

La medición de la clase social en Ciencias de la Salud

Informe de un Grupo de Trabajo de
la Sociedad Española de Epidemiología

**C. Alvarez-Dardet, J. Alonso,
A. Domingo, E. Regidor**

COLECCIÓN INFORMES TÉCNICOS

en la misma colección:

Informe SESPAS 1993: la salud y el sistema sanitario en España
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (S.E.S.P.A.S.)

El Sistema Nacional de Salud en la década del 2000
por A. Marrón, J. Jiménez, F. Aliaga, D. García

Sistema Nacional de Salud: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma
por Javier Elola

Otros libros de interés en esta editorial

Prospectiva y planificación estratégica
por Michel Godet

Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas
por Anne Jamieson, Raymond Illsley

Mercados planificados y competencia pública. Reformas estratégicas en los sistemas sanitarios de los países del norte de Europa
por Richard B. Saltman, Casten von Otter

Prioridades en atención sanitaria. Informe realizado por la Comisión Gubernamental sobre Alternativas en la Asistencia Sanitaria (Informe Dunning)

COLECCIÓN INFORMES TÉCNICOS. SÉRIE "I"

La medición de la clase social en Ciencias de la Salud

Informe de un Grupo de Trabajo de
la Sociedad Española de Epidemiología

Carlos Alvarez-Dardet
Departamento de Salud Pública.
Universidad de Alicante.

Jordi Alonso
Departamento de Epidemiología y Salud Pública.
IMIM. Barcelona.

Antonia Domingo
Departamento de Epidemiología y Salud Pública.
IMIM. Barcelona.

Enrique Regidor
Subdirección de Epidemiología.
Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.



*A la memoria de Enrique Nájera y en su nombre a todos los
sanitarios españoles que entendieron la lucha por la justicia
social como parte de su compromiso con la Medicina.*

Título original: **La medición de la clase social en Ciencias de la Salud**

Autores: Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología
(Carlos Álvarez-Dardet, Jordi Alonso, Antonia Domingo, Enrique Regidor)

Edita: SG Editores

Roselló 372, 2º 1ª. 08025 Barcelona (España)

© 1995: SG Editores S.A.

Sociedad Española de Epidemiología

ISBN: 84-87621-35-X

Realizado en Barcelona (España)

Diseño de la portada: Pepón Negre

Depósito Legal: B- 35607-95

Realización: Camps Gràfics

Impresión: Janapa S.L.

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio, sin el permiso del editor.

Este informe ha sido producido bajo los auspicios de la Sociedad Española de Epidemiología. Los derechos de autoría pertenecen también a dicha sociedad, que dedicará los ingresos obtenidos a la realización de actividades sobre desigualdades en salud.

Para cualquier comunicación sobre los contenidos de esta obra, dirigirse a:

Carlos Álvarez-Dardet
Universidad de Alicante
Facultad de Medicina
Dpto. Salud Pública
Apdo. correos 374
03080 Alicante

El grupo de trabajo de la SEE anima a los lectores a utilizar la propuesta de clasificación que se hace en el texto, rogándose que se cite su origen de esta forma:

Cita recomendada:

Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La Medición de la Clase Social en Ciencias de la Salud. Barcelona: SG Editores, 1995.

Índice

Asesores del Informe.....	13
Abreviaturas utilizadas en el texto	15
Invitación	17
Prefacio del Grupo de Trabajo.....	19
RESUMEN.....	23
Capítulo 1. Salud y clase social	29
1.1.Relación entre nivel socioeconómico y salud	33
1.2.Limitaciones para su análisis en España.....	35
Capítulo 2. Objetivos y metodología del informe	41
Capítulo 3. Utilización de los indicadores de clase social en epidemiología y salud pública	43
3.1.Estudios publicados en revistas de Salud Pública internacionales.....	44
3.2.Revisión de los indicadores de clase social en España	50
3.2.1.Estudios epidemiológicos sobre desigualdades sociales en salud en España.....	50
3.2.2. Estadísticas vitales: registro de defunciones y nacimientos	53
3.2.3. Encuestas de salud por entrevista.....	55
3.2.4. Sistemas de registro en los servicios sanitarios.....	61

Capítulo 4. Descripción de los indicadores de clase social	63
4.1. Ocupación	63
4.1.1. Tipos diferentes de agrupación	64
4.1.2. Limitaciones	66
4.2. Nivel de estudios	67
4.2.1. Tipos diferentes de agrupación	68
4.2.2. Limitaciones	68
4.3. Ingresos	69
4.3.1. Tipos diferentes de agrupación	69
4.3.2. Limitaciones	69
4.4. Otros indicadores para estudios de base individual	70
4.5. Indicadores ecológicos	71
4.5.1. Tipos diferentes de agrupación	72
4.5.2. Limitaciones para su utilización en España	73
Capítulo 5. Conclusiones	75
Capítulo 6. Propuesta de un sistema de indicadores para la medición de la clase social	77
6.1. Indicadores y método de medida	78
6.1.1. Ocupación	78
6.1.2. Nivel de estudios	81
6.1.3. Ingresos	82
6.1.4. Otros indicadores	84
6.2. Recomendaciones generales	84
6.3. Recomendaciones para diferentes ámbitos de estudio	85
Capítulo 7. Bibliografía	87
ANEXOS	99
Anexo A. Estructura de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-94) a nivel del tercer dígito	101
Anexo B. Clasificación de Clase Social basada en la ocupación para el análisis y presentación de resultados	106
Anexo C. Listado de las ocupaciones a nivel del tercer dígito de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-94) incluidas en cada categoría de Clase Social	107

Anexo D. Correspondencia de las ocupaciones a nivel del tercer dígito de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-94) y las categorías de Clase Social	108
Anexo E. Clasificación de Nivel de Educación	113
Anexo F. Clasificaciones de Nivel de Educación para el análisis y la presentación de resultados	116
Anexo G. Propuesta de inclusión de preguntas relativas a la Clase Social o al nivel socioeconómico de los individuos en el Boletín Estadístico de Defunción, en el Boletín Estadístico de Nacimiento, en el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios y en la Historia Clínica	117
Índice temático	119

Índice de tablas y figuras

Tabla I. Estudios Epidemiológicos internacionales sobre clase social	46
Tabla II. Estudios sobre desigualdades en salud en España	52
Tabla III. Porcentaje de defunciones que no han podido clasificarse en alguna ocupación o que figuran como estudiantes, sus labores, jubilados, retirados o pensionistas	54
Tabla IV. Formas diferentes de obtener información sobre ocupación en varias encuestas de salud por entrevista realizadas en España	57
Tabla V. Formas diferentes de obtener información sobre nivel de estudios en varias encuestas de salud por entrevista realizadas en España	60
Tabla VI. Componentes socioeconómicos de los índices ecológicos	73
Tabla VII. Comparación entre diferentes clasificaciones de clase social a partir de la ocupación	80
Tabla VIII. Propuesta de un sistema de indicadores para medición de la clase social, según el ámbito de aplicación	85
Figura 1. Utilización de clase social como variable en investigación médica	32
Figura 2. Preguntas para la ocupación	79
Figura 3. Preguntas alternativas para el nivel de estudios	82

ASESORES DEL INFORME

Josep M^a Antó (Barcelona)

Fernando Antoñanzas (Logroño)

Antoni Arias (Ibiza)

Joan Benach (Madrid)

Carme Borrell (Barcelona)

Lluís Cirera (Murcia)

Antonio Cueto (Oviedo)

Ignacio Duque (Madrid)

José Manuel Freire (Madrid)

Iñaki Galán (Madrid)

Fernando García Benavides (Barcelona)

Margarita García (Madrid)

Juan J. Gervás (Madrid)

Pilar Gómez (Madrid)

Carlos A. González (Mataró-Barcelona)

Juan Luis Gutiérrez-Fisac (Londres)

Albert J. Jovell (Barcelona)

Jaime Latour (Valencia)

Louis Lemkow (Barcelona)

Joan Carles March (Granada)

José M^a Martín Moreno (Madrid)

Carmen Martínez (Granada)

Ferrán Martínez Navarro (Madrid)

Miguel Mata (Madrid)

Concepción Moreno (Pamplona)

Carmen Navarro (Murcia)

M^a Dolores Navarro (Barcelona)

Vicente Navarro (Baltimore)

Vicente Ortún (Barcelona)

Rafael Peris (Valencia)

Antoni Plasencia (Barcelona)

Carmen Rodríguez (Madrid)

M^a Teresa Ruiz (Alicante)

Silvia SanJosé (Barcelona)

Susana Sans (Barcelona)

Andreu Segura (Barcelona)

Serapio Severiano (Madrid)

M^a Victoria Zunzunegui (Granada)

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO

SEE.	Sociedad Española de Epidemiología
SESPAS.	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
OMS.	Organización Mundial de la Salud.
BED.	Boletín Estadístico de Defunción.
CNO.	Clasificación Nacional de Ocupaciones.
ESE.	Encuestas de Salud por Entrevista.
INE.	Instituto Nacional de Estadística.
CMBD.	Conjunto mínimo básico de datos.
BRG.	Clasificación de Clase Social del Reino Unido (British Registrar General).
CINO.	Clasificación Internacional Normalizada de Ocupaciones.
SNS.	Sistema Nacional de Salud.
PNUD.	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Invitación

En nombre de la anterior y la actual Junta Directiva, de la totalidad de los socios y socias de la SEE y, así mismo, de quienes no siéndolo participan y colaboran regularmente en nuestras actividades, deseo extender una cordial invitación a todos los lectores y usuarios de este Informe: a reflexionar sobre él, a intentar llevar a la práctica sus recomendaciones y, por encima de todo, a criticarlo y a mejorarlo con ánimo creativo y constructivo.

Ojalá me equivoque, pero creo que España no goza todavía en el sector de la salud de una tradición suficientemente larga y sólida de informes y dictámenes elaborados con rigor e independencia. Cuando menos esa tradición puede fortalecerse; valga como un ejemplo la colección de SG Editores, editorial en la que se publica este informe. Pues, en efecto, los mundos asociativo, académico y profesional se han ido afianzando y experimentan ya una enorme madurez; ello les permite -cada vez con mayor eficacia- elaborar análisis y ofrecer propuestas para mejorar el estado de las cosas. Combinando la profundidad de los análisis con unas propuestas pragmáticas y gradualistas, el presente Informe se inscribe en esa perspectiva de rigor e independencia. Por ende, el camino que nos propone recorrer necesita del concurso de un número muy amplio de profesionales. Profesionales cercanos o no a la epidemiología y a las otras disciplinas que integran la salud pública; profesionales de la administración pública y del sector privado. A todos ellos les agradezco de antemano las sugerencias que nos puedan formular; solicitamos las dirijan a los autores del trabajo, quienes las acogerán en nombre de la SEE y las estudiarán con el mayor interés.

Tanto a los autores como a los asesores del Informe deseo agradecerles muy cordialmente el trabajo que durante dos años han realizado y la tarea que en el futuro seguirán desarrollando, con el pleno apoyo de la SEE, para que sus conclusiones se plasmen en la realidad.

La SEE tiene plena confianza en que las sucesivas ediciones revisadas del Informe contribuirán a que nuestro país se acerque todavía con mayor celeridad a otros países de la Unión Europea en cuanto a la disponibilidad de más y mejores datos, información y conocimientos sobre las interrelaciones entre los factores socioeconómicos, la clase social y la salud.

Miquel Porta Serra
Presidente SEE

Prefacio del Grupo de Trabajo

La necesidad de contar con una herramienta consensuada para medir clase social en ciencias de la salud se ha detectado desde hace bastantes años por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), que viene organizando, desde su creación en 1977, diversas actividades encaminadas al estudio epidemiológico de las desigualdades en salud. Este interés se enmarca en la tradición epidemiológica, primordialmente europea, de cuantificar tanto la relación entre salud y pobreza como de vigilar los avances, y últimamente también los retrocesos, de los efectos de las políticas sociales; lo que movió a la Junta Directiva de la Sociedad en 1993 a proponer la creación de un grupo de trabajo.

Quizás habría que aclarar aquí, cuáles son las intenciones del grupo de trabajo al publicar este texto y cuáles no. Este informe pretende favorecer de manera pragmática la introducción progresiva de un sistema consensuado de medición de la clase social y está dirigido a personas que pueden utilizarlo en la práctica. No es, pues, un manual académico que revise aspectos teóricos, ni de clase social, ni de nivel socioeconómico, ni de sus relaciones con la salud. El lector interesado en profundizar en estos aspectos puede encontrar en las referencias bibliográficas excelentes revisiones por las que introducirse en este apasionante campo.

La aproximación del presente informe a la medición del nivel socioeconómico es fundamentalmente pragmática. El propósito perseguido es la propuesta y recomendación de diversas clasificaciones de nivel socioeconómico de los individuos, basadas en experiencias empíricas previas en las que estas clasificaciones

han mostrado gran capacidad explicativa de muchos de los fenómenos relacionados con la salud.

Se ha obviado, por tanto, cualquier referencia al desarrollo teórico de la estratificación social y formación de las clases sociales, cuyo estereotipo más característico lo representan la contraposición entre las corrientes marxistas y weberiana en términos de centralidad de la producción versus el mercado, énfasis en la división social del trabajo versus la identidad social y política de los agentes y centralidad en las relaciones de explotación versus de dominación. En cualquier caso, uno de los elementos que se han tenido en cuenta en este informe, como es la estructura ocupacional, está siendo utilizado últimamente por las corrientes neoweberianas y neomarxistas para solucionar el problema de la contrastación empírica de ambas teorías.

Igualmente, hay que señalar que el informe utiliza indistintamente dos conceptos similares, "clase social" y "nivel socioeconómico". Desde un punto de vista teórico clase social se utiliza en sociología para definir la posición que ocupa un individuo en la estructura social y como resultado del proceso de estratificación social. El nivel socioeconómico es un concepto operativo que se emplea para medir cómo se clasifican los individuos en un contexto social específico. Además de estas acepciones académicas, ambos conceptos se utilizan en ámbitos no científicos de una manera más laxa, haciéndose del término clase social una valoración de justicia social solidaria con los más desfavorecidos. Por todas estas razones los redactores de este informe, aún conscientes de que el título podría ser criticado desde una perspectiva académica, han preferido, por el significado popular que "clase social" sigue teniendo, mantener en el título el equívoco (o quizás no).

La aspiración del grupo de trabajo de que progresivamente la herramienta que aquí presentamos se use, es muy ambiciosa, lo sabemos. En general, en España hay poco aprecio por la medición. Nos planteamos una tarea que va contra años de desinterés y de una cierta despreocupación por evidenciar sólidamente los problemas. Preferimos, en general, la discusión retórica sobre asuntos en los que existe un gran margen de incertidumbre. Pero también sabemos que nuestra aspiración es legítima y se nos ocurren dos líneas de trabajo para el futuro. La primera es la difusión desde abajo hacia arriba. Desde aquí invitamos a todos los profesionales de la salud que registran datos, a incluir la medición de la clase social entre ellos, y a mostrar públicamente la utilidad de sus resultados. Esperamos que

la SEE siga propiciando espacios sobre esta cuestión y que otras sociedades científicas, a las que desde aquí invitamos, se unan al proceso de normalización de obtención de este tipo de información. Pero para que el proceso se consolide y tengamos un sistema de medición de carácter nacional, será necesario apoyar el enfoque anterior con uno de arriba hacia abajo que propicie los cambios legislativos e institucionales necesarios. Aquí, entendemos que vuelve a ser crucial el concurso de las sociedades científicas y otras instituciones de Salud Pública, para liderar una corriente de opinión favorable a los cambios necesarios para la utilización en la práctica de la propuesta. El papel de las Sociedades federadas en SESPAS (SEE, AES) y de las Escuelas de Salud Pública en este proceso resulta evidente.

La propuesta que se plantea necesita todavía de un considerable trabajo de investigación, en este sentido las agencias que financian investigación en España, podrían estar interesadas en ayudar con sus fondos a la realización de estudios de validación y puesta en marcha. La inclusión de nuevos ítems en un sistema de información supone un esfuerzo también de formación de personal sanitario y administrativo en la recogida de datos.

Nos gustaría imaginar el efecto de este grupo de trabajo como el que produce una piedra que se tira a un estanque y va produciendo ondas en el agua de expansión consecutiva. Pero no tiraremos la piedra y esconderemos la mano. Desde aquí brindamos nuestro apoyo a todos aquellos que quieran poner en práctica esta iniciativa y proponemos a la directiva de la SEE la creación de un grupo de trabajo estable que revise en el futuro este texto.

Los que firmamos estas líneas somos los responsables del texto, pero este hubiera sido imposible sin la valiosa ayuda de los asesores del informe, que de manera rápida contestaron a nuestra petición de reflexiones, ideas y sugerencias de manera, que es a quienes firmamos estas líneas a quien hay que pedir responsabilidades por los posibles errores o inexactitudes. Sin la iniciativa y el apoyo de la directiva de la SEE este trabajo no se hubiera iniciado. Las Instituciones para las que trabajamos (Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Instituto Municipal de Investigación Médica y Universidad de Alicante) colaboraron y nos permitieron usar nuestro tiempo en este trabajo y también sus instalaciones.

Clara Ripoll nos ayudó eficazmente en las tareas de secretaria y finalmente, el Centro de Documentación de la OMS en el IVESP nos dio apoyo documental y Manuel Arranz hizo una excelente revisión de estilo. Francisco Bolúmar y Miquel Porta presidieron durante la realización de este trabajo las juntas directivas de la SEE que nos apoyaron y nos animaron en la tarea.

A todos ellos muchas gracias.

**Carlos Alvarez-Dardet, Jordi Alonso,
Antonia Domingo y Enrique Regidor**

Resumen

Las relaciones entre el nivel de salud y la clase social son unas de las mejor establecidas y desde hace más tiempo en Medicina y Salud Pública. La clase social puede manejarse como una herramienta para medir el impacto total sobre la vida de los individuos, de la mayoría de las variables que caracterizan su ambiente social.

Consecuencia lógica de la enorme importancia de la clase social en la etiología de las enfermedades, son los intentos de mejorar la salud mejorando el ambiente social, o la utilización de medidas de clase social y salud en la vigilancia de acciones deliberadamente diseñadas para disminuir la desigualdad ante la salud, o en el efecto más general de las políticas sociales en la misma.

En los países con un sistema de clasificación aceptado de clase social en las estadísticas sanitarias, se ha evidenciado la importancia del ambiente social como causa de pérdida de salud. En España no existe un acuerdo estatal sobre este tema, lo que explica nuestro bajísimo nivel de producción científica en este área, siendo un 250% inferior a la media mundial. La situación en España de ausencia de estadísticas sanitarias por clase social supone limitaciones graves que trascienden el ámbito de la investigación científica.

Adicionalmente, los esfuerzos que se realizan para medir clase social desde diversos ámbitos, tanto de estadísticas rutinarias, como de encuestas de salud o trabajos de investigación tienen serias limitaciones por problemas de cumplimentación y comparabilidad. El porcentaje de defunciones en las que no puede clasificarse la información sobre ocupación asciende al 90% de todos los Boletines

Estadísticos de Defunción en España. Las encuestas de salud por entrevista, que han supuesto un enorme esfuerzo para la administración central y algunas comunidades autónomas y ciudades en los últimos 10 años, no pueden compararse entre sí en lo referente a ocupación, renta y educación.

Reflejo del interés y la dedicación que motiva en los epidemiólogos españoles este tema, así como de la necesidad sentida de disponer en España de indicadores homogéneos de clase social, fue el Seminario sobre *Clase Social: Metodología y Aplicaciones*, organizado en el mes de mayo de 1994 por el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Murcia -en el que colaboró la Sociedad Española de Epidemiología- y al que asistieron unos cuarenta epidemiólogos de varias comunidades autónomas.

En el seminario se discutió sobre metodología para la medición de las desigualdades sociales, tanto desde el punto de vista teórico y conceptual como de las aplicaciones y resultados de diferentes estudios epidemiológicos, donde las diferencias en morbi-mortalidad según clase social han sido más evidentes. Se presentaron varios tipos de diseños posibles para analizar las variables socioeconómicas y la mortalidad en España, y se pusieron de manifiesto las limitaciones de estos análisis en nuestro medio, por falta de acceso a los registros nominales, que permitan realizar algún tipo de enlace de registros, así como la deficiente cumplimentación de la información sobre ocupación del Boletín Estadístico de Defunción.

Uno de los objetivos del Seminario era dar a conocer la propuesta del grupo de trabajo sobre clase social. Se adelantaron algunas ideas de la propuesta que aquí se ofrece para discusión y aquella presentación sirvió, sobre todo, para ampliar el número de asesores con los que ha contado el informe.

Esta situación de partida justifica, en la opinión de la Sociedad Española de Epidemiología, la creación de un grupo de trabajo, que ha producido el presente informe con los siguientes objetivos:

- A) Ofrecer una revisión basada en la literatura y la experiencia existente, sobre la medición de la clase social y salud.
- B) Sugerir a los distintos productores y usuarios de los sistemas de información sanitaria propuestas que supongan en la práctica herramientas de trabajo útil.

- C) Contribuir a la generación de un debate que haga posible comenzar a solucionar las carencias en este área en nuestros sistemas de información sanitaria.

El grupo de trabajo ha realizado una revisión de la literatura nacional e internacional sobre medición de clase social. Valorando por un lado la experiencia existente en la utilización de los niveles de ocupación, estudios y renta, en estudios con base individual; y por otro informaciones obtenidas de estudios ecológicos. También se ha valorado la aplicación de estas herramientas a ámbitos de trabajos en nuestro país, llegando a las siguientes conclusiones:

1. Varios estudios han puesto de manifiesto la existencia de diferencias socioeconómicas en salud en España. Sin embargo, la escasez de investigaciones sobre este tema, en comparación a la existente en otros países, limita la práctica de la Medicina y de la Salud Pública y la Administración Sanitaria, e impide el seguimiento y evaluación apropiada de las políticas sociales.
2. Con los actuales sistemas de información sanitaria en nuestro país, es muy difícil, cuando no imposible, realizar el seguimiento de las diferencias socioeconómicas en salud: en unos casos, porque la información acerca de las características socioeconómicas de los individuos es de mala calidad (registro de mortalidad) y, en otros, porque sencillamente no existe (conjunto mínimo básico de datos hospitalarios).
3. La ausencia de información rutinaria procedente de los servicios sanitarios, donde se incluya alguna variable relativa al nivel socioeconómico de los individuos, supone una importante limitación a la hora de evaluar el grado de accesibilidad y utilización hospitalaria en los diferentes grupos de población.
4. Por otro lado, en aquellos casos en los que la información sobre las características socioeconómicas de los individuos está presente, como las encuestas de salud por entrevista o determinadas investigaciones específicas, la comparabilidad de los resultados no es posible, debido a que la forma de recogida de los datos relativos a los indicadores de clase social y la posterior explotación de los mismos, son diferentes de unos estudios a otros. No sólo la comparabilidad entre estudios está limitada, sino también la evolución en el tiempo.
5. Una cortapisa adicional es la restricción que la Ley de la Función Estadística Pública impone a la utilización de datos individualizados y personalizados, incluso cuando los fines son los de la investigación.

6. A pesar de todo se han realizado investigaciones valiosas en nuestro país, que nos han aportado conocimiento de las desigualdades en nuestro medio, aprovechando la información existente en las estadísticas sanitarias, tanto a nivel de barrios de una ciudad como a nivel de todo el Estado.
7. Una fuente de información clásica en nuestro país para la realización de estudios ecológicos, como el Padrón Municipal, ha dejado de serlo como consecuencia de una sentencia del Tribunal Supremo, relativa a informaciones no necesarias a la finalidad del registro del Padrón.
8. La evaluación de la literatura especializada pone de manifiesto que a pesar de que se utilizan muchas variables aproximadas a la clase social o al nivel socioeconómico de los individuos, las principales son la ocupación y el nivel de estudios.
9. La propuesta que se presenta a continuación, relativa a la medición de la clase social en ciencias de la salud, tiene por objeto hacer un llamamiento a otras sociedades científicas, instituciones y personas, con el objeto de que se cree una corriente de opinión favorable a la inclusión de estas variables en las estadísticas sanitarias y en los estudios de investigación clínica y epidemiológica.
10. Hay que tener presente que muchos de los cambios requeridos involucran directamente al personal sanitario, principalmente a los médicos, ya que ellos son pieza clave en la adecuada cumplimentación de documentos susceptibles de utilización para la investigación o para una posterior explotación estadística. Estos cambios implican también un compromiso y voluntad por parte de la Administración, en especial de los equipos responsables de las instituciones que generan las estadísticas.

Como manera de alcanzar los objetivos, el informe plantea una propuesta con dos niveles de complejidad que deben usarse dependiendo de la finalidad de la recogida de información:

1. *Sistemas de recogida de datos rutinarios.* En este apartado se incluyen:

- Boletín Estadístico de Defunción
- Boletín Estadístico de Nacimiento
- Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios
- Historia Clínica de Rutina
- Registro de Enfermedades

En estos sistemas de recogida de datos, las variables que deberían incluirse son la clase social -basada en la ocupación desempeñada y en la situación de empleo- y el nivel de estudios -obtenido mediante una pregunta cerrada-.

En el Boletín Estadístico de Defunción debe recogerse información de estas variables, tanto del fallecido como de su conyuge o pareja. En el caso de que el fallecido tenga menos de 18 años, la información socioeconómica debe recogerse del padre y de la madre. Igualmente, la información recogida en el Boletín Estadístico de Nacimiento corresponde al padre y a la madre. En el anexo G aparecen las preguntas que deberían incluirse en estos sistemas rutinarios de recogida de datos.

2. *Estudios periódicos e investigaciones específicas.* En este apartado se incluyen los estudios periódicos -por ejemplo, las encuestas de salud- y las investigaciones específicas, cuyo objetivo es estudiar la relación entre la clase social y la salud.

En estos estudios las variables que deberían incluirse, además de la clase social -basada en la ocupación desempeñada y en la situación de empleo- y el nivel de estudios -mediante una pregunta abierta o cerrada-, son los ingresos del hogar y otros indicadores -por ejemplo, los basados en la riqueza material-.

El lector/a puede encontrar en los anexos finales del informe, tanto cuestionarios como las clasificaciones recomendadas en la codificación, agrupación, análisis y presentación de los resultados.

Capítulo I.

Salud y clase social

"Las gentes en un estado civilizado pueden ser clasificadas en muchas categorías; pero, de cara a investigar la manera en que disfrutan o son privadas de los medios de sostén de la salud de sus cuerpos y sus mentes, solo necesitan ser divididas en dos grupos, los ricos y los pobres" (Hall, 1805).

Las relaciones entre el nivel de salud y la clase social son de las mejor establecidas y desde hace más tiempo en Medicina y Salud Pública (Hall, 1805, Chadwick, 1842, Engels, 1884, García Faria, 1888). Se acepta así que las enfermedades y la salud son resultado de la interacción entre los individuos, con su carga genética, y el medio ambiente, con sus componentes físicos, químicos, biológicos y sociales. El medio ambiente social, a su vez, determina en gran medida la frecuencia de exposición a las noxas físicas, químicas o biológicas.

El ambiente social se considera una estructura externa que envuelve a los individuos, que los precede antes de su nacimiento y que persiste después de su muerte. Comprende las **instituciones económicas** para producir y distribuir el sustento material para las personas, las **creencias ideológicas** (religión, moralidad, cultura, política) para sostener los valores compartidos, los **códigos lingüísticos** para facilitar la información y finalmente las **instituciones sociales** (matrimonio, familia, educación, leyes, etc.) que regulan las relaciones y protegen los derechos de cada ciudadano (Marmot y Morris, 1979).

