

Artículo de investigación

Estrategia de entornos de trabajo saludables en el sector informal: perspectiva de los actores

Strategy for Healthy Workplaces in the Informal Sector: Stakeholders' Perspective

Estratégia de ambientes de trabalho saudáveis no setor informal: perspectiva dos atores envolvidos

Federico Andrade-Vivas; Clara-Margarita Giraldo-Luna; Alexandra Yepes-Boada

Cómo citar este artículo

Andrade-Vivas F, Giraldo-Luna CM, Yepes-Boada A. Estrategia de entornos de trabajo saludables en el sector informal: perspectiva de los actores. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2021;20(1), e028.

<https://doi.org/10.18270/rce.v20i1.3275>

Recibido: 2020-11-06; aprobado: 2021-02-21

Federico Andrade-Vivas: antropólogo e ingeniero ambiental; magíster en Salud Pública, estudiante de doctorado en Salud Ambiental y Salud Global en University of British Columbia, Vancouver Canadá. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-0928-9424>
federicoandrade@gmail.com

Clara-Margarita Giraldo-Luna: bacterióloga y laborista clínica; especialista en Epidemiología, magíster en Salud Pública y Desarrollo Social. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-8388-3528>
lgiraldoclaram@unbosque.edu.co

Alexandra Yepes-Boada: fisioterapeuta; especialista en Salud Ocupacional, magíster en Ergonomía. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-3288-5400>
yepesalexandra@unbosque.edu.co

Resumen

Objetivo: esta investigación buscó examinar la perspectiva de trabajadores informales y tecnólogos de salud ocupacional sobre la implementación de la estrategia de entornos de trabajo saludables en las unidades de trabajo informal (UTI) de la localidad de Usaquén (Bogotá, Colombia). **Método:** estudio descriptivo en 16 UTI utilizando herramientas cualitativas. Se hizo observación directa en 16 UTI y encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas a 17 trabajadores (hombres y mujeres). Se hicieron entrevistas semiestructuradas a dos tecnólogos en salud ocupacional. **Resultados:** los trabajadores que han sido parte de la estrategia tienen un conocimiento satisfactorio de los riesgos ocupacionales. Esto ha llevado a algunas medidas positivas de prevención en las UTI (p. ej. orden, señalización). Sin embargo, la mayoría de conocimientos sobre los riesgos y su prevención no se manifiestan en prácticas de los trabajadores. Los participantes identificaron como principales barreras para la implementación de la estrategia el tiempo disponible por parte de los trabajadores y la corta duración del programa. **Discusión y Conclusiones:** desde la perspectiva de los participantes, la estrategia de entornos de trabajo saludables ha presentado algunos beneficios. Sin embargo, es importante que las barreras identificadas sean superadas. Este tipo de estrategias requieren de continuidad para que la capacitación se manifieste en beneficios de salud para los trabajadores. Las actividades que fueron percibidas como las más efectivas son aquellas que están articuladas con requerimientos legales de las UTI. Esta investigación aporta a la literatura científica sobre la salud ocupacional en trabajadores informales y a los pocos estudios cualitativos en salud ocupacional.

Palabras claves: trabajadores informales; salud laboral; ambiente de trabajo; métodos cualitativos; percepción social.

Abstract

Objective: This research examines the perspective of informal workers and occupational health and safety technicians on implementing the strategy for healthy workplaces in informal work units (UTI, for its abbreviation in Spanish) of the Usaquen district (Bogota, Colombia). **Method:** A descriptive study in 16 UTIs using qualitative tools. Direct observation was conducted in 16 UTIs, and 17 workers (men and women) were surveyed on knowledge, attitudes, and practices. Semistructured interviews were conducted with two occupational health and safety technicians. **Results:** The workers who have been part of the strategy demonstrate adequate knowledge of the occupational hazards. This fact has led to take some positive preventive measures in the UTIs (e.g., order, signposting). However, most knowledge about risks and their prevention is not shown during workers' practices. The participants identified workers' time availability and the program's short duration as the main barriers to implementing the strategy. **Discussion and Conclusions:** From the participants' perspective, the strategy for healthy workplaces has had some benefits. However, it is important to overcome the identified barriers. These types of strategies require continuity so that the training is translated into health benefits for workers. The activities perceived as the most effective are those articulated with the legal regulations of UTIs. This research contributes to the scientific literature on informal workers' occupational health and the few qualitative studies on occupational health and safety.

