

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA**  
**Tesis Licenciatura en Sociología**

**Desigualdades sociales en salud: una  
perspectiva de clase social y género**

**Leandro Larrosa Camejo**  
Tutor: Franco González Mora

**2019**

## **Resumen**

La presente investigación se propone abordar la relación entre salud y desigualdades sociales. Específicamente, identificar y analizar la relación entre salud, clase social y género. Para esto, se toma en cuenta la valoración subjetiva de las personas respecto a su estado de salud, ciertas prácticas y comportamientos enmarcadas en lo que se ha denominado estilos de vida en salud, y el consumo de servicios médicos.

Para cumplir con este objetivo, se toma como insumo principal a la Encuesta Nacional de Salud (ENS), realizada por el Ministerio de Salud pública en el año 2014. Se opta por un diseño de corte cuantitativo en dos fases. Una primera fase descriptiva mediante el procesamiento estadístico multivariado de los microdatos y una segunda fase donde se recurre a la generación de modelos de regresión logística.

Entre los principales hallazgos se destacan la existencia de desigualdades de clase que repercuten generalmente en un peor estado sanitario de los sectores sociales más bajos, y la persistencia de desigualdades de género que indican una mayor prevalencia de conductas nocivas para la salud en los hombres en comparación con las mujeres. Además se observan particularidades en la intersección entre clase y género, que generan escenarios distintos para varones y mujeres cuando se analiza la distribución por clase social en indicadores como el consumo frecuente de alcohol, la realización de actividad física y el consumo médico.

**Palabras claves:** salud, desigualdades sociales, clase social, género.

# Índice

<b>RESUMEN .....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>6</b>
LA SALUD EN PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	6
LA SALUD COMO EXPRESIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES .....	9
REVISIÓN DE ANTECEDENTES Y SUS APORTES TEÓRICOS. ....	14
EL DESAFÍO DE OPERACIONALIZAR A LA VARIABLE CLASE SOCIAL.....	16
<b>CAPÍTULO 2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS. ....</b>	<b>20</b>
PROBLEMA .....	20
OBJETIVOS.....	21
<b>CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>22</b>
METODOLOGÍA.....	22
<i>Variables Independientes</i> .....	24
<i>Variables dependientes</i> .....	25
ESTRATEGIA DE ANÁLISIS.....	27
LIMITACIONES .....	29
<b>CAPÍTULO 4. SALUD, GÉNERO Y CLASE SOCIAL.....</b>	<b>31</b>
SALUD AUTO-PERCIBIDA .....	31
ESTILOS DE VIDA EN SALUD.....	34
<i>Consumo de tabaco</i> .....	37
<i>Consumo frecuente de alcohol</i> .....	38
<i>Actividad física</i> .....	40
CONSUMO MÉDICO.....	42
<b>CAPÍTULO 5. REFLEXIONES FINALES .....</b>	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>53</b>
ANEXO 1 - CLASIFICACIÓN DE LAS OCUPACIONES SEGÚN CLASE SOCIAL EN LA INVESTIGACIÓN DE DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA. ....	53
ANEXO 2 - ESQUEMA DE CLASES SOCIALES NEOMARXISTA UTILIZADO EN “CLASE SOCIAL, DESIGUALDADES EN SALUD Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA EN CHILE” .....	53
ANEXO 3 - COMPARACIÓN DE FRECUENCIAS PORCENTUALES ENTRE LA ENS (2014) Y LA ECH (2014) PARA LAS VARIABLES CLASE SOCIAL Y SEXO.....	54
ANEXO 4 - CAPÍTULO METODOLÓGICO: REGRESIÓN LOGÍSTICA BINOMIAL.....	55

## **Introducción**

Enmarcado en el Taller Sociología de la Salud, el presente trabajo tiene como objetivo aportar elementos analíticos que ayuden a comprender la relación entre las desigualdades sociales y la salud. Más precisamente se busca estudiar el vínculo entre la clase social y el género, con la valoración subjetiva de la salud, los estilos de vida relacionados con la salud y el consumo médico.

Los estudios sociales en salud abordan el tema de la desigualdad desde diferentes perspectivas. Entre ellas, encontramos corrientes que ponen el foco de atención en el sujeto y en la elección de su estilo de vida, para explicar las diferentes conductas en materia sanitaria (Benach, Muntaner, Tarafa, Valverle, 2012. de Souza, 2011). En contrapartida, existen perspectivas que colocan a la estructura social como elemento central a la hora del estudio de las desigualdades en salud. En este caso se señala que el contexto sociocultural donde el individuo desarrolla su vida, es determinante en la adquisición de comportamientos relacionados con el cuidado de su la salud (Muntaner 2013. de Souza 2011). En esta línea nuestra investigación se propone identificar la existencia de conductas sanitarias diferenciales entre clases sociales y géneros, en la población uruguaya. Dichas conductas son relevadas a través de variables como, salud auto-percibida, consumo de tabaco, consumo frecuente de alcohol, realización de actividad física y consumo médico.

En el primer capítulo se abordan conceptualmente cada uno de los ejes temáticos de nuestra investigación, como lo son la desigualdad social, la salud, la clase social y el género. En este sentido intentamos, tomando las principales corrientes teóricas provenientes de la sociología, dar cuenta de la relación entre la clase social y el género, con los estilos de vida y el consumo médico. Asimismo, se presentan en este capítulo los antecedentes que servirán de guía teórica y metodológica para nuestro estudio.

En el segundo capítulo se plantea el problema y los objetivos de la investigación, concretamente se menciona el objetivo general y los objetivos específicos.

En el siguiente capítulo se desarrolla el marco metodológico. En este caso se plantea la estrategia metodológica a seguir para el cumplimiento de nuestros objetivos (universo

de estudio y construcción de variables), así como el plan de análisis (selección de métodos y operaciones estadísticas para el análisis de los datos).

En el cuarto capítulo se presenta el análisis de los datos, donde se aborda el vínculo entre clase social y género, con dimensiones sanitarias como la valoración subjetiva de la salud, los estilos de vida en salud y el consumo médico. Para el análisis mencionado, se toman en cuenta las operaciones estadísticas realizadas (procesamiento estadístico descriptivo de los micro datos y generación de modelos de regresión logística -logit-)

El último capítulo plantea un conjunto de reflexiones que se derivan del análisis de los datos. En este sentido se contrastan los resultados, con el marco teórico y los antecedentes considerados.

## **Capítulo 1. Marco teórico**

Este capítulo comienza con un breve desarrollo teórico sobre la evolución histórica de las nociones sobre salud, haciendo foco en los cambios sociales que fueron moldeando su significado hasta la actualidad. Posteriormente se presentan los principales enfoques teóricos que dan cuenta de la incidencia de las desigualdades de clase y el género en los estilos de vida relacionados con la salud y en el consumo médico. Por último, se mencionan los antecedentes de investigación y se dejan planteados los desafíos teóricos y metodológicos que representa la operacionalización de la variable clase social.

### **La salud en perspectiva histórica**

El significado de la salud varía temporal y culturalmente, adquiriendo connotaciones diferentes en cada etapa histórica. Observando el desarrollo del concepto a lo largo del tiempo, se puede evidenciar cómo la imposición de una determinada visión por parte de las instituciones socialmente hegemónicas, como la Iglesia o el Estado, fue moldeando su significado hasta nuestros días.

Por ejemplo, la conceptualización sobre la salud que predominaba en la Europa de la Edad Media, se caracterizaba por un fuerte carácter religioso, donde encontrarse en una situación de vulnerabilidad fisiológica, se asociaba con la presencia de Satanás en el cuerpo (Valdivia 2012). En este caso la Iglesia era la institución hegemónica de construcción de sentido, e imponía su visión respecto a la salud y la enfermedad.

Con el desarrollo científico y económico europeo en los siglos XVII y XVIII, esta visión religiosa comienza a perder peso, y posiciones racionales ocupan su lugar. En este sentido, la ciencia desplaza a la iglesia como medio por el cual encontrar explicaciones causales a las distintas enfermedades.

Luego de la revolución Industrial, estas ideas modernas se afianzan. Cuando el capitalismo se impone como sistema social, el concepto salud empieza paulatinamente a relacionarse con el desempeño del sujeto dentro del mercado de trabajo, y es el Estado quien se posiciona como institución encargada de determinar las pautas y conductas

sanitarias de la población. En este caso, la preocupación se centraba en concebir una población trabajadora medianamente saludable que pudiera desarrollarse dentro del ámbito productivo con la menor cantidad de inconvenientes físicos posibles. Esta perspectiva fue preponderante en los países occidentales desde finales del siglo XIX hasta bien entrado el siglo XX, emergiendo la epidemiología<sup>1</sup> como una de las disciplinas científicas más importantes dentro del campo de la medicina.

Posterior a la Segunda Guerra Mundial, la salud deja de asociarse únicamente con la ausencia de patologías fisiológicas, y se incorporan elementos a su problematización que no se restringen solamente al ámbito médico. Esta visión más amplia respecto a la salud, engloba aspectos culturales y medioambientales que complementan su conceptualización (Valdivia 2012). Un ejemplo es la inclusión de factores sociales en la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1948, donde se señala que, *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (Registros oficiales de la Organización Mundial de la Salud 1948: 100). Este hecho (sumado a cambios en los patrones de enfermedad y mortalidad) provoca que a partir de la segunda mitad del siglo XX, las instituciones sanitarias reorienten sus políticas públicas desde una perspectiva curativa y paliativa, hacia un enfoque de prevención de factores de riesgo y promoción de los estilos de vida saludables.

Más recientemente, las ciencias sociales y la sociología en particular, han contribuido a generar enfoques teóricos que problematizan el concepto de salud a partir de su dimensión social y cultural. En este caso se busca comprender cómo influyen las características estructurales de la sociedad actual en la concepción que los sujetos poseen acerca de la salud. En este sentido un autor reconocido dentro del ámbito sociológico como lo es Zygmunt Bauman, ha estudiado este tema centrando su análisis en los cambios acontecidos dentro de la sociedad capitalista en las últimas décadas. Este

---

<sup>1</sup> En su estudio Soto Valdivia recoge algunos trabajos epidemiológicos de mediados de siglo XIX, que ilustran la preocupación por las condiciones de vida de la clase obrera, la cual se veía sumergida en el pauperismo debido a las pésimas condiciones de trabajo. Esto llevó a que algunos investigadores estudiaran la medicina desde una perspectiva social, como es el caso de Rudolf Virchow, quien afirmaba: *“La salud, no es un problema médico, la salud es la otra cara de un problema de naturaleza política... la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala”* (Ponte 2008, Citado por Valdivia 2012: 23). Sin embargo esta postura fue minoritaria dentro de las ciencias médicas, primando aquellas corrientes biologists que atribuían las causas de las enfermedades a factores de carácter natural más que social (Valdivia 2012).

autor señala que el pasaje de una sociedad capitalista de productores a una sociedad capitalista de consumidores, ha provocado que la salud deje de asociarse con “estar saludable” a relacionarse más con “estar en forma” (Bauman 2003). El concepto “estar saludable” responde a un estado en el cual el sujeto no presenta problemas desde el punto de vista fisiológico, estado que puede ser medido a través de variables biomédicas objetivas como por ejemplo la temperatura corporal o la presión arterial. Por otro lado el concepto “estar en forma” es una experiencia subjetiva, donde las variables biomédicas antedichas no logran captar el fenómeno en su totalidad, en palabras del autor, *“Estar en forma significa estar preparado para absorber lo inusual, lo no rutinario, lo extraordinario –y sobre todo lo novedoso-”* (Bauman 2003: 84).

En este contexto los estilos de vida se posicionan como un elemento central a la hora de estudiar el vínculo entre la desigualdad social y la salud, ya que este concepto está asociado a los cambios estructurales mencionados en el párrafo anterior. Según de Souza (2011), el concepto estilo de vida irrumpe en el ámbito académico a partir de los años 70'. La causa de este hecho refiere al cambio en los patrones de enfermedad y mortalidad durante el siglo XX. Como señala el autor, a lo largo de este siglo, el predominio de las enfermedades infecciosas es sustituido por el de enfermedades crónicas y degenerativas. Esto implica que los métodos tradicionales para combatir las enfermedades, como los antibióticos o la vacunación, ya no sean tan efectivos. Por esta razón se empieza a poner el acento por parte de las instituciones de salud pública en la prevención y el autocuidado, con el fin de evitar la aparición de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial o el cáncer.

Sin embargo, se afirma que los estilos de vida no sólo son un factor importante en la prevención de enfermedades crónicas, sino que también representan un elemento de diferenciación social. El estar saludable adquiere en la sociedad contemporánea un valor de status social, el cual se sustenta en la adquisición de productos relacionados con estilos de vida saludables (vestimenta, alimentación, suplementos vitamínicos, spas, etc.), que sirven como objetos de distinción de clase (de Souza 2011).

El autor entiende que el análisis de las desigualdades sociales en salud, no debe desligarse del estudio de factores estructurales. Con esta postura se opone a perspectivas teóricas que colocan al individuo como ser autónomo, que toma sus decisiones sin estar condicionado por el lugar que ocupa en la sociedad. Si bien se admite que el sujeto

posee márgenes de independencia para tomar sus propias decisiones, estos se ven limitados por la estructura social.

### **La salud como expresión de las desigualdades sociales**

El concepto desigualdad social varía, al igual que el de salud, de un contexto histórico a otro. En épocas pre-modernas la desigualdad social era entendida como la asignación divina de las personas a diferentes posiciones dentro de la estructura social. Así el poder económico, social y político se distribuía de forma desigual entre los individuos (Valdivia 2012).

El advenimiento de la sociedad moderna, a partir de los siglos XVIII y XIX, trajo consigo una nueva visión sobre la desigualdad social. En este contexto las ideas iluministas permean todos los ámbitos del conocimiento, y la desigualdad social comienza a ser problematizada desde un punto de vista racional. En este sentido autores como Rousseau, proponen que la desigualdad social surge de una convención entre los seres humanos, donde ciertos sectores poseen mayores privilegios (como riqueza o poder político) que otros (Rousseau, citado por Navarro y Benach 1996: 512).

En esta línea la sociología ha intentado explicar el origen de la desigualdad social desde diferentes posturas epistemológicas, entre las cuales podríamos destacar dos de ellas. Por un lado encontramos la perspectiva funcionalista, que tiene como máximo exponente a Talcott Parsons, y entiende a la desigualdad (estratificación) como un prerequisite funcional para la subsistencia del sistema social. Se afirma que los seres humanos poseen capacidades y habilidades distintas entre sí, siendo estas valoradas y recompensadas de manera diferente, según la importancia social que se les atribuya. Esto inexorablemente deriva en la ubicación desigual de los sujetos dentro de la estructura social (Valdivia 2012). En otro extremo encontramos la perspectiva marxista, la cual plantea que la desigualdad surge de la contradicción fundamental entre la generación colectiva de la riqueza y la apropiación privada de la misma (Habermas 1973). Desde este paradigma la desigualdad social no representa un prerequisite funcional del sistema social, sino que es producto de relaciones de poder asimétricas (relaciones de dominación y explotación) entre clases sociales, donde se beneficia a un determinado grupo en perjuicio de otro (Valdivia 2012).

Cabe preguntarse entonces, ¿Por qué estudiar la desigualdad social y su vínculo con la salud? ¿Es este un factor relevante a la hora de analizar las causas de los distintos comportamientos en materia de salud de las personas? La evidencia empírica ha demostrado que la desigualdad social es una de las principales causas de problemas sanitarios muy diversos (Benach, Muntaner, Tarafa, Valverle 2012), el desempleo, la pobreza y las desigualdades de género, son factores que inciden de manera negativa en la salud de las personas. Dichos factores son denominados como “la causa de las causas”, aludiendo a que son estas condicionantes sociales las que conducen a la adquisición de hábitos sanitarios negativos desde el punto de vista médico (Benach, Muntaner, Tarafa, Valverle 2012). Sin embargo, muchas veces se impone en el imaginario colectivo lo que algunos autores llaman “ideología biomédica dominante” (Benach, Muntaner, Tarafa, Valverle 2012). Este enfoque desestima las condicionantes estructurales que determinan la conducta sanitaria de la población, reduciendo el problema al sujeto y a la elección de su estilo de vida<sup>2</sup>.

