

Clase social y salud en América Latina

Carles Muntaner,¹ Katia B. Rocha,²
Carme Borrell,² Clelia Vallebuona,³
Ciro Ibáñez,⁴ Joan Benach⁵
y Orielle Sollar⁴

Forma de citar: Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, Vallebuona C, Ibáñez C, Benach J, et al. Clase social y salud en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(2):166-75.

SINOPSIS

Se repasan los principales conceptos de clase social, ocupación y estratificación social, y su contribución al análisis de los determinantes sociales de la salud (DSS), y se revisan los estudios empíricos desarrollados en América Latina que utilicen las relaciones de empleo como DSS. La revisión se ha enfocado en los estudios sobre la relación entre salud y clase social basados en las perspectivas neoweberiana o neomarxista. La búsqueda en la Biblioteca Virtual en Salud de BIREME y en la base de datos SciELO permitió localizar 28 artículos de esas características. Esta relativa escasez contrasta con la abundancia de trabajos con tales enfoques realizados en Europa y en los Estados Unidos, con una larga tradición en el análisis de los DSS. En tal sentido, las implicaciones políticas y programáticas de la investigación sobre clase social y relaciones de empleo son diferentes y complementarias de los estudios de gradientes de salud asociados a los ingresos y la educación. La globalización en las relaciones de empleo exige nuevos conceptos para explicar y medir los mecanismos de acción de los DSS trascendiendo lo estrictamente laboral; en particular, la relevancia en la realidad latinoamericana actual del impacto del trabajo informal sobre la salud.

Palabras clave: clase social; factores socioeconómicos; América Latina.

La epidemiología social contemporánea busca explicar las consecuencias de las desigualdades socioeconómicas en la salud de los individuos (1, 2), para lo cual suele recurrir a mediciones de la estratificación social. En efecto, el enfoque teórico utilizado por la sociología funcionalista considera que las desigualdades socioeconómicas deben concebirse como una cuestión de *estratificación* (las desigualdades como gradientes) (3). Otro enfoque sociológico analiza las desigualdades socioeconómicas como el resultado de las *relaciones conflictivas* entre diferentes grupos o posiciones sociales (4) y está inspirado en las corrientes neoweberiana y neomarxista.

La investigación en epidemiología social utiliza en forma predominante el enfoque basado en la estratificación (5, 6). Sin embargo, un número limitado de estudios aplican indicadores socioeconómicos de tipo *relacional*. Este enfoque, aunque minoritario, constituye una contribución científica muy valiosa que proporciona una visión alternativa sobre las causas de las desigualdades socioeconómicas y su impacto en la mortalidad, la salud y la calidad de vida.

La mayor parte de las investigaciones sobre desigualdades socioeconómicas en la salud han utilizado el llamado sentido común de diversas mediciones de estratificación (7). A menudo estos indicadores se basan en las clasificaciones administrativas o en argumentos empíricos *ad hoc*. Pueden identificarse tres grandes categorías de indicadores de clase social: los ingresos y la riqueza material, el nivel educativo y las clasificaciones de ocupaciones (8). Los conocimientos generados por los estudios que utilizan estas medidas son sin duda importantes. Sin embargo, no suelen señalar en forma explícita la base teórica funcionalista y, en su gran mayoría, no cuestionan ni muestran las relaciones subyacentes causantes de desigualdades socioeconómicas.

LOS CONCEPTOS RELACIONALES DE CLASE SOCIAL COMO ALTERNATIVA

En la *perspectiva relacional*, las desigualdades socioeconómicas no están asociadas en forma directa a un gradiente. Este planteo supone que los gradientes de desigualdad observados suelen ser el resultado empírico subyacente en complejas y múltiples interacciones sociales entre los grupos modelados, tomando como base la disponibilidad de *recursos* en relación con posibles conflictos de interés (7). En tal contexto, los recursos no son los únicos elementos que pueden concebirse en términos materiales (como es el caso del capital económico); también el conocimiento, el apoyo social o la situación social pueden considerarse como “formas de capital socialmente valiosas” (8).

Tanto la corriente sociológica marxista como la weberiana hacen hincapié en los mecanismos que

¹ University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health and Bloomberg Faculty of Nursing, Toronto, Canada. La correspondencia debe enviarse a: Carles Muntaner, carles.muntaner@utoronto.ca

² Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), Barcelona, España.

³ Ministerio de Salud de Chile, Santiago, Chile.

⁴ Universidad Mayor, Santiago, Chile.

⁵ Universitat Pompeu Fabra, Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET), Barcelona, España.

explican las desigualdades socioeconómicas (9). Cabe destacar que estas dos tradiciones teóricas reconocen al menos dos importantes mecanismos de generación de desigualdad en el seno de las sociedades contemporáneas: la *clase social* y el *credencialismo* (7, 10).

La perspectiva relacional neomarxista, la explotación y los efectos no lineales

En la concepción actual neomarxista, la clase social está referida al conflicto entre “trabajadores” y “empresarios” relacionado con la distribución de la plusvalía generada por la producción económica (11, 12). Así, la posición de clase social de un empresario exige a sus miembros emplear a trabajadores —quienes no poseen sus propios medios de producción—, con el fin de obtener un excedente (13). Como consecuencia, existe una relación desigual que determina que los empleadores tengan autoridad sobre la fuerza de trabajo de los empleados (14). Esta autoridad se puede delegar en otros empleados, los “supervisores”, que estarían en *posición contradictoria de clase*, pues ejercen autoridad disciplinaria sobre el trabajo de otros sin poseer la propiedad de los medios de producción (11, 14). En las sociedades contemporáneas el concepto de propiedad no debe concebirse en términos legales o formales como la posesión de capital, sino más bien como el ejercicio del control estratégico sobre los medios de producción (14).

