

Desigualdades socioeconómicas en salud percibida y declaración de dolor en población trabajadora chilena: ENETS 2009-2010

*Lorena Hoffmeister Arce**

*Carolina Vidal Gamboa***

Universidad Mayor, Santiago, Chile

RESUMEN

La salud percibida y el dolor son predictores de la morbilidad, la mortalidad y la utilización de servicios de salud. Existe evidencia de desigualdades socioeconómicas en estas medidas, pero en Chile no se ha abordado su percepción en población trabajadora. En este trabajo se analizan las desigualdades según nivel educacional (NEDU) en la salud percibida y el dolor en población trabajadora chilena, considerando variables demográficas y de condiciones de trabajo. Los datos provienen de la Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo, Calidad de Vida y Salud (ENETS), realizada a una muestra probabilística de 9.507 trabajadores de 15 o más años. Como medida estructural de posición socioeconómica (PSE) se usó el NEDU. Se analizó la prevalencia de percepción menos que buena de la salud, de la condición física y del bienestar emocional, según género y edad. A continuación se construyó una variable de dolor en algún lugar del cuerpo y otra de exposición a riesgos físicos que impone el trabajo. Se estudió la asociación y magnitud de las variables mediante modelos de regresión logísticos. El riesgo de tener una percepción de salud menos que buena es dos veces mayor en los trabajadores que no han completado la educación básica frente a quienes tienen estudios universitarios, ajustando por género, edad y grado en que disfruta del trabajo. Predomina el dolor de espalda y zona lumbar; y el NEDU es un factor explicativo de la prevalencia de dolor (OR de 1,36 IC 95%: 1,11; 1,66 con independencia de otros factores. Como conclusión se confirma que en los trabajadores existen

* Máster en Salud Pública Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España; Doctora (c) en Biomedicina por la misma universidad. Directora Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile. Correo electrónico: lorena.hoffmeister@umayor.cl.

** Ingeniero estadístico Universidad de Santiago de Chile. Profesional Unidad de Investigación Escuela de Salud Pública Universidad Mayor. Correo electrónico: carolina.vidal@umayor.cl.

desigualdades socioeconómicas considerables en dolor corporal y en percepción de salud, no así en cuanto a bienestar emocional.

Palabras clave

Posición socioeconómica, salud laboral, salud percibida, dolor, calidad de vida relacionada con la salud

Socioeconomic inequalities in perceived health and pain stated by the Chilean working population: ENETS 2009-2010

ABSTRACT

Perceived health and pain are predictors of morbidity, mortality and the utilization of the health services. There is evidence of socioeconomic inequalities in these parameters, but their perception in the working population has not been addressed in Chile. This paper analyzes the inequalities according to educational level (NEDU) in the perceived health and pain the Chilean working population, considering demographic variables and working conditions. Data originates in the National Survey on the Conditions of Employment, Labor, Health and Quality of Life and Health (ENETS) conducted in a probabilistic sample of 9,507 workers aged 15 or more years. By way of a structural measurement of the socioeconomic status (PSE), the NEDU was applied. The prevalence of a less than good health, the physical condition and emotional well-being was analyzed, by gender and age. Next a pain variable was constructed concerning some part(s) of the body and another on the exposure to physical risks imposed by the work. The association and magnitude of the variables was studied using logistic regression models. The risk of having a less than good health perception is twice higher in workers who have not completed the primary education vis-à-vis those having university studies, adjusted by gender, age and degree in which the subject enjoys the work. Back and lumbar zone pain predominates; NEDU is an explanatory factor of the pain prevalence (OR 1.36 IC 95% 1.11; 1.66 independently from other factors. As a conclusion, it is confirmed that substantial socioeconomic inequalities in respect of bodily pain and health perception exist among the workers, but not so in respect of their emotional well-being.

Keywords

Socioeconomic position, occupational health, self-rated health, pain, health-related quality of life

Antecedentes

Uno de los dominios específicos de la calidad de vida relacionada con la salud es la presencia de dolor y el estado de salud percibido, junto con otros síntomas y dimensiones reportados por el propio individuo (Guyatt et al., 1993). El estado de salud percibido es una medida general que informa acerca del bienestar global del individuo y que ha sido usada ampliamente en estudios epidemiológicos para dar cuenta del estado de salud de las poblaciones, siendo relativamente de fácil recolección en encuestas poblacionales. En contraste con las mediciones individuales que, desde una perspectiva biomédica son comúnmente llamadas objetivas, el estado de salud percibido es una medición subjetiva que combina e integra aspectos físicos y emocionales, incluyendo el sentido de bienestar y la satisfacción con distintos ámbitos de la vida. En este sentido, la percepción y experiencia de enfermedad no se agota únicamente en el dolor físico o en el malestar, sino que también se refiere a las consecuencias psicológicas y sociales de tener un problema de salud. La utilidad de este indicador también se encuentra en su alta validez, al estar asociado a condiciones clínicas, a indicadores de morbilidad y a la mortalidad (Franks et al., 2003; Hunt et al., 1980; Kaplan et al., 1996). Con respecto al dolor, éste es un síntoma estrechamente vinculado a la capacidad funcional de los individuos (Von Korff et. al., 1988), siendo un indicador de calidad de vida relacionada con la salud.

En las últimas décadas ha existido considerable evidencia acerca de desigualdades socioeconómicas en distintas medidas de salud y bienestar, incluyendo también medidas subjetivas (Cavelaars et al., 1998). Un estudio que valora la tendencia en desigualdades socioeconómicas en salud percibida en 10 países europeos, muestra la existencia de un exceso de riesgo de presentar salud percibida menos que buena en torno a 2,5 veces entre quienes tienen un nivel educacional bajo comparado con la población con nivel educacional alto (Kunst et al., 2005).

