



Umbral Científico

ISSN: 1692-3375

umbralcientifico@umb.edu.co

Universidad Manuela Beltrán

Colombia

Ft. Bueno, Diana Derly

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO EN EL SECTOR
INFORMAL.

Umbral Científico, núm. 18, junio, 2011, pp. 21-28

Universidad Manuela Beltrán

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421523004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO EN EL SECTOR INFORMAL.

Ft. Bueno, Diana Derly*

Fecha de recepción: 30 de noviembre 2010

Fecha de aceptación: 20 de mayo 2011

RESUMEN: **Objetivo:** Identificar los tipos de actividades de promoción de la salud en los lugares de trabajo desarrolladas en el sector informal a nivel mundial en los últimos 4 años a partir de los estudios científicos publicados en revistas indexadas. **Fuentes de datos:** Las bases de datos consultadas fueron; Bireme, Medline y Pubmed. **Métodos de revisión:** la búsqueda de información fue realizada entre los meses de septiembre a noviembre de 2010. Para la localización de la información se determinaron los descriptores y criterios de inclusión. Periodo de publicación del año 2006 al 2010. **Resultados:** Fueron seleccionados 14 artículos de 320 hallados en todas las bases de datos. Se concentran en 3 aspectos (1) datos para el desarrollo de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo, (2) intervenciones de promoción del la salud en el sector informal y (3) trabajo infantil e informalidad. **Conclusión:** Es necesario profundizar en el impacto de las condiciones del trabajo del sector informal en la salud de las poblaciones vulnerables, inmigrantes, recicladores y no solo en los aspectos sociales de trabajo con el fin de favorecer actividades de intervención.

PALABRAS CLAVE: Economía informal, empleo, promoción de la salud en los lugares de trabajo, Trabajo informal.

ABSTRACT: **Objective:** Identify the types of activities to promote health in the workplace developed in the informal sector worldwide in the last 4 years from scientific studies published in indexed journals. **Data sources:** The databases searched were: Bireme, Medline and Pubmed. **Screening methods:** The search for information took place between September and November 2010. For location information is determined descriptors and inclusion criteria. Publication period from 2006 to 2010. **Results:** Was including 14 studies of 30 found. They focus on 3 aspects (1) data for the development of Health Promotion in the Workplace, (2) interventions to promote health in the informal sector and (3) labor and informality. **Conclusion:** To deepen the impact of informal working conditions on the health of vulnerable populations, immigrants, recyclers and not only in the social aspects of work in order to promote intervention experiences.

KEYWORDS: Economy informal, Health promotion in the workplace, informal working, informal sectors, worksite health promotion.

1. INTRODUCCIÓN

La salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores son fundamentales para las empresas en términos de productividad, sostenibilidad y competitividad, para el contexto personal y familiar de los trabajadores y para la economía en general [1].

Los cálculos de la Organización internacional del trabajo (OIT) estiman que anualmente mueren en el trabajo más de dos millones doscientas mil personas, 750.000 mujeres y 1.500.000 hombres. Entre esas muertes, casi 350.000 tienen lugar durante accidentes de trabajo. Otras son originadas por enfermedades profesionales [2].

Señala además que la gran cantidad de mujeres trabajando en la agricultura de los países en desarrollo lo que las hace vulnerables a las enfermedades contagiosas vinculadas al trabajo. La OIT como experta declara que, las estadísticas son muy inferiores a la realidad, señalando que en muchos países se carece de información y de comunicaciones al respecto [2].

Con base en los datos mencionados anteriormente se hace evidente la necesidad de incluir en los ambientes de trabajo políticas y actividades para empleadores y trabajadores que promuevan el control y mejora de la salud en favor de la competitividad, la productividad y el desarrollo económico y social del país. Para la Promoción de la salud en los lugares de trabajo PSLT la participación del trabajador es fundamental sin tener en cuenta su entorno de labor (hogar, calle, contratistas, sector informal), los empleadores y los entornos sociales también se convierten en actores principales del proceso y en conjunto es necesario que desarrollen actividades que generen bienestar y salud [3].

Con relación al sector informal y el impacto en la salud y la seguridad de los trabajadores, la OIT hace una distinción entre las empresas informales, que son base de la definición del sector informal, dada por la Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (1993) y la fuerza de trabajo

*Grupo de investigación ocupación humana – Universidad Manuela Beltrán, Bogotá, Colombia.

diana.bueno@docentes.umb.edu.co

involucrada en actividades informales denotando que la suma de ellas; empresas y empleo informal conforman lo denominado como economía *informal* [4].

Incluso a nivel mundial se muestra como en la decimoquinta Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (CIET 15^a) llevada a cabo en el 2004, se adoptó una definición del sector informal según deberían cumplir los siguientes requisitos: ser empresas privadas no reconocidas en sociedad, es decir, empresas de propiedad de individuos u hogares que no están constituidas como institución jurídica independiente y entidades con independencia de sus dueños y para los que no se dispone de una contabilidad completa que permita una separación financiera de las actividades productivas de la empresa de las demás actividades de su propietario [5].

