

NIVEL SOCIOECONOMICO Y PLANIFICACION EN SALUD

José Manuel Araneda ¹

Una encuesta social realizada en el campo de Sociología de la Medicina en la ciudad de Valdivia (Chile), permitió determinar el nivel socioeconómico de las familias. Se presenta aquí la técnica seguida, con el fin de proporcionar a los encargados de la planificación en salud una orientación que posibilite una adecuada consideración de los distintos estratos de la población, y que permita orientar su acción teniendo como marco de referencia la realidad sociocultural de las mayorías.

Introducción

La sociedad latinoamericana está experimentando profundos cambios—algunos inducidos y otros espontáneos—, que marcan su esfuerzo por aproximarse a la gran meta del desarrollo económico y social. La economía, la producción, la educación, las estructuras demográficas y ocupacional, etc., son los órdenes institucionales implicados con mayor intensidad en este proceso de cambio social; ellos evolucionan en forma más o menos equilibrada en los distintos países del área, pero siempre se presentan asociados a un factor común, que los afecta a todos: la salud. Hoy no se discute que el desarrollo creciente en el campo de la salud constituye una parte básica del proceso total de desarrollo socioeconómico de los países. En mutua dependencia, los diversos factores que entran en juego se afectan unos a otros; entre ellos, la salud de la población se ve fuertemente condicionada por los factores económicos y sociales, a la vez que estos últimos se ven considerablemente afectados por los aspectos sanitarios.

Chile no es una excepción a este cuadro general. El médico chileno no ha permanecido ajeno al proceso de desarrollo de su sociedad; ha desempeñado un papel activo en su impulso, principalmente a través de

la organización sanitaria central de este país—el Servicio Nacional de Salud (S.N.S.)— que planifica y realiza los programas de salud que se aplican a nivel nacional, regional y local.

No obstante, el planificador en salud se enfrenta con diversos problemas en este país. La demanda de servicios médicos crece a un ritmo superior al de los recursos disponibles, lo cual obliga a dar preferencia a algunas necesidades médicas, en desmedro de otras; la formación de personal médico y de colaboración médica es inferior a su demanda real, pero a la vez el mercado de trabajo para estos profesionales se restringe por la insuficiente capacidad de absorción de parte de los organismos estatales; la capital del país ejerce una poderosa atracción sobre los profesionales jóvenes, quienes se resisten a desempeñarse en las provincias o en las áreas rurales que son las más desprovistas de recursos médicos, tanto materiales como humanos,² etc.

Entre los problemas que confronta la planificación en salud, hay dos que se destacan. Las autoridades médicas chilenas están centralizadas en la capital del país, y por ello los programas de salud se planifican tomando como marco de referencia a los grupos sociales mayoritarios de la capital,

¹ Sociólogo, profesor e investigador del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

² La provincia de Santiago tiene el 33% de población nacional, pero concentra el 63% de los médicos del país.

sin que las provincias o las zonas urbanas y rurales alejadas hayan sido adecuadamente consideradas. No obstante, cuando se ha intentado tomar debidamente en cuenta las áreas no metropolitanas, ha surgido un nuevo problema: el gran desconocimiento de las características culturales, sociales, y aun médicas de la población de esas zonas. En la actualidad, las relaciones médico-paciente y hospital-comunidad siguen pautas perfectamente adaptadas a las grandes ciudades, con índices relativamente altos de industrialización y desarrollo. Sin embargo, tales pautas no se ajustan a la realidad de las provincias menos industrializadas o de las áreas rurales o semirurales; estas tienen características sociales distintas, que no han sido lo suficientemente estudiadas y, por tanto, no se conocen en su totalidad.

En busca de respuestas a algunas de las múltiples interrogantes que plantea la situación descrita, el Instituto de Sociología del Departamento de Salud Pública—Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile—realizó a fines de 1969 una encuesta social destinada a determinar algunos de los factores sociológicos asociados con la conducta que la población de Valdivia—ciudad capital de la provincia del mismo nombre—sigue en asuntos de salud. Entre estos elementos sociales, uno de los más importantes es el nivel socioeconómico de las personas, ya que constituye uno de los factores sociológicos más estrechamente vinculados a los problemas de salud de la población.

El nivel socioeconómico está relacionado con la salud de diversas maneras. Siguiendo a Suchman (1), es posible afirmar que es un determinante básico de muchas alteraciones de la salud, como las enfermedades transmisibles, diabetes, aterosclerosis y otras; juega un papel importante en la etiología de diversos problemas de salud, como accidentes, enfermedades transmisibles, traumatismos del recién nacido, oligofrenia, malnutrición, etc.; define las condiciones de salud que pueden ser consideradas proble-

mas médicos, así como las acciones que pueden realizarse para enfrentarlos; finalmente, determina en gran parte la respuesta que la sociedad y el individuo dan a diversos problemas de salud. De ahí que la determinación del nivel socioeconómico de las personas, o bien el conocimiento previo de la distribución de la población según este factor, constituye una herramienta indispensable en la planificación de los programas de salud destinados a grandes conglomerados humanos.

Este trabajo pretende proporcionar algunos antecedentes generales sobre tal herramienta, referidos a Valdivia, ciudad del sur de Chile que en 1971 cuenta con 90,000 habitantes.

La encuesta social

La encuesta social, parte de cuyos resultados se presentan aquí, se realizó en Valdivia en octubre y noviembre de 1969. Se utilizó una muestra de 534 familias, que constituye el 4.2% de las 12,687 que comprenden el total de la ciudad. El marco incluía al total de familias, razón por la cual el procedimiento de muestreo fue al azar simple.

