

Determinantes sociales de la salud y calidad de vida en trabajadores informales. Manizales, Colombia.

Social determinants of health and quality of life in informal workers. Manizales, Colombia.

Consuelo Vélez Álvarez^{1,2}, María Eugenia Pico Merchán^{1,3} & María del Pilar Escobar Potes^{1,4}

Resumen

Los elementos centrales estudiados en la presente investigación fueron los determinantes sociales de la salud, entendidos como las características sociales en que se desarrolla la vida y el trabajo de las personas, además de su calidad de vida, la cual otorga capacidad de actuación en un contexto específico. Se efectuó un estudio descriptivo correlacional donde se analizaron los principales determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de la población trabajadora informal mayor de 18 años de una ciudad intermedia colombiana. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF y una encuesta sobre datos generales y determinantes sociales. Se obtuvo información sobre los determinantes estructurales e intermediarios y sobre la calidad de vida evaluada a través de las dimensiones: física, psicológica, relaciones interpersonales y entorno. Se realizaron distribuciones de frecuencias y análisis bivariado. La edad se asoció a la salud física ($p < 0,05$); el nivel educativo con el psicológico; la afiliación a la seguridad con el entorno ($p < 0,05$) y la calificación del estado de salud se asoció con todas las dimensiones ($p = 0,00$). El trabajo informal es factor protector de la salud en el contexto de los determinantes sociales de la salud, por considerarse una opción para garantizar mejor calidad de vida. Los participantes valoraron como "normal" y "mejor que lo normal", la calidad de vida. Desde la perspectiva del desarrollo humano el trabajo da sentido a la vida de los trabajadores informales, en tanto que les permite lograr su autorrealización y reconocimiento social.

Palabras clave: calidad de vida, fuerza de trabajo, trabajadores informales.

Abstract

The core elements studied in this investigation were the social determinants of health, understood as social features in which the life and work of people develop in addition to their quality of life, which gives ability to act in a specific context. A correlational descriptive study was conducted where the main social determinants of health and quality of life of the informal working population over 18 years of age in an intermediate size Colombian city were analyzed. The WHOQOL-BREF quality of life questionnaire and a general data and social determinants survey were administered. Information on the structural determinants and intermediaries, and quality of life assessed through the following dimensions: physical, psychological, interpersonal relationships and environment. Frequency distributions and bivariate analyzes were performed. Age was associated with physical health ($p < 0.05$); educational level with psychological level; security affiliation with the environment ($p < 0.05$), and health status with all dimensions ($p = 0.00$). Informal work is a protective factor for health in the context of the social determinants of health as it is considered an option to ensure a better quality of life. Participants rated their quality of life as "average" and "better than average". From the perspective of human development, among informal workers, work gives meaning to life, while enabling achievement of self-fulfillment and social recognition.

Keywords: quality of life, work force, informal workers.

¹Docente. Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas

^{1,2}consuelo.velez@ucaldas.edu.co

^{1,3}maria.pico@ucaldas.edu.co

^{1,4}pilares@ucaldas.edu.co

Introducción

Esta investigación se genera a partir de la problemática y prioridad nacional en torno a la población trabajadora informal, la cual es para los entes gubernamentales, una prioridad a abordar dentro de las políticas públicas relativas a la concepción del trabajo decente, enfocada a mejorar condiciones de vida y trabajo, en un contexto socioeconómico de incertidumbre laboral, en la que esta población encuentra en el trabajo informal una opción para la subsistencia.

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2013), define el sector informal:

(...) conjunto de unidades productivas en forma de empresas de hogares, no constituidas en sociedad, que funcionan en pequeña escala, con una organización rudimentaria donde hay poca o ninguna distinción entre el capital y el trabajo. Las relaciones de empleo se basan más bien en el empleo ocasional, el parentesco o las relaciones personales y sociales, y no en acuerdos contractuales que caracterizan a las empresas formales. (p. 2).

