
 PARTE I. LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CLASE SOCIAL

Las clases sociales y la pobreza

Joan Benach^a / Marcelo Amable^{a,b}

^aUnidad de Investigación en Salud Laboral. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

^bUniversidad de Lanús. Lanús. (Buenos Aires). Argentina.

Correspondencia: Joan Benach. Dr. Aiguader, 80. 08003 Barcelona. España.
 Correo electrónico: joan.benach@upf.edu

(Social classes and poverty)

Resumen

Las clases sociales y la pobreza son determinantes sociales fundamentales que influyen en la aparición de muchas enfermedades y la presencia de desigualdades en salud. En los años noventa se produjo en España una notable oscilación en la desigualdad y la pobreza. Ésta aumentó a mediados de la década, cuando aparecieron nuevas formas de marginación y de exclusión, tasas elevadas de desempleo y notables dificultades de acceso al mercado laboral, muy especialmente entre los trabajadores con menos recursos. La sociedad actual sigue caracterizándose por su clara estratificación y la existencia de clases sociales donde predominan unas tasas elevadas de subempleo y precariedad laboral. Además, en España la pobreza sigue siendo un problema social endémico, claramente por encima de la media europea. La disminución de las desigualdades en salud y la mejora de la calidad de vida dependerán en gran medida de la reducción de los niveles de pobreza y la mejora en la equidad de oportunidades y la calidad en el empleo. El conocimiento de cómo la clase social y la pobreza afectan a la salud pública requiere mejorar la calidad de la información y la investigación, y que los responsables de la planificación o la toma de decisiones políticas tengan en cuenta estos determinantes en la realización de acciones preventivas y de promoción de la salud.

Palabras clave: Clases sociales. Pobreza. Desigualdades.

Abstract

Social classes and poverty are two key social determinants fundamental to understand how disease and health inequalities are produced. During the 90's in Spain there has been a notable oscillation in the inequality and poverty levels, with an increase in the middle of the decade when new forms of social exclusion, high levels of unemployment and great difficulties in accessing the labour market, especially for those workers with less resources, emerged. Today society is still characterized by a clear social stratification and the existence of social classes with a predominance of high levels of unemployment and precarious jobs, and where poverty is an endemic social problem much worse than the EU average. To diminish health inequalities and to improve the quality of life will depend very much on the reduction of the poverty levels and the improvement of equal opportunities and quality of employment. To increase understanding of how social class and poverty affect public health, there is a need to improve the quality of both information and research, and furthermore planners and political decision makers must take into account those determinants when undertaking disease prevention and health promotion.

Key words: Social classes. Poverty. Inequalities.

Introducción

Las clases sociales y la pobreza son determinantes sociales fundamentales que influyen en la aparición de muchas enfermedades y la presencia de desigualdades en salud. En el ámbito de la salud pública podemos establecer dos razones principales que justifican ese interés: *a)* su importancia ética y política, ya que reflejan un sustrato social que tiene una amplia repercusión en la vida comunitaria, familiar, laboral y cotidiana de la población, y *b)* tal como reflejan numerosos estudios científicos, su gran influencia en la salud y la calidad de vida. Por ejemplo, los estudios sobre desigualdades sociales en salud han mostrado, en ambos sexos y

para todas las edades, como las clases sociales más desfavorecidas y las personas o áreas geográficas más pobres tienen peores indicadores de salud que la población de las clases sociales más privilegiadas o las personas o zonas geográficas con mayor riqueza¹⁻⁴.

El conocimiento de la evolución y el estado actual de esos determinantes sociales, así como sus bases teóricas y sus principales medidas, nos permite apreciar la enorme importancia que ambos determinantes tienen para la salud pública. Los objetivos de este artículo son: describir la situación actual y evolución en España de las clases sociales y la pobreza en las últimas décadas y valorar algunos de los indicadores más adecuados para su estudio.