Desde el punto de vista de la medición de las influencias sobre la salud del ambiente social, es tradicional en Salud Pública la utilización de medidas del nivel socioeconómico. Este concepto identifica desigualdades sis-

temáticas en el ambiente social al que están expuestos los individuos. En la teoría sociológica clásica, la clase social es específicamente una relación económica definida por la producción según Marx y por el mercado según Weber. También la clase social ha sido muy empleada como una medida sencilla de la distribución de la riqueza material. En este sentido, la clase social puede manejarse como una herramienta para medir el **"impacto total"** sobre la vida de los individuos de la mayoría de las variables que caracterizan su ambiente social (Hart, 1991).

La enorme influencia del ambiente social sobre la salud, siempre ha interesado a los epidemiólogos por su capacidad explicativa de los fenómenos de la salud y enfermedad. Consecuencia lógica de la enorme importancia de la clase social en la etiología de las enfermedades, son los intentos de actuar sobre la salud transformando el ambiente social (Dahlgren y Whitehead, 1992) o la utilización de medidas de clase social y salud en la vigilancia de acciones deliberadamente diseñadas para disminuir la desigualdad o falta de equidad ante la salud o el efecto más general de las políticas sociales en la misma.

El interés de la medición de la clase social no se limita a los estudios socio-epidemiológicos explicativos, encaminados a explicar su asociación con la enfermedad, en los que la necesidad de su medición es obvia. Existen además estudios no enfocados a la clase social, pero que necesitan medirla para mejorar su validez. En efecto, en la medida en que la clase social se asocia a una amplia gama de enfermedades, es frecuente que actúe como una variable de confusión, distorsionando (enmascarando o exagerando) los resultados de los estudios clínicos o epidemiológicos (Morgenstern, 1985). En otras ocasiones, condiciona el proceso de reclutamiento de los individuos del estudio, lo que puede introducir un sesgo de selección y limitar la generalización de los resultados.

Además de su importancia en investigación epidemiológica y clínica, el ambiente social tiene un enorme interés para la práctica clínica. En efecto, el nivel socioeconómico interviene de forma relevante en las distintas fases del proceso de enfermar:

1. Condiciona una serie de hábitos, actitudes, creencias, etc., que se relacionan con el hecho de enfermar. Por ejemplo, los niveles bajos tienen con frecuencia una menor tasa de cobertura vacunal, acuden con menos frecuencia a los servicios preventivos (vigilancia del embarazo, exámenes ginecológicos periódicos,...), suelen mostrar un perfil

de factores de riesgo coronario desfavorable (mayor consumo de tabaco, obesidad, hipertensión, ...). En ocasiones, el descubrimiento de una clase social desfavorable es la clave para el diagnóstico clínico, como es el caso de ciertas enfermedades laborales o infecciosas.

2. Condiciona el marco en que se produce el encuentro clínico. La fenomenología del contacto del paciente con el sistema sanitario varía de acuerdo con la clase social. Por consiguiente, el conocimiento de la clase social del paciente debe ayudar al clínico a mejorar su comunicación. La utilización de un lenguaje vulgar, por ejemplo, puede ser útil en la anamnesis de un paciente analfabeto, pero puede resultar ofensiva en un paciente de nivel educativo alto.
3. Condiciona la efectividad del tratamiento y el pronóstico. Por ejemplo, el grado de cumplimiento terapéutico suele ser inferior en los pacientes de la clase social baja, lo que obligaría a tomar medidas suplementarias (explicaciones extensas, citaciones periódicas más frecuentes), al objeto de reducir las desigualdades sociales. En otras ocasiones, el pronóstico desfavorable en ciertos grupos sociales resulta más difícil de explicar. Es el caso, por ejemplo, de los pacientes solteros o viudos tras sufrir un infarto de miocardio.

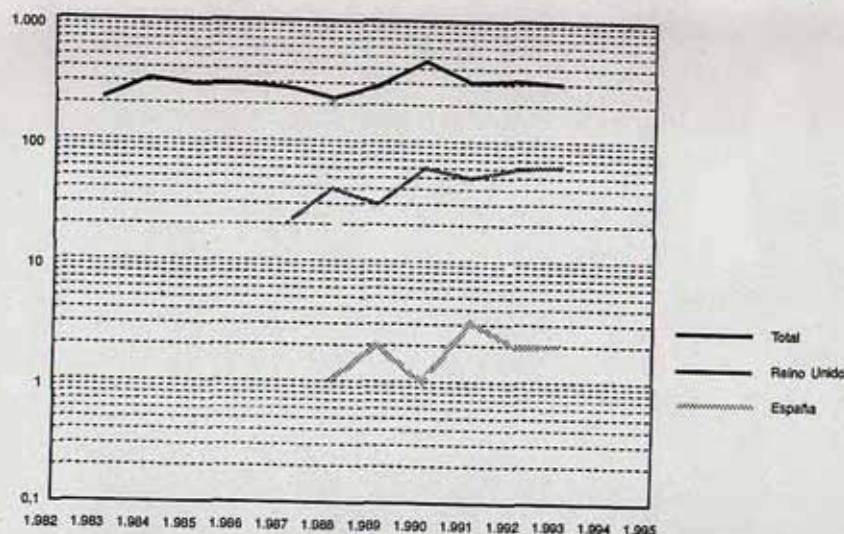
En los últimos veinte años se ha producido una gran cantidad de información sobre este tema, muy determinada por la disponibilidad de datos con que contaban los investigadores. Así, en países con un sistema de clasificación aceptado de la clase social en las estadísticas sanitarias, como es el Reino Unido, la producción ha sido muy importante y mantenida. De esta forma se ha evidenciado tanto la importancia cuantitativa del ambiente social como causa de pérdida de salud (Townsend y Davidson, 1982), como su impacto en enfermedades y condiciones relacionadas (Marmot *et al*, 1978, 1984), o su evolución en el tiempo (Whitehead, 1987, Davey-Smith, 1990). La disponibilidad de información sobre clase social a partir de los datos que proporcionan los documentos sanitarios y la tradición de su uso, ha permitido valorar la relevancia del ambiente social en la prevalencia de factores de riesgo (Royal College of Physicians, 1962, 1971, 1977, 1983) y caracterizar su importancia en la utilización de servicios sanitarios (Tudor-Hart, 1971).

En cambio, en otros países donde las estadísticas sanitarias también tienen una larga tradición, como es el caso de los Estados Unidos (EEUU) de América, la inquietud de los investigadores por caracterizar el impacto

de la clase social en la salud quizás ha sido menor. No obstante, conviene señalar la existencia de algunas investigaciones que han utilizado indicadores aproximados, como el nivel de estudios o la raza (Kitagawa y Hauser, 1973), o bien, aproximaciones ecológicas como las circunscripciones administrativas (McCord y Freeman, 1990), intentando superar la barrera que supone la inexistencia de un acuerdo nacional sobre una clasificación de clase social.

En la figura 1 se muestra el resultado de revisar el número de artículos en la producción científica internacional que utilizan la clase social como la palabra clave en los últimos diez años. En ella se puede observar como la clase social se mantiene "de moda" entre los investigadores, y también la importancia de la disponibilidad de los datos en cuanto a producción científica en este área, comparándose la producción del Reino Unido con la de España.

Figura 1. Utilización de Clase Social como variable en investigación médica



Fuente: MEDLINE. Figura preparada por Manuel Arranz. Centro de Documentación de la OMS. IVESP, Valencia.

La figura se ha construido obteniendo de MEDLINE los artículos que en el título, resumen o palabras clave (MESH - Medical Subject Headings) utilizan el término "social class", quedando incluidos también en la subrutina de búsqueda los términos "socioeconomic level", "socioeconomic status" y "social status". Así, en el año 1992 aparecen unos 300 artículos, lo que supone aproximadamente uno de cada mil artículos de la producción científica mundial indizada en MEDLINE. La tendencia general, como puede apreciarse, es bastante estable. Esta información iría en contra de un eventual desinterés de los investigadores biomédicos en esta variable, como objeto de sus investigaciones, en los últimos años y a nivel mundial.

La importancia de la disponibilidad de los datos en la cantidad de producción queda también reflejada en esta figura. En un país como Reino Unido, con datos disponibles, la producción es un 200% mayor que la media mundial para la década. En España, en donde, como es sabido, no existe información de calidad recogida rutinariamente, la producción es un 250% inferior a la media mundial de la última década. Los datos, pues, parecen corroborar la hipótesis de que la disponibilidad de datos favorecen su utilización en investigación.

1.1 Relación entre nivel socioeconómico y salud

La mayor parte de las investigaciones en este área se han realizado con datos de mortalidad, y quizás los estudios más clásicos sean el realizado por Kitagawa y Hauser en los EEUU de América y el Informe Black en Inglaterra y Gales (Kitagawa y Hauser 1973, Townsend y Davidson, 1982) estos estudios, encontraron que en EEUU, en 1960, la tasa mortalidad estandarizada por edad en los individuos de 25 a 64 años con menor nivel de estudios era más alta que en los individuos con mayor nivel de estudios: 1,65 veces más alta en los hombres de raza blanca, 1,35 en los hombres de raza no blanca, 2,05 en las mujeres blancas y 1,70 en las mujeres de raza no blanca. Igualmente, el Informe Black puso de manifiesto un gradiente de mortalidad en hombres y en mujeres según la clase social en Inglaterra y Gales: entre los individuos de 15 a 64 años la razón de mortalidad estandarizada de la clase socioeconómica más baja fue 2,5 veces superior a la de la clase socioeconómica más alta. Posteriormente, otras investigaciones han encontrado idénticos resultados para la mayoría de las causas de muerte -aunque con algunas excepciones, como el cáncer de mama en mujeres o

el cáncer de colon y recto en hombres y en mujeres, más frecuentes en la clases altas-. Además, según diversos estudios realizados en la última década, esas diferencias socioeconómicas en mortalidad han aumentado a pesar de la reducción en las tasas de mortalidad en todos los estratos sociales (Marmot y McDowall, 1986, Feldman *et al*, 1989, Valkonen *et al*, 1993, Pappas *et al*, 1993).

El nivel socioeconómico de los padres también está asociado a las posibilidades de supervivencia durante el periodo perinatal y durante el primer año de vida: la mortalidad fetal tardía, la mortalidad neonatal y la mortalidad infantil son mayores en las clases socioeconómicas bajas que en las altas (Kitagawa y Hauser, 1973, Wise *et al*, 1985, Stockwell *et al* 1988).

Las encuestas de salud realizadas en diferentes países han mostrado que el número medio de problemas crónicos de salud es más alto en las personas de los estratos socioeconómicos inferiores y con menor nivel de ingresos que en los individuos de los estratos socioeconómicos más altos y con mayores ingresos (Adams y Benson, 1990, Smyth y Browne, 1992). Igualmente, estas encuestas han puesto de manifiesto grandes diferencias socioeconómicas en la prevalencia de incapacidad permanente o de larga duración. En España, por ejemplo, en 1986, los hombres y las mujeres residentes en hogares cuyo cabeza de familia no tenía estudios presentaban una prevalencia de incapacidad permanente ajustada por edad 2,35 y 2,11 veces superior a la prevalencia de los hombres y las mujeres residentes en hogares cuyo cabeza de familia había alcanzado titulación universitaria (Regidor *et al*, 1994). Menos consistentes, en cambio, son los resultados relativos a la incidencia de restricción temporal de actividad por enfermedad o lesión, aunque en gran número de estudios se encuentra una mayor incidencia de este tipo de incapacidad en el grupo de trabajadores no cualificados que en el grupo de profesionales y directivos.

El impacto del ambiente social no se reduce a la producción de enfermedades, sino que afectando al desarrollo del potencial biológico de los individuos deja su huella en diversos índices antropométricos. Así la altura de los adultos varía entre distintos grupos socioeconómicos: en las diferentes investigaciones realizadas, sistemáticamente se ha encontrado que los hombres y las mujeres pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos tienen una talla media inferior a la de los hombres y las mujeres de los estratos socioeconómicos más altos (Kush *et al*, 1991). Igualmente, los individuos con menor nivel socioeconómico presentan la prevalencia de

obesidad mayor, sobre todo, en mujeres, ya que en hombres no se han encontrado unos resultados tan consistentes (Sobal y Stunkard, 1989).

Hay una asociación entre el peso al nacimiento y la profesión del padre, caracterizada por una incidencia mayor de bajo peso al nacimiento en los estratos socioeconómicos inferiores. Así, por ejemplo, en España, en 1988, la incidencia de bajo peso al nacimiento fue de 5,3% entre los recién nacidos de padres con ocupación manual frente al 4,3% en recién nacidos de padres con ocupación no manual (Regidor *et al*, 1994).

Por último, la percepción subjetiva del estado de salud muestra un importante gradiente con el nivel socioeconómico: los individuos de los estratos socioeconómicos bajos son los que informan más frecuentemente que su salud es regular, mala o muy mala, independientemente de otras variables sociales y sanitarias de interés (Adams y Benson, 1990, Smyth y Browne, 1990).

En resumen, las evidencias acerca de la diferencias en la frecuencia de problemas de salud entre los distintos grupos socioeconómicos se ha acumulado en los últimos años. Los diferentes estudios han puesto de manifiesto que el nivel socioeconómico bajo está asociado a un amplio rango de problemas de salud. Concretamente, se ha encontrado una asociación negativa fuertemente consistente con la mortalidad prematura, la prevalencia de muchos problemas crónicos de salud, la prevalencia de incapacidad permanente, la altura de los individuos, la obesidad, fundamentalmente en mujeres, el peso de los recién nacidos y la autopercepción de la salud.

1.2. Limitaciones para su análisis en España

La situación en España de ausencia de estadísticas sanitarias por clase social supone limitaciones graves, que trascienden al marco de actuación de la propia epidemiología para afectar a la práctica de la **Medicina** y a la **Salud Pública** y la **Administración Sanitaria**; y lo que es más grave, la falta de información en estas tres áreas limita seriamente la formulación, el desarrollo y la evaluación de las **Políticas Sociales** en nuestro país. Lamentablemente, los esfuerzos pioneros desarrollados en el ámbito municipal a principios de los ochenta, con la puesta en marcha de sistemas de información sanitaria donde se incluían diversos indicadores de nivel socioeconómico

mico (Antó *et al*, 1985), o la propuesta de una clasificación de la clase social (Domingo y Marcos, 1989), no han tenido una continuación en la producción de información sanitaria.

Esta situación supone, en las áreas antes citadas, una limitación en la capacidad de describir la situación y los problemas, y en la posibilidad de análisis de los mismos. En la práctica, la ausencia de variables que midan la clase social en los sistemas de información, limita las opciones de intervención y la evaluación de los resultados. Así, en referencia a la medicina, la inexistencia de estadísticas rutinarias de mortalidad y morbilidad por clase social y la ausencia de criterios aceptados en el país en cuanto a la recogida de información de clase social en historias clínicas y protocolos de investigación, conducen a una percepción pobre y limitada de la pérdida de salud como fenómeno social. Secundariamente, la incapacidad para anular el efecto de confusión de la clase social en trabajos de investigación conduce, probablemente, a la obtención de resultados espúreos en muchas investigaciones (Latour y Alvarez-Dardet, 1989).

Adicionalmente, la mayoría de las investigaciones clínicas realizadas en España tienen graves problemas de comparabilidad de los resultados. Normalmente, cuando el investigador siente la necesidad de utilizar esta variable, no es infrecuente que improvise una clasificación "ad hoc" o que utilice, más o menos arbitrariamente, alguna de las clasificaciones existentes en la literatura. Esto supone un problema grave que abarca tanto a la descripción de los sujetos de estudio como a su análisis, ya que usando formas tan diversas de clasificación, no son comparables las medidas de frecuencia (incidencia o prevalencia), ni lo son las medidas de efecto (riesgo relativo, razón de "odds" o razón de prevalencias).

La limitación de la percepción de los problemas y sus causas a variables de la esfera de lo biológico conlleva, necesariamente, propuestas de intervención limitadas a la misma esfera. Debido a este problema, la medicina española es incapaz en estos momentos de valorar si existen o no gradientes por clase social en sus actividades clave de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes e, igualmente, ignora como modifican sus intervenciones esos gradientes (Latour y Alvarez-Dardet, 1989, Porta *et al*, 1989).

La posible disminución de los problemas que conducen a las desigualdades en salud no sólo depende de las actuaciones realizadas por los gobiernos. En la respuesta profesional a los problemas de salud se toman

cada día millones de decisiones que usualmente, no tienen en cuenta su propio potencial de beneficio social cuando se analizan los problemas, y se plantean soluciones teniendo en cuenta todos los aspectos que condicionan el resultado en términos de salud.

Los profesionales de la salud suelen considerar que, cuestiones como la equidad en el acceso y la utilización efectiva de los servicios por los distintos grupos socioeconómicos, por las minorías étnicas o lingüísticas y por género, son responsabilidad exclusivas de los políticos. Sin embargo, existe un considerable espacio para mejorar la salud con el desarrollo de políticas micro. Es decir, con cambios en los cursos de acción decididos, puestos en marcha y evaluados por los profesionales en sus servicios. Cualquier institución, servicio o profesional individual se siente legitimado para actuar en el desarrollo de políticas, protocolos o acciones encaminadas a mejorar la salud de sus pacientes utilizando el marco de referencia biológico. Nuestros hospitales y nuestros centros de salud tienen políticas, protocolos y acciones para, por ejemplo, vigilar y reducir la frecuencia de infección hospitalaria o de hipertensión arterial, pero no para hacer disminuir el gradiente por clase social que presenta la mortalidad, o para hacer más equitativo el uso efectivo de los servicios (Álvarez-Dardet y Ruiz, 1994).

La ausencia de un acuerdo estatal sobre clase social y estadísticas sanitarias, ha impedido a los profesionales de la Salud Pública en España valorar adecuadamente la importancia de la clase social de un modo cuantitativamente aceptable. Sabemos, por diversos estudios, que las desigualdades en salud existen en nuestro medio (Alonso y Antó, 1988, Regidor y González, 1989, Segura, 1989, Rodríguez y Lemkow, 1990, Martín y March, 1992, Arias *et al*, 1993, Borrell y Arias, 1993, Casi y Moreno, 1992, Regidor *et al*, 1994), pero no podemos responder a preguntas tan básicas como ¿cuál es la tendencia a nivel estatal, creciente o decreciente? o ¿el nivel de desigualdades en España es mayor o menor que el de otros países desarrollados?.

Respecto a la descripción de la situación hay también grandes problemas para llegar a formarse una idea de la situación en todo el país, como ha puesto de manifiesto el INFORME SESPAS DE 1993 (Segura, 1993), que reflejó este problema en su conclusión número 22.

"A pesar de que la reducción de las desigualdades en salud constituye el primer objetivo de la política de salud para Europa de la OMS, en España

existen muy pocos estudios sobre este tema y no se ha establecido ningún sistema de vigilancia que permita valorar tendencias. Es urgente el desarrollo de acuerdos nacionales (por ejemplo inclusión del nivel socioeconómico en los certificados de defunción) para el desarrollo de un sistema de indicadores que permita la vigilancia de la evolución de las desigualdades y valore la efectividad de nuestro actual sistema de política social. La falta de información no debería impedir el desarrollo de programas de intervención para disminuir las desigualdades y la evaluación de su efectividad, especialmente en los grupos más vulnerables de la sociedad".

Junto a las limitaciones derivadas de esta ausencia de datos acerca de las características socioeconómicas de los individuos en las estadísticas sanitarias, hay que señalar las que provienen de la ley de la Función Estadística Pública que impiden la utilización de datos individualizados con fines de investigación. Así, por ejemplo, mientras el registro nominal de defunciones puede ser utilizado por la Seguridad Social (Ley 42/1994. BOE 31 diciembre 1994) para dar de baja a las personas fallecidas, este tipo de acceso está vedado para la vigilancia o investigación de los problemas de salud. No es extraño, por tanto, que en una de las conclusiones de un libro publicado recientemente acerca de las diferencias y desigualdades en salud en España (Regidor *et al*, 1994), se diga que si en el futuro se quiere desarrollar este área de conocimiento en nuestro país, es preciso solucionar dos problemas fundamentales, a saber: 1) **la generación de información socioeconómica de calidad en las estadísticas sanitarias** y 2) **la cortapisa que la legislación impone a la utilización de datos individualizados y personalizados con fines de investigación**, lo que impide tener un conocimiento de la realidad, además de representar un desaprovechamiento de la información producida.

La falta de soluciones y de acuerdos en este tema afecta tanto a las estadísticas vitales de defunciones y de nacimientos, como a otros sistemas de información sanitaria: es el caso, por ejemplo, del libro de registro hospitalario, a partir del cual se elabora la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, dónde no se incluye ninguna variable relativa a la situación socioeconómica de los pacientes. El problema se agrava debido al coste que suponen y por la oportunidad perdida de la comparabilidad en la obtención de datos primarios por encuesta. Sus consecuencias son la imposibilidad de comparar por clase social la mayoría de la información que sobre salud y sus determinantes se está generando desde instituciones estatales, autonómicas y locales.

La ausencia de datos secundarios (recogidos rutinariamente) y la falta de consenso en la producción de datos primarios (recogidos específicamente para investigaciones) condiciona la actual situación de poca utilización de la clase social en investigación en salud pública. La consecuencia de ello es la casi total ausencia de programas encaminados formalmente a la reducción de las desigualdades en salud. La mayoría de los documentos realizados en España, como base para los planes de salud, tanto a nivel estatal como en las comunidades autónomas, o bien ignoran o bien contemplan únicamente a nivel retórico el problema de las desigualdades en salud, sin traducirlo todavía en objetivos operativos de los servicios (Generalitat de Catalunya, 1992, Osakirenda, 1994, Comunidad de Madrid, 1995).

Durante los años ochenta se ha hecho en España un esfuerzo notable en el desarrollo de políticas sociales. Una de las que han supuesto una mayor inversión, ha sido el paso de un sistema de seguridad social a un verdadero Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que ha creado en España las bases estructurales para la cobertura universal de la asistencia sanitaria. Sin embargo, los administradores sanitarios en España no pueden tener en cuenta en qué medida los principios redistributivos de un SNS están contribuyendo al paso de una universalización nominal a una universalización real. La información existente tanto sobre la utilización como sobre el uso efectivo de los servicios sanitarios es escasa, y ello conlleva una apreciación insuficiente de los problemas (Oñorbe, 1991), que conduce o que se traduce en la debilidad de las acciones. El círculo se cierra al ser imposible, con nuestro actual sistema de información para la gestión, una adecuada evaluación de las intervenciones, en cuanto a su impacto en la reducción de las desigualdades.

La ausencia de información sobre salud por clase social no supone únicamente un problema para la práctica efectiva de las intervenciones sanitarias. La salud se ve influenciada en gran medida por circunstancias ajenas a los servicios sanitarios y la práctica médica, y el nivel de la misma es en buena parte el resultado de la acción de políticas sociales. Aunque España se incorporó con cierto retraso a la corriente europea del Estado del Bienestar, en los últimos diez años se han realizado grandes esfuerzos de construcción de una política social que aminore las desigualdades; sin embargo, nos encontramos en la situación paradójica de que, a pesar de este esfuerzo, no tenemos información suficiente sobre su impacto. En momentos como el actual, en el que los límites del Estado del Bienestar y

la efectividad social de las políticas públicas se encuentran en el centro del debate político, es especialmente importante contar con estructuras de información que alimenten una toma de decisiones informada tanto por parte de los ciudadanos como por parte de los profesionales y los políticos.

Capítulo 2. Objetivos y metodología del informe

El presente informe fue encargado al grupo de trabajo por la Junta Directiva de la Sociedad Española de Epidemiología en 1994. Una vez constituido, el grupo planteó los siguientes objetivos:

- A) Ofrecer una revisión basada en la literatura y la experiencia existente sobre la medición de la relación entre clase social y salud.
- B) Sugerir a los distintos productores y usuarios de los sistemas de información sanitaria propuestas que supongan en la práctica herramientas de trabajo útil.
- C) Contribuir a la generación de un debate que haga posible comenzar a solucionar las carencias en este área en nuestros sistemas de información sanitaria.

A partir de estos objetivos se realizó una búsqueda bibliográfica que es la base del capítulo III. En varias reuniones del Grupo de Trabajo fue perfilándose el índice y las primeras propuestas. Finalmente se procedió a la elaboración del primer borrador y a la identificación del Grupo de asesores del informe.

La relación con el grupo de asesores ha sido básicamente postal y ocasionalmente telefónica. La redacción final del informe ha sido responsabilidad del Grupo de Trabajo.

Capítulo 3.

Utilización de los indicadores de clase social en epidemiología y salud pública

El objetivo general de este capítulo ha sido identificar los indicadores de clase social más comúnmente utilizados, tanto en España como a nivel internacional. Sólo se han tenido en cuenta los campos de la epidemiología y la salud pública, sin contemplar otras disciplinas.

En primer lugar se ha llevado a cabo una revisión de los trabajos relacionados con la clase social realizados fuera de España. Para ello se ha hecho una búsqueda en las revistas de salud pública nacionales e internacionales de los últimos años. En segundo lugar, se ha incluido una búsqueda exhaustiva de todos los trabajos sanitarios sobre las desigualdades sociales en salud realizados en España. Finalmente, se han revisado las diversas variables aproximadas a la clase social que se recogen en las estadísticas vitales españolas, en los estudios de base poblacional, como las encuestas de salud y en los sistemas de registro en servicios sanitarios.

3.1. Estudios publicados en Revistas de Salud Pública internacionales

En un reciente artículo, J.S. Feinstein (Feinstein, 1993) centra de forma clara las estrategias que se han adoptado en diferentes países para analizar la influencia de la clase social en la salud de la población. Después de poner de manifiesto que los países donde se han realizado más estudios de este tipo han sido el Reino Unido y los EEUU de América, se observa que en el Reino Unido y en general en Europa, se ha usado la ocupación (con algunas diferencias en su construcción), mientras que en los EEUU se han utilizado el nivel de estudios y los ingresos como base para clasificar a los individuos en estratos socioeconómicos que les diferencian en su acceso al bienestar social, en general, y al mantenimiento de la salud, en particular. También han incluido otras variables indicativas de la "riqueza" familiar (propiedad de la vivienda, coche, etc), además de algunos indicadores compuestos. Asimismo, se han empleado variables que describen el nivel socioeconómico a partir del lugar de residencia de los individuos.

En el Reino Unido, después del *Black Report* (Townsend y Davidson, 1982), se han realizado numerosos estudios para profundizar en la relación entre clase social y salud. Algunos de ellos intentando superar las críticas a los estudios en los que aquel informe se basaba, y otros explorando un mayor abanico de variables que orienten hacia los mecanismos por los que se produce esta influencia.

Para valorar en qué punto se encuentra la investigación epidemiológica sobre este tema, se ha hecho una búsqueda en la bibliografía indizada, en la base de datos MEDLINE, durante el período 1990-93 de aquellas publicaciones internacionales referidas bajo las palabras clave "*epidemiology*" y "*social class*".

Después de haber recopilado todos los títulos (n=440), se leyeron todos los resúmenes disponibles en MEDLINE (n=401), seleccionándose para la obtención del artículo completo aquellos en los que el resumen no permitió saber qué variables se habían utilizado para la medición de clase social y se preveía que podían especificarse en el artículo. Esta búsqueda fue limitada a aquellos estudios que se hubieran realizado en un ámbito geográfico/económico similar al nuestro, teniéndose en cuenta también por la accesibilidad a una reproducción del artículo completo. En total se obtuvieron 90 artículos; algunos de ellos teóricos (n=15) no aportaron datos concretos de variables a estudiar, aunque proporcionaron ideas de conjun-

to. Una vez revisados los artículos disponibles se clasificó la información teniendo en cuenta el tipo de estudio: ecológico o individual y, entre estos últimos, en población adulta o en niños/jóvenes.