En la XV Conferencia Internacional de Estadísticas de Trabajo de la Organización Internacional del Trabajo - OIT (1993), se reiteró la necesidad de medir estadísticamente el sector informal, dado que éste cumple una función importante como fuente de empleo, de ingresos y como factor de desarrollo económico y social. Lo anterior sería de gran ayuda para la elaboración de planes, formulación y evaluación de políticas que permitan facilitar la incorporación del sector informal al proceso de desarrollo y colaborar en la institucionalización de dicho sector. Además, se planteó que en el sector informal se encuentran casi todos los oficios y demás ocupaciones (peluqueros, esteticistas, cambistas, fontaneros, mecánicos, transportadores manuales de carga, recolectores de basura, vendedores de legumbres, kiosqueros, vendedores de ropa de segunda mano, comerciantes del carbón y trabajadores del servicio doméstico, entre otros), es decir, es un sector heterogéneo donde participa población vinculada a diferentes sectores: comercio, construcción, industria manufacturera, transporte, servicios y el financiero (cambistas y prestamistas) (OIT, 2013).

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2013), encontró que en Colombia la proporción de ocupados informales en las principales ciudades del país fue de 49,6% y teniendo en cuenta la

posición ocupacional, el trabajador por cuenta propia acumuló 59,7% de la población ocupada informal para el año 2013. Llama la atención que para América Latina y el Caribe, la proporción de informalidad fue de 47,7% de las personas ocupadas, muy similar a la colombiana para el mismo año (OIT, 2013).

Según Marmot, Friel, Bell, Houweling & Taylor (2008) las desigualdades sanitarias (inequidades en salud) son consecuencia de la distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y servicios, afectando en forma inmediata las condiciones de la vida cotidiana de las personas, limitando su acceso a: atención en salud, educación, condiciones de trabajo adecuadas, vivienda, ocio y diversión, lo que restringe las posibilidades de una mejor calidad de vida. Esta situación es el resultado de una combinación de inadecuadas políticas y programas sociales, pactos económicos injustos y débil gestión política.

La calidad de vida se define en general como el bienestar, felicidad y satisfacción de la persona, que le otorga a ésta cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Según el grupo de la World Health Organization, WHOQOL-BREF: “La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (1996, p. 354). Para otros autores es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para la persona (Naughton, Shumaker, Anderson & Czajkowski, 1996).

Con base en los anteriores planteamientos relacionados con la calidad de vida, donde ésta se evidencia como concepto polisémico, para las autoras del presente trabajo la calidad de vida se relaciona con la percepción de las personas sobre su estado de bienestar y autonomía en un contexto social, cultural, histórico y de historia de vida, asociado con los determinantes sociales de la salud, por lo que es posible hallar variaciones conceptuales con respecto a la edad, estado físico, situación económica y social (Poveda *et al.*, 2004).

Del mismo modo, es pertinente reconocer el trabajo desde una perspectiva sociológica a partir de su significado y de sus repercusiones en la calidad de vida de la persona. El trabajo, significa un medio de realización personal y de socialización; en este sentido, es posible relacionar la calidad de vida con el trabajo, esta relación involucra la motivación laboral,

en tanto permite mejorar la capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente y la creatividad (Herrera & Cassals, 2005).

La pertinencia y novedad de realizar esta investigación se fundamentó en el vacío existente en el conocimiento en cuanto a la calidad de vida y los determinantes sociales de la salud en la población, en tanto se constituye en un aporte, ya que al conocer la percepción de los trabajadores informales y los factores que inciden en la calidad de vida e identificar los determinantes sociales, se tiene una base para la toma de decisiones e intervenciones integrales que propendan por el bienestar en este grupo, a partir de la realidad.

Por ello el objetivo de la presente investigación fue establecer los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en la población trabajadora informal, desde el abordaje teórico de los determinantes sociales estructurales e intermedios relevantes y la variable de calidad de vida desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud - OMS (2005).

Materiales y métodos

Se efectuó un estudio descriptivo y correlacional durante el período 2012-2013. La población estuvo constituida por 1.300 trabajadores informales del área urbana de Manizales, identificados a través de la base de datos de la Secretaría de Salud Pública de la Alcaldía de Manizales, Colombia (DANE, 2012).