Otras definiciones muestran a la economía informal como el “conjunto de acciones de los agentes económicos que no se adhieren a las normas institucionales establecidas o a los que se niega su protección”[6] o “todas las actividades generadoras de ingresos no reguladas por el Estado en entornos sociales en que sí están reguladas actividades similares”[7].

Dentro de los factores que han aumentado los niveles de informalidad en el sector económico y del trabajo está la contracción o desaceleración del crecimiento económico, esto se observa más claramente durante el 2009 donde se desencadena una crisis mundial la cual ha debilitado las bases que sustentan la creación de empleo en América Latina, de acuerdo a lo reportado por países como Colombia, Chile, Ecuador, México y Perú, en donde la población ocupada se incrementó para el segundo trimestre en 1.1% de 2009 con respecto al año anterior, el empleo asalariado disminuyó en -0.5%, en el caso específico de Colombia se reportó que el empleo asalariado privado aumentó en el periodo de referencia[8].

Relacionando los datos anteriores se muestra que en Latinoamérica las perspectivas laborales para el año 2010 dependerán de la evolución de la actividad económica en general, mostrando como Brasil y Chile observan signos de recuperación de la demanda desde mediados del 2009. En otros países las tendencias son todavía tímidas para interrumpir el aumento de desempleo. De la misma manera que conlleva un aumento de la economía informal en América Latina de un 3.1% en el segundo trimestre del 2009 con respecto al mismo periodo en el 2008, que corresponde a unidades de producción o negocios no registrados, que operan en pequeña escala, a cargo de trabajadores independientes o microempresarios, proyectados en actividades de baja productividad e ingresos y al margen de la protección social, lo que se traduce en un gran déficit de trabajo decente [8].

Volviendo al impacto de la salud en el sector informal, se

distinguen algunos aspectos que favorecen y agudizan los problemas de salud en este sector y que tienen una relación directa con el subempleo, con problemas de violencia doméstica, homicidios, suicidios, alteraciones mentales, enfermedades cardiovasculares y trastornos gastrointestinales, sumado a la pérdida de la autoestima y el temor constante a la pobreza aspecto que se agudiza cuando hay presencia de factores de riesgo bio-psicosociales. Por otra parte aparece la inseguridad en los trabajos desarrollados en la calle en donde la exposición a los factores de riesgo se extiende de forma directa o indirecta, a la familia [9].

Es ahí donde la tercerización y la informalidad de la estructura de los empleos, afectan la calidad de los mismos y la equidad en términos de materia de acceso a los servicios y distribución social equitativa de la riqueza. En términos generales la sociedad se ve enfrentada a un crecimiento de las actividades económicas bajo formas representadas por pequeñas empresas y ocupaciones independientes que generalmente presentan mayores riesgos y condiciones de trabajo inseguras y precarias [9].

En Colombia el concepto del sector informal ha perdido vigencia en términos de las políticas de empleo y capacitación siendo sustituido por el concepto de micro empresa. El que a su vez genera problemas de precisión y en cuanto a las políticas de competitividad industrial es excluyente a los grupos más pobres de trabajadores y unidades productivas que son en términos generales el sector informal [10]. Otro problema creciente relacionado es el peso que adquiere el desempleo en la economía del país la cual ha focalizado la atención de las políticas anteriormente nombradas a la reconversión laboral de los trabajadores recién desempleados en el favorecimiento del empleo de emergencia y la creación de más microempresas..

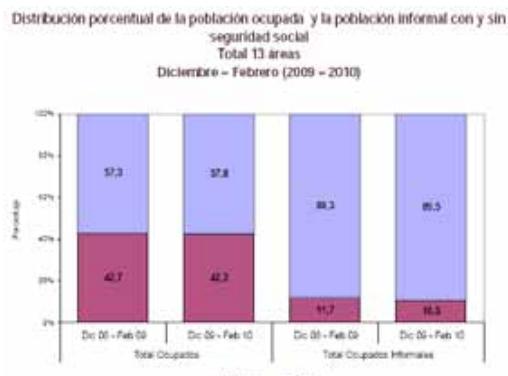
El Departamento Administrativo Nacional del Estado DANE en el informe sobre la informalidad en Colombia para diciembre de 2009 muestra una proporción de población ocupada según tamaño de empresa hasta cinco trabajadores de un 51.5%, en otro informe que muestra los sectores ocupados por la informalidad se observa que el 40,3% corresponde a hoteles y restaurantes, el 16.5% a servicios comunales, sociales y penisonales; el 13,7% corresponde a la industria manufacturera y el 12% a transporte, almacenamiento y comunicaciones el último 17% corresponde a otras ramas [11].

Por otra parte según el tipo de empresa se muestra que el 60,2% es por cuenta propia, el 18,9% son empresas particulares y el 19,9% son de otras posiciones de mercado. Teniendo en cuenta el análisis por formación se observa que el 53,2% terminaron secundaria, el 30,8% primaria, el 13,2 formación superior y el 2,8% no tienen ningún tipo de información [12].