Keywords: informal workers, occupational health, workplace environment, qualitative methods, social perception.

Resumo

Objetivo: Buscou-se examinar a perspectiva de trabalhadores informais e tecnólogos em saúde ocupacional sobre a implementação da estratégia de ambientes de trabalho saudáveis nas unidades informais de trabalho (UIT) do município de Usaquén (Bogotá, Colômbia). **Método:** estudo descritivo em 16 UITs por meio de ferramentas qualitativas. Foi realizada observação direta em 16 UITs e enquetes de conhecimentos, atitudes e práticas a 17 trabalhadores (homens e mulheres). Além disso, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com dois tecnólogos em saúde do trabalhador. **Resultados:** os trabalhadores que têm sido parte da estratégia possuem um conhecimento satisfatório dos riscos ocupacionais. Isso tem levado a algumas medidas preventivas positivas nas UITs (por exemplo, ordem, sinalização). Porém, grande parte do conhecimento sobre os riscos e sua prevenção não se manifesta nas práticas dos trabalhadores. Os participantes identificaram como principais entraves à implementação da estratégia o tempo disponível por parte dos trabalhadores e a curta duração do programa. **Discussão e conclusões:** na perspectiva dos participantes, a estratégia de ambiente de trabalho saudável apresentou alguns benefícios. No entanto, é importante que as barreiras identificadas sejam superadas. Esses tipos de estratégias requerem continuidade para que a formação se manifeste

em benefícios à saúde dos trabalhadores. As atividades que foram percebidas como mais eficazes são aquelas que são articuladas com as exigências legais das UITs. Esta pesquisa contribui para a produção científica sobre saúde ocupacional em trabalhadores informais e aos poucos estudos qualitativos na área de saúde ocupacional.

Palavras-chave: Trabalhadores informais; Saúde do Trabalhador; Ambiente de trabalho; Pesquisa qualitativa; Percepção social.

INTRODUCCIÓN

Evidenciamos claramente que los procesos comunitarios son fundamentales para la construcción de procesos (I). Por esto, la salud ocupacional es vista como una estrategia integral de mejoras en los entornos de trabajo que, además de promover el bienestar de los trabajadores, contribuye con la sostenibilidad, la competitividad y la productividad de las organizaciones (II). A pesar de que la población trabajadora corresponde a la mitad de la población mundial, solo el 15 % tiene acceso a servicios especializados de salud ocupacional (2). Aunque se han incrementado los esfuerzos para mejorar el cubrimiento en salud y seguridad de los trabajadores por parte de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instituciones, se estima que cada año 2,3 millones de personas mueren en el mundo a causa de accidentes laborales y enfermedades relacionadas con el trabajo (3). Adicional a esta problemática, los trabajadores informales tienen condiciones laborales más precarias en comparación con los trabajadores formales, lo cual se puede ver reflejado en un mayor riesgo de desarrollar enfermedades (4). De hecho, algunos estudios han mostrado que los trabajadores informales tienen mayor riesgo de presentar dificultades de salud comparado con los trabajadores formales (5-9). Esta situación es preocupante en América Latina y el Caribe (10), debido a que existen alrededor de 130 millones de personas trabajando en condiciones de informalidad, lo que representa el 47,7 % de los trabajadores totales (III). Este porcentaje es similar al calculado para las 23 ciudades principales de Colombia en el segundo trimestre del 2015 (49,8 %) (12) y al estimativo para el trimestre móvil noviembre 2017-enero 2018 (48,1 %) (13).

En un estudio llevado a cabo en Bolivia se encontró que algunos de los factores que podrían explicar el riesgo elevado de salud de los trabajadores informales frente a aquellos con trabajo formal son: menor uso de servicios de salud, mayor probabilidad de consumo de cigarrillo, horario prolongado de trabajo y mayor consumo de alcohol (14). No obstante, este fenómeno continúa siendo poco explorado por la investigación en salud pública, y no existe un conocimiento profundo de los mecanismos mediante los cuales el trabajo informal puede afectar la salud (15-17). La relación entre el trabajo y la salud humana es compleja y no puede ser explicada por una sola disciplina o método de investigación (16). Por lo tanto, es necesario contar con trabajo cualitativo, mixto e histórico que permita comprender la experiencia de los trabajadores y los mecanismos que explican la relación entre las condiciones de empleo y la inequidad en salud (18-19).