Para el cálculo de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: confiabilidad 95%, margen de error 0.05, proporción 0,5; por considerarse una población finita y la variable estrella de naturaleza cualitativa, se utilizó la siguiente fórmula: $N * (Z)^2 * P * (1-P) / (N-1) * (me)^2 + (Z)^2 * p * (1-p)$. El tamaño de la muestra fue de 296 personas y se asumió el 10% de factor de pérdida, por tanto, el tamaño final de muestra fue de 320 trabajadores informales.

Cada uno de los sujetos fue seleccionado por medio de una tabla de números aleatorios. Al momento de hacer la búsqueda cuando una persona no se encontraba o no aceptaba participar en el trabajo, fue escogido el siguiente de la lista.

Fueron tenidos en cuenta los siguientes criterios de inclusión: ser trabajador informal, mayor de 18 años, de cualquier género, activo laboralmente en el momento del estudio, realizar su actividad laboral en el área urbana del municipio de Manizales y firmar el consentimiento informado.

La información fue recolectada por 5 encuestadores previamente capacitados y entrenados para tal fin. Se utilizaron dos instrumentos, así: un cuestionario donde se registraron las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, afiliación a la seguridad social, actividad económica y sus características) y el formulario de calidad de vida WHOQOL-BREF validado por la World Health Organization (1996), que contempla los siguientes dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente. El análisis de resultados se basó en estadísticos descriptivos, medidas de frecuencia y análisis bivariado por medio de Chi cuadrado. La información fue procesada en el software estadístico SPSS 15.0 licenciado para la Universidad de Caldas.

Consideraciones éticas. Basados en la Resolución N° 008430 (1993), donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se solicitó el consentimiento informado por escrito, previa información sobre los motivos e intenciones del estudio y la garantía de conservación de la confidencialidad y del anonimato.

Resultados

Del total de trabajadores informales participantes, 54,1% son mujeres y el resto hombres; 54,7% pertenece a los estratos 1 y 2 y, 45% a los estratos 3, 4 y 5. El mayor porcentaje de los trabajadores informales (66,6%) se encuentran en edad de trabajar según clasificación del DANE (2012); 57,2% del total son personas mayores y la tercera parte de éstas son viejos. La edad mínima fue de 18 años, la máxima de 81 años, con una media de 48,1+/-13,4 años.

Con relación al nivel educativo, 49,4% no tiene estudios o sólo ha realizado estudios primarios, 9,7% tiene estudios de educación superior; 91,9% se encuentra afiliado a la seguridad social y de éstos, 61,3% pertenecen al régimen subsidiado (la cotización a salud de estas personas es asumida total o parcialmente por el Estado) y 29,4% al contributivo (la afiliación está determinada por la capacidad de pago de las personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud); un bajo porcentaje de trabajadores (12,2%) aporta a pensiones y 1,9% está vinculado a riesgos laborales.

En cuanto a los ingresos, 77,5% de quienes fueron encuestados ganan menos de 1 salario mínimo semanal vigente -SMSV- colombianos (Ministerio de Trabajo, 2011), éste para 2012 correspondía a 78 USD; el rango de la ganancia semanal está entre 2 USD y 388

USD. La mayoría de los participantes son propietarios del negocio (78,8%); el promedio de tiempo como trabajador informal es de 18,4+/-12,7 años. La principal actividad económica de los encuestados es el comercio (92,8%).

Determinantes sociales de la salud y trabajo informal

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre género y ser propietario del negocio: $X^2 = 4,53$, $p = 0,033$; y una dependencia baja (coeficiente de contingencia = 0,11); de la población estudiada, 83,2% de los hombres son propietarios del negocio, frente a 73,5% de mujeres propietarias.

Según la Tabla N° 1, el mayor porcentaje de los participantes era de estrato económico bajo (85,1%), ganaban menos de 1 SMSV, esta diferencia no se encontró tan marcada en los participantes de estrato económico medio; la asociación fue estadísticamente significativa y la dependencia entre estas variables es débil.