Continuando, el lugar de trabajo muestra como el 33,4% está en local fijo el 18,6% en su propia vivienda, el 17,8% en otras viviendas, 11,5% al descubierto en la calle y el 18,8% denominado otros lugares, lo cual incluye el vehículo, el trabajo puerta a puerta, las casetas o kioscos y el trabajo en obra civil y canteras

Un aspecto de importancia es la seguridad social de esta población económica de trabajo, así, el DANE muestra que para diciembre de 2009 el 89,5% no tuvo seguridad social, este privilegio solo se da para el 10,5% de la población. Simultáneamente es aquí donde se muestra la relación entre la economía y la salud y seguridad de los trabajadores informales en donde la cobertura es mínima, las necesidades en salud no son priorizadas, la exposición a factores de riesgo ocupacional en cada vez más altas y no tienen cobertura por parte de entidades como las Administradoras de riesgos profesionales, observándose una inequidad en los recursos y oportunidades. (Ver figura No.1) [12].

Figura 1 Seguridad social y sector informal.



Fuente DANE informe de población Informal 2009 http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/presentacion_ech_informalidad_nov_ene2010.pdf

Teniendo en cuenta los datos anteriores se evidencia como los lugares de trabajo a nivel mundial se consideran prioritarios para la promoción de la salud en los lugares de trabajo (PSLT) estrategia esencial para la generación de ambientes saludables y generación de bienestar en el trabajo. Es así como la PSLT se convierte en una estrategia que favorece la realización de políticas y actividades en el entorno laboral, que tiene como objetivo aumentar el control de la salud en empleados y empleadores, para favorecer la productividad, la competitividad y la calidad [13].

El promover la salud en los entornos de trabajo ha sido un reto desde hace muchos años, es así como se observa que históricamente poco después de la formación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es organizado un comité mixto entre la Organización internacional del trabajo (OIT) y la OMS para el año de 1950, teniendo como objetivo la salud en el trabajo [13]. 28 años después se vuelve a tocar el

tema a partir de la estrategia de ambiente de trabajo saludable fundamentada en la estrategia social de Atención Primaria de Salud, aprobada en la Declaración de Alma Ata (1978) [14] es allí donde son incorporadas las políticas oficiales como medio para lograr salud para todos y el derecho del ser humano a vivir en un ambiente sano y adecuado [15].

Para 1981 la OIT exige a los estados miembros establecer políticas nacionales de salud en el trabajo y la seguridad, que trata principalmente con el ambiente físico, el establecimiento de la legislación y el apoyo a la infraestructura para hacer cumplir la salud y la seguridad en los lugares de trabajo [16]. 4 años después, en la 71^a reunión de la OIT es aprobado el servicio de salud en el trabajo, donde se pide establecer en las organizaciones públicas y privadas los servicios de salud incluyendo vigilancia, asesoramiento y promoción [17].

Posteriormente en 1986 la Carta de Ottawa representa la formulación esencial del concepto de promoción de la salud como “El proceso de permitir a las personas aumentar el control y mejorar, su salud manifestando claramente que toda acción significa, construir políticas públicas saludables, crear un ambiente de apoyo, fortalecer la acción comunitaria, adquirir aptitudes personales y reorientar los servicios de salud” [18].

En 1994 la Declaración Mundial de Medicina del Trabajo celebrada en Beijing [19] menciona que el concepto de “salud en el trabajo” incluye accidentes, prevención, salud, seguridad, y factores como el estrés psicosocial. 1 año después también en Beijing, la reunión del centro de salud ocupacional [20] presenta 10 áreas de prioridades para la acción estableciendo en el área 3 la importancia de utilizar el lugar de trabajo para influenciar los estilos de vida saludables.

Un año de notable avance para la PSLT se da en el año 1997 en donde en la Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud [21], hace hincapié en la importancia de la responsabilidad social para la salud y el aumento de la capacidad de las comunidades en los procesos de empoderamiento de la salud. El mismo año en la Declaración de Luxemburgo se define la PSLT por parte de la Red Europea de promoción de la salud en los lugares de trabajo como “los esfuerzos combinados de los empleados, los empleadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el trabajo, a través de una combinación de mejoramiento de la organización del trabajo y el entorno de trabajo, favoreciendo la participación y la promoción activa con el fin de fomentar el desarrollo personal” [22].

La situación en América Latina frente al concepto establece bases de la promoción de la salud, como estrategia de reducción de la pobreza y la desigualdad en función de un contexto social, dado a partir de la V conferencia mundial de

promoción de la salud en México en el año 2000, culminando en tres resoluciones para los países del área andina y América central. [23] Es así que organizaciones como la OMS y la OPS se han comprometido en promover y apoyar acciones y medidas de los países para implementar lugares de trabajo saludables, elaborando un plan regional de salud de los trabajadores para las Américas, concebido para complementar y apoyar áreas como: la calidad del ambiente de trabajo, políticas, legislación y servicios integrales de salud para el trabajador [24].