Por su parte, los indicadores marxistas utilizados en epidemiología social están menos definidos. Claramente, el indicador más “estandarizado” y usado es el de clase, de Erik Olin Wright (12). El esquema de Wright combina los mecanismos centrales de clase social (propiedad y control) y de credencialismo. Hay también una serie de estudios que se centran de manera exclusiva en el mecanismo de la clase social en un sentido estrictamente marxista, como la propiedad (económica) sobre los medios de producción y el control sobre la fuerza de trabajo de otros (figura 1).

La perspectiva relacional neoweberiana y las condiciones laborales

Desde la perspectiva neoweberiana, y también en las teorías neomarxistas contemporáneas, se destaca el papel del credencialismo como importante generador de desigualdad (10, 11, 15). El credencialismo es el proceso de asignación de habilidades socialmente

valoradas en el seno de la población (10). Existe una diferencia entre las habilidades (o el conocimiento) como recurso social y las credenciales, que son el resultado de la “etiqueta” (marbete o rótulo) social que reciben algunas habilidades y conocimientos como *valor social*, y su asignación desigual por medio de los certificados de estudios (10). Las credenciales son un recurso social que proporciona acceso a mercados de trabajo restringidos, a posiciones privilegiadas en organizaciones, a mayor prestigio, y a la pertenencia a redes sociales, que redundan en determinados beneficios (14).

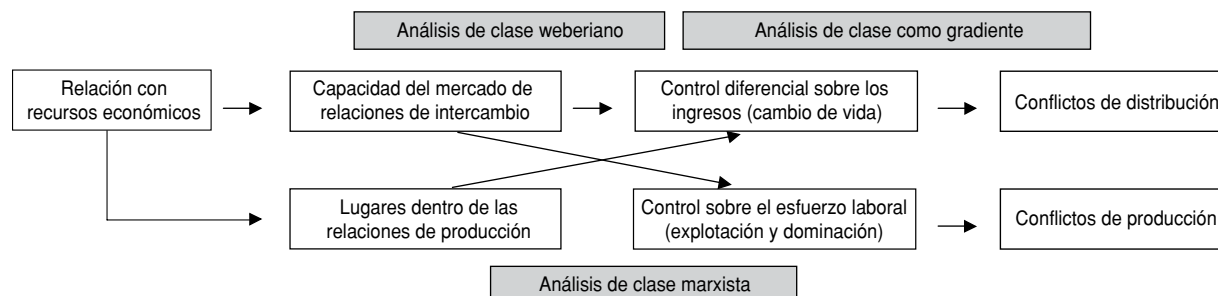
En los estudios neoweberianos de epidemiología social se utilizan dos tipos de indicadores específicos: los inspirados en el “esquema de clase de Goldthorpe” (15) y los que emplean la “medida NS-SEC” (sigla en inglés de *National Statistics Socio-economic Classification*). La NS-SEC como indicador socioeconómico fue elaborada a partir de la teoría weberiana para usarla en las estadísticas oficiales del Reino Unido. Su aplicación en ese país en el censo de población ha dado nuevo impulso a la investigación epidemiológica sobre clase social (16).

CLASE SOCIAL Y SALUD EN AMÉRICA LATINA

Se revisa a continuación la bibliografía existente sobre estudios empíricos realizados en América Latina que asocian clase social y salud, a partir de los marcos teóricos neomarxista y neoweberiano. La búsqueda se efectuó en la base de datos de la red SciELO.org, utilizando como palabras clave “clase social” en diferentes idiomas: español (109 estudios), portugués (184) e inglés (291), y se analizaron todos los estudios, independientemente del año de publicación. En la pesquisa de estudios empíricos llevada a cabo en la Biblioteca Virtual en Salud, BIREME, se utilizaron las palabras clave “clase social y salud”. Se revisaron 1 146 estudios publicados a partir de 2005. A diferencia de otras búsquedas en el sistema de PubMed, cuyos resultados se publicaron en un artículo anterior (17), el propósito de la presente revisión fue localizar estudios realizados en América Latina.

La mayor parte de los 28 artículos empíricos hallados —20 correspondientes al Brasil y uno a Venezuela (cuadro 1)— adoptaron un enfoque neomarxista utilizando distintas maneras de operacionalizar el concepto de clase social (18–20). Los temas de estudio incluyen el análisis de las desigualdades en salud infantil en relación con la clase social (18, 21–25), la uti-

FIGURA 1. Modelos de análisis de clase



Fuente: elaboración de los autores sobre el trabajo de Erik Olin Wright.

CUADRO 1. Resumen de los datos generales de la búsqueda de bibliografía realizada en la base de datos SciELO y BIREME — Clase social y salud

	Neomarxistas		Neoweberianos	
	No.	%	No.	%
Número de artículos	21		7	
País				
Brasil	20	95,2	4	57,1
Brasil–Sudeste	10	50,0	3	75,0
Brasil–Sur	8	40,0	—	—
Brasil–Nordeste	1	5,0	—	—
Brasil–Centro oeste	1	5,0	—	—
Brasil–Nordeste	—	—	1	25,0
Venezuela	1	4,8	1	14,3
Argentina	—	—	2	28,6
Año de publicación				
Años 80	2	9,5	—	—
Años 90	12	57,2	1	14,3
A partir de 2000	7	33,3	6	85,7
Población estudiada				
Adultos	10	47,6	5	71,4
Adolescentes	4	19,1	1	14,3
Niños	7	33,3	1	14,3
Diseño				
Transversal	16	76,2	5	71,4
Caso y control	2	9,5	—	—
Longitudinal	3	14,3	2	28,6
Medidas/indicadores de salud				
Salud infantil	6	28,5	—	—
Utilización de servicios de salud	8	38,0	—	—
Realización de prácticas preventivas (citología)	1	4,8	—	—
Prevalencia de hipertensión, colesterolemia y leishmaniasis	2	9,5	1	14,3
Estado nutricional	1	4,8	3	42,8
Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas	1	4,8	1	14,3
Agresión física	1	4,8	—	—
Accidente laboral	1	4,8	—	—
Supervivencia postrasplante	—	—	1	14,3
Edad de la menarca	—	—	1	14,3
Han detectado desigualdades asociadas a la clase social	20	95,2	5	71,4