Con el objetivo de aproximarnos a una visualización más clara respecto a la relación entre la desigualdad social y la salud, se recogen algunos datos estadísticos presentados en el texto “La salud de todos y sus causas” (Benach, Muntaner, Tarafa, Valverle 2012). Aquí se menciona que por año mueren aproximadamente 12 millones de niños, en su gran mayoría de países con renta media o baja. Por otro lado mientras que el promedio mundial de la mortalidad infantil es de 81 muertes por 1000 niños, es de sólo 7 por 1000 en países ricos, y de entre 170 y 260 en los países del centro de África. En este sentido se estima que una niña sueca recién nacida, tiene una probabilidad de vivir 43 años más que una nacida en Sierra Leona.

Estas desigualdades también se observan al interior de los países y afecta principalmente a los sectores más desfavorecidos (trabajadores con poca calificación,

---

<sup>2</sup> En el texto “La salud de todos y sus causas” los autores mencionan un ejemplo que ilustra de forma clara este paradigma: “*Algunos de los ejemplos que podemos seleccionar entre las recomendaciones que se hacen en la mayoría de países son las siguientes: “No fumes, y si no puedes, fuma menos; sigue una dieta equilibrada, come mucha fruta y verduras; mantente físicamente activo; si bebes alcohol, hazlo con moderación; protégete del sol; práctica sexo en forma segura...”*” (Benach, Muntaner, Taraffa, Valverle 2012: 3). Satirizando esta postura, los autores citan una frase de David Gordon, un epidemiólogo social crítico que decía, “*No seas pobre, pero si lo eres, deja de serlo, y si no puedes, intenta no ser pobre demasiado tiempo; no vivas en una zona deprimida y pobre, pero si vives en ella, ve a vivir a otro lugar; no trabajes en un trabajo estresante, mal pagado, y con un trabajo de tipo manual; no vivas en una vivienda que sea de mala calidad, ni seas una persona “sin techo”*” (citado por Benach, Muntaner, Taraffa, Valverle 2012: 3).

desempleados e inmigrantes). Por ejemplo en Escocia se observan grandes diferencias en los indicadores de salud entre distintos contextos geográficos. En este caso se menciona que en *Calton*, un barrio muy pobre de *Glasgow*, las personas tienen en promedio una esperanza de vida de 54 años, mientras que a una docena de kilómetros en la zona de *Lenzie*, con un nivel socioeconómico alto, la esperanza de vida asciende a los 82 años (Benach, Muntaner, Tarafa, Valverle 2012).

Como vemos la incidencia de las desigualdades sociales en salud es evidente y puede abordarse desde diferentes dimensiones. Particularmente nuestro trabajo toma dos de ellas para dar cuenta de este fenómeno, como lo son la clase social y el género. El vínculo entre dichas dimensiones y conductas relacionadas con los estilos de vida saludables, está ampliamente comprobado por distintos estudios a nivel internacional (de Souza 2011).

Para comprender las diferencias entre hombres y mujeres respecto a conductas y estilos de vida relacionados con la salud, es preciso aclarar que cuando hablamos de sexo y género, nos referimos a conceptos diferentes. Como señala Elisabete Rodríguez (2011), en sociología el sexo refiere a una característica biológica del individuo, y el género a la construcción social que distingue lo masculino de lo femenino (Rodríguez 2011). A diferencia de la medicina, que busca explicaciones causales para las distintas enfermedades en factores genéticos (por lo que centra su estudio en las diferencias biológicas entre hombres y mujeres), la sociología detiene el análisis en las diferencias de género, para comprender los distintos comportamientos en materia de salud.

Sobre esta base se destaca que en general los hombres tienen un peor estado sanitario que las mujeres, según indicadores de mortalidad y morbilidad como la esperanza de vida, la presencia de enfermedades asociadas a conductas nocivas para la salud, la tasa de suicidios y el número de accidentes laborales. Este es un hecho particular, ya que a diferencia de otras esferas de la vida social (educación, trabajo, política), en el campo de la salud parecerían ser los hombres los más perjudicados debido a la desigualdad de género (Rodríguez 2011).

Según Rodríguez (2011), las explicaciones que dan cuenta de este fenómeno responden a características culturales y normativas de la sociedad donde los individuos se encuentran inmersos. En este caso los distintos procesos de socialización entre los géneros, inciden en conductas y prácticas vinculadas a la salud divergentes entre

hombres y mujeres. Las características consideradas típicamente como masculinas (por ejemplo ser independiente, fuerte, viril, superior), inciden en un menor cuidado del cuerpo por parte de los hombres, lo que en última instancia repercute en un peor estado sanitario. Por otro lado el rol social de la mujer, asociado al cuidado y la protección, hace que estas presten mayor atención a su cuerpo en comparación con los hombres. Asimismo la medicalización de la vida reproductiva de las mujeres (controles ginecológicos, atención del embarazo, parto y puerperio, entre otros) genera una relación más cercana con las instituciones de salud pública<sup>3</sup>.

En este sentido la autora señala que conductas consideradas negativas desde el punto de vista médico, como el consumo de alcohol y tabaco, son más comunes en hombres que en mujeres. En su análisis de la sociedad portuguesa (Rodríguez 2011) encuentra que el consumo de estas sustancias es bastante mayor en los hombres (el doble en comparación con las mujeres), lo que provoca que las tasas de mortalidad asociadas a enfermedades crónicas varíen sustancialmente entre los géneros<sup>4</sup>.

Concomitantemente de Souza (2011), destaca que al incluir la dimensión clase social en los estudios de género, se pueden evidenciar distintos patrones de desigualdades en salud. Al estudiar la longevidad (promedio de años vividos) entre hombres y mujeres en hospitales de Portugal, encuentra que las diferencias de género entre las clases sociales más acomodadas son prácticamente nulas (en promedio las mujeres viven 0,4 años más que los hombres), mientras que en los sectores menos privilegiados la diferencia en el promedio de años vividos es más pronunciada (asciende a 6,3 años en favor de las mujeres) (de Souza 2011). Si bien la longevidad no es un indicador que utilizaremos en nuestro trabajo, representa un buen antecedente en lo que refiere a desigualdades de género y clase social. En nuestro caso mediante indicadores relacionados con estilos de vida y consumo de servicios médicos, intentaremos comprobar si efectivamente se constata que las diferencias de género no se comportan de la misma manera entre clase sociales.

---

<sup>3</sup> Como afirma de Souza, *“das mulheres se encontrarem mais familiarizadas e socializadas com os serviços de saúde e com os profissionais de saúde, decorrente dos processos de medicalização da infância e da assistência na gravidez e no parto”* (de Souza 2011: 248).

<sup>4</sup> En su investigación Rodríguez (2011) observa que los hombres duplican a las mujeres en muertes provocadas por enfermedades hepáticas asociadas al consumo excesivo de alcohol, como la cirrosis

En lo que refiere al consumo médico, encontramos los aportes teóricos del sociólogo francés Luc Boltanski, quién aborda esta temática mediante el concepto de “Necesidad Médica”, al cual define como *“la morbilidad sentida y expresada, que se manifiesta en el consumo médico”* (Boltanski 1975: 13). A través de este concepto el autor encuentra que las conductas relacionadas con el consumo de servicios médicos difieren según la clase social. Más precisamente observa que las clases altas consultan con mayor frecuencia al médico y poseen un elevado consumo de medicamentos, en comparación con los sectores más bajos. En su desarrollo teórico, menciona que las clases más acomodadas tienden a percibir con mayor intensidad las denominadas “enfermedades funcionales” (enfermedades que no llegan a manifestarse desde el punto de vista fisiológico), que aquellas clases menos aventajadas, lo que deriva en un mayor consumo de servicios y productos médicos en estos sectores sociales (Boltanski 1975).

En esta línea, el autor también llega a conclusiones interesantes al estudiar el comportamiento en materia de salud de las clases sociales jerárquicamente subordinadas. Mediante el concepto de “Capacidad médica”, el cual refiere a *“La aptitud para entender, identificar y expresar los mensajes corporales por parte del enfermo”* (Boltanski 1975: 20), observa que en estos sectores persiste cierta dificultad para describir con precisión los síntomas de sus respectivas enfermedades (utilización de lenguaje técnico), lo que dificulta el relacionamiento con los profesionales de la salud. Boltanski encuentra que la relación médico-paciente toma diferentes características según la clase social a la que este último pertenezca.

*“La distancia social que separa al médico y a las personas de clases populares, provoca una asimetría en las relaciones de poder, donde el médico posee una ventaja estratégica porque sus funciones le otorgan la posibilidad material y el derecho legal, de manejar física y moralmente al enfermo en nombre de un saber que éste ignora”* (Boltanski 1975: 23).

Esta asimetría de poder que señala el autor muchas veces representa para los sectores socioeconómicamente más desfavorecidos, una barrera social a la hora de concurrir a centros de salud. En este caso el paciente puede verse subvalorado por el médico, ya que el vínculo que se establece entre ellos, no es equitativo desde el punto de vista del capital cultural que poseen.

## **Revisión de antecedentes y sus aportes teóricos.**

Según de Souza (2011), los estudios de clase social comienzan a ocupar un lugar preponderante dentro del campo epidemiológico a partir de mediados del siglo XX. En este sentido, una de las investigaciones pioneras que sentó las bases teóricas y metodológicas de estudios futuros, es el denominado “*Black Report*”. Esta investigación se propuso estudiar la influencia de las desigualdades de clase en los distintos indicadores sanitarios de la sociedad británica. La misma fue realizada en el año 1977 y lleva el nombre del entonces presidente del colegio de médicos de Gran Bretaña Sir. Douglas Black, quien presidió el equipo de profesionales a los que se les encargó el estudio. Entre los resultados más importantes de la investigación, se destaca la fuerte desigualdad entre las clases más acomodadas de la sociedad británica (representadas por gerentes y supervisores cualificados) con respecto a las clases más desfavorecidas (trabajadores no cualificados). Si bien se reconoce un mejoramiento de los indicadores de salud en todos los sectores sociales, entre la finalización de la Segunda Guerra Mundial y el año en que se realizó el estudio, se observa que dichas mejoras son cuantitativa y cualitativamente superiores en los sectores más privilegiados. Este hecho repercute inevitablemente en el crecimiento de la brecha sanitaria entre los sectores sociales ubicados a los extremos de la escala social. Por esta razón, los investigadores plantean que para mejorar los estándares sanitarios de los sectores sociales más vulnerables, es necesario implementar políticas públicas orientadas a combatir las inequidades socioeconómicas (de Sousa 2011).

Debido a la repercusión mundial que tuvo el *Black Report*, comenzaron a proliferar investigaciones en salud que pusieron el acento en la clase social como elemento determinante de indicadores sanitarios desiguales entre grupos sociales. En España encontramos el proyecto “Desigualdades sociales de salud en España<sup>5</sup>” (Navarro y Benach 1996), el cual consiste en un estudio comparativo entre los datos de dos encuestas sobre salud realizadas en el país. En este caso se toma, entre otras variables

---

<sup>5</sup> El informe se tituló “Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la Comisión científica para el estudio de las DSS en España”. Fue publicado en 1996 en la Revista Española de Salud Pública. El informe se bautizó como informe “Navarro” (haciendo un paralelismo con el denominado *Black Report*, realizado en Gran Bretaña años antes), en honor del coordinador de la comisión, el profesor Vicens Navarro.

independientes, a la “clase socio-ocupacional<sup>6</sup>” para explicar comportamientos sanitarios como consumo de alcohol, consumo de tabaco, y realización de ejercicio físico. En este caso el análisis que realizan los autores también incorpora al género como variable independiente, por lo que se observan las desigualdades entre clases socio-ocupacionales para hombres y mujeres por separado.

Entre los resultados a los que llegan los investigadores, se evidencia una relación causal entre la clase social y los indicadores sanitarios escogidos. Se observa que en general, las clases socioeconómicamente más acomodadas (empresarios, gerentes y profesionales) presentan mejores niveles de calidad sanitaria, en comparación con las clases menos privilegiadas (trabajadores no calificados y trabajadores agrícolas). Otro dato importante es que para algunos de los indicadores, se aprecian diferencias significativas entre los sexos al interior de las clases sociales. Más precisamente se advierte que las desigualdades de clase no se comportan de la misma manera en hombres y mujeres. Por ejemplo cuando se observa la distribución de las variables consumo de tabaco y consumo de alcohol en hombres, se encuentra que son los de clases menos aventajadas quienes poseen un mayor consumo, sin embargo en el caso de las mujeres se da el fenómeno inverso, siendo en las clases más acomodadas donde se registra un mayor consumo de estas sustancias (Navarro y Benach, 1996).

En América Latina la producción académica relacionada con desigualdades de clase en salud es menor en comparación con Estados Unidos y Europa (Muntaner 2012). Sin embargo el trabajo denominado “Clase social, desigualdades en salud y conductas relacionadas con la salud de la población trabajadora en Chile” (Bones, Muntaner, González, Bernales, Vallebuona, Borrell y Solar 2013)<sup>7</sup>, es un buen antecedente de este tipo de estudios en nuestro continente. En este caso los investigadores se proponen dimensionar el efecto que ejerce la clase socio-ocupacional en la salud de la población

---

<sup>6</sup> En su investigación los autores utilizan dos encuestas (una realizada durante el año 1987 y otra durante 1993) las mismas presentan algunas diferencias en cuanto a la metodología para relevar las ocupaciones de las personas. Pero podría decirse que en general las cuatro categorías de la variable clase socio-ocupacional van desde Empresarios, Directivos, Profesionales y Mandos medios (clase I); hasta Trabajadores manuales no calificados y Trabajadores agrícolas (clase IV). En el Anexo N°1 puede observarse con detenimiento la tabla que ilustra cómo se conforman las distintas clases sociales.

<sup>7</sup> El estudio se basa en una encuesta realizada entre el año 2009 y 2010. La misma cuenta con 9.503 casos y es representativa de la población económicamente activa de Chile. Entre los investigadores que encabezaron la investigación se encuentran Kátia Bones Rocha, Carles Muntaner y María José González Rodríguez. En el Anexo N°2 se puede observar el esquema utilizado para la clasificación de las distintas clases sociales.

económicamente activa de Chile. Con este fin se seleccionan indicadores de calidad sanitaria como salud auto-percibida, salud mental, consumo de tabaco y realización de actividad física, y se analiza su vínculo con la clase social a través del esquema de clases planteado por el sociólogo norteamericano Erik Olin Wright<sup>8</sup>.

Entre algunas de las conclusiones a las que llegan los autores, se señala que las clases socio-ocupacionales más acomodadas (representadas por empresarios y gerentes) son quienes poseen los mejores valores para los cuatro indicadores seleccionados. Por otro lado, se observa que las clases socio-ocupacionales intermedias (representadas por supervisores) son quienes presentan la tasa más alta de autopercepción negativa de su salud, y manifiestan una mayor prevalencia de problemas asociados a patologías de salud mental. Esto implica que, para algunos indicadores sanitarios, las desigualdades de clase no seguirían un patrón lineal en su comportamiento (en algunos casos, los peores indicadores de calidad sanitaria se encuentran en las clases intermedias y no en las clases más bajas). Por último, al igual que en la investigación anterior, se encuentra que en algunos indicadores las desigualdades de clase se manifiestan de manera diferente entre hombres y mujeres<sup>9</sup>. Se observa que los hombres de sectores socio-ocupacionales más bajos son quienes registran un mayor consumo de tabaco, fenómeno que se manifiesta de manera inversa para las mujeres. Los autores atribuyen este hecho a la presión que sufren las mujeres ubicadas en lugares de decisión dentro del ámbito laboral, ya que estos sectores suelen estar fuertemente masculinizados (Bones, Muntaner, González, Bernales, Vallebuona, Borrell y Solar 2013).

### **El desafío de operacionalizar a la variable clase social**

El marco teórico de la presente investigación toma principalmente elementos analíticos de la corriente neoweberiana, y en menor medida, algunos aportes provenientes de la

---

<sup>8</sup> Importante sociólogo y activista norteamericano, reconocido por sus estudios sobre la estructura socio-productiva del sistema capitalista. El eje central de su propuesta teórica gira entorno a la conformación e incidencia de la clase social en el capitalismo contemporáneo.

<sup>9</sup> En este caso se verifica el mismo fenómeno que constataron Navarro y Benach. En el caso del consumo de tabaco, son los hombres de sectores socio-ocupacionales más bajos quienes registran los mayores niveles de consumo, fenómeno que se manifiesta de manera inversa en el caso de las mujeres.

teoría neomarxista<sup>10</sup>. Ambos enfoques se caracterizan por colocar a la ocupación del individuo, como eje central para la conformación de las distintas clases sociales. La perspectiva neoweberiana recoge conceptos planteados por el sociólogo y economista Max Weber a comienzos del siglo XX, y los adapta al estudio de la estructura social contemporánea. Uno de ellos es el de “credencialismo”, que refiere a *“la etiqueta que reciben algunas habilidades y conocimiento como valor social, y su asignación desigual por medio de los certificados de estudios”* (Muntaner 2012: 167), y es utilizado como criterio taxonómico para la clasificación de los distintos grupos sociales.

