

Relación entre el estatus social subjetivo y la salud percibida entre mujeres inmigrantes latinoamericanas

M^a Visitación Sanchón-Macias¹

Dolores Prieto-Salceda²

Andreu Bover-Bover³

Denise Gastaldo⁴

Objetivo: explorar la relación entre el estatus socioeconómico y el estatus social subjetivo y explicar en qué medida el estatus social subjetivo predice la salud en mujeres inmigrantes. **Métodos:** estudio transversal. Observaciones basadas en 371 latinoamericanas (16-65 años) de un total de 7.056 empadronadas, captadas a través de asociaciones entre 2009-2010. El estatus socioeconómico se midió a través de educación, ingresos y ocupación; el estatus social subjetivo usando la Escala MacArthur; y la salud percibida mediante una escala de likert. **Resultados:** se encontró una correlación débil entre el estatus socioeconómico y el social subjetivo. En el análisis bivalente se observó significativamente una prevalencia mayor de salud percibida negativa en las mujeres sin estudios, con ingresos bajos, desempleadas e indocumentadas. En el análisis multivariante, se observaron Odds de prevalencia de salud percibida negativa más elevadas en los niveles de la escala MacArthur más bajos. No se observaron diferencias significativas con el resto de las variables. **Conclusiones:** el estudio sugiere que el estatus social subjetivo es un predictor mejor del estado de salud que las medidas del estatus socioeconómico. Por tanto, el uso de esta medida puede ser relevante para el estudio de las desigualdades en salud, particularmente en los grupos en desventaja social como los inmigrantes.

Descriptor: Clase Social; Desigualdades en la Salud; Migración Internacional; Estado de Salud.

¹ PhD, Profesor Titular, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Cantabria, Santander, España.

² PhD, Investigador, Observatorio de Salud Pública de Cantabria, Santander, España.

³ PhD, Profesor Adjunto, Departament d'Infermeria i Fisioteràpia, Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España.

⁴ PhD, Profesor Titular, Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Toronto, Canadá.

Correspondencia:

M^a Visitación Sanchón-Macias
Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria de Enfermería
Av. Valdecilla s/n
CP 39010, Santander, España
E-mail: sanchonm@unican.es

Copyright © 2013 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

Las desigualdades en salud constituyen un problema importante en el mundo. Existe en todas las sociedades "un gradiente social en salud", observándose que las personas sufren un deterioro progresivo de la salud a medida que desciende su posición social⁽¹⁾. Identificar los mecanismos determinantes del gradiente social en salud permitirá identificar las causas de las desigualdades en salud⁽²⁾.

El estatus socioeconómico, habitualmente medido por el nivel de renta, la educación y el tipo de ocupación, es un importante determinante de la salud y uno de los indicadores más utilizado para el estudio de las desigualdades en salud⁽¹⁻²⁾. Sin embargo, la medición del estatus socioeconómico basada en datos objetivos, puede ser irrelevante para estudiar grupos de inmigrantes ya que estos no reflejan la situación real de estos colectivos⁽³⁾. Por ejemplo, no se les reconocen los niveles de educación adquiridos en sus países y tienen que compartir los salarios con los familiares dependientes en sus países de origen.

El estatus social subjetivo se define como la creencia de la persona acerca de su posición en la escala social⁽⁴⁾. Es una medida que incluye tanto los factores socioeconómicos, como la percepción de los sujetos sobre su posición social. Estudios recientes indican que el estatus social subjetivo está asociado de forma significativa con la salud⁽⁵⁻⁶⁾. Este puede afectar a la salud, bien directamente originando estrés o indirectamente a través de las conductas de salud⁽⁷⁾. Un estatus social subjetivo bajo ha sido relacionado con baja autopercepción de salud, mayor mortalidad, depresión, riesgo cardiovascular, diabetes y enfermedades respiratorias⁽⁵⁾.

En España, a partir de los años 90, coincidiendo con el crecimiento económico, se origina un aumento súbito y acelerado de la inmigración⁽⁸⁻⁹⁾. En Cantabria el flujo migratorio se produce principalmente, en la década del 2000 pasando del 1,3% en el 2000 al 6,6% en el 2010, predomina la nacionalidad Latinoamérica (46,5%) y dentro de este grupo hay mayor presencia de mujeres (56,5%) que de hombres (43,4%)⁽¹⁰⁾.