Evolución y situación actual

La estructura ocupacional y las clases sociales

En las últimas décadas se ha producido una progresiva y profunda transformación en la composición del empleo y la estructura social de la sociedad española. Durante los años sesenta y la primera mitad de los setenta, un intenso desarrollo económico transformó la estructura social de España, que pasó de ser una sociedad fundamentalmente rural a convertirse en una sociedad urbanizada, con un decreciente número de trabajadores rurales asalariados y una amplia clase trabajadora industrial. Entre 1960 y 1970 se redujo el porcentaje de agricultores y ganaderos desde el 39,5 al 24,5%, mientras que los trabajadores de la construcción, minería, industria y transporte aumentaron del 31,6 al 40,8% (tabla 1).

Durante la segunda mitad de los años setenta y en la década de los ochenta se redujo el peso de la actividad industrial, ampliándose progresivamente el sector servicios y el número de profesionales. Por ejemplo, entre 1977 y 1993 el empleo en los servicios aumentó un 32%, mientras la industria y la agricultura descendían un 74 y un 48%, respectivamente⁵. Entre 1970 y 1991 los trabajadores de la construcción, industria, minería y transporte pasaron del 40,8 al 28,1% del total de la población activa, mientras que aumentaron los profesionales (del 5,4 al 13,2%) y el personal administrativo (del 8,3 al 13,7%) (tabla 1)⁶.

La evolución de la estructura ocupacional y la composición de los puestos de trabajo muestra la proliferación de los empleos no manuales y los que requieren nuevas cualificaciones, como las actividades administrativas, comerciales o técnicas. Así, entre 1971 y 1991 aumentaron los empleos del sector ser-

vicios del 17,6 al 30,8%, especialmente los profesionales por cuenta ajena o los administrativos⁷. El aumento del empleo administrativo modificó la composición de las clases trabajadoras asalariadas al aumentar su inserción en el sector servicios, mientras que el empleo industrial se redujo en medio millón de trabajadores entre 1977 y 1992⁸.

Las ocupaciones que configuraban la estratificación social en los años noventa pueden agruparse del modo siguiente: alrededor de un tercio corresponde a trabajadores cualificados, obreros no especializados y obreros agrícolas (32,9%); otra tercera parte son asalariados administrativos, comerciales y de servicios (36,1%); una cuarta parte son trabajadores autónomos (empresarios sin asalariados) y profesionales independientes (23,3%); finalmente, los directivos, los gerentes y los empresarios con empleados a su cargo constituyen una pequeña minoría (4,8%).

En relación con la estratificación social por sexos, se produce una mayor inserción ocupacional de la mujer en el estrato de nuevas capas medias de empleados (46%), mientras que su inclusión en la clase trabajadora industrial es mucho menor (27%)⁸. A principios de los noventa, mientras las mujeres se concentran en ocupaciones relacionadas con los servicios, en general con un bajo nivel de cualificación (empleadas administrativas o dependientas de comercio en un 19,7 y un 14,5%, respectivamente), en los hombres la ocupación con más efectivos son los artesanos y trabajadores industriales cualificados (13,3%), los albañiles (11,1%) y los peones agrícolas (9,1%)⁷.

En la actualidad, sigue produciéndose una clara segregación ocupacional por sexos: las mujeres y los hombres constituyen dos fuerzas de trabajo separadas con empleos muy diferentes (tabla 2), donde las primeras tienen menos oportunidades de alcanzar los escalones más altos de la estructura social. Las mujeres se con-

Tabla 1. Población activa por ocupación (%) (España, 1950-2001)

Ocupación	1950	1960	1970	1981	1991	2001 ^a
Profesionales, técnicos y similares	3,3	4,1	5,4	9,2	13,2	15,2
Personal directivo, administraciones públicas y empresas	7,3	1,0	0,9	1,6	1,7	4,5
Personal administrativo	^b	5,1	8,3	12,1	13,7	20,0
Comercio y similares	3,3	6,5	8,2	9,3	11,6	5,5
Hostelería, seguridad y servicios	7,3	7,2	9,3	10,0	12,1	15,5
Agricultura y ganadería	48,5	39,5	24,5	15,4	6,3	5,8
Trabajadores de la construcción, industria, minería y transporte	27,5	31,6	40,8	40,5	28,1	27,6
Peones y trabajadores no especializados	0,9	3,6	1,5	1,1	12,3	5,3
Fuerzas armadas	1,9	1,4	1,2	0,9	0,8	0,5
Total	100	100	100	100	100	100

^aSegún la Encuesta de Población Activa (EPA).

