

# Educación y clase social basada en la ocupación: su interrelación como indicadores de posición socioeconómica en el estudio de las desigualdades sociales mediante encuestas de salud

A. Coma<sup>a</sup>, M. Martí<sup>b</sup> y E. Fernández<sup>c,d</sup>

**Objetivo.** Analizar la relación entre la clase social basada en la ocupación y el nivel de estudios cuando se estudian las desigualdades sociales en salud y en la utilización de servicios sanitarios.

**Diseño.** Estudio transversal por entrevista (encuesta de salud).

**Emplazamiento.** Población general de Cornellà de Llobregat (Encuesta de Salud de Cornellà de 1994).

**Participantes.** Muestra representativa de individuos mayores de 14 años que contestaron directamente el cuestionario (1.043 varones y 1.101 mujeres).

**Mediciones.** Se ha analizado la asociación del estado de salud percibido, el consumo de tabaco y las visitas médicas con la clase social y el nivel de estudios, y la interrelación de estas dos últimas variables indicadoras de posición socioeconómica mediante modelos de regresión logística no condicional.

**Resultados.** La proporción de varones que declaran su estado de salud como malo es mayor entre los que tienen un menor nivel de estudios (45,4%) que entre aquellos con estudios primarios o más (25,9%). La prevalencia del tabaquismo muestra un patrón similar (el 54,2% frente al 41,5%), con un efecto gradiente estadísticamente no significativo. Sin embargo, estas diferencias no son tan evidentes si se utiliza la clase social. No se observa una asociación clara entre la utilización de servicios y el nivel socioeconómico.

**Conclusión.** Para evaluar las desigualdades sociales es necesario analizar simultáneamente varios indicadores de la posición socioeconómica. En la población estudiada, en que predomina el nivel socioeconómico poco favorecido, parece que el nivel educativo pone mejor de manifiesto las desigualdades.

**Palabras clave:** Factores socioeconómicos. Encuesta de salud. Clase social. Educación.

## EDUCATION AND OCCUPATIONAL SOCIAL CLASS: THEIR RELATIONSHIP AS INDICATORS OF SOCIO-ECONOMIC POSITION TO STUDY SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH USING HEALTH INTERVIEW SURVEYS

**Aim.** To analyse the relationship between social class based on occupation and level of education in the study of social inequalities in health and use of health services.

**Design.** Cross-sectional study (health interview survey).

**Setting.** General population of the city of Cornellà de Llobregat (Spain).

**Participants.** Representative sample of subjects aged 14 years old or over (1043 men and 1101 women) who personally answered the questionnaire.

**Measurements.** We analyse the association between social class and level of studies and different independent variables (self-perceived health, smoking, medical visits) by means of logistic regression.

**Results.** The proportion of men who declare their self-perceived health as poor is higher among those who have low education (45.4%) than among those who have primary education level or higher (25.9%). The prevalence of smoking shows a similar pattern (54.2% versus 41.5%), with a gradient effect, which is statistically non-significant. However, these differences are no longer evident if social class is used to group the individuals. No clear association is observed between the use of health services and socio economic level.

**Conclusions.** We need to use several indicators of socioeconomic position to evaluate social inequalities. In this disadvantaged population, level of education seems to be a good indicator to study social inequalities in health.

**Key words:** Socioeconomic factors. Health surveys. Social class. Education.

<sup>a</sup>Departament de Salut Pública. Ajuntament de Granollers. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Departament de Salut Pública. Ajuntament de Cornellà de Llobregat. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Servicio de Prevención y Control del Cáncer. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

<sup>d</sup>Departament de Salut Pública. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Correspondencia: Esteve Fernández. Servicio de Prevención y Control del Cáncer. Institut Català d'Oncologia. Avda. Gran Vía, Km 2,7. 08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). España. Correo electrónico: efernandez@ico.sc.es

Este trabajo fue presentado por Àngels Coma como tesina del Máster en Salud Pública (5.ª edición). Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya. Universitat de Barcelona.

Manuscrito recibido el 28 de octubre de 2002.

Manuscrito aceptado para su publicación el 7 de abril de 2003.

## Introducción

La investigación sobre desigualdades sociales en salud en España se remonta a mediados de los años ochenta, tras las primeras encuestas de salud poblacionales, con estudios como el de Alonso y Antó mediante la Encuesta de Salud de Barcelona del año 1986<sup>1</sup>. Desde entonces varios trabajos han constatado la existencia de desigualdades sociales en conductas relacionadas con la salud, en morbilidad y en la utilización de servicios sanitarios<sup>2,3</sup>. El Ministerio de Sanidad español creó una comisión con el fin de estudiar sistemáticamente las desigualdades sociales en salud, con el resultado de un informe que evidenciaba de nuevo las desigualdades<sup>4</sup>. Estos trabajos han puesto de manifiesto la existencia de desigualdades en salud, entendidas como diferencias sociales que son innecesarias, evitables e injustas.