La unidad de estudio fue la familia; se consideró como tal al núcleo de personas que conviven en una misma unidad de vivienda y que están relacionadas por consanguinidad, matrimonio o parentesco. Dentro de la familia, se entrevistó a la dueña de casa; en su ausencia, al esposo o a la persona que tuviera las responsabilidades hogareñas del núcleo familiar. Del total de 534 entrevistas programadas, se realizaron 502; es decir, hubo una pérdida del 6 por ciento.

Las entrevistas fueron realizadas por un equipo de 15 alumnas de las Escuelas de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Austral de Chile, quienes fueron previamente adiestradas. El instrumento de recolección de la información básica fue una cédula semiestructurada, la que fue sometida a una prueba previa.

Hipótesis y variables

El proyecto de esta investigación contempla un sistema de hipótesis que postula la intercorrelación entre diversos factores sociológicos, a los cuales se considera indicadores de nivel socioeconómico (2). A su vez, cada uno de tales indicadores estaría correlacionado con distintos aspectos de salud de la población de Valdivia.

Los indicadores de nivel socioeconómico considerados en la hipótesis central son la ocupación del jefe de familia, el ingreso y la escolaridad de este, al equipamiento o posesión de determinados artefactos eléctricos en el hogar y el tipo de vivienda ocupado por la familia.

Por ocupación entendemos la actividad remunerada que desempeña el jefe de familia, la cual le proporciona su ingreso. En el caso de personas que tenían más de una ocupación, se consideró a la principal, es decir, aquella que le demandaba mayor tiempo o le proporcionaba el mayor ingreso.

El ingreso del jefe de familia fue determinado a través de las remuneraciones que recibía por la ocupación que desempeñaba.

La escolaridad se estableció a través del tipo de educación formal recibida y del último curso alcanzado. En aquellos casos en que no había un varón jefe de familia, se utilizaron los antecedentes de la dueña de casa o de la persona de la cual dependía económicamente el grupo familiar, para ubicar a este en las variables ocupación, ingreso y escolaridad.

El equipamiento del hogar fue determinado a través de la posesión de refrigerador, lavadora de ropa, encerradora, juguera o licuadora y tocadiscos en la casa. Los cuatro primeros artefactos eléctricos mencionados fueron elegidos por la importancia que ellos tienen para la comodidad, la higiene y la salud de los miembros de la familia, en tanto que el último fue incluido porque, siendo un elemento superfluo desde el punto de vista estrictamente práctico, contribuye al bienestar y mejor estándar de vida de la

familia, particularmente en una ciudad como Valdivia, donde a la fecha del estudio no existía televisión. Estos cinco indicadores de equipamiento del hogar fueron combinados en un índice acumulativo, del cual se hablará más adelante.

El tipo de vivienda es el último indicador del nivel socioeconómico considerado en las hipótesis de trabajo. Las viviendas fueron clasificadas por los entrevistadores, siguiendo una pauta preestablecida que consideraba el tipo y calidad de los materiales utilizados en la construcción—particularmente los muros—la antigüedad de la vivienda, el tipo de piso y la clase de techo.

Cada uno de estos cinco indicadores del nivel socioeconómico fue dividido en tres categorías—alta, media y baja—atendiendo las características propias del universo a partir del cual se extrajo la muestra.

Ocupación

La ocupación del jefe de familia fue determinada a través de una batería de preguntas que contempla la actividad principal, las características del trabajo que hace, la posesión de títulos o grados de estudios profesionales o de especialización, la previsión social, la categoría ocupacional, la cantidad de personas a su cargo y el giro o actividad de la empresa o institución en que trabaja.

Todos estos antecedentes permitieron situar a los jefes de familia en una jerarquización cuyo estrato más bajo está constituido por los trabajadores no especializados, de actividad manual inestable y que no tienen previsión, y el más alto por grandes empresarios y ejecutivos de empresas con más de 50 personas a su cargo y dedicados solamente a actividades directivas³

Esa distribución se ofrece en el cuadro 1.

Los sistemas estatales chilenos de medicina preventiva y curativa se agrupan en dos categorías: los organismos que sirven a

³ Esta jerarquización de las ocupaciones fue diseñada por el Profesor Orlando Sepúlveda a través de diferentes investigaciones realizadas por él en el área metropolitana de Santiago de Chile. Se utiliza aquí por gentileza del Prof. Sepúlveda.

CUADRO 1—Distribución porcentual de los jefes de familia según su ocupación (N = 502).

Ocupación	Porcentaje
1) Trabajador no especializado, de actividad remunerada inestable	6.0
2) Trabajador no especializado, de actividad remunerada estable; personal de servicio doméstico, vendedores y comerciantes no instalados en locales <i>ad hoc</i> .	33.4
3) Técnicos sin título universitario; artesanos que poseen taller; obreros especializados; obreros con funciones directivas.	15.5
4) Empleados públicos o particulares sin o con escasas funciones directivas, sin capacitación profesional; comerciantes minoristas o al detalle en locales cerrados.	19.1
5) Empleados públicos y particulares con funciones directivas limitadas o con capacitación profesional no universitaria.	7.2
6) Pequeños empresarios e industriales y medianos comerciantes.	4.6
7) Profesionales universitarios independientes y funcionarios	3.4
8) Empresarios y ejecutivos medianos	1.0
9) Empresarios y ejecutivos de grandes empresas.	—
10) Rentistas y jubilados que no especifican actividad anterior.	7.0
11) No se puede determinar la ocupación.	0.6
12) Personas que no tienen trabajo remunerado: dueñas de casa, estudiantes y cesantes que no indican su actividad anterior.	2.2
Total	100.0