lización de servicios de salud (26–32), la atención de adolescentes embarazadas (33) y la adopción de prácticas preventivas (34), así como el análisis de factores de riesgo como la hipertensión (35), la dieta (36), el consumo de sustancias psicoactivas (37) y la prevalencia de leishmaniasis cutánea (38). Además, se investigó la asociación entre la clase social y el riesgo de ser víctima de una agresión física (39) o de sufrir un accidente de trabajo (40) (cuadro 1 y anexo 1).

En los estudios neoweberianos, los temas abordados fueron: la asociación entre la clase social ocupacional y los niveles de colesterol en la población (41), la obesidad (42, 43), el consumo de alcohol (44), el índice

de masa corporal en adultos jóvenes (45), la edad de la menarquia en escolares (46), y la supervivencia de los pacientes después de un trasplante cardíaco (47) (Anexo 2).

La mayoría de los estudios mencionados encuentran desigualdades en diferentes indicadores de salud, de factores de riesgo y de utilización de servicios según clase social. Por otro lado, los resultados de la revisión de literatura revelan la escasez de artículos empíricos que analicen la asociación entre clase social y salud en América Latina, lo que contrasta con otras revisiones de estudios empíricos realizados en Europa y en los Estados Unidos, que tienen una larga tradición en el análisis de los DSS a partir de los marcos teóricos neoweberiano y neomarxista (17). Al considerar los altos niveles de desigualdad existentes en los países de América Latina (48–49), se destaca aún más la necesidad de estudiar el impacto de estas desigualdades en la salud de la población. En tal sentido, las implicaciones políticas y programáticas que surgen de la investigación sobre clase social y relaciones de empleo son diferentes y complementarias de los estudios de gradientes en salud asociados al ingreso y la educación.

Otro aspecto para destacar es que la mayoría de los estudios neomarxistas se llevaron a cabo en las décadas de 1980 y 1990 (14 estudios). Entre los estudios neoweberianos, uno se publicó en la década de 1980, y seis, después del año 2000.

La búsqueda realizada permitió identificar las investigaciones en el campo de la salud realizadas en América Latina en los últimos años que emplean indicadores socioeconómicos basados en variables como la escolaridad del jefe de familia, el número de habitaciones de la vivienda y la disponibilidad de bienes de consumo (televisores, microondas, etc.). Algunos de estos estudios usan el término clase social para describir estos indicadores socioeconómicos, lo que es una equivocación, ya que se trata de una variable de estratificación. En tal sentido, es importante tener en cuenta que las variables basadas en bienes de consumo resultan poco explicativas del proceso de salud-enfermedad de la población, pues son el resultado de otras variables, tales como condiciones de empleo, ocupación, relaciones de control y autoridad en el trabajo, y diferencias de poder entre clases sociales, que pueden ser más informativas o explicativas acerca de cómo las desigualdades se generan y qué efecto tienen en la salud de la población.

El uso estándar de las medidas de estratificación social con muy poca o ninguna base teórica implícita ha obstaculizado el progreso de la descripción y explicación de las desigualdades en salud. Por otro lado, las medidas basadas en las tradiciones teóricas sociales weberiana y marxista se basan explícitamente en los mecanismos relacionados con el trabajo que explican cómo las desigualdades socioeconómicas se generan y cómo pueden afectar la salud (50). Una de las limitaciones de este estudio es que la revisión de trabajos empíricos se restringió a las revistas electrónicas, excluyéndose del análisis otro tipo de documentos, como tesis, libros, capítulos de libros, anales de congresos o conferencias, informes científico-técnicos y publicaciones gubernamentales, lo que limita el alcance de los resultados.

En relación con las limitaciones en el uso de indicadores de clase social para explicar las desigualdades en salud, es importante tomar en consideración la dificultad de medir los extremos de las posiciones de clase, lo que se explica en parte debido a la casi imposibilidad de encuestar a esos estratos, ya que ni los empresarios (grandes y medianos), ni los trabajadores precarios son fácilmente accesibles a las encuestas, y ello impide obtener resultados originados en esas desigualdades extremas.

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

A partir de los resultados que aquí se presentan, pueden formularse sugerencias para futuras investigaciones. En primer lugar, en epidemiología social se deben utilizar criterios de medida fundamentados teóricamente en los mecanismos generadores de desigualdades subyacentes en las relaciones de empleo (por ejemplo, entre empresario/a, directivo/a, profesional, supervisor/a, trabajador/a), en particular los referidos a las transformaciones de las relaciones de empleo verificadas en los últimos años. En segundo lugar, se necesitan bases de datos con información que permita construir criterios de medición de clase social basadas en teorías. En tercer lugar, la mayoría de los estudios de clase social y salud son de diseño transversal tanto en América Latina (Anexos 1 y 2) como en varios países de Europa y en los Estados Unidos. Así, es interesante que se realicen también estudios de diseño longitudinal, preferentemente incorporando variables de resultado “duras” u objetivas, tales como la mortalidad. En cuarto lugar, futuros estudios, sobre todo los que se desarrollen en América Latina, deberían diferenciar el “proletariado formal” del “proletariado informal” en la operacionalización de las categorías de clase social, conforme apuntan Portes y Hoffman. El proletariado formal correspondería en este esquema a los trabajadores protegidos por códigos laborales e incorporados a los sistemas legales de salud, invalidez y jubilación. El proletariado informal sería la suma total de trabajadores por cuenta propia (menos profesionales y técnicos), familiares no remunerados, empleados domésticos y asalariados sin cobertura social ni otros beneficios legales. Otro desafío es la complejidad inherente al estudio del impacto del trabajo informal en la salud de la población, ya que en América Latina muchas personas pasan del empleo formal al informal, y viceversa, a lo largo de sus vidas.