Para los estudios ecológicos se tienen en cuenta diferentes variables disponibles a nivel de áreas pequeñas en los datos censales, como son: proporción de familias con propiedad de la vivienda, media de coches, población en paro, hacinamiento en las viviendas, proporción de determinadas categorías de clase social según la ocupación, entre otras. En Gran Bretaña se han utilizado diversos índices compuestos de privación material, siendo los más empleados los índices de Jarman, Carstairs y Townsend (ver apartado 4.5.1).

Para los estudios individuales, tanto en adultos como en niños, las variables más frecuentemente usadas fueron la ocupación y el nivel de estudios (para los niños hacían referencia al padre, a la madre o a ambos). También los ingresos familiares y algunas escalas compuestas (diversas en los diferentes países) fueron empleadas en muchas ocasiones. En algunos estudios individuales también se utilizaron las variables sociales a partir del barrio de residencia del individuo (variables ecológicas).

En la Tabla I se presenta, para cada tipo de estudio, además del autor, año de publicación y país, las variables utilizadas para medir la clase social. Las más importantes se relacionan en el encabezamiento de la Tabla. Los indicadores más frecuentemente utilizados son: 1) ocupación según otra clasificación, 2) ocupación según la clasificación británica, 3) años de estudios, 4) nivel de estudios, 5) nivel de ingresos, 6) índices compuestos, 7) variables ecológicas (correspondientes al lugar de residencia del individuo) y otras (que se especifican en las tablas). Para los estudios ecológicos aparecen por orden decreciente de frecuencia los índices de Carstairs, de Jarman y de Townsend, o algún otro conjunto de variables.

Tabla 1. Relación de algunos estudios epidemiológicos de base individual (adultos) según el tipo de variable(s) usada para medir clase social obtenidas de la base de datos Medline durante el periodo 1990-1993, Revistas Internacionales

AUTOR/AÑO	País	Ocupación BGR	Otras clasific. ocupación	Estudios (años)	Estudios (nivel)	Ingresos	Escalas compuesta	Índices ecológicos	Otros	Observaciones
Vineis <i>et al.</i> , 1993	Italia			X						
Marshall <i>et al.</i> , 1993	Nueva Zelanda						E-Irving			
North <i>et al.</i> , 1993	Reino Unido								Grado de empleo	
Burns <i>et al.</i> , 1993	EEUU					X			Raza	Código Postal
Kelly <i>et al.</i> , 1993	Reino Unido									
Mackenbach, 1993	Holanda				X					
Lahelma y Karisto, 1993	Finlandia		X							
Dahl y Kjaesgaard, 1993	Noruega		X		X		Escala Noruega			
Morris <i>et al.</i> , 1993	EEUU				X					
Deen <i>et al.</i> , 1993	URSS				X					
Escarce <i>et al.</i> , 1993	EEUU								Raza	
Cowie <i>et al.</i> , 1993	EEUU								Raza	
Lieu <i>et al.</i> , 1993	EEUU					X			Raza	
Keil <i>et al.</i> , 1993	EEUU				X				Raza	
Hein <i>et al.</i> , 1992	Dinamarca		X	X			Svalastoga			
Lederc <i>et al.</i> , 1992	Francia				X					
Smith y Baghurst, 1992	Australia		X, X Daniel	X	X		Particular			Comparación indicadores

AUTOR/AÑO	País	Ocupación BGR	Otras clasific. ocupación	Estudios (años)	Estudios (nivel)	Ingresos	Escalas compuesta	Índices ecológicos	Otros	Observaciones
Murphy <i>et al.</i> , 1992	Reino Unido	X								Mujeres
Rahkonen y Lahelma, 1992	Finlandia		X		X			Zona residencial		Jóvenes
Jonas <i>et al.</i> , 1992	Australia							Índice del censo		Mujeres y embarazadas
Ross <i>et al.</i> , 1992	Escocia	X					Goldthorpe			
Sorel <i>et al.</i> , 1992	EEUU			X	X					
Keil <i>et al.</i> , 1992	EEUU	X		X					Raza	
Avinen, 1992	Finlandia		X							
Macintyre y West, 1991	Escocia	X			X	X		Tipo de barrio	Propiedad vivienda	Adolescentes
Power, 1991	Reino Unido	X								Adultos jóvenes
Lundberg, 1991	Suecia						Goldthorpe			
Alexander <i>et al.</i> , 1991	Reino Unido								Deprivación	
Murphy <i>et al.</i> , 1991	EEUU		X		X					Mujeres
Krieger, 1991	EEUU				X	X				Mujeres
Milham y Davis, 1991	EEUU		X							Mujeres
Thorpe <i>et al.</i> , 1991	Reino Unido	X								
Kawachi <i>et al.</i> , 1991	Nueva Zelanda						E-Irving			

AUTOR/AÑO	País	Ocupación BGR	Otras clasific. ocupación	Estudios (años)	Estudios (nivel)	Ingresos	Escala compuesta	Índices ecológicos	Otros	Observaciones
Mandelblatt <i>et al.</i> , 1991	EEUU							Media ingresos familiares		
Marmot <i>et al.</i> , 1991	Reino Unido								Grado de empleo	
Logue y Jarjoura, 1990	EEUU		X							
Elwood <i>et al.</i> , 1990	Reino Unido	X								
Karjalainen y Pukkala, 1990	Finlandia		X		X ajustado					
Gold y Franks, 1990	EEUU		X (2 niv)		x (2 niv)					Rural
Judge y Benzeval, 1993	Reino Unido	X								
Östberg, 1993	Suecia		X							Particular
Hemminki <i>et al.</i> , 1992	Finlandia			X						
Leon <i>et al.</i> , 1992	Suecia, Reino Unido	X								
Margolis <i>et al.</i> , 1992	EEUU				X					
Nelson, 1992	EEUU								Raza Medicaid	
Whincup <i>et al.</i> , 1992	Reino Unido	X								
Starfield <i>et al.</i> , 1991	EEUU			X		X			Raza	
San José y Román, 1991	Reino Unido	X								
Buckens <i>et al.</i> , 1991	Belgica / Escocia	X	X							

AUTOR/AÑO	País	Ocupación BGR	Otras clasific. ocupación	Estudios (años)	Estudios (nivel)	Ingresos	Escala compuesta	Índices ecológicos	Otros	Observaciones
Luck <i>et al.</i> , 1991	Hong-Kong		X		X	X			Condiciones de vivienda	
Bunday <i>et al.</i> , 1990	Reino Unido	X							Raza / Religión	Niños consanguíneos
Dowding y Barry, 1990	Irlanda	X								Madres solteras grupo aparte
Quina, 1990	Australia	X	X Daniel							Teórico
Hemminki <i>et al.</i> , 1990	Finlandia		X		X					Perinatal

X-: relacionado con el índice compuesto que es mencionado

Relación de algunos estudios ecológicos según tipo de variable(s) usada para medir clase social obtenidas de la base de datos Medline durante el periodo 1990-1993, Revistas Internacionales

ARTÍCULO	PAÍS	ÍNDICE TOWNSEND	ÍNDICE CARSTAIRS	ÍNDICE JARMAN	OTROS	COMENTARIOS
Reading y Openshaw, 1993	Reino Unido	X				
Earnes <i>et al.</i> , 1993	Reino Unido	X	X	X		
Reading <i>et al.</i> , 1990	Reino Unido	X				
Alexander <i>et al.</i> , 1990	Reino Unido	X Modificado				

De esta revisión podemos concluir, como lo hizo Feinstein, que las dos variables más utilizadas para medir la clase social o el nivel socioeconómico de los individuos en los estudios epidemiológicos son la ocupación y el nivel de estudios. Casi todos los trabajos europeos incluyen la ocupación como indicador de clase social. Destaca el hecho de que las clasificaciones basadas en la ocupación han sido desarrolladas independientemente en varios países, aunque, sin duda, la más utilizada es la británica. Los trabajos realizados en EEUU incluyen fundamentalmente el nivel de estudios y los ingresos y pocas veces la ocupación. Algunas investigaciones, especialmente en los EEUU, utilizan la raza como única variable para estudiar diferencias socioeconómicas, aunque en la mayoría de los casos sirve como variable de ajuste de otras (nivel de estudios o ingresos).

3.2. Revisión de los indicadores de clase social en España

3.2.1. Estudios epidemiológicos sobre desigualdades en salud en España

Aunque las investigaciones e intervenciones sobre las desigualdades sanitarias tienen una larga tradición en países europeos como Gran Bretaña y los países nórdicos, en España los estudios existentes son aún relativamente escasos. A pesar de la reciente publicación de trabajos sobre desigualdades en salud en ciudades como Barcelona (Arias *et al*, 1993, Borrell y Arias, 1993), Valencia (Arias *et al*, 1993) y Málaga (Martín y March, 1992) o en todo el Estado (Regidor *et al*, 1994), los trabajos sobre este tema se hallan limitados por dos factores específicos de nuestro medio: a) las restricciones de la información actualmente disponible y b) el hecho de que con frecuencia los trabajos son poco conocidos al hallarse dispersos, ser de difícil acceso o no haber sido publicados formalmente.

Un análisis bibliométrico en proceso de realización (Joan Benach, trabajo no publicado), mediante una búsqueda exhaustiva en el lugar de publicación de trabajos (libros, revistas, tesis doctorales, informes técnicos, etc), las distintas áreas académicas (medicina, salud pública, sociología, economía) y las fuentes de información consultadas (consulta informática, bibliotecas especializadas y especialistas en salud pública), ha permitido detectar un total de 212 trabajos sobre desigualdades en salud en España para el período 1980-94, si bien para 1994 todavía no se ha completado la búsqueda exhaustiva.

Alrededor de las dos terceras partes de esos trabajos son publicaciones de difícil acceso (tesis doctorales, tesinas, informes, resúmenes de congresos, comunicaciones, etc). La mayoría de estas investigaciones son empíricas (78%), mientras que el resto se trata de trabajos conceptuales o de revisión. Los trabajos empíricos se han realizado, sobre todo, en el ámbito local o regional y, fundamentalmente, estudian las desigualdades en mortalidad.

Con el fin de efectuar una revisión de las variables utilizadas como aproximación a la clase social, aquí sólo se han seleccionado 38 trabajos empíricos. Como en el anterior apartado referido a los estudios internacionales, estos trabajos se han dividido en estudios individuales y estudios ecológicos. En la Tabla II se presenta, para cada tipo de estudio, el autor, el año de publicación y las variables utilizadas para medir la clase social o el nivel socioeconómico.

En los estudios individuales las variables más utilizadas son los ingresos, la ocupación y el nivel de estudios. En algunos de los casos en los que se utiliza la ocupación, el indicador es la clase ocupacional en lugar de la clase social, debido a que con la información disponible no se puede elaborar una clasificación de clase social a partir de esa variable. Igualmente, conviene destacar la utilización de la situación laboral en algunos de estos estudios como aproximación a la condición socioeconómica de los individuos. Por su parte, en los estudios ecológicos, las variables más utilizadas son el desempleo, la educación y los ingresos.

Por último, después de la revisión de cada uno de esos trabajos, las conclusiones que pueden extraerse son las siguientes:

- a) los indicadores de clase social existente se usan de manera muy limitada,
- b) existe una gran variabilidad en el tipo de indicadores utilizados,
- c) esa diversidad de indicadores utilizados dificulta la comparabilidad,
- d) los indicadores usados presentan una utilidad reducida como instrumentos de análisis y planificación.

Tabla II. Estudios de base individual (A) y ecológicos (B) realizados en España. Según el tipo de variable(s) usada para medir clase social

(A) Artículos	Ocupación	Actividad laboral	Estudios (años)	Estudios (niveles)	Ingresos	Índices compuest os	Otras
Regidor <i>et al.</i> , 1994	X			X			
Benavides <i>et al.</i> , 1994a		X					
Doz <i>et al.</i> , 1994		X					
Peruga <i>et al.</i> , 1993		X					X
Salleras <i>et al.</i> , 1992	X			X			
Gorriñogolia <i>et al.</i> , 1992					X		
García, 1991				X	X		
Guillén, 1991			X		X		X
Rodríguez y Lemkow, 1990					X		X
Guillén, 1990		X	X		X		
Cruz y Almisas, 1990			X			X	
Silvestre <i>et al.</i> , 1990					X		
Regidor y González, 1989	X						
Peña y Tejeiro, 1989				X	X		
Latour y Alvarez Dardet, 1989	X	X	X		X		
Alonso <i>et al.</i> , 1988a	X					X	
Alonso y Antó, 1988b	X						
Murillo <i>et al.</i> , 1988					X		
Avella <i>et al.</i> , 1988	X			X			
Del Rosario <i>et al.</i> , 1988		X			X		
González y Regidor, 1988				X	X		
Latour <i>et al.</i> , 1987	X			X	X		
Ginestar, 1987	X						
Bohigas, 1987	X						
(B) Artículos	Desempleo	Educación	Ingresos	Clase social	Otras	Compuest os	
Borrell <i>et al.</i> , 1994	X	X					
Valero <i>et al.</i> , 1994		X					
Arias <i>et al.</i> , 1993	X	X			X		
Borrell y Arias, 1993	X	X		X		X	
Lardelli <i>et al.</i> , 1993	X		X				
Nebot <i>et al.</i> , 1992	X		X		X		
Casi y Moreno, 1992						X	
Martín y March, 1992						X	
Armero <i>et al.</i> , 1991						X	
Lardelli <i>et al.</i> , 1991	X		X		X		
Borrell <i>et al.</i> , 1991	X	X					
Clavero y Trujillo, 1988			X				
Salleras <i>et al.</i> , 1988					X		
Solas, 1988					X		

3.2.2. Estadísticas vitales: registros de defunciones y de nacimientos

La mayor parte de la evidencia empírica acerca de la relación entre el nivel socioeconómico de los individuos y la salud, proviene del análisis de la información que proporcionan los sistemas rutinarios de recogida de datos sanitarios, como el registro de defunciones y el registro de nacimientos. Su utilidad para el estudio de esta asociación es extraordinaria: no sólo permite conocer el alcance de las diferencias en salud entre las diversas clases sociales, sino la variación de la magnitud de estas diferencias con el paso del tiempo. Además, a ello hay que unir la eficiencia que supone el aprovechamiento de una información que ya ha sido recogida. Ahora bien, la posibilidad de emplear las estadísticas rutinarias con este propósito está condicionada a la inclusión de variables relativas a la condición socioeconómica de los individuos en el instrumento de recogida de datos, por un lado, y a la existencia de alguna clasificación elaborada a partir de esas variables que permita asignar a los individuos a distintas clases sociales, por el otro.

En España, los registros empleados para la elaboración de las estadísticas vitales incluyen variables aproximadas a la clase social o el nivel socioeconómico de los individuos. Sin embargo, las posibilidades de utilizar esas variables con este propósito son limitadas. La escasa cumplimentación de las mismas en los instrumentos de recogida de datos, junto a la forma de obtener esa información, limita su aprovechamiento como indicadores de clase social.

Así, si se analiza el registro de mortalidad -a partir del que se obtienen las estadísticas de las defunciones según la causa de muerte y uno de los más usados en los estudios epidemiológicos-, se observa que aunque una de las variables del Boletín Estadístico de Defunción (BED) se refiere a la "Profesión, oficio u ocupación principal" del fallecido, la información que proporciona tiene una baja calidad. En efecto, en 1990, esa variable no fue cumplimentada en el 35,9% de los varones fallecidos y en el 28,3% de las mujeres fallecidas. Si además, se tienen en cuenta los casos que figuran como estudiantes, sus labores, jubilados, retirados o pensionistas, el porcentaje de defunciones cuya ocupación no sirve como aproximación a la clase social del fallecido asciende al 82% en varones y al 98,4% en mujeres. Hay que señalar, no obstante, que una parte importante de la literatura internacional que utiliza la información sobre ocupación, recogida en la certificación oficial de las defunciones para el estudio de la mortalidad por clase social, selecciona fundamentalmente a los varones en la etapa de su

vida económicamente activa -normalmente de 16 o 20 a 64 años (Townsend y Davidson, 1982, Kawachi *et al*, 1991, Marmot *et al*, 1987, Marmot y McDowall, 1986, Vagerö y Lundberg, 1989)-, debido a la alta proporción de jubilados en los mayores de esa edad y al gran porcentaje de mujeres dedicadas a las labores de su hogar en todas las edades. En cualquier caso, en España la calidad de esa variable en ese grupo de edad también es baja: en 1990, el porcentaje de defunciones en varones de 20 a 64 años donde no fue cumplimentada la ocupación fue del 51,7%; si además se le añaden las defunciones que figuran como estudiantes, jubilados, retirados y pensionistas, el porcentaje asciende al 67,8%. Sin embargo, conviene señalar que la situación no siempre ha sido así, sino que ha ido empeorando con el paso del tiempo, tal y como aparece reflejado en la Tabla III.

Tabla III. Porcentaje de defunciones que no han podido clasificarse en alguna ocupación o que figuran como estudiantes, sus labores, jubilados, retirados o pensionistas en el Boletín Estadístico de Defunción. España, 1975-1990

AÑO	TODAS LAS DEFUNCIONES		DEFUNCIONES DE 20 A 64 AÑOS	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1975	51,4	95,9	22,5	91,6
1980	61,7	96,5	31,5	91,1
1985	74,2	97,8	46,5	91,4
1986	76,5	98,0	51,7	91,6
1987	77,6	98,0	50,8	90,6
1988	78,5	98,1	59,0	90,9
1989	80,1	98,3	58,8	90,4
1990	82,0	98,4	67,8	96,2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística en el Movimiento Natural de la Población Española.

La única alternativa para estudiar la evolución de las diferencias socioeconómicas en mortalidad en España, es centrar su estudio en aquellas regiones, provincias o comunidades donde la información acerca de la ocupación del fallecido presente un alto grado de cumplimentación durante el periodo investigado. Esta fue la opción metodológica seguida en una investigación reciente, donde con datos procedentes del BED de los fallecidos en ocho provincias españolas, se estudiaron las diferencias socioeconómicas en mortalidad según causa de muerte al inicio y al final de la década de los años ochenta (Regidor *et al*, 1995).

El registro de nacimientos presenta un mayor grado de calidad en cuanto a cumplimentación de esa variable. La información de ese registro proviene de los datos recogidos en el Boletín Estadístico de Partos, Nacimientos y Abortos, en donde figura una variable relativa a la ocupación del padre y otra relativa a la de la madre, consignadas, en ambos casos, como "Profesión, oficio u ocupación principal", al igual que en el BED. Entre los nacimientos de madre casada -que en 1990 representaron el 91% del total-, la ocupación del padre fue cumplimentada en el 97,2% de los mismos. La ocupación de la madre tuvo, igualmente, un alto porcentaje de cumplimentación, si bien la alta proporción de nacimientos en los que la madre figura como dedicada a las labores del hogar (61,5% de los nacimientos de 1990), restringe su utilización como indicador de la clase social.

Otra limitación de esta variable, que afecta tanto al registro de mortalidad como al de nacimientos, es la poca adecuación de su escala de medición a una medida de clase social. En efecto, las categorías de la variable ocupación en estos dos registros corresponden a los grandes grupos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO), que constituyen amplios campos profesionales y no proporcionan suficiente información para elaborar una escala jerárquica de clase social o nivel socioeconómico. Los países que aprovechan la información relativa a la ocupación del fallecido para asignar al individuo a una categoría socioeconómica o a una clase social, también utilizan una clasificación similar a la CNO -las diferentes clasificaciones de ocupaciones se suelen adaptar a la Clasificación Internacional de Ocupaciones-; la diferencia radica en que en esos países la clasificación se usa con un mayor grado de detalle, solándose recurrir hasta el tercer dígito para codificar la ocupación, mientras que en España únicamente se utiliza el primero.

La alternativa en estos casos es restringir el estudio a aquellos grupos que tienen una clara diferenciación desde el punto de vista socioeconómico. Sin embargo, hay que ser consciente que de esta forma, no se puede mostrar el alcance de las diferencias socioeconómicas en mortalidad a lo largo de toda la jerarquía social.

3.2.3. Encuestas de salud por entrevista

Las encuestas de salud por entrevista (ESE) suponen una fuente de información periódica útil para la vigilancia de la salud percibida, la utilización de los servicios sanitarios y diversos hábitos, actitudes y cono-

cimientos relacionados con la salud por parte de la población. En general, las ESE son una excelente fuente de datos para el análisis de la influencia de la clase social y el nivel socioeconómico en la salud y en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios. Su particularidad más importante es proporcionar la perspectiva poblacional a la hora de evaluar los servicios sanitarios.

En general, las ESE incluyen una gran diversidad de indicadores a la hora de medir la clase social, aunque con cierta variabilidad dependiendo del ámbito geográfico. Así, por ejemplo, frente a la tradición de los EEUU de América de usar el nivel de estudios alcanzado, los ingresos y la raza (*National Center for Health Statistics*, 1990), se encuentra la tradición del Reino Unido de incluir mayoritariamente la ocupación de la persona principal de la familia (*Office of Population Censuses and Surveys*, 1992).

En cuanto a España, las diversas ESE realizadas en los ámbitos estatal, autonómico o municipal presentan una situación paradójica por lo que se refiere a los indicadores de clase social. Aunque la mayoría de ellas utilizan las tres variables clásicas aproximadas a la clase social o al nivel socioeconómico de los individuos (ocupación, nivel de estudios alcanzado e ingresos), las definiciones y agrupaciones de las mismas en las distintas encuestas son diferentes, con lo que la posibilidad de comparar resultados según esas variables es reducida. Así, por ejemplo, en la Encuesta Nacional de Salud de 1987 (Ministerio Sanidad y Consumo, 1989) la ocupación de los entrevistados se clasificó en cinco grupos, según una definición de la variable creada ad hoc con escaso grado de precisión. El resultado fue una clasificación intermedia entre lo que podría ser un conjunto de grandes grupos profesionales y una ordenación jerárquica de nivel socioeconómico. En cambio, otras encuestas de salud, realizadas en ámbitos geográficos más reducidos (Gobierno Vasco, 1987, Alonso y Antó, 1989, Generalitat Valenciana, 1993), utilizaron la CNO de 1979 a nivel del tercer dígito y a partir de ella usaron clasificaciones de clase social -similares a la del *British Registrar General*-, a cuyas categorías fueron asignados los individuos (Tabla IV). Sin embargo, las clasificaciones de clase social finalmente elaboradas no fueron totalmente idénticas e, incluso, la asignación de algunas ocupaciones a una u otra categoría de la clase social fue diferente.

Tabla IV. Formas diferentes de obtener información sobre ocupación en varias encuestas de salud por entrevista realizadas en España

Encuesta de Salud de la C.A. Vasca, 1985-86	Encuesta de Salud de Barcelona, 1986	Encuesta sobre deficiencias, discapacidades y minusvalías, 1986	Encuesta Nacional de Salud 1987
• Pregunta abierta (codificación según la C.N.O. 1979)	• 3 preguntas abiertas (codificación según la C.N.O. 1979)	• Empresarios con asalariados. • Profesionales liberales • Empresarios agrarios sin asalariados. • Miembros de cooperativas agrarias. • Obreros agrarios. • Empresarios no agrarios sin asalariados. Trabajadores independientes. • Directores, gerentes, cuadros superiores y medios. Oficiales de las Fuerzas Armadas. • Resto del personal administrativo, comercial y técnico. Obreros especializados. Suboficiales y clase de las Fuerzas Armadas.	• Empresarios agrícolas con asalariados • Empresarios en la Industria y Servicios (grandes y medianas empresas, 6 o más trabajadores) • Profesiones liberales y asimilados • Directores de empresas y sociedades, cuadros superiores en la empresa privada y altos funcionarios de la Administración. • Empleados de la Industria y Servicios (pequeñas empresas, 5 o menos trabajadores). • Empleados sin asalariados y trabajadores independientes en la industria y servicios. • Cuadros medios en la empresa privada y en la Administración. • Empleados de oficina en la empresa privada y en la Administración. • Empleados subalternos en la empresa privada y en la Administración. • Empleados sin asalariados en la agricultura. • Trabajadores agrícolas • Capataces y contraamaestros en la Industria y en los servicios. • Trabajadores calificados en la construcción, industria y servicios. • Trabajadores no calificados en la construcción, industria y servicios.

Encuesta de Salud de la C.A. Valenciana 1990-91	Encuesta de Salud de Barcelona, 1992	Encuesta Nacional de Salud, 1993
• Pregunta abierta (codificación según la C.N.O. 1979)	• Pregunta abierta (codificación según la C.N.O. 1979)	• Agricultor (pequeña explotación. No más de un asalariado) • Agricultor (gran explotación. Más de un asalariado fijo) • Autónomo • Empresario con 5 empleados o menos • Empresario con 6 empleados o más • Profesional por cuenta propia • Miembro de la dirección (directivos, altos ejecutivos, etc). - Responsable de 5 subordinados o menos - Responsable de 6 subordinados o más • Profesional asalariado (que necesitan calificación reconocida) • Mando intermedio • Otros empleados con trabajo principalmente de oficina (secretarías, etc). • Otros empleados con trabajo fuera de oficinas (vendedores, etc) • Trabajador manual cualificado (maestros, oficiales, etc.) • Trabajador manual no cualificado (peones, obreros no cualificados).

En cuanto al uso de información sobre los estudios alcanzados y a los ingresos la situación es parecida. Aparte de que no siempre están suficientemente explicitada las definiciones de esas variables, tanto en uno como en otro caso, las categorías que aparecen en los cuestionarios de recogida de datos de las distintas encuestas son diferentes (Tabla V). Y lo mismo puede decirse de las clasificaciones utilizadas en la presentación de resultados, donde la variedad es la principal característica. Lamentablemente, después de la revisión de los cuestionarios de las nuevas encuestas de salud realizadas en la primera parte de los años noventa, muestran que la situación no ha mejorado substancialmente.

Hay que señalar, no obstante, que en los sistemas de recogida de datos rutinarios, como el registro de mortalidad, y en los sistemas periódicos, como las encuestas de salud, la comparabilidad de los resultados no debe ser un criterio absoluto y que muchas veces hay que establecer un balance entre la comparabilidad y la profundización en las necesidades específicas locales. Ahora bien, lo ideal sería que esas necesidades locales se cubrieran con clasificaciones o definiciones de variables, cuyo grado de detalle permitiese su agregación en otras clasificaciones o definiciones estandarizadas.

Junto a estas encuestas de salud por entrevista con amplio contenido temático-morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios y hábitos de vida-, se han efectuado otras con objetivos más específicos. Destaca, sobre todo, la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías (Instituto Nacional de Estadística, 1987), en donde también aparece la ocupación, el nivel de estudios alcanzado y los ingresos. Sin embargo, tanto su forma de medición como las categorías utilizadas en la publicación de los resultados fueron diferentes a los realizados en cualquiera de las encuestas a las que antes nos referimos.

Igualmente, hay que señalar que una encuesta sobre los hábitos de vida de la población española (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992), en la que los entrevistados fueron asignados a una de las cinco categorías en las que fue clasificada la variable clase social, a partir de las respuestas dadas a la profesión y al nivel de estudios. Ni la profesión ni el nivel de estudios fueron medidos de forma semejante a como se hizo en las encuestas comentadas.