obreros y aquellos que sirven a trabajadores no manuales (empleados). El Servicio de Seguro Social realiza su acción sobre todos los trabajadores manuales chilenos; actualmente otorga previsión social y atención médica gratuita a 1,400,000 imponentes activos y sus familias—que constituyen cerca del 70% de la población nacional—a través del Servicio Nacional de Salud; el S.N.S. incluye entre sus beneficiarios, además, a los indigentes y a los imponentes de todas las demás cajas de previsión obrera del país. Por otro lado, todos los trabajadores no manuales son imponentes de cajas de previsión propias y se benefician con los sistemas de medicina curativa y preventiva del Servicio Médico Nacional de Empleados,

organismo estatal designado para llevar a la práctica las disposiciones de la Ley de Medicina Curativa para Empleados. Dicha Ley beneficia exclusivamente a los trabajadores no manuales—sean estos del sector estatal o del privado—en tanto que todos los obreros y sus familiares son beneficiarios de la Ley del Servicio de Seguro Social.

Ahora bien, esta separación entre obreros y empleados corresponde al corte que tradicionalmente se ha hecho, tanto en Chile como en otros países, para diferenciar los estratos socioeconómicos bajo y medio. Este punto de separación ha sido utilizado incluso en estudios de tipo médico (3), que han mostrado características medicosociales diferenciales para ambos grupos. En consecuencia, en este trabajo se consideró como estrato ocupacional bajo al formado por las categorías 1, 2 y 3 de la distribución presentada en el cuadro 1, esto es, al nivel obrero. El estrato ocupacional medio está constituido por las categorías 4 y 5, que reúnen a los jefes de familia que se encuentran en el nivel de empleados, más la categoría 6, que agrupa a los pequeños empresarios e industriales y a los medianos comerciantes, quienes presentan características generales que los ubican más cerca del estrato medio que del estrato alto. Finalmente, se consideró como familias del estrato ocupacional alto a aquellas cuyo jefe era profesional universitario—sea que se desempeñara independientemente o a sueldo—empresario mediano o ejecutivo de empresa mediana (categorías 7 y 8 del cuadro 1). No se encontraron jefes de familia que fueran empresarios o ejecutivos de grandes empresas, porque estas casi invariablemente están ubicadas en la capital y mantienen en provincias sólo sucursales de menor magnitud o importancia.⁴ De esta

⁴ Aquellos jubilados a los cuales no fue posible determinar la última ocupación se los situó en el estrato bajo, teniendo en consideración las características generales del grupo y la situación general que afecta a los jubilados en Chile. Por otra parte, se desestimaron aquellos casos que no desempeñaban ocupación remunerada alguna (2.2% del total) y aquellos a los cuales no se les pudo determinar con precisión la ocupación (0.6% del total).

CUADRO 2—Nivel ocupacional de los jefes de familia (N = 488).

Estrato ocupacional	Porcentajes
Bajo	63.7
Medio	31.8
Alto	4.5
Total	100.0

manera se llegó a la distribución como se da en el cuadro 2.

Ingreso

En la investigación se hicieron cuatro preguntas para determinar, con la mayor precisión posible, el ingreso del grupo familiar; se preguntó por el sueldo o salario del jefe y de su cónyuge—cuando esta desempeñaba alguna ocupación remunerada—por el ingreso proveniente de la ocupación secundaria del jefe de familia y por los aportes de otras personas al presupuesto común. La suma de estos indicadores permitió determinar el ingreso total del núcleo familiar; no obstante, el número de familias que contaban con otros aportes que no fueran el del jefe resultó ser muy bajo; más aún, en tales casos el aporte extra no afectaba de manera importante al monto del ingreso del jefe. Por lo tanto, consideramos solamente a este último para determinar la posición relativa de las familias, de acuerdo con su ingreso económico. En el cuadro 3 se da la información pertinente.⁵

La distribución de los ingresos tiene un

⁵ En este cuadro se excluyeron aquellos casos en que no fue posible determinar el ingreso del jefe de familia.

CUADRO 3—Distribución porcentual de las familias según el ingreso mensual del jefe (N = 457).

Ingreso (En escudos)	Porcentajes
0- 750	63.7
751-1,500	24.1
1,501-2,250	5.2
2,251-3,000	3.3
3,001-3,750	0.6
3,751 o más	3.1
Total	100.0

promedio de E°834⁶; no obstante, la sola observación del cuadro precedente basta para percibir la marcada irregularidad de la distribución. Los jefes de familia se concentran notoriamente en la categoría de los ingresos más bajos, es decir, bajo el promedio, que incluye a las personas que no tienen ingresos regulares. Esta tendencia, que se repite en toda Latinoamérica, muestra que resulta mucho más descriptiva la distribución por cuartiles.

La distribución cuartílica indica que la cuarta parte de los jefes de familia percibe un ingreso mensual de E° 314.73 o menos. Esta cifra, que en la práctica resulta inferior al salario mínimo obrero que establece la legislación chilena, equivale a 20.98 dólares al mes.⁷ El valor mediano de esta distribución muestra que la mitad de los jefes de familia de Valdivia percibe E°544.18 o menos mensualmente, esto es, el equivalente a 36.27 dólares. Finalmente, el tercer cuartil muestra al 75% de los jefes de familia con un ingreso igual o inferior a los E°976.66, equivalentes a 65.11 dólares mensuales.

