



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

**PRÁCTICAS EN SALUD Y CONDICIONES DE EMPLEO
EN LA POBLACIÓN ASALARIADA EN MÉXICO**

Tesis presentada por

Itzel Soto Palma

para obtener el grado de

MAESTRA EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Tijuana, B. C., México
2016

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Director(a) de Tesis: _____

Dra. Ietza Bojórquez Chapela

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. _____

2. _____

3. _____

A mis papás
por haber tenido tres hijas maravillosas

A mamá
porque mientras lidiabas con el trabajo remunerado
y el trabajo de nuestro hogar
también nos enseñabas a nadar

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por haberme otorgado la beca que hizo posible este trabajo. Igualmente a El Colegio de la Frontera Norte por el apoyo académico y porque me permitió conocer esta otra parte de México y también otras partes del mundo.

Sobre todo, agradezco a mi asesora, la Dra. Ietza Bojórquez Chapela, por involucrarse y disfrutar de esta investigación junto conmigo, por motivarme, por ser una excelente guía, por su exigencia, sus consejos, por todo el tiempo dedicado –que fue mucho- y el conocimiento compartido, pero principalmente por confiar en mí y en este proyecto.

También agradezco al Dr. Fernando Benavides por la lectura y retroalimentación a esta tesis. Y porque él y quienes forman parte del Centro de Investigación de Salud Laboral de la UPF en Barcelona me recibieron fraternalmente y se preocuparon por que fuera parte del grupo de investigación todos los días: a María, Montse, Laura, Mónica, Pamela, Alexandra, Julio.

A la Dra. Marie Laure Coubès por sus observaciones y valiosos comentarios a esta tesis, aprendí mucho de ellos. A los profesores de la MEP, a la Dra. Olga Odgers, la Dra. Norma Ojeda por establecer lazos entre El Colef y San Diego State University. A la Dra. Eunice Vargas por preocuparse siempre por nosotros. A la Dra. Marlene Solís por su apoyo y amistad. A quienes trabajando en El Colef hicieron también posible este trabajo, en especial a Alma Guerra, por sus cuidados, su paciencia y a los trabajadores de la biblioteca.

A mis compañeros de la MEP por compartir los diálogos, los debates y también las frustraciones.

A Vero, Pao, Frida, Isa, Adri, Céline, Carlos, Crisna, Mariano, Omar, Chucho, ustedes fueron una familia para mí, gracias por el cariño y las risas, por compartir los paseos en bici, los viajes, el básquet, el ceviche en la playa, las pláticas, las buenas fiestas y también los momentos de crisis. A Zarita, Elsa, Eva, Pau, Néstor, Carlos gracias por cuidarme y apoyarme a la distancia.

A Jorge, Edna, Rodo, Marcos, Candelario, Ángel, Gaby, Montse, Vladi con quienes aprendí a tocar son. Por compartir la música y los martes que siempre fueron momentos de catarsis y alegría.

A mi familia, mis papás y mis hermanas, porque los siento cerca y por el apoyo constante e incondicional.

RESUMEN

Las políticas que promueven “estilos de vida saludables” han tenido poco impacto en la población, en ese sentido es necesario estudiar los factores que posibilitan o limitan las prácticas en salud. Esta investigación tuvo como objetivo estudiar la asociación entre las condiciones de empleo y tres prácticas en salud: el ejercicio en forma de rutina, el consumo de tabaco y el consumo de refresco como indicador de prácticas alimentarias. Utilizando una encuesta representativa para México se realizó un análisis transversal y otro longitudinal con regresiones logísticas y regresiones logísticas multinivel para los trabajadores asalariados no agrícolas estratificando por sexo y controlando por edad, nivel educativo, tamaño de localidad y tipo de ocupación. Se encontró que las prácticas en salud no se observan en las personas asalariadas como un conjunto coherente de prácticas que puedan englobarse en conceptos homogéneos como el de “estilos de vida saludables” o “no saludables”. Además, se observó que menos horas de trabajo remunerado aumentó la posibilidad de practicar ejercicio en los hombres, pero no en las mujeres, posiblemente debido al tiempo dedicado al trabajo doméstico. Así mismo, el consumo de tabaco reflejó las desigualdades de género y de la posición social, pues los hombres con las ocupaciones de mayor estatus laboral tuvieron la probabilidad más baja de consumir tabaco, mientras que las mujeres en las mismas ocupaciones tuvieron la mayor probabilidad de dicho consumo. Finalmente, otras condiciones de empleo como la inseguridad y desprotección laboral no se asociaron con las prácticas en salud, en cambio tuvieron importancia los indicadores de nivel socioeconómico.

Palabras clave: Prácticas en salud, condiciones de empleo, desigualdades de género.

ABSTRACT

Politics promoting “a healthy lifestyle” have had little impact on population; therefore, it is necessary to analyze the factors that enable or disable the adoption of healthy practices. In this research we studied the association between employment conditions and three practices related to health: daily routine exercise, smoking, and the consumption of sugar-sweetened beverages. Using a Mexican representative survey a cross-sectional study was performed and another for panel data along with logistic regressions and multilevel logistic regressions for wage earners excluding agriculturists; stratified by sex and controlled through age, education level, size of town and type of occupation. It was found that salaried population does not have a group of coherent practices that could be included in homogenized concepts such as healthy or not healthy lifestyle. Also, the less wage-earning hours increased the possibility of exercising in men, but not in women, most likely because of the time spent in household. The consumption of tobacco reflected inequality related to gender and the occupational structure, men with low labor status had the most chances to smoke, while women are the opposite. In conclusion employment conditions such as job insecurity and lack of labor protection did not associate with health practices instead the social class indicators like education level, economic level and occupation had particular importance for health practices.

Key words: Health practices, work conditions, gender inequality.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	10
REFERENCIAS CONCEPTUALES DE LAS PRÁCTICAS EN SALUD, CONDICIONES DE EMPLEO Y GÉNERO	5
1.1. Las prácticas en salud	6
1.2. El mito de la consciencia saludable	8
1.3. El empleo como el aspecto relacional del trabajo.....	10
1.4. Condiciones de empleo y prácticas en salud	13
1.4.1 Las horas de trabajo remunerado.....	16
1.4.2 La inseguridad laboral	18
1.5. Estatus socioeconómico y prácticas en salud	19
1.6. La construcción del género a través de las prácticas en salud	21
CAPÍTULO II.....	27
LA ENNVIIH, CONSTRUCCIÓN DE LAS VARIABLES Y ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS DE DATOS	27
2.1. La Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares en México	27
2.1.1 Diseño muestral	29
2.1.2. Características de la segunda y tercera ronda de la ENNVIIH.....	31
2.1.3. Limitaciones de la encuesta.....	33
2.2. La población asalariada no agrícola.....	33
2.3. Variables dependientes	36
2.3.1. Ejercicio en forma de rutina	37
2.3.2. Consumo de tabaco.....	39
2.3.3. Consumo cotidiano de refresco	39
2.4. Variables independientes principales.....	40
2.4.1. Las horas de trabajo remunerado.....	41
2.4.2. La inseguridad laboral	41
2.5. Estratificación y variables de control.....	43
2.5.1. Edad	44
2.5.2. Nivel educativo.....	44
2.5.3. Tamaño de localidad.....	45
2.5.4. Nivel económico del hogar.....	45

2.5.5. Tipo de ocupación	50
2.6. Análisis de datos transversales	51
2.7. Análisis de datos de la muestra panel	53
CAPÍTULO III	58
RESULTADOS	58
3.1. Correlación entre las prácticas en salud	58
3.2. Resultados transversales	60
3.3. Seguimiento en el tiempo de las prácticas en salud	77
3.4. Resultados panel	82
3.4. Principales resultados	97
CAPÍTULO IV	99
DISCUSIÓN	99
CONCLUSIONES	111
BIBLIOGRAFÍA	115

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Porcentaje de la población ocupada de acuerdo con su posición en la ocupación, México 2002.....	36
Cuadro 2. Matriz de correlación entre tres prácticas en salud de la población asalariada por sexo, México 2002.....	59
Cuadro 3. Porcentaje de la población asalariada “saludable” y “no saludable” por sexo, México 2002	59
Cuadro 4. Condiciones socio demográficas de la población asalariada por sexo, México 2002	61
Cuadro 5. Condiciones de empleo de la población asalariada por sexo, México 2002.....	63
Cuadro 6. Prevalencias de las prácticas en salud de la población asalariada por sexo, México 2002	65
Cuadro 7. Prevalencia de ejercicio en la población asalariada y en el total de la población, México 2002.....	65
Cuadro 8. Prevalencia de consumo de tabaco en la población asalariada y en el total de la población, México 2002	66
Cuadro 9. Prevalencia de consumo de refresco en la población asalariada y en el total de la población, México 2002	66
Cuadro 10. Asociaciones de la práctica de ejercicio de acuerdo con las condiciones de empleo y sociodemográficas de los hombres asalariados, México 2002.....	70
Cuadro 11. Asociaciones del consumo de tabaco y del consumo de refresco de acuerdo con las condiciones de empleo y sociodemográficas de los hombres asalariados, México 2002	71
Cuadro 12. Asociaciones de la práctica de ejercicio en forma de rutina de acuerdo con las condiciones de empleo y sociodemográficas en las mujeres asalariadas, México 2002.....	73
Cuadro 13. Asociaciones del consumo de tabaco y consumo de refresco en las mujeres asalariadas, México 2002	74
Cuadro 14. Asociaciones del ejercicio en forma de rutina de acuerdo con las horas de trabajo remunerado y doméstico en la población asalariada en México 2002	76
Cuadro 15. Porcentaje de hombres asalariados según su práctica en salud en 2002 y su seguimiento en 2006 y 2012.....	78
Cuadro 16. Porcentaje de mujeres asalariadas según su práctica en 2002 y su seguimiento en 2006 y 2012	80
Cuadro 17. Condiciones sociodemográficas de la población asalariada por sexo, México 2002-2012	86
Cuadro 18. Condiciones de empleo de la población asalariada por sexo, México 2002- 2012	87
Cuadro 19. Prevalencia de las prácticas en salud de la población asalariada por sexo, México 2002- 2012.....	89
Cuadro 20. Asociaciones del ejercicio en forma de rutina de acuerdo con las condiciones de empleo y sociodemográficas en los hombres asalariados, México 2002- 2012.....	91
Cuadro 21. Asociaciones del consumo de tabaco y consumo de refresco de acuerdo con las	

condiciones de empleo y sociodemográficas en los hombres asalariados,.....	92
Cuadro 22. Asociaciones del ejercicio en forma de rutina de acuerdo con las condiciones de empleo y sociodemográficas en las mujeres asalariadas, México 2002- 2012	95
Cuadro 23. Asociaciones del consumo de tabaco y refresco de acuerdo con las condiciones de empleo y sociodemográficas en las mujeres asalariadas, México 2002- 2012	96

INTRODUCCIÓN

Una de las principales políticas de la salud pública en las últimas décadas ha sido la promoción de los “estilos de vida saludables”. Esta política, sin embargo, ha tenido poco impacto sobre todo en las poblaciones más vulnerables. La promoción de los “estilos de vida saludables” implícitamente ha trabajado con la noción de que las personas pueden elegir y actuar en términos “responsables” respecto a su salud (Menéndez, 1998), pues muestran los hábitos que impactan en la salud como elecciones racionales y los promueven a través de fomentar la autogestión y la voluntad individual.

Una de las críticas a dicho paradigma es que no da suficiente importancia a las desigualdades socioeconómicas y las limitaciones materiales en las que se llevan a cabo las prácticas relacionadas con la salud. En ese sentido, resulta relevante explorar los factores socioeconómicos que pueden incidir en que la población lleve a cabo o no prácticas consideradas como saludables, entre estos factores las condiciones de trabajo y de empleo han sido muy poco estudiadas.

Por ello, en esta investigación se buscó conocer si las condiciones de empleo se asocian con las prácticas en salud que lleva a cabo la población asalariada en México. Por prácticas en salud entendemos las acciones cotidianas, no siempre racionales, que la población realiza y que pueden repercutir en su salud, por ejemplo, la práctica de ejercicio, el consumo de tabaco y las prácticas de consumo alimentario. Las condiciones de empleo son las formas en que se organiza el trabajo, es decir, el salario, la duración de la jornada laboral, el acceso a seguridad social y a un contrato escrito.

Así, en este trabajo se estudió primero la distribución de las prácticas en salud a nivel poblacional en los trabajadores asalariados en México de acuerdo con sus características socioeconómicas y demográficas, y posteriormente se analizó si la prevalencia de éstas prácticas difiere entre la población asalariada de acuerdo con sus condiciones de empleo.

La hipótesis inicial de esta investigación fue que las condiciones de empleo se asocian con las prácticas en salud, en el sentido en que mejores condiciones laborales aumentarían la

posibilidad de la población asalariada de realizar prácticas consideradas como saludables. Dicha relación está además influida por otros aspectos, como el género, la edad, el lugar donde se habita, el nivel educativo y el nivel económico. Asimismo, las condiciones de empleo y las condiciones socioeconómicas podrían tener efectos en magnitudes y direcciones contrarias sobre cada una de las diferentes prácticas. Es decir que cada práctica tendrá diferentes determinantes sociales. Lo anterior se enmarca dentro de la teoría de las causas fundamentales de Link y Phelan (1955) quienes sostienen que las condiciones socioeconómicas de la población repercuten en la salud de la población a través de distribuir de manera diferenciada los recursos necesarios para desplegar prácticas que promuevan la salud. En este sentido, las condiciones de empleo pueden generar situaciones donde la población trabajadora tenga menor acceso a los recursos necesarios para desplegar prácticas saludables.

Para conocer lo anterior, utilizamos los datos de la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares (ENNVIH), que es una encuesta multitemática tipo panel representativa a nivel nacional realizada en México en tres mediciones: 2002, 2005-2006 y 2009- 2012.

Los objetivos específicos de esta investigación fueron:

- Describir la prevalencia de prácticas en salud en la población asalariada en México.
- Explorar la asociación entre prácticas relacionadas con la salud y condiciones de empleo tomando en cuenta el efecto de la edad, el nivel educativo, el tamaño de localidad donde se habita, el nivel económico del hogar y el tipo de ocupación.
- Describir los cambios en el tiempo de las prácticas en salud en la población asalariada en México.
- Explorar la asociación entre prácticas relacionadas con la salud y condiciones de empleo de manera longitudinal.
- Observar las diferencias de género en la prevalencia de prácticas en salud y en su relación con las condiciones de empleo.

La relevancia de esta propuesta de investigación recae principalmente en tres aspectos. El primero es que aunque las condiciones de empleo son conocidas como factores determinantes de la salud de los trabajadores, se ha estudiado poco cómo se da esta relación. Es decir, a través de qué vías las condiciones de empleo pueden impactar en los resultados en salud. Una posible

vía es que las condiciones de empleo impacten primero en las prácticas cotidianas que afectarán en el largo plazo a la salud. En este sentido, las prácticas cotidianas -como el hacer ejercicio, el fumar, el tipo de alimentación, las horas de sueño, la asistencia al médico en caso de necesidad- pueden verse afectadas por las condiciones de empleo y posteriormente impactar en la salud.

Un segundo aspecto que da relevancia a esta investigación es que hoy la promoción de prácticas saludables es uno de los pilares principales de la promoción de la salud en México, por lo tanto es importante conocer los factores socioeconómicos que pueden incidir en que la población lleve a cabo o no prácticas saludables. En ese sentido es necesario enfatizar que dichas prácticas se ubican en un contexto socioeconómico y laboral adverso. Además, buscamos resaltar que las prácticas saludables no son meras elecciones racionales individuales, sino que son expresiones sociales donde influye el contexto laboral.

Tercero, esta investigación también busca aportar elementos para reflexionar sobre el riesgo en el trabajo, proponiendo que las afectaciones a la salud de los trabajadores no solamente se da por los riesgos físicos, químicos y mecánicos que puede haber en el área de trabajo sino también por las condiciones de empleo, menos visibles, como son el salario, la duración de la jornada laboral, la inseguridad acerca de la relación contractual y el acceso a la seguridad social. Así, al proponer las condiciones de empleo como determinantes sociales de la salud, se propone generar una visión más amplia acerca del riesgo laboral.

El desarrollo y organización de esta tesis estuvo basado en la siguiente estructura: introducción, metodología, resultados y discusión. De ahí, esta investigación se organizó en cuatro capítulos. En el primer capítulo se expuso el marco teórico donde se definió y discutió los dos conceptos principales: 1) las prácticas en salud y 2) las condiciones de empleo, igualmente se abordó los estudios empíricos y teóricos que han buscado establecer una relación entre ambos conceptos.

En el segundo capítulo se expuso la estrategia metodológica, es decir, se habló de la base de datos utilizada, la forma de construcción de las variables y los modelos estadísticos con los que se analizaron los datos. Se construyeron tres variables de prácticas en salud: 1) ejercicio en forma de rutina 2) consumo de tabaco y 3) consumo diario de refresco -como proxy de prácticas alimentarias-; y dos de condiciones de empleo: 1) horas de trabajo remunerado e 2) inseguridad

y desprotección laboral. Igualmente en el segundo capítulo se expone la metodología de las formas de análisis de los datos. En esta investigación se analizaron dos conjuntos de datos ambos se realizaron estratificando por sexo. El primer conjunto de datos fue de corte transversal y el segundo longitudinal. En el análisis transversal se corrieron regresiones logísticas estratificando y en el análisis longitudinal se corrieron regresiones logísticas multinivel.

En el capítulo tres se expusieron las asociaciones transversales y longitudinales encontradas entre las prácticas en salud y las condiciones de empleo, así como las asociaciones entre prácticas en salud y variables socioeconómicas y demográficas. El cuarto capítulo presenta la discusión, en la cual se hace una interpretación de los principales resultados, comparando los resultados con los de otras investigaciones. Finalmente se presentan las conclusiones.

CAPÍTULO I

REFERENCIAS CONCEPTUALES DE LAS PRÁCTICAS EN SALUD, CONDICIONES DE EMPLEO Y GÉNERO

*“El primer mecanismo a través del cual la salud se construye socialmente es a través de hábitos y prácticas cotidianas que pueden tener efectos sobre la salud”
(Cockerham, 2013: 55)*

El objetivo de este primer capítulo es definir los dos conceptos claves de la presente investigación: 1) las prácticas en salud y 2) las condiciones de empleo de la población asalariada. En este sentido se buscará dar cuenta de la discusión que existe en torno al concepto de “prácticas en salud”, en contraposición con el concepto de “conductas en salud”. En cuanto al concepto de condiciones del empleo se buscará, más que contraponer diferentes teorías, identificar los elementos o dimensiones que se repiten en la literatura acerca de las principales problemáticas de la población asalariada en México.

Posterior a la revisión de los dos conceptos principales se presentará una breve revisión bibliográfica sobre la manera en la que se ha estudiado las relaciones entre condiciones de empleo- salud y condiciones de empleo- prácticas en salud. Sin embargo, la literatura ha establecido dichas relaciones sobre todo a partir de estudios empíricos y en consecuencia se le ha dado menor importancia a las teorías explicativas.

Como marco teórico en esta investigación se utilizará la teoría de las causas fundamentales (Link, 1955), la cual sostiene que las desigualdades en salud persisten debido a la distribución desigual de los recursos. Esos recursos son contingentes y por lo tanto pueden impactar en la salud a través de diferentes formas de acuerdo al momento histórico y al contexto social. Además se utilizó el trabajo de Pampel et al. (2010) quienes, desde la sociología de la salud y retomando los postulados Pierre Bourdieu (1979), hacen un compendio de las formas mediante las cuales el nivel socioeconómico se relaciona con las prácticas en salud.

Finalmente, en el análisis exploratorio de los datos, se observaron diferencias importantes de género, por lo que se juzgó necesario incluir en este capítulo la discusión sobre las diferencias de género y las prácticas en salud.

1.1. Las prácticas en salud

Las prácticas relacionadas con la salud han tomado importancia en las investigaciones al ser el primer mecanismo de protección para reducir el riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas. De acuerdo con el *Global Status Report on Noncommunicable Diseases* de la Organización Mundial de la Salud “los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles son *conductas modificables* como el consumo de tabaco, la inactividad física, la alimentación deficiente y el abuso de alcohol” [cursivas propias] (OMS, 2014).

Las prácticas anteriores se han asociado con diversas enfermedades en una multitud de investigaciones epidemiológicas. De hecho, se debe recordar la abrumadora evidencia científica que relaciona estas prácticas –consumo de tabaco, inactividad física, alimentación deficiente y abuso de alcohol– con las enfermedades cardiovasculares, crónico degenerativas, mentales, etc. Y que por lo tanto la asociación entre estas prácticas y la salud se ha convertido en una verdad científica universal casi incuestionable¹. Por ello, en la mayoría de las encuestas de salud de varios países a nivel mundial se recaba información sobre estas cuatro prácticas.

Muchas investigaciones sobre salud denominan a dichas prácticas como conductas (lo muestra el reporte de la OMS citado arriba). Sin embargo, recientemente en el campo de la epidemiología social y la sociología de la salud, ha tenido lugar una discusión teórica entorno a dos conceptos: 1) *health practices*, que podríamos traducir como “prácticas en salud” y 2) *health behaviors*, traducido generalmente como “conductas en la salud”.

Prácticas y conductas son conceptos distintos que, no obstante, son operacionalizados de la misma manera. La diferencia entre ellos, en realidad, se debe a que son constructos de

1 Existe una crítica que postula que al considerar estas cuatro prácticas como perjudiciales para la salud en todos los contextos se puede correr el riesgo de descontextualizarlas, pues las prácticas consideradas como saludables a nivel universal no siempre son factibles a todos los países ni a todos los estratos (Bagrichevsky, 2009; Pedraz, 2007; Menéndez, 1998). En esta investigación se quiere simplemente reconocer que existe dicha crítica, sin embargo, no se profundizará aquí suficientemente en ella.

diferentes disciplinas. El concepto de “prácticas en salud” fue construido desde la sociología, mientras que las “conductas” son una aportación de la psicología.

El concepto de prácticas en la salud surge principalmente de los postulados de Pierre Bourdieu (1977). Muchos de los sociólogos que se dedican al campo de la salud y la enfermedad han adoptado recientemente la teoría de Bourdieu para estudiar las acciones que pueden repercutir en la salud de los diferentes grupos sociales.

El concepto de “prácticas” busca entender las acciones en su aspecto dialéctico. Es decir, señala que las acciones no están moldeadas sólo por las estructuras sociales o por el contrario, sólo por las interpretaciones individuales de las estructuras. Bourdieu entonces busca enfatizar la relación dialéctica entre lo subjetivo y lo objetivo, refiriéndose a la acción social como la incorporación de las externalidades y la externalización de lo internalizado (Nettleton y Green, 2014, p.240).

La anterior teoría de las prácticas se contrapone a la teoría de la conducta saludable. Las teorías de las conductas han dominado el paradigma teórico con el que se abordan las acciones y formas de vida que pueden incidir en la salud en el largo plazo. La teoría de las conductas saludables se enfoca sobre todo en el individuo. En ese sentido la promoción de la salud se ve como la promoción de la autogestión individual. Se promueve entonces que los individuos tomen elecciones racionales que beneficien su salud (Johnson y Horrocks, 2014: 177).

Las críticas que se hacen a este enfoque apuntan que estas teorías tienen implícita una narrativa que responsabiliza a los individuos de las enfermedades, ya que asume que éstos pueden y deben elegir lo que es saludable. Así, estas teorías tienden a dejar de lado el medio socio-económico y cultural en el que ocurren las acciones que impactan en la salud. Sobre todo, las críticas señalan que no se puede olvidar que las acciones referentes a la salud existen dentro de un contexto de desigualdades socioeconómicas y que muchas veces ocurren en condiciones de limitaciones materiales.

Es por ello, que en este trabajo no tomaremos el concepto de conductas relacionadas con la salud, sino el de prácticas. Sin embargo, también se reconoce que el concepto de Bourdieu es mucho más amplio de lo que se abordará en este trabajo. El concepto de prácticas exige hacer

estudios donde se puedan entender no sólo los aspectos estructurales u objetivos de las acciones relacionadas con la salud, sino también la forma en cómo las personas responden, significan y experimentan dichas estructuras a partir de su contexto.

Así, se reconoce que esta propuesta de investigación en tanto que no pretende analizar las formas en cómo las personas experimentan lo estructural –del mercado laboral y de las campañas de promoción de la salud– no aprehende el concepto de prácticas en su totalidad. Sin embargo, nos parece muy importante utilizar este concepto para recalcar que las acciones cotidianas que pueden repercutir en la salud no son elecciones racionales individuales separadas del contexto socioeconómico.

1.2. El mito de la consciencia saludable

En esta investigación también se buscó cuestionar la pertinencia de la utilización del concepto “estilos de vida saludables” pues es un concepto que se desprende de la teoría de las conductas en salud. El “estilo de vida saludable” es un concepto muy popularizado recientemente y que ha sido ampliamente adoptado por las investigaciones de la promoción de la salud, la epidemiología social y otras ramas de la salud pública². Este concepto hace referencia a un conjunto de prácticas análogas entre sí, o que tienen la misma dirección en cuanto a sus implicaciones en salud. En ese sentido es un concepto que alude implícitamente a la existencia de una consciencia saludable en las personas o bien a la ausencia de esta.

En ese sentido, Mildred Blaxter (1990) demuestra empíricamente que las prácticas relacionadas con la salud no necesariamente constituyen un conjunto coherente de prácticas posibles de englobarse en un concepto general que dé cuenta de un estilo de vida saludable y otro no saludable (Blaxter, 1990: 114). Así pues, existe un estereotipo de persona que lleva una vida saludable, un o una no fumador, que a lo mucho bebe poco, que se involucra en actividades para mantenerse en forma, corre o hace deporte y elige cuidadosamente una alimentación baja en azúcar, grasa, sal y alta en fibra. En el otro extremo, el estereotipo de persona no saludable es aquella totalmente descuidada con su salud, que fuma y bebe en exceso, que lleva una mala

² El concepto de “estilo de vida” retomado por la salud pública y la epidemiología social tiene un significado muy particular y diferente a los conceptos de “estilos de vida” construidos desde la sociología.

alimentación y que no se involucra en deportes. Pero, ¿existen realmente estas personas? ¿Qué proporción de la población representan? (Blaxter, 2005:129). A partir de una muestra probabilística representativa a nivel nacional para Estados Unidos, y midiendo las cuatro prácticas relacionadas con la salud mayormente estudiadas—consumo de tabaco, alcohol, alimentación y ejercicio—, esta autora encuentra que es muy pequeño el porcentaje de la población que tiene estilos de vida totalmente saludables o totalmente no saludables. Aunado a lo anterior, el “estilo de vida saludable” implicaría tomar en cuenta un mayor número de prácticas donde se incluya, por ejemplo, las visitas médicas periódicas y los exámenes preventivos, etc. Así, entre más prácticas se midan, menor será el porcentaje de población que sería completamente saludable. Lo que Blaxter observa en los datos es que la mayor parte de la población lleva a cabo prácticas tanto saludables como no saludables al mismo tiempo.

En este sentido, si una persona realiza una práctica considerada como saludable no necesariamente significa que realizará otras prácticas en la misma dirección. Esto es un contraargumento de las teorías que hablan de “características latentes” —como la “racionalidad” y la “consciencia saludable”— para explicar las desigualdades en las prácticas relacionadas con la salud. En ese sentido las personas con un alto “nivel de consciencia sobre su salud” y que “se cuidan” serían propensas a realizar todo un conjunto de prácticas coherentes con el cuidado de su salud. Sin embargo, lo que ocurre mayormente, es que una misma persona realiza constantemente prácticas que promueven y protegen su salud, y al mismo tiempo también prácticas que pueden perjudicarla.

Además, la autora encuentra que estas prácticas van cambiando a lo largo del curso de vida, por lo tanto dependen de la edad, e igualmente son diferentes dependiendo del ingreso, el nivel educativo y la región donde se habita (Blaxter, 1990:144). Las cuatro prácticas que midió Mildred Blaxter se escogieron de acuerdo a su importancia médica, pero además, porque, como ya se decía, son las prácticas que generalmente están recogidas en las encuestas que se aplican a nivel nacional. Esto tiene que ver con la universalización de lo que se considera como saludable o no.

De manera similar, en la presente investigación se midieron tres prácticas relacionadas con la salud: el consumo de tabaco, la práctica de ejercicio en forma de rutina y el consumo de refresco —como un indicador proxy del consumo alimenticio— puesto que la información con la

que se dispone en la base de datos que utilizaré es reducida en cuanto a la información sobre prácticas en salud. Estas prácticas se medirán por separado reconociendo que no puedo dividir a la población en un grupo de personas “saludables” y en otro los “no saludables”, puesto que la población realiza prácticas en distintos sentidos.

Además, se reconoce que las personas pueden considerar que otras prácticas son más importantes para su salud. O bien, que consideren las prácticas medidas como importantes, pero no por razones de salud. De hecho es sustancial reconocer que los beneficios en la salud de algunas prácticas son vistos únicamente como incidentales y no la razón principal para adoptar o abandonar dichas prácticas. (Blaxter, 1990:144).

1.3. El empleo como el aspecto relacional del trabajo

Dentro de los estudios de las determinantes sociales de la salud el factor trabajo es relativamente poco estudiado. Asa Cristina Laurell (1978) sostuvo hace tiempo que una de las dificultades para entender la relación entre trabajo y salud es que se ha analizado el trabajo como un factor de riesgo ambiental y no como un factor social. Efectivamente, la mayoría de las investigaciones que han estudiado la relación entre el trabajo y la salud, se enfocan en el trabajo como riesgo ambiental, es decir, estudian los riesgos químicos, físicos, mecánicos que pueden ocasionar las actividades dentro del área del trabajo, o en su trayecto a este.

Estudiar el trabajo como un factor social, como propuso Asa Cristina Laurell, significaría estudiar el trabajo en su aspecto relacional. Así, el estudio del trabajo y sus efectos sobre la salud tomando en cuenta su carácter relacional ha dado pie a investigaciones donde se utiliza como eje central el concepto de clase social. Sin embargo, las investigaciones en epidemiología que involucran el concepto de clase social en México y en América Latina son muy escasos. Esto lo hace notar Carles Muntaner et al. (2012) en su artículo “*Clase social y salud en América Latina*” donde recomienda investigar los procesos de salud- enfermedad usando el concepto de clase como un indicador socioeconómico de tipo relacional, pues resalta las relaciones de desigualdad y de conflicto que se reflejan en el proceso de trabajo (Muntaner, 2012).

Otro enfoque de análisis que tiene como base estudiar el carácter relacional del trabajo es analizar las condiciones de empleo. El empleo es la organización del trabajo en términos de

contrato, salarios, tiempo trabajado, derecho a seguridad social, etc. en general todos los acuerdos que existen entre los trabajadores y los empleadores (Benach, 2010).

Es por ello que en esta investigación nos interesa estudiar el impacto sobre la salud de las condiciones de empleo - no de las condiciones de trabajo- entendiendo el empleo en su forma relacional y como un reflejo de los (des)acuerdos entre empleados y empleadores.

Ahora bien, las condiciones de empleo en los países industrializados han cambiado de manera importante durante las tres últimas décadas. Estos cambios son consecuencia del proceso de globalización y reestructuración socio-productiva de las empresas en los años ochenta (Mora, 2010). Como parte del proceso de globalización productiva (descentralización de la producción y comercialización) y de la competencia global, se pasó de un mercado laboral regulado a uno donde la flexibilidad -en cuanto a contrato y despido de la mano de obra- hiciera más rentable el proceso productivo. Una de las consecuencias de la flexibilidad es que los empleos permanentes comenzaron a ser más escasos, mientras que los empleos por tiempo definidos, eventuales, por periodos de prueba, por capacitación y empleos sin contrato empezaron a ser los más comunes. Del mismo modo, se dio un proceso de pérdida de negociación colectiva de los trabajadores, lo que significó la eliminación de los mecanismos de protección y el acceso a derechos sociales básicos de la población asalariada.

Recordemos que en México durante el proceso de industrialización y urbanización, de la década de los cuarenta a los ochenta, “el mercado de trabajo se caracterizó por tendencias integradoras con el empleo formal como punto de referencia” (Bayón, 2006: 136). Aunque nunca logró absorber a toda la fuerza de trabajo, el empleo formal significaba la puerta de entrada hacia derechos sociales como servicios de salud, jubilación y pensiones, y financiamiento para la vivienda. Sin embargo a partir de la década de los ochenta, se empezó un deterioro relativo de las condiciones de empleo y la eliminación de los viejos mecanismos de protección de los trabajadores (Mora, 2012).

Para abordar dichos cambios, se han construido desde la academia varios conceptos. Se habla así, de empleos atípicos, de flexibilidad laboral, de subempleo y de precariedad laboral. Estos conceptos tienen particularidades, aunque a veces se usen indistintamente y coincidan en muchos puntos, pues el fenómeno es complejo y hay diferentes aristas que se entrelazan. García

Brígida (2011) sostiene que en los estudios sobre las diversas problemáticas laborales en México existe una “convergencia operativa”. La convergencia operativa hace referencia a que diversos conceptos sobre la problemática laboral -como el de informalidad, subempleo, flexibilidad, trabajos atípicos y precariedad- al momento de ser operacionalizados convergen en los mismos indicadores. Esto es en parte porque se utilizan las mismas fuentes de información oficiales, limitadas en sus indicadores y porque, como ya dijimos, hay aspectos que se entrelazan. En suma, esta autora sostiene que existen los siguientes ejes de reflexión en común dentro de los estudios que abordan la problemática laboral en México: 1) el desempleo, 2) la presencia de micronegocios y autoempleo, 3) los bajos ingresos, 4) las jornadas de trabajo irregulares, 5) inseguridad y falta de protección social, 6) inestabilidad laboral, 7) importancia de la negociación colectiva y 8) promoción de los derechos laborales. De los anteriores ocho ejes de reflexión en común, seis son problemáticas de los asalariados: los bajos ingresos, las jornadas de trabajo irregulares, la falta de protección social, la inestabilidad laboral, la importancia de la negociación colectiva y la promoción de los derechos laborales.