A pesar de que las mujeres latinoamericanas son el grupo mayoritario, la información acerca de su salud es escasa y no se ha realizado ninguna investigación sobre la influencia del estatus social en la salud percibida.

Los objetivos del presente estudio son: a) examinar la asociación entre las medidas tradicionales del estatus socioeconómico y el estatus social subjetivo; b) valorar en qué medida el estatus socioeconómico y el estatus social subjetivo explican las diferencias en salud percibida.

Métodos

Estudio observacional transversal dirigido a cuantificar la asociación entre el estatus socioeconómico, el estatus social subjetivo y la salud percibida. La muestra se calculó a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España y en la frecuencia de mujeres con salud percibida muy mala (1,0%) o la situación peor (50,0%)⁽¹¹⁾. Se estimó un tamaño mínimo de 361 con error máximo de 10% y confianza de 95%, partiendo de una población de 7.056, según el Padrón⁽⁸⁾.

La selección de las participantes se efectuó mediante muestreo no probabilístico por la imposibilidad de acceder a los registros del Padrón y por el interés en incluir inmigrantes en situación irregular. Los criterios de inclusión fueron: mujeres nacidas en Latinoamérica; de 16-65 años; residiendo y trabajando en España, por al menos 6 meses. Los datos se recopilaron a través de un cuestionario autoadministrado en pequeños grupos. A pesar de que un 16% no había conseguido el título de estudios primarios, no tuvieron problemas para responder a la preguntas del cuestionario. Las participantes se captaron de forma consecutiva a través de asociaciones y organizaciones sociales, entre Junio de 2009 y Julio de 2010. Se les solicitó que completaran el cuestionario de forma voluntaria, no es posible cuantificar el porcentaje de pérdidas aunque una gran mayoría atendió la solicitud. Finalmente, se utilizó el método de "bola de nieve" que se ha demostrado que es una técnica adecuada para reclutar inmigrantes menos accesibles⁽¹²⁾.

La muestra final la constituyeron 371 mujeres, distribuidas territorialmente de forma similar a los registros del Padrón⁽⁸⁾. El estudio forma parte de una investigación más amplia, que utilizando metodología cualitativa, pretende identificar los determinantes del estatus social subjetivo y los mecanismos a través de los cuales afectan a la salud.

Variables

Salud percibida (variable dependiente) se valoró mediante la pregunta *¿En los últimos 12 meses, diría que su estado de salud ha sido?:* muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo. Esta pregunta ha sido utilizada en otros estudios, mostrando que es un buen predictor de morbilidad y de mortalidad, y un buen indicador de salud en diferentes grupos étnicos⁽¹³⁻¹⁴⁾. Para llevar a cabo el análisis estadístico, las categorías "muy buena" o "buena" se combinaron en un grupo llamado salud percibida positiva y las categorías "regular" "mala" o "muy mala" como salud percibida negativa.

Para valorar el *estatus socioeconómico* se utilizó el cuestionario socio demográfico elaborado por la red de MacArthur el cual ha sido validado y utilizado en numerosos proyectos de investigación⁽⁵⁾. El Cuestionario consta de preguntas en relación a: el *nivel educativo*, con seis posibilidades de respuesta: "sin estudios o estudios primarios" "enseñanza general secundaria", "enseñanza técnica o diplomada", "estudios universitarios" "estudios de postgrado" y "otros especificar". Las categorías finales se agruparon en cuatro. Así, estudios universitarios y de posgrado se fusionaron en una sola llamada estudios universitarios. La categoría de otros se suprimió debido a la ausencia de respuestas. El *nivel de ingresos* incluyó siete posibles respuestas: menos de 250 euros, entre 250 y 499/ euros, entre 1.000 y 1.499 euros, entre 1.500 y 1.999 euros, entre 2.000 y 2.999 euros y más de 2.999 euros al mes y otros especificar. Tras las contestaciones, las categorías se agruparon en cuatro, desapareciendo las tres últimas por falta de respuestas. Finalmente, se les preguntó por el trabajo actual o su actividad laboral más reciente. Las *ocupaciones* se registraron siguiendo la Clasificación Nacional de Ocupaciones, cuyos criterios de clasificación se basan en el tipo de trabajo realizado y la cualificación⁽¹⁵⁾. De todas las posibilidades incluidas, tras las respuestas, estas se redujeron a cuatro: sin empleo, nivel III, nivel IV y nivel V. En el análisis final se agruparon en cualificados (III y IV) y no cualificados (nivel V).