La implementación del plan nombrado en el párrafo anterior ha comprometido a varios países en el desarrollo de conceptualización y desarrollo de programas en PSLT. Es así como durante el desarrollo de la conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Santa Fe de Bogotá en 1992, se consideró como un desafío para la salud en América Latina, la transformación de los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos dentro de los lugares de trabajo [25].

Es de notar que Colombia se ha mantenido en una posición, conjugando conceptos entre la salud pública y la salud ocupacional, marcada desde la ley 100 de 1993 donde se muestra la independencia entre el sistema de salud y el sistema de riesgos profesionales. De esta manera los esfuerzos de desarrollo de estrategias de promoción no son evidentes y aunque se muestran alusiones no hay presencia conceptual, clara y concreta de la promoción de la salud en los lugares de trabajo [3].

En el Sistema de Riesgos Profesionales Colombiano los entornos de intervención de la PSLT giran en torno al sector formal, porque las ARP asesoran y apoyan el desarrollo de esos programas que tienen como misión la generación de bienestar de los trabajadores. La informalidad no cuenta con este tipo de privilegios y tiene que ser abordada desde otro contexto.

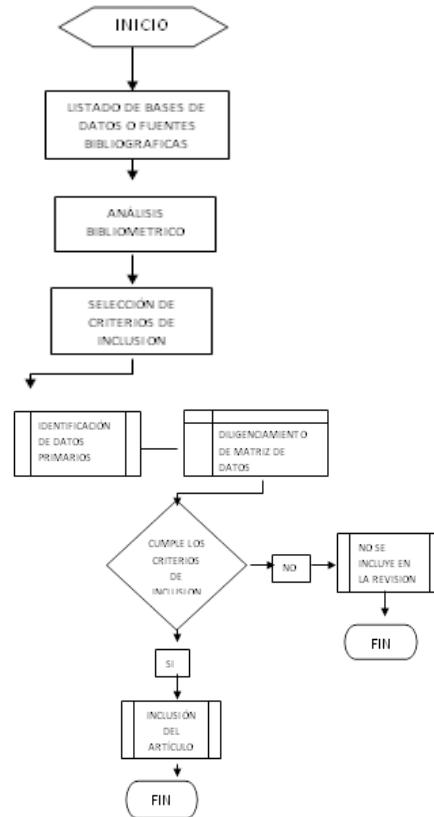
Por esta razón fue necesario hacer una revisión que permitiera identificar los tipos de actividades de promoción de la salud en los lugares de trabajo desarrolladas en el sector informal a nivel mundial como base para futuras propuestas frente al bienestar y la salud de los trabajadores Colombianos de este tipo de Economía que aumenta su porcentaje cada día más.

2. MATERIALES Y MÉTODOS.

El siguiente trabajo corresponde a una revisión sistemática de un total de 14 estudios, para un periodo comprendido entre los años 2006 a 2010. La estrategia de búsqueda de información fue realizada entre los meses de septiembre a noviembre de 2010. (Ver Figura 2. flujo grama) Las bases de datos consultadas fueron: Bireme, Medline y Pubmed. Los términos de búsqueda se realizaron bajo los siguientes descriptores: Trabajo informal, economía informal, informal sectors, health promotion in the workplace, informal working y economy informal. Se realizaron búsquedas simples con

los descriptores anteriormente nombrados y conjugadas bajo las estrategias (health promotion in the workplace AND informal working) y (health promotion in the workplace AND informal sectors).

Figura 2. Flujograma de la revisión.



La búsqueda con los anteriores descriptores arroja un total de 320 artículos en todas las bases de datos consultadas de los cuales se selecciona la muestra de 14 teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

Dentro de los criterios de inclusión para la selección se tuvo en cuenta que los estudios fueran de los 4 últimos años (2006-2010) teniendo en cuenta que el desarrollo de la PSLT en cuanto a intervenciones obedece a esa temporalidad, acceso completo al artículo, pertinencia y relación directa de la temática (programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo en población informal), cualquier idioma y tipo de estudio.

Para el análisis de la información se utiliza una matriz documental en donde se clasifican los estudios en 3 núcleos temáticos, los cuales son sistematizados bajo parámetros de título, autores, publicación, descriptores de búsqueda, base de datos, objetivo, metodología y conclusión, para un posterior análisis descriptivo, por características generales y de intervención propiamente dichas, luego se plantea una discusión y las conclusiones.

Dentro de los criterios éticos para la búsqueda se tuvo en

cuenta el respeto a los derechos de autor de la literatura consultada.

3. RESULTADOS

La búsqueda en las bases de datos electrónicas arrojó un total de 320 referencias entre todas las bases de datos consultadas de las cuales 14 cumplieron con los criterios de selección y se incluyeron en la revisión.

Para el análisis de los estudios encontrados se dividió la información en 3 núcleos temáticos como son en primer lugar, datos base para hacer promoción; en segundo lugar, intervenciones en PSLT en sectores informales y en tercer lugar, trabajo infantil e informalidad.

