

MESA ESPONTÁNEA VIII

Viernes, 19 de octubre de 2012. 09:00 a 11:00 h

Paraninfo

Nuevas propuestas de medición de clase social y otros indicadores de posición socioeconómica

Moderan: Antonia Domingo-Salvany y Carlos Álvarez Dardet

151. UNA MEDIDA DE CLASE SOCIAL NEOMARXISTA

C. Borrell, A. Espelt

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Entre las aproximaciones teóricas de clase social existe la neomarxista, propuesta por Erik Ollin Wright, que se basa en las relaciones sociales de producción (bienes de capital) y también en los bienes de organización (autoridad) y de cualificación. La aproximación de Wright se ha utilizado en estudios que han pretendido analizar y entender los mecanismos de producción de las desigual-

dades en salud. El objetivo de esta comunicación es presentar una propuesta empírica, de la Sociedad Española de Epidemiología, para medir la clase social propuesta por EO Wright en nuestro medio.

Métodos: Se ha realizado una revisión de la metodología propuesta por EO Wright (Wright EO. Class counts. Comparative studies in class analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 1997) y de los estudios realizados en nuestro medio que han utilizado esta medida (Borrell et al. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? Soc Sci Med. 2004;58:1869-87). Se han revisado los cuestionarios utilizados y se hace una propuesta de información (preguntas) a recoger en los estudios epidemiológicos o en las encuestas de salud.

Resultados: La propuesta consta de 7 preguntas, dos para recoger los bienes de capital (trabajo por cuenta propia y número de empleados), tres para recoger los bienes de organización (capacidad de toma de decisiones, supervisión de otros trabajadores/as y nivel directivo autodeclarado), y dos para medir la cualificación (nivel de estudios y ocupación realizada). Las preguntas están dirigidas a las personas que trabajan actualmente o que han trabajado en anterioridad. Las otras personas deberán clasificarse según la información de la persona principal del hogar. La propuesta consta de 12 categorías, 3 referidas a las personas propietarias (capitalistas, pequeños empleadores, pequeña burguesía) y 9 a las personas asalariadas teniendo en cuenta 3 niveles de autoridad (directivo/a, supervisor/a, trabajador/a) y 3 de cualificación (experto/a, semiexperto/a, no experto/a). Las 9 categorías referidas a las personas asalariadas van desde la o el gerente cualificado/a hasta la o el trabajador/a manual no cualificado/a.

Conclusiones: La perspectiva de clase social neomarxista representa una alternativa a la estratificación social medida con categorías ocupacionales, de nivel de estudios o de ingresos. Tiene en cuenta las relaciones de propiedad y control sobre los recursos productivos y puede ayudar a entender los mecanismos que generan las desigualdades en salud. Como línea de avance en nuestro medio, se está valorando la posibilidad de recoger también la temporalidad en el trabajo.

353. APLICACIÓN DE LA CLASE SOCIAL OCUPACIONAL CNO-11: DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD PERCIBIDA EN BARCELONA

A. Bacigalupe, A. Domingo-Salvany, J.M. Carrasco, A. Sánchez-Niubó, C. Borrell

Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; IMIM-Hospital del Mar; CIBERESP; Profesional Independiente.

Antecedentes/Objetivos: Las diversas versiones de la clase social ocupacional de la SEE han sido ampliamente utilizadas para el estudio de las desigualdades sociales en la mortalidad y el estado de salud en el contexto español. La nueva propuesta de clase social ocupacional (CSO) derivada de la actual Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-11) actualiza este indicador de posición socioeconómica para que siga siendo útil fundamentalmente a la epidemiología social. Esta comunicación tiene como objetivo presentar los resultados de la primera aplicación de la CSO-2011 para el análisis de las desigualdades sociales en salud, utilizando los datos de la Encuesta de Salud de Barcelona de 2011, comparando estos resultados con los de 2006.

Métodos: Se realizó un estudio transversal de la población no institucionalizada de más de 14 años a partir de los datos de las Encuestas de Salud de Barcelona de 2006 (n = 6.108) y datos preliminares de la de 2011 (n = 3.524). Como variable resultado se utilizó la autovaloración de la salud, de forma desagregada y agrupada en: excelente/muy buena, buena, regular/mala. Las CSO de 1994 y 2011 fueron utilizadas en sus versiones más detalladas así como en diferentes agrupaciones. Se calculó la diferente distribución de las diferentes clases sociales ocupa-

cionales y las prevalencias de las diferentes autovaloraciones de la salud (detalladas y agrupadas) según la clase social ocupacional.