Estos datos permitieron agrupar a los jefes de familia en tres categorías de ingresos como aparece en el cuadro 4.

Estas categorías de ingreso tienen una

⁶ Tanto el promedio como los cuartiles, de los cuales se habla en los párrafos siguientes, fueron calculados sobre los datos agrupados en intervalos de E°50, y no sobre la información resumida que se presenta en el cuadro 3.

⁷ Para 1969, la Ley 14.688 establecía un salario mínimo obrero de E°9.70 al día, válidos para los siete días de la semana ("semana corrida"), que da un total mensual de E°291. A esta cantidad se agrega una asignación estatal de E°30 por cada "carga familiar"; debe considerarse que el promedio de personas por familia sube de 5 en Valdivia y que cada obrero tiene por lo menos una carga familiar, su esposa.

CUADRO 4—Nivel económico de los jefes de familia (N = 457).

Estrato económico	Ingreso mensual (en escudos)	Porcentajes
Bajo	0- 750	63.7
Medio	751-3,000	32.6
Alto	3,001 o más	3.7
Total		100.0

equivalencia con el llamado "sueldo vital", que es el estipendio que legalmente un trabajador no manual debe percibir mensualmente como mínimo en Chile.⁸ Así, la categoría de ingreso bajo oscila entre 0 y 1.75 sueldos vitales; la categoría media va de 1.75 a 7.0 sueldos vitales, en tanto que la categoría de ingreso alto reúne a los jefes de familia que perciben más de siete sueldos vitales al mes. La escasa vinculación del sueldo vital con la realidad económica y social del país, como se detalla en la nota de pie proporciona una base más sólida y objetiva a los niveles de ingreso que aquí se ha asignado a cada una de las tres categorías económicas.

Escolaridad

El tipo de estudios formales realizados por los jefes de familia y el último curso alcanzado, fueron los dos indicadores que, combinados, permitieron ubicar a estas personas en una distribución según la escolaridad.

Tal distribución tiene una media aritmética, calculada sobre el total de años de estudios, muy próxima al sexto y último año de la instrucción primaria ($\bar{X}=6.3$ años de estudios); no obstante, este dato tiene un valor muy general, ya que los jefes de familia se concentran muy marcadamente en el ciclo primario de educación: más de la mitad (53%) tiene una escolaridad primaria en cualquiera de sus grados, en tanto que un 9% no tiene escolaridad alguna. Esto significa que los jefes de familia que tienen una escolaridad sobre el promedio alcanzan solamente al 37.9 por ciento.⁹

⁸ El sueldo vital de 1969, año del estudio, era de E°430.31 para la provincia de Valdivia. Este sueldo, equivalente a 28.7 dólares mensuales, está del todo desligado de las necesidades de dinero de una familia valdiviana, cualquiera sea su nivel social, ya que implica que cada miembro de la familia dispondría de E°78.23 al mes (EUA\$5.21) si se considera que el promedio de personas por familia es de 5.5 para esta ciudad; a todas luces, esa cifra per cápita resulta absolutamente insuficiente. Más aún, al sueldo de empleado se le debe restar casi el 20% correspondiente a impuestos y aportes del sector laboral al sistema de previsión social.

⁹ Para el cálculo de la media aritmética y de los porcentajes, no se consideraron cuatro jefes de familia cuya escolaridad no pudo ser determinada.

Considerando estas características de la distribución de los jefes de familia según su escolaridad, los sujetos fueron agrupados en tres categorías que aparecen en el cuadro 5.

El corte hecho para separar los niveles bajo y medio, que distingue entre los jefes de familia con instrucción primaria y con instrucción secundaria, sigue una tendencia generalizada en estudios sociológicos de esta índole; usualmente, los sociólogos hacen esta misma división, de tal manera que esta distribución es comparable con las obtenidas en otros estudios similares. Por otra parte, los sujetos que tienen educación primaria en cualquiera de sus grados tienden a concentrarse en la categoría ocupacional de obrero, en tanto que para los individuos con instrucción secundaria la tendencia es a ocupar posiciones ocupacionales de empleado; de este modo, las categorías educacionales corresponderían con bastante aproximación a las categorías ocupacionales.

Índice de equipamiento del hogar

La cantidad y la calidad de los artefactos de uso diario con que cuenta el hogar han sido consideradas como indicadores del nivel socioeconómico de las familias. En este trabajo se consideran aquellos artefactos que, dentro del contexto económico chileno, alcanzan precios que exigen un esfuerzo económico para adquirirlos y que, por otra parte, tienen incidencia sobre aspectos de salud de las personas. Dos artefactos eléctricos, el refrigerador y la juguera o licuadora, están directamente re-

CUADRO 5—Nivel educacional de los jefes de familia (N = 498).

Estrato educacional	Escolaridad	Porcentajes
Bajo	Educación primaria o sin educación formal	62.1
Medio	Educación secundaria o de equivalencia secundaria	33.1
Alto	Educación universitaria completa o incompleta	4.8
Total		100.0

lacionados con la conservación, preparación y preservación de los alimentos, en tanto que otros dos, la lavadora y la enceradora eléctrica, se relacionan con la higiene del hogar. El quinto artefacto eléctrico considerado es el tocadiscos, también llamado discorola, que tiene que ver con la recreación y empleo del ocio en la familia.