En resumen, esta revisión confirma que los indicadores neomarxistas y neoweberianos de relaciones de trabajo son predictores de las desigualdades de salud que pueden mostrar resultados descriptivos

diferentes que los indicadores de posición socioeconómica basados en gradientes. Un buen ejemplo de resultados que contradicen el “patrón de gradiente” son los obtenidos en estudios llevados a cabo en Europa y en los Estados Unidos, que muestran que tienen peor salud mental los mandos intermedios y supervisores en comparación con los trabajadores sin cargo de autoridad y con el personal gerencial, lo que confirma la hipótesis de Wright de *posición contradictoria de clase*. Estos hallazgos probablemente permanecerían ocultos al utilizar un enfoque de gradación de la posición socioeconómica. Además, las implicaciones políticas relacionadas con los mecanismos que generan desigualdades son diferentes y complementarias de las basadas en mediciones del ingreso o del nivel de educación. Si bien estas últimas podrían implicar la redistribución de la riqueza, las primeras pueden centrarse en temas como la democracia o la justicia laboral existente en las relaciones de empleo. En conjunto, estos resultados justifican la necesidad de nuevas investigaciones sobre los indicadores de posición socioeconómica basados en las relaciones de empleo para su uso en la epidemiología social y la salud pública.

SYNOPSIS

Social class and health in Latin America

This paper reviews the principal concepts of social class, occupation, and social stratification, and their contribution to the analysis of the social determinants of health (SDH), and reviews empirical studies conducted in Latin America that use employment relations as an SDH. The review focuses on studies of the relationship between health and social class based on neo-Weberian or neo-Marxist perspectives. A search of the BIREME Virtual Health Library and the SciELO database found 28 articles meeting these characteristics. This relative dearth contrasts with the profusion of papers that use these approaches written in Europe and in the United States, with a long tradition in the analysis of SDH. In this regard, the political and programmatic implications of research on social class and employment relations are different from and complementary to studies of health gradients associated with income and education. Globalization of employment relations requires the development of new concepts to explain and measure the mechanisms of action of the SDH going beyond what is strictly labor related; in particular, the importance in the current Latin American reality of the impact of informal work on health.

Keywords: social class; socioeconomic factors; Latin America.

REFERENCIAS

1. Graham H. The challenge of health inequalities. En: Graham H, eds. Understanding health inequalities. Buckingham, Philadelphia: Open University Press; 2000. Pp. 3–21.
2. Breilh J, Granda E. Epidemiología y contrahegemonía. Social Science and Medicine. 1989;28(11):1121–27.
3. Crompton R. Class and stratification. An introduction to current debates. Cambridge: Polity Press; 1998.
4. Hauser RM, Warren JR. Socioeconomic indexes for occupations: A review, update, and critique. En: Raftery AE, ed. Sociological Methodology. Cambridge: Basil Blackwell; 1997. Pp. 177–298.
5. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Davey Smith G, Lynch J. Indicators of socioeconomic position. En: Oakes JM, Kaufman JS, eds. Methods in social epidemiology. San Francisco: Jossey-Bass; 2006.
6. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US Public Health