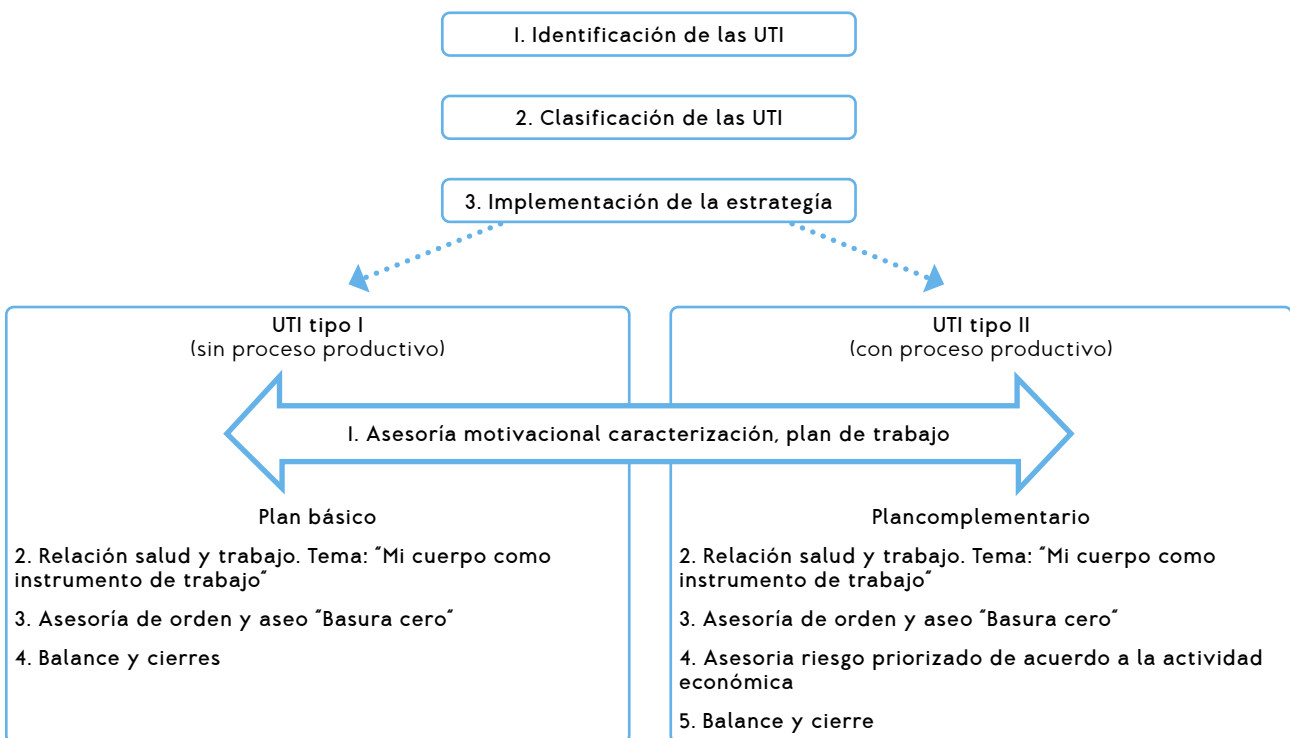
De igual manera, las intervenciones para mejorar la salud de los trabajadores informales deben enmarcarse en el conocimiento de la perspectiva de los trabajadores y su contexto social (16). Sin embargo, la evidencia cualitativa sobre estos temas es limitada. Por ejemplo, en el caso colombiano, son pocos los estudios cualitativos en el área de salud ocupacional, y la mayoría de estos se limitan a caracterizaciones psicosociales, principalmente en poblaciones de trabajadores del sector de educación superior (20). Esta escasez de información dificulta el desarrollo de intervenciones sustentadas en evidencia y que den cuenta de la complejidad de la problemática de la salud ocupacional en el trabajo informal.