Tabla N° 1. Estrato socioeconómico de los trabajadores informales e ingresos semanales en SMSV. Manizales

Estrato		Salario			Total
		< 1 SMSV*	2-3 SMSV	4-5 SMSV	
Bajo (1-2)	Frecuencia	148	25	1	174
	%	85,1	14,4	0,6	100
Medio (3-4-5)	Frecuencia	100	41	2	143
	%	69,9	28,7	1,4	100
	Total	248	66	3	317
	%	78,2	20,8	0,9	100

$X^2 = 10,57$, $p = 0,005$; coeficiente de contingencia = 0,18
*Salario Mínimo Semanal Vigente (Colombia 2012: 78 USD)
Fuente: Datos obtenidos del estudio, 2012

Poco más de la mitad los trabajadores calificaron como “normal” su calidad de vida, para el 26% ésta fue calificada mejor que lo normal, y para el resto de los trabajadores fue valorada como menor que lo normal. Con relación a la satisfacción con la salud, poco menos de 50% de los participantes expresaron estar satisfechos o muy satisfechos con ella, poco más de la quinta parte manifestaron lo contrario y para el resto su satisfacción fue “lo normal” (Tabla N° 2).

Tabla N° 2. Calidad de vida de los trabajadores informales mayores de 18 años. Manizales

¿Cómo califica su calidad de vida?		
Categorías	n	%
Muy mal	14	4,4
Poco	49	15,3
Lo normal	174	54,4
Bastante bien	55	17,2
Muy bien	28	8,8
Total	320	100
¿Qué tan satisfecho está con su salud?		
Muy insatisfecho	19	5,9
Poco	50	15,6
Lo normal	105	32,8
Satisfecho	104	32,5
Muy satisfecho	42	13,1
Total	320	100

Fuente: Datos obtenidos del estudio, 2012

Análisis cuantitativo de la calidad de vida en la población estudiada

Al hacer la transformación de las preguntas a los diferentes dominios utilizando el *score* dado por la (World Health Organization, 1996), el promedio más alto fue obtenido por el dominio psicológico con una media de 61,07+/-15,5, el más bajo fue el medio ambiente con una media de 45,86+/-13,5 (Tabla N° 3).

Al aplicar la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov se encontró que ninguna de las variables se distribuye de manera normal ($p < 0,05$) (Tabla N° 4).

Según la Tabla N° 5, se halló asociación estadísticamente significativa de la edad con el dominio salud física ($p < 0,05$), el nivel educativo se asoció con el dominio psicológico, la afiliación a la seguridad con el dominio entorno $p < 0,05$ y la calificación del estado de salud se asoció con todos los dominios estudiados $p = 0,00$.

Discusión

De acuerdo con los datos del DANE (2012) y Galvis (2012a), las mujeres presentan una alta proporción de trabajo en la actividad informal (50,8%) con respecto

Tabla N° 3. Descriptivos de los dominios de calidad de vida

Dominios	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Salud física	320	19,00	88,00	59,6094	12,78594
Psicológico	320	0,00	100,00	61,0750	15,59481
Relaciones sociales	320	0,00	100,00	57,4906	19,22707
Medio ambiente	320	0,00	94,00	45,8625	13,51511
N válido	320				

Fuente: Datos obtenidos del estudio, 2012

Tabla N° 4. Pruebas de normalidad Z de Kolmogorov-Smirnov

Variable	Categorías	Salud física		Psicológico		Relaciones personales		Entorno	
		Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)	Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)	Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)	Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
GÉNERO	Masculino	.135	.000	.105	.000	.151	.000	.105	.000
	Femenino	.134	.000	.149	.000	.173	.000	.120	.000
EDAD	< 50 años	.143	.000	.132	.000	.156	.000	.124	.000
	> 50 años	.147	.000	.113	.000	.165	.000	.100	.000
NIVEL EDUCATIVO	Ninguno y Primario	.132	.000	.112	.000	.179	.000	.112	.000
	Secundario y Superior	.118	.000	.108	.000	.142	.000	.115	.000
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	Subsidiado y ninguno	.130	.000	.108	.000	.154	.000	.126	.000
	Contributivo y especial	.150	.000	.135	.000	.174	.000	.150	.000
ACTIVIDAD ECONÓMICA	Comercio	.120	.000	.103	.000	.162	.000	.110	.000
	Servicio	.222	.005	.230	.003	.149	.200*	.146	.200*
CÓMO CALIFICA SU SALUD	Excelente y bueno	.135	.000	.145	.000	.128	.000	.124	.000
	Regular y malo	.145	.000	.129	.000	.203	.000	.100	.000