En consecuencia, Minor Mora (2012) sostiene que hay, al menos, cuatro dimensiones de las condiciones de empleo, dónde se puede observar ese deterioro relativo del empleo: 1) la inseguridad de la relación laboral –no tener contrato escrito- 2) la insuficiencia de los ingresos salariales –recibir menos de dos salarios mínimos- 3) la desprotección social –no tener seguridad social- 4) la desregulación de la jornada laboral –trabajar menos de 35 horas o más de 48 horas-. De manera muy similar John Benach y Pere Jódar (2015) dicen que “los trabajadores en precario carecen de seguridad contractual, tienen un salario escaso, una gran inseguridad sobre sus posibles prestaciones o pensiones futuras, así como un menor control sobre el tiempo y los horarios de trabajo” (Benach, 2015).

Es decir que en la literatura se repiten al menos las siguientes dimensiones de las problemáticas de la población asalariada: la dimensión del tiempo medido con la duración de la jornada laboral, la dimensión económica medida con los ingresos salariales, la inseguridad laboral medida con el tipo de contrato y finalmente la dimensión de la desprotección social medida con las prestaciones y derechos laborales. En esta investigación se intentó abordar las cuatro dimensiones, sin embargo, solo se pudieron utilizar tres: la duración de la jornada laboral, la inseguridad laboral y la desprotección social ya que no se contó con información adecuada

de los ingresos salariales. No obstante se reconoce la importancia de la dimensión económica y su relación con las prácticas a través de incluir las variables, nivel educativo, nivel económico del hogar y tipo de ocupación.

1.4. Condiciones de empleo y prácticas en salud

El interés por el deterioro de las condiciones de empleo se insertó recientemente en los estudios de salud. Entre los estudios más importantes se encuentran las investigaciones de la *Employment Conditions Network* (EMCONET) que fue formada como una comisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfocada en estudiar el empleo como una determinante social de la salud. La EMCONET sostiene que la precariedad es un concepto multidimensional³ que afecta en diferentes ámbitos a la salud, pero que sus efectos son socialmente invisibles, negados o todavía desconocidos. Además los autores sostienen que las mujeres, los jóvenes y los trabajadores manuales no calificados son los que están más frecuentemente en empleos precarios.

Entre los estudios que buscan visibilizar las condiciones de empleo como determinantes sociales de la salud se encuentran las investigaciones que analizan las diferencias en la tasa de accidentes laborales entre los trabajadores temporales y los permanentes (Benavides et. al., 2005; Santana; 2004; François, 1991). De igual modo se ha estudiado la asociación entre trayectorias de empleo, la jubilación anticipada y la incapacidad permanente (Benavides et. al.2014). Además, se encuentran las investigaciones que estudian la asociación entre salud mental e inseguridad laboral (Vives et al. 2013; Santin, 2003; Lansbeergis, 2012), así como entre empleo y otras formas de medir la salud -prevalencia de enfermedades crónicas, salud autoreportada, ausentismo por enfermedad, presentismo, quejas de salud, fatiga, dolor de estómago, dolor de cabeza, dolor muscular, etc.- como muestra Virtanen (2005) en su revisión

3 Alejandra Vives et al. (2010) propuso estudiar varias dimensiones del empleo, creando la EPRES (Employment Precariousness Scale) que incluía las dimensiones: temporalidad (duración del contrato), salarios (bajos o insuficiente), derechos (derechos laborales y prestaciones de la seguridad social), desempoderamiento (nivel de negociación), vulnerabilidad (defensa ante tratos autoritarios) y capacidad para ejercer los derechos (impotencia en la práctica para ejercer los derechos en el trabajo) (Vives, 2010: 549). Sin embargo la encuesta con la que se realizó este trabajo no contaba con información de todas las dimensiones sugeridas por la EPRES.

sistemática sobre empleos temporales y efectos en salud.

En cambio, son pocos los estudios que abordan la asociación entre las condiciones de empleo y las prácticas relacionadas con la salud. Algunas de las investigaciones en este sentido son la de Jung et al. (2013) quienes encontraron que la proporción de hombres que fumaban era mayor entre los empleados temporales, de medio tiempo o sin contrato permanente (“no estándar”) en comparación con los empleados de tiempo completo y con contrato (“estándar”). En el mismo sentido, la proporción de fumadores intensivos (más de 20 cigarros al día) fue mayor entre los empleados “no estándar”. Por otro lado, en el trabajo de Tsurugano (2012) utilizando la *National Health Survey in Japan*, en el que los autores conceptualizan al empleo precario bajo tres criterios: las horas trabajadas, los términos de contrato y la relación con el empleador (si es directa o indirecta), se observó que existe una asociación entre el empleo precario y los trastornos psicológicos y el uso del tabaco, sobre todo entre los trabajadores que laboran tiempo completo. Así, estos autores incluyen la dimensión del tiempo en el concepto de trabajo precario. De manera contraria, Virtanen (2003) observa que el cambio de tipo de contrato (de contratos por tiempo definido a contratos permanentes) no genera cambios en los indicadores de salud ni tampoco en los hábitos relacionados con la salud (consumo de tabaco y alcohol).

Sobre la dimensión temporal del empleo, un estudio interesante es del de María Berniell (2012) quien estudia el efecto de la Ley Aubry en Francia (la cual redujo en 1998 la duración de la jornada laboral en Francia a 35 horas a la semana). El estudio aborda los hábitos relacionados con la salud y la salud autopercebida de los empleados que se vieron beneficiados por la ley y aquellos que no. La autora encuentra que hay un cambio positivo en los hábitos de los empleados que a partir de la ley empezaron a trabajar menos horas a la semana. Igualmente sobre la dimensión del tiempo, en el artículo *Not all hours are equal* (2015), las autoras hablan del tiempo como un recurso que necesita la población para acceder a una vida saludable. En el artículo se mide el tiempo ocupado en el trabajo (tanto remunerado como no remunerado) y observan que la población “pobre de tiempo”, es decir aquella que ocupa más de 80 horas a la semana en el trabajo y en actividades de cuidado, es menos propensa a realizar una actividad física. Finalmente, el artículo *Changing Work, Changing Health: Can Real Work- Time Flexibility Promote Health Behaviors and Well- Being?* (Moen, 2011) comienza haciendo una

reflexión sobre el tiempo dedicado al trabajo como un elemento que moldea las experiencias de la población fuera del trabajo mismo, pues impone horarios y ritmos para otras actividades cotidianas. Así, los autores estudian los posibles cambios en la salud de algunos trabajadores con los cuales se llevó a cabo una innovación organizacional llamada *Results Only Work Environment* (ROWE). Esta iniciativa tenía como objetivo incrementar el control de los trabajadores sobre sus horarios y lugares de trabajo. Los autores encontraron que participar en el ROWE incrementó los hábitos saludables como son el tiempo para dormir, el hacer ejercicio, menor presentismo y mayor asistencia al médico en caso de necesidad.

La revisión de los antecedentes nos permite ver que es importante medir las diferentes dimensiones del empleo. Además, de lo anterior podemos concluir que los estudios que asocian las problemáticas del empleo con la salud son relativamente recientes -ya que el interés por estos estudios repuntó como consecuencia de la desregulación del mercado laboral-.

Por otro lado, es importante ver que hay muchas formas de medir la salud, desde dolores de cabeza hasta enfermedades crónicas. Un factor que se debe tomar en cuenta, sin embargo, es la temporalidad de los efectos, puesto que las condiciones actuales difícilmente tendrán efecto a corto plazo sobre enfermedades crónicas (pero sí sobre el cuidado y prevención de estas enfermedades). En esta investigación se abordó la salud desde los hábitos y prácticas que la construyen. Esta parte de la salud ha sido casi olvidada a pesar de que, como dice Cockerham (2014) las prácticas cotidianas son el primer mecanismo a través del cual la salud se construye socialmente. Dichas prácticas pueden estar influenciadas por las condiciones de empleo porque el empleo es un organizador de la cotidianidad: moldea la percepción del tiempo generando horarios y rutinas, además representa el principal ingreso de la población trabajadora y es un aspecto medular de la posición social.

Para exponer los mecanismos por los cuales estas dimensiones pueden impactar en las prácticas relacionadas con la salud nos basaremos en el trabajo de Fred Pampel, Patrick Krueger y Justin Denney (2010). Estos sociólogos se enfocaron en buscar los mecanismos para explicar las desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco, la falta de ejercicio y la alimentación inadecuada. Sus argumentos serán utilizados para exponer por qué las diferentes dimensiones del empleo pueden impactar en las prácticas en salud.

1.4.1 Las horas de trabajo remunerado

El uso del tiempo se relaciona con los hábitos y es un recurso que posibilita o bien limita las prácticas saludables. Sin embargo es un recurso que ha sido casi olvidado dentro de los análisis de las desigualdades y la salud. Como lo expresa Araceli Damián (2014):

“... El tiempo es un recurso valioso, adicional al ingreso, mediante el cual los hogares satisfacen sus necesidades, sin embargo, muy pocos lo vinculan con el análisis de la pobreza y el bienestar. La teoría de la justicia social (...) tampoco hace referencia al tiempo como uno de los recursos sobre los que se cimienta la desigualdad.” (Damián, 2014:17).

Consecuentemente, en esta investigación sostenemos que el uso del tiempo es una causa de las desigualdades en salud, de manera similar en que el diferente uso del tiempo entre los grupos de la población refleja las desigualdades sociales (García, 2014: 17).

El uso del tiempo puede impactar en los hábitos relacionados con la salud a través de la distribución y disponibilidad del tiempo libre, analizando el tiempo libre como un recurso que se distribuye inequitativamente en la sociedad. Así pues, el tiempo que no se dedica al empleo es un recurso necesario para realizar actividades de ocio y de cuidado, tales como hacer ejercicio, dormir tiempo suficiente y preparar comida en casa.

Por otro lado, el exceso de horas de trabajo puede repercutir en las prácticas en salud, no porque disminuye el tiempo libre, sino por el estrés y el cansancio físico y mental que generan las largas jornadas de trabajo. Este estrés y cansancio está asociado con prácticas de compensación como el consumo de alcohol y de tabaco.

Algunos estudios han mostrado que la población empleada percibe el tiempo dedicado al trabajo como un momento de mayor estrés en comparación con otras actividades del día. Bryson y Mac Kerron (2013) en una investigación sobre bienestar de los trabajadores, dicen: “*We consider the effects of working on two aspects of effect: happiness and relaxation. We find paid work is ranked lower than any of the other 39 activities individuals engage in, with the exception of being sick in bed*” (Bryson y MacKerron, 2013:2). Así, las largas jornadas de

trabajo pueden actuar como un factor de estrés debido a que los trabajadores tienden a sentirse menos felices, menos relajados, más ansiosos y estresados cuando trabajan que cuando realizan otras actividades cotidianas (Angrave, 2014).

En consecuencia, esta investigación considera que la duración de la jornada laboral es una determinante social de las prácticas en salud. Empero, cada práctica tiene requerimientos de tiempo diferentes. Así, mientras la actividad física, las horas de sueño y el preparar comida en casa toma una cantidad de tiempo considerable, fumar y el consumo de alcohol son prácticas que no están casi limitadas por el tiempo, pero que se asocian con el estrés y las formas de lidiar con éste (Pampel, 2010).

Sin embargo, a pesar de medir las mismas prácticas en salud, los resultados de las investigaciones empíricas que buscan la asociación entre la duración de la jornada laboral y algunos hábitos en salud muestran resultados diferentes. Así, Van der Hulst (2000) haciendo una revisión sistemática concluyó que no existen resultados concluyentes sobre la asociación entre consumo de alcohol y largas horas de trabajo; las horas de trabajo no parecían afectar la frecuencia del consumo de alcohol, pero –en algunas investigaciones– sí la cantidad de alcohol consumido. En cuanto al consumo de tabaco, el número de cigarrillos fumados fue mayor entre las mujeres que trabajaban jornadas en exceso. Pero también existen resultados diferentes en otras investigaciones y los resultados no son concluyentes. Lo mismo ocurre con las largas horas de trabajo y la alimentación. Además, en otros trabajos se encontró asociación entre las largas jornadas laborales y la inactividad física.

Una razón posible de las diferencias en los resultados empíricos es que lo que se conceptualiza como largas horas de trabajo o trabajo en “exceso” difiere de un lugar a otro debido a las leyes de cada país. En este trabajo se operacionalizó como largas horas de trabajo remunerado el trabajo de más de cuarenta y ocho horas semanales⁴. Otra posible razón de las diferencias en los resultados es que dentro de las horas de trabajo en exceso pueden o no estar

4 “La jornada laboral de ocho horas es uno de los máximos logros obtenidos a través de la demanda organizada de los trabajadores (...). En México, la Declaración de Derechos Sociales en el año 1917 resolvió apegarse a esta postura, bajo la idea de que el sobreejercicio cotidiano del trabajo por arriba de ese límite ocasionaba efectos negativos graves a la salud de los trabajadores; medida que parece haberse sustentado en testimonios opiniones anecdóticas o en la lógica y el sentido común imperantes entonces.” (Haro et al., 2007:191)

contabilizadas las horas de trabajo no remunerado, como es el trabajo doméstico, el trabajo sin remuneración que se da sobre todo en negocios familiares y el trabajo voluntario. En ese sentido, habría que tomar en cuenta en cada estudio si se trata de trabajo remunerado o si se incluyen otros tipos de trabajo.

1.4.2 La inseguridad laboral

Las condiciones de empleo pueden generar en la población trabajadora y en la que está por ingresar al mercado laboral sentimientos de inseguridad e incertidumbre hacia la vida futura (Mora, 2012). Sin embargo, la forma de enfrentar los sentimientos de angustia, estrés e incertidumbre varían dependiendo del nivel educativo y los recursos que se poseen.

Lo anterior se relaciona con los hábitos, pues los hábitos pueden ser un reflejo de la forma en cómo los diferentes grupos sobrellevan situaciones laborales que generen incertidumbre e inseguridad. De ahí que algunos autores (Pampel et al., 2010) consideren que fumar, comer en exceso y la inactividad física representen formas de placer y relajación que ayudan a regular el estado de ánimo en mayor medida a las personas que tienen menos recursos a la mano. Por otro lado, el mismo autor retoma el trabajo de Grunberg et al. (1999) quienes encuentran que los trabajadores que reportan tener trabajos altamente demandantes tienen problemas de consumo de alcohol de manera más frecuentes, pero solamente si apoyan la noción de que tomar alcohol es una estrategia efectiva para disminuir el estrés. En este sentido las estrategias para hacer frente a la incertidumbre están mediadas por lo que se considera efectivo para hacer frente a dichos sentimientos.

En segundo lugar, la desprotección social puede impactar en las prácticas en salud sobre todo a través de la falta de acceso a los servicios médicos. El acceso a seguridad social parece ser un importante predictor del estado de salud. Como muestra María López (2015) la falta de cobertura de seguridad social en los trabajadores centroamericanos fue el indicador más fuerte de mala salud tanto para hombres como para mujeres. Retomando dicha investigación se vuelve interesante observar si la falta de seguridad social también puede impactar en las prácticas en salud.

Finalmente, sugiero que la seguridad/inseguridad laboral y social que proporciona el

empleo es, también, un indicador del estatus laboral. En ese sentido, la distribución de las prácticas en el sector de empleados que están cubiertos por todos los derechos laborales y sociales, se asemejará a la distribución de las clases sociales altas. Es decir, la inseguridad y desprotección laboral pueden ser un indicador de la marginalidad en el empleo.

1.5. Estatus socioeconómico y prácticas en salud

El nivel socioeconómico puede afectar la distribución de las prácticas en salud, a través de múltiples vías, como postulaban ya Link y Phelan (1955). Estos autores desarrollaron la teoría de las causas fundamentales para explicar por qué la asociación entre el estatus socioeconómico y la mortalidad ha persistido a pesar de los cambios radicales en el tratamiento de algunas enfermedades. De acuerdo con estos autores, el acceso diferenciado a los recursos es el mecanismo clave que genera la persistencia de las desigualdades en los resultados en salud y en la mortalidad. El estrato socioeconómico está relacionado a través de múltiples vías a múltiples resultados en salud, y esas vías cambian a través del tiempo. La relación se da porque los individuos y los grupos despliegan recursos múltiples -como son el conocimiento, el dinero, el poder, el prestigio y las redes sociales benéficas- para evitar el riesgo y adoptar estrategias de protección. Además, las múltiples vías justamente son contingentes a diferentes momentos históricos.

Años después, Pampel et al. (2010), siguiendo la propuesta de Link y Phelan, en su artículo *Socioeconomic Disparities in Health Behaviors* se preguntaron por qué la población con bajo nivel socioeconómico -en comparación con la población de alto nivel socioeconómico- es más propensa a tener hábitos que pueden dañar su salud. Esto es muy importante porque, de hecho, una parte de la desigualdad en la mortalidad observada entre los niveles socioeconómicos se ha explicado por las diferencias en las prácticas relacionadas con la salud.

Pampel et al. (2010) sostienen que el nivel económico implica más que la imposibilidad de comprar bienes y servicios que promueven la salud. Estos autores evidencian que las prácticas de consumo de tabaco, la falta de ejercicio físico y la mala alimentación son de especial interés porque su diferente distribución de acuerdo al ingreso no tiene que ver únicamente con la capacidad adquisitiva. Por ejemplo comprar cigarrillos involucra gastar dinero para adquirir un

hábito poco saludable y correr en espacios públicos no implica ningún gasto económico, sin embargo en Estados Unidos la población de bajo nivel socioeconómico tiene mayor probabilidad de fumar y menor probabilidad de hacer ejercicio (Pampel et al. 2010:350). Estos autores encuentran que en la literatura se ha hablado de los siguientes mecanismo por los cuales el nivel socioeconómico impacta las prácticas en salud: la falta de información, la agencia, el estrés, el apoyo social, las oportunidades del lugar donde se habita, el acceso a la ayuda necesaria para llevar a cabo prácticas consideradas saludables, la privación de recursos, las expectativas sobre la longevidad y la distinción de clase.

Sin embargo, aunque la falta de información parezca ser una forma por la cual el nivel socioeconómico afectaría los hábitos, la evidencia sugiere que los riesgos de fumar y de la inactividad física son ampliamente conocidos por todas las clases sociales. El conocimiento de que el tabaco es dañino para la salud está suficientemente difundido, mucho más ahora que antes, cuando hemos sido bombardeados por las campañas antitabaco, las advertencias en las cajas de cigarros y la prohibición para fumar en espacios techados. Así, que, al igual que sostiene Pampel et al. (2010:357), es difícil pensar que la falta de información sea una razón de la asociación entre diferentes niveles socioeconómicos y las prácticas.

Algo similar sucede con la capacidad de agencia, si bien, hay estudios que muestran que a mayor nivel educativo la habilidad para resolver problemas aumenta junto con la habilidad para procesar información y revertir obstáculos como la adicción a la nicotina, hay hábitos que simplemente no requieren esfuerzo o capacidad de resolver problemas como ocurre con el uso de cinturones de seguridad al manejar, que a pesar de décadas de publicidad de sus beneficios sigue habiendo disparidades socioeconómicas en su uso (Pampel, 2010:358).

El estrés tampoco marca una relación clara entre nivel socioeconómico y las prácticas. Las clases de nivel socioeconómico bajo tienden a registrar más eventos estresantes, pero al mismo tiempo registran menores niveles percibidos de estrés. Así que la relación entre niveles socioeconómicos y estrés no es clara (Pampel, 2010: 353).

Pese a ello las formas de hacer frente al estrés, como ya lo habíamos expuesto, son marcadamente diferentes entre niveles socioeconómicos. De ahí que Pampel (2010) sostenga que las prácticas relacionadas con la salud sean una forma de incorporar la distinción de clase.

Así, por ejemplo, los grupos de niveles socioeconómicos altos incorporan la práctica del ejercicio mucho más que las clases bajas (esto es más evidente en la vejez, porque la clase alta practica en mayor medida deportes que puedan seguir realizando en la madurez como la natación, la caminata, etc.). Involucrarse en ciertos deportes es una manera incorporada de diferenciarse de otros grupos. Stempel (2005: 428) sostiene que en recientes décadas “estar en forma” se ha redefinido, como un mecanismo de distinción social que alude a la voluntad, la disciplina y el carácter moral, lo que armoniza con los postulados de la salud pública.

En conclusión y siguiendo a Pampel (2010: 356) los grupos de alto nivel socioeconómico pueden adoptar prácticas consideradas como saludables y al hacer esto se diferencian de otros grupos sociales. Así, la delgadez, la práctica de ejercicio, el dejar de fumar, etc. pueden representar formas de diferenciación social y al mismo tiempo una manera de prolongar la vida. Mientras que otras prácticas son estigmatizadas en los grupos dominantes.

Bajo este marco teórico -que es una recopilación de varias reflexiones hechas en diferentes áreas de la investigación en salud- interpretaremos los resultados de un análisis estadístico que muestra la asociación entre las dimensiones del empleo e indicadores de nivel socioeconómico y las tres prácticas en salud de las que tenemos información.

1.6. La construcción del género a través de las prácticas en salud

Se sabe que las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres. En México, las mujeres viven en promedio cinco años más que los hombres (INEGI, s.f.). Una de las explicaciones acerca de las desigualdades en la esperanza de vida es que los hombres tienen mayor prevalencia de “conductas de riesgo”. Por ejemplo, la mortalidad por accidentes de transporte en México es mayor en los hombres que en las mujeres, lo mismo ocurre con las muertes por agresiones⁵ (INEGI, 2010), además los hombres enferman a edades más tempranas de enfermedades crónico degenerativas.

⁵ Entre los hombres jóvenes, de 15 a 29 años, el porcentaje de muertes debido a accidentes de transporte fue 20.1% (en las mujeres fue de 12.01) y el de agresiones 12.4% en 2007. Además entre los hombres de 30 a 59 años las enfermedades del hígado representan el 15% de las muertes en el mismo año, en las mujeres es únicamente de 6%. (INEGI, 2010: 17).

Esto es relevante para nuestra investigación pues sugiere que las prácticas que afectan la salud se diferencian de acuerdo al sexo. Estas diferencias son tan fuertes que causan una distribución desigual de la mortalidad. A su vez, en esta investigación argumentamos que las principales diferencias en las prácticas que afectan la salud no se deben al sexo, como determinante sociodemográfica, sino más bien al género, como una construcción social.

Para formular el marco teórico sobre género y prácticas en salud nos basaremos en los trabajos de Mahalik (2006) y Courtenay (2000) quienes estudian la construcción de género y su relación con la salud y los hábitos. Estos autores muestran que la sobrerrepresentación de los hombres en las prácticas de riesgo está relacionada con la construcción de la masculinidad.

En este trabajo se considera la idea de que el género se construye y reconstruye recurrentemente en la interacción con otros, haciendo de él una relación dinámica y dialéctica. Se trata de una visión construccionista que se contrapone a la teoría de los roles de género, pues ésta última tiende a representar al género como contenedores de dos categorías fijas e inamovibles, donde lo femenino y lo masculino son mutuamente excluyentes (Courtenay, 2000:1387).

En este sentido el género es un conjunto de prácticas y disposiciones que están en constante negociación, es por ello que West y Zimmerman (1987) en su artículo *doing gender*, hablaron del género como algo que se hace, una rutina incrustada en la interacción cotidiana. Por lo que en esta investigación se sostiene que las prácticas relacionadas con la salud son un recurso mediante el cual se construye y reconstruye el género.

Mahalik (2006) en su artículo "*Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behavior*" encuentra que los hombres que tuvieron más prevalencia de prácticas saludables fueron quienes estaban en mayor desacuerdo con las normas masculinas tradicionales. La conformidad con las normas de masculinidad se midió en un cuestionario de 94 ítems que evaluaba la conformidad con un conjunto de normas dominantes de la masculinidad en los Estados Unidos. Se evaluaron actitudes y creencias acerca del control emocional, la competencia, la toma de decisiones y riesgos, la pornografía, la independencia, la priorización del trabajo, la búsqueda de prestigio social y el desprecio a la homosexualidad.

Mahalik (2006) observa que adoptar prácticas de riesgo es una forma de adoptar los ideales masculinos tradicionales y de situarse dentro de la arena masculina. A su vez, este autor observa que la percepción que se tiene acerca de las prácticas de otros hombres es un predictor de las prácticas de ellos. En otras palabras, las prácticas de otros legitiman o condenan las propias prácticas.

Es decir, la división entre los sexos que ha sido construida socialmente es vista como algo natural y el cuerpo es socialmente diferenciado del sexo opuesto, así un cuerpo femenino es uno no masculino: “la virilidad es un concepto eminentemente relacional construido ante y para los restantes hombres y contra la feminidad, en una especie de miedo de lo femenino” (Bourdieu, 1998:41). El orden social basado en la dominación masculina ha convertido la experiencia del cuerpo de las mujeres en un cuerpo para los otros, es decir, un cuerpo que está expuesto constantemente a la objetivación realizada por la mirada y el discurso de los otros, en particular la mirada y el discurso de los hombres. Debido a esta diferenciación social, las mujeres mucho más que los hombres están obligadas a adquirir las normas de apariencia del cuerpo asociadas con su clase (Christensen, 2014: 14).

“El privilegio masculino no deja de ser una trampa y encuentra su contrapartida en la tensión y la contención permanentes, a veces llevadas al absurdo, que impone en cada hombre el deber de afirmar en cualquier circunstancia su virilidad” (Bourdieu, 1998:39). La afirmación de virilidad lleva a que sean más los hombres quienes se involucren en actividades que producen signos visibles de la masculinidad, como por ejemplo en los deportes de competición, y a realizar prácticas que afectan su salud.

Los hombres tienen también resistencia a asistir al médico y hacerse revisiones médicas de rutina, y argumentan en mayor medida no poder hacer más por cuidar su salud debido a que el trabajo no se los permite, y son menos proclives que las mujeres a buscar ayuda cuando tienen problemas emocionales (Courtenay, 2000).

La depresión por ejemplo ha sido considerada como un problema de salud crítico para las mujeres pues la prevalencia de depresión autoreportada es casi siempre mayor en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, las tasas de suicidio en EEUU fueron 4 a 12 veces mayores en los hombres que en las mujeres lo que pone en duda que la depresión realmente afecte más a

las mujeres (Courtenay, 2000: 1396). La medición de la prevalencia a partir de las consultas tampoco es un buen indicador de la prevalencia de la depresión pues se ha encontrado que los hombres deprimidos son menos propensos que las mujeres a buscar ayuda. En consecuencia, la renuncia de los hombres por buscar ayuda contribuye a la construcción social de que los hombres son menos propensos a la depresión.

La negación de la depresión puede ser pensada como medio que los hombres utilizan para demostrar las masculinidades y para evitar la asignación a una posición de menor estatus en relación a las mujeres y a otros hombres (Courtenay, 2000: 1397). En consecuencia, es la búsqueda de poder y privilegios lo que lleva a los hombres a menudo a tener prácticas de riesgo.

Por otro lado, históricamente se ha alentado sobre todo a las mujeres a cuidar su salud. Así, las campañas de educación sobre el cáncer han sido dirigidas hacia las mujeres durante décadas (Reagan, 1997). La salud pública y la campaña de prevención y detección temprana del cáncer se han enfocado en la mujer, ya que se piensa que la mujer tiene un rol distinto al del hombre en promover la salud en casa. Así, desde la promoción de la salud, se ha contribuido a construir la imagen de que las mujeres son las que deben cuidar su salud y la de su familia. En parte, inhibiendo y alejando al hombre del cuidado de la salud.

Ahora bien, como dice Bourdieu (1998) el principio de diferenciación sexual modifica el principio de diferenciación social (o a la inversa). Es decir, la construcción de masculinidades y feminidades está atravesada por otros factores como el nivel socioeconómico, la etnia, la condición migratoria, etc. Así pues la construcción de género nunca ocurre en aislamiento de otros diferenciadores sociales. En consecuencia, existen muchas masculinidades y feminidades. “*Boys will be boys’ differently, depending upon their position in social structures and, therefore, upon their access to power and resources*” (Messerschmidt, 1993: 87).

Courtenay lo ejemplifica bastante bien diciendo que: “*Demonstrating masculinities with fearless, high-risk behaviors may entail skydiving for an upper-class man, mountain climbing for a middle-class man, racing hot rods for a working-class man and street fighting for a poor urban man*” (Courtenay, 1390). Lo mismo parece ocurrir con la construcción de la feminidad, las mujeres redefinirán su feminidad dependiendo de su posición social, por ejemplo dependiendo de su estatus laboral, su nivel educativo y los recursos con los que cuenten.

Es por eso que en esta investigación se analizará de manera separada hombres y mujeres, puesto que su relación con las prácticas en salud es diferente.

Por otro lado la situación laboral es diferente entre hombres y mujeres, sobre todo respecto de las horas de trabajo remunerado, ya que las mujeres más que los hombres participan en los empleos asalariados parciales. En ese sentido el concepto de “contingencia” de la actividad femenina elaborado por Margaret Maruani ejemplifica muy bien el trabajo femenino. Contingencia es una eventualidad, una posibilidad de que algo ocurra o no, un evento que se puede producir o no. Esta definición de contingencia ejemplifica muy bien el hecho de que para las mujeres tener un empleo es una posibilidad, algo que se puede producir eventualmente. En cambio para los hombres el trabajo es algo que seguramente ocurrirá. (Maruani, 1987). El empleo femenino se ha caracterizado como un empleo de menor calificación y subvalorado, ha sido siempre más flexible, siendo la feminización del trabajo una forma de sortear las crisis económicas, de posibilitar la modernización del sistema productivo y de regular el desempleo masculino (Drancourt, 1990).

Además, desde una perspectiva de género, se ha enfatizado la necesidad de analizar la participación femenina en el trabajo remunerado en su interrelación con las actividades domésticas propias del ámbito de la reproducción. Como sostienen Orlandina de Oliveira y Marina Ariza (1999: 90) “los procesos de división sexual del trabajo en las familias guardan conexión con la segregación ocupacional y la discriminación salarial en el mercado de trabajo”.

En ese sentido, existen estudios que abordan los rasgos familiares como condicionantes o limitantes de la actividad remunerada femenina. El argumento principal es que las mujeres que no están casadas o unidas y aquellas sin hijos o con hijos de mayor edad enfrentan menores obstáculos familiares para incorporarse al mercado de trabajo. Desde esta perspectiva la fecundidad, el estado conyugal, la edad al casarse y la edad al tener el primer hijo son factores que contribuyen al nivel de la oferta laboral femenina. Además, se ha postulado que la presencia femenina en el mercado de trabajo depende más que la masculina del momento de ocurrencia de ciertos eventos vitales y de la secuencia que siguen las mujeres en sus trayectorias de vida (Oliveira, 1999).

Otra perspectiva para abordar la relación entre trabajo y familia es la aportación de los

estudios sobre estrategias familiares de sobrevivencia. Bajo dicha perspectiva el trabajo remunerado femenino es una estrategia familiar de generación de ingresos: “el producto de una acción concertada con la finalidad de lograr la mejoría de las condiciones materiales del hogar” (Orlandina, 1999). Una crítica a estos estudios es que se piensa a la familia como una unidad con los mismos intereses y sin conflicto al interior, y además se asume que las decisiones son compartidas por los diferentes miembros del hogar, lo cual no siempre es cierto.

Hay que recalcar que una de las contribuciones más importantes de las perspectivas de género fue el cuestionamiento del concepto tradicional de trabajo y su redefinición para incluir el trabajo doméstico. La desigual participación de los hombres y mujeres en las actividades de producción y la reproducción es importante en este trabajo porque generan diferentes usos del tiempo. Ya que la incursión de las mujeres en el trabajo extradoméstico se ha dado sin que ellas abandonen sus funciones domésticas y con una participación restringido de los hombres en el trabajo doméstico (Oliveira, 1999), la salud de las mujeres que trabajan fuera del hogar y que están unidas y tienen hijos puede verse deteriorada (Santana, 2001). Además, es importante reconocer que los trabajos reproductivos rebasan la esfera de lo privado pues tienen un papel central en los proceso de reproducción de la fuerza de trabajo a nivel público.

De esa manera en esta investigación se postula que el proceso de división sexual del trabajo en las familias estará relacionado con las prácticas en salud de las mujeres, sobre todo por la disposición de tiempo libre para realizar actividades que promuevan su salud.

CAPÍTULO II

LA ENNVIIH, CONSTRUCCIÓN DE LAS VARIABLES Y ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS DE DATOS

A partir del objetivo de esta investigación, que es conocer si las prácticas en salud pueden verse modificadas por las condiciones de empleo en la población asalariada, se implementó una metodología de carácter cuantitativo. En este sentido, el objetivo general de este capítulo dos es mostrar claramente los pasos que se siguieron para construir las variables y los modelos estadísticos que se utilizarán para dar cuenta si existe asociación entre las condiciones de empleo y las prácticas en salud.

El capítulo está estructurado en cuatro secciones. En la primera sección hablaremos de nuestra fuente principal de información: La ENNVIIH. En la segunda sección se mostrará la delimitación de la población objetivo. La tercera sección busca exponer claramente la construcción de las variables utilizadas, en este sentido, se intentó también hacer una comparación entre las preguntas de la ENNVIIH y otras encuestas como la ENSANUT y la ENOE, con el fin de ver las diferencias, fortalezas y limitaciones de la información con lo que se trabajó. Finalmente este capítulo incluye la explicación de los modelos utilizados, explicando que se utilizaron dos tipos de análisis, el primero de carácter transversal y el segundo longitudinal.