^bIncluido en la anterior categoría.

Fuente: clasificación según la CNO 1979, Censos. Del Campo⁶.

PARTE I. LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CLASE SOCIAL
Capítulo 1. Los determinantes demográficos y sociales de la salud

Tabla 2. Personas ocupadas por sexo y ocupación (España, 2001)

	Hombres %	Mujeres %	Total %
Dirección de administración pública y empresas de 10 o más asalariados	2,7	0,9	2,0
Gerencia de empresas con menos de 10 asalariados	3,0	1,7	2,5
Gerencia de empresas sin asalariados	2,7	3,9	3,1
Profesiones asociadas con títulos de segundo y tercer ciclo universitario	6,4	8,3	7,1
Profesiones asociadas a titulación de primer ciclo universitario	3,4	7,6	5,0
Técnicos y profesionales de apoyo	9,7	11,7	10,4
Empleados de tipo administrativo	6,0	15,8	9,6
Trabajadores de servicios de restauración y personales	3,8	13,1	7,3
Trabajadores de servicios de protección y seguridad	2,6	0,3	1,7
Dependientes de comercio y asimilados	2,8	8,9	5,0
Trabajadores cualificados en agricultura y pesca	4,9	2,4	4,0
Trabajadores cualificados de construcción	13,7	0,3	8,7
Trabajadores cualificados de industrias extractivas, metalurgia	8,6	0,3	5,5
Trabajadores cualificados de industria de artes gráficas, textil, alimentaria, artesanos	3,6	2,8	3,3
Operadores instalaciones y maquinaria; montadores	13,9	3,9	10,2
Trabajadores no cualificados en servicios	2,9	13,8	7,0
Peones agrícolas, de pesca, construcción, industria manufacturera y transporte	8,8	4,4	7,1
Otras	0,8	0,1	0,5
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta de Población Activa, INE, 2001.

centran especialmente entre las empleadas no manuales de baja cualificación: administrativas, empleadas del sector de la restauración y dependientas de comercio y trabajadoras no cualificadas de servicios. Por su parte, los hombres se agrupan entre los trabajadores manuales cualificados de la construcción y la industria, los operadores de instalaciones y maquinaria y los peones. Además, también se observa una clara segregación en los puestos de dirección y gerencia con porcentajes mucho más elevados en los hombres.

Los grandes cambios en el mercado laboral español se han traducido en una enorme flexibilización laboral. Así, en la segunda mitad de los noventa se desarrolla un sinfín de formas de actividad productiva «autónoma», dependiente o satélite, con un porcentaje de trabajo temporal muy elevado (alrededor del 30%) y gran precariedad laboral, donde cerca de 5 millones de trabajadores rotan sin cesar con empleos temporales con malas condiciones de trabajo y pocos derechos laborales.

La pobreza

La pobreza ha sido uno de los problemas sociales endémicos más importantes de la sociedad española. Durante la época «desarrollista» de los años sesenta y principios de los setenta se produjo una concentración de la renta en los grupos más favorecidos y un incremento de los grupos más desfavorecidos (tabla 3).

Entre 1973 y 1981 se produjo un ligero descenso de la pobreza (aunque se incrementó algo el porcentaje de población en situación de pobreza severa)⁹, que creció posteriormente durante la época de crisis económica hasta 1985, aproximadamente. A partir de entonces, el inicio de un período de expansión económica ha supuesto un descenso en el número de hogares y personas pobres. En 1974, la proporción de hogares y personas en situación de pobreza relativa fue del 20,5 y el 20%, respectivamente, y descendió hasta el 17 y el 18,1% en 1991. Por tanto, en general durante los años setenta y ochenta se redujo ligeramente la desigualdad con una mejora de la redistribución de la renta familiar disponible*.