El *estatus social subjetivo* se midió con la Escala de MacArthur⁽⁵⁾. El instrumento capta el estatus social subjetivo, presentando a las encuestadas el dibujo de una escalera con 10 peldaños y pidiéndoles que situaran una cruz en el nivel que ellas consideraran que representaba su lugar en la sociedad española. Para el análisis las categorías se agruparon de dos en dos: "muy mal" (1 a 2), "mal" (3 a 4) "regular" (5 a 6), "bien" (7 a 8) y "muy bien" (9 a 10). El instrumento se aplicó en la prueba piloto con 20 mujeres no precisando ninguna modificación, además, ha sido validado y utilizado con poblaciones hispana, en distintas zonas geográficas⁽⁴⁻¹⁶⁾.

Otros datos demográficos incluían: edad, país de origen; tiempo y lugar de residencia en España; familia y amigos en España (sí/no); familiares dependientes económicamente en España y en su país (sí/no) estatus legal (con/sin documentos/en trámites de conseguirlos); tarjeta sanitaria (con/sin/en trámites); y estado de salud en relación a su país (mejor/igual/peor).

Análisis estadístico

Se describen las características de la muestra estudiada, resumiendo las variables categóricas con números absolutos y porcentajes, y las variables

cuantitativas mediante la media y desviación estándar. Se estimó la prevalencia de la variable dependiente salud percibida negativa. Se realizó un análisis de correlación de Spearman, entre las dos mediciones del estatus social, el socioeconómico (a través del nivel educativo, los ingresos y la ocupación) y el subjetivo (según la escala de McArthur), prueba no paramétrica, aplicable entre variables ordinales. Además, se realizó un análisis bivalente comparando la prevalencia de salud percibida negativa con cada una de variables independientes mediante la prueba de ji cuadrado (o la prueba exacta de Fisher, cuando corresponda) si la variable es cualitativa y mediante la t de Student en las variables cuantitativas.

Las variables relevantes según la bibliografía revisada y/o con una significación en el análisis bivalente de $p < 0,30$ se introdujeron en los modelos multivariantes. El análisis multivariante se realizó por regresión logística. La contribución de cada variable se estimó como Razón de Odds de Prevalencia - ROP -, con su intervalo de confianza del 95%, que se estima y se interpreta como la Razón de Odds. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS®, versión 15.

Resultados

Las participantes en el estudio fueron 371. No fue posible determinar con exactitud cuántas rehusaron responder al cuestionario, ni conocer las razones de la no participación. Sin embargo, el número de participantes que lo rechazaron fue muy pequeño. Estas circunstancias pueden introducir un sesgo de selección.

La media de edad de las mujeres participantes fue de 36,7 años (DT 10,0) y de media llevaban 4,3 años (DT 2,8) viviendo en España y son procedentes principalmente de Colombia (24,9%), Perú (24,3%), Ecuador (15,4%), Bolivia (9,7%) y Paraguay (7,6%). Otras variables demográficas de interés se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1 - Descripción de la población de estudio y variables de interés (n= 371)

| Variable/Categorías | n | % |
|------------------------------|-----|------|
| Grupos de edad | | |
| 17 a 29 años | 96 | 26,2 |
| 30 a 35 años | 87 | 23,7 |
| 36 a 43 años | 96 | 26,2 |
| 44 a 64 años | 88 | 24 |
| Total | 367 | 100 |
| No sabe/No contesta | 4 | |
| Familia y/o amigos em España | | |
| Sí | 337 | 91,3 |
| No | 32 | 8,7 |

(continúa...)