- Research: Concepts, methodologies, and guidelines. *Ann Rev Public Health*. 1997;18(1):341-78.
7. Wright EO. The shadow of exploitation in Weber's class analysis. *Am Sociol Rev*. 2002;67(6):832-53.
 8. Bourdieu P. The forms of capital. En: Richardson JG, ed. *Handbook of theory and research for the sociology of education*. New York: Greenwood Press; 1986. Pp. 241-58.
 9. Giddens A, Held D. Introduction. En: Giddens A, Held D, eds. *Classes, power and conflict: Classical and contemporary debates*. London: MacMillan Publishers; 1984. Pp 3-7.
 10. Parkin F. *Marxism and class theory: a bourgeois critique*. New York: Columbia University Press; 1979.
 11. Wright EO. *Class, crisis and the state*. London: Verso; 1978.
 12. Wright EO. *Class counts*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
 13. Wolff R, Resnick SA. *Economics: Marxian versus Neoclassical*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1987.
 14. Clement W, Myles J. *Relations of ruling. Class and gender in postindustrial societies*. Québec: McGill-Queen's University Press; 1994.
 15. Goldthorpe JH, Hope K. *The social grading of occupations: A new approach and scale*. Oxford: Clarendon Press; 1974.
 16. Chandola T, Jenkinson C. The new UK national statistics socio-economic classification (NS-SEC); investigating social differences in self-reported health status. *J Pub Health*. 2000;22(2):182-90.
 17. Muntaner C, Borrell C, Varoelen C, Chung H, Benach J, Kim H. Employment relations, social class and health: A review and analysis of conceptual and measurement alternatives. *Soc Sci Med*. 71(12):2130-40.
 18. Lombardi C, Bronfman M, Facchini L, Victora CG, Barros FC, Béría JU, et al. Operationalization of the concept of social class in epidemiologic studies. *Rev Saúde Pública*. 1988;22:253-65.
 19. Barros MB. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Rev Saúde Pública*. 1986;20(4):269-73.
 20. Bronfman M, Tuirán RA. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuad Med Soc*. 1984;29/30:53-75.
 21. Monteiro CA, Freitas ICM, Baratho RM. Saúde, nutrição e classes sociais: o nexo empírico evidenciado em um grande centro urbano, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1989;23(5):422-28.
 22. Lei DLM, Freitas IC, Chaves SP, Lerner BR, Stefanini MLR. Retardo do crescimento e condições sociais em escolares de Osasco, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1997;13(2):277-83.
 23. Almeida LEA, Barbieri MA, Gomes UA, Reis PM, Chiaratti TM, Vasconcellos V, et al. Peso ao nascer, classe social e mortalidade infantil em Ribeirão Preto (SP). *Cad Saúde Pública*. 1992;8:190-98.
 24. Gomes UA, Bettiol H, Silva AAM, Almeida LEA, Barros AAF, Barbieri MA. Saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP, Brasil: apresentação de algumas características demógrafico-sociais e da atenção médica da população estudada. *Cad Saúde Pública*. 1990;6(1):5-17.
 25. Silva AAM, Barbieri MA, Bettiol H, Dal Bó CMR, Mucillo G, Gomes UA. Saúde perinatal: baixo peso e classe social. *Rev Saúde Pública*. 1991;25(2):87-95.
 26. César JA, Victora CG, Santos IS, Barros FC, Albernaz EP, Oliveira LM, et al. Hospitalização por pneumonia: influência de fatores socioeconômicos e gestacionais em uma coorte de crianças no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(1):53-61.
 27. Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(4):360-69.
 28. Gastal FL, Leite SSO, Andreoli SB, Gameiro MA, Gastal CL, Gazalle FK, et al. Tratamento etiológico em psiquiatria: o modelo da neurosífilis. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):29-35.
 29. Gastal FL, Leite SSO, Treptow EC, Marini SS, Noal MV, Binz MAR, et al. Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2006;28(3):245-54.
 30. Címoes R, França Caldas Júnior A, Alvim de Souza, EH, Santos Gusmão E. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1691-96.
 31. Freire MCM, Sheihai A, Bino YA. Hábitos de higiene bucal e fatores socio-demográficos em adolescentes. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(4):606-14.
 32. Silva SRC, Castellanos Fernández RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(4):349-55.
 33. Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA, Wen LY, Reis PM, Chiaratti TM et al. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 1992;8(4):404-13.
 34. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):191-97.
 35. Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev Saúde Pública*. 1994;28(4):261-67.
 36. Salas Martins I, Mazzilli RN, Alonso Nieto R, Alvares ED, Oshiro R Marucci MFN, et al. Hábitos alimentares aterogênicos de grupos populacionais em área metropolitana da região sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1994;28(5):349-56.
 37. Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil): II — Distribuição do consumo por classes sociais. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(2):163-170.
 38. Carrero JAR, Contreras REM. Leishmaniasis cutânea: epidemiologia y aspectos psicosociales [Tesis doctoral] Caracas: Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela; 2008.
 39. Gianini RJ, Litvoc J, Eluf Neto, J. Agresão física e classe social. *Rev Saúde Pública*. 1999;33(2):180-86.
 40. Fehlbeg MF, Santos I, Tomasi E. Prevalência e fatores associados a acidentes de trabalho em zona rural. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(3):269-75.
 41. Poletto L, Pezzotto S, Morini J. Associações de lipoproteínas plasmáticas em homens de 18 anos de idade. *Rev Saúde Pública*. 1992;26(5).
 42. Romaguera D, Samman N, Farfa N, Lobo M, Pons A, Tur JA. Nutritional status of the Andean population of Puna and Quebrada of Humahuaca, Jujuy, Argentina. *Public Health Nutr*. 2007;11(6):606-15.
 43. Torres-Villanueva M, Dellán-Rodríguez G, Papale-Centofanti J, Rodríguez D, Mendoza N, Berné Y. Estratificación social y antropometría nutricional en menores de 15 años. La Escalera, estado Lara, Venezuela 2002. *Invest Clin*. 2007;48(3):327-40.
 44. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, Kawachi I, et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(1):45-54.
 45. Goldani MZ, Haefner LSB, Agranonik M, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. Do early life factors influence body mass index in adolescents? *Braz J Med Biol Res*. 2007;40(9):1231-36.
 46. Tavares CHF, Haefner LSB, Barbieri MA, Bettiol H, Barbieri MR, Souza L. Idade da menarca em escolares de uma comunidade rural do Sudeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(3):709-15.
 47. Parra AV, Rodrigues V, Cancelli S, Cordeiro JA, Bestetti R. Impact of socioeconomic status on outcome of a Brazilian heart transplant recipients cohort. *Int J Cardiol*. 2008;125:142-43.
 48. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). *Panorama social de América Latina 2000-2001*. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.
 49. Portes A, Hoffman K. Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la era neoliberal. En: Franco R, León A, Atria R, eds. *Estratificación y movilidad social en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL; 2007. Pp. 559-604.
 50. Muntaner C, Borrell C, Chung H, Benach J, Ibrahim S. Social class inequalities in health: Does welfare state regime matter? En: Raphael D, Bryant T, Rioux M, eds. *Staying alive: Critical perspectives on health, illness, and health care*. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2006.

Manuscrito recibido el 2 de noviembre de 2010.
Aceptado para publicación, tras revisión, el 19 de junio de 2011.