Fuente: Datos obtenidos del estudio, 2012

Tabla N° 5. Relaciones entre determinantes sociales de la salud y calidad de vida

Variable	Categorías	Salud física		Psicológico		Relaciones personales		Entorno	
		p valor	U de Mann-Whitney)	p valor	U de Mann-Whitney)	p valor	U de Mann-Whitney)	p valor	U de Mann-Whitney)
GÉNERO	Masculino	.210	11695.500	.845	12555.500	.740	12445.000	.675	12373.500
	Femenino								
EDAD	< 50 años								
	> 50 años	.018	10575.000	.115	11213.500	.189	11427.500	.709	12185.500
NIVEL EDUCATIVO	Ninguno y Primario	.254	11868.000	.038	11099.500	.115	11509.000	.073	11332.000
	Secundario y Superior								
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	Subsidiado y ninguno	.909	10792.000	.933	10814.500	.898	10781.500	.009	8908.000
	Contributivo y especial								
ACTIVIDAD ECONÓMICA	Comercio	.918	3372.000	.818	3318.000	.907	3366.000	.909	3367.000
	Servicio								
CÓMO CALIFICA SU SALUD	Excelente y bueno	.000	6668.000	.000	6524.500	.000	8430.500	.000	7782.500
	Regular y malo								

p: significancia estadística $p < 0,05$

Fuente: Datos obtenidos del estudio, 2012

a los hombres (49,2%), resultados que coinciden con los hallazgos de la presente investigación donde 54,1% son mujeres.

Con respecto a la escolaridad de los trabajadores informales del mercado de Bazurto (Cartagena, Colombia), investigadores encontraron que 36,4% culminaron la secundaria y 10,4% no tienen estudios o han realizado estudios primarios (Gómez, Castillo, Banquez, Castro & Lara, 2012), en contraste, en la presente investigación 49,4% no tienen estudios o cursaron estudios primarios; en este mismo sentido, el trabajo desarrollado por Galvis (2012a) resalta que el perfil de la informalidad está caracterizado por ser empleados de bajo nivel educativo.

Según Gómez *et al* (2012) el 63,5% de los trabajadores informales participantes en su estudio pertenecían al estrato 1, en el presente trabajo 54,7% pertenecen a los estratos 1 y 2.

El 79,5% de la población colombiana se encontraba en edad de trabajar (Cámara de Comercio de Bogotá, 2015), en la presente investigación 57,2% del total de los participantes son personas mayores, y la tercera parte de éstos (33,4%) son viejos. Llama la atención el alto porcentaje de personas mayores y viejos en actividad informal en Manizales, ciudad caracterizada por la carencia de oportunidades laborales.

En el trabajo desarrollado por Gómez *et al* (2012) se encontró que 75,6% de los trabajadores tenían afiliación al régimen subsidiado y 15,4% no tenían ningún tipo de afiliación a salud; situación similar a la encontrada en la presente investigación; la diferencia radica en el tipo de vinculación, puesto que es mayor el porcentaje de los afiliados al régimen subsidiado que de los afiliados al contributivo (61,3% frente a 29,4%).

De acuerdo con León & Caicedo (2011) 83,15% de los trabajadores informales en Villavicencio ganan mensualmente entre 55 y 444 USD, situación semejante a los hallazgos de la presente investigación, en la que 77,5% ganan menos de 1 salario mínimo semanal vigente -SMSV-, es decir, 78 USD.

Durante el período 2001-2005, el mayor número de trabajadores informales en Colombia se encontraba en el sector de la construcción, seguido del sector comercio (Cárdenas & Mejía, 2007). De igual manera, otros estudios evidencian que las actividades comerciales presentan altas tasas de informalidad y se caracterizan por tener alto componente de actividades

de autoempleo con baja calificación y pocos beneficios laborales (Henao, Rojas & Parra, 1999; García, 2008 y Uribe & Ortiz, 2006). Lo anterior guarda coherencia con los hallazgos del presente estudio donde el comercio es la actividad económica principal.