Tabla 1 - continuación

| Variable/Categorías | n | % |
|-----------------------------------|-----|------|
| Total | 369 | 100 |
| No sabe/No contesta | 2 | |
| Personas dependientes en su país | | |
| Sí | 222 | 65,1 |
| No | 119 | 34,9 |
| Total | 341 | 100 |
| No sabe/No contesta | 30 | |
| Situación administrativa | | |
| Con documentación | 323 | 91,8 |
| Sin documentación | 29 | 8,2 |
| Total | 352 | 100 |
| No sabe/No contesta | 19 | |
| Tarjeta Sanitaria Individual | | |
| Sí tiene | 333 | 92 |
| En trámites | 13 | 3,6 |
| No tiene | 16 | 4,4 |
| Total | 362 | 100 |
| No sabe/No contesta | 9 | |
| Educación | | |
| Sin estudios o estudios primarios | 58 | 15,7 |
| Enseñanza secundaria | 169 | 45,7 |
| Enseñanza técnica | 77 | 20,8 |
| Estudios universitarios | 66 | 17,8 |
| Total | 370 | 100 |
| No sabe/No contesta | 1 | |
| Homologación de títulos en España | | |
| No | 292 | 82,5 |
| Sí | 34 | 9,5 |
| Estoy en trámite | 28 | 8 |
| Total | 354 | 100 |
| No sabe/No contesta | 17 | |
| Clase social (CNO)* | | |
| IIIa | 22 | 7,6 |
| IVa | 1 | 0,3 |
| V | 266 | 92 |
| Total | 289 | 100 |
| No sabe/No contesta | 83 | |
| Ingresos | | |
| Menos de 250 euros/mes | 23 | 8 |
| De 250 a 499 euros/mes | 63 | 22 |
| De 500 a 999 euros/mes | 161 | 56,1 |
| De 1.000 a 1.499 euros/mes | 40 | 13,9 |
| Total | 287 | 100 |
| No sabe/No contesta | 84 | |
| Escala MacArthur de ESS | | |
| Muy Mal (1 y 2) | 40 | 10,8 |
| Mal (3 y 4) | 76 | 20,5 |
| Regular (5 y 6) | 165 | 44,5 |
| Bien (7 y 8) | 76 | 20,5 |
| Muy bien (9 y 10) | 14 | 3,8 |
| Total | 371 | 100 |
| Estado de salud percibido | | |
| Muy Bueno | 69 | 18,8 |
| Bueno | 160 | 43,6 |
| Regular | 118 | 32,2 |

(continúa...)

Tabla 1 - continuación

| Variable/Categorías | n | % |
|---------------------|-----|-----|
| Malo | 18 | 4,9 |
| Muy Malo | 2 | 0,5 |
| Total | 367 | 100 |
| No sabe/No contesta | 4 | |

*Según la Clasificación Nacional de Ocupaciones⁽¹²⁾

Los porcentajes están calculados sin considerar la categoría no consta.

En la Tabla 2 se presentan los coeficientes de correlación de Spearman entre el estatus social subjetivo y los tres indicadores del estatus socioeconómico. *El Estatus social subjetivo* mejora significativamente cuando aumentan los ingresos ($r=0,193$; $p=0,00$) pero no muestra una correlación significativa ni con el nivel de estudios ($r=0,030$; $p=0,56$) ni con la ocupación ($r=0,087$; $p=0,13$).

Tabla 2 - Correlación entre el Estatus socioeconómico y el Estatus social subjetivo

| Estatus socioeconómico | Estatus social subjetivo | |
|------------------------|--------------------------|---------|
| | r_s^* | Valor p |
| Ingresos | 0,193 | 0,00 |
| Nivel de estudios | 0,030 | 0,56 |
| Ocupación | 0,087 | 0,13 |

*Coeficiente Rho de Spearman

Los resultados del *análisis bivariante* mostraron que la percepción de salud negativa aumenta de forma significativa con la edad ($p=0,041$), así mismo las que se situaron en los niveles más bajos de la escala de estatus social subjetivo valoraron con mayor frecuencia su salud percibida como negativa ($p=0,005$). Se observó una prevalencia mayor de salud percibida negativa en las mujeres sin estudios ($p=0,216$), las que tenían ingresos más bajos ($p=0,272$), las desempleadas ($p=0,699$); si bien, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

En la Tabla 3 se presentan los resultados del *análisis multivariante* para la salud percibida negativa. En el modelo se incluyeron las variables: edad, nivel de estudios, ingresos, escala de estatus social subjetivo, estatus legal, apoyo social y tiempo de residencia. Se apreció una tendencia creciente de mayor prevalencia de salud percibida negativa al aumentar la edad. Se observaron Odds de prevalencia de salud percibida negativa significativamente más elevadas en los niveles de la escala de MacArthur más bajos con respecto a los niveles 7 ó 8 tomados como referencia (ya que muy pocos casos se situaron en los niveles 9 ó 10); por encima de 4 veces mayor en las mujeres que se situaron en los niveles 1 ó 2 (IC 95%:1,6 - 11,2) o en los niveles 3 ó 4 (IC 95%:1,9 - 9,9) y 2,3 veces mayor en las que se situaron en los niveles 5 ó 6. En relación al resto de las variables, la percepción negativa de la salud varió, aunque

no de forma significativa, según el nivel de estudios, los ingresos, el estatus legal y el apoyo social. Finalmente, la

percepción de mala salud no varió en función de los años que las mujeres llevaban residiendo en España.