Una parte del análisis de las desigualdades en salud y de la utilización de servicios sanitarios se ha realizado mediante encuestas de salud<sup>2,3</sup>. Las medidas de clasificación socioeconómica más utilizadas en nuestro medio han sido el nivel educativo, la clase social basada en la ocupación y el nivel de ingresos<sup>5</sup>, y en ocasiones se ha utilizado el autopercepción social<sup>6</sup>. Aunque no existe una justificación teórica suficiente, diversos autores opinan que estos indicadores pueden medir la estratificación social, fundamentalmente a través de las diferencias en la jerarquía social, prestigio, capacidad de obtener bienes materiales, acceso a la información y en el aprovechamiento eficiente de ésta, entre otros factores<sup>7</sup>. El nivel de estudios se considera un indicador del nivel educativo de una persona y se mide mediante la titulación académica superior (o los años de escolarización totales). Su capacidad explicativa se debe a que las personas con mayor nivel de estudios son capaces de comprender mejor la información sobre la promoción de la salud<sup>8</sup>. Su uso puede presentar limitaciones a causa de los cambios del sistema educativo. El concepto de clase social, por su parte, es complejo y está relacionado tanto con la capacidad económica como con el prestigio social, el privilegio o el poder, derivados del trabajo que se ejerce<sup>8,9</sup>. Respecto a la clase social basada en la ocupación, en nuestro país se ha utilizado extensamente la adaptación de la clasificación británica de Domingo y Marcos<sup>5,10,11</sup>.

¿Cuál es la mejor variable para medir la posición socioeconómica de las personas y poder estudiar la existencia de desigualdades en salud? Smith et al, tras analizar los patrones de desigualdad según la clase social y el nivel de estudios en un estudio de seguimiento prospectivo en el Reino Unido, concluyen que la clase social es un indicador más apropiado que la educación en variables como la mortalidad y algunos estilos de vida (como el hábito tabáquico)<sup>12</sup>. En nuestro ámbito, sin

embargo, se ha utilizado una u otra variable según, sobre todo, su disponibilidad en las fuentes primarias de datos utilizadas, más que según la naturaleza de las desigualdades socioeconómicas que se querían analizar. El objetivo de este trabajo fue analizar la relación entre la clase social basada en la ocupación y el nivel de estudios cuando se utilizan en el análisis de las desigualdades sociales en salud y en el uso de servicios sanitarios en una encuesta de salud por entrevista.

## Sujetos y método

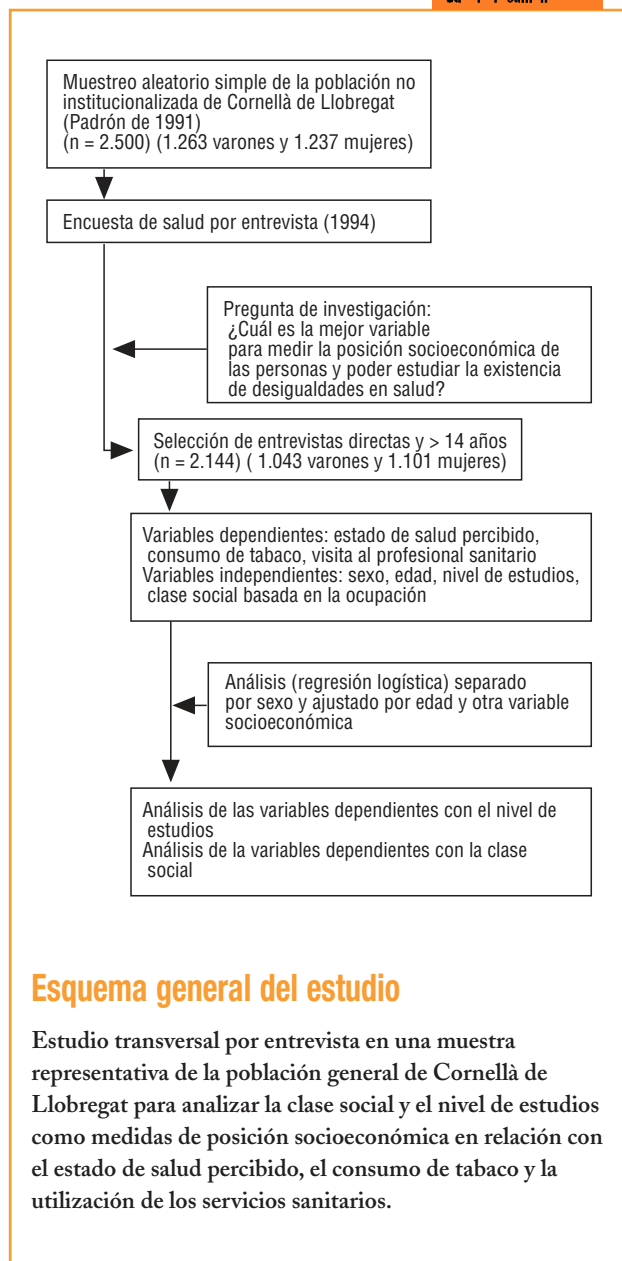
La información procede de la Encuesta de Salud de Cornellà de Llobregat. Se trata de un estudio transversal mediante entrevista realizado en este municipio del área metropolitana de Barcelona durante 1994. Se seleccionó mediante muestreo aleatorio simple una muestra representativa de la población no institucionalizada, con un error relativo del 2% y un nivel de confianza del 95%<sup>13,14</sup>. El tamaño de la muestra fue de 2.500 personas (1.263 varones y 1.237 mujeres). En este análisis se han incluido únicamente las encuestas realizadas a las personas mayores de 14 años o que respondieron directamente el cuestionario. Así, la muestra incluida para este análisis fue de 2.144 personas (1.043 varones y 1.101 mujeres).