En los años noventa se registró una notable oscilación en la desigualdad y la pobreza; ésta aumentó desde 1993-1994, cuando aparecieron nuevas formas de marginación y de exclusión, tasas elevadas de desempleo y dificultades de acceso al mercado laboral que, sobre todo, afectan a los trabajadores con menos recursos¹⁰. Según los estudios sobre pobreza dinámica, pueden establecerse dos períodos: entre 1985 y 1990-1991 descienden claramente la pobreza absoluta y relativa, mientras que desde entonces los niveles de pobreza asociados con la proporción de individuos afectados y la intensidad de las situaciones de esca-

*Ingresos destinados por la familia para consumo o ahorro tras deducir impuestos y cuotas a la Seguridad Social.

Benach J, et al. Las clases sociales y la pobreza

Tabla 3. Distribución de ingresos por deciles de hogares (%) (España, 1964-1993)

Deciles	1964	1970	1974	1980	1981	1986	1991	1993
1	1,43	1,44	1,76	2,41	2,5	2,72	2,7	3,69
2	3,31	3,13	3,18	3,98	4,1	4,1	4,3	4,96
3	4,66	4,31	4,47	5,2	5,4	5,35	5,6	5,58
4	6,12	5,29	5,11	6,31	6,7	6,39	6,8	6,83
5	7,23	6,42	6,34	7,48	7,9	7,49	7,9	8,3
6	8,46	7,9	8,04	8,8	9,2	8,55	9,2	9,59
7	9,18	8,59	9,06	10	10,7	9,93	10,7	10,7
8	10,4	9,9	10,1	11,5	12,6	11,4	12,5	12,1
9	12,4	12,3	12,4	15,1	15,5	15	15,5	15,7
10	36,9	40,8	39,6	29,2	25,4	29,1	24,7	22,5

Fuentes: Del Campo⁶. FOESSA⁸. Las desigualdades en España. Síntesis Estadística. Argentería, 1995.

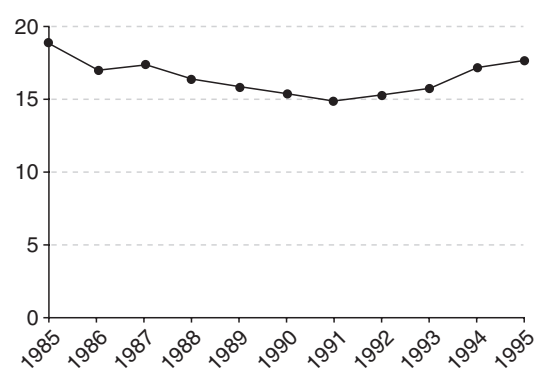
sez muestran un ligero incremento, que sólo en 1995 muestra una progresión más lenta (fig. 1).

La extensión de la pobreza en las familias y la población es superior a la media europea, donde solamente Grecia y Portugal tienen un nivel superior al español. Según fuentes de información muy diversas, alrededor del 18-20% de la población (entre 7 y 8 millones de personas o más de 2 millones de familias) vive en la pobreza (menos del 50% de la renta media disponible neta). El 85% de los hogares pobres tienen rentas que pueden caracterizarse como pobreza relativa (entre el 25 y el 50% de la renta), mientras que la pobreza severa (menos del 25% de la renta) afecta al 4,5% de la población, es decir, a más de 1.700.000 personas (316.000 hogares), con un grupo de población que vive en condiciones de pobreza extrema (menos del 15% de la renta media) que afecta a más de 500.000 personas (86.000 familias). Por otra parte, la movilidad en la distribución de la renta es escasa y el número de personas en situación de pobreza es muy estable. Por ejem-

plo, entre 1994 y 1996, el seguimiento de esta situación mostró alrededor de un 10% de pobres «permanentes» con alrededor de un 15% de la población que efectuaba «transiciones» entre la pobreza y la ausencia de pobreza¹¹.

La situación de pobreza presenta notables diferencias según los factores considerados. Los hogares más afectados son los formados por ancianos, familias monoparentales (en ambos casos destacan las mujeres) y familias numerosas, aunque la pobreza ha mostrado un aumento, sobre todo entre las mujeres, los jóvenes y los niños. El 44,1% de las personas pobres tiene menos de 25 años, más del 65% de las personas en situación de extrema pobreza tiene menos de 25 años, y el 53,2% de los individuos en situación de pobreza severa son jóvenes o niños⁸.