2.1. La Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares en México

Esta investigación se ha llevado a cabo utilizando la base de datos de la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares en México (ENNVIIH). La ENNVIIH es una base de datos de tipo longitudinal y multitemática, que tiene como propósito “seguir a lo largo del tiempo a los individuos independientemente de sus decisiones de cambio de residencia, formación y/o desdoblamiento de los hogares y por otro lado, contar con un solo instrumento con indicadores económicos, demográficos y de salud de la población mexicana” (Rubalcava, 2006b: ii).

La ENNVIIH es el resultado de un esfuerzo conjunto entre la Universidad Iberoamericana (UIA), el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) y la Universidad de Duke –en la tercera ronda-. (Rubalcava, 2006a).

Se realizaron tres rondas de la ENNVIIH. La primera (ENNVIIH- 1) se llevó a cabo en el 2002. La segunda ronda (ENNVIIH-2) se realizó entre 2005 y 2006 y la tercera ronda (ENNVIIH-3) empezó en 2009 y terminó en 2012.

La ENNVIIH, en sus tres rondas, incluye información en tres niveles: 1) a nivel hogar, 2) a nivel individual -para todos los miembros- y 3) a nivel comunitario. Así, durante el trabajo de campo de la ENNVIIH, el jefe(a) del hogar o el cónyuge fueron entrevistados para dar información acerca del estado socioeconómico y la composición demográfica del hogar y proporcionaron la información de los menores de 15 años. Al mismo tiempo, los entrevistadores recabaron información de cada uno de los miembros del hogar de 15 años y más (Rubalcava, 2006a). La información de los miembros de 15 años o más que no estuvieron presentes al momento de la entrevista se registró en el “Libro Proxi”. En esta investigación se utilizó únicamente la información de los miembros del hogar que estuvieron presentes al momento de la entrevista, por lo tanto no se utilizó el Libro Proxi.

La ENNVIIH como encuesta multitemática une en una sola base de datos información acerca de casi treinta temas. A nivel hogar la ENNVIIH incluye información sobre: gasto y autoconsumo; decisiones de ahorro, crédito, deudas, ingreso laboral y no laboral, transferencias públicas y privadas y participación de programas sociales; activos del hogar y características de la vivienda y la observación directa de dichas características.

A nivel individual se preguntó sobre: educación; interrupciones escolares; ingreso individual no laboral; historia matrimonial; decisiones en el hogar; migración permanente y migración temporal; trabajo; asignación de tiempo de los adultos; shocks individuales; violencia y victimización; gustos y hábitos; estado de salud y estado de ánimo; enfermedades crónicas; auto tratamiento y utilización de consulta externa; utilización de servicios de hospitalización; crédito y transferencias familiares; historia de embarazo y anticoncepción.

A nivel comunitario se levantaron cuestionarios a escuelas, proveedores de salud y a tiendas, supermercados, establecimientos mercantiles y farmacias para obtener información sobre precios locales y disponibilidad de bienes y servicios.

Como vemos, la ENNVIIH buscó reunir información sobre casi treinta temas diferentes referentes a las características sociodemográficas y económicas de la población en México. Por lo tanto no se trata de una encuesta especializada en la situación laboral ni de salud de la población mexicana. Sin embargo, se decidió utilizar esta base de datos porque en México es la única encuesta que incluye en un solo instrumento información detallada sobre condiciones de empleo y prácticas en salud.

Los cuestionarios de la ENNVIIH siguen el diseño de la Indonesian Family Life Survey (IFLS) (Rubalcava, 2006a). Sin embargo, los cuestionarios de la IFLS fueron adaptados al contexto mexicano. Además, se tomó en consideración el diseño de otras encuestas de hogares de México con representatividad nacional para poder tener comparabilidad, tales como la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), la Encuesta de Empleo Urbano (ENEU) y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID) (Rubalcava, 2006a).

Finalmente, cabe destacar que para asegurar la confidencialidad de los informantes de la ENNVIIH, toda la información que pudiera ser usada para identificar a los informantes se eliminó de los archivos publicados.

2.1.1 Diseño muestral

La ENNVIIH-I acabó su trabajo de campo en el año 2002. La ENNVIIH-1 tiene una muestra de 8,440 hogares - 35 mil individuos- en 150 localidades dentro del país (Rubalcava, 2006a). El marco muestral de la ENNVIIH- I se elaboró para ser representativo a nivel nacional y a niveles urbano, rural y regional. Se utilizó un diseño de muestra compleja que tiene las siguientes características (INEGI, 2004):

1) es probabilístico porque todas las unidades de muestreo tienen una probabilidad conocida y distinta de cero de ser seleccionadas;

2) es estratificado porque las unidades de muestreo con características socioeconómicas similares se agruparon para formar estratos. Se hicieron 3 estratos: alto, medio y bajo, con base en variables socioeconómicas captadas durante el levantamiento de la ENE;

3) es polietápico y por conglomerados porque la unidad última de selección es escogida después de varias etapas en las cuales se seleccionan conjuntos de unidades. Aquí la unidad última de selección es la vivienda y la unidad de observación es el hogar;

Las unidades primarias de muestreo se hicieron de acuerdo con 3 zonas geográficas. La primera es la zona “urbano alto” que son ciudades y áreas metropolitanas objeto de estudio de la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU); la segunda zona son las zonas “complemento urbano de alta densidad” que son ciudades con 100,000 o más habitantes y aquellas ciudades de 2,500 a 99,000 habitantes. La tercera zona es la rural, constituida por localidades con menos de 2,499 habitantes.

Además el tamaño de muestra de la ENNVIIH se calculó buscando que fuera representativo para la población en desempleo abierto, para funcionarios superiores y personal directivo y proporción de migrantes al extranjero. La proporción de emigrantes fue la población que se utilizó para calcular el tamaño de muestra ya que es una población muy pequeña (aproximadamente del 2%) por lo tanto otros grupos con proporciones mayores o similares quedarían representados (INEGI, 2004).

Por otro lado, dado el muestreo complejo de la ENNVIIH-I, se requiere utilizar ponderadores para que el análisis descriptivo de la muestra ponderada sea representativo a nivel nacional. Sin embargo las reglas de confidencialidad de la ENNVIIH establecen que la información relacionada con la ubicación de los informantes, como municipio, localidad y las Unidades Primarias de Muestreo no pueden hacerse del dominio público (ENNVIIH, s.f.a). Por ello no se pueden ponderar los datos ni ajustar los errores estándar utilizando las unidades primarias de muestreo (UPM), lo que es una limitante importante al momento de usar las ponderaciones.

Hay que recalcar además que existe un ponderador diferente para cada sección. Esto se debe a que cada sección tiene una tasa de no respuesta diferente y el ponderador toma en cuenta

dicha tasa de no respuesta.

En este trabajo se utilizan variables de tres secciones, por lo tanto se podían utilizar tres ponderadores diferentes. Para escoger cuál ponderador utilizar, se hizo un análisis exploratorio de los ponderadores. Ya que las diferencias en sus estadísticos básicos eran mínimas, se escogió el ponderador de la sección individual del Libro IIB. Además, se ponderó sin especificar las unidades primarias de muestreo⁶.

2.1.2. Características de la segunda y tercera ronda de la ENNVIIH

La segunda ronda de la ENNVIIH (ENNVIIH- II) concluyó en 2006 con tasas de recontacto cercanas al 90 por ciento a nivel hogar (Rubalcava, 2006b). En esta segunda ronda se siguió y entrevistó a los miembros de los hogares originales, incluso a aquellos miembros que durante 2002 y 2006 migraron a los Estados Unidos. “De la muestra original de hogares e individuos encuestados en el 2002, el 6.88% y 11.73% ya no vivían en el mismo domicilio” (Rubalcava, 2006b: 6).

La ENNVIIH- II tuvo un tamaño de muestra de 40 mil individuos, mayor al tamaño de muestra de la ENNVIIH-I, debido al desdoblamiento asociado al ciclo de vida de los encuestados, es decir debido a los casamientos y nacimientos, los cuales también fueron incluidos en la muestra panel.

La ENNVIIH como encuesta panel enfrenta los problemas que puede generar “la no respuesta y por otro lado los cambios sociodemográficos que sufre la muestra original: muertes, nacimientos, casamientos, separaciones, etc.” (Rubalcava, 2006b: 7) Las formas más comunes para hacer frente a estos problemas son 1) actualizar la muestra de forma “artificial” y 2) actualizar la muestra de forma “natural”. En el caso de la ENNVIIH-II y ENNVIIH-III se “refrescó” la muestra de forma natural, esto quiere decir que se incorporaron a la muestra original a todas las personas que por uniones, nacimientos o porque llegaron a vivir en un hogar

⁶ En Stata el ponderador elegido tiene el nombre `fac_3b`. Para ponderar muestras complejas, Stata pide la variable que identifica la unidad primaria del muestreo (una o más AGEBS colindantes). Sin embargo, la ENNVIIH no proporciona esa variable por cuestiones de información. Los ponderadores que proporciona la ENNVIIH parecen ya incluir esta información.

panel son considerados como integrantes del hogar (Rubalcava, 2006b).

La ENNVIIH-II respeta el contenido, diseño y estructura de los cuestionarios de la ENNVIIH-1. Adicionalmente, la ENNVIIH-II contiene módulos nuevos (Rubalcava, 2006b). De nuestro interés es que en la ENNVIIH- II se introdujo un nuevo libro; el libro D (libro de Dieta). El objetivo de este nuevo libro fue conocer los patrones de dieta o de consumo de los miembros del hogar. Sin embargo esta información no se utilizó porque únicamente se aplica en la ENNVIIH-II y no parece estar disponible en la página web de la ENNVIIH-II

La tercera ronda (ENNVIIH-III) concluyó en el 2012, después de un trabajo de campo que duró más de tres años. En la última ronda se recontactó aproximadamente al 90 por ciento de la muestra original de hogares (Rubalcava, 2013) a pesar de que “de la muestra original de hogares e individuos encuestados en el 2006, el 15 por ciento ya no vivían en el mismo domicilio.” (Rubalcava, 2013: 11).

De acuerdo con el manual de codificación de la ENNVIIH-III, se tiene un tamaño de muestra de 46,342 individuos distribuidos en 10,125 hogares (ENNVIIH, s.f.b). La muestra de la última ronda aumentó igualmente debido al desdoblamiento asociado a los ciclos de vida de la población.

Al igual que en la ENNVIIH-II, la ENNVIIH-III sigue el contenido, diseño y estructura de los cuestionarios de la ENNVIIH-I. En general, los mismos libros y las mismas preguntas fueron aplicados (Rubalcava, 2013).

Todas las preguntas que se utilizaron en la presente investigación están incluidas en las tres rondas y fueron formuladas de la misma manera, por ello es posible hacer un análisis no sólo de la muestra basal (ENNVIIH-I) sino de la muestra panel (ENNVIIH-I, II y III).

Finalmente para la ENNVIIH-II y III existen ponderadores que expanden la muestra al tamaño de la población de la ENNVIIH-I. Estos ponderadores longitudinales⁷ fueron utilizados en los descriptivos de la muestra panel que se muestran en el siguiente capítulo.

⁷ En Stata el ponderador longitudinal utilizado tiene el nombre fac_3bl.

2.1.3. Limitaciones de la encuesta

La ENNVIIH fue un proyecto sumamente ambicioso, por el número de temáticas de las que se buscó obtener información. Esto hace posible que se puedan cruzar datos que no se incluyen en otras encuestas más especializadas. Sin embargo, el gran número de preguntas que incluye la ENNVIIH pudo hacer que la encuesta se volviera demasiado larga de contestar y que la calidad de la información obtenida disminuyera.

Así, en la Guía de usuario de la ENNVIIH-I se muestra que el tiempo promedio por hogar para responder la encuesta fue de 5 horas 45 minutos. La “Encuesta Nacional sobre Niveles de vida de los Hogares es un instrumento complicado que lleva tiempo para ser completado” (Rubalcava, 2006:39).

La tasa de no respuesta es diferente para cada pregunta. Hay preguntas que tienen un alto porcentaje de no respuesta, como la pregunta sobre salario, como veremos más adelante. En conjunto, las secciones del Libro IIIA y IIIB –que son las que se utilizan en este trabajo- tienen una tasa de respuesta de 91% (Rubalcava, 2006:39).

Otra limitante importante de la ENNVIIH es que hay poca información en los documentos metodológicos. Así, no se explica completamente en los apartados cómo se deben unir las bases de datos, por ejemplo no se muestra cómo se debe hacer la construcción de la llave para unir la ENNVIIH-III con la ENNVIIH-II. Tampoco se hacen sugerencias sobre cómo resolver el hecho de que haya un ponderador diferente para cada sección y de que no se muestren las UPM.

Finalmente la más grande limitante de la encuesta, como veremos en las siguientes secciones, es la formulación de las preguntas, que no generan muy buenos indicadores de las prácticas relacionadas con la salud.

2.2. La población asalariada no agrícola

La población objeto de estudio de esta investigación es la población de 15 años o más, ocupada y asalariada no agrícola. La definición de población ocupada y asalariada no agrícola se retomó de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. De acuerdo con el glosario de la ENOE, la

población ocupada son “las personas de 15 y más años de edad que en la semana de referencia realizaron alguna actividad económica durante al menos una hora. Incluye a los ocupados que tenían trabajo, pero no lo desempeñaron temporalmente por alguna razón, sin que por ello perdieran el vínculo laboral con este; así como a quienes ayudaron en alguna actividad económica sin recibir un sueldo o salario” (INEGI, s.f.a).

Así, en la ENNVIIH, de acuerdo con la sección TB del libro IIIA de la ENNVIIH, se incluyó como población ocupada a las personas que respondieron uno a la pregunta:

TB02. ¿A qué se dedicó principalmente usted durante la semana pasada?

1. Trabajó o hizo una actividad que ayudó al gasto del hogar
2. Buscó trabajo
3. Asistió a la escuela
4. Amo/ama de casa
5. Estuvo enfermo (no trabajó)
6. Retirado/jubilado
7. No trabajó/Nada
8. Vacaciones
9. Otro (especificar)

Además, aunque las personas no hayan respondido que su actividad principal fue trabajar, se seleccionó a aquellas que respondieron haber trabajado por lo menos una hora: TB03. Durante la semana pasada, ¿trabajó (o hizo alguna actividad que ayudó al gasto del hogar), por al menos una hora?

Además, se seleccionó también a aquellas que registraron trabajar en algún negocio familiar: TB04. ¿Trabajó usted en un negocio familiar (agrícola o no agrícola), le hayan pagado o no, durante la semana pasada? Y finalmente se incluyó también a aquellas que respondieron sí a la pregunta TB05: ¿Tiene usted un trabajo (o hace una actividad que ayuda al gasto del hogar), pero la semana pasada no fue/no la hizo?

Observamos que las preguntas TB03- TB05 son preguntas de recuperación para incluir a todas aquellas personas que trabajaron -aunque su actividad principal no haya sido trabajar- y que dejaron de trabajar temporalmente, pero que no perdieron el vínculo laboral.

Además, únicamente se incluyó dentro de la población objetivo aquella población asalariada. Es decir, no se incluyó a los empleadores, tampoco a los trabajadores por cuenta

propia, ni a los trabajadores sin retribución, ya que a definición del glosario de la ENOE define a la población asalariada como “las personas de 15 y más años de edad que en el periodo de referencia trabajaron para un patrón o empleador del sector privado o público; y que reciben un pago, sueldo, salario o jornal” (INEGI, s.f.a).

En México el porcentaje de trabajadores por cuenta propia es un porcentaje importante de los trabajadores. Con datos de la ENNVih-I el porcentaje de los trabajadores por cuenta propia es 24 por ciento del total de la población ocupada -incluyendo a los campesinos de su parcela- (ver cuadro 1). Sin embargo en esta investigación no se incluyeron a los trabajadores por cuenta propia dentro de la población objetivo porque como dice Marina Ariza, comparados con los trabajadores asalariados “los trabajadores por cuenta propia constituyen en verdad un universo muy distinto tanto en lo laboral como en lo demográfico” (Ariza, 2014: 694). Son un grupo muy diverso, así, hay trabajadores por cuenta propia que alcanzan a desarrollar actividades dinámicas que les permiten acumular recursos y hay otros que solo sobreviven. Además, los trabajadores por cuenta propia dependen altamente de los recursos humanos, sociales y económicos con los que cuentan y la incertidumbre respecto de su futuro es mayor (Ariza, 2014).

Así, una dimensión de las condiciones laborales que medimos en esta investigación –la seguridad laboral y social- de los trabajadores por cuenta propia se estimaría tomando en cuenta indicadores diferentes a los de la población asalariada. Es decir, la precariedad del trabajo asalariado y la precariedad laboral del trabajo por cuenta propia se estimarían de manera diferente⁸. De igual manera Mora (2012) dice que la precariedad del empleo únicamente refiere a los asalariados. Por ello que en esta investigación se decidió estudiar únicamente a los trabajadores asalariados, y así tener un grupo más homogéneo en cuanto a los indicadores para estimar sus condiciones. Además, la población asalariada es la mayoría, 59 por ciento, de la población ocupada (ver Cuadro 1).

⁸ Marina Ariza (2014) por ejemplo, para medir la precariedad de los trabajadores por cuenta propia toma en cuenta si el trabajador tiene o no un local de trabajo, una oficina o un establecimiento; si emplea o no trabajadores sin remuneración; si se lleva algún tipo de contabilidad; si su actividad pertenece o no al sector de hogares; etc.

Cuadro 1. Porcentaje de la población ocupada de acuerdo con su posición en la ocupación, México 2002

	%*	IC 95%
Campesino de su parcela	4.8	(4.2- 5.3)
Trabajador familiar sin retribución en un negocio familiar	6.2	(5.4- 6.9)
Obrero o empleado no agrícola	59.2	(57.8- 60.6)
Jornalero rural o peón de campo	5.0	(4.6- 5.4)
Patrón, empleador o propietario de un negocio	4.9	(4.3- 5.5)
Trabajador por cuenta propia	19.1	(17.9-20.2)
Trabajador sin retribución de un negocio no familiar	0.6	(0.4- 0.8)
Total de la población ocupada	100.0	

Elaboración propia con datos de la ENNVIH-1

Construcción propia en base a la pregunta TB32 del libro IIIA, ENNVIH-1.

* Porcentajes ponderados

Finalmente, de los asalariados se excluyó a aquellos que están empleados en actividades agrícolas; esto se debe a que otros trabajos de precariedad y salud incluyen únicamente a los trabajadores no agrícola, así que consideran que sería más correcto analizar a los asalariados agrícolas por separado. Si bien la pregunta TB32 pregunta específicamente si el trabajador es obrero o empleado *no agropecuario*, hay 143 trabajadores que responden “ser obreros o empleados no agropecuarios” y que al mismo tiempo están ocupados en actividades clasificadas como agropecuarias⁹. Estos 143 empleados no fueron incluidos en nuestra población objetivo.

A continuación presentaré la forma en cómo se construyeron los indicadores para medir las prácticas relacionadas con la salud y las condiciones de empleo. Estos indicadores serán utilizados posteriormente para estimar la asociación entre ambos constructos.

2.3. Variables dependientes

En esta investigación las variables dependientes fueron las prácticas relacionadas con la salud.

9 De acuerdo con la pregunta TB24: ¿Cuál es el nombre de la ocupación u oficio que desempeña en su [...]?, fueron clasificados como trabajadores agropecuarios los trabajadores dentro del grupo de ocupaciones no. 41 de la Clasificación Mexicana de Ocupaciones.

Este concepto fue medido a partir de tres indicadores: ejercicio en forma de rutina, consumo de tabaco y consumo de refresco de manera cotidiana como un proxy de prácticas alimentarias.

El ejercicio en forma de rutina y el consumo de tabaco son dos indicadores clásicos muy utilizados en las investigaciones sobre hábitos relacionados con la salud y los estilos de vida saludables. Por ejemplo, Mildred Blaxter utilizó en su investigación *Health and Lifestyles* (1999) cuatro aspectos de estilos de vida relacionados con la salud: la dieta, el ejercicio, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol. Para medir estos cuatro aspectos Mildred Blaxter utilizó la encuesta *The Health and Lifestyle Survey* (1985) realizada en Inglaterra, Gales y Escocia durante 1984 y 1985.

Siguiendo el trabajo de Mildred Blaxter, incluimos el ejercicio y el consumo de cigarro, como indicadores (en direcciones opuestas) de prácticas relacionadas con la salud. Sin embargo la dieta y el consumo de alcohol no pudieron ser medidos con la ENNVIH. Como un indicador proxy de la dieta se utilizó el consumo de refresco de manera cotidiana, pues este indicador da cuenta de un hábito de la dieta de la población, que además es uno de los más relacionados con los problemas de salud en México.

En cambio la pregunta sobre consumo de alcohol no pudo ser incluida de ninguna manera debido a la forma en cómo se hizo la pregunta. El único ítem sobre consumo de alcohol preguntaba al entrevistado si le gustaba acompañar los alimentos con bebidas alcohólicas. Sin embargo esta pregunta no refleja si la cantidad consumida de alcohol fue nociva para la salud, por ello no se utilizó.

2.3.1. Ejercicio en forma de rutina

El ejercicio como indicador de una práctica relacionada con la salud se obtuvo de la pregunta H03 de la ENNVIH, la cual se encuentra en la base a nivel individual, del libro IIIB, en la sección de Gustos y hábitos (GH), la pregunta fue:

GH03. ¿Hace usted algún tipo de ejercicio físico *en forma de rutina*, de lunes a viernes?

- 1) Sí
- 2) No

Esta variable dicotómica tomó los valores 0= no y 1=sí, siendo la categoría base no hacer ejercicio en forma de rutina.

En esta investigación se sostiene que esta pregunta refleja el ejercicio físico que se hace de manera recreativa, de ocio o por salud. Es decir, no hace referencia a la “actividad física” en general. Es importante aclarar esto, pues la actividad física puede incluir diversas actividades que no se incluyen en el indicador de ejercicio en forma de rutina. Por ejemplo la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) mide la actividad física total por el gasto energético. Lo que significa que otras actividades como realizar labores del hogar, transportarse, el trabajo mismo, etc. estarían dentro de la actividad física pero no del ejercicio físico. La ENSANUT (2006) preguntó por el tiempo dedicado de lunes a viernes y el fin de semana a 1) actividad física vigorosa, definida como actividades que requieren gasto de energía equivalente a cinco MET/hora (que consumirían cinco veces más oxígeno que si estuvieran en reposo), que incluyen actividades como jugar futbol, basquetbol, voleibol, karate, baila, conducir bicicleta, etc. 2) actividades físicas moderadas que requieren un gasto menor de energía, como el trabajo doméstico, o caminar a la escuela y finalmente 3) actividades sedentarias como horas que se ve televisión o se juega videojuegos. A partir de estas preguntas, la ENSANUT clasifica a la población en activa, activa moderadamente e inactiva, encontrando que la prevalencia de actividad intensiva ajustada por sexo, edad y nivel educativo es 11.3 por ciento con un intervalo de confianza de 10.1 a 12.5 por ciento (INSP, 2014). De acuerdo con la ENNViH-1 la prevalencia de ejercicio en forma de rutina es de 20 por ciento, con un intervalo de 19.8 a 21.5. Sin embargo, los resultados no son comparables ya que se están midiendo conceptos diferentes.

Para confirmar si esta pregunta mide al ejercicio recreativo o por salud, y no a la actividad física como parte de la vida cotidiana, se analizó su relación con otras variables como educación y tipo de ocupación, observándose que esta relación no se comporta como lo haría la actividad física ocupacional, en las cuales a menor educación habría mayor actividad física y los empleados manuales tendrían también mayor actividad física. En cambio, en la ENNViH una mayor educación se asoció con mayor frecuencia de ejercicio y los trabajos manuales se asociaron a menor ejercicio, tal como se ha observado en otras encuestas.

2.3.2. Consumo de tabaco

El consumo de tabaco se midió con las preguntas GH06 y GH10 de la base a nivel individual, del libro IIIB, en la sección GH:

GH06. ¿Tiene o ha tenido el hábito de fumar cigarros en forma frecuente?

- 1) Sí
- 2) No

GH10. Actualmente, ¿cuántos cigarros fuma en promedio a la semana?

- 1) Cigarros a la semana
- 2) Cajetillas a la semana (de 20 cigarros)
- 3) Dejó totalmente el hábito de fumar

Se creó una nueva variable dicotómica que indica si el entrevistado fuma al momento de la encuesta. Donde 0= no fuma al momento de la encuesta (GH06 =2) o (GH06= 1 y GH10=3), y 1= sí fuma al momento de la encuesta (GH06=1) o (GH10=1 o 2).

Este indicador dicotómico es útil para medir la prevalencia de consumo de tabaco en la población. Sin embargo es diferente al concepto de tabaquismo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), el tabaquismo entre los adultos fue definido como haber fumado cien cigarros o más en la vida y fumar actualmente. En el 2000 el porcentaje de hombres que consumían tabaco y habían fumado cien cigarros o más en su vida fue 22.3 por ciento y en las mujeres 10.2 por ciento (Gutiérrez, 2012: 94).

En la ENNVIIH se desconoce si las personas han fumado 100 cigarros o más en la vida, por lo que sólo se toma en cuenta el fumar actualmente como indicador. De acuerdo con la ENNVIIH-I, 23.09% (IC 21-24) de los hombres mayores de 15 años reportaron consumir tabaco, y en las mujeres la prevalencia fue 8% (IC 7.2- 8.7). Es decir, las prevalencias de consumo de tabaco de la ENSANUT 2012 y la ENNVIIH-I son similares en caso de los hombres y están algo subestimadas en la ENNVIIH-1 para el caso de las mujeres.

2.3.3. Consumo cotidiano de refresco

El consumo de bebidas endulzadas se incluyó como un indicador de hábitos de consumo de

alimentos. Este fue el único indicador sobre hábitos alimentarios o de dieta disponible en la ENNVIH-1. La pregunta utilizada fue la GH02, igualmente de la sección de gustos y hábitos: GH02. En su casa, ¿con qué bebida le gusta acompañar sus alimentos? (circule todas las que apliquen)

1. Agua (sola o de sabor)
2. Refresco
3. Cerveza
4. Tequila, mezcal y pulque
5. Bebida caliente
6. Otros (especificar)

Se creó la variable dicotómica “consumo de refresco con los alimentos” donde uno es igual a le gustaba consumir refrescos con los alimentos (GH02= 2 aunque también hayan incluido otras bebidas) y cero es igual a no le gustaba consumir refrescos con los alimentos y es la categoría base.

Ya que la pregunta no es excluyente, las personas que respondieron que les gustaba acompañar sus alimentos con refresco, también pudieron consumir en mayor frecuencia y medida alguna otra bebida durante las comidas, pero esta información no la tenemos.

Esta pregunta tiene muchas limitaciones, pues no refleja la cantidad ni la frecuencia de consumo de refresco. Sin embargo se utilizó pues la pregunta sugiere que se trata de un hábito cotidiano y es la única pregunta disponible sobre dieta.

2.4. Variables independientes principales

A continuación expondré la construcción de los indicadores que utilizaré para medir las condiciones de empleo de la población asalariada no agrícola. Las condiciones de empleo serán medidas en tres de sus dimensiones: 1) Las horas de trabajo remunerado y 2) la inseguridad laboral. Ya que no se contó con información confiable sobre el ingreso laboral de la población empleada no se pudo incluir la dimensión económica del empleo.

2.4.1. Las horas de trabajo remunerado

La dimensión temporal del empleo se midió con la variable de horas trabajadas por semana. La pregunta que se utilizó fue la TB28 de la base individual, libro IIIA, sección Trabajo (TB): TB28. Normalmente, ¿cuántas horas trabaja como [...] a la semana?

Todas las preguntas de la sección Trabajo fueron formuladas para conocer las características del trabajo principal¹⁰ y del trabajo secundario en caso de que el entrevistado registrara tener más de un trabajo.

Así que en esta pregunta se sumaron las horas del trabajo principal más las horas del trabajo secundario. Los empleados no agrícolas que registraron tener un trabajo secundario fueron sólo el 5.7 por ciento (IC 4.6- 6.8) de la muestra ponderada.

Además, hay que decir que la jornada laboral también se podría haber medido con la pregunta: TB27. ¿Cuál fue el total de horas que trabajó como [...] la semana pasada?

La media de la jornada laboral principal reportada cuando se pregunta por la duración “normal” es ligeramente mayor a la media de la jornada de la “semana anterior”. Sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa. Así, en este trabajo se optó por utilizar la pregunta TB28 ya que las preguntas sobre salud no se refieren a una semana en particular sino a un consumo o un ejercicio “cotidiano”, por lo que se consideraron de la misma manera las horas trabajadas “normalmente”.

2.4.2. La inseguridad laboral

La dimensión sobre seguridad laboral y social se buscó medir a través de una variable construida a partir de tres indicadores: 1) contrato escrito 2) seguridad social y 3) aguinaldo.

La variable que se construyó “Inseguridad laboral” es dicotómica y registra con cero a aquellos empleados que cuentan con contrato escrito, seguridad social y con aguinaldo. Es decir, son aquellas personas que están empleadas con los tres indicadores medidos. Las personas se

¹⁰ El trabajo principal fue aquel que le generó mayores ingresos a los trabajadores.

categorizaron con uno cuando carecían de alguno de los tres indicadores utilizados. Así, las personas categorizadas con uno en esta variable tienen algún nivel de inseguridad laboral y social.

Hay que decir además, que se construyó también un indicador para tomar en cuenta los niveles de inseguridad laboral, puesto que es de suponerse que hay diferencias entre quienes carecen de alguno de los tres indicadores en comparación con aquellos que no cuentan con ninguno. Igualmente habrá diferencias entre quienes carecen de contrato comparados con los que carecen de seguridad social.

Sin embargo, en esta investigación no se atribuye pesos diferenciados a cada uno de los indicadores de seguridad laboral (contrato, seguro social, aguinaldo) porque: 1) si bien se reconoce que cada uno de los aspectos impactan en diferente magnitud a la seguridad laboral, se desconoce “un sistema riguroso y confiable que permitiera determinar los pesos particulares de cada indicador” (Mora, 2012: 110). Así que suponemos que cada indicador tiene el mismo ponderador. 2) Además, se parte de un enfoque de derechos, en el que se asume que los derechos laborales son “irreductibles, indivisibles e interdependientes” (Mora, 2012: 110) por ello se considera correcto tomar los tres indicadores en su conjunto y determinar que si alguno de ellos falta no existe seguridad laboral.

Entonces se estimaron las regresiones con la variable dicotómica y con un índice que toma en cuenta los niveles de seguridad laboral. Los resultados con el índice no fueron diferentes y seguían la misma dirección que la variable dicotómica. Debido al número ya alto de variables que incluiremos en el modelo se optó por la opción más sencilla para estimar la seguridad laboral, no por ello menos correcta que la metodología más sofisticada.

Así, la variable seguridad laboral se construyó a partir de la pregunta TB33, de la base individual, el libro IIIA, la sección TB:

TB33. Cuando trabaja como [...] ¿usted cuenta con (...)? (circule todas las que apliquen)

1. Contrato escrito por tiempo indefinido (base, planta, plaza de confianza, etc.)
2. Contrato escrito por tiempo u obra determinada
3. Contrato verbal o de palabra (no tiene contrato)
4. Seguro social (IMSS)
5. ISSSTE, PEMEX, SEDENA o SECMAR

6. Seguro médico privado por parte de la empresa/negocio
7. AFORE o SAR (sistema de ahorro para el retiro)
8. Aguinaldo

De la pregunta TB33 se consideró con contrato escrito a quienes respondieron 1 o 2. Con seguridad social se consideró a quienes respondieron 4 o 5. Finalmente se consideró a quienes respondieron 8 como empleados con aguinaldo.

Las variables sobre seguro médico privado y AFORE o SAR no se incluyeron. La AFORE¹¹ y el SAR son una prestación complementaria al sistema de pensiones que otorga el seguro social (Fovissste, 2016). Por ello, los empleados que tienen AFORE y SAR ya estarán incluidos en el grupo que tiene seguridad social.

Por otro lado, el seguro médico privado no es considerado un derecho laboral. Los empleados que cuentan con él en su mayoría cuentan también con seguro social y con contrato escrito. En la muestra de la ENNViH-I únicamente hay 134 empleados no agrícolas (2.6% de todos los empleados) que tienen seguro médico privado, y de éstos 129 estaban ya dentro del grupo con seguro social, con contrato escrito o bien con aguinaldo. Por lo anterior no se consideró necesario incluir el seguro médico privado dentro del indicador de seguridad laboral.

2.5. Estratificación y variables de control

Antes de exponer las variables de control es importante decir que se decidió estratificar por sexo, y no controlar por sexo, ya que en el análisis exploratorio de la base de datos se pudo ver que: 1) las prevalencias de las prácticas en salud difieren fuertemente de acuerdo al sexo y 2) que las determinantes socioeconómicas pueden tener efectos sobre las prácticas en direcciones opuestas si se es hombre o mujer. Entonces, si se formulaba una sola regresión para ambos sexos, algunas posibles asociaciones podrían neutralizarse.

Por otro lado las variables de control que se incluyeron en los modelos fueron: 1) edad, 2) nivel educativo, 3) tamaño de localidad, 4) nivel económico, 5) tipo de ocupación. Estas

11 Una AFORE (Administradora de Fondos para el Retiro) es una institución financiera privada que se encarga de administrar los fondos para el retiro de los trabajadores afiliados al IMSS y al ISSSTE (Profuturo, 2016)

variables de control fueron identificadas en la literatura como variables sociodemográficas que tienen efectos sobre las prácticas relacionadas con la salud de la población en general, y también se relacionan con las condiciones laborales.

2.5.1. Edad

La edad es una variable fundamental para incluir en el modelo ya que las prácticas que pueden afectar a la salud van cambiando de acuerdo a la edad de los individuos. Se conoce que a mayor edad se hace menos ejercicio en los hombres, pero que las mujeres de 50 años o más empiezan a hacer ejercicio como una forma de autocuidado en la edad adulta.