Teniendo en cuenta la primera matriz recopilada con el núcleo temático de *datos base para hacer promoción*, se encontró que 4 de ellos fueron publicados en el 2010, 2 en el año 2008 y 1 en el 2006 y finalmente el último en el 2007, con respecto al tipo de estudio 7 fueron estudios descriptivos transversales y solo 1 correspondió a un estudio de caso.

La población objeto de estudio de estos artículos estuvo enmarcada en la población vulnerable como son las mujeres vendedoras de calle y recicladores en 2 de los 7 estudios, los inmigrantes son análisis en otros 2 artículos y los 3 artículos restantes toman como objeto de estudio los trabajadores informales en general.

Dentro de los objetivos de las investigaciones se encontró en común el análisis de las condiciones laborales, de trabajo y de salud en 4 de los estudios, los perfiles de morbilidad y acceso a la salud en 2 de los estudios y las políticas de trabajo y el impacto para la salud en 1 de los estudios.

Los resultados de estos estudios muestran que las intervenciones en promoción se deben dirigir a la prevención de enfermedades crónicas en 3 de los 7 estudios, otros 2 estudios concluyen la falta de cobertura y el impacto en la salud e los trabajadores, 1 muestra la necesidad de prevenir e intervenir en enfermedades respiratorias, digestivas, del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos y finalmente 1 estudio concluye la necesidad de acciones políticas a favor de la salud y seguridad de los trabajadores informales y el último plantea la posibilidad de hacer análisis de puestos de trabajo en hogares y lugares de trabajo informal, como base para los programas de bienestar en el trabajo. [26] [27] [28] [29] [30] [31] [32] [33]

Para el segundo núcleo temático concerniente a *las intervenciones en PSLT en sectores informales* se recolectaron 4 estudios de los cuales 3 fueron publicados en el año 2008 y 1 en el 2009. Los tipos de estudio identificados corresponden a 3 descriptivos y 1 cuasi experimental.

En términos de la población objeto de estudio son diversos y se enmarcan en personas con trabajo en casas, trabajadores de bares, empresa pequeñas e informalidad en general. Por otra

parte los objetivos se dirigen a mejorar salud física, disminuir impacto de fumadores y favorecer el peso saludable. Los resultados muestran efectos favorables en 2 de los estudios, cambios positivos en los no fumadores y negativos en los que tenían el hábito en uno de los estudios y finalmente la necesidad de intervenir sobre la obesidad y las enfermedades crónicas acompañadas de mala salud, falta de energía, depresión, trastornos del sueño y fatiga. [34] [35] [36] [37]

Para terminar el análisis, con relación al tercer núcleo temático concerniente a *trabajo infantil e informalidad*, se encontraron dos estudios latinoamericanos realizados en el 2010 y 2006, ambos con metodología descriptiva y los cuales tenían como objetivo caracterizar las condiciones socio demográficas, de trabajo, salud y social, reconociendo factores de riesgo laboral como base para la toma de decisiones en términos de acciones e intervenciones en salud y seguridad en el trabajo, sobre dos poblaciones diferentes como son los trabajadores de plazas de mercado y los trabajadores ambientales.

Entre los resultados más relevantes de ambos estudios se encuentran que el trabajo infantil es más frecuente en niños (hombres), la gran mayoría pertenecen a familias desplazadas, trabajan más de 40 horas semanales y solo el 19% está cubierto por seguridad social, así mismo, en igual proporción habitan en la calle. En cuanto a los factores de riesgo presentes están enfrentados a inseguridad, jornadas largas de trabajo, calor y ruido, cargas excesivas, todo esto permitió reconocer que los trabajadores infantiles padecen de cefalea constante, estrés, fatiga y múltiples accidentes, entre otros. [38] [39]

4. DISCUSIÓN

La economía informal afecta a hombres y a mujeres, pero la OIT establece que bajo sus estudios y parámetros de análisis es la mujer la que se ve más vulnerada por su papel dentro del trabajo doméstico, sumado a factores como la migración y la falta de capacitación, desde el punto de vista social la mirada al género ayuda a interpretar datos y generar indicadores para efectos de intervención [40]. Respecto a la anterior precisión, esta revisión no evidencia estudios específicos según el género pero si da a lugar a análisis en términos de la edad, con dos estudios sobre el trabajo infantil.

Con relación al trabajo infantil, la OIT dentro del marco de sus actividades encaminadas a lograr la abolición efectiva de esta actividad, ha propuesto el proyecto “prevención y eliminación del trabajo infantil doméstico en hogares de terceros en América del Sur”, el cual se ha desarrollado en Brasil, Paraguay, Colombia y Perú. Para llegar a esta meta, se planteó como objetivo realizar recomendaciones orientadas a la adecuación de legislación y aunque se han hecho esfuerzos importantes dentro de los países nombrados como es Colombia y México siguen existiendo altos niveles de trabajo infantil como lo corroboran los estudios analizados en esta revisión [41].