Por último, hay que comentar que el Instituto Nacional de Estadística (INE) dispone de una clasificación de categoría socioeconómica de los

Tabla V. Formas diferentes de obtener información sobre nivel de estudios en varias encuestas de salud por entrevista realizadas en España

Encuesta de Salud de la C.A. Vasca, 1985-86	Encuesta de Salud de Barcelona, 1986	Encuesta sobre deficiencias, discapacidades y minusvalías, 1986	Encuesta Nacional de Salud, 1987
• Analfabetos • Cultura general, sabe leer y escribir, estudios primarios. • Bachiller elemental, graduado escolar, EGB. • BUP, Formación profesional, Bachiller superior, COU. • Escuelas técnicas y equivalentes. • Facultades universitarias, Escuelas técnicas superiores	• Saber leer, escribir. • Enseñanza primaria. • Bachiller elemental. • Bachiller superior. • Estudios universitarios.	• Pregunta abierta	• Menos de estudios primarios, no sabe leer. • Menos de estudios primarios, sabe leer. • Estudios primarios completos. • Estudios de formación profesional. • Bachiller elemental. • Bachiller elemental. • Bachiller superior. • Estudios de grado medio. • Universitarios.
Encuesta de Salud de la C.A. Valenciana, 1990-9111	Encuesta de Salud de Barcelona, 1992		Encuesta Nacional de Salud, 1993
• No sabe leer ni escribir. • Estudios primarios, cultura general, leer y escribir. • Bachiller elemental, comercio, Graduado escolar, EGB. • BUP, Bachiller superior, Formación profesional, COU. • Estudios técnicos de grado medio. • Estudios universitarios o en escuelas técnicas superiores. • Bebé o preescolar (menos de 6 años). • Escolar (de 6 a 14 años).	• No procede (menor de 5 años). • No sabe leer ni escribir. • No ha cursado estudios pero sabe leer y escribir. • Primarios incompletos. • EGB o similar. • Bachillerato/BUP o similar. • COU o similar. • Estudios universitarios de grado medio (escuela Universitaria) • Estudios Universitarios Superiores (facultad o escuela técnica superior).		• Ningún estudio. • Estudios terminados a los 14-15 años. • Estudios terminados a los 16-19 años. • Estudios posteriores sin ser universitarios. • Estudios universitarios.

individuos. Se trata de una variable que el INE emplea en la Encuesta de Población Activa y que elabora mediante la combinación de otras tres: situación profesional, ocupación y actividad económica (esta última para distinguir el sector primario del resto). Sin embargo, el resultado no es una clasificación ordenada de manera jerárquica conforme a algún criterio, sino un conjunto más o menos arbitrario de ocupaciones combinado con la situación profesional. Además, aunque se utiliza la CNO a partir del segundo dígito -lo que permitiría un mayor grado de precisión-, en muchas categorías se incluyen la mayoría de las ocupaciones de un gran grupo, con lo que en pocas ocasiones se recurre a la elección de subgrupos ocupacionales.

3.2.4. Sistemas de registro en los servicios sanitarios

La información procedente de los servicios sanitarios constituye una fuente de conocimiento de la salud de la población y complementa aquella que aportan tanto el registro de mortalidad como las encuestas de salud por entrevista. Su utilidad es extraordinaria para conocer la frecuentación hospitalaria en función del diagnóstico y procedimiento, determinar la utilización de los recursos hospitalarios sirviendo también como base para la investigación clínica y epidemiológica.

En España es posible conocer el perfil demográfico de los usuarios de los servicios hospitalarios a partir de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, sin embargo, no puede conocerse el perfil socioeconómico. Esto es debido a que el libro de registro hospitalario, que es el documento a partir del cual se elabora la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, no contiene ninguna variable relativa a las características socioeconómicas de los pacientes. La puesta en marcha del Conjunto Mínimo Básico de Datos en el Insalud y en diferentes Comunidades Autónomas no parece que vaya a solucionar el problema, porque entre las variables seleccionadas no figura ninguna aproximada a la clase social o nivel socioeconómico de los individuos, con excepción del País Vasco que ha incluido la ocupación entre el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Alta Hospitalaria (Decreto 303/1992, de 3 de noviembre, B.O.P.V. de 1 de diciembre de 1992). En este sentido, hay que señalar que algunos países como Australia, Escocia o Finlandia incluyen la ocupación del paciente en el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (Benavides *et al*, 1987).

Capítulo 4.

Descripción de los indicadores de clase social más utilizados

Los tres indicadores del nivel socioeconómico de los individuos más utilizados -educación, ocupación e ingresos- presentan suficientes diferencias como para estudiar su asociación con la salud de forma separada. Así, mientras el nivel educativo se relaciona fundamentalmente con el acceso a la información sobre los aspectos que promueven o perjudican la salud, y los ingresos reflejan el grado de bienestar material, la clase social basada en la ocupación indica ambos aspectos y añade algunas connotaciones más, ligadas a la ocupación desempeñada, como son prestigio social, privilegio o poder.

En el presente capítulo se pretende mostrar diferentes tipos de agrupación de estos indicadores, así como sus ventajas y limitaciones. Igualmente, también se van a comentar aspectos relativos a los indicadores ecológicos.

4.1. Ocupación

La ocupación de los individuos es una característica que tiene un papel fundamental en cualquier teoría de estratificación social. Se trata de una variable que sirve de base para la mayor parte de las medidas operativas de clase social, cuya construcción empírica se lleva a cabo agrupando a las

diferentes ocupaciones en una escala jerárquica con arreglo algún criterio, como cualificación profesional, ingresos o prestigio social.

Es preciso señalar que la información acerca de la ocupación también es usada para el estudio de los factores de riesgo para la salud en el medio ambiente laboral (Benavides *et al*, 1994b). Sin embargo, el punto de vista del presente informe se centra únicamente en su utilidad para la estratificación social de los individuos.

4.1.1. Tipos diferentes de agrupación

Se han desarrollado un gran número de clasificaciones de la ocupación como indicadores de clase social. Un antecedente en la utilización de la ocupación para el estudio de las diferencias socioeconómicas en salud se remonta al siglo XIX y a la persona de William Farr. Este autor no sólo analizó la información de las defunciones en varones de diferentes ocupaciones que le proporcionó el registro de mortalidad, sino que combinó esas ocupaciones para formar amplios grupos sociales: profesionales, comerciantes, agricultores, industriales y sector no productivo. Posteriormente, en 1923, Stevenson desarrolló una clasificación de clase social a partir de la ocupación (*the British Registrar General's Scale -BRG-*) para estudiar la variación de las tasas de natalidad y mortalidad (Liberatos *et al*, 1988). Stevenson no se basó en ninguna teoría de la sociedad; utilizó la ocupación como criterio para la elaboración de una escala social, porque pensaba que reflejaba la riqueza y la pobreza, la educación y la cultura. Además utilizó información sobre la mortalidad infantil para establecer la confección final de las agrupaciones. En la actualidad las seis categorías de la BRG son las siguientes:

- I. Profesionales;
- II. Ocupaciones intermedias;
- III. Trabajadores cualificados (no manuales y manuales);
- IV. Trabajadores parcialmente cualificados y
- V. Trabajadores no cualificados.

Esta clasificación se revisa cada diez años teniendo en cuenta los cambios ocurridos en la cualificación y posición social de las diferentes ocupaciones así como para introducir otras nuevas (Liberatos *et al*, 1988).

Otra clasificación de las ocupaciones empleada frecuentemente en las encuestas sociosanitarias en el Reino Unido es un sistema de seis grupos socioeconómicos ordenados jerárquicamente. Esta clasificación fue introducida en 1951 con el propósito de reunir a los individuos con un nivel social y económico similar. Es decir, mientras la anterior clasificación de clase social se basaba en el grado de cualificación y posición social de las ocupaciones, en esta otra se pone énfasis en la homogeneidad de los grupos en términos de posición económica y recursos financieros. Las dos clasificaciones son muy parecidas y no presentan grandes diferencias (Morgan, 1983).

En España, a finales de los años ochenta, también se propuso una clasificación de clase social, tomando como referencia la del BRG (Domingo y Marcos, 1989). Aunque esta clasificación ha sido utilizada en diferentes investigaciones sanitarias y encuestas de salud por entrevista, su difusión ha sido escasa en el ámbito sociosanitario. Muy probablemente, la causa de ello radique en la imposibilidad de su aplicación a las estadísticas vitales, dadas las limitaciones de la información sobre la ocupación que suministran estas fuentes de datos sanitarios, como ya se ha comentado.

Otros países también han desarrollado su propia clasificación de clase social o de nivel socioeconómico a partir de la ocupación, como es el caso de Finlandia o de Noruega -aunque en este último la clasificación de nivel socioeconómico tiene en cuenta la ocupación y el nivel de estudios-. En otros casos se han elaborado índices, como el de Daniel -empleado en Australia- o como la escala de Elley-Irving -muy usada en Nueva Zelanda-, que tiene en cuenta, además de la ocupación, los ingresos y el nivel de estudios.

Por último, destaca la difusión reciente de dos teorías de estratificación social a partir de la ocupación: la de Goldthorpe, representante de la corriente weberiana, y la de Wright, exponente de la perspectiva neomarxista (González, 1992), que llevan asociadas clasificaciones diferentes. La Clasificación de Goldthorpe consiste en la agrupación de aquellas ocupaciones que presentan semejanza desde el punto de vista de la situación de trabajo y de mercado, mientras que la de Wright se basa en la propiedad de los bienes de producción, diferenciando, por un lado, a quienes poseen medios de producción en cantidad suficiente como para emplear mano de obra asalariada y, por otro, a quienes no pudiendo emplear mano de obra, deben aportar la totalidad del trabajo necesario. Desde el punto de vista de la operatividad de la clasificación de clase social, el rasgo común de ambas

es la necesidad de una mayor cantidad de información para asignar a los individuos a una u otra categoría. Así, por ejemplo, en la clasificación de Goldthorpe se precisa además de la ocupación, la situación laboral (empleado o autoempleado y, en este último caso, número de trabajadores). Por su parte, en la clasificación de Wright, y dejando aparte los propietarios de los medios de producción, los asalariados se clasifican de acuerdo a una combinación de posición en la jerarquía de la organización y de cualificación; la posición en la organización se compone de tres dimensiones (participación en la toma de decisiones, autoridad sobre otros trabajadores y jerarquía formal), mientras que la cualificación se obtiene de la ocupación, si bien en algunos casos se recurre a la titulación y a la autonomía en el trabajo.

4.1.2. Limitaciones

El primer problema que aparece al utilizar esta variable es el establecimiento de la correcta distinción entre profesión y ocupación. La profesión refleja la preparación teórica de la persona, esto es, hace referencia a las titulaciones u otros avales de competencia de los individuos; por su parte, la ocupación se refiere al conjunto de tareas que realmente se realizan en el puesto de trabajo. Puede decirse que los individuos desempeñan su profesión en tareas propias de una ocupación, sin que haya una correspondencia directa y necesaria entre una y otra: la titulación permite la ocupación de ciertos puestos, pero no debe confundirse con éstos.

Otra limitación tiene que ver con la clasificación de la población que no trabaja: parados, incapacitados, jubilados, niños, amas de casa, estudiantes, etc. La solución en aquellos que tenían un empleo previo -parados, jubilados, incapacitados- es asignarles la última ocupación ejercida o la ocupación que desempeñaron durante más tiempo. En el caso de los niños, los estudiantes y las amas de casa se puede emplear la ocupación del cabeza de familia.

En las mujeres que trabajan fuera del hogar, la asignación a una u otra categoría de la clase social se hace con la ocupación del marido, en unos casos y con su propia ocupación, en otros. En líneas generales, se observan menores diferencias en salud cuando las mujeres son clasificadas de acuerdo a su propia ocupación que cuando son clasificadas de acuerdo a la ocupación del marido (Marmot *et al*, 1987). De todos modos no puede obviarse que la clasificación británica de la clase social se ha construido

basándose en la asunción que los trabajadores son hombres por lo que hay poca discriminación entre las ocupaciones femeninas. Debería investigarse más la medida de la clase social en las mujeres, teniendo en cuenta a todos los miembros del hogar (Krieger y Fee, 1994).

Comparado con otros indicadores del nivel socioeconómico, como el nivel de estudios o los ingresos, la información necesaria para la construcción del indicador de clase social a partir de la ocupación es la más difícil de obtener (Liberatos *et al*, 1988). Normalmente son necesarias varias preguntas, ya que es preciso recoger gran número de detalles con el objeto de poder asignar a cada individuo un código de tres dígitos de la clasificación de ocupaciones. En relación con esto, hay que señalar la necesidad de que los entrevistadores, o los que recogen y codifican la información, estén bien entrenados: diversas experiencias muestran que mientras es relativamente sencillo y rápido llegar a asignar dos o tres dígitos a la ocupación de cada individuo durante la entrevista, esto puede resultar más lento si la codificación se hace a posteriori, cuando no hay posibilidad de interactuar con el entrevistado.

Se ha señalado como otra limitación para tomar la ocupación como medida de clasificación socioeconómica su grado de validez en las comparaciones en el tiempo. El cambio tecnológico que se produce en la sociedad, y los consiguientes cambios en la estructura del mercado, llevan a la modificación de la proporción de población incluida en cada clase social y a la aparición de nuevas ocupaciones, no siempre identificadas en las clasificaciones (Hannay, 1988).

4.2. Nivel de estudios

El nivel de estudios se considera un indicador del nivel de educación de una persona. Se utiliza como variable aproximada al nivel socioeconómico de los individuos por su fuerte asociación con los ingresos y el nivel de vida. Muy posiblemente esto sea debido a que el nivel de estudios se considera la cualificación más importante en el mercado de trabajo.

El nivel de estudios distingue bastante bien los individuos con diferente estado de salud. Se ha señalado que la capacidad explicativa de esta variable se debe a que los individuos con mayor nivel de estudios son capaces de comprender mejor la información sobre la promoción de la

salud (Liberatos *et al*, 1988). Para algunos autores, el nivel de estudios discrimina mejor a las personas con distinto estado de salud que los indicadores basados en la ocupación.

Igualmente, la facilidad que supone la recogida de información sobre este indicador -la pregunta o las preguntas necesarias para obtener datos son muy simples- es otra de las razones de su frecuente uso, como ha sido ilustrado anteriormente.

4.2.1. Tipos diferentes de agrupación

La manera más directa de medir el nivel de estudios es mediante la titulación académica de más alto nivel obtenida. En este caso, la medida suele ser una clasificación en varias categorías, que se corresponden con el sistema educativo existente en un determinado país. Esta forma de medición es habitual en Europa.

Otras formas de medición suelen ser el nivel de estudios de más alto nivel cursado por el individuo, pero no necesariamente completado y el número de años de escolaridad. Esta última es la manera más habitual de medir el nivel de estudios en los Estados Unidos de América (Kitagawa y Hauser, 1973, Feinstein, 1993). Tiene la ventaja de ser una medida cuantitativa, aunque no tiene en cuenta la titulación académica obtenida.

4.2.2. Limitaciones

Para la mayor parte de los adultos el nivel de estudios alcanzado no cambia a lo largo de su vida, al contrario de lo que ocurre con la ocupación que sí puede cambiar. Aunque esta relativa estabilidad es una ventaja a la hora de asignar a los individuos a una determinada categoría socioeconómica, en algunos casos puede convertirse en una limitación. Se trata de aquellos estudios que exploran la movilidad social como consecuencia de alguna enfermedad, ya que ésta ha podido aparecer una vez que el período de formación ha finalizado.

Otra limitación, tanto a nivel nacional como internacional, es la variabilidad en los sistemas educativos y en la titulación académica. La tradición de preguntar por la titulación académica obtenida, se ve muy dificultada cuando coexisten sistemas educativos que comportan diferente número de años para titulaciones superiores. Una alternativa al uso del nivel académico obtenido que superaría esta limitación es la utilización del número de años de estudios formalmente realizados. Por contra, la obtención de

ese tipo de información es más compleja que la relativa a la titulación académica alcanzada.

Otra desventaja de utilizar el nivel de estudios como medida de clase social se refiere al hecho de que ese nivel varía según la cohorte de edad a la que pertenezca el individuo. En los últimos años, por ejemplo, una mayor cantidad de personas han completado los estudios secundarios o universitarios que en períodos anteriores.

4.3. Ingresos

Aunque se utiliza como indicador indirecto de la clase social de los individuos, para algunos autores los ingresos económicos de una persona no son un buen indicador de su nivel socioeconómico, debido a la gran variabilidad que presentan en muchas ocupaciones que requieren un nivel de titulación similar. Por ello, es más común que se considere como un indicador directo de la riqueza material.

4.3.1. Tipos diferentes de agrupación

Los ingresos se usan como una variable cuantitativa o agrupados en categorías. Esta última aproximación es la más común, ya que los individuos muestran menos recelo a situarse en una banda de ingresos que a dar una información puntual y exacta.

4.3.2. Limitaciones

Conceptualmente esta variable tiene menos dificultades para la recogida de datos que la ocupación o la educación; sin embargo, presenta importantes problemas tanto en la recogida de información como en su posterior utilización, siendo la característica más destacable el alto porcentaje de falta de respuesta que suele aparecer en muchos casos y la posibilidad de que exista infradeclaración en aquellos que responden.

La utilización de los ingresos como una variable categórica agrupada en bandas permite aumentar la tasa de respuesta, pero disminuye la flexibilidad en el análisis. Concretamente, si se quiere usar deciles o quintiles, ajustar por la inflación o comparar con otros estudios, lo ideal sería la medición de los ingresos de forma continua o mediante una clasificación en bandas muy detallada.

Otra limitación tiene que ver con la necesidad -y la dificultad- de definir adecuadamente esta variable: ¿se trata de todos los ingresos o sólo se debe incluir el salario?; ¿es ingreso bruto o hay que descontar los impuestos?; ¿se refiere a los ingresos del individuo o a los ingresos de todos los miembros del hogar?; en este último caso, ¿es preciso o no ponderar por el número de miembros del hogar?. En general, se prefiere recoger la totalidad de los ingresos (salarios y rentas) brutos o netos de toda la familia, ya que dan una idea más aproximada de la riqueza material. Respecto a la ponderación por el número de miembros del hogar, no hay un acuerdo claro, ya que los resultados no son consistentes en este aspecto.

El problema con la utilización de los ingresos del hogar es que se trata de una medida fiable sólo si la información se obtiene del cabeza de familia o del esposo/a. En los estudios donde se entrevista a todos los miembros del hogar no supone ninguna cortapisa, pero en aquellos otros donde sólo se elige a un adulto seleccionado de forma aleatoria, puede no ser posible obtener los ingresos del hogar.

4.4. Otros indicadores para estudios de base individual

Hay una serie de variables asociadas a las características de la vivienda, como régimen de propiedad de la misma, número de habitaciones, densidad de ocupación (personas por habitación), disponibilidad de servicios -baño, agua corriente, servicios higiénicos-, etc, que en alguna ocasión se utilizan como indicadores de riqueza o del nivel de vida de los individuos. Se trata de variables que pueden estar incluidas en censos y encuestas sociosanitarias en diferentes países.

No obstante, los indicadores de este tipo que tienen una mayor popularidad son el régimen de propiedad de la vivienda y la posesión de un coche. Ambos han sido muy utilizados en investigaciones sobre diferencias socioeconómicas en el Reino Unido y han mostrado gran capacidad para discriminar a la población con diferentes tasas de mortalidad (Hart, 1991). Estos indicadores presentan dos ventajas frente a los ingresos como medida del nivel de vida. En primer lugar, son más estables en el tiempo; los ingresos pueden variar, incluso en corto espacio de tiempo, debido a cambios en la composición del hogar, en la situación de empleo o en las remuneraciones que perciben los miembros del hogar. Y, en segundo lugar,

el régimen de propiedad de la vivienda o la posesión de un coche no presentan los problemas de falta de respuesta que tienen los ingresos.

Fuera del Reino Unido se han utilizado muy poco, por lo que es difícil indicar algún tipo de recomendación en relación con ellos. Sin embargo, dada la facilidad con la que estas variables pueden ser recogidas y la gran capacidad predictiva del estado de salud y del uso de servicios que han mostrado en algunos grupos de población -es el caso de la población mayor de 65 años y el régimen de propiedad de la vivienda-, su inclusión en estudios donde se recogen otras medidas de clase social permitirá conocer la capacidad de estas nuevas variables para clasificar a los individuos en nuestro medio en los diferentes niveles socioeconómicos.

Otras características aproximadas al nivel socioeconómico de los individuos que se han utilizado en los estudios sobre desigualdades en salud, son las variables sociodemográficas que definen algunos grupos de población que viven una situación especial de marginación: parados, minorías étnicas y madres solteras. La utilidad de estas variables para reflejar las desigualdades en morbilidad y en mortalidad depende tanto del contexto socioeconómico como de los objetivos perseguidos en cada estudio.

4.5. Indicadores ecológicos

Los estudios ecológicos tienen la ventaja de medir una realidad o constructo distinto de los medidos por los estudios individuales. El constructo puede ser el contexto social donde viven los individuos, distinto de los atributos de estos individuos.

La utilización de unidades de observación y análisis formadas por agregados de individuos y teniendo como base diferentes agrupaciones geográficas, ha sido muy frecuente en la literatura epidemiológica referente a la salud y el nivel socioeconómico. Existe información que es recogida a nivel de países por diferentes agencias internacionales para el estudio de la relación entre mortalidad y algunos indicadores sociales, como nivel de educación y renta per cápita. Estos indicadores son profusamente utilizados en investigación y en diversos informes de situación que se realizan periódicamente, como el informe anual sobre la Infancia de UNICEF, o el Informe de desarrollo humano del PNUD. La utilización del país como

unidad de observación y análisis no nos permite obtener información sobre políticas subnacionales o locales y presenta grandes problemas de inferencia para trabajos de investigación.

Los cambios demográficos y políticos hacia una mayor descentralización en unidades territoriales más pequeñas, han producido en los últimos años un creciente interés por el estudio de las relaciones entre el medio ambiente social y áreas más pequeñas de observación y análisis. A su vez, el proyecto Ciudades Sanas de OMS-Europa ha estimulado el interés por la búsqueda y validación de indicadores útiles para monitorizar las desigualdades en salud en el medio urbano.

Como consecuencia de estos procesos se han desarrollado diversos índices o medidas compuestas, con el fin de interrelacionar la clase social y la salud usando como unidad de observación y análisis los distritos de las ciudades. Existe, asimismo información que puede utilizarse tanto de ámbito provincial como de Comunidad Autónoma.

4.5.1. Tipos diferentes de agrupación

Los índices de necesidad son una alternativa a la medida de la clase social individual, evitando las limitaciones de la misma (sobre todo al clasificar a la población no trabajadora) y al mismo tiempo hacen más fáciles las intervenciones de salud pública, ya que permiten detectar zonas con problemática sociosanitaria (Schwartz, 1994).

Los indicadores propuestos por Jarman (Jarman, 1983), Townsend (Townsend *et al*, 1985) y Carstairs (Carstairs y Morris, 1990) son los más utilizados en este tipo de estudios. Sus características principales se recogen en la Tabla VI. Todos tienen en común el utilizar información disponible en los padrones municipales. De ellos, el índice propuesto por Townsend ha sido adoptado por la Red de Ciudades Sanas del Reino Unido con el fin de poder estudiar los procesos que contribuyen a las desigualdades urbanas y evaluar el impacto de los programas dirigidos a reducirlas. La utilización de este índice fue explorada en nuestro país en las ciudades de Valencia y Barcelona (Arias *et al*, 1993) con el objeto de adaptar una metodología que permitiera comparar entre sí a ciudades españolas y eventualmente realizar comparaciones con ciudades del Reino Unido.

Tabla VI. Componentes socio-económicos de los índices ecológicos

Variable	Jarman	Carstairs	Townsend
Desempleo	SI	SI	SI
Coche	NO	SI	SI
Hacinamiento	SI	SI	SI
Vivienda en propiedad	NO	SI	NO
Pensionista	NO	NO	SI
Niño menor de 5 años	SI	NO	NO
Padre/Madre soltero	SI	NO	NO
Movilidad geográfica	SI	NO	NO
Minoría étnica	SI	NO	NO

Adaptada de: Eames *et al*, 1993.

Los autores usaron y propusieron la utilización de una adaptación del índice de Townsend con las variables disponibles en los padrones españoles, construyendo un índice de salud con la RME en menores de 65 años y el porcentaje de personas con incapacidad permanente, y un índice de pobreza compuesto de desempleo, número de coches/100 habitantes y analfabetismo. Ambos índices tuvieron una alta correlación en las dos ciudades estudiadas. Una descripción más pormenorizada de la construcción de los índices se encuentra en el citado artículo (Arias *et al*, 1993).

4.5.2. Limitaciones para su utilización en España

Las variables ecológicas están sobre todo accesibles en grandes ciudades en las que el padrón de habitantes está informatizado. El tamaño de las ciudades y de las unidades de observación también supone una limitación al afectar seriamente a las comparaciones de ciudades por debajo de 6000 habitantes.

La mayoría de las ciudades contienen en sus subdivisiones administrativas áreas poco homogéneas entre sí desde un punto de vista socioeconómico. Adicionalmente, en la elaboración de tendencias temporales hay que tener en cuenta las migraciones y los cambios del nivel socioeconómico que se producen en la geografía interna por las políticas de urbanismo y el desarrollo de la economía urbana.

No obstante, la posibilidad de llevar a cabo este tipo de estudios en el futuro está comprometida por la existencia de una sentencia del Tribunal Supremo de 16 de noviembre de 1988 sobre un recurso de inconstitucionalidad de ciertas preguntas padronales, que incluyen informaciones no necesarias a la finalidad de registro del Padrón. Ello ha llevado a plantear la modificación del Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales, para asegurar que los Padrones Municipales, en cuanto documento público, sólo contengan aquellos datos necesarios para las relaciones jurídico-públicas de los administrados, con lo que algunas cuestiones tradicionalmente incorporadas a los Padrones, como estado civil, profesión, etc. no podrán figurar en dichos documentos. Concretamente, la Ley 4/1990 de 29 de junio de Presupuestos Generales del Estado, en su disposición adicional 25, estableció que los datos a recoger en el Padrón serían únicamente aquellos necesarios para las relaciones jurídico-públicas de los administrados. En este sentido, las características de los individuos que actualmente se recogen en los Padrones, de acuerdo a las disposiciones legales, son las siguientes: situación de residencia, sexo, lugar de nacimiento, fecha de nacimiento, nacionalidad y titulación académica.

Capítulo 5.

Conclusiones

1. Varios estudios han puesto de manifiesto la existencia de diferencias socioeconómicas en salud en España. Sin embargo, la escasez de investigaciones sobre este tema, en comparación a la existente en otros países, limita la práctica de la Medicina y de la Salud Pública y la Administración Sanitaria, e impide el seguimiento y evaluación apropiada de las políticas sociales.
2. Con los actuales sistemas de información sanitaria en nuestro país, es muy difícil, cuando no imposible, realizar el seguimiento de las diferencias socioeconómicas en salud: en unos casos, porque la información acerca de las características socioeconómicas de los individuos es de mala calidad (registro de mortalidad) y, en otros, porque sencillamente no existe (conjunto mínimo básico de datos hospitalarios).
3. La ausencia de información rutinaria procedente de los servicios sanitarios, donde se incluya alguna variable relativa al nivel socioeconómico de los individuos, supone una importante limitación a la hora de evaluar el grado de accesibilidad y utilización hospitalaria en los diferentes grupos de población.
4. Por otro lado, en aquellos casos en los que la información sobre las características socioeconómicas de los individuos está presente, como las encuestas de salud por entrevista o determinadas investigaciones específicas, la comparabilidad de los resultados no es posible, debido

a que la forma de recogida de los datos relativos a los indicadores de clase social y la posterior explotación de los mismos, son diferentes de unos estudios a otros. No sólo la comparabilidad entre estudios está limitada, sino también la evolución en el tiempo.