Resultados: El peso de cada una de las clases ocupacionales fue similar en 2006 y 2011, con una ligera disminución de la clase 4 (trabajadores manuales cuali y semicualificados) en la clasificación de cinco grupos. Se observó un claro gradiente social por el cual la salud percibida regular/mala aumentó a medida que disminuyó la clase social y aumentó por el contrario la percepción de la salud excelente/muy buena al aumentar clase social, en ambos años. La magnitud de las desigualdades según la nueva propuesta de clase social ocupacional fueron menores respecto a la anterior clasificación utilizada en 2006. Resultados similares fueron observados con las versiones de clase más detalladas.

Conclusiones: Los cambios en la estructura y contenido de la nueva CNO-2011 han conllevado modificaciones en la propuesta de CSO respecto a la versión anterior. Sin embargo, esta nueva clasificación de CSO derivada continúa siendo un indicador útil para el estudio de las desigualdades sociales en salud, ya que sigue discriminando satisfactoriamente entre las diversas clases sociales en forma de gradiente social en la autovaloración de la salud.

358. LOS CONCEPTOS DE CLASE SOCIAL Y ESTRATIFICACIÓN: DE LOS PLANTEAMIENTOS CLÁSICOS A LOS DEBATES ACTUALES

J.M. Carrasco, A. Bacigalupe, A. Domingo-Salvany

Profesional Independiente; Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco; IMIM-Hospital del Mar; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El concepto de clase social (CS) surge con el pensamiento social y económico de la modernidad, como elemento fundamental para comprender la dinámica de las sociedades industriales y la distribución desigual de los recursos que produce. Si bien a lo largo del siglo XX las clases han sido consideradas como importantes fuentes de acción e identidad social, recientemente se ha puesto en duda su capacidad explicativa del funcionamiento de los sistemas de estratificación social. El objetivo de esta comunicación es aportar, desde la sociología, aspectos teóricos relacionados con el concepto y cambio de la CS para su interpretación como determinante de salud.

Métodos: Revisión teórico-conceptual del constructo de CS según diferentes corrientes ideológicas clásicas y contemporáneas, su relación con los cambios sociales y los diferentes sistemas de estratificación social.

Resultados: Las raíces del concepto de CS y de la teoría de clases se sitúan en K. Marx y M. Weber. El marxismo define las clases sociales en función de la relación de los individuos con los medios de producción, dando lugar a relaciones de explotación que generan intereses antagónicos (proletariado-burguesía). Según el enfoque weberiano la definición de clases se atribuye a los individuos por su posición compartida en el mercado y los atributos asociados basados en la renta, la posesión de bienes y otros recursos. La transformación de los sistemas de producción y trabajo han traído cambios en la estructura social y a nuevas lógicas de interacción social, que han sido abordados por nuevas corrientes: E.O. Wright (neomarxista) subraya la importancia de la propiedad del capital, el control sobre los recursos productivos y la posesión del conocimiento; por su parte J. Goldthorpe (neoweberiano) hace hincapié en las relaciones producidas en los mercados de trabajo y las unidades productivas atendiendo, además, a atributos asociados como la renta y el prestigio social. El desarrollo de la sociedad postindustrial basado en un modelo de capitalismo tardío ha llevado, incluso, a algunas corrientes teóricas a plantear la inexistencia de clases sociales o, al menos, a cuestionar su utilidad como constructo de análisis de la estratificación social.

Conclusiones: La transformación de los sistemas de producción, a consecuencia de la fragmentación del trabajo y el conocimiento, han dado lugar a sociedades complejas y dinámicas en las que el aumento

de la desigualdad social hace necesario un acercamiento entre corrientes teórico-ideológicas. La clase social como concepto teórico y realidad empírica no ha perdido relevancia para analizar las formas contemporáneas de desigualdad social, incluidas las que se producen en salud.

367. PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DE CLASE SOCIAL OCUPACIONAL CON LA CNO-2011

A. Domingo-Salvany, A. Bacigalupe, J.M. Carrasco, en nombre del Grupo de Determinantes Sociales de la SEE

IMIM-Hospital del Mar; CIBERESP; Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco; Profesional Independiente.