Otro estudio realizado por la CEPAL caracteriza esta

población mostrando que el crecimiento de la población en edad de trabajar entre 15 a 19 años fue de 1% entre 1990 y el 2002, y la tasa de participación aumentó en sólo un 1,3 % revelando un ritmo estable de inserción laboral a lo largo de la década [42]. Es así como los estudios encontrados que son de más actualidad muestran como la edad ha venido disminuyendo y los estudios de 2010 demarcan en sus caracterizaciones edades desde los 10 años.

Por otra parte dentro de los artículos revisados se evidenció el trabajo sobre diferentes actividades productivas, al respecto la OIT a través de la CEPAL [43] en 2003 socializa experiencias en cuanto a la diversidad de figuras asociativas de desarrollo económico y social y da gran importancia a los productores locales de los cuales evidenciamos a través de la búsqueda de información que no hay estudios de relevancia en esta área.

Continuando con las actividades productivas la OIT en un documento publicado en Ginebra (2003), da cuenta de la vulnerabilidad de ciertos sectores, donde encabeza la ruralidad , en el escaso acceso que tienen a la seguridad social, las precarias condiciones de vida y trabajo y la independencia que implica el no poder hacer frente a la financiación de la seguridad social [44] [45]. Con respecto a los aspectos anteriormente nombrados, la mayoría de los estudios revisados miden o analizan la condiciones de trabajo, salud, seguridad y sociales a las que se ve enfrentado los trabajadores informales y de aun más importancia la falta de cobertura y de acciones que favorezcan su bienestar.

Entrando al tema de seguridad social es necesario partir de las estadísticas mostradas en la introducción en donde países como Colombia manejan para el 2009, 86,5% de falta de cobertura. Con la falta de cobertura nacen problemáticas expuestas en los artículos, en donde se hace necesaria la intervención.

Uno de los aspectos identificados en los estudios es la presencia de factores de riesgo de diferente tipo, dentro de los que se encuentran los físicos, ergonómicos y psicosociales. Con respecto a esto el desarrollo tecnológico, la automatización y la tercerización han transformado significativamente la aparición de riesgos en el trabajo, la OMS menciona en uno de sus estudios la importancia de la ocupación como factor de riesgo en términos de mortalidad y pérdida de años potenciales de vida [46].

Otra publicación de la OMS llama la atención sobre la exposición a factores de riesgo en los lugares de trabajo destacando los factores de riesgo ergonómico y de carga física que afectan al 30% de la fuerza de trabajo de los países desarrollados, también los riesgos biológicos que afectan al 80% de los países desarrollados y los químicos que afectan particularmente la salud materna y reproductiva de los trabajadores [47][48].

En cuanto a la accidentalidad y enfermedades laborales, estimaciones en la cobertura y seguros muestran como en el sector formal de países de la región; Colombia: 3,78%, Costa Rica, 3.66%, Chile: 2,81%, Brasil: 1,38 %, Panamá: 1.48%,

Perú: 1.57% de allí se analiza la contraparte constituida por la informalidad en dichos países, sin tener reportes ni claridad en los datos de accidentalidad y enfermedad en este sector [49].

De estos aspectos relevantes para la salud de los trabajadores se hace necesario incrementar las acciones de promoción de la salud en los lugares de trabajo convirtiéndola en una alternativa clara de intervención, en el favorecimiento de lugares de trabajo saludables. Un lugar de trabajo saludable debe incluir protección de la salud y promoción de la salud [50].

Al mismo tiempo, es el reto de hacer frente a los factores individuales, políticas y ambientes culturales, que afectan la salud y la productividad de los trabajadores a través de la creación o adaptación de programas de acuerdo a las necesidades para lograr altos niveles de participación y eficacia de los mismos [51].

5. CONCLUSIONES

Las publicaciones que hacen parte de la revisión han sido conducidas hacia 3 ejes temáticos datos base para hacer promoción, intervenciones de PSLT en informalidad y trabajo infantil e informalidad.

En cuanto a los datos base para hacer promoción en el sector informal se concluye que es necesario realizar estudios de mayor rigurosidad científica que aborden las condiciones de trabajo, de salud y sociales de dicha población en las que se incluya población vulnerable, recicladores e inmigrantes en las cuales se evidencio la presencia de enfermedades crónicas, respiratorias y digestivas, sumado a la exposición a factores de riesgo concernientes a inseguridad sumado a ausencia de protección médica.

Por parte del núcleo temático de intervenciones de PSLT en el sector informal se concluye que éstas se han dirigido a las pequeñas empresas informales, trabajadores de bares, de hogar y manufactura, encaminada a el favorecimiento de ambientes saludables en términos de promoción de la actividad física, disminución del consumo de cigarrillo, promoción de peso saludable, prevención de enfermedades crónicas y prevención y manejo del riesgo psicosocial dentro de lo que se incluye el manejo del estrés y de las alteraciones del sueño con muy buenos resultados. Es de notar que aunque las intervenciones han mostrado buen resultado, no se identifican modelos de intervención claros.