En población trabajadora la evidencia muestra que las desigualdades socioeconómicas en salud tienden a ser menores a las existentes en población general, lo que se explica principalmente debido al abandono temprano de la fuerza laboral por parte de los individuos que tienen problemas de salud (Lahelma et al., 2000; Manderbacka et al., 2001; Martikainen y Valkonen, 1999). En Chile, un análisis realizado en la Encuesta de Calidad de Vida y Salud del año 2006 muestra que, considerando las variables de sexo, edad, nivel socioeconómico, limitación física, limitación por dolor y presencia de desánimo, la población que se encuentra trabajando presenta una OR de 1,5 (IC 95% 1,3-1,7) de tener un estado de salud percibido como bueno frente a quienes no están insertos en el mercado laboral

(Hoffmeister, 2007). Este análisis también evidencia que existen diferencias por nivel socioeconómico en la salud percibida, así como un estado de salud percibido peor entre las mujeres en comparación con los hombres, y una reducción del estado de salud percibido como bueno a medida que se pasa a una categoría de edad superior. Estos hallazgos son consistentes con la literatura internacional en calidad de vida relacionada con la salud.

Si bien se ha avanzado en el conocimiento de la asociación entre la posición socioeconómica (PSE) y la salud, la comprensión de los mecanismos que vinculan ambos fenómenos se encuentra inacabada y depende de la dimensión de salud o bienestar usada. Una de claves para entender esta relación consiste en el reconocimiento del carácter multidimensional de la PSE, que refleja la posición de una persona o de un grupo en el sistema de estratificación social. Distintos autores han señalado que las dimensiones centrales de la PSE son la educación, la ocupación y los ingresos (Kunst et al., 2005; Laaksonen et al., 2005). El nivel educacional alcanzado es una medida de PSE propia de la adultez, asociada al acceso de recursos culturales y de conocimiento, y que está vinculada a la inserción laboral y a la ocupación ejercida, determinando también el nivel de renta asociado al trabajo.

En cuanto a la contribución de distintas variables sobre las desigualdades socioeconómicas en salud, variadas publicaciones reportan que las condiciones de trabajo juegan un rol importante en explicar las diferencias en salud (Lundberg, 1991; Marmot et al., 1997; Schrivvers et al., 1998; Rahkonen et al., 2005). Un estudio realizado en la ciudad de Helsinki, que evalúa distintos resultados en salud, incluyendo medidas subjetivas, evidencia desigualdades según clase ocupacional, tanto en hombres como en mujeres, específicamente en aspectos asociados a salud física (función física, dolor, salud percibida), y de manera menos consistente en aspectos de salud mental o emocional (Lahelma et al., 2005). Otros estudios han mostrado una gradiente en la presencia de condiciones músculo-esqueléticas, específicamente de dolor lumbar, según nivel educacional del trabajador. Junto con esta variable socioeconómica, las condiciones y demandas físicas de la ocupación juegan un rol importante en la declaración de este dolor lumbar (Lund et al., 2006). En esta misma dirección, un estudio realizado en Finlandia reportó que los factores físicos del trabajo explican gran parte de la gradiente según clase ocupacional en desórdenes músculo-esqueléticos (Aittomäki et al., 2007), evidenciando como un mecanismo explicativo plausible las diferencias en la exposición a riesgos laborales en función de la ocupación.

El presente estudio busca explicar la asociación entre medidas subjetivas de salud y el nivel educacional, como indicador general de posición socioeconómica, en población de trabajadores y trabajadoras de Chile.

Objetivos

Los objetivos específicos de este estudio son: a) analizar la relación entre medidas subjetivas como la percepción global de salud, la percepción de la condición física y la percepción del bienestar emocional, y el nivel educacional del trabajador, ajustado por género, edad y grado en que se declara disfrutar con el trabajo realizado; b) describir la declaración de dolor en distintas partes del cuerpo; y c) analizar la relación entre la declaración de dolor recurrente en alguna parte del cuerpo y el nivel educacional del trabajador, ajustado por género, edad y las demandas físicas del trabajo.

Materiales y métodos

La información se obtuvo de la Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo, Calidad de Vida y Salud en la población trabajadora chilena (ENETS). La población objetivo de esta encuesta fue la población mayor de 15 años que tuvo algún trabajo remunerado durante los últimos 12 meses (al momento de la encuesta), residentes tanto en área urbana como rural de las 15 regiones del país. El diseño muestral fue multietápico, probabilístico, estratificado geográficamente y por tamaño poblacional en el área urbana y rural. El trabajo de campo se llevó a cabo durante septiembre de 2009 y octubre de 2010. La muestra alcanzó las 9.503 entrevistas, correspondiendo a una población laboral de 7.392.170. Se aplicó un instrumento estructurado mediante entrevista individual en los hogares. El cuestionario utilizado incluyó distintos módulos temáticos basados en las siguientes dimensiones: condiciones de empleo, condiciones de trabajo, factores psicosociales, efectos en salud y calidad de vida, y variables adicionales para la medición de posición socioeconómica y clase social.

Variables de estudio

De manera de dar cuenta acerca del efecto de la posición socioeconómica del trabajador y del rol de determinantes estructurales sobre la salud, se utilizó el nivel educacional del trabajador. Esta variable es comúnmente usada como una medida genérica de estratificación social, que captura los bienes y recursos relacionados con el conocimiento que posee un individuo. Estos bienes son reconocidos formalmente por la sociedad a través de calificaciones y certificaciones. Estos son altamente

valorados para acceder al mercado laboral y a oportunidades de empleo, determinando en gran medida los ingresos y el estatus socioeconómico en la adultez. Por otra parte, los conocimientos, competencias y habilidades logrados a través de la educación afectan la función cognitiva de los individuos y con ello la capacidad de recibir información y mensajes de educación sanitaria, de hacer un uso apropiado de los servicios de salud, y, en general, de beneficiarse de mejor forma de las intervenciones sanitarias. Para los análisis presentados se incorporó el nivel educacional de manera categórica (desde sin estudios o estudios básicos incompletos a estudios universitarios completos), asumiendo que el logro de ciertos hitos en el proceso educativo es un determinante de la posición socioeconómica del trabajador.