Una de las estrategias implementadas en estos últimos años para reducir la brecha de salud entre trabajadores formales e informales consiste en extender el cubrimiento del acceso. Esta estrategia ha sido aplicada en países como Uruguay, Brasil y Tailandia (21-23) y ha generado beneficios en la salud de los afiliados (22), así como retos respecto a la sostenibilidad de los sistemas de salud (21-23). Otro tipo de intervenciones buscan tener un efecto sobre la salud de los trabajadores informales a

través de cambios en comportamientos riesgosos, mejoras del ambiente laboral y entrenamiento para la prevención de accidentes, entre otras (24). En el marco de este último tipo de intervenciones, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (Colombia) implementó entre los años 2006 y 2015 la estrategia de entornos de trabajo saludable enmarcada en el Plan Decenal de Salud Pública y el Plan Distrital de Salud. Esta se definió como el “conjunto de actividades e intervenciones intersectoriales de carácter básicamente promocional, preventivo y participativo que se desarrollan para ofrecer a las personas protección frente a las amenazas para su salud” (25). Para el año 2011, se intervinieron 22.274 unidades de trabajo informal (UTI) de diversos sectores económicos (26).

La estrategia de entornos de trabajo saludables estaba conformada por varias fases (véase Figura I). En un primer momento se estableció la georreferenciación de las UTI y se desarrollaron asesorías motivacionales. En la siguiente, se aplicó un plan básico de intervención de siete horas que incluía: 1) caracterización de la UTI, 2) canalización del plan de trabajo con la UTI, 3) dos asesorías o sesiones pedagógicas sobre salud y seguridad laboral, y 4) una visita de seguimiento y cierre. En el caso de las UTI que llevaban a cabo procesos productivos (como panadería o carpintería), se agregó un plan complementario de cinco horas con dos asesorías pedagógicas enfocadas en la prevención de riesgos priorizados con anterioridad (26) (véase Figura I). La estrategia fue adaptada por las 20 localidades que conforman la ciudad de Bogotá. Por ejemplo, la localidad de Usaquén inició su implementación en el 2009 y planteó una metodología teniendo en cuenta el fundamento inicial pero con algunas adaptaciones realizadas por el personal de salud pública del Hospital de Usaquén. Según datos suministrados por el Hospital, para el 2015 la localidad intervino 3.520 UTI de las 5.586 identificadas en la localidad y 5.799 trabajadores informales.

Figura I. Estrategia de entornos de trabajo saludable en unidades de trabajo informal, 2015



A pesar del potencial alcance de la estrategia de entornos de trabajo saludables, se ha investigado poco este programa en Bogotá y en la revisión bibliográfica adelantada solo se encontró una investigación (25) que evaluó directamente la intervención aquí abordada. Este estudio encontró que la vinculación de personal con formación técnica fue una estrategia importante, ya que creó un puente de comunicación y confianza con los trabajadores que benefició las actividades de capacitación (25). También halló una baja participación por parte de los trabajadores, así como que la mayoría de la estrategia se ha enfocado en el nivel individual, sin explorar a fondo estrategias colectivas. Así mismo, recomendó que la estrategia busque en un futuro trabajar características

sociales, culturales y psicosociales que acompañan la informalidad; desarrollar procesos colectivos para fortalecer el trabajo comunitario, y movilizar recursos para mejorar las condiciones de trabajo (25). Por otro lado, otras investigaciones en la ciudad de Bogotá han aplicado el modelo de entornos de trabajo saludable como marco teórico y metodológico para diseñar de manera participativa programas para promover la salud ocupacional en el trabajo informal. Este es el caso de una investigación desarrollada con trabajadores informales de una plaza de mercado, en la que se evidenció el lugar fundamental que tienen los procesos comunitarios y la perspectiva de los actores a la hora de diseñar intervenciones de promoción de la salud en el trabajo informal (27).

Debido a los pocos estudios sobre la aplicación de la estrategia de entornos de trabajo saludables en las UTI de Bogotá, y la importancia de contar con conocimiento cualitativo sobre el trabajo informal para explorar mecanismos por los cuales este tipo de trabajo afecta la salud, esta investigación buscó examinar la percepción de los trabajadores y los tecnólogos de salud ocupacional del Hospital de Usaquén respecto a la aplicación de la estrategia en esta localidad. Así mismo, trató de identificar las barreras y los facilitadores percibidos relacionados con la implementación de la estrategia en la localidad.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo utilizando herramientas cualitativas de investigación. Con miras a obtener una perspectiva amplia de los distintos actores partícipes en la estrategia de entornos de trabajo saludables, se combinaron una serie de métodos de recolección de información: observación, entrevistas semiestructuradas y encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP). El equipo de investigadores estuvo conformado por los autores y contó con el apoyo de dos estudiantes en la recolección de los datos, quienes recibieron entrenamiento y supervisión específica. El trabajo de campo se desarrolló el primer semestre del 2016 con aprobación previa del protocolo por el Comité de Ética de la Universidad El Bosque (consecutivo 027-2016).