Así mismo en cuanto a trabajo infantil e informalidad, se muestra que los estudios solo se han dirigido a caracterizar la población de niños trabajadores de plazas de mercado y venta ambulante, mostrando las edades de inicio más frecuentes (10 años), enfrentados a múltiples factores de riesgo ocupacional que traen como consecuencia altos niveles de morbilidad, estrés y accidentalidad con baja cobertura en la seguridad social. Es necesario que los investigadores a partir de estos estudios o de nuevas caracterizaciones de sectores de trabajo, países y población específica, planteen actividades

bajo modelos de instituciones como la OMS que puedan ser objetivamente implementadas, controladas y evaluadas y que tengan un impacto directo sobre la salud y el bienestar de esta población vulnerable.

Finalmente este análisis nos permite evidenciar la necesidad de realizar investigaciones e intervenciones en el campo de la salud y seguridad en el trabajo, que ofrezcan a los trabajadores informales la oportunidad de manejar el autocuidado y el control de su salud, a partir de programas de promoción de la salud dentro de sus ambientes de trabajo que mejoren sus condiciones y su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- [1] OPS. Estrategia para el fortalecimiento de la promoción de la salud en los lugares de trabajo en América Latina y el Caribe. Marzo de 2000. Disponible en <http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf>
- [2] OIT. Demaret Luc. 2006. Día mundial de salud y seguridad en el trabajo. Disponible en <http://www.rel-uita.org/salud/actrav-28-abril.html>.
- [3] García. Juan C. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: una oportunidad por desarrollar. Av. Enferm. XXVIII (1): 124-129. 2009.
- [4] World Bank. World Development Report 1995; Workers in an integrating world. Washington DC: World Bank 1996.
- [5]. Hussmann's. R. Measuring the informal economy: From employment in the informal sector to informal employment Working Paper No. 53. Bureau of Statistics International Labour Office Geneva. 2004.
- [6]. Feige, Edgar. (1990), "Defining and Estimating Underground and Informal Economies: The New Institutional Economics Approach." World Development 18(7):989-1002.
- [7]. Castells, Manuel and Alejandro Portes, (1989), "World Underneath: The Origins, Dynamics, and Effects of the Informal Economy." in The Informal Economy: Studies in Advanced and Less Developed Countries, edited by A. Portes, M. Castells, and L. A. Benton. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- [8]. OIT. Panorama laboral 2009 America y el Caribe. Disponible en http://portal.oit.or.cr/dmdocuments/empleo/pan_lab2009.pdf
- [9]. OIT. Panorama Laboral 2009. Oficina regional de la OIT para América Latina y el Caribe, ISBN: 978-92-2-323196-5 (versión web pdf).
- [10] OPS. Documento De Plan Regional De Salud De Los Trabajadores. 2001-
- [11] DANE. Informe informalidad (diciembre 2009) http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/presentacion_ech_informalidad_nov_ene2010.pdf
- [12] Guerrero, Jaime. Economía informal Capacitación laboral para el sector informal en Colombia. Oficina Internacional del Trabajo – Ginebra 2005.
- [13] OMS. Ambientes de Trabajo Saludables: un modelo para la acción para empleadores, trabajadores, autoridades normativas y profesionales. 2010.
- [14] United Nations. Declaration of Alma Ata 1978. Disponible en <http://www.un-documents.net/alma-ata.htm>
- [15] Álvarez, Carlos. Promoción de la salud. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante . Disponible en <http://perso.wanadoo.es/aniorde_nic/apunt_polit_plan_5.htm>
- [16] International Labour Organization. C161 Convention concerning Occupational Health Services, 1985. Disponible en: <<http://www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm>>
- [17]. WHO. Ottawa Charter for health promotion. First international conference on health promotion, Ottawa 21 November 1986.
- [18] Carta de Otava. Para la Promoción de la Salud, Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; 1986.
- [19]. World Health Organization Declaration of occupational health for all. 1994. Disponible en <http://www.who.int/occupational_health/publications/declaration/en/index.html>
- [20]. World Health Organization Global strategy on occupational health for all. 1995. Disponible en <http://www.who.int/occupational_health/publications/globstrategy/en/index.html>
- [21]. World Health Organization Jakarta Declaration on Health Promotion 1997. Disponible en: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index.html>>
- [22]. European Network for Workplace Health Promotion. The Luxembourg declaration on workplace health promotion in the European Union.1997. Disponible en: <http://www.ver.is/whp/en/luxdeclaration.html>
- [23] Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad Ciudad de México,2000 Disponible en.http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf
- [24]. OPS. Promoción de la salud en las Américas. 2001. Disponible en<http://www.paho.org/spanish/d/DO302_TO.pdf>
- [25] Ministerio de salud. Promoción de la salud y la equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santafé de Bogotá; OPS/OMS, 1992. P. 3.
- [26]. Bones K. et al. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de salud de España. Psicothema 2010. Vol. 22, nº3, pp. 389-395.
- [27]. Gómez Jaime. Condiciones Sociales y de Salud de los Recicladores de Medellín. Rev. Salud pública. 10 (5):706-75, 2008.
- [28]. Il-Ho K. Case studies on employment-related health inequalities in countries representing