Entre los grupos sociales con mayor incidencia de pobreza destacan los trabajadores agrarios, los obreros sin especialización y, sobre todo, los desempleados de larga duración. Cabe señalar también la peor situación de las personas de etnia gitana, los inmigrantes extranjeros, las personas «sin techo», las zonas urbanas y las notables diferencias geográficas, donde destacan las comunidades autónomas de Extremadura, Andalucía, Canarias, Ceuta y Melilla, Comunidad Valenciana (especialmente Alicante) y Murcia.

Figura 1. Pobreza relativa en España (1985-1995)^a.

^aTercer trimestre. Ingreso monetario ajustado (s = 0,5).
Fuente: Cantó O et al¹⁰.

Indicadores: síntesis teórica y principales medidas

Las clases sociales y la estratificación social

Karl Marx y Max Weber son los autores clásicos que han realizado las aportaciones más importantes en la conceptualización de la clase social y la estratificación. Para Marx, las relaciones de clase se incluyen en las relaciones de producción y en la desigual propiedad de

PARTE I. LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CLASE SOCIAL
 Capítulo 1. Los determinantes demográficos y sociales de la salud

los medios de producción. Las clases sociales fundamentales del capitalismo decimonónico son la *burguesía* que explota a un *proletariado* que vende la fuerza de trabajo para sobrevivir. Para Weber, en cambio, las relaciones de clase reflejan las diferentes oportunidades respecto al mercado y el consumo. Así, junto a la propiedad de los medios de producción, se asocian aspectos como el prestigio social relacionado con el estatus profesional.

La sociedad actual sigue caracterizándose por su clara estratificación y por la existencia de clases sociales, dos determinantes fundamentales para comprender cómo se «expresan» las desigualdades socioeconómicas y de poder en diferentes niveles de salud¹². El análisis de la estructura social puede realizarse mediante medidas de estratificación o de clase social^{13,14}. La estratificación social tiene que ver con las formas de clasificar en un determinado orden jerárquico el nivel social o el estatus de los individuos utilizando medidas de ocupación, ingresos o de educación. En cambio, la clase social, definida por las relaciones sociales de producción, ayuda a entender el poder y el control sobre los bienes físicos, financieros y organizativos de los medios de producción¹⁵.

Entre los diversos esquemas conceptuales que describen la estructura ocupacional y de clases en salud pública, destaca la clasificación del British Registrar General (BRG) y, más recientemente, las clasificaciones

que miden las relaciones de clase, como la de Wright, basada en Marx, o la de Goldthorpe, basada en Weber. La clasificación del BRG fue desarrollada a principios del siglo xx a partir de una escala jerárquica que clasificaba las ocupaciones según el nivel de educación o aprendizaje (tabla 4)¹⁶. Entre sus ventajas destacan la posibilidad de comparar grupos de tamaño razonable, su asociación con otras medidas de posición socioeconómica y su capacidad de predecir las desigualdades en salud. Entre sus limitaciones se han subrayado los cambios que ha experimentado con el tiempo, los problemas para medir la situación de las mujeres y no estudiar los mecanismos sociales que explican las desigualdades en salud^{12,17}.

A partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1979 (CNO-79), Domingo y Marcos¹⁸ propusieron una adaptación de la BRG ampliamente utilizada en España. Posteriormente, agrupando las ocupaciones de la CNO de 1994, la Sociedad Española de Epidemiología ha realizado una nueva propuesta basándose en la clasificación de Goldthorpe (tabla 4)^{19,20}.

Aunque las clasificaciones de estratificación social son «medidas graduales simples», han mostrado su gran utilidad en salud pública, dadas su accesibilidad y su elevada capacidad de predecir las desigualdades en salud²¹. Sin embargo, estas clasificaciones no permiten explicar los recursos materiales o los mecanismos sociales que afectan a la producción de salud o de las

Tabla 4. Comparación de las clasificaciones de clase social del British Registrar General, de Domingo y Marcos y del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología

