en cuenta que, en nuestra sociedad, se suele considerar aún al hombre como cabeza de familia.

La figura 1 muestra la distribución de las clases sociales según la medida utilizada, observándose que en la medida de la clase social dominante aumenta la población de las clases sociales más aventajadas (I y II) y disminuye la de las clases más desaventajadas (IV y V). En la tabla 1 se compara, para las mujeres casadas que trabajan o han trabajado, la clase social propia con la de la persona cabeza de familia, coincidiendo en un 46,2% de los casos. En general, se puede decir que la clase de la persona cabeza de familia era más favorecida que la clase de la mujer, lo que es un reflejo de la posición más desfavorable de las mujeres en la sociedad.

En la tabla 2 se comparan las desigualdades por clase social según las distintas medidas en los indicadores de salud en las mujeres casadas o que vivían en pareja y en alguna ocasión habían tenido un trabajo remunerado. Es importante señalar que todas las medidas de clase social muestran la existencia de desigualdades en salud, aunque estos patrones cambian según el indicador de salud analizado. Respecto al estado de salud percibido, la clase propia y la clase dominante presentan OR de la clase V más elevadas, no se observan grandes diferencias en la presencia de 4 o más trastornos crónicos y el sobrepeso presenta OR más elevadas para la clase V, según la clase social propia y la de la persona cabeza de familia. Debe señalarse que para los 3 indicadores de salud, las OR de las clases III y IV fueron más elevadas al utilizar la medida de la clase dominante. Así, por ejemplo, en la clase

**Figura 1. Distribución (porcentajes) de las mujeres en las 5 clases sociales según las distintas medidas de clase social. Mujeres de 16 años o más, Barcelona 2000.**



IV los resultados fueron: OR = 4,27 (IC del 95%, 3,01-6,07) para el estado de salud percibido, OR = 2,38 (IC del 95%, 1,78-3,19) para los trastornos crónicos y OR = 3,47 (IC del 95%, 2,59-4,65) para el sobrepeso.

Respecto a todas las mujeres, un 25,9% era el cabeza de familia; un 49% era la pareja del cabeza de

familia; un 21%, las hijas, y un 3,7% se encontraba en otras situaciones. En la figura 1 se muestra que la distribución de las mujeres en clases sociales es parecida a la descrita para las mujeres casadas que trabajan o han trabajado. En la tabla 3 se pone de manifiesto que las desigualdades según las distintas medidas de clase social cambian en función del indicador de salud analizado, aunque todas ellas las ponen de manifiesto. La clase propia no permite clasificar a todas las mujeres, lo que sería menos útil en este caso. Para la salud percibida y la presencia de 4 o más trastornos crónicos, la clase V presenta OR más altas al utilizar la medida de clase social propia, y para el sobrepeso y obesidad, al utilizar la mixta. Las OR más altas de las clases III y IV son las correspondientes a la clase propia (mala salud percibida y trastornos crónicos) o dominante (sobrepeso).

### 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, al comparar la salud entre clases sociales, sin realizar un análisis de género, y en el segundo al comparar 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 de manifiesto que tanto los resultados empíricos presentados para la ciudad de Barcelona utilizando la clase social propuesta por la SEE como los obtenidos en la mayoría de los estudios revisados en el segundo apartado, las desigualdades en salud no difieren demasiado según la medida utiliza-

**Tabla 1. Distribución de la clase social de la mujer según la clase social del cabeza de familia. Número de casos y porcentajes de fila. Mujeres casadas o que viven en pareja y trabajan o han trabajado de 16 años o más (n = 2.079). Barcelona, 2000**

	CS propia		CS del cabeza de familia								Total	
	I	II	III	IV	V	Total	% de columna					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I	129	67,7	13	7,1	37	19,7	9	4,6	2	0,9	190	9,2
II	58	31,5	52	28,4	52	28,4	21	11,2	1	0,5	183	8,8
III	110	17,0	73	11,3	323	49,8	133	20,6	9	1,3	647	31,1
IV	52	7,1	33	4,5	207	28,3	399	54,6	40	5,5	731	35,2
V	6	1,7	9	2,9	61	18,6	193	59,1	58	17,7	327	15,7
Total	354	17,1	181	8,7	680	32,7	755	36,3	109	5,3	2079	100

CS propia: clase social obtenida a partir de la ocupación de la mujer; CS del cabeza de familia: clase social obtenida a partir de la ocupación del cabeza de familia.