Como variables que dan cuenta de la percepción de calidad de vida y salud de los trabajadores, se incluyó la percepción del estado de salud general por medio de la pregunta: “En general, ¿usted diría que su salud está: muy mal, mal, menos que regular, regular, más que regular, bien o muy bien?”. Para fines del presente análisis, las categorías de respuesta fueron agrupadas en una variable dicotómica, donde se identificó una buena percepción del estado de salud general con los trabajadores que contestaron bien o muy bien, mientras que la percepción de un estado de salud menos que bueno estaba compuesta por las otras categorías de respuesta. También se incluyó la percepción de la condición física y la percepción del bienestar mental o emocional, agrupándose de la misma forma.

Una de las experiencias que afectan la calidad de vida y bienestar es la declaración de dolores permanentes o recurrentes, por lo que se construyó una variable que identificó a los trabajadores que señalaron tener por lo menos un dolor permanente o recurrente en algún lugar del cuerpo (siendo 14 ubicaciones consultadas en el cuestionario).

Con respecto a las condiciones de trabajo se incluyeron dos variables, las cuales se entienden como las condiciones presentes en el entorno inmediato del lugar y puesto de trabajo al cual está expuesto el trabajador. Para dar cuenta de la exposición a *riesgos asociados a las demandas físicas del trabajo*, se incluyeron tres dimensiones: a) realización de trabajos que obligan al trabajador a mantener posturas incómodas; b) levanta, traslada o arrastra cargas, personas, animales u otros objetos pesados; y c) realiza movimientos repetitivos en cortos períodos de tiempo. Se consideró que los trabajadores estaban expuestos a alta demanda física del trabajo cuando respondían que estaban *toda la jornada o la mitad de la jornada* bajo alguna de estas condiciones, mientras que se contempló que no estaban sometidos a alta demanda física cuando respondían a las tres dimensiones *ocasionalmente o nunca*.

Otra dimensión que posiblemente influye de manera genérica sobre la percepción de salud es el grado en que el trabajador disfruta con el trabajo realizado, por

lo que el análisis incluyó la pregunta: “¿Disfruta con el trabajo que realiza?”, que contemplaba las respuestas: *Nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre*. Para este análisis se creó una variable dicotómica que agrupa, por un lado, las categorías *nunca, rara vez y algunas veces*, y por otro lado, las respuestas *casi siempre y siempre*. Finalmente se incluyeron las variables demográficas de sexo y edad, esta última agrupada en decenios.

Análisis de datos

La asociación entre las variables de percepción de salud y declaración de dolor, en función de las variables explicativas se midió a través de modelos de regresión logísticos (RL). Para evaluar la bondad del ajuste se utilizó la prueba de Hosmer y Lemeshow, donde la hipótesis nula del test corresponde al buen ajuste de los datos. Se revisó la predictibilidad del modelo mediante el área bajo la curva de ROC, la cual proporciona una medida de la habilidad que posee un modelo para discriminar (probabilidad de clasificar correctamente a un trabajador al aplicar el modelo); los valores ABC de ROC se pueden clasificar de la siguiente manera: entre 0,50-0,69 indican baja exactitud, entre 0,70-0,89 pueden ser útiles para algunos propósitos, y un valor mayor de 0,90 indica una exactitud alta. Por último se revisaron distintos puntos de corte para aumentar la sensibilidad y especificidad del modelo.

Se efectuaron cuatro modelos de RL, uno para cada variable de respuesta. Se modeló la percepción de salud menos que buena (categorías: muy mal, mal, menos que regular, regular, más que regular), considerando como variables explicativas el nivel educacional, el grado en que disfruta el trabajo, el sexo y la edad. Estas mismas variables explicativas se usaron para modelar la percepción de condición física menos que buena y la percepción de bienestar mental o emocional menos que bueno. Se incluyó la evaluación de interacción entre sexo y nivel educacional.

El cuarto modelo correspondió a la variable respuesta: declaración de por lo menos un dolor recurrente o permanente en alguna parte del cuerpo, siendo las variables explicativas el nivel educacional, considerando el sexo, la edad y la exposición a altas demandas físicas del trabajo. Se incluyó la evaluación de interacción entre sexo y nivel educacional.

Los datos presentados fueron ponderados y analizados a través del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0, utilizando el módulo de muestras complejas. Las proporciones y *odds ratio* estimados son presentados junto a sus intervalos de un 95% confianza.

Resultados

La población laboral representada en la encuesta corresponde a un 59,9% de hombres. El Cuadro N° 1 muestra la distribución según grupo de edad y nivel educacional tanto de la población general como por género. Respecto del nivel educacional la categoría predominante es la educación media completa, correspondiendo a un 33,5%.

Cuadro N° 1

Distribución de la población por género según grupo de edad y nivel educacional, tamaño muestral y proporción (expandida). ENETS 2009-2010

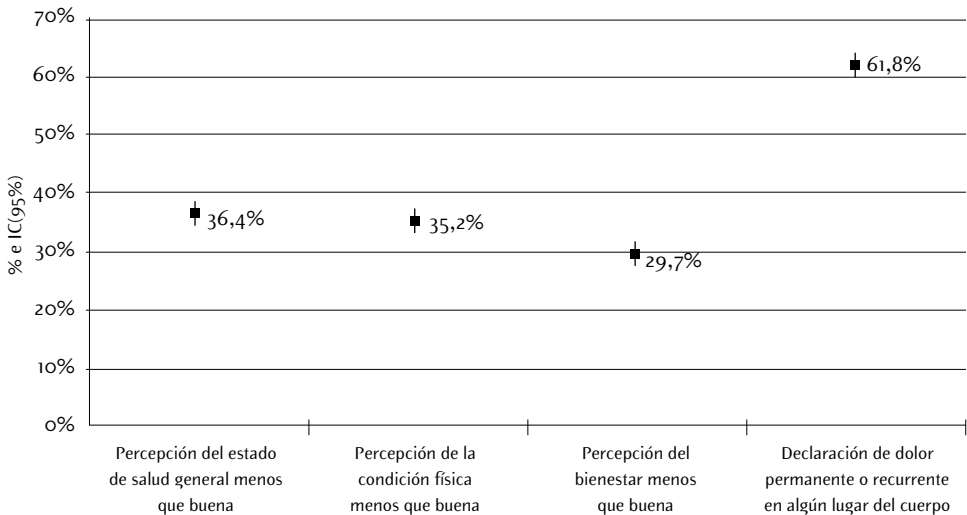
		HOMBRE		MUJER		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
GRUPO DE EDAD	De 15 a 24 años	539	13,0%	336	10,4%	875	12,0%
	De 25 a 34 años	1.060	19,8%	776	22,6%	1.836	20,9%
	De 35 a 44 años	1.446	21,2%	965	26,3%	2.411	23,2%
	De 45 a 54 años	1.489	23,5%	856	26,2%	2.345	24,6%
	De 55 a 64 años	985	15,6%	468	11,4%	1.453	13,9%
	65 y más años	439	6,8%	144	3,2%	583	5,4%
	Total	5.958	100,0%	3.545	100,0%	9.503	100,0%
NIVEL EDUCACIONAL	Educación básica incompleta y sin estudios	1.164	16,6%	507	12,6%	1.671	15,0%
	Educación media incompleta	1.909	29,8%	927	23,1%	2.836	27,1%
	Educación media completa	1.833	31,4%	1.250	36,7%	3.083	33,5%
	Educación técnica completa e incompleta	449	10,5%	392	13,4%	841	11,6%
	Educación universitaria incompleta	228	4,9%	106	3,7%	334	4,4%
	Educación universitaria completa	300	7,0%	323	10,5%	623	8,4%
	Total	5.883	100,0%	3.505	100,0%	9.388	100,0%