Clasificación del BRG ^a	Domingo y Marcos	Grupo de Trabajo SEE ^b
I. Profesionales	I. Directivos de la Administración y de las empresas (excepto los incluidos en II). Altos funcionarios. Profesionales liberales. Técnicos superiores	I. Directivos de la Administración Pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas con titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario
II. Ocupaciones intermedias	II. Directivos y propietarios-gerentes del comercio y de los servicios personales. Otros técnicos (no superiores). Artistas y deportistas	II. Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas con una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos y profesionales de apoyo. Artistas y deportistas
III. N Trabajadores no manuales cualificados	III. Cuadros y mandos intermedios. Administrativos y funcionarios, en general. Personal de los servicios de protección y seguridad	IIIa. Personal de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad IIIb. Trabajadores por cuenta ajena IIIc. Supervisores de trabajadores manuales
III. M Trabajadores manuales cualificados	IVa. Trabajadores manuales cualificados de la industria, comercio y servicios. Ídem del sector primario	IVa. Trabajadores manuales cualificados
IV. Trabajadores parcialmente cualificados	IVb. Trabajadores manuales semicualificados de la industria, comercio y servicios. Ídem del sector primario	IVb. Trabajadores manuales semicualificados
V. Trabajadores no cualificados	V. Trabajadores no cualificados	V. Trabajadores no cualificados

^aBRG: British Registrar General.

^bSEE: Sociedad Española de Epidemiología.

Fuente: Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología, 1995.

Benach J, et al. Las clases sociales y la pobreza

Tabla 5. Localizaciones de clase social de Wright

Propietarios	Asalariados			Bienes de organización
1 Capitalistas (10 o más empleados)	4 Directivos expertos	7 Directivos semicualificados	10 Directivos no cualificados	+
2 Pequeños propietarios (2-9 empleados)	5 Supervisores expertos	8 Supervisores semicualificados	11 Supervisores no cualificados	0
3 Pequeña burguesía (no más de un empleado)	6 Trabajadores expertos	9 Trabajadores semicualificados	12 Trabajadores no cualificados	-
Bienes de cualificación	+	0	-	

Fuente: Wright EO. *Classes*. London: Verso, 1985.

desigualdades. De hecho, diversos estudios sugieren que la estratificación y la clase social miden aspectos diferentes de la salud colectiva^{13,22}.

Una de las clasificaciones de clase social que en las últimas décadas han acumulado un apoyo empírico más amplio es la desarrollada por Wright. Se basa en el control de tres tipos de bienes: producción, organización y cualificación (tabla 5)^{15,23}.

La tenencia de bienes de producción genera tres tipos de posiciones de clase: los empresarios (autoempleados que contratan trabajadores), la pequeña burguesía (autoempleados que no contratan trabajadores) y los trabajadores que venden su fuerza de trabajo. Los bienes de organización (poder y control en el lugar de trabajo) se determinan por las relaciones en el trabajo, como la influencia en las políticas de la empresa (toma de decisiones sobre el número de gente empleada, productos o servicios realizados, etc.) y la autoridad de sancionar (incentivar salarios o promociones, contratar o despedir, etc.). Finalmente, los bienes de cualificación (experto, semicualificado y no cualificado) quedan determinados por el nivel de cualificación y las credenciales que poseen los trabajadores.

Varios estudios recientes han investigado la relación entre esta clasificación de clase social y los diversos indicadores de salud, y se obtienen resultados que la estratificación social parece no ser capaz de explicar^{24,25}. Por ejemplo, los supervisores, sujetos a la presión de los directivos y los trabajadores subordinados, pueden padecer una mayor depresión y ansiedad que los directivos o los trabajadores²⁶.

La pobreza y la privación material

La pobreza ha sido definida como una situación relativa a la escasez o la falta de recursos económicos o, en general, referida a las personas que no tienen lo necesario para vivir²⁷. En la Unión Europea (UE) el concepto de pobreza se plantea como la posibilidad de autonomía personal y participación social, es decir, del desarrollo integral relacionado con los derechos de las personas⁸.