El principal intento de operacionalización de los conceptos planteados por esta corriente teórica, lo encontramos en el esquema de clases sociales planteado por John Goldthorpe<sup>11</sup> junto a Erikson y Portocarrero (EGP). El mismo consiste en la división de la estructura socio-ocupacional en siete clases sociales, las cuales siguen un orden jerárquico desde la Clase I (Profesionales superiores, y directivos) hasta la Clase VII (campesinos y trabajadores agrarios). Esta propuesta incorpora elementos analíticos centrales de la teoría weberiana, como lo son la riqueza material, el control de los recursos, el prestigio social y el poder político (Regidor 2001). Partiendo de esta base, el autor construye un esquema de clases sociales que describe las diferencias entre las “situaciones de trabajo”, concepto que refiere a *“la localización de la ocupación en los sistemas de autoridad y control que rigen en los procesos de producción”* (Regidor 2001: 14). En el cuadro N°1 se presenta cada una de las clases sociales, así como las categorías ocupacionales que las conforman. Cabe mencionar que esta clasificación es una readaptación del esquema original que contaba con once categorías.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Algunos autores señalan a las corrientes teóricas neoweberianas y neomarxistas como contrapuestas. Esto se debe a que ambas surgen de visiones diferentes respecto a cómo se estructura y funciona la sociedad capitalista (Regidor 2001). Sin embargo existen investigaciones dentro del campo de la epidemiología social, que toman a estas posturas como complementarias (Muntaner 2012).

<sup>11</sup> Sociólogo británico nacido el 27 de mayo de 1935, de gran prestigio a nivel internacional por sus trabajos sobre estratificación social. Referencia ineludible para estudios relacionados con esta temática.

<sup>12</sup> Si bien el primer esquema planteado por los autores consistía en 11 clases sociales, posteriormente Goldthorpe lo modifica, juntando algunas de las categorías en una única clase social, generando un esquema con 7 clases sociales. En algunas investigaciones se llega a reducir este esquema a 5 clases socio-ocupacionales, con el objetivo de simplificar el análisis (Rodríguez 2007-2008).

**Cuadro N°1. Esquema de clases sociales de Goldthorpe**

Clases sociales	Ocupaciones
<b>1. Clases I y II.</b>	Todos los profesionales y directivos (incluyendo grandes propietarios), técnicos de alto nivel y supervisores de trabajadores no manuales.
<b>2. Clase III.</b>	Empleados no manuales de rutina de la administración y del comercio, personal de ventas y otros trabajadores de servicios.
<b>3. Clase IVab.</b>	Pequeños propietarios, artesanos autónomos y otros trabajadores por cuenta propia con o sin empleados (que no pertenezcan al sector primario).
<b>4. Clase IVc.</b>	Campesinos y pequeños propietarios y otros trabajadores autónomos del sector primario.
<b>5. Clases V y VI.</b>	Técnicos de grado medio, supervisores de trabajadores manuales y trabajadores manuales cualificados.
<b>6. Clase VIIa.</b>	Trabajadores manuales semi-cualificados y no cualificados (que no pertenecen al sector primario)
<b>7. Clase VIIb.</b>	Campesinos y otros trabajadores del sector primario

Desde la perspectiva neomarxista, se recogen elementos teóricos provenientes de los trabajos de Erik Olin Wright (1997 y 2016). En este caso el autor centra su preocupación en describir y comprender la estructura social propia del sistema capitalista, poniendo el acento en la relación de los sujetos con los medios de producción. El criterio teórico que utiliza Wright para definir las distintas clases sociales, se sustenta en dos conceptos fundamentales de la teoría marxista, como lo son “dominación” y “explotación”. El primero refiere a la capacidad de controlar las actividades de los otros, y el segundo a la adquisición de beneficios económicos de aquellos que son dominados (Wright 1997). Sumado a estos conceptos, el autor incorpora otro elemento teórico que no pertenece estrictamente a la tradición marxista, como lo es el “credencialismo” (proveniente de la tradición weberiana), y configura así un esquema socio-ocupacional con doce clases sociales<sup>13</sup>.

Desde la literatura especializada se sostiene que los conceptos planteados por la teoría neoweberiana poseen mayor adaptabilidad que el esquema neomarxista, ante las transformaciones recientes del sistema capitalista (Regidor 2001). Por este motivo los

---

<sup>13</sup> El esquema de Wright es un poco más complejo de interpretar que el de Goldthorpe. Esto se debe a que incorpora la propiedad de los medios de producción como elemento constitutivo de las clases sociales. Simplificadamente podríamos decir que el esquema neomarxista sigue cierto orden jerárquico, desde la clase I (representada por empresarios con más de diez trabajadores a cargo), hasta la clase XII (representada por trabajadores no cualificados).

estudios sociales dentro del campo de la salud optan mayoritariamente por la utilización del esquema neoweberiano (Regidor 2001). Más allá de sus diferencias, ambos enfoques teóricos y metodológicos son de carácter relacional, lo que nos aporta elementos analíticos interesantes en materia de salud, que muchas veces no son percibidos por perspectivas de corte gradacional<sup>14</sup>.

En nuestro caso no podremos aplicar estrictamente estos esquemas de clase sociales, ya que el criterio para el relevamiento de las ocupaciones en la Encuesta Nacional de Salud no toma como referencia a los esquemas de Goldthorpe o de Wright. En su lugar la ENS, se basa en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), la cual reúne a una gran variedad de ocupaciones y las clasifica según criterios consensuados entre expertos en estadística laboral. Dicha clasificación depende de la Organización Mundial del trabajo (OIT), y es actualizada cada determinado período de tiempo. Gran parte de los países utilizan esta clasificación como base de sus estudios sociales, lo que permite comparar resultados a nivel internacional. En nuestro país, además de la ENS, la Encuesta Continua de Hogares (ECH) basa su clasificación socio-ocupacional en la CIUO. En el capítulo metodológico se describe de qué manera se articulan los conceptos teóricos aquí desarrollados, con las categorías ocupacionales que se presentan en la ENS.

---

<sup>14</sup> Por ejemplo como señala Muntaner (2013), los esquemas gradacionales que toman al ingreso como variable de estratificación para la determinación de los grupos sociales, no captan las denominadas “posiciones contradictorias de clase”. Dicho concepto es planteado por Wright, al cual describe de la siguiente manera: *“los capitalistas no poseen simplemente los medios de producción y emplean a los obreros: también dominan a éstos en el interior de la producción. En estos términos puede considerarse que los directivos y supervisores ejercen por delegación los poderes de la clase capitalista, por cuanto practican la dominación dentro de la producción. En este sentido, pueden ser considerados simultáneamente en la clase capitalista y en la clase obrera”* (Wright 1995:10). Para Muntaner este hecho tiene repercusiones directas en las conductas relacionadas con la salud, sobre todo en lo referente a la salud mental (Muntaner 2013).

## Capítulo 2. Problema de investigación y objetivos.

### Problema

El abordaje de esta temática busca aportar elementos analíticos al estudio de desigualdades sociales en salud en nuestro país. El primer informe<sup>15</sup> presentado por el Ministerio de Salud Pública sobre la Encuesta Nacional de Salud es un reporte descriptivo con los principales resultados estadísticos, donde se toma como indicadores de desigualdad a la ascendencia étnico-racial, el lugar de residencia (Montevideo-Interior) y las características del prestador de salud (público-privado). En este caso la clase social<sup>16</sup> no aparece como variable explicativa de comportamientos desiguales en materia de salud, hecho que a nuestro entender es sumamente relevante.

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, las desigualdades de clase y género son claves a la hora de analizar los patrones sanitarios de las personas. Las investigaciones citadas anteriormente nos señalan que las clases sociales más acomodadas, presentan mejores indicadores de salud objetiva y subjetiva. Sin embargo, dichas investigaciones también advierten que cuando observamos diferencias de género al interior de las clases sociales, algunos patrones parecen comportarse de manera distinta para hombres y mujeres. Por ejemplo, en variables como Consumo de tabaco o Consumo de bebidas alcohólicas, asociadas a conductas negativas para la salud, son las mujeres de las clases más aventajadas las que manifiestan un mayor consumo, hecho que se manifiesta de manera inversa en el caso de los hombres.

---

<sup>15</sup> El informe fue realizado por el Área de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública y publicado en diciembre de 2016. En él se presentan las principales características metodológicas de la encuesta (marco muestral, calibración de la muestra, etc.), así como una breve descripción de los datos. Sin embargo no se profundiza en este último aspecto (que entendemos medular), donde únicamente se presentan tablas bi-variadas con frecuencias observadas y porcentuales.

<sup>16</sup> Como se mencionará en más de una oportunidad, la ENS no fue diseñada para relevar información sobre la clase social de las personas, por lo que es entendible que no se utilice este factor como variable explicativa. Sin embargo releva información acerca del tipo de ocupación y de las características del empleo, los que nos permitirá aproximarnos a un estudio de clase.

## **Objetivos**

### Objetivo General:

Analizar cómo incide la clase social y el género en la valoración subjetiva de la salud, los estilos de vida y el consumo médico en las personas adultas residentes en Uruguay.

### Objetivos específicos:

Identificar diferencias en el consumo de tabaco, consumo frecuente de alcohol, realización de actividad física, consumo de servicios médicos y en la autopercepción de la salud.

## Capítulo 3. Marco metodológico

A diferencia de la mayoría de las investigaciones utilizadas como referencia, se trabaja con una fuente de datos secundaria, lo cual nos plantea ciertas limitaciones a la hora de operacionalizar conceptos teóricos como el de clase social. A continuación se presenta la estrategia metodológica por la que se opta para resolver dichas limitaciones, así como los criterios para la selección y construcción de las variables de estudio. Por último, se desarrolla la estrategia de análisis, donde se describen las operaciones estadísticas que se utilizan para el estudio de los datos.

### Metodología

Para cumplir con los objetivos establecidos en el capítulo anterior, se utilizan los microdatos provenientes de la Encuesta Nacional de Salud (ENS). La ENS fue realizada en nuestro país durante el año 2014, con la finalidad de esbozar un perfil socio-sanitario de la población uruguaya<sup>17</sup>. La misma es representativa de las localidades urbanas de 5.000 habitantes o más de todo el país, y recaba una gran cantidad de información sobre distintos indicadores sanitarios como cobertura médica, consumo de servicios médicos y conductas relacionadas con la salud, conjuntamente con información socioeconómica de hogares y personas.

Para el propósito de nuestra investigación, se seleccionan del total de casos a aquellos individuos de 14 años y más que manifestaron estar ocupados al momento de la encuesta. Esta selección se justifica en la construcción de nuestra variable clase social, la cual asume como elemento determinante el tipo de ocupación<sup>18</sup>. Si bien este hecho representa una limitante importante (ya que se excluye del análisis a grandes sectores

---

<sup>17</sup> Según el Primer Informe presentado por el Ministerio de Salud pública, la encuesta “se basó en un diseño muestra probabilístico y tuvo como marco muestral el Censo de 2011 del INE. Es una encuesta representativa de todas las localidades urbanas de 5.000 habitantes o más, con nivel de desagregación regional” (Primer informe sobre la ENS 2016: 6).

<sup>18</sup> En nuestra investigación se opta por trabajar únicamente con la población ocupada, debido a la complejidad que representa asignarle una determinada clase social a aquellas personas que no cuentan con tal condición. Como se constata en las investigaciones de referencia (Navarro y Benach 1996. Bones, Muntaner, González, Bernales, Vallebuona, Borrell y Solar 2013), esta cuestión es inherente a los estudios de clase social.

poblacionales), se entiende que la población trabajadora es un importante universo de referencia que permite aproximarnos al conocimiento sobre la incidencia de la clase social y el género en los estilos de vida relacionados con la salud. Todas las variables dependientes con las que trabajamos poseen únicamente dos categorías (dicotómicas) donde cada una de ellas toma valores 0 y 1. El trabajar con variables dicotómicas nos simplifica realizar operaciones estadísticas que trasciendan el mero estudio descriptivo de los datos.

**Cuadro N°2. Cantidad de casos y variables seleccionadas.**

Encuesta Nacional de Salud 2014		
	<b>Total</b>	<b>Seleccionados</b>
<b>casos</b>	4096	1823
<b>variables</b>	886	9

Con el objetivo de evidenciar la existencia sesgos en la distribución de nuestras variables independientes, se procede a comparar los datos de la ENS con los de la Encuesta Continua de Hogares del año 2014 (debido a que es el mismo año en que se realizó la ENS). El criterio para relevar la información socio-ocupacional de las personas es el mismo en una y otra encuesta, lo que nos facilitó la selección de los casos (ocupados) y la construcción de nuestras variables independientes en ambas bases de datos. Se toma a la ECH 2014 como referencia, ya que la validez interna y externa de esta encuesta es ampliamente reconocida, debido (entre otros factores) a la gran cantidad de casos con los que dispone<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> En el Anexo N°3 se presentan las tablas con las frecuencias porcentuales de las variables independientes para cada una de las encuestas.

## Variables Independientes

### Clase social:

Para la construcción de la variable clase social, se procede a agrupar las distintas ocupaciones declaradas por las personas en tres categorías<sup>20</sup>, las cuales se ordenan de manera jerárquica desde la Clase I, pasando por la Clase II, hasta la Clase III. La idea surge del estudio anteriormente citado “Desigualdades Sociales De Salud en España” (Navarro y Benach 1996), en el cual se recodificó las distintas ocupaciones en cuatro clases socio-ocupacionales, representadas por las clases I, II, III y IV.

En nuestra investigación el criterio para la recodificación de las distintas categorías ocupacionales es el siguiente: la Clase I, representa a los cuadros altos y medios-altos (clase alta) la Clase II a los mandos medios con semi y baja calificación (clase media), y por último la Clase III está representada por los trabajadores no calificados (clase baja)<sup>21</sup>. En el cuadro N°2 se ilustra la conformación de las categorías constitutivas de la variable clase social, según las ocupaciones declaradas en la ENS.

---

<sup>20</sup> En una primera instancia la intención fue generar cuatro categorías para la variable clase socio-ocupacional. Sin embargo en los estudios exploratorios realizados con la base de datos de la ENS, la categoría clase social I contaba con muy pocos casos, lo que sin duda generaría problemas para el análisis de los datos. Por esta razón se opta por unir esta categoría junto con la clase social II, dando lugar a una variable con tres categorías. Más allá de los efectos prácticos de esta operación, la misma puede verse justificada en la evidencia empírica arrojada por la investigación utilizada como referencia, donde se observa que las diferencias en los indicadores sanitarios entre la clase I y II son relativamente pequeñas (Navarro y Benach: 1996). A esto se le suma que en algunos estudios, se recomienda la división de la escala socio-ocupacional en tres clases sociales (Alonso: 1996).

<sup>21</sup> Cabe mencionar que queda excluida en la recodificación de esta variable, la opción de respuesta que refiere a los integrantes de las fuerzas armadas. Esto se debe al bajo número de sujetos que integran esta categoría, y a que su estructura particular dificulta en términos prácticos los análisis a realizar en nuestra investigación.

**Cuadro 2. Distribución de las ocupaciones de la ENS 2014 según clase Social.**

Clases sociales	Categorías laborales ENS 2014
<b>CLASE I (alta)</b>	1- Miembro del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos, personal directivo de la administración pública y de las empresas 2- Profesional, científico e intelectual 3- Técnico o profesional de nivel medio.
<b>CLASE II (media)</b>	4- Empleado de oficina 5- Trabajador de los servicios o vendedor de comercios y mercados 6- Agricultor o trabajador calificado agropecuario y/o pesquero. 7- Oficial operario o artesano de artes mecánicas y de otros oficios. 8- Operador y montador de instalaciones y máquinas
<b>CLASE III (baja)</b>	9- Trabajador no calificado.

Género:

La evidencia empírica de investigaciones citadas (Benach y Navarro 1996. Rocha y Muntaner 2013.), demuestra que para ciertos indicadores de salud, los patrones de desigualdad de clase no siguen una relación simétrica entre los géneros. Particularmente se observa que en algunos casos la distribución de la variable dependiente, se comporta de forma totalmente inversa cuando comparamos a hombres y mujeres. Por esta razón es pertinente incluir al género como variable de estratificación y así comprobar si efectivamente se constata este fenómeno.