La clase social se asignó según la ocupación actual, de acuerdo con la adaptación española de Domingo y Marcos de la clasificación británica<sup>10</sup>. Para jubilados y desocupados se asignó la ocupación más reciente, y en el caso de estudiantes y amas de casa se asignó la del cabeza de familia. La clase I corresponde a altos directivos y técnicos superiores; la clase II se asigna a directivos y propietarios o gerentes de comercio; en la clase III se incluye a los trabajadores cualificados no manuales; la clase IVa corresponde a los trabajadores cualificados manuales, y la clase IVb, a los trabajadores manuales semicualificados de la industria, el comercio, los servicios y el sector primario; finalmente, se clasifica en la clase V a los trabajadores manuales no cualificados. Debido al perfil de la población de Cornellà, con predominio de las clases menos favorecidas<sup>13</sup>, se hizo la siguiente reagrupación: clases I, II y III; clase IVa; clases IVb y V. Por la misma razón, el máximo nivel de estudios alcanzado se recodificó como «sin estudios», «estudios primarios» y «más que primarios» cuando se disponía de titulación de formación profesional, bachillerato, grado medio o estudios superiores.

Las variables dependientes analizadas fueron: a) el estado de salud autopercebido, recodificado como «bueno» si las respuestas habían sido «muy bueno» o «bueno», y «malo» si habían contestado «regular-bueno» «regular-malo», «malo» o «muy malo»; b) el hábito tabáquico (no fumadores, fumadores actuales y ex fumadores), y c) la utilización de servicios sanitarios, recogida en una pregunta sobre la visita a un profesional sanitario en los últimos 15 días (no/sí).

Para cada una de las variables dependientes se ha calculado la proporción o prevalencia de individuos de cada clase social o nivel de estudios que declararon presentar aquella condición. Para controlar el posible efecto de la edad se presentan las proporciones estandarizadas por edad mediante el método directo<sup>15</sup>. Dado que existen diferencias en salud y uso de servicios según el sexo<sup>16-18</sup>, el análisis se ha realizado por separado para varones y para mujeres. Para evaluar la asociación entre la clase social o el nivel de estudios y las diferentes variables independientes se han ajustado modelos de regresión logística no condicional. Los modelos han incluido la edad y las dos variables de posición socioeconómica, y

M t r l y m t s  
C u r r s u m n



### Esquema general del estudio

Estudio transversal por entrevista en una muestra representativa de la población general de Cornellà de Llobregat para analizar la clase social y el nivel de estudios como medidas de posición socioeconómica en relación con el estado de salud percibido, el consumo de tabaco y la utilización de los servicios sanitarios.

se ajustaron también por separado (estratificando por el nivel de estudios o por la clase social). De estos modelos se obtiene la *odds ratio* de prevalencia (OR) como medida de asociación entre las variables, con su intervalo de confianza (IC) del 95%.