La posesión de los distintos artefactos en el hogar está altamente correlacionada, hecho que otorga mayor validez al Índice; los valores correspondientes, medidos por el coeficiente Q de Yule, aparecen en la matriz de intercorrelación en el cuadro 6.¹⁰

Estos valores muestran que la posesión de un artefacto eléctrico tiende a asociarse fuertemente con la existencia de los otros cuatro artefactos en el hogar. Como puede verse, esta tendencia es particularmente notoria en el caso del refrigerador; cuando en el hogar existe refrigerador, es muy alta la probabilidad de que también haya lavadora, enceradora, juguera y tocadiscos.

Los cinco artefactos eléctricos contemplados en el Índice de Equipamiento del Hogar alcanzan precios de venta relativamente altos en Chile; un refrigerador vale entre 5,000 y 15,000 escudos, esto es, entre 330 y 1,000 dólares en el momento del estudio, en tanto que una licuadora oscila alrededor

de los 1,500 escudos, o sea 100 dólares. Considerando simultáneamente la utilidad práctica y el esfuerzo económico que significa su adquisición, se asignó distintos coeficientes de ponderación a la posesión de los diferentes artefactos en el hogar: 5 al refrigerador, 4 a la lavadora, 3 a la enceradora, 2 a la licuadora o juguera y 1 al tocadiscos. De este modo, los hogares se distribuyeron en una escala que va desde cero para las familias que no tenían artefacto alguno, hasta 15 para aquellas que contaban con los cinco artefactos eléctricos contemplados en el Índice. Al separar a las familias en tres estratos, de acuerdo con sus puntajes de equipamiento del hogar, se obtuvo la distribución que se da en el cuadro 7.

Tipo de vivienda

El tipo de vivienda es un indicador del estrato social utilizado con mucha frecuencia en estudios de esta índole. De hecho, presenta usualmente una alta correlación con los otros indicadores de nivel socioeconómico; a la vez, desde un punto de vista empírico, la calidad de la vivienda que habitan las personas permite inferir la situación económica, el nivel ocupacional y aun el nivel educacional de estas.

Para la población de Valdivia, este indicador resultó ser sólo relativo. El terremoto que destruyó esta ciudad en mayo de 1960 provocó un agudo déficit de viviendas que, una década más tarde, todavía no ha sido superado. A esta notoria carencia de habitaciones, se ha agregado en los últimos años una fuerte corriente migratoria desde

CUADRO 7—Situación de los hogares según el índice de equipamiento (N = 502).

Estrato	Equipamiento	Porcentajes
Bajo	No tiene ningún artefacto eléctrico en el hogar	68.1
Medio	Sólo tiene algunos artefactos eléctricos	25.7
Alto	Tiene los cinco artefactos eléctricos	6.2
Total		100.0

¹⁰ Para calcular el coeficiente Q de Yule, no se tomaron en cuenta aquellas familias que no tenían ninguno de los artefactos eléctricos considerados en el Índice, sino solamente aquellas que tenían uno por lo menos. Si se hubiera tomado en consideración a las que no tenían artefacto alguno, los coeficientes de asociación entre los indicadores habrían alcanzado valores aún más altos que los presentados aquí; no obstante, tales valores habrían sido un tanto artificiales aunque estadísticamente válidos.

CUADRO 6—Intercorrelaciones del índice de equipamiento del hogar.

	Lavadora	Enceradora	Juguera	Tocadiscos
Refrigerador	0.90	0.88	0.91	0.87
Lavadora		0.87	0.77	0.77
Enceradora			0.91	0.79
Juguera				0.87

las áreas rurales de la zona, provocada también, en gran parte, por el terremoto, y un considerable aumento de las capas medias de la comunidad valdiviana, debido al incremento de las agencias estatales que operan en la zona y al proceso natural de expansión de las dos universidades con que cuenta la ciudad. De esta manera, las familias no propietarias habitan en el tipo de vivienda que pueden conseguir y no en el que desean y pueden pagar; dicho en otros términos, el tipo de vivienda no depende tanto de la posición económica o del nivel ocupacional de los jefes de familia, como de la mayor o menor fortuna que estos han tenido al buscar una casa en arriendo.

Las consecuencias de esta situación se hacen notar en nuestro Índice del Nivel Socioeconómico, a la vez que le restan validez al indicador "tipo de vivienda". Las correlaciones de estas con el resto de los indicadores utilizados no son bajas (oscilan entre $\text{gama} = 0.59$ y 0.81); sin embargo, son inferiores al resto de las intercorrelaciones encontradas, entre las cuales la más baja alcanza a 0.78 (ingreso con escolaridad). Por lo tanto, en el Índice total no se consideró al tipo de habitación ocupada por la familia, aun cuando cabría refinar en el futuro las categorías de vivienda, de tal manera que respondieran a las particularidades de la población de Valdivia y midieran lo que se pretende medir y no otros factores, tales como influencia del azar sobre el tipo de vivienda, la magnitud o intensidad de las relaciones que las personas mantienen con grupos sociales valdivianos, o el grado de poder o influencias que ostentan las organizaciones en que los individuos trabajan.

Nivel socioeconómico

Los cuatro indicadores seleccionados para determinar la posición socioeconómica de las familias comprendidas en el estudio, se encuentran altamente correlacionados entre sí. En este sentido, la población de Valdivia muestra la misma tendencia que ha sido

observada en diversas poblaciones, tanto de los Estados Unidos (4, 5) como de América Latina (6, 7); en Chile, el sociólogo Orlando Sepúlveda ha encontrado una estrecha intercorrelación entre diversos indicadores de nivel socioeconómico, a través de tres investigaciones en el área de sociología médica realizada en Santiago: "Aspectos Sociológicos de la Salud en el Area Metropolitana del Gran Santiago" (8), "Aspectos Sociológicos Relacionados con Alimentación de Embarazadas en un Consultorio del Gran Santiago" (9) y "Aspectos Sociológicos de la Morbilidad en dos Comunas del Area Metropolitana del Gran Santiago". En estos tres estudios se utilizaron índices de nivel socioeconómico para determinar la posición relativa de las personas dentro de la estructura de estratificación social, encontrándose significativos valores de correlación entre la posición socioeconómica y diversas variables médicas.