Fuente: Escuela de Salud Pública, Universidad Mayor.

El Gráfico N° 1 muestra la proporción de percepción menos que buena de la salud general, condición física, del bienestar emocional o mental, así como la proporción de población que declara por lo menos tener un dolor recurrente o permanente en algún lugar del cuerpo.

Gráfico N° 1

Proporción de percepción menos que buena de la salud general, de la condición física, del bienestar emocional y la proporción que declara dolor en algún lugar del cuerpo



Fuente: *Escuela de Salud Pública, Universidad Mayor.*

El Cuadro N° 2 muestra la distribución de las percepciones en función del género, edad y nivel educacional. Las mujeres presentan proporciones más altas de percepción de salud general menos que buena, percepción de condición física y percepción de bienestar emocional en comparación con los hombres. La declaración de dolor permanente o recurrente en algún lugar del cuerpo es de 67,8% entre las mujeres, 10 puntos porcentuales por encima de la cifra encontrada entre los hombres. Con respecto a la edad, las percepciones menos que buena aumentan cuando se pasa a una categoría de edad superior. En todas las dimensiones evaluadas, los trabajadores sin educación o con educación básica incompleta presentan las proporciones más altas.

Cuadro N^o 2

Proporción de percepción menos que buena de la salud general, condición física, bienestar emocional y declaración de dolores, según género, grupo de edad y nivel educacional.

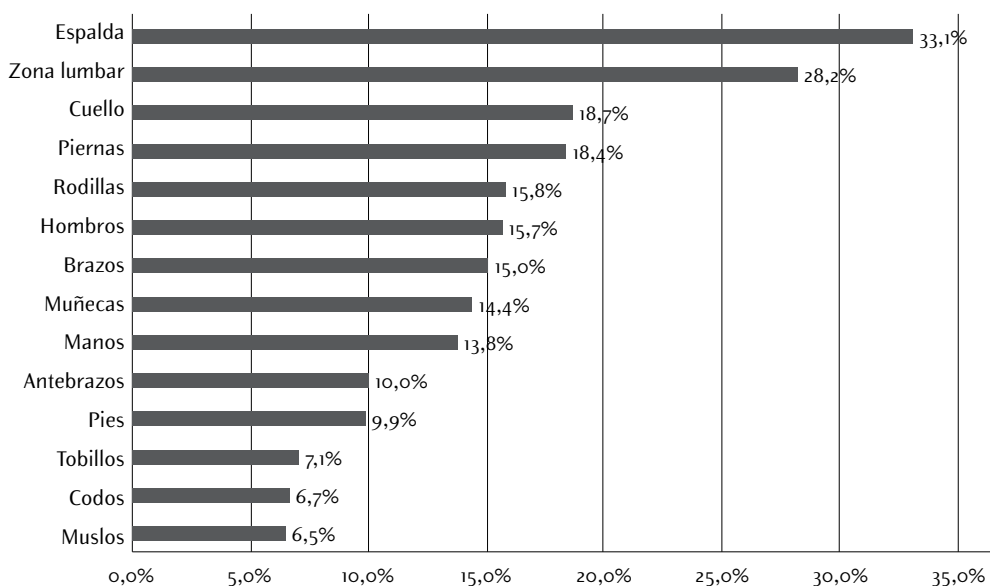
ENETS 2009-2010

	Percepción del estado de salud general menos que buena			Percepción de la condición física menos que buena			Percepción del bienestar emocional menos que bueno			Declaración de dolor permanente o recurrente en algún lugar del cuerpo		
	%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)	
		Inf	Sup		Inf	Sup		Inf	Sup		Inf	Sup
Género												
Hombre	31,0	28,4	33,6	30,7	28,1	33,5	22,7	20,4	25,1	57,8	55,0	60,6
Mujer	44,6	40,7	48,6	42,0	38,1	46,0	40,3	36,3	44,5	67,8	63,6	71,7
Grupo de edad												
15 a 24	20,4	15,6	26,1	20,3	15,6	26,0	20,6	15,8	26,3	47,1	40,6	53,7
25 a 34	26,8	22,6	31,4	27,9	23,6	32,6	23,5	19,5	28,0	58,4	53,4	63,1
35 a 44	31,9	28,2	35,8	29,4	25,9	33,1	29,5	25,7	33,7	64,3	60,1	68,3
45 a 54	49,5	44,3	54,7	46,2	40,9	51,6	37,9	32,5	43,7	63,2	57,4	68,6
55 a 64	44,6	38,6	50,8	44,7	38,7	50,9	32,2	26,5	38,5	69,6	63,8	74,7
65 y más años	48,7	39,4	58,1	47,7	38,5	57,0	31,5	23,7	40,5	71,1	62,6	78,3
Nivel educacional												
Educación básica incompleta y sin estudios	45,7	40,9	50,7	44,9	40,0	49,9	33,3	28,7	38,2	69,9	65,4	74,1
Educación media incompleta	42,0	38,3	45,8	40,2	36,6	44,0	31,3	27,9	35,0	63,7	59,7	67,5
Educación media completa	34,4	29,8	39,3	32,1	27,6	37,1	29,4	24,6	34,6	56,7	51,9	61,4
Educación técnica completa e incompleta	28,3	22,6	34,7	30,7	24,0	38,4	30,9	24,2	38,5	65,2	58,6	71,2
Educación universitaria incompleta	22,7	15,5	32,0	29,3	19,6	41,3	18,4	11,9	27,4	51,6	41,1	61,9
Educación universitaria completa	29,2	21,9	37,9	23,1	17,6	29,7	23,8	18,0	30,6	63,2	55,7	70,2

Fuente: Escuela de Salud Pública, Universidad Mayor.