ANEXO 1. Artículos seleccionados sobre clase social y salud en América Latina (neomarxistas)

Referencia	Objetivo del estudio	País/lugar	Población	Diseño	Medida de clase social	Resultados
Lombardi C, et al. Operationalization of the concept of social class in epidemiologic studies. <i>Rev Saúde Pública</i> . 1988;22:253–265.	Operacionalizar el concepto de clase social. Evaluar el poder discriminatorio de dos modelos en términos del proceso de salud-enfermedad, tomando como variable dependiente el crecimiento infantil.	Brasil Pelotas	n = 5 384 recién nacidos en 1982	Estudio transversal	Modelo de Brontman y Tuirán (medios de producción) Barros (1986)	Las dos clasificaciones están asociadas a diferencias significativas en el crecimiento infantil (menor en las clases sociales menos privilegiadas).
Monteiro CA, et al. Saúde, nutrição e classes sociais: o nexó empírico evidenciado em um grande centro urbano, Brasil. <i>Rev Saúde Pública</i> . 1989;23(5):422–428.	Comparar el estado de salud y nutrición de niños de diferentes clases sociales.	Brasil São Paulo	n = 784 niños	Estudio transversal	Lombardi et al. (1988)	El cálculo del índice de altura referida a la edad reveló condiciones óptimas de salud y nutrición entre los niños de la burguesía y de la pequeña burguesía, que representan 30% del total.
Gomes UA, et al. Saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP, Brasil: apresentação de algumas características demográficas e da atenção médica da população estudada. <i>Cad Saúde Pública</i> . 1990;6(1):5–17.	Presentar las características sociodemográficas y de la atención a la población de recién nacidos entre 1978 y 1979, en Ribeirão Preto, Brasil.	Brasil Ribeirão Preto	n = 9 048	Estudio transversal	Barros (1986)	La mayor parte de la población estudiada pertenecía a las clases trabajadoras (proletariado y subproletariado). Se observaron importantes factores de riesgo, como elevado porcentaje de madres menores de 20 años, bajo peso al nacer y escaso número de visitas médicas durante el embarazo.
Silva AAM, et al. Saúde perinatal: baixo peso e classe social. <i>Rev Saúde Pública</i> . 1991;25(2):87–95.	Analizar la asociación entre bajo peso al nacer y clase social.	Brasil Ribeirão Preto	n = 2 128 nacidos vivos	Estudio transversal	Barros (1986)	La edad materna y la pertenencia a clases sociales menos privilegiadas estaban asociadas al bajo peso al nacer. Además, se observó mayor prevalencia de bajo peso al nacer entre las madres de clases trabajadoras no fumadoras en relación con las madres fumadoras de la burguesía, lo que probablemente refleja la concentración de otros factores de riesgo en las primeras.
Bettiol H, et al. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. <i>Cad Saúde Pública</i> . 1992;8(4):404–413.	Analizar la atención de salud de embarazadas adolescentes.	Brasil Ribeirão Preto	n = 6 750	Estudio transversal	Barros (1986)	La edad materna menor de 20 años estaba asociada a indicadores más desfavorables de salud perinatal: atención médica, gestación y parto. Esta situación es peor entre las adolescentes de las clases sociales menos favorecidas.
Almeida LEA, et al. Peso ao nascer, classe social e mortalidade infantil em Ribeirão Preto (SP). <i>Cad Saúde Pública</i> . 1992;8:190–198.	Investigar los factores asociados a la mortalidad, a partir de un estudio de cohorte de niños nacidos vivos en hospitales de Ribeirão Preto, São Paulo.	Brasil Ribeirão Preto	n = 9 067	Estudio de cohorte	Barros (1986)	Las clases sociales menos privilegiadas tienen mayor tasa de bajo peso al nacer y coeficientes de mortalidad más elevados.

Continúa

ANEXO 1. Continuación

Referencia	Objetivo del estudio	País/lugar	Población	Diseño	Medida de clase social	Resultados
Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. Rev Saúde Pública. 1994;28(4):261-267.	Conocer la prevalencia de hipertensión arterial sistémica y sus factores de riesgo.	Brasil Pelotas	n = 1 657	Estudio transversal	Brontman et al. (1988)	Los factores de riesgo asociados a la hipertensión fueron: ascendencia africana, edad avanzada, bajos niveles de escolaridad, consumo excesivo de sal, obesidad e historia familiar de hipertensión. La clase social estaba fuertemente asociada a la hipertensión en el análisis bivariado, pero el peso relativo de esa pertenencia disminuye al incluir otros parámetros en el modelo multivariado.
Salas Martins I, et al. Hábitos alimentares aterogênicos de grupos populacionais em área metropolitana da região sudeste do Brasil. Rev Saúde Pública. 1994;28(5):349-356.	Identificar el potencial iatrogénico de la dieta de diferentes agrupamientos humanos estratificados en clases sociales y analizar las diferencias en el consumo de nutrientes entre estos grupos.	Brasil São Paulo	n = 568	Estudio transversal	No se especifica, pero son categorías semejantes a las de Wright	Hay diferencias en la composición de la dieta según la clase social y el tipo de trabajo. Los varones con mayores porcentuales de consumo de proteínas, grasas y carbohidratos fueron los que se dedican a trabajos manuales no calificados que exigen fuerza física para su desarrollo. Entre los hombres de clases sociales más privilegiadas el consumo de esos nutrientes fue inferior.
César JA, et al. Hospitalização por pneumonia: influência de fatores socioeconômicos e gestacionais em uma coorte de crianças no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública. 1997;31(1):53-61.	Investigar la influencia de los factores socioeconómicos y de la gestación en la hospitalización por neumonía en el período neonatal.	Brasil Pelotas	n = 5 304 niños del estudio de cohorte, y de estos, 152 (2,9%) fueron hospitalizados por neumonía	Estudio longitudinal	Clasificación de clase social de Brontman et al. (1988)	Los principales determinantes de hospitalización por neumonía en el período neonatal fueron: la menor edad de la madre, el mayor número de hijos y la pertenencia a clases sociales menos privilegiadas.
Lei DLM, et al. Retardo do crescimento e condições sociais em escolares de Osasco, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 1997;13(2):277-283.	Identificar la asociación entre clase social y retraso del crecimiento físico en los primeros años de vida.	Brasil São Paulo	n = 125 niños (casos) n = 139 niños (controles)	Estudio de casos y controles	Lombardi et al. (1988)	Los niños cuyos padres pertenecen al subproletariado tienen siete veces más posibilidades de presentar retraso del crecimiento en comparación con los dos grupos de la burguesía.
Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. Rev Saúde Pública. 1997;31(4):360-369.	Conocer la utilización de servicios médicos ambulatorios en la ciudad de Pelotas.	Brasil Pelotas	n = 1 657 adultos	Estudio transversal	Clasificación de clase social de Brontman et al. (1988)	Las personas de clases sociales más privilegiadas han visitado con mayor frecuencia los servicios de salud que las de clases sociales menos privilegiadas. Las personas pertenecientes a la burguesía y a la nueva burguesía utilizaron predominantemente los servicios privados, y el proletariado, los servicios públicos.