## Resultados

La distribución de los varones y las mujeres entrevistados de acuerdo con su edad, clase social, nivel de estudios, estado de salud percibido, hábito tabáquico y visita en los últimos 15 días al médico general se muestran en la tabla 1. La media de edad fue de 42,9 años (desviación estándar [DE], 18,9 años) en los varones y 45,4 (DE, 19,5) años en

**TABLA 1** Descripción de la muestra analizada según el sexo y las principales variables de estudio. Encuesta de Salud de Cornellà, 1994

	Varones		Mujeres	
	N	%	N	%
Edad (años)				
15-44	544	52,2	533	48,4
45-64	338	32,4	353	32,1
≥ 65	161	15,4	215	19,5
Clase social <sup>a</sup>				
I-II-III	269	26,5	275	26,9
IVa	455	44,8	421	41,2
IVb-V	291	28,7	325	31,8
Nivel de estudios				
Mayor que primarios	298	28,7	254	23,1
Primarios	591	56,9	572	52,0
Sin estudios	149	14,4	273	24,8
Estado de salud				
Bueno	725	69,5	639	58,0
Malo	318	30,5	462	42,0
Tabaco				
Fumadores	464	46,0	234	22,0
Ex fumadores	230	22,8	53	5,0
No fumadores	315	31,2	778	73,1
Visita a un profesional sanitario (últimos 15 días)				
Sí	222	21,3	289	26,2
No	821	78,7	812	73,8

<sup>a</sup>Clase I: altos directivos y técnicos superiores; clase II: directivos y propietarios o gerentes de comercio; clase III: trabajadores cualificados no manuales; clase IVa: trabajadores cualificados manuales; clase IVb: trabajadores manuales semicualificados de la industria, el comercio, los servicios y el sector primario; clase V: trabajadores manuales no cualificados.

las mujeres. La mitad de los varones tenían entre 15 y 44 años; el 32,4%, entre 45 y 64 años, y el 15,4% eran mayores de 64 años. Como puede observarse, se trata de una muestra de población de nivel socioeconómico poco favorecido, de manera más acusada en las mujeres: el 83,0% se clasificó en las clases IV-V y el 76,8% declaró un nivel de estudios primarios o menor (tabla 1). El 30,5% de los varones y el 42,0% de las mujeres declararon un estado de salud malo. La prevalencia del hábito tabáquico fue del 46,0% en los varones y del 22,0% en las mujeres. La utilización de los servicios sanitarios (visita en los 15 últimos días) fue similar en varones (21,3%) y mujeres (26,2%). En la tabla 2 se presenta la distribución de las variables dependientes de interés según clase social y nivel de estudios, tras ajustar por edad. Observamos que la proporción de varones que declaran su estado de salud como malo es mayor entre los que tienen menor nivel de estudios (45,4%) que entre los varones con estudios mayores que primarios

**TABLA 2** Distribución de las variables dependientes (proporción de sujetos que declaran mala salud, son fumadores, han visitado un profesional en los últimos 15 días) según nivel de estudios, clase social y sexo

	Mala salud			Tabaco			Visita a un profesional sanitario en los últimos 15 días		
	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%
<i>Varones</i>									
Nivel de estudios									
Más que primarios	34	25,9	18,6-33,2	124	41,5	33,3-49,7	36	13,7	7,4-20,1
Primarios	190	30,2	26,6-33,8	285	48,3	44,0-52,4	135	22,5	19,0-26,0
Menos que primarios	92	45,4	31,6-59,1	55	54,2	50,5-58,0	51	15,6	11,9-19,3
Clase social <sup>a</sup>									
I-III	63	24,9	20,1-29,6	118	43,8	38,0-49,6	52	19,1	14,4-23,9
IVa	149	31,2	27,0-35,3	207	46,4	41,6-51,3	100	21,0	17,2-24,9
IVb-V	97	32,1	27,0-37,0	126	46,1	39,4-52,7	60	21,1	16,2-26,0
<i>Mujeres</i>									
Nivel de estudios									
Más que primarios	33	10,1	3,8-16,4	98	33,2	22,6-43,7	46	20,4	13,9-27,0
Primarios	229	38,7	34,9-42,6	127	26,3	22,7-29,8	139	25,4	21,5-29,2
Menos que primarios	200	38,9	31,4-46,5	8	28,9	21,8-36,0	103	16,4	14,0-19,5
Clase social <sup>a</sup>									
I-III	81	33,3	27,8-38,8	74	24,6	20,0-29,3	62	24,1	18,7-29,5
IVa	177	40,5	36,3-44,7	94	25,6	21,7-29,5	118	28,8	24,3-33,2
IVb-V	151	40,4	35,3-45,6	56	25,6	20,4-30,6	81	23,3	18,5-28,0

<sup>a</sup>Clase I: altos directivos y técnicos superiores; clase II: directivos y propietarios o gerentes de comercio; clase III: trabajadores cualificados no manuales; clase IVa: trabajadores cualificados manuales; clase IVb: trabajadores manuales semicualificados de la industria, el comercio, los servicios y el sector primario; clase V: trabajadores manuales no cualificados.  
IC: intervalo de confianza.