El Gráfico N° 2 muestra la distribución de dolor recurrente o permanente declarado por los trabajadores según ubicación corporal. Destaca que un tercio de los trabajadores declara presentar dolores permanentes o recurrentes en la espalda y un 28,2% en la zona lumbar. El Gráfico N° 3 muestra la distribución de la exposición durante toda la jornada o la mitad de ella a condiciones laborales riesgosas para la salud del trabajador. Un 71,8% de los trabajadores está expuesto a trabajar de pie y el 46,3% debe mantener la vista fija y concentrada. De la exposición a riesgos asociados a las demandas físicas del trabajo se observa que el 31,4% realiza movimientos repetitivos en cortos períodos de tiempo; un 21,3% de los trabajadores mantiene posturas incómodas; y 16,3% levanta, traslada o arrastra cargas, personas, animales u otros objetos pesados.

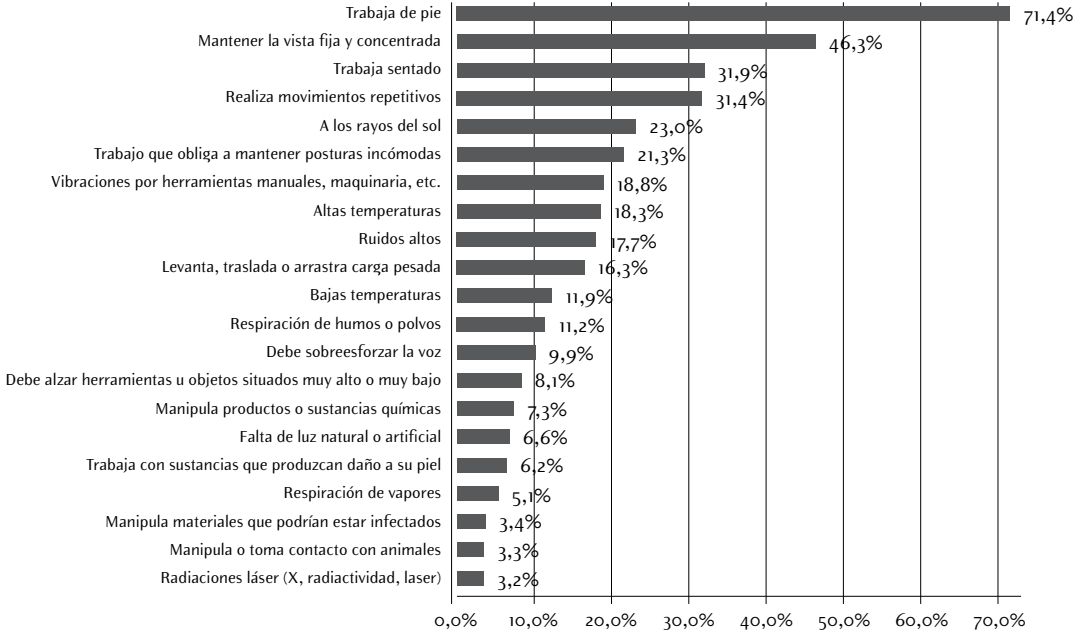
Gráfico N° 2
Distribución de los dolores permanentes o recurrentes
que declaran los trabajadores según ubicación



Fuente: Escuela de Salud Pública, Universidad Mayor.

Gráfico N° 3

Distribución de las exposiciones durante toda o la mitad de la jornada a riesgos laborales



Fuente: Escuela de Salud Pública, Universidad Mayor.

El Cuadro N° 3 muestra los resultados del modelo de regresión logística multivariado para las variables de percepción del estado de salud general, de la condición física y del bienestar emocional, presentándose los *odds ratio* estimados para cada modelo junto con sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

El modelo ajustado para la percepción del estado de salud general menos que bueno, arroja una prueba de Hosmer y Lemeshow con p-valor igual a 0,619, indicando, bajo un nivel de significación de 0,05, que los datos se ajustan adecuadamente a una regresión logística. El ABC de ROC fue de 0,696, por lo que indica exactitud moderada del modelo. Se revisaron distintos puntos de corte y se determinó que el punto de corte a utilizar es 0,408, valor con el cual se aumenta al máximo la sensibilidad del test, sin tener que disminuir la especificidad del 80%, y se conserva el porcentaje global de correcta clasificación. Se evaluó la influencia de interacciones entre género y edad, así como entre género y educación, las cuales no fueron significativas, de forma que no fueron incluidas en el modelo final (datos no mostrados). Considerando que la variable nivel educacional

tiene menos validez para el grupo de población más joven incluido en la encuesta (15 a 24 años), ya que sus integrantes están todavía en proceso de completar su avance en el sistema educacional, se replicaron los modelos de RL excluyendo a este subgrupo. Estos modelos arrojaron resultados similares a los modelos que sí incluían a los trabajadores más jóvenes y no presentaron diferencias relevantes en los coeficientes estimados.