Variables dependientes

La elección de las variables dependientes se orienta a captar la valoración subjetiva del estado de salud (salud auto-percibida), las conductas relacionadas con estilos de vida saludables (consumo de tabaco, consumo frecuente de alcohol y ejercicio físico) y el consumo de servicios médicos (consultas al médico y consumo de medicamentos)<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> En la ENS se releva esta información preguntándole al individuo acerca de cada uno de estos aspectos. Este hecho representa una ventaja en comparación con estudios antropométricos, donde las tasas de no respuesta son mucho mayores. Por ejemplo en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Enfermedades no Transmisibles (ENFRENT) del año 2013, se señala que se le pudo realizar todos los test antropométricos únicamente al 54% del total de casos seleccionados (2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles, MSP 2013).

#### Salud auto-percibida:

Esta variable se releva mediante la siguiente pregunta, “Ud. diría que en general su salud es...”, y se presentan cinco opciones de respuesta: “excelente”, “muy buena”, “buena”, “regular” y “mala”.

Navarro y Benach (1996) señalan que en la mayoría de las investigaciones epidemiológicas la salud auto-percibida se releva de esta manera, y luego se unen las opciones de respuesta en dos categorías para facilitar el análisis estadístico. En nuestro caso se opta por juntar las opciones “excelente”, “muy buena”, y “buena” en una única categoría denominada “buena”, y por otro lado se unen las opciones “regular” y “mala” en otra categoría denominada “mala”.

#### Consumo de tabaco:

La pregunta, “Actualmente, ¿fuma cigarrillos, cigarros, pipa u otras formas de tabaco?” con opciones de respuesta “Sí” y “No”, es la que seleccionamos del cuestionario para la construcción de esta variable. La misma presenta dos categorías, asumiendo valor 1 en caso de que la respuesta sea “Sí” y 0 en caso de que la respuesta sea “No”.

#### Consumo frecuente de bebidas alcohólicas:

Para el relevamiento de esta variable se escogen dos preguntas del cuestionario, en la primera se le pregunta a la persona si ha consumido alcohol en los últimos 12 meses y luego, en caso de que la respuesta sea afirmativa, se le pregunta con qué frecuencia tomó alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días. En esta última, las opciones de respuesta son: “Diariamente”, “Tres a seis veces por semana”, “Una o dos veces por semana”, “Una o dos veces por mes” y “No bebió en el último mes”. Se decide generar una nueva variable a partir de estas opciones de respuesta, con únicamente dos categorías. Por un lado se unen las opciones de respuesta “Diariamente”, “Tres a seis veces por semana” y “Una o dos veces por semana”, en una categoría denominada “consume” (con valor 1). Por otro lado se concentran las opciones “Una o dos veces por mes” y “No bebió en el último mes”, conjuntamente con aquellas personas que manifestaron no haber consumido alcohol en los últimos 12 meses, en una categoría denominada “no consume” (con valor 0). Esto permite diferenciar entre aquellas

personas que tienen un consumo problemático de la sustancia (consumo diario o semanal) y aquellas que consumen esporádicamente o directamente no consumen.

**Actividad física:**

Esta variable se releva mediante la pregunta: “Habitualmente, ¿realiza en su tiempo libre alguna actividad física como caminar, correr, hacer algún deporte, gimnasia, jugar en la calle, andar en bicicleta, etc., durante al menos 10 minutos consecutivos?”, donde las opciones de respuestas son “Sí” y “No”. A partir de esta pregunta se genera una variable dicotómica con valor 1 para la opción “Sí” y 0 para la opción “No”.

**Consumo médico:**

Esta variable reúne información acerca de dos aspectos, uno es el consumo de medicamentos prescritos por algún profesional de la salud y el otro la frecuencia con que las personas visitan o consultan al médico. Para el primero de ellos se selecciona la siguiente pregunta, “En los últimos 30 días, ¿utilizó medicamentos recetados por su médico?”, donde las opciones de respuesta son “Sí” y “No”. Mientras que el segundo se releva mediante la pregunta, “Durante los últimos 30 días, ¿hizo consultas con el médico general, cirujano, ginecólogo, oculista, psiquiatra u otro especialista?”, y al igual que en el caso anterior, las opciones de respuesta son “Sí” y “No”. Se decide juntar estas dos variables en un único indicador que nos aporte información referida al concepto de “Necesidad Médica”, para esto se suman las opciones de respuestas de ambas preguntas, generando una nueva variable catalogada como “Consumo médico”. Por un lado las personas que manifestaron haber consumido medicamentos y/o consultado a su médico en el último mes, se agrupan en un categoría llamada “consume” (con valor 1). Por otro las personas que no consumieron medicamentos y tampoco consultaron a su médico en el último mes, se agrupan en una segunda categoría denominada “no consume” (con valor 0).

### **Estrategia de análisis**

La primera etapa del análisis consistirá en un estudio descriptivo de los datos a través del procesamiento estadístico de tablas bi y multivariadas, donde se comparan frecuencias porcentuales entre categorías de las variables independientes.

En segunda instancia se plantean modelos de regresión logística (logit)<sup>23</sup> los cuales permiten aproximarnos al comportamiento de la variable dependiente en función de las variables independientes. Este tipo de modelo estadístico es una generalización del modelo de regresión lineal clásico, pero a diferencia de este, admite la utilización de variables dependientes nominales (Alderete: 2006). Para nuestro trabajo se ajustaron modelos de regresión logística para cada uno de los sexos, donde las variables regresoras están representadas por la clase social y la edad (variable de control).

En los modelos de regresión logística, los resultados se interpretan en términos de probabilidad. Un ejemplo podría ser observar cuál es la probabilidad de consumo de tabaco de una persona perteneciente a la clase social baja, respecto a una de clase alta. Como vemos, se toma una categoría de referencia de la variable independiente (clase I), y se realiza la estimación de la probabilidad para el resto de las categorías (clase II y III). En nuestro caso, la probabilidad de ocurrencia del fenómeno, toma como categoría de referencia a las personas de clase social I, con cuarenta años de edad. Se opta por mantener fija una determinada edad (en este caso 40 años, ya que es el promedio del rango de edades en nuestra población de estudio) debido a que nuestros indicadores varían según los años de la persona. Para la inclusión de la variable clase social en el modelo, se procede a generar dos nuevas variables dicotómicas (con valores 0 y 1) a partir de ella, estas son Clase II (media) y Clase III (baja). Cuando corremos el modelo para una persona perteneciente a la clase media, la variable Clase II asume valor 1 y la variable Clase III 0, sucediendo lo contrario en caso de correr el modelo para una persona de clase social baja. Si ambas variables asumen valor 0, significa que estamos corriendo el modelo para una persona que pertenece a la clase alta (clase I)<sup>24</sup>.

La estimación de los parámetros poblacionales (Betas) se realiza a través el programa SPSS. Estos parámetros son incluidos en la ecuación de regresión, multiplicando a los valores que se le asignan a las variables incluidas en el modelo (0 o 1 en el caso de las variables dicotómicas y valor numérico entero en el caso de variables discretas). A continuación se presenta la ecuación de regresión utilizada para el cálculo de probabilidades:

---

<sup>23</sup> En el Anexo N°4 se le destina un capítulo al desarrollo de los aspectos más relevantes de la regresión logística (pruebas de bondad de ajuste y estadísticos correspondientes a los parámetros betas).

<sup>24</sup> Ver ejemplo en Anexo N°4.

$$P(Y=1) = \frac{1}{1 + e^{(-\alpha - \beta_1 X_1 - \beta_2 X_2)}}$$

<b>1P (Y=1)</b>	Es la probabilidad del suceso de la variable dependiente según las variables regresoras
<b>e</b>	Constante de Euler, toma el valor 2,718
<b>α</b>	Constante del modelo
<b>β</b>	Parámetros del modelo
<b>X</b>	Valor que asume la variable independiente incluida en el modelo

Cabe señalar que el modelo es sometido a distintas pruebas de significación estadística, con el objetivo de evaluar el rechazo de la hipótesis nula. La misma es que no existen diferencias significativas en el comportamiento de los indicadores sanitarios escogidos según clase social, para cada uno de los sexos. En este sentido los estadísticos seleccionados son, la prueba ómnibus sobre los coeficientes del modelo, el pseudo R cuadrado de Nagelkerke<sup>25</sup>, y la prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow. El primero de ellos refiere a una prueba chi-cuadrado, *“que evalúa la hipótesis nula de que los coeficientes (β) de todos los términos (excepto la constante) incluidos en el modelo son cero”* (Aguayo 2007: 12). Por otro lado el pseudo R cuadrado indica la proporción de varianza de la variable dependiente, explicada por las variables independientes (similar al R<sup>2</sup> en la regresión lineal). Por lo último la prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow, consisten en comparar las frecuencias de los casos observados con los casos predichos, utilizando para ello el Chi cuadrado (Alderete 2006). En el anexo 4 se profundiza y detalla los principales aspectos metodológicos de los logit generados para este trabajo.

## Limitaciones

Nuestro trabajo posee una serie de limitaciones que nos inhabilitan a realizar ciertas generalizaciones. Una de ellas es que nuestro universo de estudio se reduce a la población ocupada, por lo que quedan fuera del alcance de esta investigación, grandes

<sup>25</sup> Este estadístico, a diferencia del de Cox y Snell (que también muestra la salida del programa), posee un rango que va de 0 a 1, lo que facilita su interpretación.

sectores sociales como jubilados, desocupados, menores de 14 años y estudiantes sin participación en el mercado laboral. Esto inevitablemente repercute en los resultados y en las conclusiones que se desprenden del análisis de los datos. A esto se le suma que la ENS recoge información únicamente de localidades urbanas de 5.000 habitantes o más, por lo que quedan excluidas aquellas personas que residen en localidades urbanas pequeñas y áreas rurales.

Por otro lado la construcción de la variable clase social, implica el recorte de cierta información que puede terminar incidiendo en algunos resultados. Como se menciona anteriormente, se decide dividir la escala socio-ocupacional en tres clase sociales, por tanto no se puede identificar diferencias (en caso de que existan) entre sectores ocupacionales comprendidos dentro de una misma clase. Este es un elemento a tener en cuenta al contrastar nuestros resultados con los de investigaciones antecedentes, ya que en este caso la variable clase social está conformada por más categorías. Por otro lado, al ajustar los modelos de regresión logística, se terminan comparando todas las clases sociales con la clase alta, lo que dificulta establecer diferencias precisas entre la clase media y baja independientemente del estrato de referencia.

Otro aspecto a tener en cuenta se desprende de las comparaciones entre la ECH 2014 y la ENS 2014. Como se ha mencionado, se procedió a comparar las frecuencias porcentuales de nuestras variables independientes (clase social y género) en una y otra base de datos. Los resultados nos advierten que en el caso de la ENS existe mayor presencia femenina en la población ocupada respecto a la ECH, lo que nos indica una leve sobrerrepresentación de las mujeres en nuestra población de estudio. Esto puede relacionarse con el hecho de que a diferencia de la ENS, la ECH también abarca localidades urbanas pequeñas y áreas rurales, por lo que su universo de estudio es más amplio.

## **Capítulo 4. Salud, género y clase social**

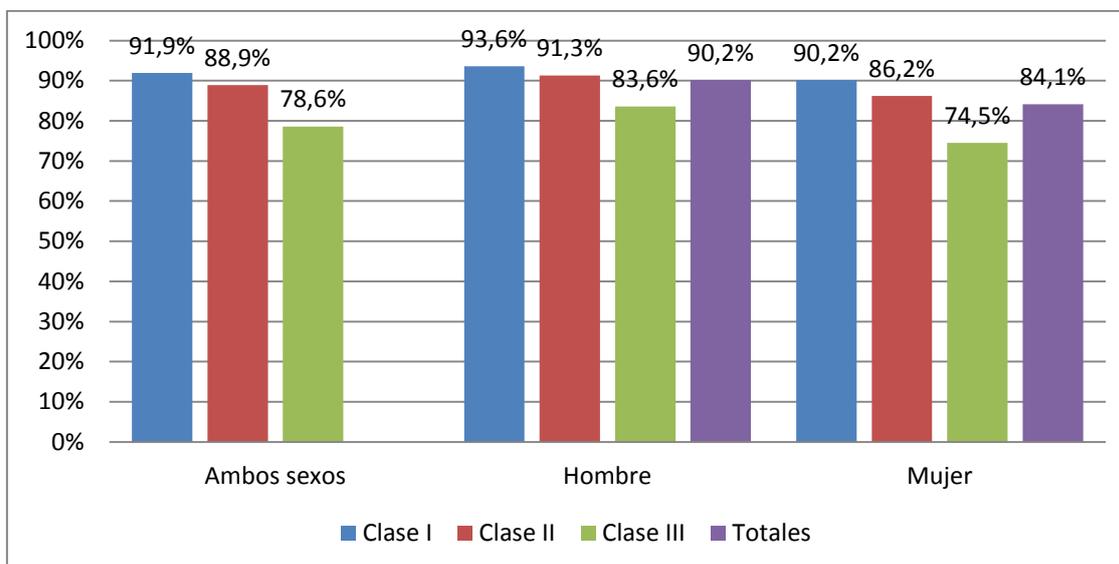
En el presente capítulo explora el vínculo entre, clase social, género y conductas relacionadas con la salud, a través del análisis estadístico multivariado. En primera instancia, se realiza un estudio descriptivo de los datos, mediante gráficos que muestran las diferencias porcentuales entre clase sociales y géneros, para cada uno de los indicadores sanitarios seleccionados. Luego se procede al estudio de los resultados arrojados por los distintos modelos de regresión logística. A continuación se presenta el análisis de los datos para cada una de las dimensiones relacionadas con la salud.

### **Salud auto-percibida**

Esta variable nos permite visualizar cómo las personas evalúan su propia salud. En el primer gráfico observamos la distribución de esta variable por clase social, y encontramos que a medida que descendemos en la escala socio-ocupacional la valoración negativa del estado de salud aumenta. Sobre todo este hecho se verifica si comparamos la diferencia porcentual entre las clases alta y baja, la cual asciende a 16,1%. Los datos muestran que son las clases sociales más desfavorecidas quienes manifiestan un peor estado de salud autodeclarado.

Por otro lado cuando estratificamos el análisis por género, observamos que en general las mujeres evalúan peor su salud que los hombres, en las tres categorías de la variable clase social. Concomitantemente las diferencias entre estas en ambos sexos, parecen seguir el mismo patrón de clase que en el promedio general, aunque son un poco más acentuadas en mujeres que en hombres. Mientras que para las primeras la diferencia entre la clase alta y baja es de 15,5%, para los segundos es de 10,4%.

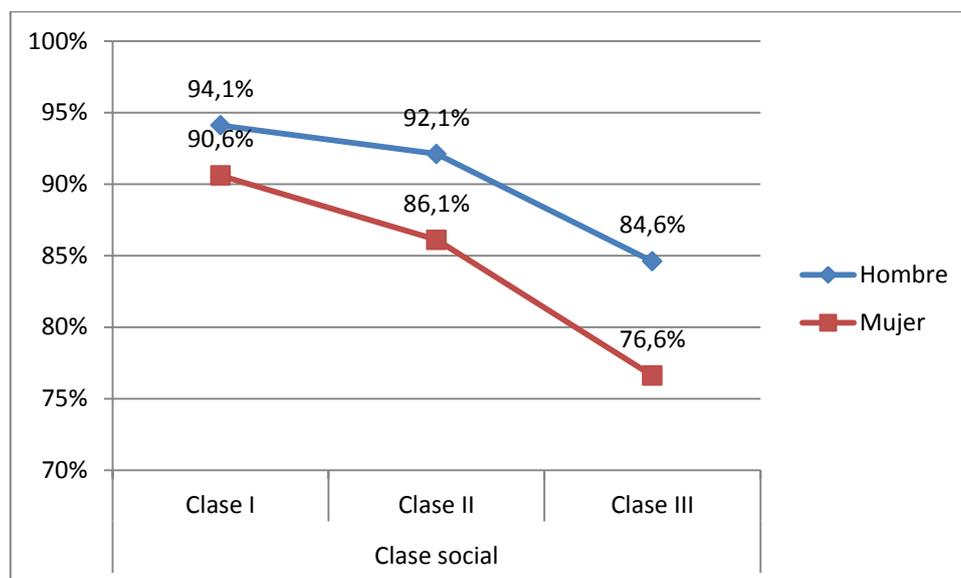
**Gráfico 1. Salud auto-percibida como buena en población ocupada según Clase Social y Sexo en la ENS 2014**



**Fuente:** elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP 2014.

Se presenta en el Gráfico N°2 los resultados de la regresión logística. En este caso lo que vemos es la probabilidad de declarar un buen estado de salud por clase social para cada uno de los géneros. Como se ha mencionado dicha probabilidad siempre es en función del estrato de referencia, que en este caso está representado por la clase alta (Clase I). Aunque las diferencias en términos de probabilidad no son muy pronunciadas entre clases sociales respecto a la categoría de referencia, es posible identificar cierta regularidad en la variable salud auto-percibida. Como vemos tanto para hombres como para mujeres, a medida que descendemos en la escala socio-ocupacional, la probabilidad de declarar un estado de salud óptimo disminuye. En ambos sexos la mayor diferencia se constata entre la clase alta y la clase baja, donde en los primeros la diferencia porcentual en términos de probabilidad es de 9,5% y en las segundas es de 14%.