Además, se sabe que el consumo de tabaco empieza en edades jóvenes, y que no tiene muchos cambios en la edad adulta. Se espera además que las personas en edades muy avanzadas empiecen a disminuir su consumo de tabaco y bebidas endulzadas, probablemente debido a problemas de salud. Siguiendo otras investigaciones, y además porque había un porcentaje pequeño en los últimos grupos de edad se juntó a todos los adultos mayores de 50 en una sola categoría. Los grupos de edad que se usaron fueron: 1) de 15 a 30 años, 2) de 31 a 50 años y 3) 50 años o más.

2.5.2. Nivel educativo

El nivel educativo ha sido bastante estudiado por la literatura de las prácticas relacionadas con la salud. Este indicador tiene efectos diferentes sobre las prácticas dependiendo de la práctica que se analice y del género. Es crucial entonces incluir esta variable en las estimaciones.

Así, igualmente del libro C, la sección LS, se utilizó la siguiente pregunta:

LS14 ¿Cuál es el último nivel de educación (primaria, secundaria, etc.) que (...) alcanzó?

1. Sin instrucción
2. Preescolar o Kinder
3. Primaria
4. Secundaria
5. Secundaria abierta
6. Preparatoria/Bachillerato
7. Preparatoria/bachillerato abierto
8. Normal Básica

- 9. Profesional
- 10. Posgrado
- 98. NS

Así, sólo se consideró el nivel de educación último, sin contar si estuvo completo o incompleto el nivel, debido a que esto abriría más categorías y lo que se buscó fue reducir el número de categorías. Así, se juntó: sin instrucción, preescolar o kínder y primaria en la categoría uno. Secundaria y secundaria abierta en la categoría dos. Preparatoria/ Bachillerato, Preparatoria/ Bachillerato abierto, Normal Básica en la categoría tres. Finalmente se juntó Profesional y posgrado en una categoría cuatro. Las categorías quedaron:

- 1) Sin instrucción y primaria
- 2) Secundaria
- 3) Preparatoria/ Bachillerato
- 4) Licenciatura y posgrado

2.5.3. Tamaño de localidad

El tamaño de localidad es una variable importante predictora de las prácticas en salud, pues se relaciona con distintos hábitos de acuerdo al nivel de urbanización de las localidades.

En este trabajo no se consideró localidades rurales a aquellas menores de 2,500 habitantes como lo hace el INEGI. En cambio se consideró localidades rurales a aquellas menores de 15,000 habitantes como lo hace la CONAPO, de acuerdo al estudio clásico de Luis Unikel en donde considera como urbanas a las localidades de 15 mil y más habitantes. (CONAPO, 2016).

Es por ello que se incluyó la variable dicotómica “Localidad”, que toma como categoría base, cero, si el individuo vive en localidades de 15 mil o más habitantes (urbanas) y el valor de uno cuando los individuos viven en localidades con menos de 15 mil habitantes (rurales).

2.5.4. Nivel económico del hogar

En esta investigación se sostiene que el salario es una determinante importante de las prácticas en salud. Sin embargo, no se pudo medir el efecto del salario sobre las prácticas debido al mal

reporte de esta variable en la encuesta. La ENNVIIH en la sección de Trabajo contiene una pregunta sobre salario mensual (TB35aa_2), pero esta variable no pudo ser utilizada, ya que del total de los empleados no agrícolas (5,039) únicamente 52 por ciento (2,620) contestaron dicha pregunta, y de ellos el 44 por ciento (1,153) contestaron que su salario fue de cero pesos mexicanos. Es decir, únicamente se tuvo información del salario mensual –probablemente subestimada- del 29 por ciento (1461) de los empleados no agrícolas¹².

A nivel individual no hay otra variable en la encuesta que pudiera dar cuenta del ingreso laboral de los empleados. A nivel hogar, sin embargo, hay una sección acerca de la posesión de activos materiales en el hogar, y dos secciones sobre características de la vivienda: 1) características auto reportadas por los miembros del hogar y 2) características observadas por el encuestador. Con esas tres secciones se construyó un índice del bienestar económico del hogar¹³, siguiendo a Deon Filmer y Lant H. Pritchett (2011), quienes en su artículo sobre India sostienen que utilizar los bienes del hogar, cuando no se tiene información del salario ni del gasto, puede generar un buen indicador del bienestar económico. Además, la tasa de no respuesta en las preguntas sobre bienes del hogar es mucho menor que las tasas de no respuesta del salario y del gasto. De manera general, en las encuestas la falta de información sobre el salario es recurrente, así, en las investigaciones se utiliza cada vez más los bienes del hogar para medir el nivel económico.

La variable nivel económico del hogar se calculó utilizando la sección Activos del Hogar (AH) del libro II de la base a nivel hogar, y las secciones Características de la vivienda (CV) y Observación directa de las características de la vivienda (CVO) del libro C.

Las preguntas que se utilizaron fueron las siguientes:

CV01. ¿Cuenta este hogar con teléfono propio?

1. Sí
2. No

12 El salario medio de esta población fue de 3,614.00 pesos mexicanos

13 No se denominó a este índice “nivel socioeconómico” ya que los indicadores de “nivel socioeconómico” suelen incluir alguna variable de nivel educativo, por ejemplo el nivel educativo del jefe de familia. En este caso, no se consideró dentro de nuestro indicador el nivel educativo de ningún miembro del hogar, sino que esta variable se midió por separado

CV03. Condiciones generales de sanidad (circule todas las que apliquen)

1. Vivienda rodeada por desechos humanos y/o animales
2. Vivienda rodeada por pilas de basura
3. Vivienda rodeada por agua estancada
4. La vivienda tiene suficiente ventilación
5. El patio está limpio

CVO05. ¿Cuál es el principal material del piso de la mayor parte de la vivienda?

1. Madera, mosaico, piso de loseta, loseta de plástico, alfombra u otros recubrimientos.
2. Cemento firme
3. Tierra
4. Otro (especificar)

AH03. ¿Usted o algún miembro del hogar posee o es dueño de (...)?

- A. Casa ocupada por este hogar
- B. Otra casa/ construcción o inmueble, terreno, parcela, tierra agrícola, ganadera o forestal
- C. Bicicletas
- D. Motos, automóviles, camiones o cualquier otro vehículo motorizado
- E. Aparatos electrónicos (radio, TV, videocasetera, computadora, etc.)
- F. Lavadora, secadora, estufa, refrigerador y muebles
- G. Aparatos electrodomésticos (licuadora, plancha, horno de microondas tostador, etc.)
- H. Dinero ahorrado, activos financieros, valores, cuentas de cheques, AFORES, monedas y otros.

Dichas preguntas se dicotomizaron en once indicadores. Así, la pregunta CV03 sobre condiciones generales de sanidad se categorizó con el número uno cuando los hogares fueron registrados en 1, 2 o 3, es decir, son viviendas rodeadas por pilas de basura, por agua estancada o por desechos humanos y/o animales. El resto de los hogares fueron categorizados como cero, que es la categoría base.

La pregunta AH03, sobre bienes materiales del hogar, registra en un solo inciso varios bienes, por ejemplo F: si tiene lavadora, secadora, estufa, refrigerador y muebles. La respuesta posible al inciso F es sí o no, para el conjunto de bienes, sin importar que tenga alguno de los bienes y otros no. Esto es una fuerte limitante de la encuesta porque se mezclan en un solo conjunto diversos bienes que representan diferentes niveles económicos, es decir, tener televisión en México es muy frecuente incluso en hogares con carencias económicas, y por lo

tanto es un mal indicador de bienestar económico, en cambio, tener computadora es un buen diferenciador de nivel económico. Sin embargo, en esta encuesta se preguntó por la pertenencia de ambos bienes en conjunto, perdiendo la posibilidad de diferenciar mejor los niveles económicos de la población encuestada.

Esta limitación no se puede resolver. Así que únicamente de la pregunta AH03 se obtuvieron 8 indicadores dicotómicos donde cero significa que el hogar no cuenta con el conjunto de bienes y uno que sí cuenta con ellos.

Finalmente la pregunta CVO05 es la única pregunta que se mantuvo como una variable categórica ordenada. La categoría “Otro” no fue incluida y se trató como información perdida.

Así se obtuvieron diez variables dicotómicas y una categórica con las que se estimó un índice sintético utilizando el análisis de componentes principales (ACP). El ACP es una técnica utilizada para construir índices sintéticos que ponderen con un peso diferente a cada uno de los indicadores incluidos en el índice, ya que se reconoce que cada bien del hogar tiene un peso diferente para determinar el nivel económico de un hogar. El peso para cada indicador es determinado por la varianza, así, si un bien es muy común y casi todos los encuestados lo poseen, este bien será un indicador poco eficiente para estimar las diferencias de nivel económico, y por lo tanto tendrá un peso pequeño en el índice sintético. En cambio un bien muy exclusivo, que muy pocas personas posean, será un buen indicador para estimar diferencias en el nivel económico, pues la varianza entre tener este bien y no tenerlo es grande entre la población encuestada.

La estimación de la variable nivel económico del hogar construida usando el ACP está basada en el primer componente principal. “Por definición, la variable del primer componente principal para hogares o individuos tiene una media de cero y una varianza de λ , la cual corresponde al valor propio (eigenvalue) más alto de la matriz de correlación de x ” (Córdoba, 2008: 3). Así, el primer componente principal produce un índice de ingreso que asigna una ponderación más alta a los bienes que varían más entre los hogares. El índice del proxy de ingreso sigue la siguiente ecuación lineal:

$$\text{Nivel económico del hogar} = \alpha_1 \left(\frac{x_1 - \bar{x}_1}{s_1} \right) + \alpha_2 \left(\frac{x_2 - \bar{x}_2}{s_2} \right) + \dots + \alpha_k \left(\frac{x_k - \bar{x}_k}{s_k} \right)$$

Donde \bar{x}_1 es la media y s_1 la desviación estándar del bien 1 y α_1 su ponderación para el primer componente principal (Córdoba, 2008).

El análisis de componentes principales despliega varios índices¹⁴, cada uno de ellos otorga diferentes ponderaciones a cada una de las variables que construyen el índice. En este trabajo se escogió el índice generado por el primer componente principal, es decir, el índice que tuvo la mayor desviación estándar. Éste índice dio mayor peso a las variables que reflejaron la posesión en conjunto de: 1) aparatos electrónicos (radio, TV, videocasetera, computadora), 2) electrodomésticos (licuadora, plancha, horno de microondas, tostador), y 3) muebles y electrodomésticos grandes (lavadora, secadora y refrigerador). Las anteriores tres variables reflejaron la mayor variación entre los hogares pues un porcentaje muy pequeño de la población encuestada respondió que no contaba con dichos conjuntos de bienes. Esto significa que estas variables separan a los hogares de muy bajo nivel económico con el resto. Así, el índice de nivel económico utilizado en esta investigación no refleja las diferencias de los hogares de nivel económico medio y alto, sino únicamente las diferencias entre los hogares de bajo nivel económico y el resto¹⁵.

El índice obtenido fue una variable continua con un valor mínimo de -3.92 y máximo de 1.73 unidades, para la muestra basal, con una media de -0.07 y una desviación estándar de 1.08. Para 2005- 2006 y 2009- 2012 el índice de nivel económico tuvo un rango, una desviación estándar y una media similar.

Finalmente el índice se dividió en cuartiles para facilitar la forma en cómo se presenta

14 Se obtuvieron con Stata12 utilizando el comando *pcapolychoric*.

15 Pese a todo, se utilizó el índice del primer componente principal porque al cruzarse con el nivel educativo y el tipo de ocupación la distribución de este índice fue coherente. No así los índices obtenidos con el segundo y el tercer componente principal. Si bien el índice obtenido con el segundo componente principal otorgaba mayor peso a ser propietario de la casa que habita el hogar y a ser propietario de otra casa o terreno, este índice volteaba las direcciones de otras variables generando un índice poco coherente con la distribución del nivel educativo y el tipo de ocupación. Lo mismo sucedió con el índice del tercer componente principal.

la distribución del ingreso en el análisis descriptivo¹⁶, pues las unidades de dicho índice no tienen valores fáciles de interpretar.

Finalmente, si bien el nivel económico de los empleados es un reflejo del ingreso laboral, hay bienes que se pueden haber obtenido por ingresos no laborales como transferencias generacionales. Además, los activos del hogar miden el ingreso a largo plazo y la capacidad de ahorro. Es decir, los activos pueden reflejar ingresos pasados y no necesariamente el ingreso al momento de la encuesta. Además, el nivel económico del hogar puede no reflejar el ingreso ni las condiciones de empleo de cada uno de los individuos del hogar. Por esto, la variable de nivel económico se incluyó en el modelo como variable de control y no como una variable de las condiciones de empleo.

2.5.5. Tipo de ocupación

La ocupación, junto con el nivel educativo y el ingreso son generalmente usados como indicadores de nivel socioeconómico. Sin embargo, mientras el ingreso y la educación representan directamente los recursos con los que cuentan los individuos, la ocupación es un indicador explícito de estatus y prestigio social (Fujishiro, 2010). Así, siguiendo a Fujishiro (2010) sostenemos que la ocupación está relacionada con la salud y los hábitos independientemente de otros indicadores de nivel socioeconómico (ingreso y nivel educativo) al ser un indicador de estatus social y no únicamente una variable que denota la posesión de recursos: “*High status may be achieved through high income and education, but this status is only inferred but not explicitly measured. In contrast, occupational prestige is an explicit indicator of social status*” (Fujishiro et al., 2010: 2101).

Del cuestionario individual, el libro IIIA, la sección TB, se utilizaron las siguientes tres preguntas:

TB24. ¿Cuál es el nombre de la ocupación u oficio que desempeña en su [...]?

TB25. ¿Cuáles son sus principales actividades o tareas cuando trabaja como [...]?

A partir de las respuestas abiertas de estas tres preguntas el grupo de la ENNVIIH

16 Aunque en los modelos se incluye la variable continua

clasificó a los encuestados en 1) los grandes grupos ocupacionales (17 grupos) de la Clasificación Mexicana de Ocupaciones (CMO) y 2) los grandes grupos (24 grupos) del Sistema de Clasificación Industrial de Norteamérica (SCIAN). Los resultados de la ENNViH-I y II se presentan en ambas clasificaciones, sin embargo en la ENNViH- III únicamente se presentaron los resultados de acuerdo a la CMO, por lo tanto se utilizó esta última clasificación

Posteriormente, siguiendo a Patricio Solís (2002), se decidió reclasificar las ocupaciones de la CMO en únicamente cuatro grandes grupos ocupacionales que reflejaran el nivel de calificación y la manualidad de las ocupaciones. La clasificación de ocupaciones quedó de la siguiente manera:

1. No manuales de alta calificación : Profesionistas; funcionarios y directivos
2. No manuales de baja calificación: Técnicos; apoyo administrativos; comerciantes agentes de venta; jefes, supervisores de fabricación, jefes de departamento, coordinadores y supervisores; trabajadores de la educación, arte, espectáculos y deporte.
3. Manual de alta calificación: Artesanos; operadores de maquinaria; conductores
4. Manual de baja calificación: Vendedores ambulantes; servicios personales; servicios domésticos; trabajadores de vigilancia; peones y ayudantes

A continuación se expondrá el análisis de datos que se realizó utilizando dos técnicas estadísticas de análisis de datos: 1) la regresión logística para analizar los datos de la muestra basal (ENNViH-I) y 2) la regresión logística multinivel para analizar la muestra panel (ENNViH-I, II y III). A continuación se explican los principios de cada técnica.

2.6. Análisis de datos transversales

El diseño de estudio transversal es un estudio observacional que obtiene información de la población de interés en un único momento dado. En los estudios de epidemiología social y en los sociodemográficos, el análisis transversal es el tipo de análisis más frecuente y se utiliza para estimar la distribución de eventos y también para evaluar asociaciones (aunque no de causalidad). En los estudios transversales se miden en un mismo momento la variable resultado y las variables predictoras, es por ello que no pueden dar cuenta de la dimensión de temporalidad de las relaciones causales. Sin embargo los datos transversales son buenos para estimar

frecuencias de eventos de larga duración, pues logran ser captados mejor que los eventos esporádicos o de corta duración (Hernández, 2010).

Las prácticas en salud son eventos de larga duración que cambian poco en el tiempo, por ello, las prevalencias de cada una de las tres prácticas fueron estimadas (mostradas en el próximo capítulo) con los datos transversales. Después de estimar las prevalencias de las prácticas de nuestro interés, se exploraron asociaciones transversales entre las prácticas en salud y las condiciones de empleo.

El análisis transversal únicamente se realizó con los datos de la EENNVIH-I ya que sólo la muestra inicial es representativa a nivel nacional. En el análisis exploratorio de datos se observó que las personas que se mantuvieron o ingresaron a la encuesta en la segunda y tercera ronda fue sobre todo la población con alto nivel educativo, alto nivel económico y alto estatus laboral.

En el análisis transversal se utilizaron regresiones logísticas multivariantes (una para cada práctica). Las regresiones logísticas utilizadas siguieron la forma:

$$\begin{aligned} PRS_j = & \beta_0 + \beta_1 \text{Horas de trabajo remunerado}_j + \beta_2 \text{Inseguridad laboral}_j \\ & + \beta_3 \text{Edad}_j + \beta_4 \text{Nivel educativo}_j + \beta_5 \text{Localiad}_j \\ & + \beta_6 \text{Nivel economico del hogar}_j + \beta_7 \text{ocupación}_j + \varepsilon_j \end{aligned}$$

Donde PRS es una variable dicotómica que expresa si el individuo j lleva a cabo la práctica relacionada con la salud, o no.

La ecuación de arriba se estimó para hombres y mujeres por separado y para cada una de las tres prácticas en salud, así que en total se corrieron seis ecuaciones diferentes para el análisis transversal.

Se utilizaron regresiones logísticas porque las variables dependientes sólo podían tomar valores de cero y uno. Un modelo de regresión lineal con una variable dicotómica como variable dependiente podría estimar valores predichos mayores a uno y menores a cero, lo que no tendría

sentido para una variable dicotómica (Escobar, 2009). En las ecuaciones logísticas para que la variable dependiente tenga un rango de cero a uno, se divide la probabilidad de ocurrencia entre la probabilidad de no ocurrencia del suceso. A esto se llama *momio* u *odds* en inglés. Los *momios* indican la proporción de la probabilidad de ocurrencia respecto de la probabilidad de no ocurrencia (Escobar, 2009).

“La razón varía de 0 (...) a $+\infty$, cuando la probabilidad de ocurrencia del suceso es uno y la de no ocurrencia es cero. Para conseguir que varíe de $-\infty$ a $+\infty$, se utiliza el logaritmo neperiano de la razón. Cuando la razón es menor que 1, su logaritmo es negativo, y cuando es mayor que 1, es positivo.” (Escobar, 2009: 374). Así, un modelo de regresión logística difiere de una regresión lineal en que la variable dependiente se transforma en el logaritmo de la razón. Entonces la interpretación de la regresión logística no expresa de manera directa la relación entre la variable independiente y la dependiente, sino la relación entre la variable independiente y el logaritmo de la razón de que ocurra un suceso (Escobar, 2009: 375).

Para que sea entonces interpretable la ecuación logística hay que hacer otra transformación a la ecuación. Una forma de hacerlo, la utilizada aquí, es eliminando los logaritmos de la ecuación para que la ecuación se exprese en razones. Es decir, se despeja el logaritmo del lado izquierdo de la ecuación para que este exprese sólo la razón. A este coeficiente se le denomina cociente de razones o razón de momios. Este cociente de razones mide el efecto en términos de tasa de cambio. Así, el cociente de razones que es superior a uno indica un efecto positivo, o que aumenta la razón de ocurrencia del suceso), mientras que si es inferior a uno, disminuye la razón de ocurrencia del suceso. Finalmente un cociente de razones igual a uno no tiene efecto sobre la razón de ocurrencia del evento (Escobar, 2009: 375).

Los resultados de las regresiones logísticas en esta investigación se presentarán en cocientes de razones u odds ratios (también denominados razones de momios).

2.7. Análisis de datos de la muestra panel

La característica principal de un conjunto de datos panel, o datos longitudinales, es que se da seguimiento o se intenta dar seguimiento a los mismos individuos u hogares a lo largo del

tiempo. Primero se hace una recolección (que puede ser aleatoria), eligiendo a personas de una población en un momento determinado, y posteriormente se vuelve a entrevistar a las mismas personas en diversos momentos, lo que proporciona la misma información sobre las mismas personas en distintos momentos (Woodridge, 2002:444).

Sin embargo, los datos panel (como ya se mencionó en el apartado 2.1.2) tienen el problema del sesgo debido a la no respuesta y a los cambios sociodemográficos. Por ello en la ENNVIIH se incorporó de una medición a otra, a los conyugues y a los hijos de las personas en la muestra panel. Es decir, que en la muestra panel no sólo están las personas al seguimiento sino también nuevos casos de aquellos que se fueron uniendo a la muestra. En esta investigación para analizar los datos panel se tomó, no sólo a nuestra población objetivo inicial que siguió en la ENNVIIH-II y III, sino también a aquellas que ingresaron a nuestra población de interés, ya sea porque se casaron con alguien de la muestra basal o porque cumplieron 15 años o bien porque se volvieron trabajadores asalariados no agrícolas.

Para el análisis de datos panel no se puede suponer que las observaciones se distribuyen de manera independiente puesto que hay un número importante de personas que se repiten de una medición a otra. Para analizar este tipo de datos Woodridge (2002) propone utilizar los modelos multinivel o jerárquicos. En este caso, se considera un modelo con dos niveles donde el nivel uno (inferior) lo conforman las observaciones y los individuos conforman el nivel dos (superior). Así, las observaciones están anidadas en los individuos, pues puede haber varias (en el caso de la ENNVIIH hasta tres) observaciones por individuo.

Los modelos de regresión de datos anidados, consideran distintos supuestos sobre el comportamiento de los residuos. El modelo que implica menos suposiciones sobre el comportamiento de los residuos es el de efectos fijos. El modelo de efectos fijos supone que el error es un valor fijo y constante a lo largo del tiempo para cada individuo. En cambio, en los modelos aleatorios el error es una variable aleatoria (Montero, 2011). ¿Qué significa que el error u_j sea una variable aleatoria? “Significa que no estamos seguros del valor exacto en el origen que pueda tener cada individuo sino que pensamos que este, probablemente gravitará en torno a un valor central. Eso suele ocurrir cuando tomamos una muestra de un gran universo de individuos (...) es posible que, si en lugar de escoger esa muestra hubiésemos elegido otra los

resultados del origen y de la pendiente fuesen distintos” Roberto Montero (2011: 3).

En los modelos de efectos fijos las variables en el modelo se restan para obtener las primeras diferencias de cada variable y así reducir el número de parámetros utilizados en las ecuaciones (Centre for Multilevel Modelling, 2014: 45). Al hacer la resta, las variables que no cambian en el tiempo se vuelven cero y por lo tanto no toman lugar en el modelo y lo mismo ocurre con las “características no observadas” que no cambian en el tiempo. En este sentido, los modelos de efectos fijos no pueden incluir variables constantes. Así, una desventaja de los modelos de efectos fijos es que no pueden estimar el efecto de las variables constantes a lo largo del tiempo en las variables de interés de los modelos panel, como el sexo, el nivel educativo, la localidad si es que no ha migrado, serían eliminadas.

De manera similar los efectos fijos no incluyen un parámetro de la varianza entre individuos, por lo que no se puede estimar la importancia de la heterogeneidad inobservada (Centre for Multilevel Modelling, 2014: 45). La heterogeneidad inobservada son las diferencias individuales que no se han podido medir o que no se han podido incluir en el modelo.

Una ventaja de los efectos fijos, es que al remover la parte de los errores individuales que no cambian en el tiempo, el resto de los errores no necesita cumplir supuestos sobre su distribución. Es decir, no se tiene que asumir que no están correlacionados con las variables independientes. Sin embargo esto tiene la limitante de que no se puede calcular la heterogeneidad inobservada.

En cambio, los efectos aleatorios sí pueden estimar en el modelo el efecto de variables constantes a lo largo del tiempo. Además, los efectos aleatorios sí estiman los errores individuales que no cambian en el tiempo. Por ello, en estos modelos la distribución de los residuos sigue el supuesto de que los residuos no están correlacionados con las variables explicativas.

En esta investigación nos interesa observar la heterogeneidad inobservada entre individuos, ya que las prácticas pueden estar asociadas con numerosas variables que no es posible incluir en un modelo. Además, nos interesa estimar los efectos de las variables constantes, puesto que puede variar una dimensión de las condiciones de empleo, por ejemplo

las horas de trabajo remunerado, pero no otra dimensión, como el nivel económico, y es importante que se puedan estimar los efectos de ambas. Por lo anterior, se decidió trabajar con el modelo de efectos aleatorios. Las ecuaciones estimadas fueron las siguientes:

$$\begin{aligned}
 PRS_{ij} = & \beta_0 + \beta_1 \text{Horas de trabajo remunerado}_{ij} + \beta_2 \text{Inseguridad laboral}_{ij} \\
 & + \beta_3 \text{Nivel económico} + \beta_4 \text{Edad}_{ij} + \beta_5 \text{Nivel educativo}_{ij} \\
 & + \beta_6 \text{Localiad}_{ij} + \beta_7 \text{Ocupación}_{ij} + \beta_8 \text{lagPRS} + u_j + e_{ij}
 \end{aligned}$$

Donde PRS es una variable dicotómica que expresa si el individuo j lleva a cabo la práctica, o no, en el tiempo i . Donde u_j es la variación que hay entre diferentes individuos en una ocasión del tiempo (*between- individual variance*) y e_{ij} es la variación que hay en un individuo en diferentes ocasiones (*within individual variance*). Además, se incluyó una nueva variable $lagPRS$, la cual hace referencia a la realización de la práctica en el momento anterior, es decir, en el tiempo $i - 1$.

Se corrieron ambas ecuaciones de efectos aleatorios para cada una de las prácticas y en ecuaciones separadas para hombres y mujeres. Estas ecuaciones se corrieron en un panel no balanceado, es decir, en un panel donde faltan algunas observaciones que se excluyen del cálculo (Montero, 2011) ya que no todos los individuos se encuentran en las tres mediciones de la encuesta panel, sino que las observaciones por individuo varían, pero al menos debe tener una observación inmediata anterior.

Finalmente, por cada ecuación se calculó el coeficiente de heterogeneidad para medir la proporción de la varianza que es explicada por las características inobservables y constantes de los individuos. Este coeficiente se calcula con las estimaciones de u_j y e_{ij} siguiendo la fórmula:

$$\text{Coeficiente de heterogeneidad} = \frac{100 * u_j}{(u_j + e_{ij})}$$

Este coeficiente nos dice qué tan importantes son las diferencias -inobservables e

inmensurables- entre los individuos en sus efectos sobre las prácticas en salud. Este coeficiente puede ser una estimación de la importancia de otras variables que no estamos midiendo en el modelo.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

A continuación se presentará una matriz de correlaciones entre las tres prácticas utilizadas en este trabajo, con el fin de observar si las prácticas consideradas como saludables están correlacionadas entre sí. Igualmente se presentará un cuadro con los porcentajes de la población asalariada que cumple con el estereotipo de ser “saludable” y aquellos que son completamente “no saludables”, de acuerdo con nuestros tres indicadores de las prácticas.

Posteriormente se presentan los resultados de esta investigación en dos apartados: 1) Resultados del análisis transversal y 2) Resultados del análisis de la muestra panel. En el primer apartado se incluye la descripción de las características de la muestra basal y los resultados de las asociaciones transversales entre las prácticas en salud y las condiciones de empleo. En la segunda sección se presentan las características de la muestra panel y se comparan con las características de la muestra basal. Además, se presentan los resultados de las asociaciones entre las prácticas y las condiciones de empleo para observar qué tanto impactan las condiciones de empleo y el estatus socio-económico una vez que ya se realizaba dicha práctica.

3.1. Correlación entre las prácticas en salud

Para mostrar evidencia empírica de que las prácticas no son un conjunto coherente de prácticas saludables o no saludables, sino que la población lleva a cabo al mismo tiempo prácticas en los dos sentidos, mostramos una matriz de correlaciones entre las prácticas y posteriormente los porcentajes de la población asalariada en México, que de acuerdo con la ENNVIIH y midiendo únicamente tres prácticas, podría considerarse como saludable y no saludable.

Cuadro 2. Matriz de correlación entre tres prácticas en salud de la población asalariada por sexo, México 2002

	Hombres			Mujeres		
	Ejercicio	Consumo de tabaco	Consumo de bebidas endulzadas	Ejercicio	Consumo de tabaco	Consumo de bebidas endulzadas
Ejercicio	1.00			1.00		
Consumo de tabaco	-0.01	1.00		0.01	1.00	
Consumo de bebidas endulzadas	-0.04	0.04	1.00	-0.06	0.02	1.00

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH- I

Cuadro 3. Porcentaje de la población asalariada “saludable” y “no saludable” por sexo, México 2002

Hombres		Mujeres	
Saludables	No saludables	Saludables	No saludables
8.9%	10.5%	8.5%	3.2%
(7.8- 9.8)	(9.3-11.5)	(7.2- 9.6)	(2.5- 3.8)

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH- I
Porcentajes ponderados

En la matriz de correlaciones observamos que la correlación entre las prácticas es pequeña. Este resultado es similar a lo que expone Newsom (2005) en su artículo “*The health consciousness myth*”, en el que sustenta con varias encuestas de los Estados Unidos que las prácticas en salud no necesariamente se correlacionan entre sí y que por lo tanto no se puede hablar de que exista un “consciencia saludable”.

Además, observamos que el porcentaje de hombres y mujeres que son o completamente saludables o completamente no saludables es muy bajo. Así, sólo 8.9% de los hombres asalariados hacen ejercicio, no fuman y no consumen refresco de manera cotidiana. En las mujeres este porcentaje es similar, 8.5%. Por otro lado, los hombres asalariados que no hace ejercicio, fuman y consumen bebidas endulzadas es del 10.5%, mayor que los que son

“completamente” saludables, pero en las mujeres es menor, únicamente con 3.2%.

3.2. Resultados transversales

Se comenzará mostrando las características sociodemográficas de la muestra basal. Esta muestra es representativa de la población asalariada no agrícola¹⁷ en México en el 2002. Las características sociodemográficas que se presentan en el Cuadro 4 son la edad, la escolaridad, el tamaño de localidad donde habitan, el nivel económico del hogar y el tipo de ocupación.

17 A partir de aquí solo se escribirá población asalariada

Cuadro 4. Condiciones sociodemográficas de la población asalariada por sexo, México 2002

	Hombres			Mujeres		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Edad						
15- 30 años	1,407	47	(44.3- 49.6)	948	47	(44.0- 50.6)
31- 50 años	1,343	42	(39.6- 44.8)	830	44	(40.3- 46.9)
más de 50 años	356	10	(9.1- 12.3)	15	9	(06.9- 11.0)
Escolaridad						
Sin escolaridad y primaria	1,032	29	(27.3- 32.1)	575	29	(25.8- 31.8)
Secundaria	1,055	33	(31.3- 36.4)	657	33	(30.1- 36.3)
Preparatoria y bachillerato	564	19	(16.7- 21.1)	393	21	(18.1- 23.5)
Universidad y posgrado	455	17	(15.3- 19.4)	309	17	(14.5- 19.5)
Localidad						
Más de 15,000 hab.	1,953	74	(72.0- 76.2)	1,270	75	(72.0- 77.4)
Menos de 15,000 hab.	1,153	26	(23.7- 27.9)	663	25	(22.5- 27.9)
Nivel económico						
Medio	855	27	(24.4- 29.1)	591	30	(26.6- 32.7)
Medio-bajo	918	29	(27.1- 31.8)	535	27	(23.9- 29.6)
Bajo	741	25	(22.3- 27.0)	480	25	(22.6- 28.5)
Muy bajo	592	19	(16.7- 21.1)	327	18	(15.2- 20.4)
Ocupación						
No manuales de alta calificación	139	6	(04.2- 06.8)	103	5	(3.7- 6.7)
No manuales de baja calificación	968	33	(30.6- 35.7)	931	50	(46.2- 52.8)
Manual de alta calificación	1,143	35	(32.5- 37.6)	253	12	(10.0- 14.1)
Manual de baja calificación	856	26	(23.8- 28.4)	646	33	(29.9- 36.0)
Total	3,106	(100)		1,933	(100)	

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH- I
Porcentajes ponderados

Tenemos en total una muestra de 5,039 asalariados no agrícolas, de los cuales el 62% (3,106) son hombres y el 38% (1,933) son mujeres. La población asalariada es una población con unas características sociodemográficas particulares dentro de la población mexicana. Para ilustrar esto podemos comparar a esta población con el resto de la población mexicana de 15

años y más, utilizando los datos ponderados de la ENNVIIH-I¹⁸.

Las principales características sociodemográficas de la población asalariada son:

- 1) Tiene un mayor porcentaje en el grupo de 31 a 50 años y un menor porcentaje en población mayor a 50 años, es decir, se trata de una población concentrada en las edades productivas. El porcentaje de personas entre 31- 50 años es de 36% (IC 95% 35- 37) del total de la población adulta en México¹⁹, mientras que en la población asalariada alcanza el 43% (IC 95% 40- 44). La población mayor de 50 años es el 22% (IC 95% 21-23) de la población adulta, mientras que en la población asalariada es sólo del 10% (IC 95% 8- 11).
- 2) La población asalariada tiene niveles educativos más altos que el resto de la población adulta en México. El porcentaje de población sin escolaridad y únicamente con primaria en la población adulta es del 46% (IC 95% 45- 47). Mientras que en la población asalariada es sólo del 29% (IC 95% 28- 31). El porcentaje de población adulta con estudios de universidad o posgrado en la población adulta en México es del 10% (IC 95% 9- 11), pero en la población asalariada alcanza el 17% (IC 95% 15- 18)
- 3) La población asalariada es mayormente urbana. El porcentaje de la población adulta en México que habita en localidades mayores a 15,000 habitantes es de 62% (IC 95% 61- 63), mientras que en la población asalariada este porcentaje es del 74% (IC 95% 73- 76).
- 4) El porcentaje de población con un nivel de bienestar económico muy bajo es significativamente menor en la población asalariada en comparación con la población en general, donde el 24 por ciento tanto en hombres como en mujeres tiene una condición económica de marginación (IC 95% 22.0- 24.8). Además, el porcentaje de personas en el quintil más alto es mayor en las mujeres asalariadas que en las mujeres de la población en general, donde el 24 por ciento pertenece a dicho nivel económico (IC 95% 23.5- 26.8).