En la población de Valdivia, las correlaciones de los indicadores de nivel socioeconómico entre sí se dan en el cuadro 8.¹¹

Los altos valores alcanzados por el coeficiente empleado para cuantificar la asociación entre los indicadores de nivel socioeconómico, están señalando que esos indicadores se sitúan dentro de la dimensión socioeconómica; por lo tanto, su combinación en un índice que los abarque a todos es metodológicamente válida. Por otra parte, la matriz de intercorrelaciones sugiere

¹¹ Las correlaciones fueron calculadas a través del coeficiente gama, para los indicadores divididos en los estratos alto, medio y bajo.

CUADRO 8—Intercorrelaciones de los indicadores de nivel socioeconómico

	Ingreso	Escolaridad	Equipo- miento del hogar
Ocupación	0.86	0.86	0.90
Ingreso		0.78	0.89
Escolaridad			0.81

que la población de Valdivia está estratificada en capas sociales internamente homogéneas. Para tales capas, cabe esperar un comportamiento también homogéneo dentro de los estratos, pero diferencial entre ellos; esta expectativa está avalada por la literatura sociológica, en general, por los trabajos que al respecto se han hecho en el campo de Sociología de la Medicina, (10, 11) y por la experiencia en la práctica médica (12).

Sobre la base de estos antecedentes, se elaboró el Índice del Nivel Socioeconómico. Cada uno de los cuatro indicadores considerados en el cuadro 7 y presentados previamente en este trabajo, fue dividido en las categorías Bajo, Medio y Alto; a ellas, se les asignaron los valores 1, 2 y 3, respectivamente. Por otra parte, cada indicador fue ponderado de acuerdo con su importancia para determinar o predecir el nivel socioeconómico a que pertenecen las familias; los coeficientes de ponderación fueron los siguientes: ocupación, 4; ingreso, 3; escolaridad, 3, y equipamiento del hogar, 2. De esta manera, una familia que tiene una posición baja en cada uno de los cuatro indicadores alcanza un puntaje de 12 en el Índice, formado por el valor 1 asignado al estrato bajo, multiplicado por 4, por 3 y por 2, de acuerdo con la ponderación de los indicadores. De igual forma, una familia que tiene una posición alta (valor 3) en ocupación, ingreso, escolaridad y equipamiento alcanza el puntaje máximo del Índice, ya que se le computa el valor 3—estrato alto—en cada indicador multiplicado por los coeficientes de ponderación correspondientes; es decir, por 4, 3, y 2.

El cuadro 9 contribuirá a aclarar el procedimiento.

De este modo, el valor más bajo que puede alcanzar una familia en el Índice del Nivel Socioeconómico es de 12, en tanto que el más alto es de 36. Todos los grados intermedios se sitúan entre ambos valores.

Ahora bien, las 502 familias estudiadas en Valdivia fueron ubicadas en el Índice,

CUADRO 9—Ponderaciones para computar el Índice del Nivel Socioeconómico.

Indicadores	Coefficiente de ponderación	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
		(Estrato bajo en todos los indicadores: valor 1)	(Estrato alto en todos los indicadores: valor 3)
Ocupación	4	4	12
Ingreso	3	3	9
Escolaridad	3	3	9
Equipamiento	2	2	6
Total en el Índice		12	36

de acuerdo con los puntajes que obtuvieron al realizarse la computación tal como se acaba de detallar. Una vez distribuidas, se reconstituyeron los tres estratos en que se había dividido cada indicador, pero esta vez tal división se hizo para el Índice total. Con esto, se obtuvo la distribución de las familias valdivianas, de acuerdo con su nivel socioeconómico (cuadro 10).

El cuadro 10, del cual se excluyeron 11 casos por falta de antecedentes suficientes, muestra el marcado desnivel socioeconómico que afecta a la población de Valdivia: casi dos tercios de las familias pertenecen al estrato bajo, en tanto que los estratos medio y alto reunidos concentran el tercio restante. Esto significa que las acciones de salud planificadas en la capital del país por los organismos directivos del S.N.S. están afectando de manera directa a 34 personas de cada 100 en la ciudad de Valdivia, y probablemente un número similar en el resto de las provincias del país, en tanto que las otras 66 personas sólo reciben los beneficios de esas acciones de manera tangencial.

CUADRO 10—Distribución porcentual de las familias según su nivel socioeconómico (N = 491).

Estrato socioeconómico	Puntaje en el Índice	Porcentaje
Bajo	De 12 a 18 puntos	65.6
Medio	De 19 a 29	30.6
Alto	De 30 a 36	3.8
Total		100.0

Conclusiones

En Chile las relaciones medicina-sociedad, hospital-comunidad y médico-paciente siguen pautas tradicionales que se ajustan adecuadamente a las clases sociales medias y altas existentes en las grandes ciudades del país, que muestran niveles elevados de urbanización y de desarrollo en comparación con las zonas alejadas de la capital y con las áreas rurales.