Considerando el efecto del género, la edad y el grado en que el individuo disfruta de su trabajo, el modelo muestra que el nivel educacional es un factor explicativo de la probabilidad de tener una percepción de la salud general menos que buena, siendo dos veces mayor en los trabajadores sin educación o con educación básica incompleta con respecto a los trabajadores con estudios universitarios completos o con posgrado. Por otra parte, se mantiene una probabilidad de percibir un estado de salud menos que buena 75% mayor en las mujeres respecto de los hombres. El riesgo es 2,3 veces mayor de percibir un estado de salud menos que buena en los trabajadores de 35 a 44 años respecto de los trabajadores de 15 a 24 años; este riesgo crece sostenidamente según aumenta el grupo de edad. Por último, quienes declaran que nunca o rara vez disfrutaban de su trabajo tienen un riesgo de 2,5 veces más de percibir un estado de salud menos que buena respecto de los trabajadores que disfrutaban de su trabajo algunas veces, casi siempre o siempre.

Se replicó el modelo seleccionado tanto para condición física como para el bienestar emocional, obteniéndose resultados similares. El modelo para la percepción de condición física menos que buena, posee las mismas características que el modelo anterior, es decir, ajustando por género, edad y grado en que el trabajador disfruta de su trabajo, la probabilidad de percibir una condición física menos que buena aumenta un 53% en los trabajadores sin estudios o con educación básica incompleta respecto de los trabajadores con estudios universitarios completos. Las mujeres presentan un mayor riesgo de presentar una condición física menos que buena respecto de los hombres, aumentando el riesgo con la edad. A diferencia del modelo para la percepción de salud general menos que buena, este modelo tiene una capacidad predictiva baja (ABC de ROC fue de 0,668).

El modelo de bienestar emocional para la percepción menos que buena mantiene las características antes nombradas; sin embargo, al estudiar la bondad del ajuste se observa que los datos no se ajustan adecuadamente a una RL con las variables incluidas en el análisis.

Cuadro N° 3

Resumen de modelo logístico multivariado para la percepción menos que buena de la salud general, condición física, bienestar emocional

Variables explicativas	Estado de salud en general			Condición física			Bienestar emocional				
	OR	p-valor	IC (95,0% para OR)		p-valor	IC (95,0% para OR)		OR	p-valor	IC (95,0% para OR)	
			Inferior	Superior		Inferior	Superior			Inferior	Superior
Género: Hombre	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Género: Mujer	1,77	0,00	1,61	1,94	1,63	1,49	1,79	1,84	0,00	1,66	2,03
De 15 a 24 años	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-
De 25 a 34 años	1,65	0,00	1,33	2,04	1,52	1,23	1,86	1,35	0,01	1,09	1,67
De 35 a 44 años	2,34	0,00	1,90	2,87	1,90	1,56	2,32	1,66	0,00	1,36	2,04
De 45 a 54 años	3,66	0,00	2,98	4,50	2,68	0,00	3,28	1,99	0,00	1,62	2,45
De 55 a 64 años	4,60	0,00	3,69	5,72	3,46	0,00	4,28	1,92	0,00	1,53	2,40
65 y más años	6,16	0,00	4,75	7,98	4,93	0,00	6,35	2,33	0,00	1,78	3,04
Educación universitaria completa	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-
Educación básica incompleta y sin estudios	2,00	0,00	1,60	2,48	1,90	0,00	1,53	1,50	0,00	1,19	1,89
Educación media incompleta	1,75	0,00	1,42	2,16	1,71	0,00	1,39	1,37	0,00	1,10	1,71
Educación media completa	1,52	0,00	1,23	1,87	1,37	0,00	1,11	1,12	0,30	0,90	1,40
Educación técnica completa e incompleta	1,30	0,04	1,01	1,67	1,22	0,11	0,95	1,14	0,34	0,88	1,47
Educación universitaria incompleta	1,46	0,02	1,06	2,03	1,34	0,07	0,97	0,95	0,78	0,67	1,35
No disfruta con el trabajo que realiza	2,54	0,00	2,28	2,83	2,38	0,00	2,14	3,22	0,00	2,88	3,59
Constante	0,07	0,00			0,10	0,00		0,10	0,00		
Prueba de Hosmer y Lemeshow			p-valor =0,619				p-valor =0,717				
Área bajo la curva de ROC			0,696				0,668				0,671
Punto de corte			0,408				0,390				0,310
% correcta clasificación			68,00%				67,90%				70,50%

Referencia sexo: hombre.

Referencia de edad: categoría de 15 a 24 años.

Referencia educación: universitaria completa.

Referencia disfruta del trabajo que realiza: disfruta, algunas veces, casi siempre o siempre.

Fuente: *Escuela de Salud Pública, Universidad Mayor.*

Con respecto a la declaración de por lo menos un dolor recurrente o permanente en algún lugar del cuerpo, el modelo de regresión logística se observa en el Cuadro N° 4. La prueba de Hosmer y Lemeshow arrojó un p-valor de 0,676 con un nivel de significación del 0,05; los datos se ajustan a una RL. El ABC bajo la curva de ROC es de 0,654, indicando una baja exactitud en la predictibilidad del modelo. De manera descriptiva, al ajustar por género, edad y exposición a riesgos asociados a demandas físicas, la probabilidad de presentar por lo menos un dolor en algún lugar del cuerpo aumenta un 36% en los trabajadores sin educación o con educación básica incompleta respecto de los trabajadores con estudios universitarios completos. El riesgo aumenta con la edad y es 2,19 veces mayor en las personas que están expuestas a riesgos asociados a demandas físicas respecto de las que no están expuestas a ninguno de estos riesgos.

Cuadro N° 4
Modelo de regresión logístico para la declaración de por lo menos
un dolor permanente o recurrente en algún lugar del cuerpo

Variables explicativas	Declaración de dolores			
	OR	p-valor	IC (95,0% para OR)	
			Inferior	Superior
Género: Hombre	1	-	-	-
Género: Mujer	1,82	0,00	1,66	2,00
De 15 a 24 años	1	-	-	-
De 25 a 34 años	1,58	0,00	1,34	1,88
De 35 a 44 años	1,94	0,00	1,64	2,29
De 45 a 54 años	2,34	0,00	1,98	2,77
De 55 a 64 años	2,73	0,00	2,26	3,29
65 y más años	2,94	0,00	2,31	3,73
Educación universitaria completa	1	-	-	-
Educación básica incompleta y sin estudios	1,36	0,00	1,11	1,66
Educación media incompleta	1,29	0,00	1,07	1,56
Educación media completa	1,11	0,22	0,93	1,34
Educación técnica completa e incompleta	1,16	0,17	0,93	1,44
Educación universitaria incompleta	1,30	0,06	0,98	1,72
Riesgos asociados a demandas físicas: no expuestos	1	-	-	-

Riesgos asociados a demandas físicas: Expuestos	2,40	0,00	2,19	2,63
Constante	0,40	0,00		
Prueba de Hosmer y Lemeshow	p-valor =0,676			
Área bajo la curva de ROC	0,654			
Punto de corte	0,550			
% correcta clasificación	65,1%			

Referencia género: hombre.