Según Galvis (2012b) los trabajadores más jóvenes son quienes tienen más probabilidad de ser informales, aunque la relación con la edad no es lineal; la probabilidad de ser informal se reduce con la edad, pero en determinado punto vuelve a aumentar, este resultado parece sugerir que la incidencia de la informalidad varía de acuerdo con el ciclo de vida, es decir, inicialmente las personas más jóvenes tienen mayor probabilidad de vincularse al sector informal, en razón a las escasas opciones laborales para ellos; y para las personas mayores la probabilidad de ser informales, igualmente, vuelve a aumentar. En contraste con las personas en edades medias, quienes supuestamente son más productivas y con mayores posibilidades de vinculación al sector formal. El comportamiento de los resultados del presente estudio evidenció esta misma tendencia.

Respecto al nivel educativo y los ingresos de la población trabajadora informal, en el trabajo realizado por León & Caicedo (2011) documentan esta relación, en la que plantean que la escasa educación es una barrera para ingresar al mercado laboral, y personas que tienen nivel educativo superior también laboran en la informalidad, de igual manera esta información coincide con los resultados del presente análisis, donde algunos trabajadores informales tienen estudios superiores.

Los resultados presentados por Lucas, Montesión & Juncà (2007), evidencian que al evaluar la calidad de vida por parte de las personas, se incorporan elementos socioculturales y valorativos propios del contexto en que vive; se hace evidente que en la población estudiada el trabajo informal se constituye en componente fundamental de su calidad de vida, con una valoración positiva de la misma en la gran mayoría de las dimensiones evaluadas (por encima del 80% los trabajadores informales perciben su calidad de vida entre normal y muy bien); en este mismo sentido, Berny (2003) plantea que aunque a simple vista pareciera ser que la calidad de vida está en estrecha relación con el poder económico, la relación no es total, pues hay ejemplos de comunidades que han logrado una buena calidad de vida sin haber salido necesariamente de su condición de pobres.

En contraste con lo anterior, investigadores encontraron en Chile desigualdades en salud asociadas a la clase social de la población (Bones *et al*, 2013). Las personas pertenecientes a las clases sociales más privilegiadas, como los empresarios y los gerentes expertos, presentan un mejor estado de salud autopercibido, menos comportamientos perjudiciales para la salud y más comportamientos saludables. Por el contrario, la población de la clase trabajadora principalmente los informales, refieren tener una peor salud y estilos de vida menos saludables (Bones *et al*).

En el trabajo realizado en población trabajadora informal por Ardila & Rodríguez (2013), encontraron que la percepción de salud fue catalogada por el 20% como muy buena o excelente, 37% como buena y un poco más de 38% la calificaron como regular y 4% mala, en contraste con los hallazgos del presente estudio, donde menos de 50% de los trabajadores manifestaron estar satisfechos o muy satisfechos con ella, la quinta parte expresaron lo contrario y para el resto su satisfacción es “lo normal”. Frente a la actividad económica y la salud, el trabajo realizado por Muntaner *et al* (2012), plantearon que las condiciones de empleo y ocupación podrían ser variables explicativas del proceso salud-enfermedad, situación contraria a los hallazgos de la presente investigación en la que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas variables.

En cuanto al factor edad se presentó asociación estadísticamente significativa con el dominio salud física en la población trabajadora informal, al respecto el trabajo desarrollado por Morayo, Castillo & Lizana (2008) evidenció una relación nula entre estas variables. En la presente investigación se encontró asociación estadísticamente significativa entre la calificación del estado de salud y las dimensiones de calidad de vida, en este sentido, en el estudio de Borja, Barreto & Sánchez (2008) sobre las actitudes de los vendedores ambulantes de la localidad de Chapinero en la ciudad de Bogotá, los datos indicaron que la dimensión salud es una de las condiciones más importantes para desarrollar las actividades de ventas callejeras con una contribución de 63%, puesto que si se tienen buenas condiciones de salud éstas garantizan que las personas puedan trabajar, no obstante, si se atiende a las condiciones de salud definidas por la Organización Mundial de la Salud, se evidencia que los vendedores ambulantes carecen de un entorno ambiental que los proteja de condiciones climáticas y a la vez provea oportunidades de vivir en armonía con el medio ambiente (Borja *et al*).