5. Una cortapisa adicional es la restricción que la Ley de la Función Estadística Pública impone a la utilización de datos individualizados y personalizados, incluso cuando los fines son los de la investigación.
6. A pesar de todo se han realizado investigaciones valiosas en nuestro país, que nos han aportado conocimiento de las desigualdades en nuestro medio, aprovechando la información existente en las estadísticas sanitarias, tanto a nivel de barrios de una ciudad como a nivel de todo el Estado.
7. Una fuente de información clásica en nuestro país para la realización de estudios ecológicos, como el Padrón Municipal, ha dejado de serlo como consecuencia de una sentencia del Tribunal Supremo, relativa a informaciones no necesarias a la finalidad del registro del Padrón.
8. La evaluación de la literatura especializada pone de manifiesto que a pesar de que se utilizan muchas variables aproximadas a la clase social o al nivel socioeconómico de los individuos, las principales son la ocupación y el nivel de estudios.
9. La propuesta que se presenta a continuación, relativa a la medición de la clase social en ciencias de la salud, tiene por objeto hacer un llamamiento a otras sociedades científicas, instituciones y personas, con el objeto de que se cree una corriente de opinión favorable a la inclusión de estas variables en las estadísticas sanitarias y en los estudios de investigación clínica y epidemiológica.
10. Hay que tener presente que muchos de los cambios requeridos involucran directamente al personal sanitario, principalmente a los médicos, ya que ellos son pieza clave en la adecuada cumplimentación de documentos susceptibles de utilización para la investigación o para una posterior explotación estadística. Estos cambios implican también un compromiso y voluntad por parte de la Administración, en especial de los equipos responsables de las instituciones que generan las estadísticas.

Capítulo 6.

Propuesta de un sistema de indicadores para la medición de la clase social

En este capítulo se proponen diversos indicadores de medida de la clase social así como los métodos para la medición de los mismos. Tal como habrá quedado claro para el lector antes de llegar aquí, resulta muy difícil identificar un sólo indicador de clase social con suficiente justificación teórica y empírica de validez y factibilidad. A pesar del interés de este tipo de discusión, el propósito fundamental de este apartado es proponer el uso de indicadores con un nivel de validez, fiabilidad y factibilidad suficientes. Un factor adicional para la selección ha sido la existencia de datos que permitan la comparación de los resultados.

Para cada estudio específico será necesario seleccionar las variables que reflejen clase social tras valorar diferentes aspectos (desde la importancia conceptual a la aplicabilidad de cada variable). Empezamos, sin embargo, haciendo una primera propuesta global orientativa.

Como han demostrado diversos estudios, la clase social influye en la distribución y evolución de muy diversas enfermedades. Por esta razón para situar en su contexto los resultados de un estudio, resulta de gran interés ofrecer datos que permitan tener en cuenta el ámbito al que pertenecen los sujetos de estudio. Sin embargo, los estudios de investigación

-clínica o epidemiológica- pueden tener diversos objetivos y, en función de los mismos, el nivel de detalle para medir la clase social puede variar. Así, la información incluida en los estudios exclusivamente descriptivos, puede ser menos detallada que la necesaria en aquellos que tengan objetivos de búsqueda etiológica más o menos avanzada. Todos ellos requieren la utilización de alguna/s variable/s para tener en cuenta la clase social de las personas estudiadas, ya sea para valorar las posibles diferencias de distribución de las variables, dependientes o independientes, en cada una de las categorías, ya para controlar por clase social en el análisis de otras variables. Por otra parte, pueden existir protocolos de investigación que se propongan estudiar con más detalle la influencia de los factores socio-económicos en el desarrollo o la historia natural de alguna enfermedad.

6.1. Indicadores y método de medida

6.1.1. Ocupación

La clasificación de la ocupación de los individuos debería basarse en la Clasificación de Ocupaciones de 1994 (CNO-94), aprobada según Real Decreto 917 de 6 de mayo de 1994 (B.O.E. de 27 de mayo de 1994). Esta clasificación está organizada en diez grandes grupos con desagregaciones en subgrupos y rúbricas de tres y cuatro dígitos. La clasificación a nivel del tercer dígito aparece en el anexo A. La CNO-94 está basada en la Clasificación Internacional Normalizada de Ocupaciones de 1988 de la Organización Internacional del Trabajo y ha sustituido a la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1979 (CNO-79), hasta ahora en vigor.

Para la asignación de los individuos a las categorías de la CNO-94 es preciso describir detalladamente la ocupación desempeñada; así, en algunos casos, aparte del contenido de las tareas, es necesario conocer el nivel de formación requerido o titulación asociada a ese puesto de trabajo, el cargo que se ocupa, la situación de empleo o el número de trabajadores de la empresa.

En la práctica, las preguntas mínimas necesarias son dos: a) *¿cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?*; lógicamente, la segunda parte de la pregunta va dirigida a los jubilados, parados y personas con incapacidad permanente que han trabajado antes

y b) *¿cuál es o cuál era su situación laboral o de empleo en esa ocupación?*. Las posibles respuestas a esta última pregunta son las siguientes:

A. *Trabajadores por cuenta propia.*

1. Sin asalariados.
2. Con asalariados.
 - a) Empresas con 10 o más asalariados.
 - b) Empresas con menos de 10 asalariados.

B. *Asalariado.*

1. Gerente
 - a) Empresas con 10 o más asalariados.
 - b) Empresas con menos de 10 asalariados.
2. Capataz, supervisor o encargado.
3. Otro asalariado.

El formato de estas preguntas aparece en la Figura 2.

En ciertos casos pueden ser útiles preguntas relativas a la actividad de la empresa y a la titulación alcanzada.

Figura 2. Preguntas para la ocupación

a) ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?
b) ¿Cuál es o cuál era su situación laboral o de empleo en esa ocupación? 1. Trabajador por cuenta propia, sin asalariados 2. Trabajador por cuenta propia, con 10 o más asalariados 3. Trabajador por cuenta propia, con menos de 10 asalariados 4. Gerente de una empresa con 10 o más asalariados 5. Gerente de una empresa con con menos de 10 asalariados 6. Capataz, supervisor o encargado 7. Otro asalariado

Una vez que se ha clasificado a los individuos de acuerdo con la CNO-94, habrá que asignarlos a alguna de las categorías de clase social elaborada a partir de la ocupación. La clasificación de clase social propuesta es la que figura en el anexo B, los códigos de tres dígitos de la CNO-94 que incluye cada una de esas categorías aparecen en el anexo C. Además, en el

Tabla VII. Comparación entre diferentes clasificaciones de clase social a partir de la ocupación

Clasificación del BRG	Domingo y Marcos	Grupo de Trabajo SEE	Clasificación de Goldthorpe
I Profesionales	I Directivos de la Administración y de las empresas (excepto los incluidos en II). Altos funcionarios. Profesionales liberales. Técnicos superiores.	I Directivos de la Administración Pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3er ciclo universitario.	I Profesionales Superiores. Directivos de grandes establecimientos y grandes empleadores.
II Ocupaciones intermedias	II Directivos y propietarios-gerentes del comercio y de los servicios personales. Otros técnicos (no superiores), Artistas y deportistas.	II Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a un titulación de 1er ciclo universitario. Técnicos y profesionales de apoyo. Artistas y deportistas.	II Profesionales de nivel medio e inferior. Directivos de pequeños establecimientos. Supervisores de empleados no manuales.
III Trabajadores cualificados no manuales	III Cuadros y mandos intermedios. Administrativos y funcionarios, en general. Personal de los servicios de protección y seguridad.	IIIa Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. IIIb Trabajadores por cuenta propia	III Empleados de la administración y comercio. Trabajadores de los servicios de seguridad y personales.
IIIIM Trabajadores cualificados manuales	IVa Trabajadores manuales cualificados de la industria, comercio y servicios. Idem del sector primario.	IVa Trabajadores manuales cualificados.	IV Pequeños propietarios. Trabajadores autónomos.
IV Trabajadores parcialmente cualificados.	IVb Trabajadores manuales semicualificados de la industria, comercio y servicios. Idem del sector primario.	IVb Trabajadores manuales semicualificados.	V Supervisores de trabajadores manuales. Técnicos de nivel inferior.
V Trabajadores no cualificados.	V Trabajadores no cualificados	V Trabajadores no cualificados.	VI Trabajadores manuales cualificados.
			VII Trabajadores semicualificados y no cualificados. Trabajadores agrarios.

anexo D aparece la clasificación de la CNO-94 a nivel del tercer dígito con su categoría de clase social correspondiente.

Para la elaboración de esta clasificación se ha tomado como referencia la adaptación española de la clasificación de clase social británica que Domingo y Marcos (Domingo y Marcos, 1989) propusieron en 1989. Para ello, las diferentes ocupaciones de la CNO-94 han sido asignadas a las mismas clases sociales que sus homólogos de la CNO-79. No obstante, la CNO-94 ofrece, en algún caso, mayor grado de detalle que la CNO-79, como el número de trabajadores de una empresa o la presencia explícita de los trabajadores autónomos y de los supervisores o encargados. En estos casos, para asignar la ocupación a una determinada clase social, se ha seguido el modelo de clase social propuesta por Goldthorpe *et al.* (Goldthorpe y Hope, 1974, Goldthorpe y Llewellyn, 1987), donde se tienen en cuenta estos aspectos. En la Tabla VII aparece una comparación de las diferentes clasificaciones de Clase Social a partir de la ocupación que se han tenido en cuenta al hacer esta propuesta.

6.1.2. Nivel de estudios

La forma más común de medir el nivel de estudios es mediante la titulación de mayor nivel obtenida. La información acerca de esta característica puede obtenerse mediante una pregunta abierta o mediante una pregunta cerrada. En uno y otro caso, las preguntas deben hacerse de la siguiente forma: a) Pregunta abierta: *¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado?*. La definición y clasificación de la variable puede verse en el anexo E. Al no existir una clasificación nacional de nivel de estudios, se ha elegido la clasificación y codificación utilizada por el Departamento de Estadística de la Comunidad de Madrid (Consejería de Economía, 1993). Para el análisis y presentación de resultados pueden utilizarse las clasificaciones del anexo F. b) Pregunta cerrada: *¿Cuál de los siguientes estudios ha completado?*. En este caso las categorías excluyentes que deben incluirse en el cuestionario de recogida de datos son las siguientes:

1. No sabe leer o escribir.
2. Sin estudios.
3. Estudios primarios incompletos.
4. Estudios de primer grado (estudios primarios, EGB hasta 5ª).
5. Estudios de segundo grado, primer ciclo (Graduado Escolar, EGB hasta 8º), Bachiller elemental, etc.).

6. Estudios de segundo grado, segundo ciclo (Bachiller Superior, BUP, Formación Profesional, Aprendizaje y Maestría Industrial, etc.).
7. Estudios de tercer grado, primer ciclo (Perito, Ingeniero Técnico, Escuelas Universitarias, Magisterio, etc.).
8. Estudios de tercer grado, segundo y tercer ciclo (Ingeniero Superior, Licenciado, Doctorado, etc.).

El formato de estas preguntas aparece en la Figura 3.

Figura 3. Preguntas alternativas para el nivel de estudios

(Abierta)	
¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado?	
o (Cerrada)	
¿Cuál de los siguientes estudios ha completado?	
1.	No sabe leer ni escribir
2.	Sin estudios
3.	Estudios primarios incompletos
4.	Estudios primarios o EGB hasta 5º
5.	Estudios de graduado escolar, EGB hasta 8º, bachiller elemental o similar
6.	Estudios de bachiller superior, BUP, FP o similar
7.	Estudios universitarios medios (perito, ingeniería técnica, escuelas universitarias o similar).
8.	Estudios universitarios superiores (ingeniería superior, licenciatura o doctorado)

Por lo que se refiere al análisis y presentación de resultados puede hacerse, igualmente, conforme al anexo F. En dicho anexo la clasificación "exhaustiva" agrupa las categorías 3 y 4, mientras que la "abreviada" además agrupa las categorías 1 y 2 y las categorías 7 y 8.

6.1.3. Ingresos

Debido a que se obtiene una mayor tasa de respuesta cuando esta variable es presentada al entrevistado en forma de bandas, lo ideal es que sea incluida en los diferentes estudios y encuestas en forma categórica. Los ingresos deben ser los ingresos totales netos de todos los miembros del hogar y el período de referencia debe ser el año anterior a la entrevista.

El número de categorías y la amplitud de los intervalos varían considerablemente, dependiendo del nivel de ingresos en el área geográfica bajo estudio, de la población objeto de investigación y del período de realización del estudio (Liberatos *et al*, 1988). Igualmente, el método de recogida de datos también influye en el diseño de esta variable, ya que, por ejemplo, en una encuesta telefónica el número de categorías debe ser menor que en una encuesta por entrevista personal. Lo ideal sería que la variable contuviera un número grande de categorías (al menos 20) con el fin de poder reagruparlas posteriormente en el análisis en deciles o quintiles -aunque al no tratarse de una variable continua es posible que los grupos obtenidos no contengan exactamente el 10 o el 20% de la población-.

Una sugerencia para los estudios realizados en España en el período actual sería la siguiente:

¿En cuál de los siguientes grupos situaría los ingresos anuales netos de su hogar durante el último año fiscal, considerando las aportaciones de todos los miembros del mismo?

- Menos de 500.000 ptas.
- De 500.000 a 750.000 ptas.
- De 750.001 a 1.000.000 ptas.
- De 1.000.001 a 1.250.000 ptas.
- De 1.250.001 a 1.500.000 ptas.
- De 1.500.001 a 1.750.000 ptas.
- De 1.750.001 a 2.000.000 ptas.
- De 2.000.001 a 2.250.000 ptas.
- De 2.250.001 a 2.500.000 ptas.
- De 2.500.001 a 2.750.000 ptas.
- De 2.750.001 a 3.000.000 ptas.
- De 3.000.001 a 3.500.000 ptas.
- De 3.500.001 a 4.000.000 ptas.
- De 4.000.001 a 4.500.000 ptas.
- De 4.500.001 a 5.000.000 ptas.
- De 5.000.001 a 6.000.000 ptas.
- De 6.000.001 a 7.000.000 ptas.
- De 7.000.001 a 8.000.000 ptas.
- De 8.000.001 a 9.000.000 ptas.
- Más de 9.000.000 ptas.

En la presentación de los datos y en el análisis esas categorías deberán transformarse en deciles o quintiles, lo que permitirá mayor facilidad en la interpretación de los resultados y en las comparaciones en el tiempo.

6.1.4. Otros indicadores

En algunos estudios puede ser útil usar otros indicadores de riqueza como pueden ser la propiedad de un vehículo, la propiedad de la vivienda o la disponibilidad de otros bienes de consumo.

6.2. Recomendaciones generales

Las recomendaciones generales para las diferentes bases de datos sanitarios pueden agruparse en las cinco siguientes:

- 1) La información sobre las características socioeconómicas de los individuos debería ser recogida de manera rutinaria en los registros y encuestas sobre salud. De igual forma, los informes o publicaciones periódicos realizados a partir de esos sistemas de información sanitaria, deberían presentar los datos desagregados por el nivel socioeconómico junto con la edad y el género.
- 2) Siempre que se pueda, además de las características socioeconómicas del individuo objeto de estudio, debería recogerse información de la pareja con la que convive en el hogar. Igualmente, en las diferentes bases de datos sanitarias, debería incorporarse una variable relativa al distrito o área geográfica de residencia.
- 3) Siempre que sea posible, junto con la variable ingresos, se debería recoger el tamaño y la composición del hogar.
- 4) Todas las bases de datos sanitarias deberían disponer de un conjunto mínimo común de características sociosanitarias, con el objeto de poder comparar los resultados obtenidos a partir de ellas.
- 5) Debería establecerse un mecanismo que permitiera el enlace de las bases de datos de mortalidad y morbilidad con las encuestas socioeconómicas (por ejemplo, la encuesta de población activa), con el censo de población y con la base de datos de la seguridad social y otros seguros sociales. Estos enlaces se deberían realizar de tal forma que se preservara la confidencialidad de las personas.

6.3. Recomendaciones para diferentes ámbitos de estudio

Los ámbitos de estudio a los que se va a hacer referencia son dos: por un lado, los sistemas de recogida de datos rutinarios y, por el otro, los estudios periódicos y las investigaciones específicas. Las variables a incluir en cada uno de ellos aparecen reflejadas en la Tabla VIII.

1. *Sistemas de recogida de datos rutinarios.* En este apartado se incluyen:

- Boletín Estadístico de Defunción
- Boletín Estadístico de Nacimiento
- Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios
- Historia Clínica
- Registro de Enfermedades

En estos sistemas de recogida de datos, las variables que deberían incluirse son la clase social -basada en la ocupación desempeñada y en la situación de empleo- y el nivel de estudios -obtenido mediante una pregunta cerrada-.

En el Boletín Estadístico de Defunción debe recogerse información de estas variables, tanto del fallecido como de su conyuge o pareja. En el caso de que el fallecido tenga menos de 18 años, la información socioeconómica debe recogerse del padre y de la madre. Igualmente, la información recogida en el Boletín Estadístico de Nacimiento corresponde al padre y a la madre. En el anexo G aparecen las preguntas que deberían incluirse en estos sistemas rutinarios de recogida de datos.

2. *Estudios periódicos e investigaciones específicas.* En este apartado se incluyen los estudios periódicos -por ejemplo, las encuestas de salud- y las investigaciones específicas, cuyo objetivo es estudiar la relación entre la clase social y la salud.

Si la finalidad del estudio lo requiere, pueden incluirse, además de la clase social -basada en la ocupación desempeñada y en la situación de empleo- y el nivel de estudios -mediante una pregunta abierta o cerrada-, y los ingresos del hogar, y otros indicadores -por ejemplo, los basados en la riqueza material-.

En estos casos, aparte de las características de los individuos objeto de análisis, también se deberá recoger la del cabeza de familia y/o pareja. Además, si se quiere profundizar más en el papel de la clase social en la salud, en este tipo de estudios es donde se pueden incluir las preguntas relativas a la ocupación que permiten obtener la clasificación propuesta por Wright. Como se comentó, este autor considera la propiedad de los medios de producción, la posición en la jerarquía de la organización (autoridad, control y subordinación) y el grado de cualificación.

Tabla VIII. Propuesta de un sistema de indicadores para medición de la clase social, según el ámbito de aplicación. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología, 1995

INDICADOR	Estadísticas vitales y registros sanitarios rutinarios	Estudios periódicos (p. ej. encuesta de salud) y estudios específicos con interés principal en la clase social
Ocupación y situación de empleo	SI	SI
Nivel de estudios	SI	SI
Ingresos del hogar	NO	SI
Otros - Propiedad de la vivienda - Propiedad del vehículo	NO	SI

Capítulo 7. Bibliografía

- Adams PF, Benson V (1990). Current estimates from National Health Interview Survey, 1989. Hyattsville: National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 10 (176).
- Alexander FE, McKinney PA, Williams J, James Ricketts T, Cartwright RA (1991). Epidemiological evidence for the "Two-disease hypothesis" in Hodgkin's disease. *Int J Epidemiol* 20:354-61.
- Alexander FE, Cartwright RA, McKinney PA, Ricketts J (1990). Leukaemia incidence, social class and estuaries: an ecological analysis. *J Public Health Med* 12:109-17.
- Alonso J, Antó JM (1989). Enquesta de salut de Barcelona 1986. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Alonso J, Murillo C, Antó JM (1988). Estudio de las desigualdades de salud en Barcelona. Marco teórico y evidencia empírica. En: *Salud y equidad. VIII Jornadas de Economía de la Salud. Las Palmas de Gran Canaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 387-98.
- Alonso J, Antó JM (1988). Desigualtats de salut a Barcelona. *Gac Sanit* 2:4-12.
- Álvarez-Dardet C, Ruiz MT (1994). Salud y desarrollo: del planeta, las mujeres y otros subsidios. *JANO*, XLVII:61-73.
- Antó JM, Company A, Domingo A (1985). Enquesta de salut de Barcelona 1983. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Arber S, Ginn J (1993). Gender and inequalities in health in later life. *Soc Sci Med* 36: 33-46.

- Arias A, Rebagliato M, Palumbo MA (1993). *et al.* Desigualdades en salud en Barcelona y Valencia. *Med Clin (Barc)*;100:281-7.
- Armero MJ, Frau MJ, Colomer C (1991). Indicadores de salud en el medio urbano. Variaciones en función de la coherencia social de las áreas geográficas utilizadas. *Gac Sanit* 5(22):17-20.
- Auvinen A (1992). Social class and colon cancer survival in Finland. *Cancer* 70:402-9.
- Avella A, Brines R, Obrador A, Benito E, Mullet M (1988). Variables socioeconómicas y cáncer colo-rectal en Palma de Mallorca. *Gac Sanit* 2:230-4.
- Benavides FG, Alen M, Escandón C (1987). Estadísticas de morbilidad hospitalaria. *Gac San* 1(2):49-52.
- Benavides FG, García AM, Sáez-Lloret I, Librero J (1994a). Unemployment and health in Spain. The influence of socio-economic environment. *Eur J Publ Health* 4:103-7.
- Benavides FG, Segura A, Marquis F, Ruiz O, Jurado A (1994b). La variable ocupación como indicador de las condiciones de trabajo. *Gac Sanit* 8:100.
- Bohigas L (1987). Desigualdades en la salud y la sanidad en Catalunya. En: *Sociedades. Saúde e Economia. V Jornadas de Economia da Saude*. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, 276-82.
- Borrell C, Plasencia A, Pañella H (1991). Excés de mortalitat en una area urbana centrica: el cas de Ciutat Vella a Barcelona. *Gac Sanit* 5(27): 243-53.
- Borrell C, Arias A (1993). Desigualdades de mortalidad en los barrios de Barcelona, 1983-89. *Gac Sanit* 38-7:205-20.
- Borrell C, Pasarin I, Plasencia A (1994). Diez años de evolución de las desigualdades de mortalidad en Barcelona (1983-1992). *Gac Sanit* 44(suplemento):210.
- Buekens P, MacGillivray I, Campbell D *et al* (1991). Social differences in low birthweight and preterm deliveries in twins. *Paediatr Perinat Epidemiol* 5:276-85.
- Bundey S, Alam H, Kaur A, Mir S, Lancashire RJ (1990). Race, consanguinity and social features in Birmingham babies: a basis for prospective study. *J Epidemiol Community Health* 44:130-5.
- Burstin HR, Johnson WG, Lipsits SR, Brennan TA (1993). Do the poor sue more? A case-control study of malpractice claims and socioeconomic status. *JAMA* 270:1697-701.
- Carstairs V, Morris R (1988). Deprivation and mortality: an alternative to social class? *Comm Med* 11: 210-9.
- Carstairs V, Morris R (1990). Deprivation and health in Scotland. Aberdeen: Aberdeen University Press.

- Casi A, Moreno C (1992). Desigualdades ante la muerte: estudio comparativo entre comunidades de Navarra en el segmento de población de 25 a 74 años. *Aten Prim* 10(1):543-8.
- Clavero A, Trujillo F (1988). Las desigualdades de renta como factor explicativo de las desigualdades en la asignación de recursos sanitarios. Una aplicación empírica. En: *Salud y equidad. VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 399-411.
- Comunidad de Madrid. Consejería de Economía. Censos de población y vivienda de 1991 de la Comunidad de Madrid. Tomo 1: Características demográficas básicas y fecundidad de la población. Madrid: Consejería de Economía, 1993.
- Consejería de Salud. Plan de Salud. Comunidad de Madrid, 1995.
- Cowie MR, Fahrembruch CE, Cobb LA, Hallstrom AP (1993). Out-of-hospital cardiac arrest: racial differences in outcome in Seattle. *Am J Public Health* 83:955-9.
- Cruz C, Almisas M (1990). Relación de la clase social con la cobertura vacunal contra tétanos, poliomiélitis en una población infantil. *Pediatrka* Nov-Dic:240-5.
- Chadwick E (1965). Report on the sanitary condition of the labouring populations of Great Britain, 1842. Edimburgo: Edimburgh University Press.
- Dahl E, Kjaersgaard P (1993). Social mobility and inequality in mortality: an assessment of the health selection hypothesis. *Eur J Public Health* 3:124-32.
- Dahlgren G, Whitehead M (1992). Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- Davey Smith G, Bartlett M, Blane D (1990). The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *BMJ* 301:373-6.
- De Sanjosé S, Roman E (1991). Low birthweight, preterm, and small for gestational age babies in Scotland, 1981-1984. *J Epidemiol Community Health* 45:207-10.
- Del Rosario C. *et al* (1988). La enfermedad de Hansen: un caso típico de desigualdades sociales y desigualdades en salud. En: *Salud y equidad. VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 462-8.
- Dennis BH, Zhukovsky GS, Shestov DB *et al* (1993). The association of education with coronary heart disease mortality in the USSR Lipid Research Clinics Study. *Int J Epidemiol* 22:420-7.
- Domingo A, Marcos J (1989). Propuesta de un indicador de "clase social" basado en la ocupación. *Gac Sanit* 3:320-6.
- Dowding VM, Barry C (1990). Cerebral palsy: social class differences in prevalence in relation to birthweight and severity of disability. *J Epidemiol Community Health* 44:191-5.

- Doz JF, Mengual L, Torné M, Bonilla P (1994). Pobreza y enfermedad: usuarios de los servicios sociales de atención primaria de un centro de atención primaria. *Aten Prim* 14(1):563-6.
- Eames M, ben-Shlomo I, Marmot MG (1993). Social deprivation and premature mortality: regional comparison across England. *BMJ* 307:1097-102.
- Elwood JM, Whitehead SM, Davison J, Stewart M, Galt M (1990). Malignant melanoma in England: risks associated with naevi, freckles, social class, hair colour, and sunburn. *Int J Epidemiol* 19:801-10.
- Engels F (1984). Health: 1844. En: Black N, Broswell D, Gray A, Murphy S, Popay I, editores. *Health and disease, a reader*. Milton Keynes: Open University Press, 61-5.
- Escarce JJ, Epstein KR, Colby DC, Sanford Schwartz J (1993). Racial differences in the elderly's use of medical procedures and diagnostic tests. *Am J Publ Health* 83:948-54.
- Feinstein JS (1993). The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. *Milbank Q* 71(2):279-322.
- Feldman JJ, Makuc DM, Kleiman JC, Coroni-Huntley J (1989). National trends in educational differentials in mortality. *Am J Epidemiol* 129: 919-33.
- García P (1991). Insalubridad de las viviendas de Barcelona (Congreso de Ciencias Médicas, Barcelona, septiembre 1888). En: Capel H, Tatjer M, editores. *Reforma Social, serveis assistencials i higienisme en la Barcelona de final del segle XIX (1876-1990)*. En: Cent anys de salut pública a Barcelona. Barcelona: Institut Municipal de la Salut. Ajuntament de Barcelona.
- García M (1991). Desigualdades sociales y salud. *Economía y sociedad* 5: 39-52.
- Generalitat de Catalunya (1992). *Servei Català de la Salut. Què és el pla de salut? Pla de salut*. Quadern num. 1.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat y Consum (1993). *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 1990-1991*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum.
- Ginestar J (1987). Variables médicas versus variables no médicas en la salud: una recopilación de la literatura y alguna evidencia para Barcelona. En: *Sociedades, Saúde e Economia. V Jornadas de Economia de Saúde*. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, 295-326.
- Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo (1987). *Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Gold MR, Franks P (1990). The social origin of cardiovascular risk: an investigation in a rural community. *Int J Health Serv* 20:405-16.