Referencia de edad: categoría de 15 a 24 años.

Referencia educación: universitario completo.

Referencia expuesto a riesgos asociados a demandas físicas: no expuesto a ningún riesgo asociado a demandas físicas.

Fuente: *Escuela de Salud Pública, Universidad Mayor.*

Discusión y conclusiones

Los datos muestran que cerca de cuatro de cada 10 trabajadores tienen un estado de salud percibido menos que bueno, proporción muy cercana a la encontrada en la Encuesta de Calidad de Vida y Salud en población general realizada durante el año 2006 (Minsal, 2007). Por otra parte, la distribución por género y edad también es similar a la encontrada en población general de Chile y otros países, con una situación más desaventajada para las mujeres. Las proporciones de percepción menos que buena del bienestar emocional en las mujeres es el doble que el reportado por los hombres. La literatura científica muestra con bastante consistencia que las mujeres presentan un estado de salud percibido menos positivo que los hombres.

Los modelos de regresión logística evidencian con claridad que, considerando las variables de sexo, edad y percepción del trabajo, el nivel educacional es un factor explicativo de las diferencias encontradas, con una situación más desfavorecida entre quienes tienen un menor nivel educacional en comparación con los trabajadores con estudios universitarios completos. Los análisis realizados muestran no sólo una buena capacidad explicativa de las variables seleccionadas sino también una aceptable capacidad predictiva sobre el estado de salud general de los trabajadores. En la dimensión mental y emocional, por otra parte, el rol del nivel educacional no es tan claro y el modelo ajustado no cumple con criterios de bondad del ajuste, así como las diferencias por nivel educacional muestran una gradiente menos evidente. Esto es similar a estudios publicados en países desarrollados, donde las

desigualdades se encuentran en la evaluación global de la salud o en sus dimensiones físicas, más que en las de índole mental o emocional (Lahelma et al., 2005). El análisis multivariado realizado evidencia un OR más alto para la variable de grado que disfruta el trabajo, lo que podría dar luces a la necesidad de incorporar en los modelos teóricos y empíricos otras dimensiones asociadas a aspectos psicosociales del trabajo y a la calidad del mismo. Con respecto a estas diferencias entre distintos ámbitos de calidad de vida relacionada con la salud, la evidencia muestra que algunas categorías ocupacionales superiores (asociadas a mayor nivel educacional) son especialmente demandantes y estresantes para las mujeres, influyendo en la percepción de salud mental. También existe evidencia acerca de una peor salud mental en función de la posición jerárquica del trabajador. Un estudio realizado en España mostró que, entre los hombres, los supervisores y los gerentes de nivel superior presentaban una mejor salud mental que otras clases, incluyendo la comparación con respecto a pequeños propietarios. Asimismo, los supervisores de nivel medio presentaban una peor situación que los trabajadores que no tenían una posición de supervisión o de jefatura en su respectivo trabajo (Muntaner et al., 2003).

El dolor corporal es un indicador de calidad de vida relacionado con la salud y es un predictor de la habilidad funcional (Von Korff et al., 1988), de ahí su importancia en el presente análisis. La principal localización de dolor se encuentra en la zona lumbar y en la espalda. El modelo multivariado arroja con claridad que, si bien persisten las diferencias de género y de edad en la declaración de este síntoma, el nivel educacional y la exposición a alta demanda física son factores explicativos del dolor recurrente. De manera consistente con estos hallazgos, la literatura científica muestra que el nivel educacional, de manera exclusiva y en conjunto con otras medidas de PSE, es un factor explicativo del dolor de espalda y de la zona lumbar (Schmidt et al., 2011). Esto indica que esta medida estructural de PSE está capturando la situación de inequidad en población que se encuentra inserta en el mercado laboral y evidencia la necesidad de reconocer una situación de desventaja de subgrupos poblacionales para generar políticas y programas que apunten a reducir los malestares y dolores, y la brecha existente en distintos grupos de la población.

El análisis realizado presenta algunas limitaciones provenientes del carácter transversal de la fuente de información, la cual no incorporaría a aquella población que se encuentra fuera del mercado del trabajo, cuyo abandono podría deberse al menos en parte a una mala situación de salud. Sin embargo, las definiciones metodológicas de esta encuesta incluyen como población trabajadoras a los individuos que estaban empleados al momento del trabajo de campo, o bien, que lo habían estado en los últimos 12 meses. Este criterio permitiría reducir el sesgo de la población trabajadora sana. Por otra parte, un elemento de interés de esta encuesta

es la inclusión de individuos que superan la edad de jubilación pero que continúan insertos laboralmente, reconociendo desde una perspectiva de salud y calidad de vida a este subgrupo de trabajadores. Para el análisis de desigualdades según PSE, la elección del nivel educacional es pertinente ya que da cuenta de una condición estructural poco plausible de ser modificada por la situación de salud, aportando en el rol de la PSE como condicionante de la situación de salud y bienestar de la población trabajadora; la inclusión de la exposición a demanda física, por su parte, permite incorporar algunas dimensiones de la ocupación principal al análisis. Para la comprensión de salud percibida y su relación con las dimensiones de género, se propone en futuros análisis la incorporación de las demandas familiares. Una de las conclusiones de esta encuesta junto con otras desarrolladas en nuestro país (Minsal, 2007) es la doble carga de responsabilidades de cuidado familiar entre las mujeres que trabajan fuera del hogar en comparación con sus pares hombres. Es plausible argumentar que, tal como lo muestran estudios realizados en otros países (Artazcoz et al., 2001), esta sea una variable que contribuye a un pobre estado de salud percibido y que refuerza el efecto de la alta demanda física y de la estratificación social.