Conclusiones

Frente a los determinantes sociodemográficos que influyen en el estatus social del individuo como determinante estructural, el mayor porcentaje de los participantes son mujeres, están en edad de trabajar, tienen bajo nivel educativo, pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 y 2, y se encuentran afiliados al régimen subsidiado de salud. Con respecto a los determinantes intermediarios el tiempo y tipo de trabajo relacionado con el comercio, resultan ser condicionantes importantes para la población estudiada. La calidad de vida y la salud de los trabajadores informales fueron valoradas positivamente, de esta situación se podría inferir que la “estabilidad” generada por la ocupación como trabajador informal, posibilita el desarrollo personal, familiar, social y emocional.

La satisfacción con la capacidad de trabajo fue bien valorada por la mayoría de los participantes en el estudio. Los determinantes sociales de la salud como edad, nivel educativo y afiliación a la seguridad social en salud, se asocian con los dominios salud física, psicológico y el entorno. La calificación del estado de salud se asocia estadísticamente con todos los dominios estudiados. Los resultados de esta investigación cobran sentido si se parte de la premisa de que aquellas personas que trabajan en el sector informal, lo hacen como única opción para garantizarse una mejor calidad de vida. La mayoría de las personas participantes, tienen como opción laboral el autoempleo generado en un contexto de informalidad.

Recomendaciones

Los resultados de la investigación se constituyen en un insumo importante para apoyar políticas públicas relacionadas con la salud laboral, dado que los trabajadores informales son considerados un grupo en situación de vulnerabilidad social y laboral. El trabajo desde la perspectiva del desarrollo humano da sentido a la vida de las personas, en tanto, les permite desplegar sus capacidades como sujetos activos, productivos y por ende, en su autorrealización y reconocimiento social, en tal sentido, es relevante dentro de las políticas dirigidas a esta población que se propongan acciones para mejorar el entorno donde desarrollan su actividad, bajo el entendido de que es difícil hacer la reconversión al trabajo formal, que sería lo ideal.

Desde lo teórico, es pertinente el estudio de la categoría trabajo a partir de la perspectiva de los

determinantes sociales de la salud, en tanto que éstos se constituyen en el contexto global que explican en qué medida la complejidad de la estratificación social y la vulnerabilidad de los grupos poblacionales, como es el caso de los trabajadores informales, llevan a impactar la salud y por ende su calidad de vida. Los determinantes estructurales: ingreso, educación, género, sexualidad y etnicidad configuran el soporte explicativo, que

trasciende la tradicional postura causa-efecto en el impacto en la salud, porque permiten implicar determinantes intermediarios como las condiciones de vida, trabajo y el acceso a los servicios de salud entre otros, que se traducen a la vez en diferencias en cuanto a exposición, vulnerabilidad y en la respuesta frente a las contingencias en salud de las poblaciones.