La población asalariada es el 58% (IC 95% 56- 59) del total de la población ocupada en México. Y sólo el 32% (IC 95% 31- 33) del total de la población de 15 años y más en México

18 Los datos de la población mexicana de 15 años o más no se muestra en los cuadros.

19 Con población adulta nos referimos a la población de 15 años y más.

de acuerdo con la ENNVIIH-I. Así, podemos concluir que la población asalariada no agrícola en México es una población particular dentro de la población mexicana, ya que es más joven, mayormente educada y mayormente urbanizada en comparación con el resto de la población adulta en México.

En cuanto a las condiciones de empleo (ver Cuadro 5) se observa que aproximadamente el 45% de la población asalariada no tiene contrato escrito, 67% no tiene seguro social y un porcentaje similar no cuenta con aguinaldo. Además más del 70% trabaja bajo algún grado de inseguridad laboral pues carece de al menos una de las tres prestaciones laborales medidas, contrato escrito, seguro social o aguinaldo. Igualmente podemos decir que no se observan diferencias de género en las condiciones de empleo más que en las horas de trabajo remunerado.

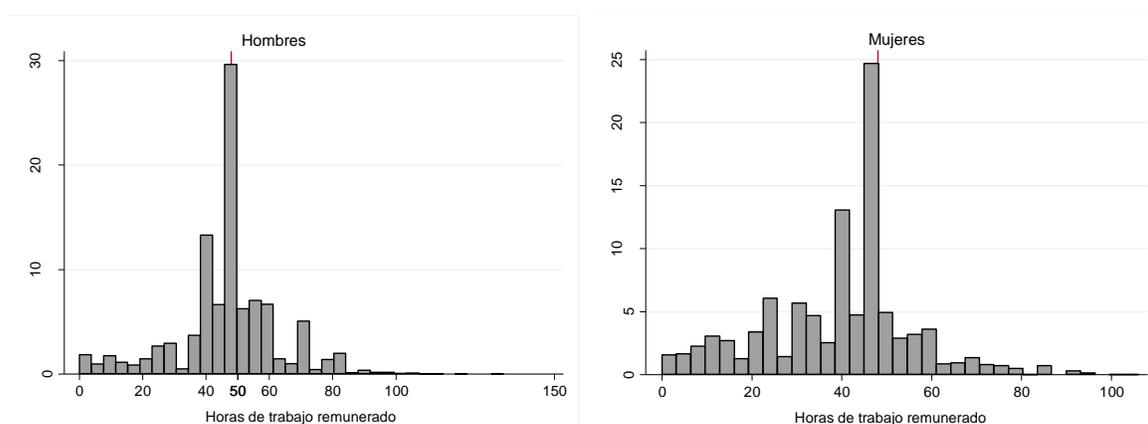
Cuadro 5. Condiciones de empleo de la población asalariada por sexo, México 2002

	Hombres			Mujeres		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Horas trabajo remunerado						
35hrs o menos	499	15	(13.1- 16.7)	665	32	(29.2- 35.2)
36- 48 hrs	1,563	50	(47.6- 53.0)	860	48	(44.2- 50.8)
más de 48 hrs	1,044	35	(32.1- 37.2)	408	20	(17.5- 22.6)
Contrato escrito						
Sí	1,619	56	(52.7- 58.0)	1,000	55	(51.2- 57.7)
No	1,487	44	(41.9- 47.2)	933	45	(42.2- 48.7)
Seguro social						
Sí	1,041	33	(30.6- 35.6)	622	33	(29.9- 36.3)
No	2,065	67	(64.3- 69.3)	1,311	67	(63.6- 70.0)
Aguinaldo						
Sí	926	31	(28.8- 33.8)	617	34	(30.4- 36.8)
No	2,180	68	(66.1- 71.1)	1,316	66	(63.1- 69.5)
Inseguridad laboral						
No	664	22	(20.0- 24.5)	406	24	(20.8- 26.8)
Sí	2,442	78	(75.4- 79.9)	1,527	76	(73.1- 79.1)
Total	3,106	(100)		1,933	(100)	

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH- I
Porcentajes ponderados

En cuanto a las horas de trabajo remunerado vemos que para los hombres la media es de 47 horas semanales, mientras que en las mujeres es de 40 horas por semana. Como se ve en el Cuadro 5 y en la Ilustración 1, los hombres están sobrerrepresentados en las jornadas en exceso (mayores a 48 horas) y las mujeres sobrerrepresentadas en las jornadas parciales (35 horas o menos).

Ilustración 1. Histogramas de las horas de trabajo remunerado de la población asalariada por sexo, México 2002



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENNVIIH-1

Finalmente el Cuadro 6 muestra las prevalencias de los indicadores de prácticas relacionadas con la salud en la muestra basal de la ENNVIIH. Igualmente los porcentajes están ponderados para ser representativos de la población asalariada a nivel nacional.

En el Cuadro 6 podemos ver que la prevalencia de ejercicio en forma de rutina en la población asalariada es mayor en los hombres, 29% (IC 95% 26.5- 31.4), que en las mujeres 18% (IC 95% 15- 20). Además, el porcentaje de ejercicio en forma de rutina es mayor en la población asalariada que en el resto de la población de 15 años o más en México, donde el porcentaje de hombres que hacen ejercicio en forma de rutina es del 24% (IC 95% 22.7- 26.1) y de mujeres es el 16% (IC 95% 14.8- 17.3). Esta diferencia es estadísticamente significativa sólo para los hombres como se observa en las tablas de contingencia mostradas en la Cuadro 7.

Cuadro 6. Prevalencias de las prácticas en salud de la población asalariada por sexo, México 2002

	Hombres			Mujeres		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Ejercicio en forma de rutina						
No	2,213	71	(68.5- 73.4)	1,574	82	(79.5- 84.6)
Sí	893	29	(26.5- 31.4)	359	18	(15.3- 20.4)
Consumo de tabaco						
No	2,357	76	(73.3- 77.9)	1,762	90	(87.5- 91.7)
Sí	749	24	(22.0- 26.6)	171	10	(8.2- 12.4)
Consumo de bebidas endulzadas						
No	1,347	48	(45.0- 50.3)	993	57	(54.2- 60.7)
Sí	1,759	52	(49.6- 54.9)	940	43	(39.2- 45.7)
Total	3,106	(100)		1,933	(100)	

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH- I
Porcentajes ponderados

Cuadro 7. Prevalencia de ejercicio en la población asalariada y en el total de la población, México 2002

	Hombres		Mujeres		Total
	No	Sí	No	Sí	
Población total	75.6 (73.8- 77.29)	24.4 (22.7- 26.1)	83.9 (82.6- 85.1)	16.1 (14.8- 17.3)	100
Población empleada no agrícola	70.9 (0.68- 0.73)	29.1 (26.6- 31.5)	82.1 (79.3- 84.4)	17.9 (15.3- 17.5)	100

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH- I
Porcentajes ponderados

De igual manera el consumo de tabaco de los empleados no agrícolas difiere del resto de la población mexicana. En los empleados hombres el 24% (IC 95% 22- 26) fuma mientras que en el resto de la población lo hace el 22% (IC 95% 20.0- 23.0). Entre las mujeres asalariadas el 10% (IC 95% 8.3- 12.6) fuma, mientras que en el resto de las mujeres sólo lo hace el 7% (IC 95% 6.6- 8.2). Por lo tanto, esta diferencia sólo es significativa para las mujeres.

Cuadro 8. Prevalencia de consumo de tabaco en la población asalariada y en el total de la población, México 2002

	Hombres		Mujeres		Total
	No	Sí	No	Sí	
Población total	77.7 (76.0- 79.3)	22.2 (20.6- 23.9)	92.6 (91.7- 93.4)	7.4 (6.6- 8.3)	100
Población empleada no agrícola	75.6 (73.2- 77.9)	24.3 (22.0- 26.7)	89.6 (87.3- 91.6)	10.4 (8.4- 12.6)	100

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH- I
Porcentajes ponderados

En cuanto al consumo cotidiano de bebidas endulzadas en la población asalariada podemos ver que el porcentaje que consume estas bebidas es casi del 50%, siendo ligeramente más común en hombres que en mujeres. Además en ambos sexos es mayor el consumo en la población asalariada que en el resto de la población mexicana, como se observa en la Cuadro 9.

Cuadro 9. Prevalencia de consumo de refresco en la población asalariada y en el total de la población, México 2002

	Hombres		Mujeres		Total
	No	Sí	No	Sí	
Población total	53.5 (51.5- 55.4)	46.5 (44.5- 48.5)	62.2 (60.6- 63.6)	37.8 (36.3- 39.3)	100
Población empleada no agrícola	47.7 (45.0- 50.3)	52.3 (49.6- 54.9)	57.5 (54.2- 60.6)	42.5 (39.4- 45.7)	100

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH- I
Porcentajes ponderados

De lo anterior podemos concluir que los hábitos relacionados con la salud de la población asalariada difieren del resto de la población en México. La prevalencia de ejercicio en los

hombres es mayor que en el resto de la población mexicana. La prevalencia de mujeres que consumen tabaco también es mayor, y para ambos sexos es mayor la prevalencia de consumo de bebidas endulzadas en la población asalariada que en el resto de la población. Lo anterior puede deberse a que es una población más joven, mayormente educada y mayormente urbanizada.

A continuación vamos a presentar los resultados de las asociaciones transversales entre las tres prácticas en salud y las dos variables independientes de interés: horas de trabajo e inseguridad y desprotección social.

Primero se presentarán las asociaciones crudas entre cada una de las prácticas y cada una de las variables independientes de interés. Estas asociaciones crudas se muestran en la primera columna de los cuadros como razones de momios crudas (OR c).

Posteriormente se incluyeron las variables que llamamos de control. Estas variables son las variables sociodemográficas que se presentaron en el Cuadro 2 (edad, educación, tamaño de localidad, nivel económico del hogar y ocupación). Así, al agregar las variables de control a los modelos vemos primero la relación de estas variables sociodemográficas con las prácticas, y posteriormente podemos evaluar si existe algún efecto confusor entre las variables de interés y las prácticas pues se observa si persisten o desaparecer las asociaciones que no se deben directamente a las variables independientes de interés, ya que su relación podría estar mediada por las variables sociodemográficas.

Además de lo anterior se estimó la interacción entre las horas de trabajo remunerado y el nivel económico para observar si la duración de la jornada laboral puede impactar en diferente magnitud o dirección a las prácticas dependiendo del nivel económico de los individuos.

A continuación se presentan los cuadros 10 y 11 para los hombres, y en los cuadros 12 y 13, para las mujeres, donde se muestran los resultados transversales de la asociación entre las condiciones de empleo y cada uno de los tres indicadores de prácticas en salud. Se muestra la asociación cruda²⁰ (OR c), así como la asociación ajustada (OR a) y la interacción (únicamente

20 Una asociación cruda es la asociación entre una variable dependiente de interés, en este caso una práctica en salud y una sola variable explicativa. Es decir, sin incluir las variables de control. En ese sentido la asociación cruda, es una asociación simple y no un modelo.

para la práctica de ejercicio) entre horas de trabajo remunerado y el nivel económico ajustando por el resto de variables (OR i).

En el Cuadro 10 podemos ver que en los hombres empleados la asociación cruda y ajustada de tener jornadas de menos de 35 horas por semana muestra mayores momios de hacer ejercicio de forma frecuente en comparación con quienes trabajan más horas²¹.

Además, podemos ver que la asociación cruda entre la inseguridad y la desprotección social y la práctica de ejercicio en forma de rutina es significativa. Sin embargo, una vez ajustando por nivel educativo, la asociación entre empleo precario y la práctica de ejercicio se pierde. Esto sugiere que existe una confusión entre la inseguridad laboral y el nivel educativo.

Igualmente las asociaciones crudas muestran que los hombres empleados tienen más posibilidad de hacer ejercicio entre mayor es su nivel económico y su nivel educativo. Sin embargo, una vez ajustando, sólo queda significativas las horas de trabajo y el nivel educativo.

En cuanto a la interacción podemos ver que el efecto positivo del nivel económico sobre la práctica de ejercicio es menor para los trabajadores que tienen jornadas menores de 35 horas en comparación con quienes tienen jornadas regulares (de 36 a 48 horas). De manera similar, el efecto positivo del ingreso sobre el ejercicio es menor para los trabajadores que laboran en exceso, en comparación con los que laboran las jornadas regulares.

En cuanto al consumo de tabaco el Cuadro 11 muestra que no hay asociación significativa entre el consumo de tabaco y la duración de la jornada laboral para los hombres.

En el modelo de consumo de tabaco para los hombres las únicas variables que son significativas una vez ajustando son el nivel económico y el tamaño de la localidad muestran que a mayor nivel económico aumenta la posibilidad de consumir tabaco y que los hombres

21 El grupo de hombres que trabajan remuneradamente 35 horas o menos sólo representa el 15% de todos los hombres asalariados, es decir, es un grupo pequeño y en su mayoría está dentro del grupo de edad de 15 a 30 años, con nivel educativo de primaria y secundaria en más del 50% y predominantemente con ocupaciones manuales no calificadas. Además, es el grupo de asalariados que habita mayormente en hogares sin menores de 15 años. Además, se corrió igualmente una regresión con las horas de trabajo remunerado como variable continua y se observó de manera similar que más horas de trabajo remunerado disminuyen la posibilidad de hacer ejercicio en los hombres.

asalariados que habitan en comunidades urbanas también consumen más tabaco.

En cuanto al consumo de refresco, en el mismo cuadro, de manera cotidiana observamos que tanto en la razón de momios cruda como ajustada, se observa que aquellos que trabajan más horas tienen menores momios de consumir estas bebidas. Igualmente quienes tienen niveles educativos de licenciatura y posgrado y habitan en zonas urbanas tienen mayor posibilidad de no consumir refresco.

Cuadro 10. Asociaciones de la práctica de ejercicio de acuerdo con las condiciones de empleo y sociodemográficas de los hombres asalariados, México 2002

	Ejercicio en forma de rutina					
	OR c	(IC 95%)	Or a	(IC 95%)	Or a i	(IC 95%)
Horas de trabajo remunerado						
36- 48 hrs	1.00		1.00		1.00	
35hrs o menos	1.88	(1.37- 2.59)**	1.69	(1.22- 2.35)**	1.89	(1.34- 2.67)**
más de 48 hrs	1.22	(0.93- 1.60)	1.22	(0.92- 1.60)	1.29	(0.97- 1.70)
Inseguridad y desprotección laboral						
No	1.00		1.00		1.00	
Sí	0.73	(55.5- 97.4)*	0.78	(0.58- 1.05)	0.79	(0.58- 1.06)
Nivel económico						
	1.28	(1.11- 1.47)**	1.13	(0.97- 1.32)	1.39	(1.11- 1.74)**
Horas de trabajo remunerado* nivel económico						
36- 48 hrs	1.00				1.00	
35hrs o menos	0.63	(0.43- 0.91)*			0.63	(0.43- 0.93)*
más de 48 hrs	0.77	(0.56- 1.05)			0.76	(0.56- 1.04)
Edad						
15- 30 años	1.00		1.00		1.00	
31- 50 años	0.91	(0.71- 1.16)	0.87	(0.66- 1.14)	0.85	(0.65- 1.11)
más de 50 años	0.73	(0.48- 1.11)	0.85	(0.54- 1.33)	0.83	(0.52- 1.30)
Escolaridad						
Sin escolaridad y primaria	1.00		1.00		1.00	
Secundaria	1.52	(1.10- 2.10)*	1.35	(0.95- 1.92)	1.34	(0.94- 1.91)
Preparatoria y bachillerato	2.26	(1.56- 2.27)**	1.19	(1.27- 2.87)**	1.89	(1.26- 2.84)**
Universidad y posgrado	2.57	(1.78- 3.72)**	2.17	(1.37- 3.42)**	2.17	(1.37- 3.44)**
Localidad						
Más de 15,000 hab.	1.00		1.00		1.00	
Menos de 15,000 hab.	0.83	(0.64- 1.07)	0.99	(0.76- 1.29)	1.00	(0.77- 1.31)
Ocupación						
No manuales de alta calificación	1.00		1.00		1.00	
No manuales de baja calificación	0.88	(0.51- 1.50)	1.16	(0.65- 2.04)	1.16	(0.66- 2.05)
Manual de alta calificación	0.52	(0.30- 0.89)*	0.98	(0.53- 1.81)	1.00	(0.54- 1.86)
Manual de baja calificación	0.87	(0.50- 1.49)	1.53	(0.82- 2.86)	1.57	(0.83- 2.93)

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH- I

** valor $p < 0.01$

* valor $p < 0.05$

ˆˆ valor $p < 0.10$

Cuadro 11. Asociaciones del consumo de tabaco y del consumo de refresco de acuerdo con las condiciones de empleo y sociodemográficas de los hombres asalariados, México 2002

	Consumo de tabaco				Consumo de bebidas endulzadas			
	OR c	(IC 95%)	OR a	(IC 95%)	OR c	(IC 95%)	OR a	(IC 95%)
Horas de trabajo remunerado								
36- 48 hrs	1.00		1.00		1.00		1.00	
35hrs o menos	0.86	(0.60- 1.23)	0.93	(0.64- 1.36)	0.89	(0.66- 1.21)	0.94	(0.69- 1.29)
más de 48 hrs	1.19	(0.90- 1.58)	1.24	(0.94- 1.64)	0.76	(0.60- 0.97)*	0.76	(0.59- 0.97)*
Inseguridad y desprotección laboral								
No	1.00		1.00		1.00		1.00	
Sí	1.09	(0.80- 1.49)	1.03	(0.75- 1.43)	1.20	(0.98- 1.56)	1.15	(0.87- 1.52)
Nivel económico								
	1.12	(0.97- 1.29)	1.20	(1.02- 1.42)*	0.99	(0.88- 1.12)	1.04	(0.90- 1.19)
Edad								
15- 30 años	1.00		1.00		1.00		1.00	
31- 50 años	0.83	(0.63- 1.08)	0.79	(0.60- 1.04)	0.82	(0.65- 1.04)	0.86	(0.67- 1.09)
más de 50 años	1.11	(0.74- 1.66)	1.03	(0.66- 1.60)	0.73	(0.51- 1.03)	0.70	(0.48- 1.01)
Escolaridad								
Sin escolaridad y primaria	1.00		1.00		1.00		1.00	
Secundaria	0.87	(0.64- 1.17)	0.81	(0.58- 1.13)	1.16	(0.89- 1.52)	1.05	(0.79- 1.41)
Preparatoria y bachillerato	0.84	(0.57- 1.23)	0.83	(0.55- 1.26)	0.88	(0.64- 1.21)	0.74	(0.52- 1.06)
Universidad y posgrado	0.70	(0.47- 1.06)	0.75	(0.45- 1.22)	0.69	(0.50- 0.96)*	0.56	(0.37- 0.85)**
Localidad								
Más de 15,000 hab.	1.00		1.00		1.00		1.00	
Menos de 15,000 hab.	0.71	(0.54- 0.94)	0.69	(0.53- 0.91)*	0.73	(0.59- 0.92)	0.68	(0.54- 0.86)**
Ocupación								
No manuales de alta calificación	1.00		1.00		1.00		1.00	
No manuales de baja calificación	1.03	(0.52- 2.04)	1.05	(0.50- 2.19)	0.87	(0.51- 1.46)	0.62	(0.35- 1.10)
Manual de alta calificación	1.73	(0.88- 3.41)	1.80	(0.82- 3.90)	1.11	(0.66- 1.86)	0.68	(0.37- 1.25)
Manual de baja calificación	1.10	(0.55- 2.19)	1.14	(0.52- 2.53)	0.92	(0.54- 1.56)	0.59	(0.32- 1.09)

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH- I

** valor $p < 0.01$

* valor $p < 0.05$

ˆˆ valor $p < 0.10$

En el Cuadro 12 y 13 se muestra la asociación entre las prácticas y las determinantes sociodemográficas y de empleo en las mujeres asalariadas. En el Cuadro 12 vemos que las mujeres que trabajan menos horas no tienen mayor posibilidad de hacer ejercicio como sí ocurre con los hombres.

Por otro lado, una vez ajustando el modelo, el nivel económico es significativo con la práctica de ejercicio, es decir, que a mayor nivel económico las mujeres asalariadas tienen mayor posibilidad de hacer ejercicio. De la misma manera, las mujeres manuales tanto de alta como de baja calificación tienen menos posibilidades de hacer ejercicio comparadas con aquellas mujeres en ocupaciones no manuales calificadas.

En cuanto a la interacción entre nivel económico y duración de la jornada laboral vemos que en las mujeres, el efecto positivo del nivel económico sobre la práctica de ejercicio es 1.56 veces mayor en las mujeres que trabajan pocas horas a la semana en comparación con aquellas que trabajan la jornada completa y jornadas en exceso.

En cuanto al consumo de tabaco, en el Cuadro 13, vemos que las mujeres que tienen jornadas estándar tienen más posibilidad de fumar que aquellas que trabajan jornadas cortas. De la misma manera, las mujeres que habitan en localidades urbanas tienen más posibilidades de fumar que aquellas que habitan en zonas rurales.

En cuanto al consumo de refresco hay un claro patrón en las mujeres asalariadas que muestra que mientras aumenta el nivel educativo disminuyen los momios de consumir refresco de manera cotidiana.

Finalmente, observamos las tres prácticas en salud estudiadas no se distribuyen de manera diferente entre los trabajadores de acuerdo a los derechos laborales con los que cuentan.

Cuadro 12. Asociaciones de la práctica de ejercicio en forma de rutina de acuerdo con las condiciones de empleo y sociodemográficas en las mujeres asalariadas, México 2002

Ejercicio en forma de rutina						
	OR c	(IC 95%)	Or a	(IC 95%)	Or a i	(IC 95%)
Horas de trabajo remunerado						
36- 48 hrs	1.00		1.00		1.00	
35hrs o menos	1.09	(0.74- 1.62)	0.96	(0.64- 1.44)	0.78	(0.48- 1.27)
más de 48 hrs	0.92	(0.58- 1.45)	0.96	(0.60- 1.53)	0.98	(0.61- 1.58)
Inseguridad y desprotección laboral						
No	1.00		1.00		1.00	
Sí	1.28	(0.82- 1.99)	1.57	(0.97- 2.53)	1.58	(0.98- 2.54)
Nivel económico	1.50	(1.21- 1.85)	1.43	(1.15- 1.78)**	1.32	(0.94- 1.84)
Horas de trabajo remunerado* nivel económico						
36- 48 hrs	1.00				1.00	
35hrs o menos	1.56	(0.94- 2.59)			1.56	(0.95- 2.56)
más de 48 hrs	0.75	(0.46- 1.22)			0.77	(0.48- 1.25)
Edad						
15- 30 años	1.00		1.00		1.00	
31- 50 años	0.95	(0.66- 1.37)	0.86	(0.57- 1.31)	0.86	(0.57- 1.32)
más de 50 años	1.24	(0.67- 2.27)	1.35	(0.71- 2.56)	1.36	(0.72- 2.57)
Escolaridad						
Sin escolaridad y primaria	1.00		1.00		1.00	
Secundaria	1.06	(0.66- 1.72)	0.86	(0.49- 1.53)	0.9	(0.51- 1.57)
Preparatoria y bachillerato	1.49	(0.92- 2.40)	1.02	(0.56- 1.84)	1.00	(0.55- 1.81)
Universidad y posgrado	2.09	(1.25- 3.51)**	1.16	(0.61- 2.23)	1.16	(0.60- 2.23)
Localidad						
Más de 15,000 hab.	1.00		1.00		1.00	
Menos de 15,000 hab.	1.08	(0.74- 1.58)	1.36	(0.91- 2.04)	1.38	(0.92- 2.07)
Ocupación						
No manuales de alta calificación	1.00		1.00		1.00	
No manuales de baja calificación	0.47	(0.24- 0.93)*	0.58	(0.29- 1.13)	0.57	(0.29- 1.10)
Manual de alta calificación	0.30	(0.14- 0.64)**	0.42	(0.18- 0.98)*	0.41	(0.18- 0.95)*
Manual de baja calificación	0.29	(0.14- 0.61)**	0.39	(0.18- 0.88)**	0.39	(0.18- 0.87)*

Elaboración propia con datos de la ENNVIH- I

** valor $p < 0.01$

* valor $p < 0.05$

ˆˆ valor $p < 0.10$

Cuadro 13. Asociaciones del consumo de tabaco y consumo de refresco en las mujeres asalariadas, México 2002

	Consumo de tabaco				Consumo de bebidas endulzadas			
	OR _c	(IC 95%)	OR _a	(IC 95%)	OR _c	(IC 95%)	OR _a	(IC 95%)
Horas de trabajo remunerado								
36- 48 hrs	1.00		1.00		1.00		1.00	
35hrs o menos	0.86	(0.60- 1.23)	0.93	(0.64- 1.36)	0.89	(0.66- 1.21)	0.94	(0.69- 1.29)
más de 48 hrs	1.19	(0.90- 1.58)	1.24	(0.94- 1.64)	0.76	(0.60- 0.97)*	0.76	(0.59- 0.97)*
Inseguridad y desprotección laboral								
No	1.00		1.00		1.00		1.00	
Sí	1.09	(0.80- 1.49)	1.03	(0.75- 1.43)	1.20	(0.98- 1.56)	1.15	(0.87- 1.52)
Nivel económico								
	1.12	(0.97- 1.29)	1.20	(1.02- 1.42)*	0.99	(0.88- 1.12)	1.04	(0.90- 1.19)
Edad								
15- 30 años	1.00		1.00		1.00		1.00	
31- 50 años	0.83	(0.63- 1.08)	0.79	(0.60- 1.04)	0.82	(0.65- 1.04)	0.86	(0.67- 1.09)
más de 50 años	1.11	(0.74- 1.66)	1.03	(0.66- 1.60)	0.73	(0.51- 1.03)	0.70	(0.48- 1.01)
Escolaridad								
Sin escolaridad y primaria	1.00		1.00		1.00		1.00	
Secundaria	0.87	(0.64- 1.17)	0.81	(0.58- 1.13)	1.16	(0.89- 1.52)	1.05	(0.79- 1.41)
Preparatoria y bachillerato	0.84	(0.57- 1.23)	0.83	(0.55- 1.26)	0.88	(0.64- 1.21)	0.74	(0.52- 1.06)
Universidad y posgrado	0.70	(0.47- 1.06)	0.75	(0.45- 1.22)	0.69	(0.50- 0.96)*	0.56	(0.37- 0.85)**
Localidad								
Más de 15,000 hab.	1.00		1.00		1.00		1.00	
Menos de 15,000 hab.	0.71	(0.54- 0.94)	0.69	(0.53- 0.91)*	0.73	(0.59- 0.92)	0.68	(0.54- 0.86)**
Ocupación								
No manuales de alta calificación	1.00		1.00		1.00		1.00	
No manuales de baja calificación	1.03	(0.52- 2.04)	1.05	(0.50- 2.19)	0.87	(0.51- 1.46)	0.62	(0.35- 1.10)
Manual de alta calificación	1.73	(0.88- 3.41)	1.80	(0.82- 3.90)	1.11	(0.66- 1.86)	0.68	(0.37- 1.25)
Manual de baja calificación	1.10	(0.55- 2.19)	1.14	(0.52- 2.53)	0.92	(0.54- 1.56)	0.59	(0.32- 1.09)

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH- I

** valor $p < 0.01$

* valor $p < 0.05$

ˆˆ valor $p < 0.10$

En conclusión del análisis transversal podemos decir que la inseguridad y desprotección laboral medida en cuanto a tipo de contrato y derechos laborales no tiene asociación con los indicadores de prácticas que se miden en esta investigación. En cuanto a la dimensión del tiempo, encontramos que los hombres que tienen más posibilidad de hacer ejercicio son los que trabajan menos horas por semana. Sin embargo esto no ocurre para las mujeres. Además en las mujeres el nivel económico aumenta significativamente las posibilidades de practicar ejercicio en forma de rutina. Mientras que en los hombres, el nivel educativo es lo que aumenta la posibilidad de practicar ejercicio.

Aunado a lo anterior, hay una interacción entre el nivel económico del hogar y las horas trabajadas en los hombres donde el efecto positivo del nivel económico es mayor para quienes trabajan la jornada regular (36 a 48 horas semanales). En las mujeres, en cambio, el nivel económico tiene mayor efecto positivo entre las mujeres que trabajan jornadas de menos horas comparadas con las que trabajan la jornada estándar y las jornadas en exceso.

En cuanto al consumo de tabaco en los hombres asalariados no se encontró ninguna relación significativa con nuestras variables de interés y en las mujeres se observó que a aquellas que tienen jornadas de trabajo estándar tienen más posibilidades de fumar que aquellas que laboran pocas horas. Además, en cuanto al consumo de bebidas endulzadas se encontró que hay una menor posibilidad de consumir bebidas endulzadas en los hombres con jornadas en exceso. Además, se observa que el nivel educativo es importante en esta práctica pues tanto para hombres como para mujeres a mayor nivel educativo disminuyeron los momios de consumir refrescos de manera cotidiana.

Finalmente, con la finalidad de intentar probar la hipótesis de que las mujeres que trabajan fuera del hogar jornadas parciales no tienen beneficios de tiempo libre de manera similar a los hombres debido al trabajo doméstico, se corrió una regresión logística incluyendo la interacción entre horas de trabajo remunerado y una variable proxy de trabajo doméstico: el número de integrantes del hogar menores de 15 años²². Los resultados se ven en el Cuadro 14.

22 Se escogió esta edad porque la Encuesta laboral y de Corresponsabilidad social del 2012 realizada por INEGI e INMUJERES indagó quienes eran las personas que necesitan cuidados en los hogares en México, encontrando que los niños y adolescentes menores de 15 años son el 85% de quienes reciben cuidados como llevar y acompañar a distintos lugares, preparar alimentos y vestimenta, etc.

Cuadro 14. Asociaciones del ejercicio en forma de rutina de acuerdo con las horas de trabajo remunerado y doméstico en la población asalariada en México 2002

Hombres							Mujeres						
	OR c	(IC 95%)	Or a	(IC 95%)	Or i	(IC 95%)		OR c	(IC 95%)	Or a	(IC 95%)	Or i	(IC 95%)
Horas de trabajo remunerado							Horas de trabajo remunerado						
36- 48 hrs	1.00		1.00		1.00		36- 48 hrs	1.00		1.00		1.00	
35hrs o menos	1.88	(1.37- 2.59)**	1.69	(1.22- 2.35)**	1.42	(0.81- 2.49)	35hrs o menos	1.09	(0.74- 1.62)	0.96	(0.65- 1.44)	1.89	(1.01- 3.45)*
más de 48 hrs	1.22	(0.93- 1.60)	1.22	(0.93- 1.61)	1.34	(0.83- 2.14)	más de 48 hrs	0.92	(0.58- 1.45)	0.94	(0.59- 1.49)	1.22	(0.57- 2.59)
Nivel económico	1.28	(1.11- 1.47)**	1.12	(0.97- 1.31)			Nivel económico	1.50	(1.21- 1.85)	1.42	(1.14- 1.76)**	1.42	(1.14- 1.77)**
Número de menores en el hogar							Número de menores en el hogar						
0	1.00				1.00		0	1.00		1.00		1.00	
1	0.72	(0.53- 0.95)*	0.73	(0.53- 1.01)**	0.69	(0.44- 1.0)	1	0.76	(0.51- 1.14)	0.84	(0.54- 1.29)	1.46	(0.76- 2.79)
2	0.70	(0.52- 0.95)*	0.66	(0.47- 0.93)*	0.65	(0.41- 1.04)	2	0.71	(0.44- 1.15)	0.82	(0.49- 1.37)	1.21	(0.55- 2.69)
3 o más	0.75	(0.54- 1.03)*	0.75	(0.52- 1.08)	0.85	(0.51- 1.40)	3 o más	0.50	(0.31- 0.80)**	0.57	(0.34- 0.94)*	0.78	(0.35- 1.71)
Horas de trabajo remunerado* menores en el hogar							Horas de trabajo remunerado* menores en el hogar						
36-48 hrs o sin menores en el hogar					1.00		36-48 hrs o sin menores en el hogar					1.00	
35 hrs o menos y un menor en el hogar					1.66	(0.72- 3.84)	35 hrs o menos y un menor en el hogar					0.28	(0.11- 0.71)**
35 hrs o menos y 2 menores					1.11	(0.45- 2.71)	35 hrs o menos y 2 menores					0.43	(0.14- 1.27)
35 hrs o menos y 3 menores					1.08	(0.42- 2.74)	35 hrs o menos y 3 menores					0.30	(0.10- 0.92)*
48 hrs o más y 2 menores					0.92	(0.44- 1.90)	48 hrs o más y 2 menores					0.48	(0.15- 1.50)
48 hrs o más y 1 menor					0.97	(0.46- 2.03)	48 hrs o más y 1 menor					0.62	(0.14- 2.65)
48 hrs o más y 3 menores					0.68	(0.31- 1.50)	48 hrs o más y 3 menores					1.25	(0.37- 4.22)

Se controló por inseguridad laboral, edad, nivel educativo, tamaño de localidad y ocupación. Elaboración propia con datos de la ENNVIIH-I

** valor p < 0.01

* valor p < 0.05

** valor p < 0.10

Ya que una interacción nos muestra que el efecto de una variable depende del nivel de otra variable, así el Cuadro 14 nos dice que el efecto de las horas de trabajo remunerado sobre la posibilidad de hacer ejercicio en las mujeres depende del nivel de trabajo en el hogar, pues el tiempo que las mujeres no dedican al trabajo asalariado será dedicado al trabajo del hogar. Así la interacción del Cuadro 14 nos muestra que para las mujeres la interacción entre el trabajo remunerado parcial y que haya un menor en el hogar disminuye 0.8 veces la probabilidad de hacer ejercicio en comparación con aquellas mujeres que viven en hogares sin niños a pesar de que trabajen una jornada más larga, de 36 a 48 horas. Lo mismo ocurre con las mujeres que a pesar de trabajar pocas horas tienen tres hijos o más su probabilidad de hacer ejercicio es 0.7 veces menor comparada con la de las mujeres que no tienen hijos o hermanos menores. Además, en el Cuadro 14 se puede ver que las horas de trabajo parcial en las mujeres aumenta la probabilidad de hacer ejercicio al incluir la interacción, es decir, si se tienen los mismos niveles de trabajo doméstico.