(25,9%). La prevalencia de tabaquismo muestra un patrón similar (el 54,2 frente al 41,5%), con un efecto gradiente que no es estadísticamente significativo. Sin embargo, estas diferencias no se observan de manera tan evidente cuando se utiliza la clase social para clasificar a los individuos. No se observa una asociación clara entre la utilización de servicios y el nivel socioeconómico.

En las mujeres (tabla 2) se observa un fenómeno similar: la proporción que declara la salud como mala es mayor entre las de menor nivel educativo (38,9%) que entre las que declaran un nivel educativo mayor (10,1%). Este patrón se puede apreciar, si bien de manera menos evidente, al utilizar la clase social (40,4% en las clases desfavorecidas frente al 33,3% en las clases más favorecidas). La prevalencia de tabaquismo es ligeramente superior en las mujeres con mayor nivel educativo, asociación que no se pone de manifiesto al utilizar la clase social. No se observa tampoco relación alguna entre las visitas al médico y el nivel socioeconómico.

En la tabla 3 se indica, para varones y mujeres, la asociación conjunta entre nivel de estudios y las variables de interés, tras ajustar y estratificar por clase social. Se observa un claro patrón de asociación entre la percepción de la salud como mala, el hábito tabáquico y la visita médica con

el nivel de estudios, sobre todo en varones. Este patrón se mantiene con pocos cambios tras ajustar por clase social. Al estratificar por clase social, sin embargo, la asociación con el nivel de estudios se hace más aparente en las clases más favorecidas para la asociación con el estado de salud y las visitas, mientras que en las clases desfavorecidas se mantiene una clara asociación con el estado de salud y el consumo de tabaco.

En la tabla 4 se presenta el efecto de ajustar y estratificar por nivel de estudios cuando la variable de posición socioeconómica es la clase social. En primer lugar observamos, a diferencia de la tabla 3, que no existe un claro patrón de asociación entre clase social y las variables consideradas. Al ajustar por nivel de estudios, las asociaciones se hacen más débiles. Sin embargo, en el análisis estratificado aparecen ciertas asociaciones entre las personas con mayor nivel de estudios, si bien no son estadísticamente significativas. Este patrón es prácticamente inexistente en las mujeres.

## Discusión

Los resultados presentados indican que la existencia de desigualdades sociales en nuestro medio se pone mejor de

**TABLA 3** Asociación entre el nivel de estudios y declarar la salud percibida como mala, ser fumador/a y haber sido visitado por un profesional sanitario en los últimos 15 días, según el sexo y la clase social

	OR <sup>b</sup>	IC del 95%	OR <sup>c</sup>	IC del 95%	Clase social <sup>a</sup>			
					I-III		IV-V	
	OR <sup>b</sup>	IC del 95%	OR <sup>c</sup>	IC del 95%	OR <sup>b</sup>	IC del 95%	OR <sup>b</sup>	IC del 95%
<b>Varones</b>								
<b>Mala salud</b>								
Más que primarios	1		1		1		1	
Primarios	1,9	1,2-2,8	1,7	1,1-2,6	2,7	1,3-5,4	1,2	0,7-2,2
Menos que primarios	3	1,7-5,3	2,5	1,3-4,4	2,4	0,7-7,7	1,9	0,9-3,9
<b>Tabaco</b>								
Más que primarios	1		1		1		1	
Primarios	1,7	1,1-2,6	1,8	1,2-2,8	2,0	0-4,1	1,6	0,9-2,8
Menos que primarios	2,3	1,3-4,0	2,5	1,4-4,6	4,5	1,4-14,1	2,0	0,9-4,2
<b>Visita últimos 15 días</b>								
Más que primarios	1		1		1		1	
Primarios	1,8	1,3-2,5	1,8	1,2-2,5	1,5	0,8-2,8	1,9	1,3-3,0
Menos que primarios	2,1	1,1-4,0	2,1	1,1-4,1	1,4	0,3-5,8	2,3	1,1-5,0
<b>Mujeres</b>								
<b>Mala salud</b>								
Más que primarios	1		1		1		1	
Primarios	2,1	1,4-3,3	2,2	1,4-3,4	2,4	1,2-4,9	2,0	1,1-3,7
Menos que primarios	3,8	2,2-6,6	3,6	2,0-6,6	3,7	1,1-12,0	3,3	1,6-6,9
<b>Tabaco</b>								
Más que primarios	1		1		1		1	
Primarios	1,2	0,8-1,8	1,2	0,8-1,8	1	0,5-2,0	1,3	0,7-2,2
Menos que primarios	1,7	1,0-2,9	1,8	1,0-3,2	3,4	1,0-11,0	1,4	0,8-3,3
<b>Visita últimos 15 días</b>								
Más que primarios	1		1		1		1	
Primarios	1,0	0,6-1,4	1,0	0,6-1,4	0,5	0,2-1,0	1,4	0,8-2,3
Menos que primarios	0,3	0,1-0,8	0,3	0,1-0,9	0,8	0,1-3,5	0,3	0,1-1,2