- Goldthorpe JH, Llewellyn C (1987). *The social grading of occupations*, Oxford Studies in Mobility. London: Oxford University Press.
- Goldthorpe JH, Hope K (1974). *The social grading of occupations*. Oxford Studies in Social Mobility. London: Oxford University Press.
- González JJ (1992). *Clases sociales: estudio comparativo de España y la Comunidad de Madrid 1991*. Madrid: Consejería de Economía de la Comunidad de Madrid, 21-62.
- González J, Regidor E (1988). Desigualdad en el uso de los servicios sanitarios. En: *Salud y equidad. VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria. Madrid Ministerio de Sanidad y Consumo 449-59.
- Gorroñoigoitia A, Ibáñez F, Olaskoaga A (1992). Autopercepción de salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud. *Aten Prim* 10:771-6.
- Guillén MF (1991). Salud, estructura familiar y pautas de desigualdad. El caso de las consultas privadas de salud dental. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*. Enero-marzo 53(91):53-74.
- Guillén MF (1990). *Estructura social y salud*. Madrid: CIS.
- Hall C (1965). *The effect of civilization on the people in European States*. New York: AM Kelley, 1965 (Edición original, Londres: Department of Health and Social Services, 1805).
- Hannay DR (1988). *Lecture notes on medical sociology*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 56.
- Hart N (1991). The social and economic environment and human health. En: Holland WW, Detelds R, Knox G, eds. *Oxford Textbook of Public Health*. vol.1. Oxford 151-80.
- Hein HO, Suadcani P, Gyntelberg F (1992). Physical fitness or physical activity as a predictor of ischaemic heart disease?. A 17-year follow-up in the Copenhagen male study. *J Int Med* 232:471-9.
- Hemminki E, Malin M, Rahkonen O (1990). Mother's social class and perinatal problems in a low-problem area. *Int J Epidemiol* 19:983-90.
- Hemminki E, Meriläinen J, Malin M, Rahkonen O, Teperi J (1992). Mother's education and perinatal problems in Finland. *Int J Epidemiol*;21:720-4.
- Instituto Nacional de Estadística (1987). *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*. Madrid: I.N.E.
- Jarman B (1983). Identification of under privileged areas. *BMJ* ;286:1705-9.
- Jonas O, Roder D, Chan A (1992). The association of low socio-economic status in metropolitan Adelaide with maternal demographic and obstetric characteristics and pregnancy outcome. *Eur J Epidemiol* 8:708-14.

- Judge K, Benzeval M (1993). Health inequalities: new concerns about the children of single mothers. *BMJ* 306:677-80.
- Karjalainen S, Pukkala E (1990). Social class as a prognostic factor in breast cancer survival. *Cancer* 66:819-26.
- Kawachi I, Marchall S, Pearce N (1991). Social class inequalities in the decline of coronary heart disease among New Zealand men, 1975-1977 to 1985-1987. *Int J Epidemiol* 20:393-8.
- Keil JE *et al* (1992). Does equal socioeconomic status in black and white men mean equal risk of mortality?. *Am J Public Health* 82:1133-6.
- Keil JE *et al* (1993). Mortality rates and risk factors for coronary disease in black as compared with white men and women. *N Engl J Med* 329:73-8.
- Kelly WF, Mahmood R, Kelly MJ, Turner S, Elliott K (1993). Influence of social deprivation on illness in diabetic patients. *BMJ* 307:1115-6.
- Kitagawa EN, Hauser PM (1973). *Differential mortality in the United States. A study of socioeconomic epidemiology*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Krieger N (1991). 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* 45:35-42.
- Krieger N, Fee E (1994). Social class: the missing link in U.S. health data. *Int J Health Services* 24:25-44.
- Kush DL *et al* (1991). Secular trends in social class and sex differences in adult height. *Int J Epidemiol* 20: 1001-9.
- Lahelma E, Karisto A (1993). Morbidity and social structure. *Eur J Public Health* 3:119-23.
- Lardelli P, Masa J, Madenselo M, Delgado M, Gálvez R (1990). Infant, neonatal and perinatal mortality in Spain, 1975-1984. Interregional and interannual differences. *Soc Sci Med*. 33:613-20.
- Lardelli P *et al* (1993). Influence of socioeconomic and health care development on infant and perinatal mortality in Spain 1975-86. *J Epidemiol Community Health* 4:260-4.
- Latour J, Romero FA, Alvarez-Dardet C *et al* (1987). Mortalidad en cuidados intensivos: importancia de los factores de riesgo sociales. *Med Clin (Barc)* 89:763-7.
- Latour J, Alvarez-Dardet C (1989). La medición del nivel socioeconómico. *Med Clin (Barc)* 92:470-4.

- Leclerc A, Pietri F, Boitel L, *et al* (1992). Level of education, lifestyle, and morbidity in two groups of white collar workers. *J Epidemiol Community Health* 46:403-8.
- Leon DA, Vagerö D, Otterblad Olausson P (1992). Social Class differences in infant mortality in Sweden: comparison with England and Wales. *Br Med J* 305:687-91.
- Liberatos P, Link BG, Kelsey JL (1988). The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev* 10: 87-121.
- Lieu TA, Newacheck PW, McManus MA (1993). Race, ethnicity and access to ambulatory care among US adolescents. *Am J Public Health* 83:960-5.
- Logue EE, Jarjoura D (1990). Modeling heart disease mortality with census tract rates and social class mixtures. *Soc Sci Med* 31:545-50.
- Luck S, Leung PW, Bacon-Shone J *et al* (1991). Behaviour disorder in pre-school children in Hong Kong. A two-stage epidemiological study. *Br J Psychiatry* 158:213-21.
- Lundberg O (1991). Causal explanations for class inequality in health- an empirical analysis. *Soc Sci Med* 32:385-93.
- MacIntyre S, West P (1991). Lack of class variation in health in adolescence: an artefact of an occupational measure of social class?. *Soc Sci Med* 32:395-402.
- Mackenbach JP (1993). Inequalities in health in the Netherlands according to age, gender, marital status, level of education, degree of urbanization, and region. *Eur J Public Health* 3:112-8.
- Mandelblatt J, Andrews H, Kerner J, Zauber A, Burnett W (1991). Determinants of late stage diagnosis of breast and cervical cancer: the impact of age, race, social class, and hospital type. *Am J Public Health* 81:646-9.
- Margolis PA, Greenberg RA, Keyes LL *et al* (1992). Lower respiratory illness in infants and low socioeconomic status. *Am J Public Health* 82:1119-26.
- Marmot MG, Adelstein A, Robinson N, Rose GA (1978). Changing social class distribution of heart disease. *BMJ*; ii:1109.
- Marmot MG, Morris JN (1979). The social environment. En: Hobson W. *Theory and practice of public health*. Oxford: Oxford University Press 97-118.
- Marmot MG, Shipley MJ, Rose GA (1984). Inequalities in death. Specific explanations of a general pattern?. *Lancet*, ii, 1003.
- Marmot MG, McDowall ME (1986). Mortality decline and widening social inequalities. *Lancet*, 2: 274-6.
- Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA (1987). Social economic status and disease. *Ann Rev Public Health* 8: 111-35.

- Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S *et al* (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 337:1387-93.
- Marshall SW, Kawachi I, Pearce N, Borman B (1993). Social class differences in mortality from diseases amenable to medical intervention in New Zealand. *Int J Epidemiol* 22:255-61.
- Martín FJ, Marc JC (1992). Desigualdades sociales en salud en la ciudad de Málaga. *Gac Sanit* 6:198-206.
- McCord C, Freeman HP (1990). Excess mortality in Harlem. *N Eng J Med*; 322:173-7.
- Milham S, Davis RL (1991). Cigarette smoking during pregnancy and mother's occupation. *J Occup Med* 33:468-73.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1989). Encuesta Nacional de Salud. Madrid: M.S.C.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1992). Estudio de los estilos de vida de la población adulta española. Madrid: M.S.C.
- Morgan M (1983). Measuring social inequality: occupational classifications and their alternatives. *Community Med* 5: 116-24.
- Morgenstern H (1985). Socioeconomic factors: Concepts, measurements, and health effects. En: Ostfeld AM, Eaker ED, eds. *Measuring psychosocial variables in epidemiologic studies of cardiovascular disease*. Bethesda: NIH 3-35.
- Morris PLP, Robinson RG, Andrzejewski P, Samuels J, Price TR (1993). Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am J Psychiatry* 150:124-9.
- Murillo C, Calonge S, Alemany R (1988). Efectos diferenciales por patologías en la relación salud-ingresos. En: *Salud y equidad. VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 413-29.
- Murphy MFG, Mant DCA, Goldblatt PO (1992). Social class, marital status, and cancer of the uterine cervix in England and Wales, 1950-1983. *J Epidemiol Community Health* 46:378-81.
- Murphy JM, Oliver DC, Monson RR, Sobol AM, Federman EB, Leighton AH. (1991) Depression and anxiety in relation to social status. *Arch Gen Psychiatry* 48:223-9.
- National Center for Health Statistics (1990). Current estimates from the National Health Interview Survey, 1989. Hyattsville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Nebot M *et al* (1992). Evolución de la fecundidad adolescente y su asociación con la evolución de la renta en las provincias españolas en el período 1975-1985. *Rev San Hig Pub* 6:157-67.

- Nelson MD (1992). Socioeconomic status and childhood mortality in North Carolina. *Am J Publ Health* 82:1131-3.
- North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG (1993). Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. *Br Med J* 306:361-6.
- Office of Population Censuses and Surveys (1992). General Household Survey 1990. London: HMSO.
- Oñorbe M (1991). Marginación en el sistema sanitario. Ed. en 4º Congreso SESPAS. De política sanitaria a políticas de salud. Valencia, 85-91.
- Osakidetza (1994). Plan de Salud, Osasuna Zainduz. Gobierno Vasco.
- Österg V (1992). Social class differences in child mortality, Sweden 1981-1986. *J Epidemiol Community Health* 46:480-4.
- Pappas G, Queen S, Hadden W, Fisher G (1993). The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *N Engl J Med* 329: 103-9.
- Peruga A, Celentano DD, Navarro V (1993). Social demographic and attitudinal correlated of AIDS. *Eur J Public Health* 3:8-13.
- Peña DD, Teijeiro E (1989). Las discapacidades en la población española. Un estudio basado en modelos de regresión logística. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Porta M, Belloc J, Malats N (1989). Estudios españoles sobre la demora diagnóstica y terapéutica en el cáncer. *Revisiones en Salud Pública* 1:197-226.
- Power C (1991). Social and economic background and class inequalities in health among young adults. *Soc Sci Med* 32:385-93.
- Quine S (1990). Problems in comparing findings on social class cross-culturally. Applied to infant mortality (Australia and Britain). *Soc Sci Med* 30:1283-8.
- Rahkonen O, Lahelma E (1992). Gender, social class and illness among young people. *Soc Sci Med* 34:649-56.
- Reading RF, Openshaw S, Jarvis SN (1990). Measuring child health inequalities using aggregations of enumeration districts. *J Public Health Med* 1990;12:160-7.
- Reading R, Openshaw S (1993). Do inaccuracies in small area deprivation analyses matter? *J Epidemiol Community Health* 47:238-41.
- Regidor E, González J (1989). Desigualdad social y mortalidad en España. *Rev San Hig Pub*, 63:107-16.
- Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C (1994). Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C (1995). Increased socioeconomic differences in mortality in eight Spanish provinces. *Soc Sci Med* 91(6) (en prensa).

- Rodríguez JA, Lemkow L (1990). Health and social inequities in Spain. *Soc Sci Med* 31:351-8.
- Ross S, Godden D, McMurray D *et al* (1992). Social effects of wheeze in childhood: a 25 year follow-up. *Br Med J* 305:545-8.
- Royal College of Physicians. Reports on smoking and Health. Pitman Medical. Londres Ediciones 1962, 1971, 1977, 1983.
- Salleras L *et al* (1988). Facteurs sociaux et d'assistance sanitaire et mortalité perinatale en Espagne. Etude écologique. *Rev Epidem et Santé Publ* 36:30-5.
- Salleras L *et al* (1992). Prevalence of hepatitis B markers in the population of Catalonia (Spain). Rationale for universal vaccination of adolescents. *Eur J Epidemiol* 8(5): 640-4.
- Schwartz Sh (1994). The fallacy of the ecological fallacy: the potential misuse of a concept and the consequences. *Am J Public Health* 84:819-4.
- Segura A (1989). Mortalidad según ocupación, una información necesaria. *Gac Sanit*, 3:309-12.
- Segura A (1993). Informe SESPAS 1993: La salud y el sistema sanitario en España. Barcelona, SG Editores.
- Silvestre A *et al* (1990). Nivel de renta y estilos de vida ¿Hacia una ley de prevención inversa?. *Gac Sanit* 4(20):189-92.
- Smith AM, Baghurst KI (1992). Public health implications of dietary differences between social status and occupational category groups. *J Epidemiol Community Health* 46:409-16.
- Smyth M, Browne F (1992). 1990 General Household Survey. London: HMSO. Series GHS (21).
- Sobal J, Stunkard AJ (1989). Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychol Bull* 105: 260-275.
- Solas O (1988). Equidad geográfica: desigualdades sociales en salud de las provincias españolas. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Sorel JE, Ragland DR, Syme SL, Davis WB (1992). Educational status and blood pressure: The Second National Health and Nutrition Examination Survey, 1976-1980, and The Hispanic Health and Nutrition Examination Survey, 1982-1984. *Am J Epidemiol* 135:1339-48.
- Starfield B, Shapiro S, Weiss J *et al* (1991). Race, family income, and low birth weight. *Am J Epidemiol* 134:1167-74.
- Stockwell EG, Swanson DA, Wicks J (1988). Economic status differences in infant mortality by cause of death. *Public Health Rep* 103: 135-142.

- Thorpe K, Golding J, MacGillivray I, Greenwood R (1991). Comparison of prevalence of depression in mothers of twins and mothers of singletons. *Br Med J* 302:875-8.
- Townsend P, Davidson N. (eds) (1982). *Inequalities in Health. The Black Report*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.
- Townsend P, Simpson D, Tibbs N (1985). Inequalities in Health in the city of Bristol: A preliminary review of statistical evidence. *Int J Health Services* 15:637-663.
- Tudor-Hart J (1971). The inverse care. *Law. Lancet*, i:405-412.
- Vagerö D, Lundberg O (1989). Health inequalities in Britain and Sweden. *Lancet*, ii:35-36.
- Valero C, Nebot M, Villalbí JR (1994). Embarazo en adolescentes en Barcelona: distribución, antecedentes y consecuencias. *Gac Sanit* 8:155-61.
- Valkonen T, Martelin T, Rimpelä A, Notkola V, Savela S (1993). Socio-economic differences in Finland 1981-1990. Central Statistical Office of Finland, Helsinki.
- Vineis P, Fornero G, Magnino A, Giacometti R, Ciccone G (1993). Diagnostic delay, clinical stage, and social class: a hospital based study. *J Epidemiol Community Health* 47:229-31.
- Whincup PH, Cook DG, Papacosta O, Walker M (1992). Childhood blood pressure, body build, and birthweight: geographical associations with cardiovascular mortality. *J. Epidemiol Community Health* 46:396-402.
- Whitehead M (1987). The Health divide Inequalities in Health in the 80s, London, Health Education Council.
- Winkley MA, Fortmann SL, Barrett DC (1990). Social class disparities in risk factors of disease: eight-year prevalence patterns by level of education. *Prev Med* 19: 1-12.
- Wise PH, Kotelchuck M, Wilson ML, Mills M (1985). Racial and socioeconomic disparities in childhood mortality in Boston. *N Engl J Med* 313: 360-6.

ANEXOS

Anexo A.

Estructura de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-94) a nivel del tercer dígito

Anexo B.

Clasificación de clase social basada en la ocupación para el análisis y presentación de resultados

Anexo C.

Listado de las ocupaciones a nivel del tercer dígito de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-1994) incluidas en cada categoría de Clase Social

Anexo D.

Correspondencia de las ocupaciones a nivel del tercer dígito de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-1994) y las categorías de clase social

Anexo E.

Clasificación de nivel de estudios

Anexo F.

Clasificaciones de nivel de estudios para el análisis y la presentación de resultados

Anexo G.

Propuesta de inclusión de preguntas relativas a la clase social o al nivel socioeconómico de los individuos en el Boletín Estadístico de Defunción, en el Boletín Estadístico de Nacimiento, en el conjunto mínimo básico de datos hospitalarios y en la historia clínica de rutina

ANEXO A. Estructura de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-94) a nivel del tercer dígito

GRAN GRUPO 1: DIRECCION DE LAS EMPRESAS Y DE LA ADMINISTRACION PUBLICA

101	PODER EJECUTIVO Y LEGISLATIVO Y CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL
102	PERSONAL DIRECTIVO DE LA ADMINISTRACION PUBLICA
103	GOBIERNO LOCAL
104	DIRECCION DE ORGANIZACIONES DE INTERES
111	DIRECCION GENERAL Y PRESIDENCIA EJECUTIVA DE EMPRESAS DE 10 O MÁS ASALARIADOS
112	DIRECCION DE DEPARTAMENTO DE PRODUCCION DE EMPRESAS DE 10 O MÁS ASALARIADOS
113	DIRECCION DE AREAS Y DEPARTAMENTOS ESPECIALIZADOS DE EMPRESAS DE 10 O MÁS ASALARIADOS
121	GERENCIA DE EMPRESAS DE COMERCIO AL POR MAYOR CON MENOS DE 10 ASALARIADOS
122	GERENCIA DE EMPRESAS DE COMERCIO AL POR MENOR CON MENOS DE 10 ASALARIADOS
131	GERENCIA DE EMPRESAS DE HOSPEDAJE CON MENOS DE 10 ASALARIADOS
132	GERENCIA DE EMPRESAS DE RESTAURACION CON MENOS DE 10 ASALARIADOS
140	GERENCIA DE OTRAS EMPRESAS CON MENOS DE 10 ASALARIADOS
151	GERENCIA DE EMPRESAS DE COMERCIO AL POR MAYOR SIN ASALARIADOS
152	GERENCIA DE EMPRESAS DE COMERCIO AL POR MENOR SIN ASALARIADOS
161	GERENCIA DE EMPRESAS DE HOSPEDAJE SIN ASALARIADOS
162	GERENCIA DE EMPRESAS DE RESTAURACION SIN ASALARIADOS
170	GERENCIA DE OTRAS EMPRESAS SIN ASALARIADOS

GRAN GRUPO 2: TECNICOS Y PROFESIONALES CIENTIFICOS E INTELECTUALES

201	FISICOS, QUIMICOS Y ASIMILADOS
202	MATEMATICOS, ESTADISTICOS Y ASIMILADOS
203	PROFESIONALES DE LA INFORMATICA DE NIVEL SUPERIOR
204	ARQUITECTOS Y ASIMILADOS
205	INGENIEROS SUPERIORES Y ASIMILADOS

211	PROFESIONALES EN CIENCIAS NATURALES
212	MEDICOS Y ODONTOLOGOS
213	VETERINARIOS
214	FARMACEUTICOS
219	OTROS PROFESIONALES DE NIVEL SUPERIOR DE LA SANIDAD
221	PROFESORES DE UNIVERSIDADES Y OTROS CENTROS DE ENSEÑANZA SUPERIOR
222	PROFESORES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA
223	OTROS PROFESIONALES DE LA ENSEÑANZA
231	ABOGADOS Y FISCALES
232	JUECES Y MAGISTRADOS
239	OTROS PROFESIONALES DEL DERECHO
241	PROFESIONALES EN ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DE EMPRESAS
242	ECONOMISTAS
243	SOCIOLOGOS, HISTORIADORES, FILOSOFOS, FILOLOGOS, PSICOLOGOS Y ASIMILADOS
251	ESCRITORES Y ARTISTAS DE LA CREACION O DE LA INTERPRETACION
252	ARCHIVEROS, BIBLIOTECARIOS Y PROFESIONALES ASIMILADOS
253	DIVERSOS PROFESIONALES DE LA ADMINISTRACION PUBLICA QUE NO PUEDEN SER CLASIFICADOS EN APARTADOS ANTERIORES
261	PROFESIONALES ASOCIADOS A UNA TITULACION DE 1 CICLO UNIVERSITARIO EN CIENCIAS FISICAS, QUIMICAS Y ASIMILADOS
262	PROFESIONALES ASOCIADOS A UNA TITULACION DE 1 CICLO UNIVERSITARIO EN MATEMATICAS, ESTADISTICA Y ASIMILADOS
263	PROFESIONALES DE NIVEL MEDIO DE INFORMATICA
264	ARQUITECTOS TECNICOS
265	INGENIEROS TECNICOS Y ASIMILADOS
271	PROFESIONALES ASOCIADOS A UNA TITULACION DE 1 CICLO UNIVERSITARIO EN CIENCIAS NATURALES
272	ENFERMEROS
281	PROFESORES DE ENSEÑANZA PRIMARIA E INFANTIL
282	PROFESORES DE EDUCACION ESPECIAL
283	PROFESORADO TECNICO DE FORMACION PROFESIONAL

- 291 DIPLOMADOS EN CONTABILIDAD Y GRADUADOS SOCIALES Y TECNICOS DE EMPRESAS Y ACTIVIDADES TURISTICAS
- 292 AYUDANTES DE ARCHIVO, BIBLIOTECA Y ASIMILADOS
- 293 DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL
- 294 SACERDOTES DE LAS DISTINTAS RELIGIONES
- 295 OTROS PROFESIONALES DE LA ADMINISTRACION PUBLICA QUE NO PUEDEN SER CLASIFICADOS ANTERIORMENTE

GRAN GRUPO 3: TECNICOS Y PROFESIONALES DE APOYO

- 301 DELINEANTES Y DISEÑADORES TECNICOS
- 302 TECNICOS DE LAS CIENCIAS FISICAS, QUIMICAS Y DE LAS INGENIERIAS
- 303 PROFESIONALES TECNICOS DE LA INFORMATICA
- 304 OPERADORES DE EQUIPOS OPTICOS Y ELECTRONICOS
- 305 PROFESIONALES EN NAVEGACION MARITIMA
- 306 PROFESIONALES EN NAVEGACION AERONAUTICA
- 307 TECNICOS EN EDIFICACION, SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y CONTROL DE CALIDAD
- 311 TECNICOS DE LAS CIENCIAS NATURALES Y PROFESIONALES AUXILIARES ASIMILADOS
- 312 TECNICOS DE SANIDAD
- 313 DIVERSOS TECNICOS DE SANIDAD NO CLASIFICADOS EN RUBRICAS ANTERIORES
- 321 TECNICOS EN EDUCACION INFANTIL Y EDUCACION ESPECIAL
- 322 INSTRUCTORES DE VUELO, NAVEGACION Y CONDUCCION DE VEHICULOS
- 331 PROFESIONALES DE APOYO EN OPERACIONES FINANCIERAS Y ALGUNAS OPERACIONES COMERCIALES
- 332 REPRESENTANTES DE COMERCIO Y TECNICOS DE VENTA
- 341 PROFESIONALES DE APOYO DE LA GESTION ADMINISTRATIVA, CON TAREAS ADMINISTRATIVAS GENERALES
- 342 PROFESIONALES DE CARACTER ADMINISTRATIVO DE ADUANAS, DE TRIBUTOS Y ASIMILADOS QUE TRABAJAN EN TAREAS PROPIAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA
- 351 CONSIGNATARIOS Y AGENTES EN LA CONTRATACION DE MANO DE OBRA
- 352 INSPECTORES DE POLICIA Y DETECTIVES

- 353 PROFESIONALES DE APOYO DE PROMOCION SOCIAL
- 354 PROFESIONALES DEL MUNDO ARTISTICO, DEL ESPECTACULO Y DE LOS DEPORTES
- 355 AUXILIARES LAICOS DE LAS RELIGIONES

GRAN GRUPO 4: EMPLEADOS DE TIPO ADMINISTRATIVO

- 401 AUXILIARES CONTABLES Y FINANCIEROS
- 402 EMPLEADOS DE REGISTRO DE MATERIALES, DE SERVICIOS DE APOYO A LA PRODUCCION Y AL TRANSPORTE
- 410 EMPLEADOS DE BIBLIOTECAS, SERVICIOS DE CORREOS Y ASIMILADOS
- 421 TAQUIGRAFOS Y MECANOGRAFOS
- 422 GRABADORES DE DATOS
- 430 AUXILIARES ADMINISTRATIVOS (SIN TAREAS DE ATENCION AL PUBLICO NO CLASIFICADOS ANTERIORMENTE)
- 440 AUXILIARES ADMINISTRATIVOS (CON TAREAS DE ATENCION AL PUBLICO NO CLASIFICADOS ANTERIORMENTE)
- 451 EMPLEADOS DE INFORMACION Y RECEPCIONISTAS EN OFICINAS
- 452 EMPLEADOS DE AGENCIAS DE VIAJES, RECEPCIONISTAS EN ESTABLECIMIENTOS DISTINTOS DE OFICINAS Y TELEFONISTAS
- 460 CAJEROS, TAQUILLEROS Y OTROS EMPLEADOS ASIMILADOS EN TRATO DIRECTO CON EL PUBLICO

GRAN GRUPO 5: TRABAJADORES DE SERVICIOS DE RESTAURACION, PERSONALES, PROTECCION Y VENDEDORES DE LOS COMERCIOS

- 501 COCINEROS Y OTROS PREPARADORES DE COMIDAS
- 502 CAMAREROS, BARMANES Y ASIMILADOS
- 503 JEFES DE COCINEROS, CAMAREROS Y ASIMILADOS
- 511 AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ASIMILADOS
- 512 TRABAJADORES QUE SE DEDICAN AL CUIDADO DE PERSONAS Y ASIMILADOS (EXCEPTO AUXILIARES DE ENFERMERIA)
- 513 PELUQUEROS, ESPECIALISTAS EN TRATAMIENTO DE BELLEZA Y TRABAJADORES ASIMILADOS
- 514 TRABAJADORES QUE ATIENDEN A VIAJEROS Y ASIMILADOS
- 515 MAYORDOMOS, ECONOMOS Y ASIMILADOS
- 519 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS PERSONALES
- 521 POLICIAS

- 522 BOMBEROS
- 523 FUNCIONARIO DE PRISIONES
- 524 GUARDIAS JURADOS Y PERSONAL DE SEGURIDAD PRIVADO
- 529 OTROS TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS DE PROTECCION Y SEGURIDAD
- 531 MODELOS DE MODA, ARTE Y PUBLICIDAD
- 532 ENCARGADO DE SECCION DENTRO DE UN COMERCIO Y ASIMILADOS
- 533 DEPENDIENTES Y EXHIBIDORES EN TIENDAS, ALMACENES, QUIOSCOS Y MERCADILLOS

GRAN GRUPO 6: TRABAJADORES CUALIFICADOS EN LA AGRICULTURA Y EN LA PESCA

- 601 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA PROPIA EN EXPLOTACIONES AGRICOLAS
- 602 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA AJENA EN EXPLOTACIONES AGRICOLAS
- 611 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA PROPIA EN ACTIVIDADES GANADERAS
- 612 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA AJENA EN ACTIVIDADES GANADERAS
- 621 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA PROPIA EN EXPLOTACIONES AGROPECUARIAS
- 622 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA PROPIA EN EXPLOTACIONES FORESTALES Y ASIMILADOS
- 623 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA AJENA EN EXPLOTACIONES AGROPECUARIAS
- 624 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA AJENA EN EXPLOTACIONES FORESTALES Y ASIMILADOS
- 631 PESCADORES Y TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA PROPIA DE LA PISCIFACTORIA
- 632 PESCADORES Y TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA AJENA DE LA PISCIFACTORIA

GRAN GRUPO 7: ARTESANOS Y TRABAJADORES CUALIFICADOS DE LAS INDUSTRIAS MANUFACTURERAS, LA CONSTRUCCION Y LA MINERIA, EXCEPTO LOS OPERADORES DE INSTALACIONES Y MAQUINARIA

- 701 ENCARGADOS Y JEFES DE EQUIPO EN OBRAS ESTRUCTURALES DE LA CONSTRUCCION
- 702 JEFES DE TALLER Y ENCARGADOS DE TRABAJADORES DE ACABADO DE EDIFICIOS