En la medición de la pobreza, habitualmente se considera pobres a todas las personas y las familias que están por debajo de un «umbral» o «línea de pobreza» de renta media disponible neta. Si tomamos una «línea absoluta» podemos estimar el coste de una cesta básica de bienes de consumo, identificando como pobre a todo individuo cuyo nivel de renta ajustada no alcance dicho límite. En el caso de la pobreza «relativa» se prefiere adoptar un porcentaje de la renta media o de la renta mediana de la población total. Según la UE, son pobres todas las personas y familias que están por debajo del umbral del 50% de la renta media disponible neta o del 60% de la mediana. En general, quienes estudian la pobreza dinámica se decantan por la mediana, ya que ésta sufre menos fluctuaciones y es más estable en el tiempo¹⁰. La pobreza severa (grave o extrema) comprende menos del 25% de la renta y la pobreza relativa (moderada o con precariedad social), entre el 25 y el 50% de la renta. A pesar de su utilidad, estos criterios son arbitrarios y no existe un consenso sobre cuál es la medida más apropiada.

Más recientemente, la pobreza se ha definido utilizando tres conceptos: subsistencia, necesidades básicas y pobreza o privación relativa²⁸. La subsistencia se refiere a los recursos mínimos para el mantenimiento fisiológico, las «necesidades básicas» tienen que ver con los servicios esenciales (alimentación, vivienda, agua potable, servicios, etc.) que provee cada comunidad, y la «privación relativa» señala la estrecha dependencia del concepto de pobreza con la estructura social e institucional²⁹. Ésta tiene que ver con la situación en que los recursos por persona están por debajo de los que dispone la media individual o familiar de un determinado país o región, de manera que los pobres quedan excluidos de los patrones ordinarios de vida, costumbres y actividades de una sociedad determinada²⁸.

Un concepto muy relacionado con el de pobreza relativa es el de privación (*deprivation*), que hace referencia a un amplio conjunto de características socioeconómicas de una población o área geográfica determinada. La privación se define como un estado objetivo de desventaja relativa a la comunidad local, la sociedad o la nación a la cual un individuo, la familia o

PARTE I. LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CLASE SOCIAL
 Capítulo 1. Los determinantes demográficos y sociales de la salud

el grupo pertenecen²⁸. Por tanto, la privación puede influir en muchos factores relacionados con la salud, como pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas o tener menos oportunidades para mantener un estilo de vida saludable. Podemos distinguir dos formas de privación. Por un lado, la privación social hace referencia a quienes están socialmente aislados, retirados o excluidos de las relaciones, costumbres, funciones, derechos y responsabilidades por pertenecer a una determinada clase, etnia, edad, género u otros rasgos de la estructura social³⁰. Por otro lado, la privación material, estrechamente relacionada con la pobreza relativa, hace referencia a la falta de bienes, servicios, recursos, comodidades y ambiente físico habituales, o al menos ampliamente extendidos, en una sociedad determinada. La utilización de la privación material tiene al menos tres ventajas respecto a la pobreza: a) es un concepto más global, ya que cubre problemas y necesidades muy diversos; b) tiene en cuenta que la población puede experimentar múltiples formas de privación material, y c) admite que poblaciones con recursos similares puedan presentar formas de privación diferentes²⁸.

Los indicadores de privación material pueden clasificarse en varias categorías según cuál sea su medición y construcción³⁰. En relación con lo que miden hallamos indicadores derivados, que resumen las características de los individuos de un grupo, e indicadores integrales que describen las características del grupo no derivadas de sus miembros y que no tienen ningun

na analogía individual. En cuanto a su construcción, los indicadores pueden establecerse según criterios teóricos, métodos estadísticos o ambos. Entre los indicadores de privación material más utilizados, podemos destacar los relacionados con la falta de ingresos y recursos, como el desempleo, la vivienda, el automóvil, la clase social o el nivel de educación³⁰.

Conclusiones

La estructura social española actual muestra un perfil ocupacional con nuevas cualificaciones, una mayor salarización en el sector servicios y una gran heterogeneidad en los estratos ocupacionales intermedios. Al mismo tiempo, perduran importantes capas sociales con dificultades de inserción laboral y sectores sociales excluidos con persistentes niveles de pobreza. La disminución de las desigualdades en salud y la mejora de la calidad de vida dependerán en gran medida de la reducción de los niveles de pobreza, la equidad de oportunidades y la calidad del empleo. Para obtener un mejor conocimiento de cómo las clases sociales y la pobreza afectan a la salud pública y las desigualdades en salud, debe mejorar la calidad en la información e investigación disponibles; asimismo, quienes planifican o toman decisiones políticas deben tener en cuenta estos determinantes sociales para realizar acciones preventivas y de promoción de la salud.