Población de estudio

Trabajadores de unidades de trabajo informal de la localidad de Usaquén y tecnólogos en salud ocupacional del Hospital de Usaquén que hicieron parte de la estrategia de entornos de trabajo saludables en el año previo al trabajo de campo. Se visitaron un total de 22 UTI, seis de ellas utilizadas como piloto de los distintos métodos de investigaciones, y se contó con la participación de cuatro tecnólogos (dos a través de entrevista semiestructurada y dos completaron una encuesta). Se realizaron entrevistas y observación en 16 UTI, y 11 de estas autorizaron aplicar la encuesta CAP a los trabajadores (hombres y mujeres).

Estrategias para la recolección y el análisis de datos

Se emplearon tres estrategias de recolección de la información. La primera fue la observación directa de 16 UTI, basada en una guía de observación desarrollada y piloteada para esta investigación. La guía tenía como objetivo captar el estado general de la aplicación de las estrategias de salud y seguridad en el trabajo, la aceptación de estas estrategias por parte de los trabajadores, y evaluar la disponibilidad de los trabajadores para administrar posteriormente la encuesta CAP.

La segunda estrategia de recolección fue la aplicación de una encuesta CAP diseñada y piloteada por el grupo de investigación. Esta se utilizó en 11 UTI que otorgaron autorización y fue administrada a 17 trabajadores que brindaron consentimiento informado. La encuesta, que contó con 26 preguntas distribuidas en tres secciones, indagó sobre los conocimientos que tienen los trabajadores sobre los riesgos ocupacionales a los cuales se exponen, así como las prácticas de salud ocupacional reportadas y sus percepciones sobre los riesgos laborales.

En tercer lugar, se recolectaron datos provenientes del personal del hospital encargado de implementar la estrategia de entornos de trabajo saludables. Posterior a una reunión inicial con los ocho tecnólogos encargados, se enviaron 11 preguntas vía correo electrónico a cuatro de los tecnólogos que estuvieron interesados en participar. De igual manera, se realizaron dos entrevistas semiestructuradas. Tanto las preguntas enviadas electrónicamente como las entrevistas semiestructuradas buscaban comprender la percepción que los tecnólogos tienen sobre la

estrategia de entornos de trabajo saludables, las barreras en su aplicación y las estrategias para solventar estas dificultades. Dos de los tecnólogos a quienes se les enviaron las preguntas por medio electrónico no respondieron luego de remitir recordatorios.

Los datos obtenidos por las encuestas CAP fueron registrados en Excel. Las dos entrevistas semiestructuradas fueron transcritas en su totalidad y los resultados de las entrevistas y las preguntas enviadas por correo electrónico a los tecnólogos fueron organizados en una matriz donde se categorizaron las variables en cuatro grupos: barreras, facilitadores, conocimientos y aplicación.

RESULTADOS

La caracterización inicial de la UTI, obtenida a través de la observación directa, fue comparada con los resultados provenientes de la encuesta CAP y las entrevistas a los tecnólogos. En la Tabla I se presenta el resumen de los resultados agrupados en cuatro categorías analíticas y se especifica el actor de quien se obtuvo la información y el tipo de método de investigación utilizado. Las cuatro categorías analíticas permitieron agrupar la información para comprender distintos aspectos sobre la implementación de la estrategia de entornos saludables en las UTI de Usaquén. Las primeras dos categorías de análisis son las barreras y los facilitadores percibidos en la implementación. La segunda y tercera categoría incluyen aspectos relacionados con el conocimiento y las prácticas asociadas a dicha estrategia.