- 703 ENCARGADOS DE PINTORES EMPAPELADORES Y ASIMILADOS
- 711 ALBAÑILES Y MAMPOSTEROS
- 712 TRABAJADORES EN HORMIGON ARMADO, ENFOSCADORES FERRALLISTAS Y ASIMILADOS
- 713 CARPINTEROS (EXCEPTO CARPINTEROS DE ESTRUCTURAS METALICAS)
- 714 OTROS TRABAJADORES DE LAS OBRAS ESTRUCTURALES DE CONSTRUCCION
- 721 REVOCADORES, ESCAYOLISTAS Y ESTUQUISTAS
- 722 FONTANEROS E INSTALADORES DE TUBERIAS
- 723 ELECTRICISTAS DE CONSTRUCCION Y ASIMILADOS
- 724 PINTORES, BARNIZADORES, EMPAPELADORES Y ASIMILADOS
- 725 PERSONAL DE LIMPIEZA DE FACHADAS DE EDIFICIOS Y DESHOLLINADORES
- 729 OTROS TRABAJADORES DE ACABADO DE CONSTRUCCION Y ASIMILADOS
- 731 JEFES DE TALLER Y ENCARGADOS DE MOLDEADORES, SOLDADORES, MONTADORES DE ESTRUCTURAS METALICAS Y AFINES
- 732 JEFES DE TALLER DE VEHICULOS DE MOTOR
- 733 JEFES DE TALLER DE MAQUINAS AGRICOLAS E INDUSTRIALES Y MOTORES DE AVION
- 734 JEFES DE EQUIPOS DE MECANICOS Y AJUSTADORES DE EQUIPOS ELECTRICOS Y ELECTRONICOS
- 741 ENCARGADOS Y CAPATACES DE LA MINERIA
- 742 MINEROS, CANTEROS, PEGADORES Y LABRANTES DE PIEDRAS
- 751 MOLDEADORES, SOLDADORES, CHAPISTAS, MONTADORES DE ESTRUCTURAS METALICAS Y TRABAJADORES ASIMILADOS
- 752 HERREROS, ELABORADORES DE HERRAMIENTAS Y ASIMILADOS
- 761 MECANICOS Y AJUSTADORES DE MAQUINARIA
- 762 MECANICOS Y AJUSTADORES DE EQUIPOS ELECTRICOS Y ELECTRONICOS
- 771 MECANICOS DE PRECISION EN METALES Y MATERIALES SIMILARES
- 772 TRABAJADORES DE ARTES GRAFICAS Y ASIMILADOS
- 773 CERAMISTAS, VIDRIEROS Y ASIMILADOS
- 774 ARTESANOS DE LA MADERA, DE TEXTILES, DEL CUERO Y MATERIALES SIMILARES
- 780 TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACION, BEBIDAS Y TABACO

- 791 TRABAJADORES QUE TRATAN LA MADERA Y ASIMILADOS
- 792 EBANISTAS Y TRABAJADORES ASIMILADOS
- 793 TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA TEXTIL, LA CONFECCION Y ASIMILADOS
- 794 TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DE LA PIEL, DEL CUERO Y DEL CALZADO

GRAN GRUPO 8: OPERADORES DE INSTALACIONES Y MAQUINARIA Y MONTADORES

- 801 ENCARGADOS EN INSTAL. MINERAS
- 802 ENCARGADOS EN INSTALACIONES DE PROCESAMIENTO DE METALES
- 803 ENCARGADOS DE TALLER DE VIDRIERIA, CERAMICA Y ASIMILADOS
- 804 ENCARGADOS DE TALLERES DE MADERA Y JEFES DE EQUIPO EN LA FABRICACION DE PAPEL
- 805 JEFES DE EQUIPO EN INSTALACIONES DE TRATAMIENTO QUIMICO
- 806 JEFES DE EQUIPO EN INSTALACIONES DE PRODUCCION DE ENERGIA Y ASIMILADOS
- 807 JEFES DE EQUIPO DE OPERADORES DE ROBOTS INDUSTRIALES
- 811 OPERADORES EN INSTALACIONES DE LA EXTRACCION Y EXPLOTACION DE MINERALES
- 812 OPERADORES EN INSTALACIONES PARA LA OBTENCION Y TRANSFORMACION DE METALES
- 813 OPERADORES EN INSTALACIONES PARA LA OBTENCION, TRANSFORMACION Y MANIPULADO DEL VIDRIO Y LA CERAMICA Y ASIMILADOS
- 814 OPERADORES EN INSTALACIONES PARA EL TRABAJO DE LA MADERA Y LA FABRICACION DE PAPEL
- 815 OPERADORES EN PLANTAS INDUSTRIALES QUIMICAS
- 816 OPERADORES DE PLANTAS PARA PRODUCCION DE ENERGIA Y SIMILARES
- 817 OPERADORES DE ROBOTS INDUSTRIALES
- 821 ENCARGADO DE OPERADORES DE MAQUINAS PARA TRABAJAR METALES
- 822 ENCARGADO DE OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS QUIMICOS
- 823 ENCARGADO DE OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS DE CAUCHO Y DE MATERIAL PLASTICO
- 824 ENCARGADO DE OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS DE MADERA
- 825 JEFES DE TALLER DE IMPRENTA, ENCUADERNACION Y FABRICACION DE PRODUCTOS DE PAPEL

- 826 ENCARGADO DE OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS TEXTILES Y ARTICULOS DE PIEL Y CUERO
- 827 ENCARGADO DE OPERADORES DE MAQUINAS PARA ELABORAR PRODUCTOS ALIMENTICIOS, BEBIDAS Y TABACO
- 828 ENCARGADO DE MONTADORES
- 831 OPERADORES DE MAQUINAS PARA TRABAJAR METALES Y OTROS PRODUCTOS MINERALES
- 832 OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS QUIMICOS
- 833 OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS DE CAUCHO Y PLASTICO
- 834 OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS DE MADERA
- 835 OPERADORES DE MAQUINAS PARA IMPRIMIR, ENCUADERNAR Y PARA FABRICAR PRODUCTOS DE PAPEL Y CARTON
- 836 OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS TEXTILES Y ARTICULOS DE PIEL Y DE CUERO
- 837 OPERADORES DE MAQUINAS PARA ELABORAR PRODUCTOS ALIMENTICIOS, BEBIDAS Y TABACO
- 841 MONTADORES Y ENSAMBLADORES
- 849 OTROS MONTADORES Y ENSAMBLADORES
- 851 MAQUINISTAS DE LOCOMOTORAS Y ASIMILADOS
- 852 ENCARGADO DE OPERADORES DE MAQUINARIA DE MOVIMIENTO DE TIERRAS Y DE MATERIALES
- 853 OPERADORES DE MAQUINARIA AGRICOLA MOVIL
- 854 OPERADORES DE OTRAS MAQUINAS MOVILES
- 855 MARINEROS DE CUBIERTA DE BARCO Y ASIMILADOS
- 861 TAXISTAS Y CONDUCTORES DE AUTOMOVILES Y FURGONETAS
- 862 CONDUCTORES DE AUTOBUSES
- 863 CONDUCTORES DE CAMIONES
- 864 CONDUCTORES DE MOTOCICLETAS Y CICLOMOTORES

GRAN GRUPO 9: TRABAJADORES NO CUALIFICADOS

- 900 VENEDORES AMBULANTES Y ASIMILADOS
- 911 EMPLEADOS DEL HOGAR
- 912 PERSONAL DE LIMPIEZA DE OFICINAS, HOTELES Y OTROS TRAB. ASIMILADOS
- 921 CONSERJES DE EDIFICIOS, LIMPIACRISTALES Y ASIMILADOS
- 922 VIGILANTES, GUARDIANES Y ASIMILADOS
- 931 LIMPIABOTAS Y OTROS TRABAJADORES DE OFICIOS CALLEJEROS

- 932 ORDENANZAS
- 933 MOZOS DE EQUIPAJE Y ASIMILADOS
- 934 LECTORES DE CONTADORES (AGUA...) Y RECOLECTORES DE DINERO DE MAQUINAS EXPENDEDORAS
- 935 RECOGEDORES DE BASURA Y OBREROS ASIMILADOS
- 941 PEONES AGRICOLAS
- 942 PEONES GANADEROS
- 943 PEONES AGROPECUARIOS
- 944 PEONES FORESTALES
- 945 PEONES DE LA PESCA
- 950 PEONES DE LA MINERIA

- 960 PEONES DE LA CONSTRUCCION
- 970 PEONES DE INDUSTRIAS MANUFACTURERAS
- 980 PEONES DEL TRANSPORTE Y DESCARGADORES

GRAN GRUPO 0: FUERZAS ARMADAS

- 001 ESCALA SUPERIOR
- 002 ESCALA MEDIA
- 003 ESCALA BASICA

ANEXO B. Clasificación de clase social basada en la ocupación para el análisis y presentación de resultados

1. Clasificación exhaustiva

- I DIRECTIVOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y DE EMPRESAS DE 10 O MÁS ASALARIADOS. PROFESIONES ASOCIADAS A TITULACIONES DE 2º Y 3º CICLO UNIVERSITARIO.
- II DIRECTIVOS DE EMPRESAS CON MENOS DE 10 ASALARIADOS. PROFESIONES ASOCIADAS A UNA TITULACIÓN DE 1º CICLO UNIVERSITARIO. TÉCNICOS Y PROFESIONALES DE APOYO. ARTISTAS Y DEPORTISTAS.
- IIIa EMPLEADOS DE TIPO ADMINISTRATIVO Y PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA. TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS PERSONALES Y DE SEGURIDAD.
- IIIb TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA.
- IIIc SUPERVISORES DE TRABAJADORES MANUALES
- IVa TRABAJADORES MANUALES CUALIFICADOS
- IVb TRABAJADORES MANUALES SEMICUALIFICADOS
- V TRABAJADORES NO CUALIFICADOS

2. Clasificación abreviada

- I DIRECTIVOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y DE EMPRESAS DE 10 O MÁS ASALARIADOS. PROFESIONES ASOCIADAS A TITULACIONES DE 2º Y 3º CICLO UNIVERSITARIO.
- II DIRECTIVOS DE EMPRESAS CON MENOS DE 10 ASALARIADOS. PROFESIONES ASOCIADAS A UNA TITULACIÓN DE 1º CICLO UNIVERSITARIO. TÉCNICOS SUPERIORES. ARTISTAS Y DEPORTISTAS.
- III EMPLEADOS DE TIPO ADMINISTRATIVO Y PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA. TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS PERSONALES Y DE SEGURIDAD. TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA. SUPERVISORES DE TRABAJADORES MANUALES
- IVa TRABAJADORES MANUALES CUALIFICADOS
- IVb TRABAJADORES MANUALES SEMICUALIFICADOS
- V TRABAJADORES NO CUALIFICADOS

ANEXO C. Listado de las ocupaciones a nivel del tercer dígito de la Clasificación Nacional de Ocupaciones-1994 (CNO-1994) incluidas en cada categoría de Clase Social

I. DIRECTIVOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y DE EMPRESAS DE 10 O MÁS ASALARIADOS. PROFESIONES ASOCIADAS A TITULACIONES DE 2º Y 3º CICLO UNIV.	532
101 102 103 104	701 702 703
111 112 113	731 732 733 734
201 202 203 204 205	741
211 212 213 214 219	801 802 803 804 805 806 807
221 222 223	821 822 823 824 825 826 827 828
231 232 239	852
241 242 243	IVa TRABAJADORES MANUALES CUALIFICADOS
251 252 253	452
II. DIRECTIVOS DE EMPRESAS CON MENOS DE 10 ASALARIADOS. PROFESIONES ASOCIADAS A UNA TITULACIÓN DE 1º CICLO UNIVERSITARIO. TÉCNICOS SUPERIORES. ARTISTAS Y DEPORTISTAS	480
121 122	513 515
131 132	711 712 713 714
140	721 722 723 724
261 262 263 264 265	742
271 272	751 752
281 282 283	761 762
291 293 294	771 772 773 774
301 302 303 304 305 306 307	791 792 793 794
321 322	811 812 813 814 816 817
353 354	831 835 836
IIIa EMPLEADOS DE TIPO ADMINISTRATIVO Y PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA. TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS PERSONALES Y DE SEGURIDAD	841 849
292 295	831 835 836
31131213	861 862 863
331 332	IVb TRABAJADORES MANUALES SEMICUALIFICADOS
341 342	501 502
351 352 355	511 512 519
401 402	531 533
410	602
421 422	612
430	623 624
440	632
451	780
514	815
521 522 523 524 529	832 833 834 837
IIIb TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA	853 854
151 152	864
161 162	922
170	934
601	V TRABAJADORES NO CUALIFICADOS
611	725 729
621 622	855
631	900
IIIc SUPERVISORES DE TRABAJADORES MANUALES	911 912
503	921
	931 932 933 935
	941 942 943 944 945
	950
	960
	970
	980
	IV OTROS
	294
	355

ANEXO D. Correspondencia de las ocupaciones a nivel del tercer dígito de la Clasificación Nacional de Ocupaciones - 1994 (CNO-1994)

	Clase social		Clase social
GRAN GRUPO 1: DIRECCION DE LAS EMPRESAS Y DE LA ADMINISTRACION PUBLICA		GRAN GRUPO 2: TECNICOS Y PROFESIONALES CIENTIFICOS E INTELECTUALES	
101	PODER EJECUTIVO Y LEGISLATIVO Y CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL	201	FISICOS, QUIMICOS Y ASIMILADOS
102	PERSONAL DIRECTIVO DE LA ADMINISTRACION PUBLICA	202	MATEMATICOS, ESTADISTICOS Y ASIMILADOS
103	GOBIERNO LOCAL	203	PROFESIONALES DE LA INFORMATICA DE NIVEL SUPERIOR
104	DIRECCION DE ORGANIZACIONES DE INTERES	204	ARQUITECTOS Y ASIMILADOS
111	DIRECCION GENERAL Y PRESIDENCIA EJECUTIVA DE EMPRESAS DE 10 O MÁS ASALARIADOS	205	INGENIEROS SUPERIORES Y ASIMILADOS
112	DIRECCION DE DEPARTAMENTO DE PRODUCCION DE EMPRESAS DE 10 O MÁS ASALARIADOS	211	PROFESIONALES EN CIENCIAS NATURALES
113	DIRECCION DE AREAS Y DEPARTAMENTOS ESPECIALIZADOS DE EMPRESAS DE 10 O MÁS ASALARIADOS	212	MEDICOS Y ODONTOLOGOS
121	GERENCIA DE EMPRESAS DE COMERCIO AL POR MAYOR CON MENOS DE 10 ASALARIADOS	213	VETERINARIOS
122	GERENCIA DE EMPRESAS DE COMERCIO AL POR MENOR CON MENOS DE 10 ASALARIADOS	214	FARMACEUTICOS
131	GERENCIA DE EMPRESAS DE HOSPEDAJE CON MENOS DE 10 ASALARIADOS	219	OTROS PROFESIONALES DE NIVEL SUPERIOR DE LA SANIDAD
132	GERENCIA DE EMPRESAS DE RESTAURACION CON MENOS DE 10 ASALARIADOS	221	PROFESORES DE UNIVERSIDADES Y OTROS CENTROS DE ENSEÑANZA SUPERIOR
140	GERENCIA DE OTRAS EMPRESAS CON MENOS DE 10 ASALARIADOS	222	PROFESORES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA
151	GERENCIA DE EMPRESAS DE COMERCIO AL POR MAYOR SIN ASALARIADOS	223	OTROS PROFESIONALES DE LA ENSEÑANZA
152	GERENCIA DE EMPRESAS DE COMERCIO AL POR MENOR SIN ASALARIADOS	231	ABOGADOS Y FISCALES
161	GERENCIA DE EMPRESAS DE HOSPEDAJE SIN ASALARIADOS	232	JUECES Y MAGISTRADOS
162	GERENCIA DE EMPRESAS DE RESTAURACION SIN ASALARIADOS	239	OTROS PROFESIONALES DEL DERECHO
170	GERENCIA DE OTRAS EMPRESAS SIN ASALARIADOS	241	PROFESIONALES EN ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DE EMPRESAS
		242	ECONOMISTAS
		243	SOCIOLOGOS, HISTORIADORES, FILOSOFOS, FILOLOGOS, PSICOLOGOS Y ASIMILADOS
		251	ESCRITORES Y ARTISTAS DE LA CREACION O DE LA INTERPRETACION
		252	ARCHIVEROS, BIBLIOTECARIOS Y PROFESIONALES ASIMILADOS
		253	DIVERSOS PROFESIONALES DE LA ADMINISTRACION PUBLICA QUE NO PUEDEN SER CLASIFICADOS EN APARTADOS ANTERIORES
		261	PROFESIONALES ASOCIADOS A UNA TITULACION DE 1 CICLO UNIVERSITARIO EN CIENCIAS FISICAS, QUIMICAS Y ASIMILADOS

	Clase social		Clase social
262	PROFESIONALES ASOCIADOS A UNA TITULACION DE 1 CICLO UNIVERSITARIO EN MATEMATICAS, ESTADISTICA Y ASIMILADOS	313	DIVERSOS TECNICOS DE SANIDAD NO CLASIFICADOS EN RUBRICAS ANTERIORES
263	PROFESIONALES DE NIVEL MEDIO DE INFORMATICA	321	TECNICOS EN EDUCACION INFANTIL Y EDUCACION ESPECIAL
264	ARQUITECTOS TECNICOS	322	INSTRUCTORES DE VUELO, NAVEGACION Y CONDUCCION DE VEHICULOS
265	INGENIEROS TECNICOS Y ASIMILADOS	331	PROFESIONALES DE APOYO EN OPERACIONES FINANCIERAS Y ALGUNAS OPERACIONES COMERCIALES
271	PROFESIONALES ASOCIADOS A UNA TITULACION DE 1 CICLO UNIVERSITARIO EN CIENCIAS NATURALES	332	REPRESENTANTES DE COMERCIO Y TECNICOS DE VENTA
272	ENFERMEROS	341	PROFESIONALES DE APOYO DE LA GESTION ADMINISTRATIVA, CON TAREAS ADMINISTRATIVAS GENERALES
281	PROFESORES DE ENSEÑANZA PRIMARIA E INFANTIL	342	PROFESIONALES DE CARACTER ADMINISTRATIVO DE ADUANAS, DE TRIBUTOS Y ASIMILADOS QUE TRABAJAN EN TAREAS PROPIAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA
282	PROFESORES DE EDUCACION ESPECIAL	351	CONSIGNATARIOS Y AGENTES EN LA CONTRATACION DE MANO DE OBRA
283	PROFESORADO TECNICO DE FORMACION PROFESIONAL	352	INSPECTORES DE POLICIA Y DETECTIVES
291	DIPLOMADOS EN CONTABILIDAD Y GRADUADOS SOCIALES Y TECNICOS DE EMPRESAS Y ACTIVIDADES TURISTICAS	353	PROFESIONALES DE APOYO DE PROMOCION SOCIAL
292	AYUDANTES DE ARCHIVO, BIBLIOTECA Y ASIMILADOS	354	PROFESIONALES DEL MUNDO ARTISTICO, DEL ESPECTACULO Y DE LOS DEPORTES
293	DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL	355	AUXILIARES LAICOS DE LAS RELIGIONES
294	SACERDOTES DE LAS DISTINTAS RELIGIONES		
295	OTROS PROFESIONALES DE LA ADMINISTRACION PUBLICA QUE NO PUEDEN SER CLASIFICADOS ANTERIORMENTE		
GRAN GRUPO 3: TECNICOS Y PROFESIONALES DE APOYO		GRAN GRUPO 4: EMPLEADOS DE TIPO ADMINISTRATIVO	
301	DELINEANTES Y DISEÑADORES TECNICOS	401	AUXILIARES CONTABLES Y FINANCIEROS
302	TECNICOS DE LAS CIENCIAS FISICAS, QUIMICAS Y DE LAS INGENIERIAS	402	EMPLEADOS DE REGISTRO DE MATERIALES, DE SERVICIOS DE APOYO A LA PRODUCCION Y AL TRANSPORTE
303	PROFESIONALES TECNICOS DE LA INFORMATICA	410	EMPLEADOS DE BIBLIOTECAS, SERVICIOS DE CORREOS Y ASIMILADOS
304	OPERADORES DE EQUIPOS OPTICOS Y ELECTRONICOS	421	TAQUIGRAFOS Y MECANOGRAFOS
305	PROFESIONALES EN NAVEGACION MARITIMA	422	GRABADORES DE DATOS
306	PROFESIONALES EN NAVEGACION AERONAUTICA	430	AUXILIARES ADMINISTRATIVOS (SIN TAREAS DE ATENCION AL PUBLICO NO CLASIFICADOS ANTERIORMENTE)
307	TECNICOS EN EDIFICACION, SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y CONTROL DE CALIDAD	440	AUXILIARES ADMINISTRATIVOS (CON TAREAS DE ATENCION AL
311	TECNICOS DE LAS CIENCIAS NATURALES Y PROFESIONALES AUXILIARES ASIMILADOS		
312	TECNICOS DE SANIDAD		

	Clase social		Clase social
PUBLICO NO CLASIFICADOS ANTERIORMENTE)	IIa	GRAN GRUPO 6: TRABAJADORES CUALIFICADOS EN LA AGRICULTURA Y EN LA PESCA	
451 EMPLEADOS DE INFORMACION Y RECEPCIONISTAS EN OFICINAS	IIa	601 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA PROPIA EN EXPLOTACIONES AGRICOLAS	IIIb
452 EMPLEADOS DE AGENCIAS DE VIAJES, RECEPCIONISTAS EN ESTABLECIMIENTOS DISTINTOS DE OFICINAS Y TELEFONISTAS	IVa	602 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA AJENA EN EXPLOTACIONES AGRICOLAS	IVb
460 CAJEROS, TAQUILLEROS Y OTROS EMPLEADOS ASIMILADOS EN TRATO DIRECTO CON EL PUBLICO	IVa	611 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA PROPIA EN ACTIVIDADES GANADERAS	IIIb
GRAN GRUPO 5: TRABAJADORES DE SERVICIOS DE RESTAURACION, PERSONALES, PROTECCION Y VENDEDORES DE LOS COMERCIOS		612 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA AJENA EN ACTIVIDADES GANADERAS	IIIb
501 COCINEROS Y OTROS PREPARADORES DE COMIDAS	IVb	621 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA PROPIA EN EXPLOTACIONES AGROPECUARIAS	IIIb
502 CAMAREROS, BARMANES Y ASIMILADOS	IVb	622 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA PROPIA EN EXPLOTACIONES FORESTALES Y ASIMILADOS	IIIb
503 JEFES DE COCINEROS, CAMAREROS Y ASIMILADOS	IIIc	623 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA AJENA EN EXPLOTACIONES AGROPECUARIAS	IVb
511 AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ASIMILADOS	IVb	624 TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA AJENA EN EXPLOTACIONES FORESTALES Y ASIMILADOS	IVb
512 TRABAJADORES QUE SE DEDICAN AL CUIDADO DE PERSONAS Y ASIMILADOS (EXCEPTO AUXILIARES DE ENFERMERIA)	IVb	631 PESCADORES Y TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA PROPIA DE LA PISCIFACTORIA	IIIb
513 PELUQUEROS, ESPECIALISTAS EN TRATAMIENTO DE BELLEZA Y TRABAJADORES ASIMILADOS	IVa	632 PESCADORES Y TRABAJADORES CUALIFICADOS POR CUENTA AJENA DE LA PISCIFACTORIA	IVb
514 TRABAJADORES QUE ATIENDEN A VIAJEROS Y ASIMILADOS	IIIa	GRAN GRUPO 7: ARTESANOS Y TRABAJADORES CUALIFICADOS DE LAS INDUSTRIAS MANUFACTURERAS, LA CONSTRUCCION Y LA MINERIA, EXCEPTO LOS OPERADORES DE INSTALACIONES Y MAQUINARIA	
515 MAYORDOMOS, ECONOMOS Y ASIMILADOS	IVa	701 ENCARGADOS Y JEFES DE EQUIPO EN OBRAS ESTRUCTURALES DE LA CONSTRUCCION	IIIc
519 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS PERSONALES	IVb	702 JEFES DE TALLER Y ENCARGADOS DE TRABAJADORES DE ACABADO DE EDIFICIOS	IIIc
521 POLICIAS	IIIa	703 ENCARGADOS DE PINTORES EMPAPELADORES Y ASIMILADOS	IIIc
522 BOMBEROS	IIIa	711 ALBAÑILES Y MAMPOSTEROS	IVa
523 FUNCIONARIO DE PRISIONES	IIIa	712 TRABAJADORES EN HORMIGON ARMADO, ENFOSCADORES FERRALLISTAS Y ASIMILADOS	IVa
524 GUARDIAS JURADOS Y PERSONAL DE SEGURIDAD PRIVADO	IIIa	713 CARPINTEROS (EXCEPTO CARPINTEROS DE ESTRUCTURAS METALICAS)	IVa
529 OTROS TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS DE PROTECCION Y SEGURIDAD	IIIa		
531 MODELOS DE MODA, ARTE Y PUBLICIDAD	IVb		
532 ENCARGADO DE SECCION DENTRO DE UN COMERCIO Y ASIMILADOS	IIIc		
533 DEPENDIENTES Y EXHIBIDORES EN TIENDAS, ALMACENES, QUIOSCOS Y MERCADILLOS	IVb		

	Clase social		Clase social
714 OTROS TRABAJADORES DE LAS OBRAS ESTRUCTURALES DE CONSTRUCCION	IVa	780 TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACION, BEBIDAS Y TABACO	IVb
721 REVOCADORES, ESCAYOLISTAS Y ESTUQUISTAS	IVa	791 TRABAJADORES QUE TRATAN LA MADERA Y ASIMILADOS	IVa
722 FONTANEROS E INSTALADORES DE TUBERIAS	IVa	792 EBANISTAS Y TRABAJADORES ASIMILADOS	IVa
723 ELECTRICISTAS DE CONSTRUCCION Y ASIMILADOS	IVa	793 TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA TEXTIL, LA CONFECCION Y ASIMILADOS	IVa
724 PINTORES, BARNIZADORES, EMPAPELADORES Y ASIMILADOS	IVa	794 TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DE LA PIEL, DEL CUERO Y DEL CALZADO	IVa
725 PERSONAL DE LIMPIEZA DE FACHADAS DE EDIFICIOS Y DESHOLLINADORES	V	GRAN GRUPO 8: OPERADORES DE INSTALACIONES Y MAQUINARIA Y MONTADORES	
729 OTROS TRABAJADORES DE ACABADO DE CONSTRUCCION Y ASIMILADOS	V	801 ENCARGADOS EN INSTAL. MINERAS	IIIc
731 JEFES DE TALLER Y ENCARGADOS DE MOLDEADORES, SOLDADORES, MONTADORES DE ESTRUCTURAS METALICAS Y AFINES	IIIc	802 ENCARGADOS EN INSTALACIONES DE PROCESAMIENTO DE METALES	IIIc
732 JEFES DE TALLER DE VEHICULOS DE MOTOR	IIIc	803 ENCARGADOS DE TALLER DE VIDRIERIA, CERAMICA Y ASIMILADOS	IIIc
733 JEFES DE TALLER DE MAQUINAS AGRICOLAS E INDUSTRIALES Y MOTORES DE AVION	IIIc	804 ENCARGADOS DE TALLERES DE MADERA Y JEFES DE EQUIPO EN LA FABRICACION DE PAPEL	IIIc
734 JEFES DE EQUIPOS DE MECANICOS Y AJUSTADORES DE EQUIPOS ELECTRICOS Y ELECTRONICOS	IIIc	805 JEFES DE EQUIPO EN INSTALACIONES DE TRATAMIENTO QUIMICO	IIIc
741 ENCARGADOS Y CAPATACES DE LA MINERIA	IIIc	806 JEFES DE EQUIPO EN INSTALACIONES DE PRODUCCION DE ENERGIA Y ASIMILADOS	IIIc
742 MINEROS, CANTEROS, PEGADORES Y LABRANTES DE PIEDRAS	IVa	807 JEFES DE EQUIPO DE OPERADORES DE ROBOTS INDUSTRIALES	IIIc
751 MOLDEADORES, SOLDADORES, CHAPISTAS, MONTADORES DE ESTRUCTURAS METALICAS Y TRABAJADORES ASIMILADOS	IVa	811 OPERADORES EN INSTALACIONES DE LA EXTRACCION Y EXPLOTACION DE MINERALES	IVa
752 HERREROS, ELABORADORES DE HERRAMIENTAS Y ASIMILADOS	IVa	812 OPERADORES EN INSTALACIONES PARA LA OBTENCION Y TRANSFORMACION DE METALES	IVa
761 MECANICOS Y AJUSTADORES DE MAQUINARIA	IVa	813 OPERADORES EN INSTALACIONES PARA LA OBTENCION, TRANSFORMACION Y MANIPULADO DEL VIDRIO Y LA CERAMICA Y ASIMILADOS	IVa
762 MECANICOS Y AJUSTADORES DE EQUIPOS ELECTRICOS Y ELECTRONICOS	IVa	814 OPERADORES EN INSTALACIONES PARA EL TRABAJO DE LA MADERA Y LA FABRICACION DE PAPEL	IVb
771 MECANICOS DE PRECISION EN METALES Y MATERIALES SIMILARES	IVa	815 OPERADORES EN PLANTAS INDUSTRIALES QUIMICAS	IVb
772 TRABAJADORES DE ARTES GRAFICAS Y ASIMILADOS	IVa	816 OPERADORES DE PLANTAS PARA PRODUCCION DE ENERGIA Y SIMILARES	IVa
773 CERAMISTAS, VIDRIEROS Y ASIMILADOS	IVa	817 OPERADORES DE ROBOTS INDUSTRIALES	IVa
774 ARTESANOS DE LA MADERA, DE TEXTILES, DEL CUERO Y MATERIALES SIMILARES	IVa	821 ENCARGADO DE OPERADORES DE MAQUINAS PARA TRABAJAR METALES	IIIc