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza. <sup>a</sup>Clase social I: altos directivos y técnicos superiores; clase II: directivos y propietarios o gerentes de comercio; clase III: trabajadores cualificados no manuales; clase IVa: trabajadores cualificados manuales; clase IVb: trabajadores manuales semicualificados de la industria, el comercio, los servicios y el sector primario; clase V: trabajadores manuales no cualificados. <sup>b</sup>OR ajustada por edad mediante regresión logística. <sup>c</sup>OR ajustada por edad y clase social mediante regresión logística.

manifiesto al utilizar el nivel de estudios como variable indicativa de posición socioeconómica. A pesar de ello, existe una cierta modificación del efecto entre clase social y nivel de estudios, como muestra el hecho de que dentro de un mismo grupo social, por ejemplo, las clases I-III, el nivel de estudios adquirido condiciona el estado de salud. De manera similar a un trabajo precedente<sup>19</sup>, en este estudio la prevalencia de tabaquismo estaba más fuertemente asociada al nivel de estudios que a la clase social. Esto podría tener relación con la capacidad de las personas con mayor nivel educativo de incorporar más fácilmente los mensajes de promoción de la salud. La asociación entre el nivel educativo bajo y el tabaquismo fue aún más evidente en el estrato de clase social desfavorecida, por lo que cabe

pensar que la clase o el ambiente social sostiene el hábito. Un estudio de seguimiento realizado en el Reino Unido mostró, sin embargo, resultados opuestos<sup>12</sup>. Podríamos hipotetizar que la educación recibida puede favorecer la adquisición de conocimientos sobre la salud, que ayudan a adoptar estilos de vida más saludables, como hemos observado con el tabaco. Educación y empleo están de todas maneras muy relacionados, puesto que un mayor nivel educativo (que supone en muchas ocasiones una cualificación profesional) favorece, en general, conseguir empleos con mejores condiciones laborales, tanto económicas como de control del trabajo o de exposición a riesgos laborales. Cirera et al<sup>20</sup> han puesto de manifiesto una fuerte y consistente asociación entre la clase social basada en la ocupa-

**TABLA 4** Asociación entre la clase social<sup>a</sup> basada en la ocupación y declarar la salud percibida como mala, ser fumador/a y haber sido visitado por un profesional sanitario en los últimos 15 días, según el sexo y el nivel de estudios

	Nivel de estudios							
					Más que primarios		Primarios o menos	
	OR <sup>b</sup>	IC del 95%	OR <sup>c</sup>	IC del 95%	OR <sup>b</sup>	IC del 95%	OR <sup>b</sup>	IC del 95%
<i>Varones</i>								
Mala salud								
I-III	1		1		1		1	
IVa	1,5	1,1-2,2	1,4	0,9-2,0	3,5	1,3-9,4	1,2	0,8-1,9
IVb-V	1,5	1,0-2,3	1,3	0,9-2,0	2,1	0,6-0,7	1,3	0,8-2,1
Tabaco								
I-III	1		1		1		1	
IVa	1,1	0,8-1,6	1,0	0,7-1,4	1,0	0,5-1,9	1,1	0,7-1,9
IVb-V	1,0	0,7-1,6	0,9	0,6-1,4	1,1	0,5-2,2	1,0	0,6-1,7
Visita últimos 15 días								
I-III	1		1		1		1	
IVa	1,1	0,7-1,5	0,9	0,6-1,4	1,5	0,6-2,7	0,9	0,6-1,4
IVb-V	1,1	0,7-1,6	0,8	0,5-1,3	1,8	0,2-2,4	0,9	0,5-1,4
<i>Mujeres</i>								
Mala salud								
I-III	1		1		1		1	
IVa	1,4	1,0-2,0	1,2	0,8-1,7	1,2	0,5-2,8	1,3	0,8-1,9
IVb-V	1,3	0,9-1,9	1,1	0,7-1,6	0,5	0,1-1,8	1,2	0,8-1,9
Tabaco								
I-III	1		1		1		1	
IVa	0,9	0,6-1,4	1,0	0,6-1,5	0,9	0,5-1,7	1,2	0,6-2,1
IVb-V	0,7	0,5-1,2	0,8	0,5-1,3	0,9	0,4-2,0	0,9	0,5-1,7
Visita últimos 15 días								
I-III	1		1		1		1	
IVa	1,3	0,9-1,8	1,2	0,8-1,7	1,6	0,7-3,3	1,2	0,8-1,8
IVb-V	1,0	0,7-1,4	0,8	0,5-1,2	0,3	0,0-1,1	1,0	0,6-1,6