**Gráfico 2. Probabilidad de declarar un buen estado de salud auto-percibido en hombres y mujeres según Clase Social**



**Fuente:** elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP 2014. La categoría de referencia está representada por la clase I.

Para este indicador los datos ilustran que en general las mujeres evalúan peor su salud que los hombres, aunque en ambos casos se percibe una distribución por clase social bastante similar, donde la valoración negativa el estado de salud aumenta a medida que descendemos en la escala socio-ocupacional. Las diferencias de género y clase en este caso, coinciden bastante con los resultados presentados por las investigaciones internacionales que aquí se han mencionado, las cuales resaltan estos mismos aspectos (Navarro y Benach 1996. Rodríguez 2011. Bones, Muntaner, González, Bernal, Vallebuona, Borrell y Solar 2013).

Por un lado los investigadores sostienen que las diferencias entre clases sociales para la salud auto-percibida, se relacionan directamente con indicadores sanitarios objetivos (como la esperanza de vida, la presencia de enfermedades crónicas y la práctica de conductas nocivas desde el punto de vista médico), los cuales asumen valores más negativos entre los sectores socioeconómicamente menos privilegiados. Por otro lado en el caso de las diferencias entre géneros, no se percibe una correlación directa entre mejores indicadores de mortalidad o morbilidad, y una mejor valoración del estado de salud. Como señala Rodríguez (2011), son las mujeres quienes presentan indicadores más positivos en este sentido (mayor esperanza de vida y menor presencia de

enfermedades asociadas a conductas nocivas para la salud), pero una peor percepción de su salud respecto a los hombres.

### **Estilos de vida en salud**

Esta dimensión agrupa variables que recaban información relacionadas con estilos de vida saludables, como el consumo de tabaco, el consumo frecuente de bebidas alcohólicas, y la realización de actividad física. En este caso, para el análisis descriptivo de frecuencias porcentuales, se decidió juntar estas tres variables en un índice que diera cuenta de la persistencia de factores de riesgo<sup>26</sup> para la salud. Dicha variable asume un recorrido entre 0 y 3, donde 0 representa no tener ninguna conducta nociva para la salud (consumir frecuentemente alcohol, consumir tabaco, y no realizar actividad física), y el valor 3 poseer todas. Lo que se intenta determinar aquí, es la prevalencia de factores de riesgo que aumenten la probabilidad de padecer alguna enfermedad crónica, por tanto la población con mayores chances de tener, o de sufrir en el futuro, este tipo de enfermedades, asumirá valores próximos a 3 y aquella con menos probabilidad próximos a 0. En el gráfico que se muestra a continuación se observa la distribución de este índice por clase social, únicamente para los valores 0 y 3 (por lo que quedan excluidos los valores 1 y 2). Lo que se busca al tomar los valores extremos de la distribución, es una mejor visualización de la población que podríamos considerar de mayor riesgo (3), respecto a la de menor riesgo (0).

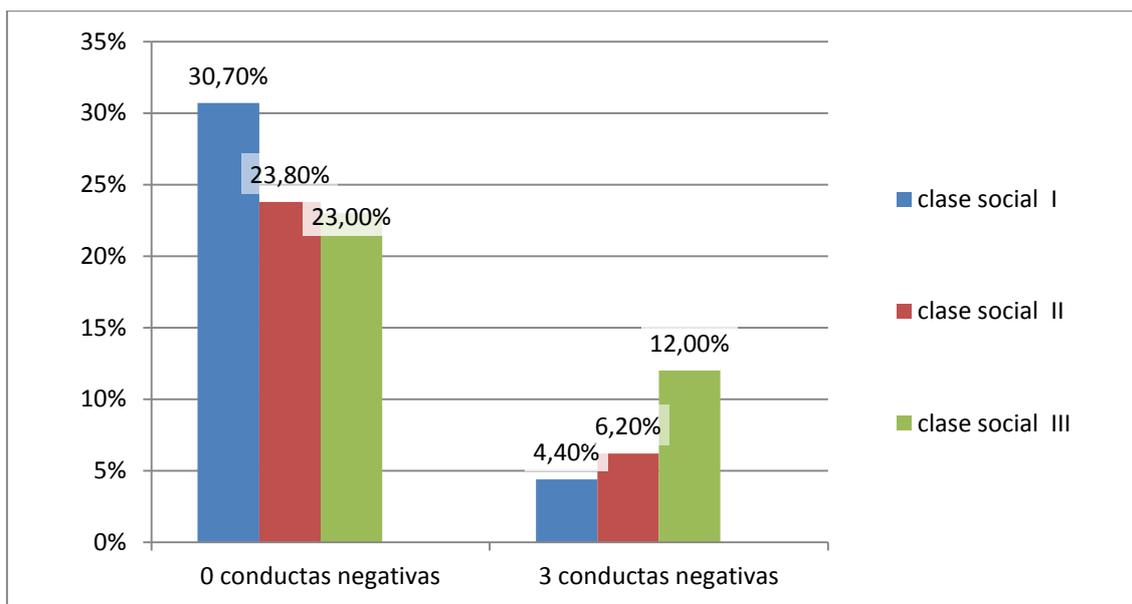
Como puede apreciarse en el Gráfico N°3 la distribución por clase social para el índice sigue un patrón de clase lineal, donde a medida que se desciende en la escala socio-ocupacional, la prevalencia de conductas consideradas de riesgo para la salud aumenta. En este sentido la diferencia porcentual entre las clases sociales alta y baja es de 7,7% para las personas que manifiestan no tener ninguna de las conductas negativas para la salud, y de 7,6% para la población que manifiesta tener las tres. Este último dato es interesante, ya que la clase baja casi triplica en términos porcentuales a la clase alta respecto a población en situación de riesgo de contraer o padecer enfermedades crónicas. Es bueno aclarar que en el caso de la población que manifiesta no tener ninguna conducta nociva para la salud, la diferencia porcentual entre la clase media y

---

<sup>26</sup> Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS 2019).

baja es prácticamente inexistente, por lo que no se visualiza un patrón de clase social tan definido para este sector de la población.

**Gráfico 3. Porcentaje de población con 0 o 3 conductas de riesgo para la salud según Clase Social para población ocupada en la ENS 2014**



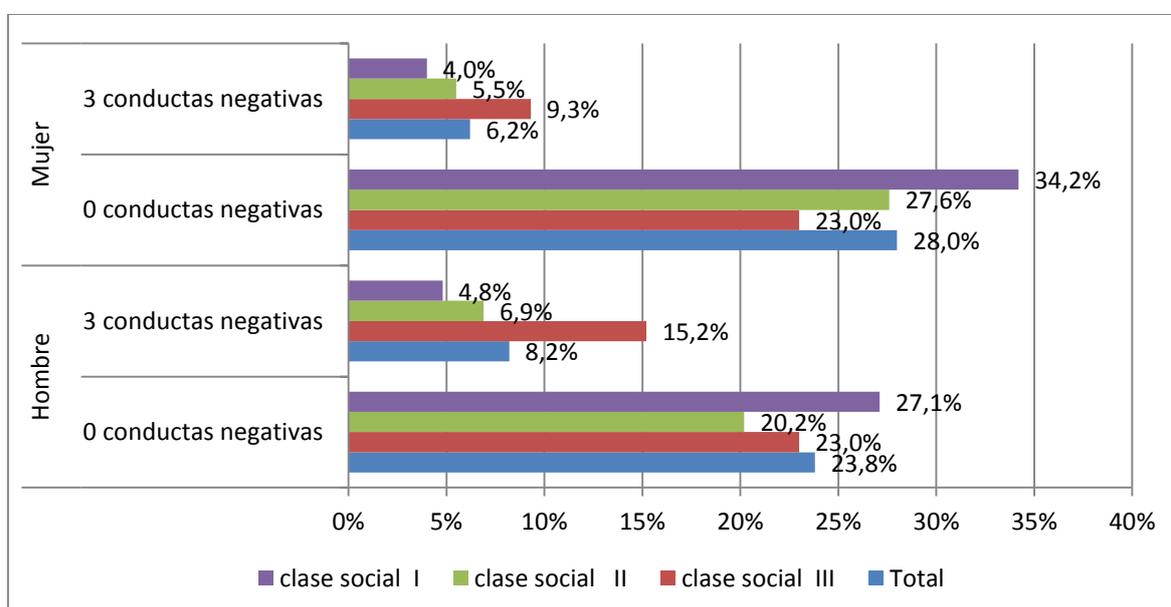
**Fuente:** elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP 2014.

Al igual que sucede con la salud auto-percibida, estos datos no difieren de los resultados a los que llegaron las investigaciones utilizadas como antecedentes, donde se afirma que en general, los sectores socio-ocupacionales más bajo son quienes manifiestan una mayor prevalencia de este tipo de conductas (Navarro y Benach 1996. De Souza 2011. Bones, Muntaner, González, Bernal, Vallebuona, Borrell y Solar 2013).

Cuando observamos este mismo fenómeno para cada uno de los sexos (Gráfico N°4), podemos encontrar diferencias en la distribución por clases sociales entre ellos. En los hombres, la diferencia de clase para la población que no presenta ninguna conducta negativa no sigue un patrón lineal, mientras que en las mujeres sí. En varones el valor más bajo se encuentra en la clase media (20,2%) y el más alto en la clase alta (27,1%), y para las mujeres estos valores se ubican en la clase baja (23%) y la clase alta (34,2%) respectivamente. Por otro lado para aquellas personas que manifiestan tener tres

conductas negativas, se observa que en ambos sexos la distribución por clase social sigue cierta regularidad, donde a medida que descendemos en la escala socio-ocupacional la prevalencia de esta población es mayor. Sin embargo este fenómeno se ve con mayor nitidez en los hombres, ya que la diferencia porcentual entre las clases alta y baja es de 10,4% (la clase baja triplica en términos porcentuales a la clase alta), y en mujeres esta diferencia es de 5,3%.

**Gráfico 4. Porcentaje de población con 0 o 3 conductas de riesgo para la salud, según Clase Social y Sexo para población ocupada ENS 2014**



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP 2014.

Además podemos afirmar que para todas las clases sociales, las mujeres manifiestan una menor prevalencia de conductas consideradas de riesgo para la salud respecto a los hombres, hecho constado por Rodríguez (2011) y de Souza (2011) en sus respectivas investigaciones. En este sentido un dato interesante que maneja Rodríguez (2011), y que se mencionara anteriormente, es el hecho de que las mujeres manifiestan una peor valoración de su salud, teniendo mejores indicadores de calidad sanitaria que los hombres. La autora lo relaciona con la construcción social que se hace acerca de lo masculino y lo femenino, entendiendo que este hecho repercute en un mejor estado de salud objetivo por parte de las mujeres, pero también en un peor estado de salud subjetivo. Una de las causas que se señalan, es la visión de lo masculino como fuerte y

viril, lo cual provoca que los hombres adquieran conductas más arriesgadas desde el punto de vista médico, y se muestren menos frágiles ante enfermedades o situaciones de vulnerabilidad fisiológica respecto a las mujeres (Rodríguez 2011).

A continuación se presentan los resultados del modelo de regresión logística para cada una de las variables constitutivas de la dimensión estilos de vida en salud.

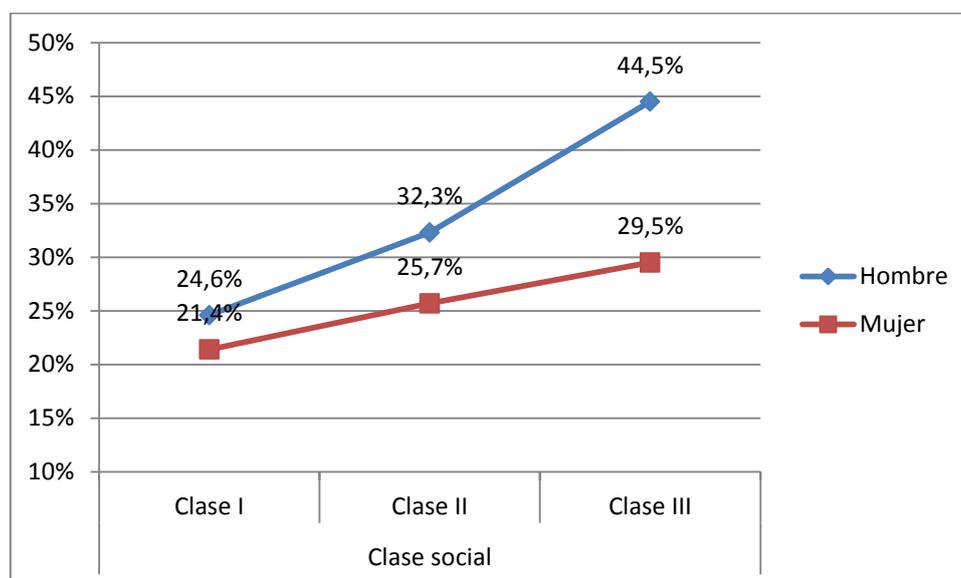
### Consumo de tabaco

En el gráfico N°5 se muestra la probabilidad de consumir tabaco según clase social y género, de lo cual se desprende que en general los hombres tienen mayores probabilidades de consumo que las mujeres. Por otro lado cuando comenzamos a analizar la distribución por clase social para cada uno de los sexos, encontramos cierta regularidad. Como vemos, a medida que descendemos en la escala socio-ocupacional la probabilidad de consumo de tabaco entre clases sociales respecto a la clase alta, es mayor en ambos sexos, acentuándose las diferencias de clase en los hombres. En estos la probabilidad de consumo de una persona perteneciente a la clase baja (45,5%) es de 19,9% mayor respecto a una persona de clase alta (24,6%), mientras que en las mujeres esta probabilidad es de sólo 8,1%.

Este dato difiere de lo planteado por las investigaciones de Navarro y Benach (1996) y de Bones, Muntaner, González, Bernales, Vallebuona, Borrell y Solar (2013), donde se sostiene que la distribución de clase para el consumo de tabaco, sigue patrones inversos entre hombres y mujeres. Más precisamente se advierte que, mientras en hombres el consumo de esta sustancia aumenta a medida que se desciende en la escala social, en mujeres sucede lo contrario. Sin embargo los autores también señalan que esta tendencia ha comenzado a revertirse en los últimos tiempos. Se sostiene que la mayor prevalencia de tabaquismo se constata primero en hombres y personas de clases privilegiadas, para después pasar a mujeres y personas de clases trabajadoras. Este proceso se relaciona con el ingreso relativamente reciente de las mujeres al mercado laboral, lo que con frecuencia ocurre antes en las clases privilegiadas. Se ha observado que inicialmente son las mujeres de estos sectores sociales quienes adoptan comportamientos de riesgo que son más comunes en los hombres, para luego ser

adquiridos por las mujeres de clases populares (Bones, Muntaner, González, Bernal, Vallebuona, Borrell y Solar 2013).

**Gráfico 5. Probabilidad de consumo de tabaco en hombres y mujeres según Clase Social**



**Fuente:** elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP 2014. La categoría de referencia está representada por la clase I.