Tabla 3 - Análisis de regresión logística para salud percibida negativa (0=buena/muy buena 1= regular, mala o muy mala)

| Variables | Coeficiente B | Odds Ratio Prevalencia | I.C. 95,0% POR* | | Valor p |
|---------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|-----------------|---------|
| | | | Límite inferior | Límite superior | |
| Edad | | | | | |
| 17 a 29 años | | 1 | | | 0,396 |
| 30 a 35 años | 0,218 | 1,2 | 0,6 | 2,5 | 0,547 |
| 36 a 43 años | 0,415 | 1,5 | 0,8 | 3,0 | 0,239 |
| 44 a 64 años | 0,612 | 1,8 | 0,9 | 3,8 | 0,101 |
| Nivel de estudios | | | | | |
| Estudios universitarios | | 1 | | | 0,334 |
| Enseñanza técnica | -0,075 | 0,9 | 0,4 | 2,4 | 0,878 |
| Enseñanza secundaria | 0,38 | 1,5 | 0,6 | 3,4 | 0,379 |
| Sin título o estudios primarios | 0,56 | 1,8 | 0,7 | 4,4 | 0,230 |
| Ingresos | | | | | |
| De 1.000 a 1.499 euros/mes | | 1 | | | 0,247 |
| De 500 a 999 euros/mes | 0,204 | 1,2 | 0,5 | 2,8 | 0,633 |
| De 250 a 499 euros/mes | 0,897 | 2,5 | 1,0 | 6,3 | 0,062 |
| Menos de 250 euros/mes | 0,56 | 1,8 | 0,5 | 5,7 | 0,355 |
| No trabaja | 0,299 | 1,3 | 0,5 | 3,6 | 0,549 |
| Niveles de Escala MacArthur | | | | | |
| Bien (7 ó 8) | | 1 | | | 0,006 |
| Muy mal (1 ó 2) | 1,433 | 4,2 | 1,6 | 11,2 | 0,004 |
| Mal (3 ó 4) | 1,469 | 4,3 | 1,9 | 9,9 | 0,000 |
| Regular (5 ó 6) | 0,825 | 2,3 | 1,1 | 4,8 | 0,030 |
| Muy bien (9 ó 10) | 1,100 | 3,0 | 0,7 | 13,3 | 0,148 |
| Estatus legal | | | | | |
| Con papeles | | 1 | | | 0,450 |
| Sin papeles o NS/NC | 0,333 | 1,4 | 0,6 | 3,3 | |
| Apoyo social en España | | | | | |
| Familia y/o amigos | | 1 | | | 0,928 |
| Sin familia ni amigos | 0,04 | 1,0 | 0,4 | 2,5 | |
| Años en España | | | | | |
| Por cada año | 0,042 | 1,0 | 1,0 | 1,1 | 0,348 |
| Constante | -2,689 | 0,1 | | | 0,000 |

*Confidence interval prevalence odds ratio

Discusión

Nuestra hipótesis era que el estatus social subjetivo explicaría las diferencias en salud percibida mejor que el estatus socioeconómico en el grupo de mujeres inmigrantes. Esta hipótesis se confirmó después de ajustar por la edad, nivel de estudios, ingresos, estatus legal, apoyo social y el tiempo residiendo en España.