Continúa

ANEXO 1. Continuación

Referencia	Objetivo del estudio	País/lugar	Población	Diseño	Medida de clase social	Resultados
Muza GM, et al. Consumo de substancias psicoactivas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil): II — Distribuição do consumo por classes sociais. Rev Saúde Pública. 1997;31(2):163–170.	Analizar la influencia del contexto en el consumo de sustancias psicoactivas entre adolescente escolares de la ciudad de Ribeirão Preto, Brasil.	Brasil Ribeirão Preto	n = 1 025 adolescentes	Estudio transversal	Barros (1986)	No se hallaron diferencias en el consumo de alcohol y de tabaco en las diferentes clases sociales, pero se observó mayor consumo en los extremos de la escala social, es decir, tanto entre los más ricos como entre los más pobres. Los jóvenes de clases sociales más privilegiadas consumían más drogas ilícitas, y los de clases sociales menos privilegiadas, más drogas lícitas, probablemente por el mayor costo de las sustancias ilícitas.
Gastal FL, et al. Tratamento etiológico em psiquiatria: o modelo da neurosífilis. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(1):29–35.	Estudiar la evolución histórica durante el decenio de 1960 de las admisiones por diagnóstico de neurosífilis en un hospital psiquiátrico y describir el impacto de la moderna antibioticoterapia.	Brasil Pelotas	n = 192 casos	Estudio transversal	No se especifica, pero son las categorías de Wright	El perfil de clase social de los internados por neurosífilis va cambiando con el paso de los años.
Gianini R, Litvoc J, Eluf NJ. Agressão física e classe social. Rev. Saúde Pública. 1999;33(2):180–186.	Investigar la asociación entre el aumento de la violencia y la escasez de información sobre la relación entre clase social y agresión física.	Brasil São Paulo	n = 191 casos de agresión física n = 222	Estudio de casos y controles	Clasificación de clase social de Bronfman y Tuirán (1984)	El riesgo de ser víctima de una agresión física es significativamente mayor entre las personas que pertenecen al subproletariado cuando se las compara con las demás clases sociales, aun después de efectuar ajustes en función de otras variables.
Fehlberg MF, Santos I, Tomasi E. Prevalência e fatores associados a acidentes de trabalho em zona rural. Rev Saúde Pública. 2001;35(3):269–275.	Investigar la frecuencia de accidentes de trabajo en una zona rural y su asociación con factores de riesgo.	Brasil Pelotas	n = 258 familias	Estudio transversal	Bronfman y Tuirán (1984)	La prevalencia de accidentes de trabajo en la zona rural fue mayor entre las personas de clases sociales menos privilegiadas.
Silva SRC, Castellanos Fernández RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. Rev Saúde Pública. 2001;35(4):349–355.	Evaluar la autopercepción de las condiciones de salud dental por las personas mayores, y analizar los factores clínicos, subjetivos y sociodemográficos que intervienen en esa percepción.	Brasil São Paulo	n = 201 mayores de 60 años	Estudio transversal	Lombardi et al. (1988)	La mayoría de las personas pertenecían al proletariado, lo que hacía que no incluyesen la salud dental como una de sus prioridades.
Dias-da-Costa JS, et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19(1):191–197.	Verificar la evolución de los niveles de cobertura de la citología vaginal y los factores asociados con su no realización.	Brasil Pelotas	n = 1 122	Estudio transversal	Bronfman et al. (1988)	Las mujeres de clases sociales menos privilegiada y de edad más avanzada habían realizado menos controles de citología vaginal.

Continúa

ANEXO 1. Continuación

Referencia	Objetivo del estudio	País/lugar	Población	Diseño	Medida de clase social	Resultados
Gastal FL, et al. Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2006;28(3):245–254.	Describir el perfil de las mujeres admitidas en un servicio de internación psiquiátrica en el período 1931–2000.	Brasil	n = 9 629 casos	Estudio prospectivo	Lombardi et al. (1988)	El subproletariado es la clase social más prevalente en las internaciones femeninas en hospital psiquiátrico.
Cimões R, et al. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. Ciência & Saúde Coletiva. 2007;12(6):1691–1696.	Determinar la influencia de la clase social en las razones clínicas de pérdidas dentarias en la ciudad de Macelo, Alagoas.	Brasil Alagoas	n = 466 personas de edades entre 18 y 76 años	Estudio transversal	Lombardi et al. (1988)	Los pacientes que pertenecían a la burguesía, la nueva burguesía y la pequeña burguesía tradicional presentarían menos pérdidas dentarias por caries, comparados con los de clases sociales menos favorecidas.
Freire MCM, Sheiham A, Bino YA. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(4):606–614.	Investigar los hábitos de higiene bucal entre los adolescentes y su asociación con el género y el nivel socioeconómico.	Brasil Goiânia	n = 654 escolares de 15 años	Estudio transversal	Lombardi et al. (1988)	Las adolescentes de clases sociales más privilegiadas informaron mejores hábitos de higiene.
Carrero JAR, Contreras REM. Leishmaniasis cutánea: epidemiología y aspectos psicosociales [Tesis doctoral] Caracas: Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela; 2008.	Estudiar el comportamiento epidemiológico y psicosocial de la leishmaniasis en el Municipio Tovar (Mérida).	Venezuela Mérida		Estudio transversal	No se especifica la clasificación utilizada	La prevalencia de leishmaniasis es superior entre la clase obrera.