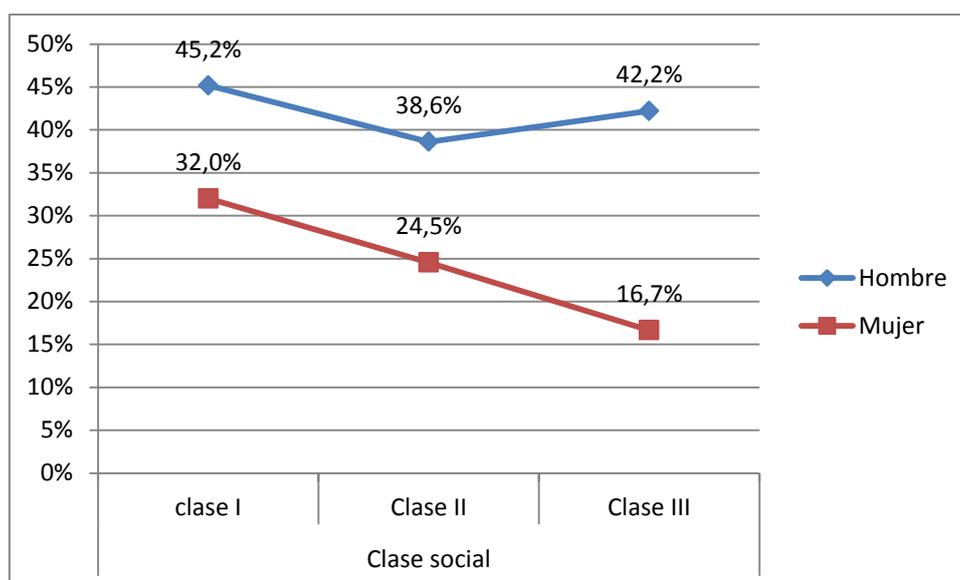
En otro sentido, si observamos gráficamente la diferencia entre los géneros por clase social, podemos constatar que las mismas parecerían ser más pronunciadas en la clase baja. Sin embargo no podemos determinar estrictamente esta diferencia, ya que los modelos se corren para cada uno de los sexos por separado, lo que no nos inhabilita a comparar porcentajes entre géneros para una misma clase social. Por ende, sólo podemos advertir que las diferencias de género podrían manifestarse con mayor intensidad en los sectores socio-ocupacionales más bajos.

#### Consumo frecuente de alcohol

El primer dato que podemos destacar sobre el consumo frecuente de bebidas alcohólicas (al igual que para el consumo de tabaco), es que independientemente de la clase social, los hombres poseen mayor probabilidad que las mujeres de consumir alcohol. Por otro lado, al observar la distribución por clase social para cada uno de los

sexos, encontramos diferencias importantes. Mientras que en los hombres no se visualiza un patrón claro de desigualdad entre clases sociales (ya que las diferencias son pequeñas y no siguen una distribución lineal), en las mujeres dicho patrón está más definido. En este caso a medida que ascendemos en la escala socio-ocupacional la probabilidad de consumo de alcohol respecto a la clase alta aumenta. Aquí las diferencias porcentuales en la probabilidad de consumo son de 7,5% entre a clase alta y media y de 15,3% entre la clase alta y baja. Este hecho contrasta con lo observado para el consumo de tabaco, donde las mayores diferencias porcentuales entre clase sociales se percibían en hombres.

**Gráfico 6. Probabilidad de consumo frecuente de alcohol en hombres y mujeres según Clase Social**



**Fuente:** elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP 2014. La categoría de referencia está representada por la clase I.

En este sentido se verifica lo señalado por la investigación de Navarro y Benach (1996), donde se afirma que son las mujeres mejor posicionadas socio-profesionalmente, las que presentan un mayor consumo de alcohol. En este caso la explicación que brindan los autores, respecto a que las mujeres pertenecientes a sectores socioeconómicamente más altos adquieren primariamente comportamientos nocivos para la salud, toma mayor veracidad. Por otro lado, no logramos observar una relación lineal por clase social en los hombres (hecho que si visualizamos en el consumo de

tabaco), ya que la distribución de la variable toma la forma de una parábola positiva, donde las clases alta y baja asumen los valores más altos.

Por último vemos que las diferencias de género no parecerían manifestarse de la misma manera entre clases sociales. Si bien, al igual que en el caso anterior, no podemos comparar estrictamente diferencias porcentuales entre géneros para cada una de las clases sociales, visualmente podemos estimar que estas son mayores en la clase baja.

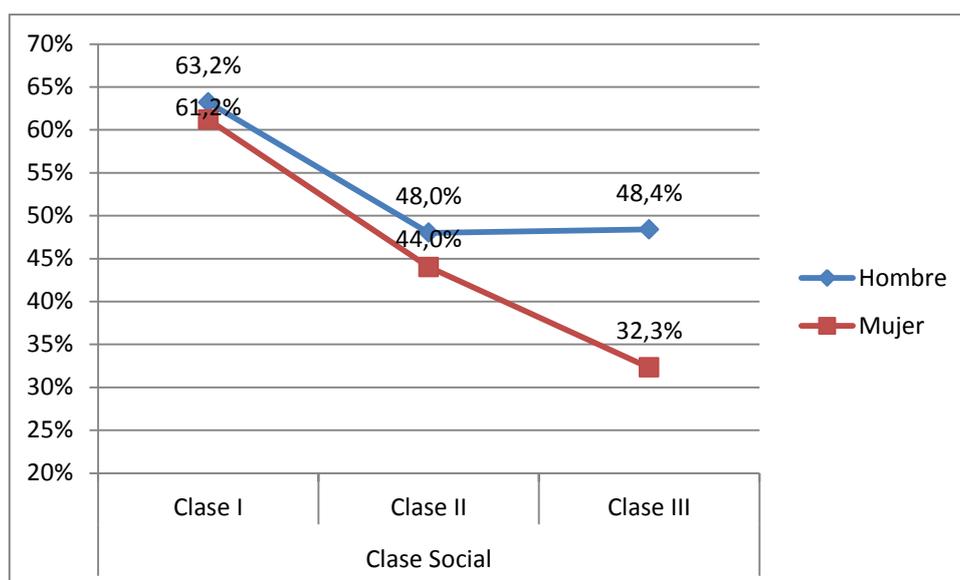
### Actividad física

En primera instancia observamos que en general los hombres poseen mayor probabilidad de realizar actividad física que las mujeres, lo que es un hecho curioso, ya que en este caso los datos van en sentido contrario respecto a los dos indicadores anteriores. En estos se observa que la presencia de conductas negativas para la salud (consumo de tabaco y alcohol) es mayor en hombres que en mujeres, fenómeno que se manifiesta de manera inversa para la realización de actividad física. Este hecho puede relacionarse con lo ya mencionado por parte de Rodríguez (2011) donde se vincula a la desigualdad de género con pautas de conductas distintas entre hombres y mujeres. En este sentido el deporte estuvo asociado históricamente con lo masculino (fuerza física, virilidad, etc.), lo que hace que los hombres se inclinen más por esta práctica que las mujeres. A esto se le suma la desigualdad de género en la distribución del trabajo no remunerado. Como lo indica la Encuesta de uso del Tiempo y del Trabajo no Remunerado realizada en nuestro país en el año 2013, las tareas domésticas y de cuidado descansan en mayor medida en las mujeres, lo que disminuye la disponibilidad de tiempo libre para la realización de otras actividades como por ejemplo el ejercicio físico.

Por otro lado cuando analizamos la distribución por clase social para cada uno de los sexos, encontramos que las mujeres poseen un marcado patrón de clase, donde a medida que se desciende en la escala socio-ocupacional, la probabilidad de practicar ejercicio físico disminuye respecto a la clase alta. En este caso la diferencia en la probabilidad de realizar actividad física entre las clases alta y media es de 17,2% mientras que entre la clase alta y baja asciende a 28,9%. En hombres esta regularidad no es tan marcada, ya

que la probabilidad de realizar ejercicio físico de la calases media y baja es muy similar respecto a la clase alta. Sin embargo se constata que para ambos sexos, la probabilidad de practicar ejercicio físico en la clase alta es superior a las demás clases sociales. Este fenómeno también es observado en las investigaciones de referencia de Navarro y Benach (1996), y Bones, Muntaner, González, Bernales, Vallebuona, Borrell y Solar (2013). En esta última se señala que son las personas pertenecientes a ocupaciones de mayor jerarquía (como gerentes y supervisores expertos) quienes poseen mayor probabilidad de realizar actividad física respecto a los estratos socio-ocupacionales más bajos.

**Gráfico 7. Probabilidad de realizar actividad física en hombres y mujeres según Clase Social**



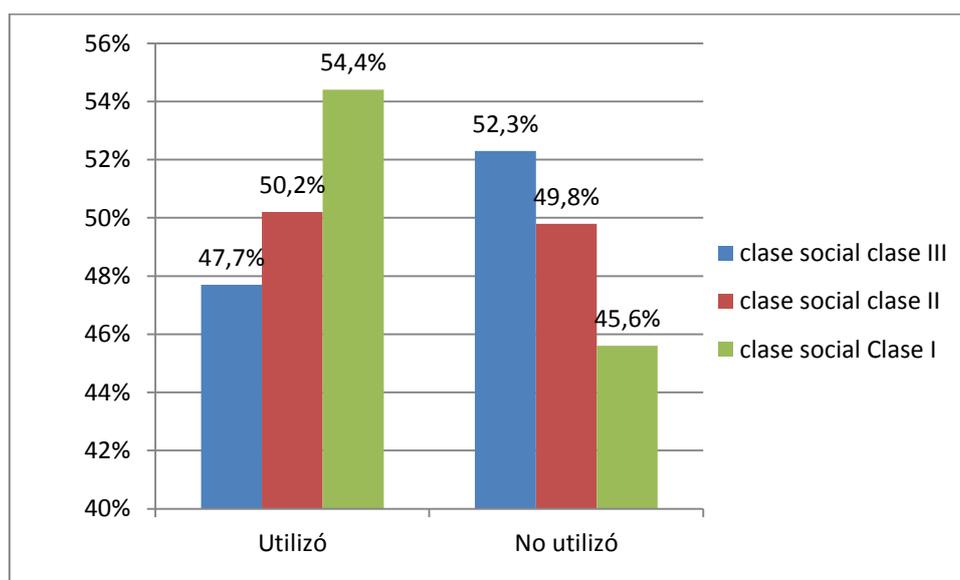
**Fuente:** elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP 2014. La categoría de referencia está representada por la clase I.

Por último al igual que en el caso anterior, se observa que las diferencias de géneros parecerían manifestarse con mayor intensidad en la clase baja. Sin embargo como ya se ha mencionado, no se puede establecer en términos de probabilidad, una diferencia precisa entre géneros para esta clase social. A pesar de ello, se aprecia como las diferencias de género asociadas a la práctica de ejercicio físico tienden a diluirse a medida que ascendemos en la escala social, percibiéndose patrones de conducta bastante similares entre hombres y mujeres de clases superiores.

## Consumo Médico

Mediante este indicador procuraremos dar cuenta del consumo de servicios médicos por parte de las personas. El Gráfico N°8 muestra la distribución del consumo médico por clase social, y como vemos, a medida que ascendemos de clase, el consumo médico parece ser mayor. Sin embargo las diferencias porcentuales entre clase sociales no son demasiado importantes, por ejemplo entre las clases alta y baja es de 6,7%, y entre las clases media y baja es de tan sólo 2,5%. En principio estos datos nos indicarían que el consumo médico no sería una variable que genere grandes diferencias de clase.

**Gráfico N°8. Porcentaje de consumo médico según clase social para población ocupada en la ENS 2014**



**Fuente:** elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP 2014.

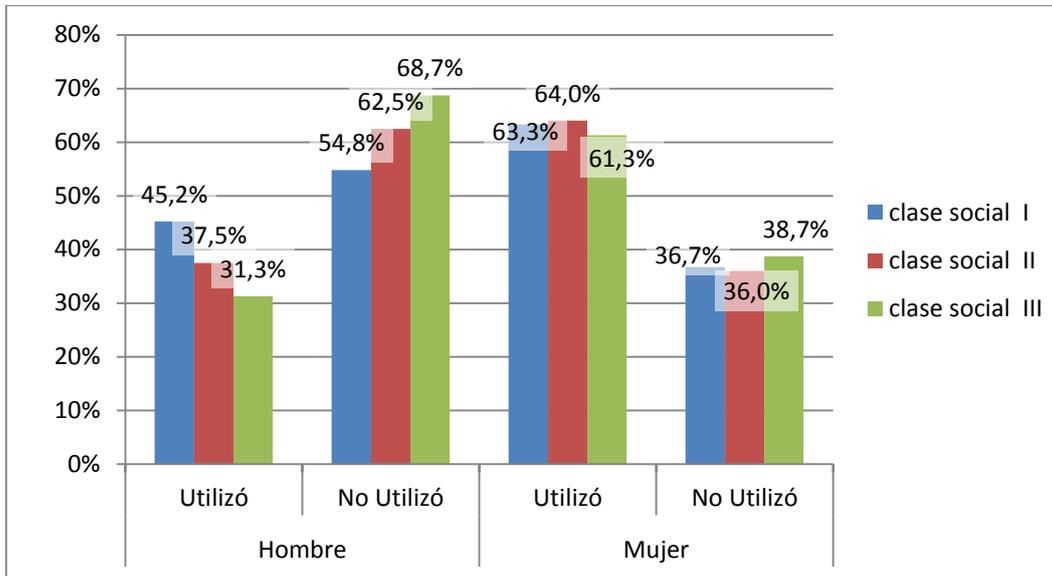
Por otro lado cuando incorporamos al sexo como variable de estratificación (Gráfico N°9), encontramos algunos datos interesantes. El primero es que las mujeres, independientemente de la clase social, poseen un consumo médico mayor que los hombres. Esto es esperable, ya que como marca de Souza (2011), las mujeres tienen un vínculo más estrecho con las instituciones de salud. El autor encuentra dos factores que inciden en este fenómeno, el primero es la construcción social de lo masculino, que genera mayor resistencia por parte de los hombres a mostrarse vulnerables fisiológicamente, hecho que termina repercutiendo en un menor contacto con los centros

de salud. El segundo refiere a procesos de medicalización más intensos en las mujeres (vinculados a la atención durante el embarazo y el parto).

En lo que refiere a la distribución de las clases sociales por género, encontramos que los hombres poseen diferencias porcentuales más acentuadas respecto al promedio general, donde se observa un patrón de clase social más definido. Como vemos, al ascender en la escala social el consumo médico aumenta, constatándose una diferencia porcentual entre las clases alta y baja de 13,9%. En comparación, las mujeres no presentan una linealidad en la distribución por clase social para este indicador, más precisamente se podría afirmar que en este caso el efecto de la clase social es prácticamente inexistente.

Como último aspecto, se observa que la diferencia entre géneros para este indicador es menos pronunciada en la clase social alta (18,1%), respecto a las clases media (26,5%) y baja (30%). Esto nos señala que la diferencia entre géneros para el consumo de servicios médicos, tiende a disminuir a medida que ascendemos en la escala socio-ocupacional.

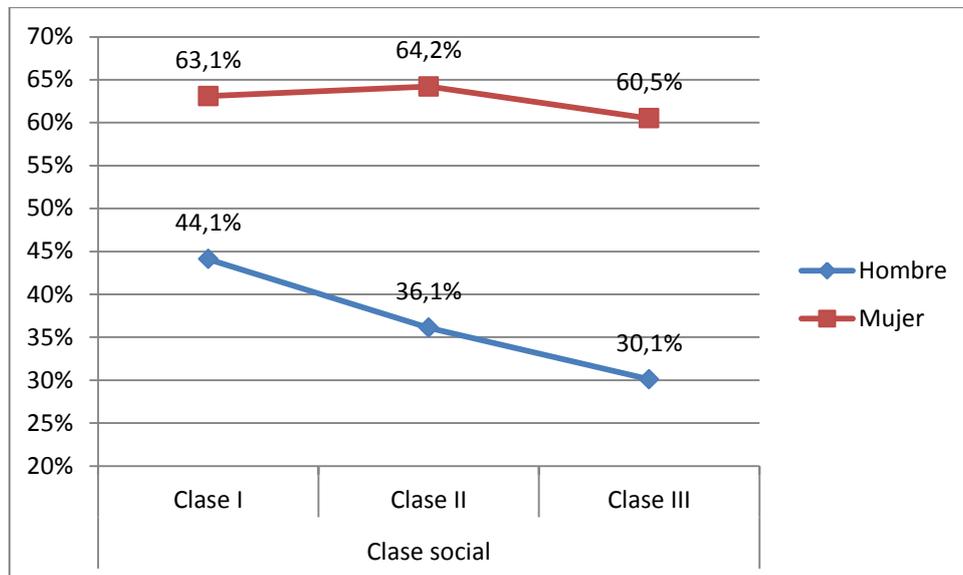
**Gráfico 9. Porcentaje de consumo médico según clase social y sexo para población ocupada ENS 2014**



**Fuente:** elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP 2014.

Como se observa en el Gráfico N°10, las mujeres poseen una mayor probabilidad de consumo médico que los hombres. En estos últimos, se puede identificar cierta linealidad en la distribución de la variable clase social, la cual indica que a medida que descendemos en la escala social la probabilidad de consumo de servicios médicos disminuye. Por ejemplo la diferencia porcentual entre las clases sociales alta y media es de 8%, mientras que entre las clases alta y baja es de 14%. En el caso de las mujeres este fenómeno no se observa, ya que las diferencias porcentuales en términos de probabilidad entre clases sociales son muy pequeñas.