Finalmente, los hallazgos encontrados son de utilidad para revelar la situación de los y las trabajadores chilenos/as, en medidas de resultados de salud y bienestar que han mostrado ser buenos predictores de morbilidad, mortalidad, así como de utilización de atenciones de salud (Franks et al., 2003; Landmann et al., 2005).

Recibido octubre 13, 2011
Aceptado enero 16, 2012

Referencias bibliográficas

- Aittomäki, A., Lahelma, E., Rahkonen, O., Leino-Arjas, P. y Martikainen, P. (2007). The Contribution of Musculoskeletal Disorders and Physical Workload to Socioeconomic Inequalities in Health. *Eur J Public Health* 17(2), 145-150.
- Artazcoz, L., Borrell, C. y Benach, J. (2001). Gender Inequalities in Health among Workers: The Relation with Family Demands. *J Epidemiol Community Health* 55, 639-647.
- Cavelaars, C., Kunst, A., Geurts, J., Crialesi, R., Grotvedt, L., Helmert, U., Lahelma, E., Lundberg, O., Matheson, J., Mielck, A., Mizrahi, A., Rasmussen, N., Regidor, E., Spuhler, T. y Mackenbach, J. (1998). Differences in Self-Reported Health by Educational Level: A Comparison of 11 Western European Countries. *J Epidemiol Commun Health* 52, 219-227.
- Franks, P., Gold M. y Fiscella K. (2003). Sociodemographics, Self-Rated Health, and Mortality in the US. *Soc Sci Med* 56, 2505-2514.

- Guyatt, G. H., Feeny, D. H. y Patrick, D. L. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Ann Intern Med* 118, 622-629.
- Hoffmeister, L. (2007). Diferencias en el estado de salud percibido según situación laboral. Congreso Chileno de Salud Pública. Santiago.
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Backett, E. M., Williams, J. y Papp, E. A. (1980). Quantitative Approach to Perceived Health Status: a Validation Study. *J Epidemiol Community Health* 34, 281-286.
- Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Everson, S. A., Cohen, R. D., Salonen, R. y Tuomilehto, J. (1996). Perceived Health Status and Morbidity and Mortality: Evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. *Int J Epidemiol* 25, 259-265.
- Kunst, A. E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I. y Regidor, E. (2005). Trends in Socio-Economic Inequalities in Self Assessed Health in Ten European Countries. *Int J Epidemiol* 34, 295-305.
- Laaksonen, M., Rahkonen, O., Martikainen, P. y Lahelma, E. (2005). Socioeconomic Position and Self-Rated Health: The Contribution of Childhood Socioeconomic Circumstances, Adult Socioeconomic Status, and Material Resources. *American Journal of Public Health* 95, 1404-1409.
- Lahelma, E., Arber, S., Rahkonen, O. y Silventoinen, K. (2000). Widening or Narrowing Inequalities in Health Comparing Britain and Finland from the 1980s to 1990s. *Social Health Illness* 22, 110-136.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O., Roos, E. y Saastamoinen, P. (2005). Occupational Class Inequalities across Key Domains of Health: Results from the Helsinki Health Study. *Eur J Public Health* 15(5), 504-510.
- Landmann, C., Borgues, P., Pires, M., Nogueira, G. y Viacava, F. (2005). Socio-Demographic Determinants of Self-Rated Health in Brazil. *Cad. Saúde Pública* 21, Sup:S54-S64.
- Lund, T., Merete, L. y Karl, B. (2006). Physical Work Environment Risk Factors for Long Term Sickness Absence: Prospective Findings among a Cohort of 5357 Employees in Denmark. *British Medical Journal* 332, 449-452.
- Lundberg, O. (1991). Causal Explanations for Class Inequality in Health: An Empirical Analysis. *Soc Sci Med* 32, 385-393.
- Manderbacka, K., Lahelma, E. y Rahkonen, O. (2001). Structural Changes and Social Inequalities in Health in Finland, 1986-1994. *Scand J Public Health Suppl* 55, 41-54.
- Marmot, M., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E. y Stansfeld, S. (1997). Contribution of Job Control and Other Risk Factors to Social Variations in Coronary Heart Disease Incidence. *Lancet* 350, 235-239.
- Martikainen, P. y Valkonen, T. (1999). Bias Related to the Absence of Information on Occupation in Studies on Social Class Differences in Mortality. *Int J Epidemiol* 28, 899-904.

- Ministerio de Salud (Minsal) (2007). Segunda Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Chile. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf>. Última revisión: 03-2012.
- Muntaner, C., Borrel, C., Benach, J., Pasarín, M. y Fernandez, E. (2003). The Associations of Social Class and Social Stratification with Patterns of General and Mental Health in a Spanish Population. *International Journal of Epidemiology* 32, 950-958.
- Rahkonen, O., Laaksonen, M., Martikainen, P., Roos, E. y Lahelma, E. (2005). Job Control, Job Demands or Social Class. The Impact of Working Conditions on the Relationship between Socioeconomic Status and Health. Manuscrito.
- Shaw, M., Galobardes, B., Lawlor, D., Lynch, J., Wheeler, B. y Smith, G. (2007). *The Handbook of Inequality and Socioeconomic Position. Concepts and Measures*. Bristol, UK: The Policy Press.
- Schmidt, C. O., Moock, J., Fahland, R. A., Feng, Y. Y. y Kohlmann, T. (2011). Back Pain and Social Status among the Working Population: What is the Association? Results from a German General Population Survey. *Schmerz* 25(3), 306-314.
- Schrijvers, C. T., Van de Mheen, D. H., Stronks, K. y Mackenbach, J. (1998). Socioeconomic Inequalities in Health in the Working Population: The Contribution of Working Conditions. *Int J Epidemiol* 27, 1011-1018.
- Von Korff, M., Dworkin, S. F., LeResche, L. y Kruger, A. (1988). An Epidemiologic Comparison of Pain Complaints. *Pain* 32, 173-183.