- different types of labor markets. International Journal of Health Services, Volume 40, Number 2, Pages 255–267, 2010.
- [29]. Hernandez P. Work conditions, labor fatigue and low birth weight among street vendors. Salud Pública De México [serial on the Internet]. (1999, Mar), [cited September 29, 2010]; 41(2): 101-109.
- [30] Agudelo A. Percepción sobre Condiciones de Trabajo y Salud de la Población Inmigrante Colombiana en Alicante, España. Rev. Salud pública. 10 (1):160-167, 2008.
- [31] Bärnighausen T. Willingness to pay for social health insurance among informal sector workers in Wuhan, China: a contingent valuation study. BMC Health Services Research 2007, 7:114.
- [32] Azuka U. Occupational Health and Safety Services for Immigrant Workers in Japanese Workplaces. Industrial Health 2010, 48, 231–235.
- [33] Jirapom T. Evidence-based investigation of safety management competency, occupational risks and physical injuries in the Thai informal sector. International Congress Series Volumen 1294, June 2006, Pages 39-42
- [34] Hamming O. Work-life conflict and associations with work-and nonwork-related factors and with physical and mental health outcomes: a nationally representative cross-sectional study in Switzerland. BMC Public Health 2009, 9:435.
- [35]. Hersey J. Employees' job satisfaction after the introduction of a total smoke-ban in bars and restaurants in Norway. Health Promot Int. 2008 Dec;23(4):302-10.
- [36]. Castle P et al. Promising Practices in Promotion of Healthy Weight at Small and Medium-Sized US Worksites. Health Promot Int. 2008 Dec;23(4):302-10.
- [37]. Prev Chronic Dis. 2008 October; 5(4): A118.Diane O. A New Evaluation Tool to Obtain Practice-Based Evidence of Worksite Health Promotion Programs.PrevChronicDis. 2008 October; 5(4): A118.
- [38]. Rojas M. Trabajo infantil y salud en un mercado público de Valencia, Venezuela. Rev. salud pública. 12 (1): 135-143, 2010.
- [39] Pinzón. A. Trabajo infantil ambulante en las capitales latinoamericanas. salud pública de México / vol.48, no.5, septiembre-octubre de 2006
- [40]. OIT. Cinterfor. Formación y economía informal. Economía informal y genero disponible en
- [41]. Cáceres, Patricia. Legislación comparada sobre Trabajo Adolescente Doméstico. El caso de Brasil, Paraguay, Colombia y Perú. Disponible en <http://white.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/ipec/tid/docs/est_leg_comparado.pdf>
- [42]. CEPAL. Caracterización de la inserción laboral de los jóvenes. 2005 Disponible en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/20849/sps104_lcl2257.pdf>
- [43]. CEPAL. Centroamérica: Cambio institucional y desarrollo organizativo de las pequeñas unidades de producción rural. México: CEPAL, 1999. Disponible en <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/9598/l406.pdf>>
- [44]. Jacquier, C. La protección social en América Latina. Educación Obrera. Ginebra, OIT. n. 131-132, abr.-set. , 2003. p. 35-40. Disponible en <<http://www.ilo.org/actrav/lang--en/index.htm>>
- [45]. Forastieri, V. Prestar servicios de seguridad y salud en el trabajo a los trabajadores del agro. OIT. Programa de la OIT sobre Seguridad y Salud en la Agricultura. El reto para el siglo XXI. Disponible en <http://portal.oit.or.cr/index.php?option=com_staticxt&staticfile=sst/agricultura/serv_sst_trab_agro.pdf>
- [46]. Leigh J, et al. Occupational Hazards. En: Murray CJL, López AD, eds. Quantifying global health risks: The burden of disease attributable to selected risk factors. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1996
- [47] Health and Environment in Sustainable Development; five years after the Earth Summit. WHO Geneva 1997.
- [48]. Seifert, A. Estudios sobre los empleos y las condiciones de trabajo de las mujeres en diferentes sectores productivos. Taller de Información sobre la Red: Mujer, Salud y Trabajo. Barcelona 1996
- [49]. Rodríguez, Carlos A. La dimensión económica de la salud y seguridad en el trabajo. Seminario sobre Salud y Seguridad de los Trabajadores, BID. Washington D.C. 2000.
- [50].WHO. Health protection and promotion: evolution of health promotion: a stand-alone concept or building on primary health care? Eastern Mediterranean Health Journal 2008, 14.v Disponible en:<http://www.emro.who.int/publications/emhj/14_S1/Index.htm>
- [51]. Goetzel R et al. promising practices in employer health and productivity management efforts: findings from a benchmarking study. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2007;49(2):111-130.
<<http://journals.lww.com/joem/Abstract/2007/02000/Promising>>