ANEXO 2. Artículos seleccionados sobre clase social y salud en América Latina (neoweberianos)

Referencia	Objetivo del estudio	País/lugar	Población	Diseño	Medida de clase social	Resultados
Poletto L, Pezzotto S, Morini J. Associações de lipoproteínas plasmáticas em homens de 18 anos de idade. Rev Saúde Pública. 1992;26 (5).	Estudiar la asociación entre los niveles de colesterol totales y parciales, y su asociación con el hábito de fumar, la actividad física en el trabajo y la clase social.	Rosario Argentina	n = 238 hombres	Estudio transversal	Ocupación de los padres y nivel educativo divididos en tres grupos: alto, medio y bajo.	El nivel de colesterol fue mayor en las clases más altas, lo que se contraponía a la distribución de los fumadores. No se hallaron diferencias en los niveles de lipoproteínas entre trabajadores manuales y no manuales.
Tavares CHF, et al. Idade da menarca em escolares de uma comunidade rural do Sudeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2000;16(3):709–715.	Determinar los valores de los percentiles y la amplitud entre los extremos de la edad de la menarca entre las escolares.	Brasil São Paulo	n = 1 602 escolares de 8 a 17 años	Estudio transversal	Ocupación del padre utilizando la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (ISCO-1977), modificada por Bettiol	Entre las escolares del municipio de Barrinha (Brasil) se observó que la edad de la menarca está por debajo de los valores de la Región y hasta de los países desarrollados. Las diferencias encontradas en la amplitud de variación entre los percentiles 97 y 3 varían según la clase social y la situación de desempleo de los padres.
Almeida-Filho N, et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):45–54.	Estudiar las pautas de consumo de alcohol y la prevalencia de bebedores de alto riesgo.	Brasil Salvador	Encuesta n = 2 302	Estudio transversal	Ocupación del jefe de familia y escolaridad como componentes para definir una escala de cuatro niveles de clase social: alta, media, clase trabajadora y pobres.	La mayor prevalencia de bebedores de alto riesgo está entre las personas de clases sociales más elevadas.
Romaguera D, et al. Nutritional status of the Andean population of Puna and Quebrada of Humahuaca, Jujuy, Argentina. Public Health Nutrition. 2007;11(6):606–615.	Analizar el estado nutricional de la población de la Puna y la Quebrada de Humahuaca en la Argentina.	Argentina Puna y Quebrada de Humahuaca	n = 1 236	Estudio transversal	Ocupación del jefe de familia, en tres grupos: alto, medio y bajo.	No se ha encontrado asociación con obesidad e índice de masa corporal según clase social ocupacional.
Goldani MZ, et al. Do early life factors influence body mass index in adolescents? Braz J Med Biol Res. 2007;40(9):1231–1236.	Evaluar la asociación entre factores de la vida temprana (peso al nacer, edad de la madre en el parto, consumo de tabaco durante el embarazo, clase social) y el índice de masa corporal de adultos jóvenes en función de su posición económica actual.	Brasil Ribeirão Preto	n = 6 827	Estudio longitudinal	Ocupación del padre utilizando la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (ISCO-1977), modificada por Bettiol.	La prevalencia de un índice corporal más elevado está entre las personas que han nacido con más de 4 kilos, con madres que han fumado durante el embarazo y que pertenecían en este momento a clases sociales menos privilegiadas.
Torres-Villanueva M, et al. Estratificación social y antropometría nutricional en menores de 15 años. La Escalera. Estado Lara, Venezuela 2002. Invest Clin. 2007;48(3):327–340.	Conocer el diagnóstico nutricional antropométrico mediante el uso de indicadores clásicos y sus combinaciones, relacionándolos con las condiciones socioeconómicas medidas según el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) y según el método Graffar Méndez Castellano.	Venezuela Estado Lara	n = 215 menores de 15 años	Estudio transversal	Ocupación del jefe de familia operacionalizada por el método de Graffar Méndez Castellano.	La gran mayoría de los jefes de familia son pequeños productores de café (caficultores), siguen en muy poca cantidad los obreros no especializados (jornaleros y albañiles), y en último lugar los obreros especializados (choferes y costureras). Al parecer, el nivel educativo de la madre es lo que mejor explica el estado nutricional de los menores.
Parra AV, et al. Impact of socioeconomic status on outcome of a Brazilian heart transplant recipients cohort. Int J Cardiol. 2008;125, 142–143.	Estudiar la evolución clínica de 44 personas sometidas a trasplante cardíaco, según su nivel socioeconómico (clase social, nivel educativo, ingresos familiares del hogar, vivienda, presencia de cuidador, y seguro nacional de salud).	Brasil Ribeirão Preto	44 personas sometidas a trasplante	Estudio longitudinal	Evaluación socioeconómica: ingresos familiares mensuales, alfabetización, vivienda, presencia de cuidador, y ocupación.	No hay diferencias significativas en la supervivencia entre personas de clases sociales distintas.