Referencias Bibliográficas

- Ardila, C. & Rodríguez, R. (2013). Condiciones de salud y laborales de la población trabajadora informal en situación de desplazamiento de Bucaramanga, Colombia. *Revista Investigaciones Andina*, 15(26), 628-639.
- Berny, L. (2003). Trabajo, pobreza y calidad de vida: El caso de un grupo de cartoneros de la comuna de Providencia, Santiago. *Revista Mad*. (8). Departamento de Antropología. Universidad de Chile. Recuperado de <http://www.revistamad.uchile.cl/index.php/RMAD/article/view/14800>
- Bones, K., Muntaner, C., González, M., Bernal, P., Vallebuona, C., Borrell, C. & Solar, O. (2013). Clase social, desigualdades en salud y conductas relacionadas con la salud de la población trabajadora en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(5), 340-348.
- Borja, H., Barreto, I. & Sánchez, V. (2008). Actitudes del vendedor ambulante de la localidad de Chapinero frente a sus condiciones laborales y políticas. *Diversitas*, 4(2), 279-290. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1794-99982008000200006&script=sci_arttext&tlng=en
- Cámara de Comercio de Bogotá. (2015). Dinámica de la economía y el comercio exterior de la región. *Observatorio de la Región Bogotá-Cundinamarca*, 24, 11.
- Cárdenas, M. & Mejía, C. (2007). *Informalidad en Colombia: Nueva Evidencia*. (Working Papers Series - Documentos de Trabajo, No. 35). Recuperado de <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=995759>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2012). Gran encuesta integrada de hogares. Población ocupada informal y formal para tamaño de empresas hasta 5 trabajadores, 13 áreas metropolitanas. Datos promedio tres primeros trimestres de 2012. Recuperado de http://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/77
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2013). Medición del empleo informal y seguridad social. Trimestre abril-junio de 2013. Recuperado de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bol_ech_informalidad_abr_jun2013.pdf
- Galvis, L. (2012a). *Informalidad laboral en las áreas urbanas de Colombia*. Documento de trabajo sobre economía regional. Cartagena: Banco de la República.
- Galvis, L. (2012b). Informalidad laboral en las áreas urbanas de Colombia. *Coyuntura Económica: Investigación Económica y Social*, 41(1), 15-51.
- García, G. (2008). Informalidad regional en Colombia: evidencia y determinantes. *Desarrollo y Sociedad*, 61, 103-146.
- Gómez, I., Castillo, I., Banquez, A., Castro, A. & Lara, H. (2012). Condiciones de trabajo y salud de vendedores informales estacionarios del mercado de Bazaruto, en Cartagena. *Revista Salud Pública*, 14(3), 448-459.
- Henao, M., Rojas, N. & Parra, A. (1999). El mercado laboral urbano y la informalidad en Colombia: evolución reciente. *Revista Planeación y Desarrollo*, XXX(2), 7-38.
- Herrera, R. & Cassals, M. (2005). Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(1), 1. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192005000100003&script=sci_arttext

- León, A. & Caicedo, H. (2011). La economía informal en Villavicencio. *Finanzas y Política Económica*, 3(2), 83-104.
- Lucas, R., Montesión, R. & Juncà, S. (2007). *Quality of life and socio-demographic characteristics of older adults (The WHOQOL-OLD Project)*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Instituto Catalán del Envejecimiento.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372, 1.661-1.669.
- Morayo, E., Castillo, R. & Lizana, J. (2008). Trabajo informal: motivos, bienestar subjetivo, salud, y felicidad en vendedores ambulantes. *Psicología em Estudo, Maringá*, 13(4), 693-701.
- Muntaner, C., Rocha, K., Borrell, C., Vallebuona, C., Ibáñez, C., Benach, J. & Solar, O. (2012). Clase social y salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(2), 166-175.
- Naughton, M., Shumaker, S., Anderson, R. & Czajkowski, S. (1996). Psychological aspects of health-related quality of life measurement: tests and scales. En B. Spilker (Ed.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (pp.117-131). (2 ed.). New York: Lippincott-Raven.
- Organización Internacional del Trabajo - OIT. (1993). Resolución sobre la Clasificación Internacional de la Situación en el Empleo (CISE) Adoptada por la decimoquinta Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--stat/documents/normativeinstrument/wcms_087564.pdf
- Organización Internacional del Trabajo - OIT. (2013). *Panorama laboral 2013 América Latina y El Caribe. Oficina Regional para América Latina y el Caribe*. Lima: Autor.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2005). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Preguntas y respuestas. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/
- Poveda, R., Barberà, R., Alcántara, E., Tito, M., Baydal, J., Garrido, D. & Zamora, T. (2004). *Mejorar la calidad de vida de las personas mayores con productos adecuados*. Boletín sobre el Envejecimiento "Perfiles y Tendencias". Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.
- República de Colombia. Resolución N° 008430 (1993, 4 de octubre). Recuperado de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf
- Uribe, J. & Ortiz, C. (2006). *Informalidad laboral en Colombia 1988-2000: evolución, teorías y modelos*. Cali: Programa Editorial Universidad del Valle.
- World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF, introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

Fecha de recepción: 22 de mayo de 2015

Fecha de aceptación: 27 de septiembre de 2015