	Clase social		Clase social
822		ENCARGADO DE OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS QUIMICOS	IIIc
823		ENCARGADO DE OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS DE CAUCHO Y DE MATERIAL PLASTICO	IIIc
824		ENCARGADO DE OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS DE MADERA	IIIc
825		JEFES DE TALLER DE IMPRENTA, ENCUADERNACION Y FABRICACION DE PRODUCTOS DE PAPEL	IIIc
826		ENCARGADO DE OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS TEXTILES Y ARTICULOS DE PIEL Y CUERO	IIIc
827		ENCARGADO DE OPERADORES DE MAQUINAS PARA ELABORAR PRODUCTOS ALIMENTICIOS, BEBIDAS Y TABACO	IIIc
828		ENCARGADO DE MONTADORES	IIIc
831		OPERADORES DE MAQUINAS PARA TRABAJAR METALES Y OTROS PRODUCTOS MINERALES	IVa
832		OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS QUIMICOS	IVb
833		OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS DE CAUCHO Y PLASTICO	IVb
834		OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS DE MADERA	IVb
835		OPERADORES DE MAQUINAS PARA IMPRIMIR, ENCUADERNAR Y PARA FABRICAR PRODUCTOS DE PAPEL Y CARTON	IVa
836		OPERADORES DE MAQUINAS PARA FABRICAR PRODUCTOS TEXTILES Y ARTICULOS DE PIEL Y DE CUERO	IVa
837		OPERADORES DE MAQUINAS PARA ELABORAR PRODUCTOS ALIMENTICIOS, BEBIDAS Y TABACO	IVb
841		MONTADORES Y ENSAMBLADORES	IVa
849		OTROS MONTADORES Y ENSAMBLADORES	IVa
851		MAQUINISTAS DE LOCOMOTORAS Y ASIMILADOS	IVa
852		ENCARGADO DE OPERADORES DE MAQUINARIA DE MOVIMIENTO DE TIERRAS Y DE MATERIALES	IIIc
853		OPERADORES DE MAQUINARIA AGRICOLA MOVIL	IVb
854		OPERADORES DE OTRAS MAQUINAS MOVILES	IVb
855		MARINEROS DE CUBIERTA DE BARCO Y ASIMILADOS	V
861		TAXISTAS Y CONDUCTORES DE AUTOMOVILES Y FURGONETAS	IVa
862		CONDUCTORES DE AUTOBUSES	IVa
863		CONDUCTORES DE CAMIONES	IVa
864		CONDUCTORES DE MOTOCICLETAS Y CICLOMOTORES	IVb
GRAN GRUPO 9: TRABAJADORES NO CUALIFICADOS			
900		VENEDORES AMBULANTES Y ASIMILADOS	V
911		EMPLEADOS DEL HOGAR	V
912		PERSONAL DE LIMPIEZA DE OFICINAS, HOTELES Y OTROS TRAB. ASIMILADOS	V
921		CONSERJES DE EDIFICIOS, LIMPIACRISTALES Y ASIMILADOS	V
922		VIGILANTES, GUARDIANES Y ASIMILADOS	IVb
931		LIMPIABOTAS Y OTROS TRABAJADORES DE OFICIOS CALLEJEROS	V
932		ORDENANZAS	V
933		MOZOS DE EQUIPAJE Y ASIMILADOS	V
934		LECTORES DE CONTADORES (AGUA...) Y RECOLECTORES DE DINERO DE MAQUINAS EXPENDEDORAS	IVb
935		RECOGEDORES DE BASURA Y OBREROS ASIMILADOS	V
941		PEONES AGRICOLAS	V
942		PEONES GANADEROS	V
943		PEONES AGROPECUARIOS	V
944		PEONES FORESTALES	V
945		PEONES DE LA PESCA	V
950		PEONES DE LA MINERIA	V
960		PEONES DE LA CONSTRUCCION	V
970		PEONES DE INDUSTRIAS MANUFACTURERAS	V
980		PEONES DEL TRANSPORTE Y DESCARGADORES	V
GRAN GRUPO 0: FUERZAS ARMADAS			
001		ESCALA SUPERIOR	
002		ESCALA MEDIA	
003		ESCALA BASICA	

ANEXO E. Clasificación de nivel de estudios

CODIGOS	CLASIFICACION	CODIGOS	CLASIFICACION
010	ANALFABETOS	406	FORMACION PROFESIONAL 1 PELUQUERIA Y ESTETICA
020	SIN ESTUDIOS	407	FORMACION PROFESIONAL 1 ARTES GRAFICAS
100	PRIMER GRADO PRIMARIA INCOMPLETA	408	FORMACION PROFESIONAL 1 HOSTELERIA Y TURISMO
110	EGB 1.ª ETAPA (HASTA 5.ª)	409	FORMACION PROFESIONAL 1 OTROS (AGRARIA, CONSTRUCCION...)
120	EDUCACION PERMANENTE DE ADULTOS 1.ª Y 2.ª NIVEL (NEOLECTURA Y MEDIO)	410	ARTES GRAFICAS (OFICIALIA INDUSTRIAL)
200	SEGUNDO GRADO, PRIMER CICLO GRADUADO ESCOLAR/CERTIFICADO ESTUDIOS PRIMARIOS	411	METAL (OFICIALIA INDUSTRIAL)
210	BACHILLER ELEMENTAL/TECNICO LABORAL	412	ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA (OFICIALIA INDUSTRIAL)
220	CERTIFICADO ESCOLARIDAD	413	DELINEACION (OFICIALIA INDUSTRIAL)
230	PREAPRENDIZAJE PROFESIONAL	414	AUTOMOCION (OFICIALIA INDUSTRIAL)
240	GRADUADO EN ARTES Y OFICIOS	415	HOSTELERIA (OFICIALIA INDUSTRIAL)
250	CONSERVATORIO GRADO ELEMENTAL	416	PELUQUERIA, ESTETICA... (OFICIALIA INDUSTRIAL)
260	EDUCACION PERMANENTE DE ADULTOS 3.ª NIVEL (GRADUADO)	419	OTROS (CONSTRUCCION, CORTE...)
270	EDUCACION ESPECIAL	420	FORMACION PROFESIONAL 2 ADMINISTRATIVO COMERCIAL
290	OTROS TITULOS ELEMENTALES	421	FORMACION PROFESIONAL 2 ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA
300	SEGUNDO GRADO, SEGUNDO CICLO BUP	422	FORMACION PROFESIONAL 2 DELINEACION
310	COU	423	FORMACION PROFESIONAL 2 AUTOMOCION
320	BACHILLERATO SUPERIOR	424	FORMACION PROFESIONAL 2 SANITARIA
330	PREU	425	FORMACION PROFESIONAL 2 PELUQUERIA Y ESTETICA
340	ACCESO UNIVERSIDAD MAYORES 25 AÑOS	426	FORMACION PROFESIONAL 2 ARTES GRAFICAS
400	FORMACION PROFESIONAL 1 ADMINISTRATIVO COMERCIAL	427	FORMACION PROFESIONAL 2 HOSTELERIA Y TURISMO
401	FORMACION PROFESIONAL 1 METAL	428	FORMACION PROFESIONAL 2 METAL
402	FORMACION PROFESIONAL 1 ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA	429	FORMACION PROFESIONAL 2 OTROS (CONSTRUCCION, CORTE...)
403	FORMACION PROFESIONAL 1 DELINEACION	430	ARTES GRAFICAS (MAESTRIA INDUSTRIAL)
404	FORMACION PROFESIONAL 1 AUTOMOCION	431	METAL (MAESTRIA INDUSTRIAL)
405	FORMACION PROFESIONAL 1 SANITARIA		

CODIGOS	CLASIFICACION	CODIGOS	CLASIFICACION
432	ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA (MAESTRIA INDUSTRIAL)	613	DIPL. GRADUADO SOCIAL
433	DELINEACION (MAESTRIA INDUSTRIAL)	614	DIPL. PARAMEDICOS (OPTICA...)
434	AUTOMOCION (MAESTRIA INDUSTRIAL)	615	ESTADISTICA, INFORMATICA Y SIMILARES
435	HOSTELERIA (MAESTRIA INDUSTRIAL)	619	OTROS (ECLESIASTICOS...)
436	PELUQUERIA, ESTETICA (MAESTRIA INDUSTRIAL)	620	PROFESOR MERCANTIL
439	OTROS (CONSTRUCCION, CORTE...) (MAESTRIA INDUSTRIAL)	621	TURISMO, PUBLICIDAD, MARKETING...
500	CONSERVATORIO GRADO MEDIO	622	NAUTICA Y PILOTOS (2.ª CATEGORIA)
501	DANZA, CANTO, ARTE DRAMATICO	623	SUBOFICIAL EJERCITO
502	ESCUELA OFICIAL DE IDIOMAS	624	ESTUDIOS ARTISTICOS Y ARTESANALES
509	OTROS ESTUDIOS ARTISTICOS	625	ADMON. Y GESTION PUBLICA
510	PERITAJE MERCANTIL	626	MODA Y DISEÑO
520	ARTES Y OFICIOS (DIPLOMADO)	629	OTROS ESTUD. 3.º GRADO NO UNIVERSITARIOS
530	FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL		
531	CAPACITACION PROFESIONAL		TERCER GRADO, SEGUNDO CICLO
532	AUX. ADMINISTRATIVOS, SECRETARIADO	700	ARQUITECTO
533	CORTE Y CONFECCION, HOGAR	701	ING. SUPERIOR INDUSTRIAL
534	AUXILIAR DE CLINICA	702	ING. SUPERIOR AGRONOMO Y MONTES
535	SERVICIOS PERSONALES	703	ING. SUPERIOR AERONAUTICO
539	OTROS ESTUD. PROFESIONALES ELEMENTALES	704	ING. SUPERIOR CAMINOS, CANALES Y PUERTOS
540	MANDOS INTERMEDIOS	705	ING. SUPERIOR MINAS
541	PROGRAMADORES INFORMATICOS	706	ING. SUPERIOR NAVAL
542	AZAFATAS Y AUX. VUELO	708	ING. SUPERIOR TELECOMUNICACIONES
543	ESTUDIOS ADVOS. SUPERIORES	709	OTRAS INGENIERIAS
544	PUERICULTURA Y SANIDAD	710	LICENCIADO EN INFORMATICA
545	TECNICO TURISMO, PUBLICIDAD	711	LICENCIADO EN CC. NATURALES Y EXACTAS
546	TECNICO ESPECIALISTA (RADIO, TELECOMUNICACIONES)	712	LICENCIADO EN FARMACIA
549	OTROS ESTUD. PROFESIONALES MEDIOS	713	LICENCIADO EN MEDICINA Y ODONTOLOGIA
590	OTROS ESTUD. 2.º GRADO	714	LICENCIADO EN VETERINARIA
		719	OTRAS LICENCIATURAS EN CIENCIAS
	TERCER GRADO, PRIMER CICLO	720	LICENCIADO EN ECONOMICAS, EMPRESARIALES
600	ARQUITECTO TECNICO	721	LICENCIADO EN SOCIOLOGIA, POLITICAS
601	ING. TECNICO INDUSTRIAL	723	LICENCIADO EN FILOSOFIA Y LETRAS
602	ING. TECNICO AGRICOLA, FORESTAL	724	LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA INFORMACION
603	ING. TECNICO AERONAUTICO	725	LICENCIADO EN DERECHO
604	ING. TECNICO MINAS	726	LICENCIADO EN BELLAS ARTES
605	ING. TECNICO NAVAL	729	OTRAS LICENCIATURAS EN SOCIALES
606	ING. TECNICO OBRAS PUBLICAS	730	CONSERVATORIO GRADO SUPERIOR
607	ING. TECNICO TELECOMUNICACIONES	731	ESTUDIOS SUPERIORES MILITARES
608	ING. TECNICO TOPOGRAFO	732	NAUTICA 2.º CICLO
609	ING. TECNICO SIN ESPECIFICAR		
610	DIPLOMADO EMPRESARIALES		
611	DIPL. PROFESORES EGB Y SIMILARES		
612	DIPL. ENFERMERIA Y ATS		

CODIGOS	CLASIFICACION	CODIGOS	CLASIFICACION
739	OTROS ESTUDIOS SUP. NO UNIVERSITARIOS	816	DOCTORES INGENIEROS NAVALES
		817	DOCTORES INGENIEROS TELECOMUNICACIONES
	TERCER GRADO, TERCER CICLO	820	OTROS DOCTORES
800	DOCTORES CIENCIAS		TERCER GRADO, CURSOS DE ESPECIALIZACION
801	DOCTORES FILOSOFIA, LETRAS Y B. ARTES	830	MASTER INFORMATICA
802	DOCTORES ECONOMICAS, EMPRESARIALES	831	MASTER GESTION DEL URBANISMO, O.T.
803	DOCTORES SOCIOLOGIA, POLITICAS	832	MASTER GESTION INDUSTRIAL
804	DOCTORES DERECHO	833	MASTER GESTION ING. RURAL
805	DOCTORES FARMACIA	834	MASTER HIDROLOGIA
806	DOCTORES MEDICINA	835	MASTER ENERGIA
807	DOCTORES VETERINARIA	836	MASTER INGENIERIA
808	DOCTORES CIENCIAS DE LA INFORMACION	840	MASTER CIENCIAS NATURALES
809	DOCTORES INFORMATICA	841	MASTER LETRAS
810	DOCTORES ARQUITECTURA	842	MASTER CIENCIAS SOCIALES
811	DOCTORES INGENIEROS INDUSTRIALES	843	MASTER MATEMATICAS, ESTADISTICA
812	DOCTORES INGENIEROS AGRONOMOS Y MONTES	844	MASTER COMUNICACION, PUBLICIDAD
813	DOCTORES INGENIEROS AERONAUTICOS	845	MASTER CIENCIAS DE LA SALUD
814	DOCTORES INGENIEROS CAMINOS, CANALES...	849	OTROS MASTERS Y CURSOS ESPECIALIZACION
815	DOCTORES INGENIEROS MINAS	999	NO CLASIFICABLES

ANEXO F. Clasificación de nivel de estudios para el análisis y la presentación de resultados

1. Clasificación exhaustiva

ANALFABETOS
 SIN ESTUDIOS
 PRIMER GRADO
 SEGUNDO GRADO, PRIMER CICLO
 SEGUNDO GRADO, SEGUNDO CICLO
 TERCER GRADO, PRIMER CICLO
 TERCER GRADO, SEGUNDO Y TERCER CICLO Y CURSOS DE ESPECIALIZACION

2. Clasificación abreviada

SIN ESTUDIOS (analfabetos + sin estudios)
 PRIMER GRADO
 SEGUNDO GRADO, PRIMER CICLO
 SEGUNDO GRADO, SEGUNDO CICLO
 TERCER GRADO

ANEXO G. Propuesta de inclusión de preguntas relativas a la clase social o al nivel socioeconómico en las estadísticas vitales y registros sanitarios rutinarios(*)

- I. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?
- II. ¿Cuál es, o cuál era, su situación laboral o de empleo en esa ocupación?
 - A. Trabajador por cuenta propia.
 1. Sin asalariados.
 2. Con asalariados.
 - a) Empresas con 10 o más asalariados.
 - b) Empresas con menos de 10 asalariados.
 - B. Asalariado.
 1. Gerente.
 - a) Empresas con 10 o más asalariados.
 - b) Empresas con menos de 10 asalariados.
 2. Capataz, supervisor o encargado.
 3. Otro asalariado.
- III. ¿Cuál de los siguientes estudios ha completado?
 1. No sabe leer o escribir
 2. Sin estudios
 3. Estudios primarios incompletos.
 4. Estudios de primer grado (estudios primarios, EGB hasta 5º)
 5. Estudios de segundo grado, primer ciclo (Graduado Escolar, EGB hasta 8º, Bachiller elemental, etc)
 6. Estudios de segundo grado, segundo ciclo (Bachiller Superior, BUP, Formación Profesional, Aprendizaje y Maestría industrial, COU, etc)
 7. Estudios de tercer grado, primer ciclo (Perito, Ingeniero Técnico, Escuelas Universitarias, Magisterio, etc).
 8. Estudios de tercer grado, segundo ciclo y tercer ciclo (Ingeniero Superior, Licenciado, Doctorado, etc)

(*) En el Boletín Estadístico de Defunción se recogerá la información del fallecido y de la pareja. En el caso de los menores de 18 años se recogerá información del padre y de la madre. En el Boletín Estadístico de Nacimiento se recogerá la información del padre y de la madre.

Índice temático

Acceso

- a la información, 63
- a de los servicios sanitarios, 56

Acuerdos nacionales, 38

Adolescentes, 47

Agricultura, 57

Amas de casa, 53, 66

Ambiente social, 23, 30

Analfabetismo, 60, 73

Análisis bibliométrico, 50

Anamnesis, 31

Asalariado, 79

Australia, 46, 61, 65

Autoridad, 66, 84

Barcelona, 50, 72

Barrio, 45, 47

Bases de datos, 84

Bélgica, 48

Bibliométrico, análisis, 50

Bienestar, 63

Black Report, 33, 44

Boletín Estadístico de Defunción (BED), 24, 54, 85, 117

Boletín Estadístico de Partos, Nacimientos y Abortos, 55, 85, 117

British Registrar General's Scale (BRG), 46, 56, 64, 80

Cabeza de familia, 66

Calidad, 54

Cáncer

- de colon y recto, 34
- de mama, 33

Capacidad predictiva, 71

Capataz, 79

Causa de muerte, 53

Censo de población, 84

- Certificados de defunción, 38
- Ciudades Sanas, 72
- Clase ocupacional, 51
- Clasificación
 - de Goldthorpe, 65, 80
 - de Wright, 65, 66
 - del BRG, 46, 56, 64, 80
 - Internacional Normalizada de Ocupaciones de 1988, 78
 - Nacional de Ocupaciones (CNO), 55, 57, 78, 101, 107
- Clínica, 30, 76
- Cobertura vacunal, 30
- Coche, 44, 70, 73
- Codificación, 67
- Código postal, 46
- Códigos lingüísticos, 29
- Cohorte de edad, 69
- Comparabilidad, 36, 59, 76
- Confidencialidad, 84
- Confusión, factor de, 36
- Conjunto Mínimo Básico de Datos, 61, 75, 85, 117
- Constructo, 71
- Cooperativas, 57
- Corrientes
 - marxistas, 20
 - neomarxistas, 20
 - neoweberianas, 20
 - weberianas, 20, 65
- Creencias ideológicas, 29
- Cualificación, 64
- Cumplimentación, 53
- Cumplimiento terapéutico, 31
- Defunción, certificado de, 38
- Departamento de Estadística de la Comunidad de Madrid, 81
- Desempleo, 45, 51, 52
- Diagnóstico clínico, 31
- Dinamarca, 46
- Distinción entre profesión y ocupación, 66
- Distribución de la riqueza, 30
- División social del trabajo, 20
- Dominación, 20
- Ecológicos, estudios, 32, 45, 63, 71
- Economía urbana, 73
- Educación, 51, 52
- Eficiencia, 53
- Empresa, 78
- Encargado, 79
- Encuentro clínico, 31
- Encuesta
 - de Morbilidad Hospitalaria, 38, 61
 - de Población Activa, 61, 84
 - Nacional de Salud (1987), 56, 57
 - Nacional de Salud (1993), 60
 - por entrevista personal, 83
 - telefónica, 83

- Encuestas de salud, 34, 84, 85
 - de Barcelona, 57
 - de la C.A. Valenciana, 58
 - de la C.A. Vasca, 57
 - por entrevista, 55, 75
 - sobre deficiencias, discapacidades y minusvalías, 57, 59
- Entrevista, 67
- Entrevistadores, 67
- Equidad, 37
- Escala de Elley-Irving, 65
- Escalas compuestas, 46
- Escocia, 47, 61
- España, 39, 43, 50, 52, 53, 57, 65
- Estabilidad, 68
- Estadísticas vitales, 23, 53
- Estado del Bienestar, 39
- Estado de salud, 35
- Estados Unidos, 31, 50, 56, 68
- Estratificación social, 20, 63, 65
- Estructura social, 20
- Estudiantes, 66
- Estudios, 46, 52
 - ecológicos, 32, 45, 63, 71
- Etiología, 30
- Evaluación, 36
- Evolución de las desigualdades, 38
- Explotación, 20
- Factibilidad, 77
- Factor de confusión, 36
- Familia, 29, 70
- Fiabilidad, 77
- Finlandia, 46, 61, 65
- Francia, 46
- Fuerzas Armadas, 57
- Funcionarios, 57
- Generalización, 30
- Genética, 29
- Gestión, 39, 79
- Historias clínicas, 36, 85, 117
- Hogar, 84
- Holanda, 46
- Hong-Kong, 49
- Identidad social y política, 20
- Impuestos, 70
- Incapacidad, 34, 66
- Indicadores, 51, 61
 - ecológicos, 32, 45, 63, 71
- Indices
 - antropométricos, 34
 - Carstairs, 45, 49, 72
 - compuestos, 45, 52
 - Daniel, 65
 - ecológicos, 46
 - Jarman, 45, 49, 72
 - Townsend, 45, 49
- Información, 21, 67, 68

- Informe anual sobre la Infancia de UNICEF, 71
- Informe Black (*Black Report*) 33, 44
- Informe de desarrollo humano del PNUD, 71
- Ingresos, 44, 46, 50, 51, 52, 59, 69, 70, 82, 85
- Instituto Nacional de Estadística (INE), 54, 59
- Instituciones
— económicas, 29
— sociales, 29
- Investigación clínica, 61, 76
- Irlanda, 49
- Italia, 46
- Jerarquía, 66, 86
- Jóvenes, 47
- Jubilados, 53, 66
- Justicia social, 20
- Labores del hogar, 55
- Lenguaje, 31
- Lesión, 34
- Ley de la Función Estadística Pública, 38, 76
- Libro de registro hospitalario, 38, 61
- Madres solteras, 49, 71, 73
- Madrid, 81
- Málaga, 50
- Medicaid, 48
- Medicina, 35
- Médicos, 30, 76
- Medio ambiente, 29
— laboral, 64
- Medios de producción, 86
- MEDLINE, 32, 33, 44, 46
- Mercado, 20, 30,
- Migraciones, 73
- Minorías étnicas, 71
- Mortalidad
— fetal, 34
— infantil, 34
— neonatal, 34
- Movimiento natural de la Población Española, 54
- Movilidad social, 68
- Mujeres, 47, 66
- Murcia, 24
- Niños, 45, 66
- Nivel
— de educación, 113, 116
— de estudios, 44, 50, 60, 67, 81
— de ingresos, 45
- Noruega, 46, 65
- Nueva Zelanda, 46, 65
- Obesidad, 35
- Objetivos operativos, 39

- Ocupación, 44, 45, 46, 50, 52
- "Odds", razón de, 36
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 37
— Europa, 72
- Organización Internacional del Trabajo (OIT), 78
- Padrones municipales, 26, 72, 76
- País Vasco, 57, 61
- Parados, 66
- Pareja, 84, 85, 117
- Paro, 45, 51, 52
- Participación, 66
- Pensionistas, 53, 66
- Percepción subjetiva del estado de salud, 35
- Perfil demográfico, 61
- Periodo perinatal, 34
- Peso al nacimiento, 35
- Población en paro, 45
- Poder, 63
- Políticas, 40
— micro, 37
— sociales, 30, 35, 39
- Ponderación, 70
- Práctica clínica, 30
- Prestigio, 63
- Prevalencia, razón de, 36
- Principios redistributivos, 39
- Privilegio, 63
- Producción, 20
- Profesionales liberales, 57
- Promoción de la salud, 67
- Pronóstico, 31
- Propiedad, 65, 70, 84, 86
- Protocolos, 37
— de investigación, 36
- Provincias, 54
- Raza, 32, 33, 46, 47, 48, 56
- Razón
— de mortalidad estandarizada, 33, 73
— de "odds", 36
— de prevalencias, 36
- Recogida de información, 21, 68
- Régimen de propiedad de la vivienda, 70
- Registro
— de defunciones, 53
— de enfermedades, 85
— hospitalario, 38, 61
— de mortalidad, 53, 75
— de nacimientos, 53
- Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales, 74
- Reino Unido, 31, 46, 56, 65, 71
- Religión, 29
- Riesgo
— coronario, 31
— relativo, 36
- Riqueza, 44, 69
- Rural, 48, 57

- Salud, 35, 56, 67
- Sector primario, 61
- Seguridad Social, 38
- Servicios
 - preventivos, 30
 - sanitarios, 31, 75
- Sesgo de selección, 30
- Sistema Nacional de Salud, 39
- Sistemas
 - de información, 21, 36
 - de registro, 61
 - de vigilancia, 38
 - educativos, 68
- Sociedad Española de Epidemiología, 17, 19, 24, 80
- Sociología, 20
- Suecia, 47
- Supervisor, 79
- Sus labores, 53, 66
- Talla, 34
- Tareas, 66
- Teoría sociológica, 30
- Teorías de estratificación social, 20, 63, 65
- Tesis, tesinas, 51
- Titulaciones, 66, 68
- Trabajadores
 - autónomos, 81
 - por cuenta propia, 79
- Tratamiento, 31
- Tribunal Supremo, 26, 74, 76
- UNICEF, 71
- Unión Europea, 18
- Universalización, 39
- Urbanismo, 73
- URSS, 46
- Valencia, 50, 58, 72
- Validez, 30, 77
- Variables ecológicas, 32, 45, 63, 71
- Vigilancia, 30
- Vivienda, 44, 47, 70

La ausencia de un sistema nacional de recogida de información sobre salud y clase social conlleva limitaciones para la investigación y para una práctica adecuada de la Medicina, la Salud Pública y la Administración Sanitaria. Este vacío, además, compromete la evaluación adecuada de las políticas sociales. Consciente de estos problemas, la Sociedad Española de Epidemiología encargó a un Grupo de Trabajo la elaboración del presente Informe, que ha contado con la colaboración de un prestigioso grupo de asesores.

La Medición de la clase social en Ciencias de la Salud pretende contribuir a la generación de un debate como primer paso para solucionar las carencias en esta área en nuestros sistemas de información. Asimismo, ofrece una revisión basada en la literatura y la experiencia existente sobre la medición de la Clase Social y la Salud.

Finalmente, hace una propuesta dirigida tanto a los productores como a los usuarios de los sistemas de información de cómo recoger los indicadores de clase social mayoritariamente aceptados, de forma que constituyan una herramienta práctica común.



9 788487 621352