Encontramos una asociación débil entre las medidas del estatus socioeconómico y la salud percibida. Estos resultados son, en parte, divergentes con la literatura donde se ha demostrado, en otros colectivos, una relación importante entre los indicadores del estatus socioeconómico y la salud percibida⁽¹⁻⁶⁾. Además de por una muestra insuficiente, varias razones pueden explicar la falta de asociación entre las medidas objetivas del estatus y la salud percibida en este estudio. Para las mujeres

inmigrantes, los indicadores del estatus socioeconómico pueden tener significados diferentes que para la población general. Iguales niveles de renta o de educación pueden no proporcionarles los mismos beneficios que a la población autóctona. Por ejemplo, el nivel de educación obtenido en sus países de origen, no les reporta los beneficios esperados al no poder homologar sus títulos en España. Tampoco se reconoce su experiencia ni sus cualificaciones profesionales, viéndose obligadas a aceptar trabajos que requieren baja cualificación y sus salarios tienen que compartirlos con otros familiares dependientes, tanto en España como en sus países de origen. Estas razones pueden explicar por qué el patrón encontrado, en este grupo de mujeres latinoamericanas, no coincide con el de la población general en lo referente a la relación entre la educación, la ocupación y los ingresos con la salud percibida.

Investigaciones recientes⁽¹⁷⁾ muestran que la salud de los inmigrantes está influida por el proceso migratorio, la situación familiar, los recursos sociales, las condiciones laborales, las expectativas o las experiencias de discriminación. Otros autores encontraron resultados similares a los de este estudio⁽¹⁸⁾, señalando que los indicadores del estatus socioeconómico son irrelevantes para estudiar grupos de inmigrantes, ya que no captan la situación socioeconómica real de estos colectivos, presentando limitaciones para el estudio de las desigualdades en salud.

El estatus social subjetivo se basa en los indicadores del estatus socioeconómico. Es decir, las personas que manifiestan mejor estatus social subjetivo es probable que tengan más ingresos, mayor nivel de estudios y mejor ocupación. Sin embargo, en este estudio, el estatus social subjetivo solo mantiene relación significativa con los ingresos, reflejando la importancia que estas mujeres conceden a la seguridad económica. Una explicación de estos resultados puede ser porque existen otros factores determinantes de la posición social ligados al género, la etnia o a la discriminación, que estén influyendo en la valoración de su estatus social y explican la importancia relativa de los indicadores del estatus socioeconómico. Investigaciones previas han encontrado resultados similares entre el estatus socioeconómico y el estatus social subjetivo⁽⁴⁻¹⁹⁾. Los autores mantienen que el estatus social subjetivo se basa en los indicadores del estatus socioeconómico pero que esta relación es más débil en las personas procedentes de minorías étnicas. Aunque las medidas del estatus socioeconómico son las principales determinantes del estatus social subjetivo, los grupos que se encuentran en desventaja social tienden a establecer su estatus utilizando otros criterios derivados del contexto.

Las única variable predictora de salud percibida negativa, en la población estudiada, es el estatus social subjetivo, poniendo de manifiesto la importancia de esta medida para valorar la salud percibida en este grupo de población. Al igual que en investigaciones previas, se muestra que la valoración del estatus social subjetivo proporciona información acerca de la salud que no puede ser captada por el estatus socioeconómico^(16-17,19). En este estudio, al igual que en los estudios citados, se pone de manifiesto que independientemente de sus circunstancias sociales o materiales, el cómo las mujeres consideren su posición social predice de forma importante su estado de salud percibida.

La explicación de por qué el estatus social subjetivo afecta de manera significativa a la salud percibida se puede explicar porque éste capta información acerca de la posición social de las mujeres, así como, las impresiones sobre

sus circunstancias socioeconómicas y laborales que no se consiguen con los indicadores tradicionales del estatus socioeconómico⁽⁴⁾. Por ejemplo, condiciones laborales precarias, problemas de discriminación, expectativas no cumplidas, escasas oportunidades sociales, comparación con el grupo autóctono, estatus legal irregular u otras barreras sociales o culturales. La percepción de una posición baja en la escala social puede generar, niveles elevados de estrés o el desarrollo de conductas poco saludables que afecten a su salud⁽⁷⁾. Por el contrario, niveles altos de estatus social subjetivo pueden proporcionar recursos psicológicos a las personas como mayor autoestima, seguridad, esperanza o sentimientos de control, los cuales constituyen recursos importantes para la salud⁽⁴⁾.

Con los datos obtenidos no es posible explicar qué mecanismos median en la asociación entre el estatus social subjetivo y la salud percibida. Este artículo forma parte de una investigación más amplia en la cual se exploran los determinantes del estatus social subjetivo y los mecanismos mediadores entre el estatus social subjetivo y la salud utilizando metodología cualitativa.