3.3. Seguimiento en el tiempo de las prácticas en salud

A continuación se presentan los resultados de la asociación en la muestra panel entre las prácticas en salud y las condiciones de empleo. Sin embargo, antes de mostrar los resultados se incluyó en este apartado el seguimiento de cada una de las tres prácticas en salud después de cuatro y diez años para conocer el porcentaje de personas que siguieron realizando la práctica, y cuántas dejaron de hacerla o empezaron a hacerla.

Para conocer las prácticas a lo largo del tiempo se realizaron tablas cruzadas donde se compararon cada una de las prácticas en la muestra basal en relación con la misma práctica cuatro años más tarde y diez años más tarde. Estas tablas cruzadas nos permiten conocer qué tan permanentes son las prácticas a lo largo de la vida de un individuo. A continuación se muestran los resultados separando por hombres y mujeres:

Cuadro 15. Porcentaje de hombres asalariados según su práctica en salud en 2002 y su seguimiento en 2006 y 2012

		Ejercicio 2006 n= 801			Ejercicio 2012 n= 542				
		No	Sí	Total			No	Sí	Total
Ejercicio 2002	No	64	9	73	Ejercicio 2002	No	62	11	73
	Sí	16	11	27		Sí	19	8	27
	Total	80	20	100		Total	81	19	100

		Fuma 2006			Fuma 2012				
		No	Sí	Total			No	Sí	Total
Consume tabaco 2002	No	69	7	76	Consume tabaco 2002	No	68	8	76
	Sí	10	13	23		Sí	11	12	23
	Total	79	21	100		Total	79	20	100

		Refresco 2006			Refresco 2012				
		No	Sí	Total			No	Sí	Total
Consume refresco 2002	No	31	20	51	Consume refresco 2002	No	29	22	51
	Sí	21	28	49		Sí	18	31	49
	Total	52	48	100		Total	47	53	100

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH I, II y III
Porcentajes ponderados

En el cuadro 15 podemos ver, en cuanto a la práctica de ejercicio de manera cotidiana, que lo más frecuente en los hombres es que sigan sin hacer ejercicio. Del total de la población masculina de la que se tiene información para las tres mediciones el 64% continuó sin hacer ejercicio después de cuatro años y poco menos, 62%, después de diez años. Además, los hombres que dejaron de hacer ejercicio son más que los que adquirieron dicha práctica a lo largo del tiempo. Y de quienes adquirieron dicha práctica es más el porcentaje de quienes la adquirieron diez años después que cuatro años después, posiblemente debido a las enfermedades asociadas con la edad y a su diagnóstico, las cuales aumentan la necesidad de realizar prácticas de autocuidado.

Además, parece que la práctica de ejercicio en los hombres no es una actividad que sea estable a lo largo de la vida, puesto que del total de quienes hacían ejercicio en 2002 sólo 40% (11/27) continuó haciéndolo cuatro años más tarde y sólo 30% (8/27) diez años más tarde. El

resto, 59% (16/27) y 70% (19/27) de quienes ya hacían ejercicio dejaron de hacerlo. Lo que nos dice que el hacer ejercicio no es una práctica estable o permanente a lo largo de la vida, sino que más bien es una práctica que puede ser contingente y variable en el tiempo de vida de una persona, posiblemente relacionado con los eventos y momentos de la vida, como la juventud, el tener hijos, el enfermar. En contraposición, lo que sí parece una práctica estable es el no hacer ejercicio, puesto que de quienes no hacían ejercicio 87% (64/73) y 84% (62/73) siguen sin hacer a los cuatro y diez años respectivamente.

En cuanto al consumo de tabaco, observamos que son más frecuentes quienes dejan de fumar que quienes empiezan a fumar. Por lo tanto en la población al seguimiento disminuye ligeramente la prevalencia de fumadores en el 2006 y 2012 respecto del 2002. Además, del total de quienes no fumaban 90% (69/76) siguen sin fumar, empezando a fumar sólo un 10% (7/76). Y la proporción de quienes ya fumaban y lo siguen haciendo cuatro años más tarde, es sólo 56% (13/23) y 52% (12/23) diez años más tarde. Es decir, poco menos de la mitad dejó de fumar en un periodo de diez años. En este sentido, a pesar de que fumar es una adicción, en los hombres es más frecuente dejar de fumar que empezar a fumar. Además, la no práctica es casi estable, no cambia con el tiempo, puesto que es una actividad que empieza en la adolescencia y es muy poco frecuente que después de la adolescencia se empiece a fumar. Por el contrario la práctica es menos estable y empieza a reducirse conforme transcurre el tiempo de vida de una persona.

Finalmente en cuanto al consumo de refresco en los hombres podemos ver que tampoco es una práctica completamente estable. Pues 39%(20/51) y 43% (22/51) de quienes no consumían refresco empezaron a consumirlo en 2006 y 2012 respectivamente. Además, de quienes sí consumían refresco y siguieron haciéndolo fue 57% (28/49) de los hombres en 2006 y 63% (31/49) en 2012. Sin embargo también es importante el porcentaje de personas que dejó de consumirlo, 36% (18/49).

A continuación se presentará el mismo cuadro que muestra los cambios en las prácticas después de cuatro y diez años, para las mujeres:

Cuadro 16. Porcentaje de mujeres asalariadas según su práctica en 2002 y su seguimiento en 2006 y 2012

	Ejercicio 2006 n= 467			Ejercicio 2012 n= 311					
	No	Sí	Total	No	Sí	Total			
Ejercicio 2002	No	73	9	82	Ejercicio 2002	No	70	12	82
	Sí	14	4	18		Sí	12	6	18
	Total	87	13	100		Total	82	18	100

	Fuma 2006			Fuma 2012					
	No	Sí	Total	No	Sí	Total			
Consume tabaco 2002	No	90	3	93	Consume tabaco 2002	No	89	4	92
	Sí	3	4	7		Sí	4	4	8
	Total	93	7	100		Total	92	8	100

	Refresco 2006			Refresco 2012					
	No	Sí	Total	No	Sí	Total			
Consumo refresco 2002	No	39	19	58	Consumo refresco 2002	No	37	20	57
	Sí	16	26	42		Sí	15	28	43
	Total	55	45	100		Total	52	48	100

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH I, II y III
Porcentajes ponderados

En cuanto a las mujeres y su práctica de ejercicio podemos ver que, al igual que en los hombres, lo más frecuente fue seguir sin hacer ejercicio. Después de cuatro años el porcentaje de mujeres que empieza a hacer ejercicio es menor que el porcentaje de mujeres que deja de hacer ejercicio. Sin embargo, esto cambia a los diez años, pues el porcentaje de las mujeres que empiezan a hacer ejercicio aumenta y alcanza el mismo porcentaje que las que dejan de realizar ejercicio. Esto, al igual que en los hombres, puede ocurrir porque más mujeres empiezan a realizar ejercicio a una edad adulta debido a que se vuelven más comunes los diagnósticos de las enfermedades asociadas con la edad. Por otro lado, las mujeres que siempre hicieron ejercicio fueron tan solo 4% cuatro años después y 6% 10 años después. Además, 89% (73/82) y 85% (70/82) de las mujeres que no hacían ejercicio en 2002 siguieron sin hacerlo en 2006 y 2012 respectivamente. Y de las que sí hacían ejercicio en 2002 el 78% (14/18) dejó de realizar esta práctica cuatro años después, una cifra muy grande, a los diez años disminuyó a 67%. (12/18)

Lo que nos dice que, al igual que en los hombres, el ejercicio es una práctica inconstante, donde es más frecuente dejar de hacer ejercicio que empezar a hacerlo e incluso que seguir haciéndolo.

En cuanto al consumo de tabaco en las mujeres, podemos ver que 96% (90/93 y 89/92) de todas las mujeres que no consumían tabaco siguieron sin consumir a cuatro y a diez años igualmente. Sólo el 3% (37/93) empezó a fumar. En cambio, del total de mujeres que sí fumaban 57% (4/7) siguió fumando cuatro años después y 50% (4/8) diez años después. Es decir, que esta actividad es mucho más estable que la práctica de ejercicio, sobre todo entre quienes no fuman, sin embargo no es una práctica completamente durable en el tiempo porque un 43% (3/7) y un 50% (4/8) de las mujeres que fumaban dejaron de hacerlo.

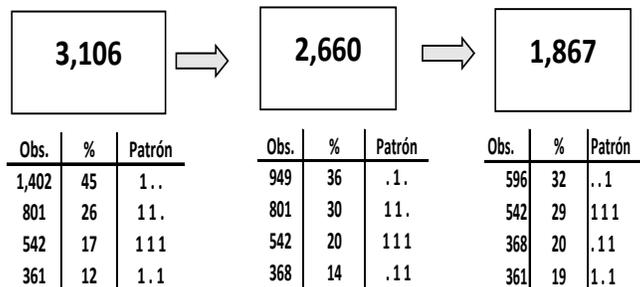
Finalmente el consumo de refresco en las mujeres, es muy similar al consumo de refresco de los hombres. A los diez años el 65% (37/457) de las mujeres que no consumía de manera cotidiana refrescos siguió sin hacerlo. Mientras que del total de las mujeres que sí consumían refresco de manera cotidiana 65% (28/43) sigue haciéndolo. Además, si bien es más frecuente continuar consumiendo refresco un porcentaje importante de la población también dejó de consumirlo 34% (15/43) a consumir refresco, y otro porcentaje similar empezó a consumirlo 35% (20/47).

En conclusión podemos decir que las prácticas en salud no son prácticas constantes durante toda la vida, ni siquiera el consumo de tabaco, a pesar de ser una adicción. Es decir, que las prácticas van cambiando a lo largo del tiempo y en relación con los eventos de la vida de una persona. En ese sentido las prácticas tampoco serían un conjunto de prácticas completamente durables en el tiempo, sino que son más bien prácticas que pueden ocurrir en un momento y luego dejar de realizarse. De las tres prácticas estudiadas en esta investigación, la práctica menos estable en el tiempo fue la práctica de ejercicio en forma de rutina. Al mismo tiempo esta práctica fue la que mayormente se asoció con los factores socioeconómicos medidos. Lo que puede reflejar la contingencia de las prácticas sobre todo cuando éstas se relacionan con la posesión de recursos como el tiempo y el nivel económico.

3.4. Resultados panel

A continuación se presentarán las características de la muestra panel en las tres mediciones. Debido a que la ENNVIIH es una encuesta dinámica, la muestra panel está integrada por individuos que fueron encuestados en la primera ronda y que siguieron en rondas posteriores, pero también está formada por individuos que no estuvieron en la primera ronda, sino que entraron en las mediciones dos y tres, y que cuentan con las características de la población objetivo. A este tipo de muestras se les llama un “panel dinámico”, pues es diferente al panel clásico donde únicamente se sigue a las personas que estuvieron en la muestra basal. Así el diagrama 1 muestra, por cada medición, el número de hombres asalariados no agrícolas que están en la muestra. Además, se ve el patrón de seguimiento de los hombres que conforman la muestra en cada una de las mediciones.

Diagrama 1. Número de hombres asalariados que está en la muestra de panel dinámico, ENNVIIH I, II y III



Cada uno de los rectángulos representa una medición de la ENNVIIH y el número dentro de los rectángulos muestra el número de empleados no agrícolas que cumplieron con las características de la población objetivo. Así, la ENNVIIH -I tuvo 3,106 hombres empleados no agrícolas. Debajo de cada rectángulo se observa el desglose de esos 3,106 empleados de acuerdo a su participación en las siguientes mediciones. Así si el patrón es “111” significa que esos empleados han estado en las tres mediciones. En cambio si el patrón es “1...” quiere decir que sólo ha estado en la primera medición.

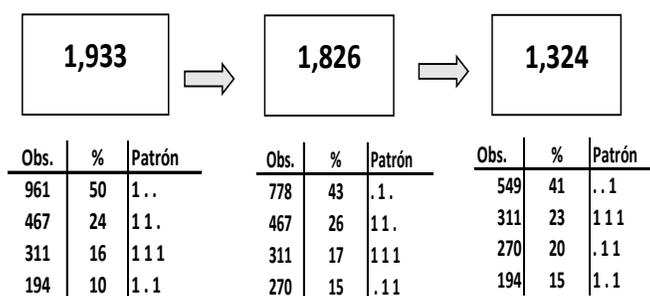
Entonces, en el diagrama anterior vemos que sólo el 17% de los hombres de la muestra

basal tienen información completa en la segunda y tercera ronda. El 26% de la muestra basal tiene observaciones para la primera y segunda medición únicamente, el 45% sólo estuvo en la primera medición y finalmente un 12% de trabajadores encuestados estuvo en la primera medición y en la tercera, pero no en la segunda. Además están en la muestra trabajadores que aparecen en la segunda (36%) o en la tercera (32%) medición y que no vuelven a ser encuestados.

De manera similar, las mujeres asalariadas que se mantienen en la encuesta en las tres mediciones son el 16%. Aquellas que estuvieron en la muestra basal y en la segunda medición son el 24%. Mientras que exactamente la mitad de la muestra, sólo fue entrevistada en la primera medición. Además, el 10% de ellas estuvo presente en la primera medición y después no fue recontactada sino hasta la tercera medición.

Además, vemos que la muestra tiene más observaciones que individuos, puesto que en ocasiones hay dos observaciones o tres por cada individuo. Suele decirse que las observaciones están “anidadas” en los individuos. Así, la muestra panel en los hombres es de 7,633 observaciones, anidadas en 5,019 hombres asalariados. En el caso de las mujeres hay 5,083 observaciones, que corresponden a 3,530 mujeres asalariadas no agrícolas.

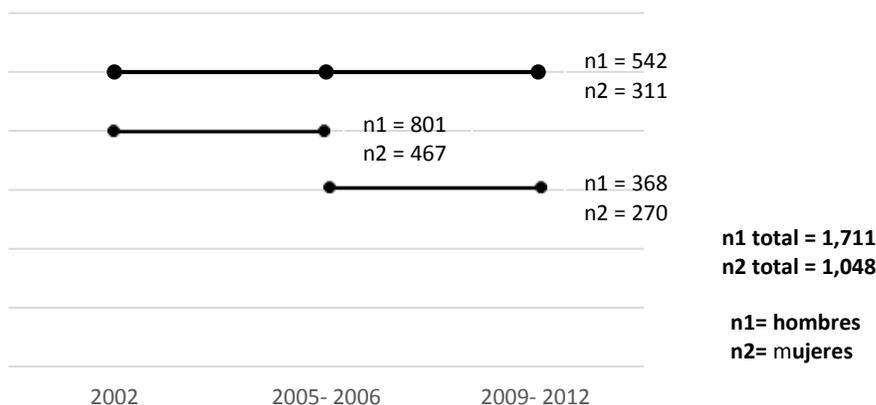
Diagrama 2. Número de mujeres asalariadas en la muestra de panel dinámico, ENNVIIH I, II y III



Sin embargo, los resultados del modelo dinámico de datos panel que se presentan posteriormente incluyen únicamente las observaciones que se repiten de manera consecutiva más de una vez, porque al incluir el valor de la práctica en el momento anterior, el modelo toma

en cuenta solo aquellas observaciones que efectivamente tienen el valor de la práctica en una medición anterior. Es por ello que se hizo el Diagrama 3 donde se observa el tamaño de la muestra con la que se estimó el modelo dinámico de datos panel.

Diagrama 3. Número de personas asalariadas en la muestra con más de una observación consecutiva por sexo, ENNVIIH I, II y III



En el Diagrama 3 vemos que hay un total de 1,711 hombres y 1,048 mujeres, es decir 2,759 personas en la muestra dinámica de datos panel. Además, aquellas personas que fueron encuestadas en las tres mediciones tuvieron tres observaciones en el modelo, y aquellas que fueron encuestadas dos veces consecutivas tuvieron dos observaciones. Es decir, si multiplicamos cada una de las personas por el número de veces que fue encuestada obtenemos el número total de las observaciones. En este modelo hay 6,371 observaciones que corresponden a 2,759 personas. El modelo dinámico de datos panel toma en cuenta tanto el número de observaciones como de personas, pues se corrió una regresión logística multinivel, donde el nivel uno son las observaciones y el nivel dos los individuos. Los modelos multinivel para observaciones repetidas toman en cuenta que la varianza entre los individuos será diferente a la varianza de un mismo individuo en diferentes momentos.

Sin embargo en los siguientes cuadros mostramos las características de toda la muestra de panel dinámico y no sólo de las observaciones repetidas más de una vez. Así el Cuadro 17 podemos ver, que la población de la medición 2 y 3 es más grande en edad que en la muestra

basal. Llegando a 21% los hombres y a 16% las mujeres de 50 años o más. Por otro lado, la distribución por urbanidad no tiene cambios significativos de una medición a otra durante las tres mediciones.

En cuanto a la escolaridad y al tipo de ocupación vemos que no hay diferencias entre la primera y la segunda ronda de la ENNVIIH. Sin embargo, entre la primera y la tercera medición sí hay diferencias significativas en cuanto a la ocupación y al nivel educativo. Así, podemos ver que las mujeres de la tercera ronda tienen un mayor porcentaje de estudios en nivel universidad y posgrado, alcanzando el 23 % de las asalariadas agrícolas encuestadas entre 2009- 2012.

Aunado a lo anterior, para hombres y mujeres el porcentaje de empleados en trabajos manuales altamente calificados es mucho más alto que en la muestra basal, pasando en los hombres del 6% IC 95% (4.2- 6.8) al 14% IC 95% (11.4- 16.4). Y en las mujeres del 5% (3.7- 6.7) al 27% (23.6- 31.1). Además disminuyó el porcentaje de empleados en ocupaciones manuales no calificadas y en ocupaciones manuales calificadas, es decir, en ocupaciones con menor estatus laboral. Por lo anterior podemos decir que la población que más se mantiene en la encuesta o que ingresa a ella, son empleados con alto nivel educativo y que están empleadas en ocupaciones de alto estatus laboral.

En cuanto a las condiciones de empleo de la población asalariada podemos ver en el cuadro 18 que no hay diferencias de una medición a otra en la distribución de las horas de trabajo remunerado. En cuanto al acceso a derechos laborales vemos que el porcentaje de empleados con contrato escrito, con seguridad social y con aguinaldo aumentó significativamente en las mediciones 2 y 3, en comparación con la muestra basal. Sin embargo esto se debe probablemente a un problema de medición porque en la segunda vuelta hubo muchas personas asalariadas que contestaron que no tenían contrato escrito pero tampoco verbal. Al no tener información de tipo de contrato se eliminaron de la muestra.

Cuadro 17. Condiciones sociodemográficas de la población asalariada por sexo, México 2002- 2012

	2002						2005- 2006						2009- 2012					
	Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres		
	n	%	IC 95%															
Edad																		
15- 30 años	1,407	47	(44.3- 49.6)	948	47	(44.0- 50.6)	914	34	(30.3- 36.7)	655	32	(29.0- 36.0)	461	24	(21.4- 27.4)	342	27	(23.0- 30.6)
31- 50 años	1,343	42	(39.6- 44.8)	830	44	(40.3- 46.9)	1,306	49	(46.0- 52.6)	932	53	(48.7- 56.4)	998	55	(51.1- 58.0)	778	57	(52.8- 61.2)
más de 50 años	356	10	(09.1- 12.3)	15	09	(06.9- 11.0)	440	17	(14.5- 19.6)	239	15	(11.8- 17.7)	408	21	(18.1- 23.6)	204	16	(12.8- 19.3)
Escolaridad																		
Sin escolaridad y primaria	1,032	30	(27.3- 32.1)	575	29	(25.8- 31.8)	932	33	(30.0- 36.2)	564	33	(29.0- 36.3)	620	29	(26.2- 32.3)	380	28	(24.1- 31.7)
Secundaria	1,055	34	(31.3- 36.4)	657	33	(30.1- 36.3)	861	35	(31.4- 38.0)	559	30	(26.8- 33.6)	582	33	(29.5- 36.2)	380	29	(23.9- 31.1)
Preparatoria y bachillerato	564	19	(16.7- 21.1)	393	21	(18.1- 23.5)	471	18	(15.0- 20.0)	375	20	(16.9- 23.1)	355	19	(15.8- 21.2)	262	20	(17.0- 23.8)
Universidad y posgrado	455	17	(15.3- 19.4)	309	17	(14.5- 19.5)	396	15	(12.2- 16.8)	328	17	(14.1- 19.8)	310	19	(16.4- 22.0)	302	23	(20.3- 27.5)
Localidad																		
Más de 15,000 hab.	1,953	74	(72.0- 76.2)	1,270	75	(72.0- 77.4)	1,670	76	(73.4- 77.9)	1,172	76	(74.0- 79.0)	1,034	74	(71.4- 76.2)	798	78	(75.8- 80.9)
Menos de 15,000 hab.	1,153	26	(23.7- 27.9)	663	25	(22.5- 27.9)	990	24	(22.0- 26.5)	654	24	(20.9- 26.0)	833	26	(23.7- 28.5)	526	22	(19.0- 24.1)
Ocupación																		
No manuales de alta calificación	139	06	(04.2- 06.8)	103	5	(3.7- 6.7)	129	4	(2.8- 5.1)	68	4	(2.1- 5.4)	233	14	(11.4- 16.4)	334	27	(23.6- 31.1)
No manuales de baja calificación	968	33	(30.6- 35.7)	931	50	(46.2- 52.8)	875	33	(30.2- 36.5)	1,045	56	(52.3- 60.0)	843	43	(39.5- 46.3)	416	32	(28.3- 36.1)
Manual de alta calificación	1,143	35	(32.5- 37.6)	253	12	(10.0- 14.1)	1,131	43	(39.9- 46.5)	196	11	(8.2- 12.8)	370	22	(18.7- 24.7)	95	10	(6.8- 11.9)
Manual de baja calificación	856	26	(23.8- 28.4)	646	33	(29.9- 36.0)	525	20	(16.7- 21.9)	517	29	(25.9- 33.0)	421	21	(18.5- 24.0)	479	31	(27.2- 34.7)
Total	3,106	(100)		1,933	(100)		2,660	(100)		1,867	(100)		1,826	(100)		1,324	(100)	

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH- I, II y III
 Los porcentajes están ponderados

Cuadro 18. Condiciones de empleo de la población asalariada por sexo, México 2002- 2012

	2002						2005- 2006						2009- 2012					
	Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres		
	n	%	IC 95%															
Horas trabajo remunerado																		
35hrs o menos	499	15	(47.6- 53.0)	665	32	(29.2- 35.2)	1,377	12	(9.8- 13.7)	560	31	(27.6- 34.6)	269	16	(13.4- 18.7)	483	33	(29.5- 37.3)
36- 48 hrs	1,563	50	(13.1- 16.7)	860	48	(44.2- 50.8)	369	50	(46.8- 53.5)	873	48	(43.9- 51.5)	937	48	(44.2- 51.1)	575	46	(41.7- 50.0)
Más de 48 hrs	1,044	35	(32.1- 37.2)	408	20	(17.5- 22.6)	914	38	(34.7- 41.2)	393	21	(17.9- 24.1)	661	36	(32.8- 39.5)	266	21	(17.2- 24.1)
Contrato escrito																		
Sí	1,619	55	(52.7- 58.0)	1,000	55	(51.2- 57.7)	1,274	75	(71.8- 78.5)	842	72	(68.2- 76.3)	881	75	(71.5- 79.2)	672	79	(74.5- 82.9)
No	1,487	44	(41.9- 47.2)	933	45	(42.2- 48.7)	530	25	(21.4- 28.1)	345	28	(23.6- 31.7)	252	25	(20.7- 28.4)	168	21	(17.0- 25.4)
Seguro social																		
Sí	1,041	33	(30.6- 35.6)	622	33	(29.9- 36.3)	1,637	61	(57.6- 64.1)	1,189	68	(65.0- 71.9)	938	49	(45.3- 52.2)	646	49	(44.9- 53.2)
No	2,065	67	(64.3- 69.3)	1,311	67	(63.6- 70.0)	1,023	39	(35.8- 42.3)	637	32	(28.0- 34.9)	929	5)	(47.7- 54.6)	678	51	(46.7- 55.0)
Aguinaldo																		
Sí	926	31	(28.8- 33.8)	617	34	(30.4- 36.8)	918	36	(33.1- 39.5)	594	30	(26.9- 33.9)	957	52	(48.5- 55.4)	642	48	(44.3- 52.6)
No	2,180	68	(66.1- 71.1)	1,316	66	(63.1- 69.5)	1,742	64	(60.4- 66.8)	1,232	70	(66.0- 73.0)	910	48	(44.5- 51.4)	682	51	(47.3- 55.6)
Inseguridad laboral																		
No	664	22	(20.0- 24.5)	406	24	(20.8- 26.8)	68	2	(1.1- 2.4)	53	3	(1.7- 4.6)	47	2	(1.1- 2.9)	44	4	(1.9- 5.2)
Sí	2,442	78	(75.4- 79.9)	1,527	76	(73.1- 79.1)	2,592	98	(97.5- 98.8)	1,773	97	(95.3- 98.2)	1,820	98	(97.0- 98.8)	1,280	96	(94.7- 98.0)
Nivel económico																		
Medio	576	18	(15.7- 19.8)	331	19	(15.8- 21.2)	419	15	(12.5- 17.1)	29	14	(11.5- 16.6)	305	16	(13.2- 18.3)	219	16	(13.2- 19.7)
Medio-bajo	761	26	(23.9- 28.8)	485	25	(22.2- 27.9)	647	24	(20.6- 26.4)	437	27	(23.1- 30.2)	427	21	(18.6- 24.4)	287	21	(17.1- 23.8)
Bajo	897	27	(24.9- 29.5)	520	26	(22.7- 28.4)	749	29	(25.9- 32.1)	486	26	(22.2- 28.7)	500	27	(23.7- 29.7)	348	25	(21.8- 28.8)
Muy bajo	872	28	(26.1- 30.9)	597	31	(27.7- 33.8)	845	32	(29.4- 35.5)	607	33	(30.0- 37.2)	632	3)	(32.5- 39.2)	470	38	(33.5- 41.6)
Total	3,106	(100)		1,933	(100)		2,660	(100)		1,826	(100)		1,867	(100)		1,324	(100)	

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH- I, II y III

* Porcentajes ponderados

En las mujeres sucede algo parecido, aumenta de 10% a 64% en la segunda ronda y a 69% en la tercera. Sin embargo el porcentaje de empleados con todos los derechos laborales no aumenta, sino que disminuye, por el problema de medición de tipo de contrato. Observamos que disminuyen los extremos del indicador de inseguridad laboral, aquellos que tienen todos los derechos laborales y aquellos que no tienen ninguno de los derechos. Por último, en el Cuadro 18 vemos que el porcentaje de los empleados en el cuartil de más alto ingreso es mayor en la segunda y en la tercera vuelta que en la primera.

Finalmente en el Cuadro 19 se observa que la única diferencia significativa en las prácticas relacionadas con la salud de una medición a otra es que los hombres hacían menos ejercicio en la segunda y en la tercera ronda, muy probablemente por el aumento de edad de los encuestados. Así, podemos concluir que la población de la muestra panel es una población de mayor edad, con mayor nivel educativo, con más empleados en trabajos no manuales calificados, con mayor ingreso y más acceso a derechos laborales que la muestra basal.

Cuadro 19. Prevalencia de las prácticas en salud de la población asalariada por sexo, México 2002- 2012

	2002						2005- 2006						2009- 2012					
	Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres		
	n	%	IC 95%															
Ejercicio en forma de rutina																		
No	2,213	71	(68.5- 73.4)	1,574	82	(79.5- 84.6)	2,216	83	(80.4- 85.7)	1,598	88	(85.7- 90.5)	1,481	77	(74.0- 79.9)	1,107	81	(77.6- 84.6)
Sí	893	29	(26.5- 31.4)	359	18	(15.3- 20.4)	444	17	(14.2- 19.5)	228	12	(9.4- 14.2)	386	23	(20.0- 25.9)	217	19	(15.3- 22.2)
Consumo de tabaco																		
No	2,357	76	(73.3- 77.9)	1,762	90	(87.5- 91.7)	2,135	80	(76.4- 82.0)	1,695	93	(90.6- 94.7)	1,449	76	(72.6- 79.0)	1,206	90	(86.7- 92.2)
Sí	749	24	(22.0- 26.6)	171	10	(8.2- 12.4)	525	20	(17.9- 23.5)	131	7	(5.2- 9.3)	418	24	(20.9- 27.3)	118	10	(7.7- 13.2)
Consumo de bebidas endulzadas																		
No	1,347	48	(45.0- 50.3)	993	57	(54.2- 60.7)	949	41	(37.7- 44.4)	765	48	(43.7- 51.4)	785	46	(42.5- 49.4)	598	53	(48.9- 57.1)
Sí	1,759	52	(49.6- 54.9)	940	43	(39.2- 45.7)	1,711	59	(55.5- 62.2)	1,061	52	(48.5- 56.2)	1,082	54	(50.5- 57.4)	726	47	(42.8- 51.0)
Total	3,106	(100)		1,933	(100)		2,660	(100)		1,826	(100)		1,867	(100)		1,324	(100)	

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH- I, II y III

* Porcentajes ponderados

A continuación se expondrán los resultados de las asociaciones de la muestra panel en los cuadros 20 y 21 para hombres y en cuadros 22 y 23 para las mujeres. En ambos cuadros se muestran las asociaciones entre las horas de trabajo remunerado, la inseguridad laboral, y las determinantes socioeconómicas y demográficas de las tres prácticas en salud.

En el Cuadro 20 se reafirma el hallazgo de la asociación transversal en cuanto a que los hombres que trabajan 35 horas o menos tienen mayores momios de hacer ejercicio en forma de rutina. Además de la misma forma que se observó en la asociación transversal a mayor nivel educativo aumenta la posibilidad de hacer ejercicio. Por otro lado a diferencia de la regresión transversal, se muestra que el mayor ingreso aumenta la posibilidad de hacer ejercicio y que conforme disminuye el estatus ocupacional hay menores momios de hacer ejercicio.

Por otro lado, la nueva variable incluida de la práctica en la medición anterior muestra una fuerte asociación con la posibilidad de hacer ejercicio al momento de la encuesta. Así que, hacer ejercicio en el pasado aumentó 2.36 veces la posibilidad de hacer ejercicio al momento de la encuesta en los hombres asalariados.

En el Cuadro 21 en cuanto al consumo de tabaco se encontró una asociación cruda estadísticamente significativa entre las horas de trabajo en exceso y mayores momios de consumir tabaco. Al ajustar el modelo la asociación tuvo un valor p de 0.052. Si bien, el valor p es ligeramente mayor a 0.05 la asociación parece importante pues ninguna otra variable del modelo fue estadísticamente significativa, ni siquiera la edad, a excepción de la variable rezagada, que muestra si se realizaba o no la práctica en el pasado. Así, aquellos hombres que fumaban en el pasado tuvieron 10.6 veces más posibilidades de fumar al momento de la encuesta.

Respecto del consumo de refresco y las horas de trabajo remunerado ahora encontramos otra relación diferente a la encontrada en el análisis transversal. En el análisis de la muestra panel trabajar pocas horas aumenta significativamente los momios de consumir refresco. Esta relación es la inversa a la que se esperaba encontrar. Además consumir bebidas endulzadas en el periodo anterior aumentó 2.5 veces la posibilidad de consumir este tipo de bebidas al momento de la encuesta.