**Gráfico 10. Probabilidad de consumo médico en hombres y mujeres según Clase Social**



**Fuente:** elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP 2014. La categoría de referencia está representada por la clase I.

Como se ha mencionado esta variable genera diferencias importantes entre géneros, aunque no así entre clases sociales, hecho que es mencionado por Navarro y Benach (1996). Sin embargo Boltanski señala que, “*se puede encontrar en la frecuencia del recurso al médico según la clase social, el principal indicador de la intensidad de la "necesidad médica"*” (Boltanski 1975: 16). En su investigación, el autor observa que la percepción de enfermedades funcionales se da con mayor intensidad en las clases sociales más acomodadas, lo que repercute directamente en la frecuencia con que estas consultan al médico. Con los datos que disponemos no podemos corroborar esta hipótesis, lo que puede explicarse por múltiples factores. Entre ellos el contexto en que Boltanski realiza su investigación (Francia en la década del '70), que difiere bastante del nuestro. Por otro lado existen aspectos metodológicos que hacen a la construcción de los datos (como por ejemplo el criterio para la construcción de la variable clase social, y el relevamiento del consumo médico), que son distintos en nuestro trabajo respecto al del autor, lo que sin duda repercute en la diferencia de resultados.

## Capítulo 5. Reflexiones finales

La presente investigación se propuso evidenciar diferencias entre clases sociales y géneros en la población uruguaya, fueron considerados factores tales como la valoración subjetiva del estado de salud, los estilos de vida saludables y el consumo médico. En este sentido las variables independientes utilizadas fueron la clase social (construida a partir de la ocupación del individuo) y el sexo (como variable proxy del género). Por otro lado las variables dependientes estuvieron representadas por la salud auto-percibida, el consumo de tabaco, el consumo frecuente de alcohol, la realización de actividad física y el consumo de servicios médicos.

A través del análisis se pudo constatar que efectivamente existen diferencias entre clases sociales y géneros para los indicadores seleccionados. Sin embargo se advierte que dichas diferencias asumen características propias dependiendo la dimensión que se esté analizando.

En el caso de la valoración subjetiva de la salud, se observa que las mujeres tienden a declarar un peor estado sanitario que los hombres en todas las clases sociales. Concomitantemente encontramos que en ambos sexos, la probabilidad de valorar positivamente la salud disminuye a medida que descendemos en la escala socio-ocupacional, siendo las personas de clase baja las que poseen un peor estado de salud autodeclarado.

Para los estilos de vida en salud se observan diferencias claras entre clases sociales. El indicador que concentra las tres variables relacionadas con esta dimensión, nos señala que es en la clase baja, donde se concentra la mayor cantidad de personas con alto riesgo de tener, o padecer en el futuro, alguna enfermedad crónica. Este mismo fenómeno se observa para cada uno de los sexos, aunque se manifiesta con mayor intensidad en hombres que en mujeres. Esto coincide con lo señalado por Rodríguez (2011), quien advierte que los hombres son más proclives a adquirir conductas negativas desde el punto de vista sanitario.

Cuando analizamos individualmente las variables constitutivas de los estilos de vida, encontramos que las diferencias entre clase sociales y géneros se comportan de manera distinta en cada una de ellas. Para el consumo de tabaco, sucede que en ambos sexos la

probabilidad aumenta a medida que descendemos en la escala socio-ocupacional, siendo más acentuadas las diferencias de clase entre los hombres. Como se menciona en el análisis, este hecho contradice la tesis planteada por las investigaciones presentadas como antecedentes (Navarro y Benach 1996. Bones, Muntaner, González, Bernal, Vallebuona, Borrell y Solar 2013), donde se señala que el consumo de tabaco sigue patrones de clase social inversos entre hombres y mujeres.

En el caso del consumo frecuente de alcohol, las diferencias entre clases sociales sí se manifiestan de manera distinta según el género. Mientras que en hombres no se visualiza un patrón de clase definido (ya que las diferencias en la probabilidad de consumo son pequeñas entre clases sociales respecto a la clase alta), en mujeres se puede identificar una gradiente de clase social más claro. En este caso a medida que ascendemos en la escala social, la probabilidad de consumo frecuente de alcohol aumenta. Esto condice con lo planteado por Navarro y Benach (1996) en su investigación.

Respecto a la realización de actividad física encontramos diferencias entre clases sociales para ambos sexos, aunque estas son más visibles en mujeres que en hombres. Estos, a diferencia de las primeras, no presentan un gradiente de clase social tan definido. Por otro lado se encuentra que las diferencias de género al interior de las clases sociales, parecerían manifestarse con más intensidad en la clase social baja.

Por último en lo que refiere al consumo médico, observamos que independientemente de la clase social, las mujeres poseen un mayor consumo que los hombres. En estos últimos se pueden visualizar ciertas diferencias entre clases sociales, las cuales indican que a medida que ascendemos en la escala social el consumo médico aumenta, hecho que no se constata en las mujeres.

Como vemos las variables independientes (clase social y género), no se comportan de la misma manera en todos los indicadores vinculados con la salud que seleccionamos.

En general los hombres asumen comportamientos nocivos para la salud en mayor medida que las mujeres. Este hecho se ve claramente en dos de los indicadores constitutivos de los estilos de vida, como el consumo de tabaco y el consumo de alcohol. Sin embargo en lo que refiere a la salud auto-percibida, encontramos que son las mujeres quienes peor evalúan su estado sanitario, por lo que no se constata una

relación directa entre mejores estándares de salud objetiva y una mejor salud subjetiva entre los sexos. Según Rodríguez (2011) este fenómeno es atribuible a desigualdades de género relacionadas con la construcción social de lo femenino y lo masculino.

Por otro lado en la mayoría de los indicadores, los resultados nos indican que los grupos sociales menos aventajados (representados por la clase baja), son quienes poseen una prevalencia más alta de conductas o hábitos negativos para la salud (mayor consumo de tabaco, menor práctica de ejercicio físico, peor valoración de su salud). Sin embargo en otros indicadores, y al estratificar por sexo, encontramos que son las clases sociales más aventajadas, las que asumen los valores más negativos (mayor consumo de alcohol en mujeres de clase alta). Esto nos señala que si bien a nivel general las desigualdades de clase repercuten de manera negativa en los sectores socio-ocupacionales más bajos, esto no siempre es así, ya que en algunos casos puede observarse peores indicadores de calidad sanitaria en sectores ubicados en la cúspide de la escala social.

También se pueden visualizar que las diferencias de género no se manifiestan de la misma manera en todas las clases sociales, más precisamente se percibe que las mismas parecerían diluirse a medida que ascendemos socialmente. Este fenómeno se observa para casi todos los indicadores, y coincide con lo planteado por de Souza (2011). En esta línea encontramos que las diferencias de género en conductas relacionadas con la salud, podrían atenuarse o intensificarse dependiendo de la clase social a la que se pertenezca.

En el caso del consumo médico no se logró evidenciar diferencias claras entre clases sociales. Esto se contrapone al trabajo teórico y analítico desarrollado por Boltanski (1975), en el cual se afirma que existen diferencias notorias en el consumo de productos y servicios médicos entre clases socio-ocupacionales. Como ya se ha señalado, las diferencias contextuales y metodológicas con el trabajo de este autor son importantes, lo que pudo haber repercutido en la divergencia de resultados entre una y otra investigación. Sin embargo sería interesante continuar realizando estudios de desigualdad en este sentido, ya que como se pudo evidenciar existen diferencias entre hombres y mujeres en este campo, lo que nos habla de desigualdades de género que podrían estar repercutiendo en patrones de consumo médico diferenciales.

En base a lo expuesto en párrafos precedentes, podemos decir que existen diferencias de clase social y género, que repercuten en la salud de la población uruguaya, constatándose que las condicionantes estructurales son determinantes en el abordaje de las desigualdades sociales en salud. Sin embargo, hay que ser cautelosos con el alcance de esta afirmación. Como se señalara en el capítulo metodológico, nuestro universo de estudio se reduce a la población ocupada residente de localidades mayores a cinco mil habitantes, este hecho representa una de las principales limitaciones de nuestro trabajo y nos inhabilita a generalizar los resultados para toda la población. Aunque también es justo mencionar que la gran mayoría de la población en nuestro país reside en áreas urbanas.

Más allá de esta cuestión, la presente investigación procura incentivar a que los estudios sociales en el campo de la salud comiencen a tomar a la clase social (independientemente de su conceptualización teórica) como factor determinante de patrones y conductas sanitarias poblacionales, y que no se detengan únicamente en el análisis de indicadores de estratificación social como el ingreso o el nivel educativo. Investigaciones que complementen el análisis clásico de estratificación con estudios de clase social y género, podrían obtener resultados muchos más interesantes desde el punto de vista sociológico. El contemplar múltiples indicadores de desigualdad social en el abordaje de temas relacionados con la salud, brinda una mayor generación de conocimiento teórico y empírico, que podría colaborar en el diseño e implementación de políticas gubernamentales orientadas a mitigar la incidencia de las desigualdades sociales en el campo de la salud pública.

## Bibliografía

Alderete, Ana María (2006) “Fundamentos del Análisis de Regresión Logística en la Investigación Psicológica” en revista Evaluar (52-67). Universidad Nacional de Córdoba.

Alonso, Jordi (1996) “Validez de la ocupación como indicador de la clase social, según la clasificación del British Registrar General” en revista Gaceta Sanitaria, Barcelona septiembre-octubre 1977 vol. 11

Aguayo Canela, Mariano (2012). Cómo hacer una Regresión Logística con SPSS© “paso a paso”. Fundación Andaluza Beturia para la Investigación en Salud.

Bauman, Zygmunt (2003), Modernidad Líquida. Fondo de Cultura Económica de Argentina S. A. Buenos Aires.

Boltanski, Luc (1975) Los usos sociales del cuerpo (primera parte).

Bourdieu, Pierre (200). La dominación masculina “Una imagen aumentada” (cap.1 17:67). Ed. Anagrama. Barcelona.

Canales Cerón, Manuel (2006) Metodologías de la Investigación Social, Cap. “El diseño de índices sintéticos a partir de datos secundarios: Metodologías y estrategias para el análisis social”, pp. 115-140. Santiago: Lom Ediciones.

“Clase social, desigualdades en salud y conductas relacionadas con la salud de la población trabajadora en Chile” (2013) Rev. Panam Salud Pública, Chile.

“Clase social y salud en América Latina” (2012) Rev. Panam Salud Pública. pp. 166–75.

“Clasificación Internacional Uniforme de ocupaciones” (CIOU08). Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, diciembre de 2007.

De Sousa Antunes, Ricardo Jorge (2011) “Classes sociais” en Desigualdades na Vida e na Morte Saúde, Classes Sociais e Estilos de Vida (cap.1). Instituto Universitário de Lisboa.

De Sousa Antunes, Ricardo Jorge (2011) “desigualdades sociais e as desigualdades na saúde” en Desigualdades na Vida e na Morte Saúde, Classes Sociais e Estilos de Vida (cap.3). Instituto Universitário de Lisboa.

De Sousa Antunes, Ricardo Jorge (2011) “classes sociais e a desigualdade na saúde” en Desigualdades na Vida e na Morte Saúde, Classes Sociais e Estilos de Vida (cap.8). Instituto Universitário de Lisboa.

Encuesta Continua de Hogares 2014 Instituto Nacional de Estadística (INE), Uruguay.

<http://www.ine.gub.uy/encuesta-continua-de-hogares1>

Encuesta de uso del Tiempo y del Trabajo no Remunerado (2013). Instituto Nacional de Estadística (INE), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Universidad de la república (UDELAR), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Uruguay.

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (2013). Segunda edición, Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

Encuesta Nacional de Salud (base de datos). Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

<http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/encuesta-nacional-de-salud>

Encuesta Nacional De Salud (formulario). Ministerios de Salud Pública, Uruguay.

<https://www.dropbox.com/sh/lpia8j4hs6z712s/AADRkEQH6XUvcJ48DqcYoIOxa?dl=0&preview=ENS.pdf>

Encuesta Nacional de Salud, (Primeros resultados, Diciembre 2016). Área Economía de la Salud, Ministerio de salud pública, Uruguay.

[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Primer%20Informe%20Encuesta%20Nacional%20de%20Salud%20%282016%29.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Primer%20Informe%20Encuesta%20Nacional%20de%20Salud%20%282016%29.pdf).

Erikson Robert, Goldthorpe John, Portocarero Lucienne (1979). “Intergenerational class mobility in three western European societies”. British Journal of sociology 415-441.

Fernández Aguerre, Tabaré (1999) “Determinantes sociales e institucionales de la desigualdad educativa en sexto año de educación primaria de Argentina y Uruguay, 1999. Una aproximación mediante un modelo de regresión logística” en Revista Mexicana de Investigación Educativa, vol. 7, núm. 16, septiembre, 2002.

Ferreira Juan Pablo, Zoppolo Guillermo, Riaño María Eugenia. “Distintos tipos de inferencia estadística con datos de muestras finitas”. Instituto de Estadística, Facultad de Ciencias Económicas y Administración, Uruguay.

Gaceta sanitaria (2013) “Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011”, España.

Giddens Anthony (1982) “El cuerpo: alimentación, enfermedad y envejecimiento” en Sociología (cap.6). Tercera edición, Alianza Editorial Madrid 2000.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391112003457?via%3Dihub>.

Habermas, Jürgen (1973) Problemas de legitimación del capitalismo tardío, Cap. II “Tendencias a la crisis en el capitalismo tardío”, 40-108.

Heredia Rico Jobany, Rodríguez Hernández Aida y Vilalta Alonso José (2012) “Empleo de la regresión logística ordinal para la predicción del rendimiento académico” en revista Investigación Operacional vol. 33, n.º. 3, 252-267. Departamento de Ingeniería Industrial. Facultad de Ingeniería Industrial. Instituto Superior Politécnico “José Antonio Echeverría”, La Habana, Cuba

Méndez Rivero, Fabricio (2017) desigualdades en salud en Uruguay y sus determinantes sociales. Tesis de maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales UDELAR.

Navarro López, Vicente y Benach de Rovira, Juan (1996), “Desigualdades Sociales en Salud en España”, Revista Esp. Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Organización Mundial de la Salud (2019), Factores de riesgo.

[https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

Rodriguez, Elisabete (2011) “Masculinidades e fatores sociais de risco para a saúde: um retrato nacional” en Saúde & Tecnologia. Área Científica de Sociologia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Rodríguez, Santiago (2007-2008) “Pautas de homogamia socio-ocupacional (de clase) en Argentina” en revista científica Trabajo y Sociedad, N° 18, vol. XV 2012, Santiago del Estero, Argentina.

Soto Valdivia, Víctor (2012), Hacia un análisis de la desigualdad social en salud a nivel intercomunal en Chile. Tesis de grado en Sociología, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología. Santiago, Chile.

Tavares, David (2019) “Desigualdades sociais e de saúde” en Introdução à sociologia da saúde (cap.2). Grupoalmedina, Portugal 2019.

Wright Erik Olin (1995): “Análisis de clase”, en J. Carabaña, (Ed.): Desigualdad y clases sociales. Un seminario en torno a Eric O. Wright (Fundación Argentaria/ Visor: España).

Wright Erik Olin (2010). “Comprender la Clase. Hacia un planteamiento analítico integrado”. New left review, pp. 98-112.

Wright Erik Olin (2016) “La clase importa”. Entrevista realizada por el editor de Jacobin, Mike Beggs, Australia.

## Anexos

### Anexo 1 - Clasificación de las ocupaciones según Clase Social en la Investigación de Desigualdades en salud en España.

Clases	ENSE 1987 ocupaciones	ENSE 1993 ocupaciones
<b>Clase I</b>	Empresarios, profesionales liberales, directivos y cuadros medios de empresas y administración	Empresarios, profesionales, directivos y mandos intermedios
<b>Clase II</b>	Autónomos, capataces y contra maestres, empleados de oficina, propietarios agrícolas con asalariados	Autónomos, otros empleados de oficina
<b>Clase III</b>	Vendedores, empleados subalternos, trabajadores cualificados	Otros empleados y trabajadores cualificados
<b>Clase IV</b>	Trabajadores no cualificados, trabajadores agrícolas	Trabajadores manuales no cualificados, trabajadores agrícolas

### Anexo 2 - Esquema de clases sociales neomarxista utilizado en “Clase social, desigualdades en salud y conductas relacionadas con la salud de la población trabajadora en Chile”

PROPIETARIOS		ASALARIADOS	
1. Empresarios (más de 10 empleados)	4. Gerentes expertos	7. Gerentes semi-calificados	10. Gerentes básicos
2. Medianos empresarios (entre 2 y 10 empleados)	5. Supervisores expertos	8. Supervisores semi-calificados	11. Supervisores básicos
3. Pequeña burguesía (hasta 1 empleado)	6. Trabajadores expertos	9. Obreros semi-calificados	12. Proletariado

**Anexo 3 - Comparación de frecuencias porcentuales entre la ENS (2014) y la ECH (2014) para las variables Clase Social y Sexo**

**Distribución de la población ocupada en Uruguay según Clase Social para la ECH 2014 y ENS 2014**

clase socio-ocupacional	ECH 2014	ENS 2014
<b>clase I</b>	21,1%	28,0%
<b>clase II</b>	59,7%	46,1%
<b>clase III</b>	19,2%	25,8%
<b>Total</b>	100%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2014 y ECH 2014.