**Tabla 2. Odds ratio (OR) e intervalo de confianza (IC) del 95% de la asociación entre los distintos indicadores de salud y la clase social según las 3 medidas de clase social (ajustadas por edad). Mujeres casadas o que viven en pareja y trabajan o han trabajado de 16 años o más (n = 2.079). Barcelona 2000**

	Mala salud percibida		Cuatro o más trastornos crónicos		Sobrepeso y obesidad	
	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%
<b>CS propia (n = 2.079)</b>						
I	1		1		1	
II	0,99	0,50-1,95	1,25	0,76-2,06	0,79	0,48-1,29
III	1,63	0,97-2,76	1,19	0,79-1,78	1,46	1,01-2,13
IV	3,40	2,04-5,65	1,99	1,34-2,96	2,24	1,54-3,26
V	5,78	3,38-9,88	2,67	1,74-4,10	2,66	1,76-4,03
<b>CS cabeza de familia (n = 2.079)</b>						
I	1		1		1	
II	1,94	1,15-3,26	1,08	0,70-1,68	2,11	1,40-3,19
III	1,94	1,32-2,84	1,39	1,03-1,89	1,98	1,46-2,69
IV	3,62	2,50-5,24	2,01	1,49-2,71	3,35	2,47-4,53
V	6,18	3,64-10,50	2,54	1,58-4,09	3,75	2,33-6,04
<b>CS dominante (n = 2.079)</b>						
I	1		1		1	
II	1,60	1,01-2,54	1,33	0,91-1,94	1,85	1,29-2,66
III	2,04	1,43-2,91	1,41	1,06-1,89	2,04	1,54-2,75
IV	4,27	3,01-6,07	2,38	1,78-3,19	3,47	2,59-4,65
V	3,94	2,08-7,46	2,47	1,36-4,48	3,56	1,97-6,45

CS propia: clase social obtenida a partir de la ocupación de la mujer; CS cabeza de familia: clase social obtenida a partir de la ocupación del cabeza de familia; CS dominante: clase social obtenida a partir de la ocupación más privilegiada.

da. 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 las 3 siguientes: a) 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 (sin embargo, habría que medir los procesos sexistas ligados a la ocupación<sup>42</sup>); b) cuando la clase dominante es una clase menos privilegiada (p. ej., trabajador manual) implica que los 2 miembros de la pareja tienen una ocupación igual o inferior a esta, y c) es una medida fácil de obtener<sup>24</sup>. Para ello, sería necesario recoger las variables ocupacionales de la persona entrevistada y de la persona cabeza de familia; en el caso que la persona entrevistada fuera el cabeza de familia,

**Tabla 3. Odds ratio (OR) e intervalo de confianza (IC) del 95% de la asociación entre los distintos indicadores de salud y la clase social según las 3 medidas de clase social (ajustadas por edad). Todas las mujeres de 16 años o más (n = 4.724). Barcelona 2000.**

	Mala salud percibida		Cuatro o más trastornos crónicos		Sobrepeso y obesidad	
	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%
<b>CS propia (n = 3.776)</b>						
I	1		1		1	
II	1,63	0,97-2,75	1,25	0,85-1,84	1,02	0,69-1,51
III	2,33	1,51-3,60	1,23	0,89-1,68	1,73	1,27-2,36
IV	4,10	2,68-6,27	2,01	1,48-2,73	2,34	1,72-3,18
V	6,35	4,07-9,92	2,26	1,61-3,16	3,19	2,27-4,47
<b>CS cabeza de familia (n = 4.494)</b>						
I	1		1		1	
II	1,66	1,11-2,46	1,03	0,74-1,44	1,94	1,40-2,68
III	1,82	1,35-2,44	1,20	0,95-1,52	1,82	1,42-2,32
IV	3,05	2,30-4,05	1,53	1,22-1,92	2,84	2,24-3,60
V	4,25	3,01-6,00	1,61	1,20-2,16	3,11	2,28-4,23
<b>CS dominante (n = 4.494)</b>						
I	1		1		1	
II	1,55	1,08-2,22	1,15	0,85-1,54	1,72	1,29-2,31
III	1,95	1,48-2,56	1,20	0,96-1,49	1,90	1,51-2,38
IV	3,47	2,65-4,54	1,72	1,38-2,14	2,95	2,35-3,70
V	3,75	2,64-5,34	1,55	1,14-2,11	3,20	2,38-4,55
<b>CS mixta (n = 4.494)</b>						
I	1		1		1	
II	1,37	0,87-2,18	1,14	0,80-1,62	1,21	0,84-1,75
III	1,95	1,35-2,82	1,07	0,81-1,42	1,86	1,39-2,48
IV	3,44	2,41-4,92	1,70	1,29-2,23	2,67	2,01-3,54
V	5,47	3,74-8,01	2,09	1,55-2,83	3,57	2,60-4,89

CS propia: clase social obtenida a partir de la ocupación de la mujer; CS cabeza de familia: clase social obtenida a partir de la ocupación del cabeza de familia; CS dominante: clase social obtenida a partir de la ocupación más privilegiada; CS mixta: clase social obtenida a partir de la ocupación de la mujer en el caso que trabaje o haya trabajado y a partir de la ocupación del cabeza de familia en el resto de las mujeres.

sería interesante tener también las variables 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 estudios o de ingresos, pueden ser importantes<sup>4</sup>. Por ello, según los objetivos del estudio que se quiera llevar a cabo, deberá utilizarse un indicador u otro, o varios de ellos conjuntamente.