Cuadro 20. Asociaciones del ejercicio en forma de rutina de acuerdo con las condiciones de empleo y sociodemográficas en los hombres asalariados, México 2002-2012

	Ejercicio en forma de rutina					
	OR c	(IC 95%)	OR a	(IC 95%)	OR i	(IC 95%)
Horas de trabajo remunerado						
36- 48 hrs	1.00		1.00		1.00	
35hrs o menos	1.75	(1.45- 2.12)**	1.41	(1.10- 1.81)**	1.34	(1.01- 1.78)*
más de 48 hrs	1.11	(0.96- 1.29)	1.08	(0.89- 1.31)	1.06	(0.85- 1.31)
Inseguridad y desprotección laboral						
No	1.00		1.00		1.00	
Sí	0.53	(0.43- 0.65)**	1.39	(0.76- 2.53)	1.39	(0.76- 2.53)
Ya realizaba esa práctica						
No	1.00		1.00		1.00	
Sí	2.83	(2.36- 3.38)**	2.36	(1.96- 2.84)**	2.36	(1.96- 2.84)**
Nivel económico						
	1.60	(1.40- 1.84)**	1.31	(1.15- 1.48)**	1.26	(1.06- 1.49)**
Horas de trabajo remunerado* nivel económico						
36- 48 hrs	1.00				1.00	
35hrs o menos	1.19	(0.82- 1.72)			1.12	(0.81- 1.56)
más de 48 hrs	1.09	(0.81- 1.47)			1.05	(0.80- 1.36)
Edad						
15- 30 años	1.00		1.00		1.00	
31- 50 años	0.67	(0.57- 0.77)**	0.78	(0.64- 0.95)*	0.78	(0.64- 0.95)*
más de 50 años	0.41	(0.32- 0.51)**	0.66	(0.49- 0.88)**	0.66	(0.49- 0.88)**
Escolaridad						
Sin escolaridad y primaria	1.00		1.00		1.00	
Secundaria	2.20	(1.82- 2.64)**	1.33	(1.04- 1.71)*	1.33	(1.04- 1.71)*
Preparatoria y bachillerato	3.12	(2.54- 3.84)**	1.74	(1.32- 2.30)**	1.74	(1.32- 2.30)**
Universidad y posgrado	3.72	(2.99- 4.62)**	1.55	(1.13- 2.12)**	1.54	(1.13- 2.12)**
Localidad						
Más de 15,000 hab.	1.00		1.00		1.00	
Menos de 15,000 hab.	0.66	(0.57- 0.76)**	0.82	(0.68- 0.99)*	0.82	(0.68- 0.99)*
Ocupación						
No manuales de alta calificación	1.00		1.00		1.00	
No manuales de baja calificación	0.60	(0.47- 0.78)**	0.70	(0.50- 0.96)*	0.69	(0.50- 0.96)*
Manual de alta calificación	0.39	(0.30- 0.52)**	0.59	(0.41- 0.84)**	0.59	(0.41- 0.84)**
Manual de baja calificación	0.61	(0.46- 0.80)**	0.86	(0.60- 1.23)	0.86	(0.60- 1.23)
Coefficiente de heterogeneidad			1.15E-05		1.45E-05	

Elaboración propia con datos de la ENNVIH I, II y III

** valor p < 0.01

* valor p < 0.05

ˆˆˆ valor p < 0.10

Cuadro 21. Asociaciones del consumo de tabaco y consumo de refresco de acuerdo con las condiciones de empleo y sociodemográficas en los hombres asalariados, México 2002- 2012

	Consumo de tabaco				Consumo de refresco			
	OR c	(IC 95%)	OR a	(IC 95%)	OR c	(IC 95%)	OR a	(IC 95%)
Horas de trabajo remunerado								
36- 48 hrs	1.00		1.00		1.00		1.00	
35hrs o menos	0.85	(0.63- 1.14)	1.09	(0.81- 1.46)	0.72	(0.60- 0.86)**	1.69	(0.56- 0.85)**
más de 48 hrs	1.39	(1.13- 1.72)**	1.21	(0.99- 1.47)**	0.76	(0.66- 0.87)**	0.86	(0.73- 1.00)**
Inseguridad y desprotección laboral								
No	1.00		1.00		1.00		1.00	
Sí	0.94	(0.70- 1.27)	0.62	(0.36- 1.09)	1.43	(1.17- 1.74)**	1.5	(0.96- 2.32)
Ya realizaba esa práctica								
No	1.00		1.00		1.00		1.00	
Sí	10.5	(8.75- 12.6)**	10.57	(8.74- 12.77)**	2.25	(1.98- 2.55)**	2.59	(2.25- 2.98)**
Nivel económico	1.04	(0.86- 1.26)	1.04	(0.92- 1.18)	1.13	(1.01- 1.25)*	1.09	(1.00- 1.19)**
Edad								
15- 30 años	1.00		1.00		1.00		1.00	
31- 50 años	0.93	(0.74- 1.17)	0.81	(0.65- 1.00)**	0.89	(0.77- 1.03)	0.84	(0.71- 0.99)*
más de 50 años	0.78	(0.56- 1.08)	0.70	(0.52- 0.93)*	0.86	(0.71- 1.05)	0.86	(0.69- 1.07)
Escolaridad								
Sin escolaridad y primaria	1.00		1.00		1.00		1.00	
Secundaria	1.13	(0.87- 1.46)	1.10	(0.87- 1.39)	1.09	(0.93- 1.28)	1.01	(0.84- 1.22)
Preparatoria y bachillerato	0.75	(0.55- 1.02)	0.82	(0.61- 1.10)	0.87	(0.72- 1.05)	0.98	(0.78- 1.22)
Universidad y posgrado	0.46	(0.32- 0.65)**	0.73	(0.51- 1.05)	0.69	(0.56- 0.84)**	0.75	(0.58- 0.97)*
Localidad								
Más de 15,000 hab.	1.00		1.00		1.00		1.00	
Menos de 15,000 hab.	0.63	(0.50- 0.79)**	0.84	(0.69- 1.03)	0.68	(0.59- 0.78)**	0.84	(0.72- 0.97)*
Ocupación								
No manuales de alta calificación	1.00		1.00		1.00		1.00	
No manuales de baja calificación	1.67	(1.09- 2.58)*	1.17	(0.77- 1.78)	1.11	(0.86- 1.44)	0.93	(0.70- 1.24)
Manual de alta calificación	2.10	(1.40- 3.39)**	1.05	(0.67- 1.64)	1.38	(1.06- 1.80)*	1.07	(0.78- 1.45)
Manual de baja calificación	1.96	(1.24- 3.09)**	1.34	(0.85- 2.10)	1.10	(0.83- 1.44)	1.00	(0.73- 1.38)
Coefficiente de heterogeneidad	2.31E-06				5.12E-03			

Elaboración propia con datos de la ENNVIH I, II y III

** valor $p < 0.01$

* valor $p < 0.05$

** valor $p < 0.10$

Finalmente, se repite el resultado encontrado en los datos transversales, el nivel educativo de universidad y posgrado disminuye significativamente el consumo cotidiano de estas bebidas. Además, también se observó que a mayor nivel económico mayor fue la posibilidad de consumir refresco, si bien para los hombres el valor p de esta asociación fue ligeramente mayor a 0.05. Por último, podemos ver que las personas que viven en localidades rurales tienden a consumir menos refresco que la población asalariada urbana.

En cuanto a las mujeres, en el Cuadro 22 se observa las asociaciones de la muestra panel para las mujeres asalariadas. En este cuadro se observa que al contrario de lo que ocurre en los hombres, en las mujeres no se encuentra asociación entre las horas de trabajo remunerado y la posibilidad de hacer ejercicio. Por otro lado, al igual que en los hombres a mayor nivel económico existe una mayor posibilidad de hacer ejercicio.

En el Cuadro 23 en cuanto al consumo de tabaco se muestra en las mujeres, a diferencia de los hombres, que a mayor nivel económico hay mayores momios de consumir tabaco. Además, en los resultados se puede ver que en las mujeres existe una relación significativa entre el consumo de tabaco y la estructura ocupacional. Además esta relación es marcadamente diferente en hombres y mujeres. En las mujeres el mayor estatus laboral aumenta la posibilidad de consumir tabaco, y la posibilidad de consumir tabaco va descendiendo conforme desciende el estrato ocupacional. En los hombres no hay un patrón estadísticamente significativo en cuanto al consumo tabaco y el ingreso, ni tampoco en relación con el nivel educativo y el tipo de ocupación, sin embargo, las direcciones que muestran los momios reflejan que los asalariados con menos posibilidad de consumir tabaco son aquellos que tienen empleos de alto estatus laboral y su posibilidad de consumir tabaco va aumentando conforme descienden de la estructura ocupacional.

Para terminar en cuanto al consumo de refresco podemos ver que las mujeres de mayor edad consumen menos refresco y que el nivel educativo de universidad y posgrado también disminuye los momios de consumir esta bebida. Por otro lado las mujeres asalariadas con mayor nivel económico consumen más refresco, pero esto puede tener que ver con que la variable nivel económico diferencia sólo los estratos muy bajos del resto, y en este sentido no diferencia a los estratos medios con los altos, quienes probablemente como se refleja con la variable nivel educativo, consuman menos refresco.

Finalmente, hay que resaltar que el análisis de la muestra panel (a diferencia del análisis transversal) nos permite estimar el “coeficiente de heterogeneidad”. El coeficiente de heterogeneidad nos dice la proporción de la varianza que se debe a la varianza entre individuos. El coeficiente de heterogeneidad nos dice entonces la importancia características individuales que no se pudieron medir con las variables utilizadas en el modelo. De las tres prácticas que medimos, el consumo de tabaco es la práctica donde se encontró el mayor coeficiente de correlación intragrupo, es decir que el porcentaje de varianza explicada por las diferencias inobservables entre individuos es muy alto, si bien disminuyó mucho en los modelos cuando se introdujo la variable de la práctica previa, pues ésta reflejó la mayoría de las diferencias entre consumir tabaco y no hacerlo.

Cuadro 22. Asociaciones del ejercicio en forma de rutina de acuerdo con las condiciones de empleo y sociodemográficas en las mujeres asalariadas, México 2002-2012

	Ejercicio en forma de rutina					
	OR c	(IC 95%)	OR a	(IC 95%)	OR i	(IC 95%)
Horas de trabajo remunerado						
36- 48 hrs	1.00		1.00		1.00	
35hrs o menos	1.02	(0.83- 1.26)	1.07	(0.83- 1.39)	1.24	(0.92- 1.66)
más de 48 hrs	0.84	(0.66- 1.08)	0.91	(0.67- 1.25)	1.04	(0.74- 1.47)
Inseguridad y desprotección laboral						
No	1.00		1.00		1.00	
Sí	0.77	(0.57- 1.0)	1.14	(0.61- 2.12)	1.17	(0.62- 2.17)
Ya realizaba esa práctica						
No	1.00		1.00		1.00	
Sí	2.88	(2.24- 3.68)**	2.36	(1.83- 3.05)**	2.36	(1.82- 3.04)**
Nivel económico	1.63	(1.37- 1.95)**	1.23	(1.04- 1.46)*	1.53	(0.62- 2.17)
Horas de trabajo remunerado* nivel económico						
36- 48 hrs	1.00				1.00	
35hrs o menos	0.6	(0.44- 0.94)*			0.69	(0.50- 0.97)*
más de 48 hrs	0.7	(0.45- 1.22)			0.71	(0.45- 1.10)
Edad						
15- 30 años	1.00		1.00		1.00	
31- 50 años	0.84	(0.69- 1.04)	1.02	(0.78- 1.32)	1.01	(0.78- 1.31)
más de 50 años	0.81	(0.58- 1.12)	1.21	(0.82- 1.79)	1.20	(0.81- 1.77)
Escolaridad						
Sin escolaridad y primaria	1.00		1.00		1.00	
Secundaria	1.74	(1.33- 2.27)**	1.68	(1.18- 2.40)**	1.70	(1.19- 2.43)**
Preparatoria y bachillerato	2.62	(1.97- 3.49)**	1.80	(1.20- 2.69)**	1.80	(1.20- 2.71)**
Universidad y posgrado	3.32	(2.48- 4.43)**	2.08	(1.36- 3.17)**	2.10	(1.38- 3.23)**
Localidad						
Más de 15,000 hab.	1.00		1.00		1.00	
Menos de 15,000 hab.	0.75	(0.61- 0.92)**	0.79	(0.62- 1.01)	0.79	(0.62- 1.02)
Ocupación						
No manuales de alta calificación	1.00		1.00		1.00	
No manuales de baja calificación	0.68	(0.51- 0.91)**	0.78	(0.56- 1.08)	0.79	(0.57- 1.10)
Manual de alta calificación	0.42	(0.28- 0.62)**	0.58	(0.33- 1.02)	0.60	(0.34- 1.05)
Manual de baja calificación	0.34	(0.25- 0.48)**	0.67	(0.44- 1.01)	0.68	(0.45- 1.03)
Coefficiente de heterogeneidad			1.06E-05		1.06E-05	

Elaboración propia con datos de la ENNVIH I, II y III

** valor p < 0.01

* valor p < 0.05

Cuadro 23. Asociaciones del consumo de tabaco y refresco de acuerdo con las condiciones de empleo y sociodemográficas en las mujeres asalariadas, México 2002- 2012

	Consumo de tabaco				Consumo de refresco			
	OR c	(IC 95%)	OR a	(IC 95%)	OR c	(IC 95%)	OR a	(IC 95%)
Horas de trabajo remunerado								
36- 48 hrs	1.00		1.00		1.00		1.00	
35hrs o menos	0.59	(0.39- 0.91)*	0.88	(0.58- 1.33)	0.79	(0.66- 0.94)	0.98	(0.82- 1.18)
más de 48 hrs	1.09	(0.69- 1.70)	1.02	(0.65- 1.60)	0.90	(0.73- 1.10)*	1.07	(0.86- 1.33)
Inseguridad y desprotección laboral								
No	1.00		1.00		1.00		1.00	
Sí	0.73	(0.42- 1.27)	2.47	(0.77- 7.94)	1.36	(1.05- 1.75)	0.91	(0.57- 1.44)
Ya realizaba esa práctica								
No	1.00		1.00		1.00		1.00	
Sí	42.5	(29.9- 60.4)**	42.5	(29.2- 61.6)**	3.00	(2.58- 3.48)**	3.20	(2.72- 3.75)**
Nivel económico	2.26	(1.53- 3.33)**	1.38	(1.07- 1.79)**	1.34	(1.18- 1.54)**	1.23	(1.10- 1.36)**
Edad								
15- 30 años	1.00		1.00		1.00		1.00	
31- 50 años	1.20	(0.81- 1.79)	0.93	(0.61- 1.41)	1.03	(0.86- 1.23)	0.89	(0.74- 1.08)
más de 50 años	0.62	(0.31- 1.22)	0.61	(0.33- 1.15)	0.62	(0.47- 0.81)**	0.59	(0.45- 0.78)**
Escolaridad								
Sin escolaridad y primaria	1.00		1.00		1.00		1.00	
Secundaria	1.48	(0.88- 2.50)	0.85	(0.51- 1.41)	1.39	(1.13- 1.72)**	1.28	(1.03- 1.60)*
Preparatoria y bachillerato	2.09	(1.17- 3.72)*	0.75	(0.41- 1.36)	0.91	(0.72- 1.15)	0.92	(0.70- 1.20)
Universidad y posgrado	2.27	(1.25- 4.13)**	0.80	(0.42- 1.52)	0.79	(0.62- 1.00)	0.72	(0.54- 0.96)*
Localidad								
Más de 15,000 hab.	1.00		1.00		1.00		1.00	
Menos de 15,000 hab.	0.15	(0.08- 0.28)**	0.57	(0.38- 0.86)**	0.77	(0.65- 0.92)**	0.85	(0.72- 1.01)
Ocupación								
No manuales de alta calificación	1.00		1.00		1.00		1.00	
No manuales de baja calificación	0.46	(0.26- 0.81)*	0.47	(0.28- 0.77)**	0.89	(0.68- 1.17)	1.04	(0.79- 1.37)
Manual de alta calificación	0.33	(0.15- 0.72)*	0.34	(0.15- 0.75)**	1.02	(0.72- 1.45)	0.91	(0.62- 1.33)
Manual de baja calificación	0.31	(0.16- 0.58)**	0.33	(0.17- 0.62)**	0.91	(0.69- 1.22)	1.10	(0.80- 1.50)
Coefficiente de heterogeneidad			6.17E-06				2.54E-07	

Elaboración propia con datos de la ENNVIIH I, II y III

** valor $p < 0.01$

* valor $p < 0.05$

ˆˆ valor $p < 0.10$

3.4. Principales resultados

Como conclusión de los resultados podemos decir que el análisis transversal y el análisis de la muestra panel, muestran resultados similares. Sin embargo, en esta investigación se sostiene que los resultados longitudinales tienen mayor poder puesto que la población en el análisis panel es más numerosa, y porque con este modelo se buscó observar si resultaban relevantes las condiciones socioeconómicas y laborales una vez que ya se realizaban las prácticas. En este sentido se presentan los principales resultados basándonos en el análisis longitudinal. Los principales resultados son los siguientes:

1. La matriz de correlaciones muestra una correlación muy baja entre las tres prácticas relacionadas con la salud estudiadas en este trabajo
2. Las prácticas en salud no son estables a lo largo de la vida, pueden ser contingentes y cambiar a lo largo del tiempo. De las tres prácticas estudiadas, la práctica menos estable es el ejercicio.
3. Existe una asociación entre menos horas de trabajo remunerado y mayor práctica de ejercicio en forma de rutina únicamente en los hombres y no en las mujeres asalariadas.
4. En las mujeres asalariadas encontramos que para estudiar los efectos en las prácticas se debe tomar en cuenta el tiempo de trabajo remunerado en su relación con el tiempo de trabajo doméstico.
5. El aumento del nivel económico y educativo aumenta la probabilidad de hacer ejercicio en forma de rutina en la población asalariada en México.
6. En los hombres asalariados existe una asociación, con un valor $p=0.052$ entre las horas de trabajo remunerado en exceso y la mayor posibilidad de consumir tabaco sin importar si ya se fumaba antes o no.
7. Una vez que se introduce la variable de la práctica anterior algunas variables dejan de tener importancia. Por ejemplo una vez que se empieza a fumar la probabilidad de continuar fumando es la misma para los hombres sin importar el nivel socioeconómico ni tu estatus laboral, la única variable medida en el modelo que cambian la probabilidad de fumar son las horas de trabajo remunerado en exceso.

8. Existe un patrón de consumo de tabaco en relación con la estructura ocupacional. Este patrón de consumo muestra que los hombres asalariados con mayor estatus ocupacional son quienes consumen tabaco en menor medida. En cambio, en las mujeres ocurre todo lo contrario, son las mujeres asalariadas con mayor estatus ocupacional las mayor probabilidad de consumir tabaco tienen.
9. A mayor nivel económico existe mayor posibilidad de consumir bebidas endulzadas de manera cotidiana tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo entre mayor nivel educativo menor es la probabilidad de consumir refresco de manera cotidiana.
10. Además, el nivel económico es una variable confusora entre la inseguridad laboral y el consumo de tabaco y bebidas endulzadas. En este sentido la inseguridad laboral no impacta o no se asocia con las prácticas relacionadas con la salud de manera directa.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

A continuación se interpretarán los resultados encontrados a partir del marco teórico expuesto en el primer capítulo y se discutirán los resultados de esta investigación con otros estudios similares sobre las prácticas en salud. Igualmente para discutir los resultados fue útil revisar literatura donde se utilizaron metodologías cualitativas para estudiar las prácticas en salud, como fue la investigación con entrevistas a trabajadores que hizo Mullen (1992), la etnografía a clínicas de salud de Lutfey y Freese (2005) y las narraciones fotográficas en el artículo de Haines- Saah (2013).

En esta investigación se buscó conocer la relación entre condiciones de empleo y prácticas en salud, para ello se utilizaron los datos de una encuesta a nivel nacional, las condiciones de empleo se midieron en dos dimensiones y se utilizaron tres indicadores de prácticas en salud.

En los resultados encontrados se observó que las condiciones laborales no inciden en un mismo sentido sobre todas las prácticas. Es decir, una misma dimensión del empleo, pudo tener un efecto positivo –en términos de salud- sobre una práctica y al mismo tiempo negativo sobre otra, o bien, no tener efecto. Esto es relevante porque al principio de la investigación se supuso que las determinantes sociodemográficas eran las mismas para las diferentes prácticas en salud. Así, en esta investigación se usó un mismo modelo para las tres prácticas, sin embargo este modelo resultó ser más explicativo para la práctica de ejercicio y mucho menos para el consumo de tabaco, donde las diferencias individuales inmensurables en el modelo responden a un porcentaje importante de la variación en esta práctica. Es decir, en los resultados se observó que cada una de las variables sociodemográficas y de empleo afecta de manera diferente a cada una de las prácticas. Esto es importante porque las políticas encaminadas a promover “estilos de vida saludables” tienen que tomar en cuenta las diferencias de las determinantes de cada una de las prácticas y no englobarlas en un único conjunto homogéneo.

Además, como se expuso en la teoría y se comprobó empíricamente con los datos de la ENNVIH, no existe un patrón en el que se dibujen dos grandes grupos poblacionales: uno con un estilo de vida saludable y otro no saludable. Estas poblaciones, que tienen prácticas o completamente saludables o completamente no saludables son más un estereotipo que una realidad medible. Es decir, las prácticas en salud son un conjunto incoherente de prácticas. Lo que refuerza que las prácticas relacionadas con la salud no son consecuencia de una “consciencia saludable” o la falta de ésta.

En ese sentido me parece importante retomar el trabajo de Kenneth Mullen (1992) en el que estudia las perspectivas de los trabajadores acerca de qué es lo que ellos consideran que puede afectar su salud en relación con sus trabajos. Entre sus conclusiones este autor señaló que los trabajadores eran conscientes de los daños en salud que el trabajo que desempeñaban podía ocasionarles y que, además, ellos mismos realizaban estrategias para reducir esos daños. En alguna de las entrevistas que realiza Mullen encuentra que muchos trabajadores realizan prácticas que él denomina de “compensación contradictoria” para disminuir los daños que el trabajo ocasiona en ellos. La práctica más común de “compensación contradictoria” fue el consumo de tabaco. Esta práctica, que puede ser vista como una práctica que realizan personas que no cuidan de su salud, fue para los trabajadores entrevistados una forma de lidiar con otros daños que ellos mismos percibían hacia su salud, como es la intensidad del trabajo y el estrés. En ese sentido una idea de consciencia saludable como la preocupación por el bienestar propio es una característica que fue común en todos los trabajadores y que no por ello, los lleva a tener prácticas coherentes respecto a los efectos en salud.

Ahora bien, en cuanto a los resultados de las asociaciones, vemos que la dimensión que se denominó inseguridad y desprotección social no se asoció con ninguna de las prácticas en salud evaluadas en este estudio. En este sentido, la presente investigación no concuerda con los estudios que han encontrado asociación entre el consumo de tabaco y la inseguridad laboral como el de Jung (2013) y Tsurugano (2012), y a su vez coincide con el hallazgo de Virtanen (2003) quien encontró que no hay asociación entre la inseguridad laboral y algunas prácticas en salud para los empleados en Finlandia. De esta manera, con la información disponible en la ENNVIH no podemos concluir que las prácticas en salud puedan ser un mecanismo mediador entre la inseguridad laboral y los resultados negativos en salud.

Además, lo que se refleja en los resultados es que la inseguridad laboral podría impactar en los hábitos sólo a través de otros elementos que reflejen la posición social de los individuos. Ya que se observa un efecto confusor, al introducir el nivel educativo y el nivel económico, desaparece la asociación entre inseguridad y ejercicio y lo mismo ocurre con el consumo de bebidas endulzadas. Por lo tanto cobran mucha importancia en los modelos las variables control de nivel educativo, nivel económico del hogar y tipo de ocupación, que son maneras, si bien limitadas, de medir la clase social, puesto que reflejan la desigual distribución de los recursos. En los resultados se observa que dichas variables son, de hecho, las que presentan más asociación con las prácticas.

Por otro lado, en cuanto a la dimensión del tiempo, uno de los principales resultados de esta investigación es que a nivel poblacional un menor número de horas de trabajo remunerado aumentó la posibilidad de hacer ejercicio en forma de rutina en los hombres asalariados pero no así en las mujeres asalariadas.

Desde una perspectiva de la disposición del tiempo libre, menos horas de trabajo remunerado generalmente significaría mayor posibilidad para realizar ejercicio como una actividad de ocio y por salud. Sin embargo, nuestra evidencia empírica muestra dos resultados diferentes: uno para los hombres que es acorde con la perspectiva de la disposición del tiempo libre, y otro para las mujeres, en el cual menos horas de trabajo asalariado no aumenta su posibilidad de hacer ejercicio.

Si bien en esta investigación no medimos cuánto tiempo dedican las mujeres asalariadas al trabajo en el hogar, utilizamos una variable proxy del trabajo doméstico la cual mostró que la posibilidad de hacer ejercicio en las mujeres asalariadas depende de la relación entre trabajo remunerado y trabajo doméstico. Las expectativas y las prácticas de género están tan profundamente incorporadas que las mujeres son más propensas que los hombres a superar limitaciones de tiempo para el trabajo doméstico. Así, las mujeres son más propensas a reducir su tiempo libre para cuidar a los niños y a reestructurar sus carreras laborales en respuesta a largas horas de trabajo de sus parejas (Fan, 2014). Además, aunque a menudo los hombres contribuyen menos horas al trabajo domésticos debido a las restricciones de tiempo a las que están sujetos en razón de su mayor participación en el mercado laboral, ellos también son menos propensos a participar en los trabajos domésticos aunque cuenten con tiempo libre, como lo

documenta el trabajo de Clara Márquez y Minor Mora (2014) sobre el uso del tiempo libre de los desalentados (quienes desisten de buscar trabajo): “Los hombres, en cambio, pese a su mayor disposición de tiempo, no se involucran de manera significativa en las actividades de reproducción social, de las unidades domésticas, prefiriendo dedicar mayor tiempo a las actividades de capacitación y educación” (Márquez, 2014: 526).

En este sentido el tiempo que no es dedicado al trabajo remunerado en los hombres podría significar un mayor tiempo de recreación que puede dedicarse al ejercicio y en este sentido obtener beneficios en salud. Entonces, como argumenta Wen Fan (2014) más que las horas de tiempo de trabajo remunerado individual, lo que tiene impacto en las prácticas en salud serían las inequidades de género que se muestran en los arreglos dentro de un hogar en cuanto a las horas de trabajo remunerado y doméstico. Wen Fan encontró que, en arreglos de pareja neo tradicionales -donde los maridos trabajan remuneradamente más horas que sus esposas- es menor la probabilidad de practicar ejercicio en las mujeres, pero mayor en los hombres. Lo que sugiere que las expectativas de género -sobre el trabajo y la familia- moldean la distribución del tiempo de manera que promueven prácticas para los hombres –como el poder hacer ejercicio y tener comida casera- pero limitan las prácticas saludables en las mujeres. De esta manera se propone que en investigaciones futuras se aborde el ejercicio en relación de las horas de trabajo remunerado, no sólo individual, sino también el tiempo de trabajo del cónyuge o de la pareja.

Igualmente en cuanto a la dimensión del tiempo se observó una asociación entre las jornadas en exceso de trabajo remunerado y una mayor probabilidad de fumar en los hombres asalariados. Esta asociación podría darse porque las largas jornadas de trabajo generan un mayor nivel de estrés en los trabajadores, y el consumo de tabaco sería una forma de lidiar con él. Esta asociación se ha observado en trabajos para otros países (Lallukka et al., 2008; Sung-Mi, 2013), sin embargo, la asociación debe seguirse explorando.

Por otro lado, un resultado importante es que el patrón de consumo de tabaco en la población asalariada difiere fuertemente de acuerdo al sexo. En los hombres mientras aumenta el nivel educativo disminuye la probabilidad de fumar, siendo mucho menor el consumo de tabaco en los hombres que tienen universidad o posgrado. La misma dirección se observa en cuanto a la estructura ocupacional, pues son los hombres con mayor estatus ocupacional los que menos fuman. En cambio, en las mujeres el nivel educativo y el estatus ocupacional muestran

la relación inversa. Así, las mujeres de mayor nivel educativo y mayor estatus laboral son las que más fuman. Si bien son pocos los estudios sobre el patrón socioeconómico del consumo de tabaco en los países en desarrollo, Nancy Flischer (2011) encuentra para Argentina resultados similares a los de esta investigación. En dicho estudio el alto nivel socioeconómico estuvo asociado con menos probabilidad de fumar para todos los grupos de edad en los hombres, en cambio en las mujeres el alto nivel socioeconómico estuvo asociado con mayor consumo de tabaco en la mayor parte de los grupos de edad, sin embargo en el grupo de mujeres más jóvenes se observó la misma relación que en los hombres. Es por ello que Flischer sostiene que está ocurriendo un cambio en el patrón de consumo de tabaco en el que el consumo se está concentrando en las poblaciones de bajo nivel socioeconómico. Así que mientras que la población con altos niveles educativos y económicos fueron los primeros en adoptar la práctica del consumo de tabaco, también son los primeros en modificar esta práctica en parte porque tienen mayores recursos para modificar dicho hábito.

Además, como sostiene Pampel (2005) el consumo de tabaco es una moda y su adopción, difusión y posterior disminución se puede entender a partir de los modelos de difusión de las innovaciones o las modas. El modelo de difusión describe que el proceso general comienza en partes relativamente pequeñas de la población para después dispersarse en la mayoría de los grupos poblacionales hasta que, eventualmente, empieza a descender. Pampel (2005) expone que la difusión del tabaco ha seguido ciertas etapas en varios países, primeramente el consumo de tabaco ha sido adoptado por la población masculina con alto estatus socioeconómico, posteriormente en una segunda etapa se difundió esta práctica a otros grupos poblacionales con menor estatus socioeconómico alcanzando una gran parte de la población masculina. En una tercera etapa la prevalencia en los hombres empezó a disminuir empezando por los hombres con mayor estatus socioeconómico, mientras que en las mujeres empezó a alcanzar altas prevalencias del consumo de tabaco. En las últimas etapas el consumo de tabaco descendió tanto en hombres como en mujeres, y permanece mayormente entre los grupos de bajo nivel económico (Pampel, 2005).

Ahora bien, el género juega un papel importante en dichas etapas. Tanto en hombres como en mujeres se observan las etapas del modelo de difusión de una moda que comienza primero en los estratos socioeconómicos más altos para después dispersarse en el resto de la

población. En los países en desarrollo es posible pensar que las mujeres tienen hoy el patrón de consumo que tenían los hombres hace cuarenta años. Por lo tanto, mientras el proceso de difusión del cigarro sigue y la moda cambia, las determinantes sociales de dicha práctica se modifican de una cohorte a otra, y dependiendo del momento de la difusión de la práctica la relación entre variables de estatus socioeconómico y el consumo de tabaco tendrán o una relación positiva o negativa.

En los resultados de esta investigación se observa claramente las diferencias de género en cuanto a la dirección de la relación de las determinantes socioeconómicas y la práctica del consumo de tabaco. En nuestros resultados se observa una relación negativa en la población masculina y positiva en la población femenina respecto del nivel socioeconómico. En ese sentido, México está en la fase en que el consumo de tabaco se ha dispersado por completo en todos los estratos de la población masculina y tiene una menor prevalencia en los niveles socioeconómicos más altos, mientras que en las mujeres el consumo es mayor en los estratos altos.

La práctica del consumo de tabaco fue una práctica masculinizada en sus inicios, se puede pensar que el aumento de la prevalencia de esta práctica en las mujeres tiene relación con una mayor equidad de género. En ese sentido, con los datos de la ENNVIIH se observa que la brecha de consumo de tabaco entre hombres y mujeres es menor conforme aumenta el nivel educativo. Sin embargo, esto no necesariamente tiene que ver con mayor equidad de género, como muestra Pampel (2005) la brecha entre hombres y mujeres en cuanto al consumo de tabaco está relacionada con el tiempo que lleve su consumo en cada país y no con la equidad de género. De hecho, la reducción en la brecha en esta práctica a nivel mundial refleja la desigualdad (más que la igualdad) en los diferentes momentos en los que se dio el inicio de ésta práctica y en su disminución y abatimiento.

Finalmente, se ha visto que en Estados Unidos (Cockerham, 2013) la brecha en la esperanza de vida entre hombres y mujeres está disminuyendo, esto se debe a que las mujeres han aumentado sus años de esperanza de vida en menor medida que los hombres, queda por estudiar si una causa de esto es que las mujeres hayan adoptado en mayor medida prácticas de riesgo que anteriormente eran sobre todo masculinas.

Para terminar, abordaremos las fortalezas y limitantes que presenta esta investigación. Una fortaleza de esta investigación es que no se conoce ningún estudio en México, con representatividad nacional, sobre las prácticas en salud de la población asalariada. En ese sentido resulta relevante conocer cómo se distribuyen algunas prácticas que repercutirán en la salud de esta población de acuerdo con las determinantes sociodemográficas clásicas y de acuerdo con sus condiciones de empleo. Además este trabajo es un esfuerzo por contribuir con las investigaciones que reflexionan entorno al trabajo y la salud, pues dicha relación ha sido casi olvidada en los estudios de salud en México.

Otro punto valioso de esta investigación es que se analizó la ENNVIH de manera panel, en sus tres mediciones, lo que mostró que si bien las prácticas son por disposición durables, no siempre se mantienen a lo largo de la vida de una persona, además hay prácticas que son menos estables que otras.

Por último, otra fortaleza de esta investigación es que se pudieron observar las diferencias de género en las prácticas relacionadas con la salud y en sus determinantes sociales. A diferencia de la mayoría de las investigaciones sobre prácticas en salud donde se controla por sexo, en este trabajo se estudiaron por separado las poblaciones de hombres y mujeres, lo que hizo posible evidenciar las desigualdades de género en sus prácticas en salud.

La principal de las limitaciones se encontró en los indicadores de las prácticas relacionadas con la salud. Debido a que la ENNVIH no es una encuesta especializada en salud no se encontraron muchos indicadores y los que estaban disponibles no siempre fueron útiles por la manera en cómo fueron formuladas las preguntas. Por ejemplo, la pregunta del consumo de refresco no es clara en su formulación ni es específica en cuanto a la cantidad y la frecuencia de este hábito. Debido a que la pregunta enuncia si al entrevistado le gusta acompañar sus alimentos con refresco, no podemos saber si efectivamente la persona consume refresco, ni la cantidad ni frecuencia de su consumo. En ese sentido, los resultados con este indicador son poco útiles y poco confiables. Además, no se cuenta con indicadores de otras prácticas de consumo alimenticio que hubieran podido ser relevantes como la frecuencia de consumo de alimentos con muchas calorías y poco nutritivos como la comida rápida. Tampoco se tuvo información de prácticas de prevención como son las revisiones médicas periódicas, indicador que hubiera sido importante en esta investigación.

Otra limitante importante es que existen pocas investigaciones sobre la relación entre prácticas en salud y las condiciones de empleo. Así, no se pudo tener un modelo previo sobre la asociación que sirviera de guía. Además, las investigaciones que existen han sido realizadas en países poco comparables con las condiciones laborales en México, por lo que la comparabilidad de los resultados resulta poco adecuada.