**Distribución de la población ocupada en Uruguay según Sexo para la ECH 2014 y ENS 2014**

Sexo	ECH 2014	ENS 2014
<b>Hombre</b>	55,5%	49,5%
<b>Mujer</b>	44,5%	50,5%
<b>Total</b>	100%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2014 y ECH 2014.

**Distribución de la población ocupada en Uruguay según Clase Social y Sexo para la ECH 2014 y ENS 2014.**

Sexo	ECH 2014			ENS 2014		
	Clase I	Clase II	Clase III	Clase I	Clase II	Clase III
<b>Hombre</b>	48,90%	59,8%	48,5%	49,10%	52,0%	45,3%
<b>Mujer</b>	51,10%	40,2%	51,5%	50,9%	48,0%	54,7%
<b>Total</b>	100,00%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2014 y ECH 2014.

## **Anexo 4 - Capítulo metodológico: Regresión Logística Binomial**

En este punto nos proponemos profundizar en la pertinencia de los modelos de regresión y desarrollar los principales aspectos metodológicos que implicó la generación de los logit.

### **¿Qué se busca?**

Intentar describir de qué manera influyen determinados factores sociales en conductas relacionadas con la salud. En este caso determinar la incidencia de la clase socio-ocupacional y el género, sobre los estilos de vida y el consumo de servicios médicos. En ciencias sociales es común buscar explicar un determinado fenómeno a través de distintas variables que pueden incidir en su comportamiento (en nuestro caso seleccionamos la clase social y el género, pero también podrían ser otras variables como la ascendencia étnico-racial, el lugar de residencia, las Necesidades Básicas Insatisfechas, etc.). Para esto es necesario plantear un modelo estadísticos que nos indique cómo inciden cada una de estas variables sobre el fenómeno en cuestión.

### **¿Cómo?**

Mediante modelos de regresión logística (logit):

*“Este modelo es una generalización del modelo de regresión lineal clásico para variables dependientes categóricas dicotómicas (Alto y García 1996). Tiene la ventaja de no requerir supuestos como el de normalidad multivariable y el de homocedasticidad, que son difíciles de verificar” (Alderete 2006: 53).*

### **¿Por qué la regresión logística?**

Particularmente en ciencias sociales y médicas, los fenómenos a explicar se agrupan mayoritariamente en variables cualitativas, más precisamente en variables nominales dicotómicas (como sucede en nuestro caso). Por lo tanto debemos recurrir necesariamente a modelos de regresión logística binaria. A diferencia de los modelos de regresión lineal ( $Y = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_kX_k$ ), que se utilizan para explicar fenómenos que se agrupan en variables cuantitativas, el parámetro característico de este tipo de modelos es el cociente entre la probabilidad de éxito u ocurrencia ( $PY = 1$ ) y la de fracaso o no ocurrencia [ $1 - (PY = 1)$ ] (Alderete 2006). A continuación presentamos la ecuación:

**Modelo Logit:**  $\text{Log.} \left[ \frac{P(y=1)}{1 - P(y=1)} \right]$

Pero como dicha probabilidad está condicionada por aquellas variables independientes que seleccionamos, la ecuación de regresión logística original es transformada, dando lugar a la siguiente fórmula:

$$P(Y=1) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha - B_1X_1 - B_2X_2)}}$$

Dónde:

- $P(Y=1)$  = la probabilidad de que suceda el fenómeno
- $e$  = constante de Euler, su valor es de 2,718
- $\alpha$  = el término constante
- $B_1, B_2$  = son los parámetros poblaciones (betas) para cada una de las variable incluidas en el modelo
- $X_1, X_2$  = el valor que asume la variable a la hora de correr el modelo

A diferencia de la regresión lineal, donde los resultados se interpretan en términos de cambios en la variable dependiente, según el incremento lineal en las unidades de las variables independientes (por ejemplo el incremento de los ingresos salariales por cada año de educación alcanzado), en la regresión logística la interpretación es algo distinta. En este caso se habla de la probabilidad de ocurrencia del fenómeno  $Y=1$  (por ejemplo estar desocupado), según la variable independiente  $X=1$  (supongamos haber finalizado secundaria) en comparación con  $X=0$  (no haber finalizado secundaria). Siguiendo con el ejemplo, lo que se intenta predecir es la probabilidad de que un sujeto que haya terminado secundaria se encuentre desocupado, en comparación con uno que no lo haya hecho. Clarifiquemos estos conceptos con un ejemplo de nuestro trabajo:

**Ejemplo:** intentar determinar cómo influyen las diferencias de género en el consumo de tabaco. Aquí encontramos una variable dependiente “Tabaco”, la cual cuenta con dos categorías (consume y no consume). Luego seleccionamos nuestra variable independiente de interés, que en este caso será el sexo. Al igual que en regresión lineal, las variables dicotómicas (independientes y dependientes) deben ser codificadas con los

valores 0 (ausencia del efecto) y 1 (presencia del efecto) previo a incluirlas en el modelo.

**Tabaco:** variable dicotómica que asume los siguientes valores 1 (fuma) y 0 (no fuma).

**Sexo:** Variable dicotómica que asume los siguientes valores 1 (hombre) y 0 (mujer).

Supongamos que queremos evaluar la probabilidad de que un hombre sea fumador, en comparación con una mujer. Mediante el programa SPSS estimamos los valores de nuestros parámetros betas, y los colocamos en la ecuación de regresión para el cálculo de la probabilidad:

### Variables en la ecuación

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Paso 1 <sup>a</sup> hombre	,320	,004	6488,592	1	,000	1,378	1,367	1,389
Constante	-1,049	,003	131468,624	1	,000	,350		

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: hombre.

P. (Tabaco=1) para hombre respecto a mujer:

$$\left[ \frac{1}{1 + 2,718^{(-\text{constante} - B \text{ sexo} * \text{hombre})}} \right] - \left[ \frac{1}{1 + 2,718^{(-\text{constante} - B \text{ sexo} * \text{mujer})}} \right]$$

$$\left[ \frac{1}{1 + 2,718^{(1,049 - 0,320 * 1)}} \right] - \left[ \frac{1}{1 + 2,718^{(1,049 - 0,320 * 0)}} \right] = 0,06599273 = 6,6\%$$

Según la ecuación del modelo, podemos decir que los hombres poseen un 6,6% más de probabilidad de consumir tabaco que las mujeres.

### ¿Cuáles son las pruebas estadísticas para determinar la validez de un modelo?

Para conocer la capacidad predictiva de nuestro modelo es necesario someterlo a ciertas pruebas estadísticas. Las mismas se conocen como pruebas de bondad de ajuste, y se basan mayoritariamente en el método de estimación por máxima verosimilitud.

*“En este procedimiento se seleccionan estimaciones de los parámetros (betas) que hagan posible que los resultados observados sean lo más verosímiles posibles. Con verosimilitud se hace referencia a la*

probabilidad de los resultados observados, dadas las estimaciones de los parámetros” (Alderete 2006: 57).

Como la verosimilitud es un valor pequeño, se utiliza como medida de ajuste del modelo a los datos “-2 veces el logaritmo de la verosimilitud” (-2LL). Un buen modelo es aquel que da lugar a una verosimilitud grande, por lo cual el valor de -2LL será pequeño.

“Para determinar la bondad de ajuste del modelo, se compara la diferencia entre la verosimilitud de modelo nulo o vacío (o sea sin ninguna de las variables independientes seleccionadas), y la del modelo que incluye a las variables independientes” (Alderete 2006: 57).

Entre las pruebas de bondad de ajuste más utilizadas se encuentran:

### **Prueba ómnibus sobre los coeficientes del modelo:**

“Es una prueba Chi Cuadrado que evalúa la hipótesis nula de que los coeficientes ( $\beta$ ) de todos los términos (excepto la constante) incluidos en el modelo son cero. El estadístico Chi Cuadrado para este contraste es la diferencia entre el valor de -2LL para el modelo sólo con la constante y el valor de -2LL para el modelo actual” (Aguayo 2007: 12).

Chi cuadrado = (-2LL MODELO 0) – (-2LL MODELO 1) = diferencia en la verosimilitud

Continuemos con el ejemplo de párrafos anteriores, donde se quiere predecir la probabilidad de consumo de tabaco en función del sexo de la persona. Al correr el modelo el programa nos arroja el siguiente cuadro:

### **Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo**

		Chi cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	6517,514	1	,000
	Bloque	6517,514	1	,000
	Modelo	6517,514	1	,000

$$\text{Chi cuadrado} = (1489276.002) - (1482758,488) = 6517,514$$

Los valores de -2LL para el modelo 0 y el modelo 1, son arrojados por el programa previo a la prueba ómnibus. Por un tema de espacio no se muestran las tablas donde se presentan estos valores, los cuales colocamos directamente en la ecuación.

En nuestro caso la  $H_0$  es que la variable independiente sexo, no genera diferencias significativas en el comportamiento de la variable dependiente Tabaco. Por lo que la prueba ómnibus para los coeficientes del modelo, determinará la diferencia de verosimilitud (6517,514) entre el modelo sin ninguna variable predictora (1489276.002), y el modelo que incluye a la variable sexo (1482758,488). Como vemos, la diferencia es significativa (menor a 0,05) por lo tanto se rechaza la  $H_0$  de que  $B(\text{sexo}) = 0$ .

**Pseudo R cuadrado:** es una prueba paralela a lo que en regresión lineal se conoce como R cuadrado ( $R^2$ ), e indica la proporción de varianza de la variable dependiente, explicada por las variables independientes.

En la regresión logística encontramos que no existe un único estadístico para el cálculo del pseudo R cuadrado, por lo cual se debe elegir, sobre la base de criterios teóricos y metodológicos, alguno de ellos. En particular el programa SPSS nos presenta dos estadísticos:

$$R^2 \text{ de Cox y Snell: } 1 - [-2LL(\text{modelo vacío}) / -2LL(\text{modelo con VI})]^{2/N}$$

-2LL (modelo vacío) = verosimilitud sin variables predictoras.

-2LL (modelo con VI) = verosimilitud con variables predictoras.

N = tamaño de la muestra.

Como se señala en la bibliografía (Aguayo 2007) esta medida de pseudo  $R^2$  no posee un recorrido entre 0 y 1 (sino que es entre 0 y un número próximo a 1) por lo que su interpretación resulta un tanto compleja. Para corregir este aspecto Nagelkerke propuso una modificación que incrementa el coeficiente de Cox y Snell para obtener un valor máximo de 1:

$$R^2 \text{ Nagelkerke: } \frac{1 - [-2LL(\text{modelo vacío}) / -2LL(\text{modelo con VI})]^{2/N}}{1 - [2LL(\text{modelo con VI})]^{2/N}}$$

Ejemplo:

### Resumen del modelo

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	1,483E6	,005	,008

a. La estimación ha finalizado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de ,001.

Como puede observarse en este caso, ambos pseudos  $R^2$  asumen valores muy pequeños. Sin embargo es preciso realizar algunas consideraciones respecto a este tema. Por ejemplo, Alto y López (1996) señalan que *“El ajuste lineal suele producir un coeficiente de determinación mayor, por lo cual el R cuadrado en regresión logística subestima la proporción de varianza explicada por el modelo”* (Alto y López citado por Alderete 2006: 67).

### Prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow:

*“El procedimiento consiste en dividir los casos en aproximadamente 10 clases y comparar para cada clase las frecuencias de los casos observados con los casos predichos, utilizando para ello el Chi cuadrado. Este procedimiento proporciona una medida global de la capacidad predictiva del modelo que no se basa en el valor de verosimilitud, sino en la predicción real de la variable dependiente”* (Alderete 2006: 67).

En este caso se busca que la prueba de Chi cuadrado no sea significativa (el contrario de lo que sucede en la Prueba ómnibus), ya que lo que se intenta demostrar es que no existen diferencias entre casos observados y predichos.

Ejemplo:

**Prueba de Hosmer y Lemeshow**

Paso	Chi cuadrado	gl	Sig.
1	,000	0	.

**Tabla de contingencias para la prueba de Hosmer y Lemeshow**

	consumo de tabaco = no consume		consumo de tabaco = consume		Total
	Observado	Esperado	Observado	Esperado	
Paso 1 1	460755	460754,650	161460	161459,640	622214
2	411628	411627,589	198731	198730,675	610358

En la primera tabla observamos que el modelo no pasa la prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow, ya que el Chi cuadrado es igual a 0. Sin embargo al observar la segunda tabla que nos arroja el programa, donde se comparan los valores observados y esperado, encontramos que las diferencias no parecen ser para nada importantes.

**Consideraciones:** el Chi cuadrado es sensible al tamaño muestral, por tanto se puede encontrar significación estadística en diferencias pequeñas, al aumentar el tamaño de la muestra. Por este motivo se recomienda utilizar varios procedimientos para evaluar la bondad del ajuste del modelo (Alderete: 2006). Esto es lo que sucede en nuestro trabajo, cuando corremos el modelo la prueba de Hosmer-Lemeshow siempre da significativa (por lo tanto no pasa la prueba de bondad de ajuste). Sin embargo si nos detenemos en la segunda tabla, donde se comparan las frecuencias observadas y esperadas, las diferencias son prácticamente inexistentes, lo que indicaría que el modelo se ajusta correctamente a los datos.

## Estadísticos de variables incluidas en la ecuación de regresión logística:

### VARIABLES EN LA ECUACIÓN

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Paso 1 <sup>a</sup> hombre	,320	,004	6488,592	1	,000	1,378	1,367	1,389
Constante	-1,049	,003	131468,624	1	,000	,350		

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: hombre.

#### Dónde:

**B:** es el valor que asume el parámetro, en este caso -1,049 para la constante y 0,320 para la variable sexo.

**ET:** error típico

**Wald:** es un estadístico que evalúa la hipótesis nula de que  $B=0$ , en este caso se evalúa la probabilidad de que el beta (B) de la variable sexo y de la constante son iguales a cero. Se calcula de la siguiente manera:  $W = [B/E.T (B)]^2 \longrightarrow W = [0,320 / 0,004]^2 = 6488,592$ . Cuanto más grande sea el coeficiente, mayor probabilidad de que el beta de la variable sea significativo y de esta manera rechazar  $H_0$ .

**GL:** los grados de libertad

**SIG:** significación estadística. La misma no debe superar el valor 0,05 (ya que se trabaja con un nivel de confianza del 95%) para que el valor beta sea significativo. De lo contrario no se puede rechazar la  $H_0$  de que  $B=0$ . En este caso la variable sexo y la constante son significativas, por lo que se rechaza la  $H_0$ .

**EXP (B):**  $e^B = 2,718^{0,320} = 1,378$

**Intervalos de Confianza para EXP (B):** el intervalo de confianza entre el límite inferior y superior no debe incluir al número 1 para que el beta sea significativo.

### **Factores de confusión.**

A la hora de conformar del modelo, se debe determinar qué rol juegan las variables predictoras (independientes) en el mismo. Es oportuno identificar cuáles de estas son variables independientes propiamente dichas, variables que teóricamente explican el comportamiento de un determinado fenómeno, (en nuestro caso representadas por la clase social y el sexo) y cuáles variables de confusión, variables que afectan la relación original entre X e Y, por lo que deben controlarse (en nuestro caso representadas por la edad). Dichas variables pueden no mostrar una relación significativa con nuestra variable dependiente, pero sí con otras variables independientes que efectivamente estén relacionadas con la variable de estudio. Por esta razón es conveniente incorporarlas al modelo de regresión.

Por otro lado cabe mencionar que un buen modelo es aquel que explica de mejor manera el comportamiento del fenómeno a predecir, con la menor cantidad de variables predictoras posibles (parsimonia). Por lo que no es conveniente saturar al modelo con variables independientes, si estas no generan diferencias importantes en la variable dependiente.