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

<sup>a</sup>Clase social I: altos directivos y técnicos superiores; clase II: directivos y propietarios o gerentes de comercio; clase III: trabajadores cualificados no manuales; clase IVa: trabajadores cualificados manuales; clase IVb: trabajadores manuales semicualificados de la industria, el comercio, los servicios y el sector primario; clase V: trabajadores manuales no cualificados.

<sup>b</sup>OR ajustada por edad mediante regresión logística.

<sup>c</sup>OR ajustada por edad y nivel de estudios mediante regresión logística.

ción y la educación. Esto podría explicar por qué la asociación entre un menor nivel de estudios y una mayor prevalencia del tabaquismo es todavía más acusada cuando el análisis se restringe a los sujetos de clases sociales más desfavorecidas.

Respecto a las desigualdades sociales en salud, es necesario tomar en consideración las diferencias o desigualdades relacionadas con el sexo<sup>18</sup>. En este sentido hemos observado que las desigualdades según clase social al estratificar por nivel de estudios no son tan aparentes en mujeres. Esto podría estar relacionado con la dificultad de asignar la clase social en un grupo importante de mujeres, como las amas de casa y, en menor grado, las jubiladas o pensionistas<sup>21</sup>.

Debemos considerar algunas limitaciones de este estudio. En primer lugar, las relacionadas con la naturaleza transversal del diseño, que no nos permite establecer una relación causal entre las variables analizadas. De todas maneras, ése no fue el objetivo del estudio, sino analizar el patrón de asociación cuando se utilizan diferentes variables indicadoras de posición socioeconómica. Es poco probable un sesgo de selección, como ponen de manifiesto la elevada participación y el carácter representativo de la muestra estudiada. Cabe recordar, sin embargo, que la base del estudio es la población no institucionalizada de Cornellà de Llobregat, por lo que es posible que algunos grupos de población (inmigrantes no legalizados, sin techo, ancianos

### Lo conocido sobre el tema

- Las medidas de clasificación socioeconómica más utilizadas en nuestro medio han sido el nivel educativo, la clase social basada en la ocupación y el nivel de ingresos.
- Existe cierta controversia sobre cuál es la mejor variable para medir la posición socioeconómica de las personas y poder estudiar la existencia de desigualdades en salud.

### Qué aporta este estudio

- En esta población desfavorecida socialmente el nivel educativo parece que pone mejor de manifiesto las desigualdades en salud que la clase social basada en la ocupación.
- Sería deseable escoger un indicador de posición socioeconómica acorde con la teorización previa sobre las dimensiones de las desigualdades a estudiar.

institucionalizados, entre otros) no estén representados. Dado que el método de recogida de la información es una encuesta, bien podríamos pensar en la existencia de un posible sesgo en la obtención de la información referida a la salud percibida, el consumo de tabaco o la utilización de servicios sanitarios. A pesar de ello, la validez de estas preguntas en este tipo de encuestas es elevado<sup>22-24</sup>. La encuesta no recoge información sobre otras variables, como la posesión de bienes o servicios (automóvil, teléfono, etc.) o características de la vivienda (número de habitaciones, dimensiones, entre otras), que algunos autores han utilizado como indicadores socioeconómicos de carácter individual o ecológico<sup>7-9,25</sup> y que acaso podrían ayudar a caracterizar mejor la relación estudiada.