Tabla I. Resumen de resultados sobre la percepción de trabajadores y tecnólogos, organizados por categorías analíticas

Categoría	Actor	Resultados	Herramienta de recolección de datos
Barreras	Tecnólogos en salud ocupacional	Trabajadores piensan que pueden perder tiempo.	ES, EC
	Tecnólogos en salud ocupacional y trabajadores de las UTI	El lugar no era el apropiado; se interrumpía la actividad.	ES, VOG
	Tecnólogos en salud ocupacional	Falta de credibilidad en instituciones del Estado.	ES, EC
		Trabajadores desconfían de personas desconocidas.	ES, EC
		La alta rotación de personal en las UTI	ES
		Poca flexibilidad en horarios de trabajo	
		No es obligatorio el cumplimiento.	
		Sexo del tecnólogo	EC
		Por experiencia empírica, los trabajadores creen que no necesitan la capacitación.	
		Creen que van a recibir sanción.	
		Poco interés en el tema	
		Trabajadores de las UTI	Local en arriendo no facilita cambios.
	El jefe recibe las capacitaciones.		
		Falta incentivo económico	

Categoría	Actor	Resultados	Herramienta de recolección de datos
Facilitadores	Tecnólogos en salud ocupacional	Disposición para aprender de autocuidado	ES, EC
		Conocimiento previo de riesgos facilita la sensibilización	ES, VOG
		Ayuda brindada a las UTI para cumplir con programa de vigilancia y control	
		Disposición para aprender de emergencias	
Conocimiento	Tecnólogos en salud ocupacional y trabajadores de las UTI	Trabajadores identifican riesgos químicos y riesgo físico por ruido	ES, CTC
	Tecnólogos en salud ocupacional	Los trabajadores no identifican fácilmente los riesgos físicos y mecánicos generados por su actividad.	ES
		Los trabajadores conocen elementos de protección.	
	Trabajadores de las UTI	Conocimiento medio de riesgos y su control	CTC
Práctica	Tecnólogos en salud ocupacional	Trabajadores ponen en práctica información recibida sobre control de riesgo químico, orden y aseo.	ES
		Mayoría afirma marcar sustancias químicas	
		Mayoría reporta uso elementos de protección	
	Trabajadores de las UTI	Señalan importancia del uso de la ropa adecuada para su actividad.	CTC
		Mencionan importancia de pausas activas. Solo la mitad de ellos reporta realizarlas.	
		Informan haber realizado señalizaciones pertinentes.	
		Mayoría reporta haber realizado cambios en orden y aseo.	
	Trabajadores de las UTI	Todos afirman que revisan equipos antes de iniciar la jornada.	VOG
		Baja proporción de trabajadores utiliza elementos de protección.	
		Pocos trabajadores usan la ropa adecuada.	
Algunas UTI presentan mala señalización.			
		No se observa que trabajadores se muevan con cautela.	

ES: Entrevista semiestructurada; EC: Encuesta a tecnólogos; CTC: Cuestionario tipo CAP; VOG: visitas de observación guiada.

La observación directa de las UTI permitió examinar la adherencia a la estrategia de entornos de trabajo saludables. Al momento de las visitas se encontró que de las 16 UTI observadas el 95,0 % manifestó conocer la estrategia y el 95,4 % de las UTI evaluadas presentaron orden y aseo adecuados, tal y como se contempla en la estrategia. De igual manera, el 86,3 % llevó a cabo algún cambio y mejoras en la señalización según las recomendaciones de los tecnólogos en salud ocupacional, con el objetivo de prevenir accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Los diálogos con los encargados de las UTI durante las visitas mostraron que en la mayoría de los casos se tiene claridad para reconocer y asociar los riesgos inherentes a su actividad laboral. Esto se refleja en algunas variables como el bajo porcentaje de UTI con señalización inadecuada respecto a la prevención de riesgos de salud ocupacional. Sin embargo, solo en el 45,0 % de los establecimientos los trabajadores portaban los elementos de protección personal y pocos de ellos utilizaban la ropa adecuada para prevenir accidentes. De igual manera, solo el 59,0 % de las UTI contaban con extintor y botiquín de primeros auxilios visibles.