No obstante, Chile, como todos los países de desarrollo incipiente, exhibe marcadas diferencias entre los estratos sociales de su población, así como entre las comunidades urbanas y las rurales o semirurales. El médico chileno está situado en las capas altas de la sociedad de este país, y cuando cruza los umbrales de los estratos inferiores penetra en un mundo distinto, donde los sistemas de valores, creencias, actitudes, aspiraciones, etc., difieren totalmente de los que él sustenta; tan pronto como entra en ese mundo de clase baja, empieza a moverse en un terreno desconocido para él, a internarse en una subcultura que no es la suya y, por lo tanto, no comparte, pero que constituye, o debiera constituir, su principal campo de acción.

En Valdivia, los estratos socioeconómicos bajos comprenden dos tercios de la población; luego, es hacia ellos donde debería orientarse de preferencia la labor médica. Sin embargo, antes es necesario establecer los límites que separan a los estratos para determinar las características médicas, sociales, psicológicas y económicas de ellas y planificar el otorgamiento y mantención de la salud sobre bases reales y objetivas. El medio cultural en que se desenvuelve la vida de un individuo determina las costumbres y las tradiciones de los grupos en que participa, las pautas de interacción entre él y quienes lo rodean, sus formas de alimentación, trabajo, empleo de ocio, hábitos higiénicos, su vivienda y vestuario, etc. Todos estos antecedentes deben tomarse en consideración al planificar y ejecutar los pro-

gramas de salud, teniendo en vista que ellos están determinados en considerable medida por el nivel socioeconómico.

Tomando estos planteamientos como base, se han presentado aquí líneas generales de una técnica para determinar el nivel socioeconómico de las familias. A través de este trabajo, no se pretende proporcionar al médico un instrumento que lo convierta súbitamente en un especialista en ciencias sociales, capacitado para utilizar adecuada y eficientemente una técnica propia del sociólogo o del psicólogo social; se encuentran aquí los lineamientos generales que pueden servir de orientación para aproximarse adecuadamente al estudio de las características propias de cada estrato social. De esta manera, puede ser posible que el profesional médico se desprenda, por lo menos en parte, de sus prejuicios de clase y logre una comprensión más amplia y cabal de la subcultura de clase baja, que es la que presenta el desafío más rico a su condición de médico y profesional sensible a los problemas de la sociedad en que vive.

Resumen

La estrecha interrelación demostrada entre problemas de salud y aspectos poblacionales, económicos, sociales y políticos de los países latinoamericanos, revelan la necesidad de considerar adecuadamente la realidad social cuando se planifica en salud. Respondiendo a esta necesidad, el Instituto de Sociología del Departamento de Salud Pública—Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile—realizó una encuesta social en 1969 destinada a determinar algunos factores sociales relacionados con el comportamiento de la población de Valdivia—ciudad del sur de Chile, con 90,000 habitantes—en asuntos de salud. Se resume aquí la técnica seguida para determinar los estratos socioeconómicos de Valdivia, con el fin de proporcionar una orientación general sobre una herramienta indispensable en la planificación en salud.

Se consideraron cuatro indicadores del nivel socioeconómico: ocupación, ingreso, escolaridad del jefe de familia, y equipamiento del hogar, determinado a través de la posesión de refrigerador, lavadora eléctrica, licuadora y tocadiscos. Las familias fueron situadas en una escala de tres categorías—baja, media y alta—en cada uno de los indicadores; luego, se les computó el puntaje total en un índice acumulativo.

Esto permitió determinar que el 65.6% de la población de Valdivia se encuentra en un estrato bajo, 30.6% en el estrato medio y 3.8% en el estrato alto.

Basados en estos antecedentes, se concluye que la planificación en salud debe considerar primordialmente al estrato bajo, por ser mayor y por presentar los problemas de salud con mayor intensidad. □

REFERENCIAS

- (1) Suchman, E. A. *Sociology and the field of Public Health*. Nueva York: Russell Sage Foundation, 1963. Véase en capítulo IV, "Sociology and basic health processes", páginas 47 a 70.
- (2) Araneda, J. M. "Estudio sociológico de la salud en Valdivia" Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública, Valdivia (Chile), 1969. (Mimeografiado.)
- (3) Behm, H. *Mortalidad infantil y nivel de vida*. Ediciones de la Universidad de Chile, Santiago de Chile, 1962. Véase el capítulo III, "Mortalidad infantil y factores económicos sociales" páginas 86 a 97.
- (4) Warner, W. L. *Social class in America*. Nueva York: Harper & Brothers, 1960. Véase el capítulo 10, "Analysis of the status characteristics and social class placement", páginas 163 a 175.
- (5) Kahl, J. y Davis, J. "A comparison of indexes of socioeconomic status". *Amer Soc Rev* No. 20, junio 1955, páginas 317 a 325.
- (6) Soares, G. D. "Las clases sociales, los estratos sociales y las elecciones presidenciales de 1960 en el Brasil". *Rev Mex Sociol* XXIV, septiembre-diciembre, 1962, páginas 895 a 918.
- (7) Soares, G. D. "Interesse político, conflito de pressões e indecisão eleitoral nas eleições de 1960 no Estado de Guanabara". *Síntese Política, Económica e Social*, IX, marzo de 1961, páginas 5 a 34.
- (8) Sepúlveda, O. "Algunos problemas de salud en el área metropolitana del Gran Santiago". *Seminario de Formación Profesional Médica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1960, páginas 133 a 175. La información básica de esta investigación fue sometida por su autor a un análisis secundario, centrado sobre el nivel socioeconómico de la población de Santiago.
- (9) Sepúlveda, O. "Aprovechamiento de la leche en polvo por las embarazadas de un consultorio en Santiago de Chile". *Bol Ofic Sanit Panamer* LVI(3): 213-220, 1964. La información básica de esta investigación fue sometida por su autor a un análisis secundario, centrado sobre el nivel socioeconómico de las entrevistadas.
- (10) Badgley, R., Agualimpia, R., Kasius, R., Mejía, A. y Schulte, M. "Enfermedad y Servicios de Salud en Colombia"; *Ciencias Sociales y Planeación de la Salud: Cultura, Enfermedad y Servicios de Salud en Colombia*. Nueva York: Milbank Memorial Foundation, 1968, páginas 153 a 174.
- (11) Armijo, R. y Monreal, T. "El problema del aborto provocado en Chile". *Bol Ofic Sanit Panamer*, LX(39): 39-45, 1966.
- (12) Hurtado, E. "Una experiencia de medicina rural en Frutillar, Provincia de Llanquihue". *Cuadernos Médicos Sociales*; Vol. VIII, No 4, Santiago de Chile, diciembre de 1967, páginas 17 a 21. Esta revista publicó una serie de artículos bajo el título de "Ejercicio Profesional en Provincias", de la mayoría de los cuales se desprende la misma conclusión.