Este trabajo evidencia, una vez más, la existencia de desigualdades sociales en la salud percibida, el consumo de tabaco y el uso de servicios sanitarios. Sin embargo, la principal conclusión se refiere a la necesidad de utilizar buenos indicadores de posición socioeconómica y, si es posible, evaluar las desigualdades simultáneamente con más de uno de ellos. En este caso, el nivel educativo parece que pone mejor de manifiesto esas desigualdades, aunque por las características de la población estudiada (en la que predominan las personas de nivel socioeconómico poco favorecido) se deben tomar con cautela. Estos resultados deben confirmarse en otras poblaciones y con diseños longitudinales.

Así, el seguimiento de esta población permitirá estudiar si existen desigualdades sociales en el estado de salud o en determinadas conductas utilizando estos indicadores de posición socioeconómica<sup>26</sup>. Aunque generalmente la elección de un indicador de posición socioeconómica depende de la disponibilidad de los datos, cuando sea posible sería preferible escoger un indicador acorde con la teorización previa sobre las dimensiones de las desigualdades a estudiar.

### Bibliografía

1. Alonso J, Antó JM. Desigualdades de salud en Barcelona. *Gac Sanit* 1988;4:4-12.
2. Benach J. Análisis bibliométrico de las desigualdades en salud en España (1980-1994). *Gac Sanit* 1995;9:251-64.
3. Borrell Thió C. Les desigualtats social en la Salut. Revisió de la bibliografia. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública, 1998.
4. Navarro V, Benach J, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud. *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, The Johns Hopkins University, 1996.
5. Álvarez Dardet C, Alonso J, Domingo A, Regidor E. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores, 1995.
6. Fernández E, Alonso RM, Quer A, Borrell C, Benach J, Alonso J, et al. El autopoicionamiento social como indicador de posición socioeconómica. *Gac Sanit* 2000;14:218-25.
7. Kunst AE, Mackenbach JP. *Measuring socio-economic inequalities in health*. Copenhagen: World Health Organization, 1995.
8. Liberatos P, Link GB, Kesley JL. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiology Rev* 1988;10:87-121.
9. 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.
10. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la «clase social» basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989;3:320-6.
11. Alonso J, Pérez P, Sáez M, Murillo C. Validez de la ocupación como indicador de la clase según la clasificación del British Registrar General. *Gac Sanit* 1997;11:205-13.
12. Davey Smith G, Hart C, Hole D, MacKinnon P, Gillis C, Watt G, et al. Education and occupational social class: which is more important indicator of mortality risk? *J Epidemiol Community Health* 1998;52:153-60.
13. Departament de Salut Pública. Enquesta de Salut de Cornellá de Llobregat 1994. Cornellá de Llobregat: Ajuntament de Cornellá de Llobregat, 1995.
14. Fernández E, Schiaffino A, Martí M. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Gac Sanit* 2000;14:287-90.
15. Rué M, Borrell C. Los métodos de estandarización de tasas. *Revisión Salud Pública* 1993;3:263-95.
16. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Borrell C, García M, Segura A. Desigualdades en salud según la clase social en Cataluña, 1994. *Aten Primaria* 2000;25:560-2.

17. Fernandez E, Schiaffino A, Rajmil L, Badia X, Segura A. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *J Epidemiol Community Health* 1999;53:218-22.
18. Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000;14(Supl 3):60-71.
19. Winkleby MA, Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am J Public Health* 1992;82:816-20.
20. Cirera Suárez L, Tormo Díaza MJ, Santiuste de Pablos C, Chirlaque MD, Galvañ Olivares F, Navarro Sánchez C. ¿Son la ocupación y la educación intercambiables como indicadores sociales en salud comunitaria? Un estudio en población ocupada. *Aten Primaria* 2000;26:614-9.
21. Sánchez CM. La medición de la clase social de las mujeres. En: Borrell C, Sánchez C, Rohlfs I, Permanyer E, editores. *La medida de la clase social y su impacto en el estudio de las desigualdades en salud*. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública/Instituto de la Mujer, 1996; p. 2-16.
22. Idler EL, Kasl SV, Lemke JH. Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington counties, Iowa, 1982-1986. *Am J Epidemiol* 1990;131:91-103.
23. Roberts RO, Bergstralh E, Schmidt L, Jacobsen SJ. Comparison of self-reported and medical record health care utilization measures. *J Clin Epidemiol* 1996;49:989-95.
24. Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *Am J Public Health* 1994;84:1086-93.
25. Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Benach J, Pasarin MI. Medidas de privación material en los estudios de áreas geográficas pequeñas. *Gac Sanit* 2001;15(Supl 4):23-33.
26. Garcia M, Schiaffino A, Fernández E, Marti M, Salto E, Pérez G. The Cornella Health Interview Survey Follow-Up (CHIS.FU) Study: design, methods, and response rate. *BMC Public Health* 2003;3:12.