Tanto los tecnólogos como los trabajadores de las UTI manifestaron distintas barreras y facilitadores relacionados con la implementación de la estrategia (véase Tabla I). Estos dos actores identificaron como barrera la falta de tiempo que tiene el personal para participar en la capacitación. En el caso de los trabajadores de las UTI, algunos percibían que el tiempo invertido en la capacitación podía utilizarse de manera más provechosa en las actividades productivas de la UTI. De hecho, los tecnólogos señalaron que una práctica común por parte de los trabajadores consistía en continuar con sus actividades laborales cuando tenían la asesoría o alguna de las actividades pedagógicas. Según los tecnólogos, el hecho de que las capacitaciones se realizaran en las UTI podía reducir la atención que los trabajadores podían dedicarles. Así mismo, algunos trabajadores consideraban que ya tenían la experiencia y el conocimiento necesarios para laborar de manera segura, y esto era percibido por los tecnólogos como una barrera que reducía la motivación del personal e impedía desarrollar las actividades de capacitación de manera satisfactoria.

Otra barrera reportada por los tecnólogos y trabajadores fue la alta rotación de personal en las UTI. Esto se percibía como una limitante a la hora de implementar la estrategia ya que afectaba la continuidad en el proceso y dificultaba su seguimiento y evaluación. Es importante resaltar que dos tecnólogas señalaron que su sexo pudo ser una barrera para el desarrollo de las actividades, especialmente cuando el grupo de trabajadores estaba integrado en su mayoría o en su totalidad por hombres.

En cuanto a los facilitadores, es interesante que los tecnólogos resaltaran que la experiencia de los trabajadores no solo representaba una barrera sino también un facilitador de la implementación, pues quienes habían estado expuestos a riesgos laborales o los habían presenciado eran sensibles a la importancia de aprender técnicas de autocuidado y manejo de emergencias. Otro facilitador fue el alto grado de interés de los trabajadores cuando la capacitación y las asesorías eran percibidas como útiles para cumplir con los requisitos obligatorios del Departamento de Inspección de Vigilancia y Control en Salud de la Secretaría Distrital de Salud. En la Tabla 2 se presentan citas textuales de la perspectiva de los tecnólogos sobre las barreras y los facilitadores en la implementación de la estrategia de entornos de trabajo saludables.

Tabla 2. Barreras y facilitadores de la estrategia expresados por los tecnólogos

Comentarios realizados en las entrevistas	
	“La mayoría de veces es por tiempo, digamos que a veces es un solo trabajador y entonces no da tiempo el tiempo para atenderlo a uno y recibirle la información, hay otros que realmente han sido ya visitados o tienen un proceso largo con sanidad, muchas veces me ha pasado que dicen yo ya tengo todo, sé que es lo que tengo que tener y sanidad me está diciendo que es lo que tengo que tener al día y no hay otros que no es eso no más básicamente” (Tecnólogo 6).
Barrera: el tiempo	“El tiempo empleado para la aplicación de la estrategia no es el óptimo ya que para corregir ciertas fallas dadas por el riesgo el trabajador depende del factor económico, el cual en ocasiones toma tiempo conseguirlo y aplicarlo. Además no es el tiempo suficiente para evaluar el progreso en una UTI” (Tecnólogo 2).
	“Las personas que son muy ocupadas y que solo piensan en su diario vivir sin ninguna opción de mejorar su educación” (Tecnólogo 4).

Comentarios realizados en las entrevistas

Barrera: no ser obligatorio	<p>“... si sería bueno que fuera obligatorio o que estuviéramos más articulados con sanidad o sea que el programa estuviera más unido como con ellos, me parece a mí que fuéramos de la mano, nosotros somos prevención y ellos ya son correctivos entonces sí sería muy bueno y eso nos apoyaría mucho, porque hay algunos sitios donde no lo dejan a entrar a uno y si la persona le dice a uno que no, uno no puede entrar” (Tecnólogo 5).</p>
Barrera: sexo del tecnólogo	<p>“... dependiendo de la actividad económica en sí, porque a veces si los hombres en mi caso si los hombres como que ponen más resistencia a recibir las actividades, por lo mismo porque ellos se creen los chachos y que todo lo saben y que venga una mujer joven a venir a decirme que es lo que debo hacer, que he hecho durante muchos años no lo realizan, en cambio una mujer es mucho más asequible a recibir información pues para mejorar sus condiciones y la de sus trabajadores” (Tecnóloga 6).</p> <p>“Igual lo de confianza a mi actividad laboral se presenta en cualquier lado en lo informal o formal y sobre todo con los hombres si existe el machismo, el que una mujer venga y me diga yo cómo tengo que hacerlo y una jovencita porque así me pasó una vez en un lugar de trabajo, bueno en otro trabajo que yo estaba era solo hombres y algunos que llevaban siglos en esa empresa que yo llegara a decirles cómo tenían que hacerlo con normas de seguridad y todo eso” (Tecnóloga 5).</p>
Facilitador: disposición hacia el aprendizaje	<p>“La respuesta ha sido favorable en algunos casos con cambios en emergencias e implementación de pausas activas” (Tecnólogo 4).</p> <p>“Hay agradecimiento ya que al generarles más conocimiento sobre el autocuidado de su integridad física lo asocian con la preocupación y apoyo para que prevalezca su salud” (Tecnólogo 2).</p> <p>“Positiva ya que se evidencian cambios normalmente en plan de emergencias, implementación de pausas activas y sensibilización en autocuidado” (Tecnólogo 3).</p>