Limitaciones

Dado que la muestra se captó a través de centros sociales, donde acuden las mujeres con problemas socioeconómicos, nuestras estimaciones pueden sobrestimar la presencia de mujeres con dichos problemas y la verdadera prevalencia de la Salud percibida. También puede existir un sesgo por las que rechazaron participar, así como, por las que no respondieron a las preguntas. Además, debido a que los datos se recogieron transversalmente, y debido al sesgo de ambigüedad temporal, los resultados no permiten evaluar las relaciones causales. A pesar de estas limitaciones, los datos de este estudio pueden servir para ilustrar las relaciones que se producen entre el estatus socioeconómico, el estatus social subjetivo y la salud percibida en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. No obstante, se requieren más estudios con muestras más grandes y aleatorias.

Conclusión

Los resultados del estudio sugieren que el estatus social subjetivo puede predecir mejor el estado de salud percibida que el estatus socioeconómico. El estatus social subjetivo puede reflejar mejor la posición social de las mujeres inmigrantes, al considerar, además de la posición socioeconómica, otros factores contextuales, relacionados con el proceso migratorio. Se presenta un gradiente social entre el estatus social subjetivo y la salud percibida lo cual sugiere que este indicador puede ser relevante

para el estudio de las desigualdades en salud y para la práctica interdisciplinaria en salud, particularmente, en la población en situación de desventaja social como es el caso de los inmigrantes económicos.

Referencias

- Marmot M. Status syndrome. A challenge to medicine. *JAMA*. 2006 March;295(11): 1304-7.
- Whitehead M, Dahlgren G. Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud. Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población. España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- Wolff LS, Acevedo-Garcia D, Subramanian S, Weber D, Kawachi I. Subjective Social Status, a New Measure in Health Disparities Research. *J Health Psychol*. 2010;15(4):560.
- Operario D, Adler N, Williams D. Subjective social status: reliability and predictive utility for global health. *Psychol Health*. 2004;19(2):237-46.
- Adler N, Stewart J. The MacArthur Scale of Subjective Social Status [Internet]. 2007; [acceso 28 out 2012]. Disponible em: <http://www.macses.ucsf.edu/research/psychosocial/subjective.php>
- Adler N, Singh-Manoux A, Schwartz J, Stewart J, Matthews K, Marmot M. Social status and health: A comparison of British civil servants in Whitehall-II with European- and African-Americans in CARDIA. *Soc Sci Med*. 2008;66(5):1034-45.
- Adler N, Stewart J. Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Ann NY Acad Sci*. 2010;1186:5-23.
- Instituto Cántabro de Estadística – ICANE (ES). Boletín de Síntesis Demográfica Cantabria. Cantabria: Consejería de Economía y Hacienda; 2009.
- Molpeceres L. Situación laboral de las mujeres inmigrantes en España. *Cuad Relaciones Lab*. 2012;30(1):91-113.
- Instituto Cántabro de Estadística – ICANE (ES). Explotación Estadística Padrón Municipal Cantabria 2010. Gobierno de Cantabria. Consejería de Economía y Hacienda 2011; [acceso 19 jan 2012]. Disponible em: <http://www.icane.es/web/icane/publicaciones>.
- Sistema de Información Sanitaria del SNS (ES). Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. [acceso 19 jan 2012]. Disponible em: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>.
- Silverman D. *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. 2nd ed. London: SAGE; 2006.
- Burström B, Fredlund P. Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Commun Health*. 2001;55:836-40.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21-37.
- Regidor E. La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Rev Española Salud Pública*. [Internet]; 2001 [acceso 12 jan 2011];75(1). Disponible em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000100003&lng=es.
- Franzini L, Fernandez-Esquer M. The association of subjective social status and health in low-income Mexican-origin individuals in Texas. *Soc Sci Med*. 2006;63:788-804.
- de Castro AB, Gee GC, Takeuchi DT. Examining alternative measures of social disadvantage among Asian Americans: the relevance of economic opportunity, subjective social status, and financial strain for health. *J Immigr Minor Health*. 2010 Oct;12(5):659-71.
- Ostrove J, Adler N, Kuppermann M, Washington E. Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample of pregnant women. *Health Psychol*. 2000;19(6):613-8.
- Gong F, Xu J, Takeuchi DT. Beyond conventional socioeconomic status: examining subjective and objective social status with self-reported health among Asian immigrants. *J Behav Med*. 2011:1-13.

Recibido: 8.10.2012

Aceptado: 31.7.2013