Bibliografía

1. Navarro V, Benach J, y Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades sociales en salud en España. Las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, 1996.
2. Berkman L, Kawachi I, editors. Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000.
3. Mackenbach J, Bakker M, editors. Reducing inequalities in health. A European perspective. London: Routledge, 2002.
4. Borrell C, Benach J, coordinadors. Desigualtats en salut a Catalunya. Barcelona: Mediterráneo, 2003.
5. Varios autores. Perspectivas teóricas y comparadas de la igualdad. II Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Renta y la Riqueza. Madrid: Fundación Argentaria, 1996.
6. Del Campo S. Social stratification and inequalities in Spain. En: Lemel Y, Heinz-Herbert N, editors. Changing structures of inequality: a comparative perspective. Montreal: McGill Queen's University Press, 2002; p. 117-51.
7. Salido O. Las oportunidades de las mujeres en una estructura social cambiante. Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). Documento de Trabajo 02-05. Proyecto WRAMSOC. Madrid: Universidad Complutense de Madrid y UPC-CSIC, 1999.
8. FOESSA. V Informe Sociológico sobre la Situación Social en España. Madrid: FOESSA, 1994.
9. Bosch A, Escribano C, Sánchez I. Evolución de la desigualdad y la pobreza en España. Madrid: INE, 1989.
10. Cantó O, Del Río C, Gradín C. La evolución de la pobreza estática y dinámica en España en el período 1985-1995. Instituto de Estudios Fiscales PT N.º. 24/02, 2001.
11. García Serrano C, Malo MA, Toharia L. La pobreza en España. Un análisis crítico basado en el Panel de Hogares de la Unión Europea (PHO-GUE). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.
12. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines. Annu Rev Public Health 1997;18:341:378.
13. Crompton R. Clase y estratificación. Una introducción a los debates actuales. Madrid: Tecnos, 1993.
14. Muntaner C, Eaton WW, Diala CC. Socioeconomic inequalities in mental health: a review of concepts and underlying assumptions. Health 2000;47:2043-53.
15. Wright EO. Class counts: comparative studies in class analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
16. Office of Population and Censuses and Surveys. Classification of Occupations. London: HMSO, 1980.
17. Jones IG, Cameron D. Social class analysis –an embarrassment to epidemiology. Comm Med 1984;6:37-46.
18. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la «clase social» basado en la ocupación. Gac Sanit 1989;3:320-6.
19. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores, 1995.
20. Grupo SEE y Grupo semFYC. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Primaria 2000;25:350-63.

Benach J, et al. Las clases sociales y la pobreza

21. Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. En: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
22. Wohlfarth T. Socioeconomic inequality and psychopathology: are socioeconomic status and social class interchangeable? *Soc Sci Med* 1997;45:399-410.
23. Western M, Wright EO. The permeability of class boundaries to intergenerational mobility among men in the United States, Canada, Norway and Sweden. *Am Soc Rev* 1994;59:606-29.
24. Muntaner C, Borrell C, Benach J, Pasarín MI, Fernández E. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population [en prensa]. *Int J Epidemiology* 2003.
25. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-perceived health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour [en prensa]. *Soc Sci Med* 2003.
26. Muntaner C, Eaton WW, Diala CC, Kessler RC, Sorlie PD. Social class, assets, organizational control and the prevalence common groups of psychiatric disorders. *Soc Sci Med* 1998;47:2043-53.
27. Berthoud R. *The disadvantages of inequality. A study of social deprivation*. London: Mcdonald & Jane's, 1976.
28. Townsend P. *The International Analysis of Poverty*. New York: Harvester, 1993.
29. Townsend P. *Poverty in the United Kingdom. A survey of household resources and standards of living*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1979.
30. Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Benach J, Pasarín MI. Medidas de privación material en los estudios de áreas geográficas pequeñas. *Gac Sanit* 2001;15(Supl 4):23-33.