## Bibliografía

1. Feito R. Estructura social contemporánea. Las clases sociales en los países industrializados. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1995.
2. Crompton R. Clase y estratificación. Una introducción a los debates actuales. Madrid: Tecnos; 1993.
3. Wright EO. Class counts: comparative studies in class analysis. Cambridge University Press; 2000.
4. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines. *Annu Rev Public Health* 1997;18:341-78.
5. Grupo SEE y Grupo SEMFyC. Una propuesta de medida de clase social. *Aten Primaria* 2000;25:350-63.
6. Sorensen A. Women, family and class. *Annu Rev Sociol* 1994; 20:27-47.
7. Crompton R. Class theory and gender. *Br J Sociol* 1989;40: 565-87.
8. Goldthorpe JH. Women and class analysis: in defence of the conventional view. *Sociology* 1983;17:465-88.
9. Wright EO. Women in the class structure. *Polit Soc* 1989;17: 35-66.
10. Acker J. Women and social stratification: a case of intellectual sexism. *Am J Sociol* 1973;78:936-45.
11. Haug MR. Social class measurement and women's occupational roles. *Social Forces* 1973;52:1-13.
12. Stanworth M. Women and class analysis: a reply to John Goldthorpe. *Sociology* 1983;18:159-70.
13. 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.
14. Rohlfs I, De Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barc)* 1997;108:566-71.
15. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.mtas.es/estadisticas/BEL/EPA/epa5.htm>
16. Heath A, Britten N. Women's jobs do make a difference: a reply to Goldthorpe. *Sociology* 1984;18:475-90.
17. Marshall G, Roberts S, Burgoyne C, Swift A, Routh D. Class, gender and the asymmetry hypothesis. *Eur Sociol Review* 1995;11:1-15.
18. Charles N. Women and class—a problematic relationship? *Sociol Review* 1990;38:42-69.
19. Macintyre S, Hunt K. Socio-economic position, gender and health. How do they interact? *J Health Psychol* 1997;2:315-34.
20. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Soc Sci Med* 1997;44:773-88.
21. Mackenbach JP, Kunst AE, Groenhouf F, Borgan JK, Costa G, Fraggiano F, et al. Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. *Am J Public Health* 1999;89:1800-5.
22. Moser KA, Pugh HS, Goldblatt P. Inequalities in women's health: looking at mortality differentials using an alternative approach. *BMJ* 1988;296:1221-4.
23. Martikainen P. Socioeconomic mortality differentials in men and women according to own and spouse's characteristics in Finland. *Social Health Illness* 1995;17:353-75.
24. Arber S. Gender and class inequalities in health: understanding the differentials. En: Fox J, editor. *Health inequalities in European Countries*. Aldershot: Gower Publishing Company; 1989.
25. Arber S. Social class, non-employment and chronic illness: continuing the inequalities in health debate. *Br Med J* 1987; 294:1069-73.
26. Arber S. Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc Sci Med* 1991;32:425-36.
27. Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Soc Sci Med* 1993;36:33-46.
28. Arber S, Lahelma E. Women, paid employment and ill-health in Britain and Finland. *Acta Sociológica* 1993;36:121-38.
29. Arber S, Lahelma E. Inequalities in women's and men's ill-health: Britain and Finland compared. *Soc Sci Med* 1993; 37:1055-68.
30. Dahl E. Social inequality in health – the role of the healthy worker effect. *Soc Sci Med* 1993;36:1077-86.
31. 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;45:35-42.
32. Krieger N, Chen JT, Selby JV. Comparing individual-based and household-based measures of social class to assess class inequalities in women's health: a methodological study of 684 US women. *J Epidemiol Community Health* 1999;53: 612-23.
33. Krieger N, Chen JT, Selby JV. 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.
34. 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.
35. Messing K, Punnett L, Bond M, Alexanderson K, Pyle J, Zahm C, et al. Be the fairest of them all: challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. *Am J Indust Med* 2003;43:618-29.
36. Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Annu Rev Public Health* 1987;8:235-51.
37. Arber S, Khat M. Introduction to social and economic patterning of women's health in a changing world. *Soc Sci Med* 2002;54:643-47.
38. Bartley M. Measuring women's social position: the improvement of theory [editorial]. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:601-2.
39. Doyal L. Sex, gender and health: the need for a new approach. *BMJ* 2001;323:1061-3.
40. Borrell C, Baranda L, Rodríguez M. *Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2000*. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2001.
41. Borrell C, Rué M, Pasarín MI, Rohlfs I, Ferrando J, Fernández E. Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors and health services utilization in a Southern European urban area (1983-1994). *Prev Med* 2000;31: 691-701.
42. O'Campo P, Eaton WW, Muntaner C. Labor market experience, work organization, gender inequalities and health status: results from a prospective study of US employed women [en prensa]. *Soc Sci Med*.