Otra limitante que me gustaría resaltar es que los estudios de las prácticas en salud se han hecho en la población total y no en la población asalariada. En ese sentido las variables de control escogidas provienen de la literatura para la población en general, sin embargo, dado que la población asalariada es mucho más homogénea en cuanto a nivel económico y nivel educativo que la población total, los efectos de dichas determinantes sociales clásicas sobre las prácticas en salud no son tan marcadas.

En este sentido faltó incluir en los modelos variables que fueran indicadores más específicos de las diferencias de la población asalariada. Por ejemplo, hubiera sido útil incluir en el modelo algún indicador de satisfacción con el trabajo, si bien este indicador no se encuentra en la encuesta, se piensa que es relevante para entender la asociación entre las prácticas que están relacionadas con la salud y el trabajo, esto lo señala Mullen (1992). Además, sería también necesario tomar en cuenta las condiciones de trabajo (y su interacción con las condiciones de empleo) como es el puesto de trabajo, y sus condiciones de seguridad, ergonómicas, higiénicas y psicosociales.

Además, me gustaría discutir algunas implicaciones de utilizar el concepto de “prácticas en salud”. La primera es reconocer que las acciones que afectan la salud no son siempre racionales, ni volitivas, lo cual se pudo ver en los resultados de esta investigación. Pero además, al utilizar este concepto se enfatiza la importancia del carácter relacional de las prácticas. Es decir, el concepto de “prácticas” hace énfasis en que cada individuo lleva a cabo acciones dentro de un conjunto de reglas y relaciones sociales en específico. Sin embargo, si bien las condiciones de empleo son ya de carácter relacional, la metodología utilizada en este trabajo no permite observar las reglas e interacciones sociales entre las personas. Frohlich (2001) sostiene que si bien las encuestas estudian conjuntos de individuos con características particulares, no pueden tomar en cuenta los contextos específicos y las relaciones sociales que ocurren entre los individuos. A mi parecer, esto tiene que ver con lo que se entiende por “contexto social” en la

epidemiología, a diferencia de lo que entienden por “contexto social” desde las teorías sociológicas de donde viene el concepto de “prácticas”. En epidemiología “contexto social” es el conjunto de características individuales (de empleo, nivel educativo, nivel económico, lugar donde se habita), mientras que para la teoría de las prácticas el “contexto social” es el conjunto de relaciones entre los individuos Frohlich sostiene que: *“The issue thus stated is that we need to go beyond the enumeration of, and the attribution of direct causation to, variables in social epidemiology. The variables used in social epidemiology represent social relations rather than objectified concepts”* (Frohlich, 2001:781).

El conjunto de relaciones sociales entre los individuos es importante para estudiar las prácticas porque generan reglas implícitas dentro de ciertos espacios y porque el significado de las mismas se construye también a través de la relación y de las prácticas de otros. Así, por ejemplo, para entender mejor el consumo de tabaco en una ciudad resultaría necesario conocer las relaciones que se dan las personas que fuman, con quién se fuma, los lugares donde se fuma, cuándo se fuma, y cómo se percibe el fumar (Frohlich, 2001: 794).

Las diferencias de lo que se entiende por “contexto social” se refleja en el concepto construido por Cockerham (1997) *“health lifestyles”* y su diferencia con el concepto de estilos de vida construido desde la sociología. Para Cockerham los estilos de vida relacionados con la salud son patrones colectivos de hábitos relacionados con la salud, resultado de elecciones dentro de un conjunto de posibilidades: *“collective patterns of health-related behavior based on choices from options available to people according to their life chances”* (Cockerham, 1997: 337).

Si bien Cockerham postula que basa su concepto en el de Giddens (1995), Cockerham no pone énfasis dentro de su conceptualización a la construcción de la identidad ni de los significados como parte fundamental de las prácticas que conforman los estilos de vida. De acuerdo con Giddens: “Un estilo de vida puede definirse como un conjunto de prácticas más o menos integrado que un individuo adopta no sólo porque satisfacen necesidades utilitarias, sino porque dan forma material a una crónica concreta de la identidad del yo” (Giddens, 1995:103). Así, Giddens resalta que los estilos de vida no son sólo conjuntos de prácticas sino que son formas de construir la identidad.

En ese sentido, el concepto de estilos de vida relacionados con la salud de Cockerham difiere, o es una aproximación parcial, del concepto estilos de vida de Giddens. La metodología utilizada por Cockerham se aproxima al concepto de “contexto social” de manera diferente a como se entiende desde las ciencias sociales. En contraposición al concepto de Cockerham, hay un grupo de investigadores en salud pública de Berkeley y de la Universidad de Montreal, que acuñaron el término “*collective lifestyles*”, quienes realizan investigaciones enfatizando la importancia de los significados, la percepción y las representaciones sociales de las prácticas relacionadas con la salud. Así, este grupo de investigadores sugiere que parte del problema recae en el uso inapropiado de los métodos “clásicos” utilizados por los epidemiólogos para estudiar el contexto (Frohlich, et al., 2001: 776).

Así pues una de las implicaciones prácticas en términos de un quehacer profesional para los investigadores en las ramas de la salud pública, epidemiología social y salud ocupacional es que se requieren más investigaciones cualitativas que nos ayuden a entender por qué se observan las relaciones estadísticas que se van encontrando en los estudios epidemiológicos realizados con encuestas. Por ejemplo, recientemente ha habido un crecimiento relativo de las investigaciones que asocian la precariedad laboral y el empleo informal con la mala salud autoreportada y la mala salud mental. Sin embargo, no sabemos completamente cómo ni por qué ocurre esta relación.

Otra de las implicaciones prácticas de esta tesis es que se pone en el centro de la investigación las prácticas en salud como mecanismos de carácter social (que impactan en lo biológico) sobre los que es posible intervenir positivamente mediante la mejora de las condiciones de empleo. En ese sentido la razón última de esta investigación desde la salud laboral, como parte de la salud pública, es en términos de prevención.

De esa manera, de acuerdo con los resultados de esta investigación, es necesario hacer énfasis en que es posible promover hábitos saludables en la población mediante la regulación efectiva de las horas de trabajo remunerado. Primero porque según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México es el segundo país (entre los países de la OCDE) con mayor porcentaje de empleados con largas jornadas de trabajo, pues 29% de ellos trabajan 50 horas o más a la semana, mientras que el promedio de la OCDE es 13% (OCDE, 2016). Datos similares se encontraron en esta tesis, así en el Cuadro 15 se observa que de

acuerdo con la última ronda de la ENNVIIH 36% de los hombres empleados y 21% de las mujeres trabajaban más de 48 horas por semana.

Y segundo porque (en concordancia con los resultados de esta tesis) en el informe “Balance vida- trabajo” de la OCDE (2016) se expone que “un horario más reducido de trabajo remunerado para las mujeres no necesariamente equivale a más tiempo de ocio (...), las mujeres con hijos y que trabajan son las que sufren en mayor medida de pobreza del tiempo”. Por ello, se deben ampliar los derechos de licencia de maternidad y paternidad y aumentar los Programas de Estancias Infantiles para madres trabajadoras. Según el mismo informe (OCDE, 2016) las mexicanas dedican 4 horas más al día que los hombres en labores de cuidado de otros y del hogar. Esas restricciones de tiempo complican el balance entre la vida y el trabajo de las mujeres, sobre todo porque el porcentaje de madres solteras es cada vez mayor, lo que tiene impacto en la salud de las mujeres.

Por otro lado y para terminar me gustaría incluir en esta discusión, algunas de las implicaciones en políticas públicas respecto de las prácticas en salud, en específico del control del consumo de tabaco que se enfocan en una política de “desnormalización”. La desnormalización del tabaco son todos los programas y acciones encaminados a inculcar y reforzar la idea de que el consumo de tabaco no es una actividad normal, común y corriente en nuestra sociedad. Las estrategias de desnormalización ha incluido limitar los espacios para fumar, restringir la forma en cómo se vende el tabaco, e informar al público acerca del peligro de fumar y del humo de cigarro (Bell, 2010). Estas políticas han sido eficaces en la reducción del consumo de tabaco: de esta manera en 40 años Estados Unidos redujo a la mitad su porcentaje de consumidores de tabaco. Sin embargo dichas estrategias incidentalmente, pero inevitablemente, han estigmatizado este consumo. La separación y congregación en lugares designados al aire libre -que además por lo general son angostos, poco confortables, poco agradables, etc.- genera una hipervisibilidad de las personas que fuman (Haines- Saah, 2013), provocando cierta exclusión social. En una investigación (Haines- Saah, 2013) sobre la narración de las personas que dejaron de fumar y que vivían en Vancouver²³ donde el consumo

23 que es una ciudad que se ha promovido a sí misma como un lugar con un estilo de vida saludable con acceso a ambientes naturales, como el mar y la montaña, con acceso actividades al aire libre, el uso de la bicicleta, deportes, etc.

de tabaco tiene restricciones más fuertes que en otros lugares, la autora encontró que la estigmatización y la exclusión social que sentían las personas que fumaban en Vancouver era una de las principales causas por las que los entrevistados dejaron de fumar. Así, una entrevistada dijo que mientras fumaba se sentía excluida de la dinámica de la ciudad: “*You’re making the city look bad*” (Haines- Saah, 2003:23).

Entonces, parece necesario preguntarse ¿es válido hacer una política de control de consumo de tabaco a través de estigmatizar a quienes fuman?. Para Bayer (2008) la estigmatización es válida en tanto reduce la mortalidad y la morbilidad en la población. Por otro lado, Kirsten Bell nos dice que la estigmatización del cigarro es contraria a la política aceptada globalmente para tratar otras adicciones como el consumo de drogas. Donde se reconoce que es crucial des-estigmatizar el consumo de dichas sustancias para fomentar el acceso oportuno al cuidado y mejoramiento de la salud entre las personas con adicciones (Bell, 2010: 795). Así, internacionalmente el objetivo de des-estigmatización ha sido reducir las barreras para que las personas con adicciones puedan acceder amplia y libremente a los servicios de salud. Además, la política de estigmatización podría tener un efecto contrario, es decir, que las personas que fuman continúen haciéndolo como una forma de rebeldía contra las imposiciones y normas sociales y como una forma de identificación con la minoría que fuma. En ese sentido, es posible que las políticas de estigmatización mantengan o aumenten las desigualdades en el consumo de tabaco en vez de reducirlas.

Pero sobre todo, es necesario que las iniciativas acerca del consumo de tabaco incluyan la visión de las personas que fuman, ya que en los programas de control de tabaco las voces y la participación de las personas que fuman están completamente ausentes. Para que estas iniciativas puedan ser más efectivas tendrían que incluir lo que las y los fumadores piensan, sienten y necesitan (Poland, 2006). Incluir la visión de las personas que fuman dentro del diseño de políticas de salud sería además reconocer que estas personas no son personas faltas de voluntad, información o que no se preocupan por su salud.

CONCLUSIONES

La conclusión más importante de esta investigación es que las prácticas en salud no se observan en las personas asalariadas como un conjunto coherente de prácticas que se puedan englobar en conceptos homogéneos como el de “estilos de vida saludables” o “no saludables”. Por el contrario, las personas realizan algunas prácticas que pueden beneficiar su salud y al mismo tiempo otras que pueden perjudicarla.

Lo anterior es un contraargumento de las teorías que hablan de “características latentes” como la “consciencia saludable” para explicar las desigualdades en las prácticas relacionadas con la salud. De acuerdo con la teoría de las “características latentes” las personas que tienen “consciencia sobre su salud” y que “se preocupan” por ella serían propensas a realizar todo un conjunto de prácticas coherentes con el cuidado de su salud. Sin embargo, lo que ocurre mayormente, es que una misma persona realiza constantemente prácticas que promueven y protegen su salud, y al mismo tiempo también prácticas que pueden perjudicarla. Como se mostró en la matriz de correlaciones entre las tres prácticas estudiadas en esta investigación, si una persona realiza una práctica considerada como saludable no será más propensa a realizar otras prácticas en la misma dirección.

Además nuestro hallazgo sobre las prácticas en salud como un conjunto de prácticas heterogéneas en sus resultados en salud para el caso de la población asalariada en México, se complementa con lo que se encontró en la literatura. Mullen (1992) a través de entrevistas encuentra que los trabajadores neerlandeses son conscientes de los daños que su empleo puede ocasionar sobre su salud y por lo tanto llevan a cabo estrategias para contrarrestar esos daños, a pesar de que algunas de esas prácticas “compensatorias”, como las llama el autor, pueden tener otros efectos nocivos para la salud. Es el caso del consumo de cigarro que para algunos trabajadores es una forma de contrarrestar el cansancio y el estrés laboral, a través de tener espacios cortos de descanso y despeje mientras fuman un cigarro. En este sentido, el consumo de cigarro es una estrategia para lidiar con otros daños que el trabajo genera en la salud de los empleados. Es una práctica compensatoria y no una falta de “conciencia saludable” pues los trabajadores identifican, perciben y están conscientes de los daños que tiene el tabaco y el trabajo

en su salud. Para Mullen (1992: 95) las prácticas compensatorias hacen referencia a un equilibrio implícito que se encuentra en los trabajadores de todas las clases sociales.

Reconocer que las personas no llevan a cabo un conjunto coherente de prácticas tiene impacto sobre las políticas públicas ya que generalmente se promociona el dejar de fumar junto con la promoción de la actividad física (para evitar que al dejar de fumar se aumente de peso o como forma de luchar contra la ansiedad, etc.), así, durante mucho tiempo ha sido promovido el “dejar de fumar y mantenerse activo” en formas que asumen que las personas que fuman son también inactivos o poco saludables en otras prácticas. Sin embargo, de acuerdo con los datos de esta investigación, del total de la población asalariada en México que fumaba en 2002, 25% también realizaba ejercicio de forma cotidiana. Y proporciones similares del total de la población que no fumaba, 26% hacía ejercicio. Es decir, en cuanto a tabaco y ejercicio parece igualmente frecuente realizar dos prácticas contradictorias en términos de salud, que dos prácticas coherentes.

La noción de que la “conciencia saludable” puede explicar las desigualdades en las prácticas se ha arraigado fuertemente en la promoción de la salud, la cual se ha enfocado en fomentar y promocionar la consciencia saludable y la autogestión, en México por ejemplo con campañas de promoción de la conciencia saludable como la campaña nacional “muévete, mídete, chécate”. La promoción de la salud en ese sentido conceptualiza los hábitos relacionados con la salud como decisiones individuales y racionales que tendrían una intención dentro de un marco de costo beneficio y que tendrían como finalidad última mejorar, cuidar y proteger la salud.

Sin embargo en esta investigación se resalta la idea de que las prácticas en salud, como el hacer ejercicio y el no fumar, no son siempre racionales, ni responden a un análisis costo beneficio porque pueden ser importantes para las personas, pero no por razones de salud. O que los beneficios en la salud de las prácticas saludables sean únicamente incidentales y no la razón principal para adoptar o abandonarlas (Blaxter, 1990).

Además, en esta investigación encontramos que las prácticas en salud van cambiando a lo largo del curso de vida de las personas y por lo tanto dependen de la edad y de los eventos de vida de una persona. Es decir las prácticas en salud no son prácticas constantes a lo largo del

tiempo, sino que son más bien prácticas que pueden ocurrir a en un momento de la vida y luego dejar de realizarse. De las tres prácticas estudiadas en esta investigación, la práctica menos estable en el tiempo fue la práctica de ejercicio en forma de rutina. Mientras que fueron más estables el consumo de refresco y más aún el de tabaco. Al mismo tiempo la práctica de ejercicio fue la que mayormente se asoció con los factores socioeconómicos medidos en esta investigación, lo que refleja la contingencia de la práctica de ejercicio y su relación con los recursos.

Además de que las prácticas cambian a lo largo del curso de vida, se observó que estas no se distribuyen de manera aleatoria en la población sino que dependen de factores socioeconómicos y laborales. En ese sentido se encontró que el tiempo de trabajo remunerado es una determinante social de las prácticas en salud de los hombres asalariados, pues se observó que largas horas de trabajo remunerado disminuyen la posibilidad de hacer ejercicio en forma de rutina. Y de manera análoga aumentan la probabilidad de fumar.

En las mujeres el efecto de las horas de trabajo remunerado sobre la práctica de ejercicio dependió del nivel de trabajo doméstico que se midió con la variable del número de miembros del hogar menores de 15 años. En la interacción entre trabajo remunerado y doméstico encontramos que las horas de trabajo remunerado no impactaban en la práctica de ejercicio porque no se estaba tomando en cuenta el trabajo doméstico.

Por lo que podemos concluir que el empleo impacta en las prácticas en salud a través del tiempo de trabajo remunerado o no. Además se reconoce que hace falta estudiar el tiempo de trabajo a partir del control de los horarios, así como el tiempo de trabajo del cónyuge o la pareja (Fan, 2014).

Otro factor determinante de las prácticas en salud fueron las diferencias de género. El patrón de consumo de tabaco en la población asalariada reflejó las desigualdades de género y del estatus laboral, pues los hombres en ocupaciones de alto estatus laboral son los que menos probabilidad de fumar tienen. En cambio, las mujeres de alto estatus laboral son las que más fuman. Además, la prevalencia en las mujeres altamente educadas y con ocupaciones calificadas casi alcanza la prevalencia del consumo en los hombres con las mismas características. Lo anterior lejos de reflejar mayor equidad de género, refleja las desigualdades existentes en el

proceso de difusión de una moda, como es el consumo de cigarro, que empezó primero en los hombres de estratos altos, para después difundirse en el resto de la población masculina y en las mujeres, pero empezando también por los estratos altos.

Por último, las condiciones de empleo como la inseguridad y desprotección social no se asociaron con las prácticas en salud de la población asalariada. Sino que más bien impactaron sobre las prácticas las variables de nivel educativo, nivel económico y tipo de ocupación, las cuales reflejan la posición social de los individuos y la posesión de recursos. Sin embargo, esta relación no siempre fue positiva, es decir, el mayor nivel socioeconómico no aumentó en todos los casos la probabilidad de realizar prácticas consideradas como saludables. Este fue el caso del consumo de tabaco en las mujeres como ya expusimos previamente, que tuvo una relación inversa con el nivel socioeconómico. Dicho resultado parece opuesto al marco teórico de las causas fundamentales de Link y Phelan (1995), sin embargo Karen Lutfey y Jeremy Freese (2005) sostienen que la relación entre nivel socioeconómico y salud no requiere que todos los mecanismos de asociación entre ambos sean positivos. Estas autoras sostienen que existen “*countervailing mechanisms*” que pueden actuar en el sentido opuesto a la relación fundamental. Sin embargo, el efecto en el sentido contrario será pequeño, comparado con el efecto acumulativo del nivel socioeconómico que de manera conjunta sigue mostrando una relación positiva con la salud. De acuerdo con las autoras la característica de los “mecanismos compensatorios” es que son comportamientos que mantienen o realzan el estatus social y que a la vez socaban o minimizan los tratamientos del cuidado a la salud. En ese sentido la relación entre nivel socioeconómico y las prácticas saludables puede ser también negativo.

BIBLIOGRAFÍA

- Ariza, Marina y Orlandina de Oliveira, 2014, “Viejos y nuevos rostros de la precarización en el sector terciario”, en: Rabell, Cecilia (coord.). *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*. México, DF, Fondo de Cultura Económica, pp. 672-703.
- Bagrichevsky, Marcos, 2009, “Del “cuerpo saludable” que se (des)constituye”, *Revista Brasileira de Ciencias do Esporte*, vol. 30, núm. 3, Brasil.
- Bayer, R., 2008, “Stigma and the ethics of public health: not can we but should we”, *Social Science & Medicine*, vol. 67, pp. 463- 472.
- Bayón, Cristina, 2006, “Precariedad social en México y Argentina: tendencias expresiones y trayectorias nacionales”, *Revista de la CEPAL*, vol.88, pp. 133- 151
- Bell, Kirsten et al., “Smoking, stigma and tobacco denormalization: Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on Social Science & Medicine’s Stigma, Prejudice, Discrimination and Health Special Issue”, *Social Science & Medicine*, vol. 70, pp. 795- 799.
- Benach, Joan et al., 2010, Six Employment Conditions and Health Inequalities: a descriptive overview. *International Journal of Health Services*. Vol. 40, núm. 2, pp. 269- 280.
- Benach, Joan et al., 2014, Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. *The Annual Review of Public Health*, pp. 229-53.
- Benach, Joan y Jódar, Pere [blog de periódico web], 2015, “La precarización está en todas partes: el trabajo no debe ser una mercancía”. Madrid, España. *Diario Público*. 12 de marzo de 2015.
- Benavides, Fernando, et al., 2006, “Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms?”, *Occupational Environmental Medicine*, vol. 63, pp. 416- 421.

- Blaxter, Mildred, 1990, *Health & lifestyles*, Routledge, London.
- Blaxter, Mildred, 2010, *Health*. 2nd ed. Cambridge. Polity . Gran Bretaña.
- Bourdieu, Pierre, 1979, *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Taurus. Madrid.
- Bourdieu, Pierre, 2007, *El sentido práctico*. Siglo XXI. México, D.F.
- Burgard, Sarah A. y Ailshire, Jernnifer A., 2009, Putting Work to Bed: Stressful Experiences on the Job and Sleep Quality. University of Michigan. Journal of Health and Social Behavior, vol. 50, pp. 476- 492.
- Centre for Multilevel Modelling, 2014. Module 15 (Concepts): Multilevel Modelling of Repeated Measures Data.
- Cockerham, William C., 2013, *Social Causes of Health and Disease*. Polity Press, Cambridge.
- Cockerham, William C. et al., 1997, Coceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber, *The Sociological Quarterly*, vol. 38, No. 2 pp. 321- 342.
- Courtenay, Will H., 2000, “Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: a theory of gender and health”, *Social Science & Medicine*, vol. 50, pp. 1385-1401.
- Cristensen, Vibeke y Richard Carpiano, 2014, Social class differences in BMI among Danish women: Applying Cockerham’s health lifestyles approach and Bourdieu’s theory of lifestyle, *Social Science & Medicine*, vol. 112, pp. 12- 21.
- De Maio, Fernando, 2011, Understanding chronic non-communicable diseases in Latin America: towards an equity based research agenda. *Globalization and Health*, pp. 7-36.
- Drancourt, Chantal Nicole, 1990, “Organisation du travail des femmes et flexibilité de l’emploi”, *Sociologie du Travail*, vol. 32, no. 2, pp. 173- 193.
- ENNVIH, s.f.a, *Preguntas frecuentes*, ENNVIH-MXFLS, <<http://www.ennvih-mxfls.org/faq.html>>, consultado el 28 de abril de 2016.

- ENNVIH, s.f.b, *Datos y documentos. Tercer ronda*, ENNVIIH-MXFLS, < http://www.ennvih-mxfls.org/assets/ehh09cb_bc.pdf>, consultado el 28 de abril de 2016.
- Escobar Mercado, Modesto et al., 2009, Análisis de datos con Stata. Colección “Cuadernos metodológicos”, núm. 45. Centro de investigaciones sociológicas, ed. Montalbán, Madrid.
- Filmer, D., y LH Pritchett, 2001, "Estimating Wealth Effect Without Expenditure Data or Tears: An Application to Educational Enrollments in States of India.", *Demography*, vol. 38, núm. 1, pp. 15-32.
- Fleischer, Nancy et al., 2011, Socioeconomic Patterning in Tobacco Use in Argentina, 2005. *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 13, núm. 10, pp. 894- 902.
- François, M., 1991, Le travail temporaire en milieu industriel. Incidences sur les conditions de travail et la santé des travailleurs. *Le Travail Humain* [en línea]. Presses Universitaires de France. Vol. 54, No. 1, pp. 21-41.
- Frohlich, Katherine, et al., 2001, A theoretical proposal for the relationship between context and disease, *Sociology of Health & Illness*, vol.23, núm. 6, pp. 776- 797.
- Gaëlle Santin, et al., 2003, Depressive Symptoms and Atypical Jobs in France. *Decennial Health Survey*. Occupational Health Department, French Institute for Public Health Surveillance, Saint-Maurice, France.
- García, Brígida, 2011, Las carencias laborales en México: conceptos e indicadores. *Trabajos atípicos y precarización del empleo*. Edith Pacheco, Enrique de la Garza, Luis Reygadas, coords. 1ª ed. México, D.F. El Colegio de México. Centro de Estudios Demográficos, urbanos y ambientales.
- Giddens, Anthony, 1995, *Modernidad e Identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*, Ediciones Península. Barcelona, pp. 291
- Gretchen, Flores-Sandí, 2006, “Presentismo”: Potencialidad en accidentes de salud. *Acta Médica Costrricense* (AMC), vol. 48, núm. 1.

- Gutiérrez, JP, et. al., 2012, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Haines- Saah, Rebecca, 2013, “It is just not part of the culture here: Young adult’s photo-narratives about smoking, quitting, and healthy lifestyles in Vancouver, Canada”, *Health & Place*, vol. 22, pp. 19- 28.
- Hernández, Bernardo y Eduardo Velasco-Mondragón, 2000, *Encuestas transversales*. Salud Pública de México / vol.42, no.5, septiembre-octubre.Dirección de Epidemiología, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- INEGI, 2004, “Diseño de Muestra: Línea Basal de ENNVIH-1”, *Documentación auxiliar*, ENNVIH-MXFLS y Dirección de Diseño y Marcos Estadísticos del INEGI, <http://www.ennvih-mxfls.org/assets/ennvih-1_muestra.pdf>, consultado el 28 de abril de 2016.
- INEGI, 2005, Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo cifras durante el primer trimestre de 2015. 15 de mayo. Aguascalientes, México.
- INEGI, s.f.a, *Glosario*, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/glosario/Default.aspx?ClvGlo=EHENOE15mas&s=est&c=33309>>, consultado el 28 de abril de 2016.
- INSP, 2014, “Prevalencia y tendencia de inactividad física en adultos Mexicanos: Resultado dela Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006- 2012”, *CINyS, Epidemiología de la nutrición*, 12 de Febrero de 2014, <<http://www.insp.mx/cinys-epidelanutricion/prev-tendencia-inactividad-fisica-adultos-mexicanos-ensanut.html>>, consultado el 28 de abril de 2016.
- Johnson, Sally y Christine Horrocks, 2014, “A socially situated approach to inform ways to improve health and wellbeing”. *Sociology of Health and Illness*. Vol. 36 No. 2, pp. 175-186
- Jung Y, Oh J, Huh S, Kawachi, 2013, The Effects of Employment Conditions on Smoking Status

- and Smoking Intensity: The Analysis of Korean Labor & Income Panel 8th–10th Wave, *PLoS ONE*, núm. 8, vol. 2.
- Korp, Peter, 2010, “Problems of the Healthy Lifestyle Discourse”, *Sociology Compass*, 4/9, pp. 800- 810.
- Landsbergis, Paul A., Grzywacz, Joseph G y LaMontagne, Anthony D., 201, “Work Organization, Job Insecurity, and Occupational Health Disparities”, *Science Direct MA, Medicine*.
- Laurell, Asa Cristina, 1978, “Proceso de trabajo y salud”. *Cuadernos Políticos*, núm. 17, Editorial Era. México, D.F. 59-79
- Laurell, Asa Cristina, 1989, *Social Analysis of Collective Helth in Latin America. Social Science & Medicine*, vol. 28, núm. 11. Gran Bretaña, pp. 1183-1191
- Link, Bruce G. y Phelan, Jo., 1995, Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, Extra Issue: Forty Years of Medical Sociologý: The State of the Art and Directions for the Future, p.p. 80-94.
- López, María, et al., 2015, “Informal employment and health status in Central America”, *BioMed Central Public Health*, 15, 698.
- Mahalik, James, et al., 2007, “Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men’s health behaviors”, *Social Science & Medicine*, vol. 64, pp. 2201-2209.
- Maruani, Margaret y Chantal Nicole, 1987, “Du travail à l’emploi: l’enjeu de la mixité”, *Sociologie du Travail*, vol. 29, no. 2, pp. 237- 250
- Marx, Karl., 2013, *Manuscritos de economía y filosofía, 1818-1883*, Alianza, Madrid.
- Menéndez, Eduardo L., 1998, “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”, *Estudios Sociológicos XVI*, vol. 46, pp. 37- 67.
- Moen, Phyllis et. al., 2011, Changing Work, Changing Health: Can Real Work- Time Flexibility

- Promote Health Behaviors and Well- Being?, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 52 núm. 2, p.p. 404- 429.
- Montero. R (2011): Efectos fijos o aleatorios: test de especificación. Documentos de Trabajo en Economía Aplicada. Universidad de Granada. España.
- Mora Salas, Minor, 2012, La medición de la precariedad laboral: problemas metodológicos y alternativas de solución. *Trabajo*, año 5, núm. 9, enero-junio, Tercera época. México, D.F.
- Márquez Scotti, Clara y Minor Mora Salas, 2014, “Inequidad de género y patrones de uso del tiempo” en Brígida García y Edith Pacheco, coordinadoras, *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México*, 1a. ed., México, D.F
- Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, Vallebuona C, Ibáñez C, Benach J, et al., 2012, Clase social y salud en América Latina. *Revista Panameña de Salud Pública*, pp. 166–75.
- Mullen, Kenneth, 1992, “A question of balance: health behaviour and work context among male Glaswegians”, *Sociology of Health & Illness*, núm. 14, núm. 1.
- Nettleton, Sarah y Judith Green, 2014, “Thinking about changing mobility practices: how a social practice approach can help”. *Sociology of Health and Illness*, vol. 36, núm. 2, pp. 239- 251.
- Newsom, Jason T. et al., 2004, “The health consciousness myth: implications of the near independence of major health behaviors in the North American population”, *Social Science & Medicine*, vol. 60, pp. 433- 437.
- Olaiz-Fernández, G, et. al., 2006, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- OCDE, 2016, “Balance vida- trabajo”, *OCDE Better Life Index*, en <<http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/work-life-balance-es>>, consultado el 22 de junio de 2016.

- Oliveira, Orlandina de y Marina Ariza, “Trabajo, familia y condición femenina: una revisión de las principales perspectivas de análisis”, *Papeles de Población*, vol. 5, núm. 20, pp. 89-127.
- Pampel, Fred, 2001, “Cigarette diffusion and sex differences in smoking”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 42, núm. 4, pp. 388- 404
- Pampel, Fred, 2002, “Cigarette use and the narrowing sex differential in mortality”, *Population and Development Review*, vol. 28, núm.1, pp. 77- 104.
- Pampel, Fred, 2005, “Diffusion, cohort change, and social patterns of smoking”, *Social Science Research*, vol. 34, núm. 1, pp. 117- 139.
- Pampel, Fred et al., 2010, “Socioeconomic disparities in Health Behaviors”, *Annual Review of Sociology*, vol. 36, pp. 349- 70.
- Pedraz, Vicente M., 2007, “La construcción de una ética médico-deportiva de sujeción: el cuerpo preso de la vida saludable”, *Salud Pública*, México, vol. 41, pp. 71- 78.
- Poland, Blake, et al., 2006, “The social context of smoking: the next frontier in tobacco control”, *Tobacco Control*, vol. 15, pp. 59- 63.
- Rubalcava, Luis y Graciela Teruel, 2006a, “Guía del usuario: Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares 2002”, *Guía de Usuario*, ENNVIIH- MXFLS, <<http://www.ennvih-mxfls.org/ennvih-1.html>>, consultado el 28 de abril de 2016.
- Rubalcava, Luis y Graciela Teruel, 2006b, “Guía del usuario: Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares 2005”, *Guía de Usuario*, ENNVIIH- MXFLS, <<http://www.ennvih-mxfls.org/ennhiv-2.html>>, consultado el 28 de abril de 2016.
- Rubalcava, Luis y Graciela Teruel, 2013, “Guía del usuario: Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares Tercer Ronda”, *Guía de Usuario*, ENNVIIH- MXFLS, <http://www.ennvih-mxfls.org/assets/guia_de_usuario_ennvih-3.pdf>, consultado el 28 de abril de 2016.

- Santana, Vilma y Loomis, D., 2004, Informa Jobs and nonfatal occupational injuries. *Annals of Occupational Hygiene*, pp. 147- 157.
- Santana, Vilma, Loomis Dana y Beth Newman, 2001, Housework, paid work and psychiatric symptoms. *Saúde Pública*, pp.16-22.
- Solís, Patricio. Cambio estructural y movilidad ocupacional en Monterrey, México. Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado en Caxambú – MG – Brasil, de 18-20 de Setembro de 2004.
- Stempel, Carl, 2005, “Adult Participation Sports as Cultural Capital: A test of Bourdieu’s Theory of the Field of Sports”, *International Review for the Sociology of Sport*, vol. 40, pp. 411- 432.
- Strazdins, Lyndall et. al., 2015, Not all hours are equal: could time be a social determinant of health?. *Sociology of Health and Illness*, vol.20, núm. 20, pp. 1-22.
- Tsurugano, Shinobu, Inoue, Mariko and Yano, Eiji., 2012, Precarious Employment and Health: Analysis of the Comprehensive National Survey in Japan. Department of Hygiene and Public Health, School of Medicine, Teikyo University, Japan. J-STAGE
- Virtanen, M, 2003, From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. *Occupational and Environment Medicine*, núm. 60, pp. 60: 948- 953.
- Wooldrige, M. Jeffrey, 2010, Introducción a la econometría. Un enfoque moderno. Michigan State University. 4ª edición. CENGAGE Learning. México. DF.

La autora estudió la Licenciatura en Economía en la Universidad Nacional Autónoma de México y realizó un año de estudios en Ciencias Políticas y Sociales en Sciences Po Rennes, Francia. Es egresada de la Maestría en Estudios de Población con especialidad en el área de salud en El Colegio de la Frontera Norte. Recientemente realizó una estancia en el Centro de Investigación de Salud Laboral de la Universidad Pompeu Fabra en Barcelona.

© Todos los derechos reservados. Se autoriza la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente.

Forma de citar:

Soto Palma, Itzel (2016). “Prácticas en salud y condiciones de empleo en la población asalariada en México” Tesis de Maestría en Estudios de Población. El Colegio de la Frontera Norte, A.C. México. 122 pp.