The socio-economic level as it affects planning for health (Summary)

The close inter-relationship between health problems and population, economic, social, and political aspects in the Latin American countries reveals the need for adequate consideration of social reality when planning for health.

Responding to this necessity, the Institute of

Sociology, Medical School, Department of Public Health at the Southern University of Chile made a survey in 1969, designed to determine certain social factors related to the behavioral pattern of the population (90,000) of Valdivia, one of Chile's southernmost cities, as regards

health matters. This is a summary of the techniques followed to determine the socio-economic strata of Valdivia, with a view to obtaining a general orientation on the indispensable tools necessary for health planning.

Four socio-economic level indicators were considered: occupation, income and education of the head of the family, and equipment of the home, determined by possession of a refrigerator, electric washing machine, blender and record player. The families were listed in three categories—low, median, and high—on

each of the indicators; then the total number of points was computed on a cumulative index. This permitted the determination that 65.6% of the population of Valdivia is in the low stratum; 30.6% in the median stratum; and 3.8% in the high stratum.

Based on these findings, it was concluded that health planning should consider primarily the low stratum, since it is the largest, and because it presents the most intensive health problems.

Nível sócio-econômico e planificação em saúde (Resumo)

A estreita relação demonstrada entre problemas de saúde e aspectos populacionais, econômicos, sociais e políticos dos países latino-americanos, revelam a necessidade de considerar-se adequadamente a realidade social quando se planifica em saúde. Respondendo a esta necessidade, o Instituto de Sociologia do Departamento de Saúde Pública—Faculdade de Medicina, Universidade Austral do Chile—realizou em 1969 uma pesquisa social destinada a determinar alguns fatores sociais relacionados com o comportamento da população de Valdivia—cidade no sul do Chile, com 90.000 habitantes—em assuntos de saúde. Resumimos aqui a técnica adotada para determinar os níveis sócioeconômicos de Valdivia, a fim de proporcionar uma orientação geral sobre um instrumento indispensável na planificação em saúde.

Foram considerados quatro indicadores do nível sócio-econômico: ocupação, renda e nível escolar do chefe de família, e equipamento do lar, determinado através da posse de geladeira, máquina de lavar, liquidificador e toca-discos. As famílias foram situadas em uma escala de três categorias—baixa, média e alta—em cada um dos indicadores, depois foram computados os pontos totais em um índice acumulativo. Isto permitiu determinar que 65.6% da população de Valdivia encontra-se em um nível baixo, 30.6% em um nível médio, e 3.8% em nível alto.

Baseados nesses antecedentes, conclui-se que a planificação em saúde deve considerar primordialmente o nível baixo, por ser maior e por apresentar os problemas de saúde com maior intensidade.

Niveau socio-économique et planification sanitaire (Résumé)

L'interdépendance étroite des problèmes sanitaires et des aspects démographiques, économiques, sociaux et politiques qui existe dans les pays latino-américains fait ressortir la nécessité de considérer comme il convient la réalité sociale lorsque l'on établit des plans en matière de santé. Répondant à cette nécessité, l'Institut de sociologie du Département de la Santé publique-Faculté de médecine de l'Université méridionale du Chili—a procédé en 1969 à une enquête sociale pour déterminer certains facteurs sociaux qui se rattachent au comportement de la population de Valdivia—ville de 90.000 habitants située dans le sud du Chili—dans les questions sanitaires. L'auteur expose de façon succincte la méthode suivie pour définir les couches socio-économiques de Valdivia afin de donner une idée générale sur un instrument indispensable dans la planification sanitaire.

L'auteur examine quatre indicateurs du niveau socio-économique: occupation, revenu et scolarité du chef de famille, ainsi que l'installation du foyer, déterminé par la possession d'un réfrigérateur, d'une machine à laver électrique, d'un mélangeur et d'un tourne-disque. Les familles ont été classées en trois catégories—inférieure, moyenne et supérieure—dans chacun des indicateurs; ensuite, on additionne le nombre total d'un indice accumulatif. Cette méthode a permis de constater que 65,6% de la population de Valdivia se trouve dans la catégorie inférieure, 30,6% dans la catégorie moyenne et 3,8% dans la catégorie supérieure.

En se basant sur ces faits, l'auteur conclut que la planification sanitaire doit s'intéresser avant tout à la catégorie inférieure en raison du fait qu'elle constitue le plus grand nombre et qu'elle présente les problèmes sanitaires les plus graves.