Antecedentes/Objetivos: La nueva Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-2011), que ha variado sustancialmente respecto del 1994, requiere la adaptación de la clase social ocupacional (CSO) para ser utilizada en estudios de desigualdades en salud. El objetivo es presentar la propuesta de clasificación de CSO elaborada a partir de los códigos de tres dígitos de la CNO-11 (n = 170) del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Métodos: Se partió del marco teórico neoweberiano de Golthorpe, aunque el nivel de detalle de la nueva CNO-11 dificultó su aplicación directa. Para asignar categorías, se utilizó como referencia la CSO SEE-1994 y la nueva clasificación británica de CSO -the National Statistics Socio-economic Classification-. Después de segmentar el listado CNO-11 en 3 secciones, la asignación de categorías CSO se realizó por pares independientes a partir de la definición de ocupaciones facilitada por el INE. Se contrastaron las dudas y desacuerdos con el tercer profesional. Para finalizar se realizó conjuntamente una revisión completa de todo el listado de códigos CNO-11 y categorías de CSO asignadas. Dado que dentro de los códigos de 3 dígitos, hay ocupaciones (4 dígitos) que son heterogéneas para la CSO, se valoró qué ocupaciones eran las más frecuentes, asignando la categoría CSO correspondiente a las mismas.

Resultados: La propuesta de clasificación exhaustiva de clase social basada en la ocupación (CSO-12), está compuesta por las 7 categorías siguientes: 1. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. 2. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas. 3. Ocupaciones intermedias: asalariados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y de otros servicios. 4. Trabajadores/as por cuenta propia. 5. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas. 6. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as. 7. Trabajadores/as no cualificados/as.

Conclusiones: Los cambios en la CNO-11 han determinado fundamentalmente las diferencias de esta propuesta respecto a la de 1994: no considera el nº de trabajadores en la empresa, y no detalla los mandos intermedios ni los trabajadores por cuenta propia. Asimismo las dinámicas del mercado laboral, estructuras empresariales, planes de formación reglados y representaciones del prestigio social han generado diferencias entre clasificaciones.

389. INDICADORES DE POSICIÓN SOCIOECONÓMICA: UNA REVISIÓN DEL CONSTRUCTO

A. Espelt, J. Ferrando, A. Stoyanova, J. Illa, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En muchas de las encuestas de salud no se dispone de información suficiente como para calcular indicadores de

clase social compuestos (ex. Erik Olin Wright). En muchos de los estudios en epidemiología social se utiliza la posición socioeconómica (PSE) del individuo. Ésta puede venir definida por el nivel de estudios y por la renta del individuo. El objetivo de la comunicación es presentar y formular una propuesta actualizada de como recoger las variables nivel educativo y renta en las encuestas de salud. Para realizar esta actualización se ha contado con dos expertos en educación, una experta en economía de la salud y expertos en desigualdades sociales en salud. Por lo que se refiere a las posibles categorías de la variable nivel educativo estas podrían ser 11; 1) no sabe leer ni escribir, 2) estudios primarios incompletos, 3) estudios primarios completos, 4) primera etapa de educación secundaria, 5) enseñanzas de bachillerato, 6) Formación Profesional (FP) de grado medio, 7) FP de grado superior, 8) Estudios universitarios de grado medio, 9) Estudios universitarios de grado superior, 10) Estudios universitarios de tercer ciclo y 11) Otras posibilidades no contempladas. Estas categorías deberían tener suficiente información como para facilitar al entrevistado identificarse en una de ellas. Es por esto que en la formulación de las categorías se añade todo tipo de información (por ejemplo; estudios primarios completados: cinco cursos aprobados de EGB o primaria actual o programas de garantía social o programas de calificación profesional inicial o ESO incompleta). Dependiendo del estudio, las categorías antes mencionadas podrían agruparse con el objetivo de mejorar en validez interna y externa. Esta agrupación podría realizarse en 4 categorías según la clasificación internacional de la educación (ISCED) propuesta por la UNESCO. Dichas categorías corresponderían a los códigos ISCED-1 (resp 1 y 2), ISCED-2 y 3 (resp 3 y 4), ISCED-3 y 4 (resp 5, 6 y 7) y finalmente ISCED 5 y 6 (resp 8, 9 y 10). Por lo que se refiere a la renta, esta se preguntaría en distintos intervalos de cuantía. La mayoría de encuestas de salud existentes utilizan 8 categorías, sin embargo difieren en cuanto a los distintos intervalos. Contribuir a una homogeneización y actualización de la formulación de la pregunta de nivel educativo y renta para las distintas encuestas sociales y de salud es imprescindible para poder tener resultados comparables y validos. Sobre todo porque el nivel educativo y la renta son indicadores ampliamente extendidos en el cálculo de la PSE del individuo.