Con respecto al conocimiento de los trabajadores, los resultados de la encuesta CAP muestran que la mayoría (88,0 %) tiene un nivel de conocimiento medio de los posibles riesgos a los que se expone en su área de trabajo. Según los encuestados, este conocimiento fue adquirido por distintas fuentes, como la estrategia de atención primaria en salud aplicada por el hospital de Usaquéen, cursos de otras entidades y experiencia adquirida en la práctica. Así mismo, el 95,0 % manifestó utilizar elementos de protección personal al hacer su trabajo, información que no corresponde con la observación directa realizada en este estudio. En 12 de las 16 UTI visitadas se encontró que los trabajadores no usaban los elementos de protección personal al momento de la visita. Esto es consistente con otros ítems de la encuesta CAP, ya que al formular preguntas aisladas sobre los elementos de protección personal, el 73,0 % de los encuestados reportó no utilizar prendas de vestir adecuadas para su actividad laboral. Por otro lado, aunque la totalidad de los trabajadores señalaron en la encuesta que es importante hacer pausas activas, un 47,0 % no realizaba estiramiento muscular o pausas activas durante su jornada laboral. Según lo registrado en las visitas a las UTI, los trabajadores presentaron bajo interés en algunas prácticas preventivas como las pausas activas y el uso de equipos de protección personal. Esto contrasta con que el 94,2 % señaló en la encuesta que existían efectos negativos en su salud a causa de su actividad laboral.

Finalmente, alrededor del 70 % de los encuestados afirmaron estar satisfechos con la estrategia de entornos de trabajo saludables. Dentro de las recomendaciones reportadas por los trabajadores se encuentran:

- Involucrar siempre al dueño de la UTI
- Destinar mayor tiempo para las capacitaciones
- Recibir certificado por participar las capacitaciones
- Programar visitas en horarios que no interfieran con el trabajo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio analizó la percepción de trabajadores de unidades de trabajo informal (UTI) y tecnólogos de salud ocupacional sobre el programa de entornos de trabajo saludable implementado en la localidad de Usaquén en Bogotá (Colombia). Para lograr este objetivo, utilizó estrategias de investigación cualitativa y una encuesta CAP. Los resultados fueron agrupados en cuatro categorías analíticas: barreras y facilitadores de la implementación del programa, y conocimientos y prácticas de los trabajadores relacionados con la prevención de riesgos en el lugar de trabajo. Se encontró que la mayoría de los trabajadores conoce la estrategia de entornos de trabajo saludables, y tanto estos como los tecnólogos perciben que ha influenciado su nivel de conocimiento sobre la prevención de riesgos en el trabajo y ha llevado a que se tomen algunas medidas de prevención en las UTI, especialmente aquellas relacionadas con orden y limpieza, y con mejoras en la señalización. Sin embargo, se halló que otros conocimientos sobre riesgos en salud y estrategias para su prevención no se manifiestan en prácticas preventivas. En algunos casos, las prácticas reportadas por los trabajadores en las encuestas no se reflejan en prácticas reales observadas en las visitas a las UTI.

La evidencia científica sobre la relación entre el entrenamiento y el conocimiento de los trabajadores respecto a la prevención de riesgos laborales, y sus prácticas preventivas en el lugar de trabajo no es consistente. Este estudio se alinea con otras investigaciones que han encontrado que el conocimiento de los riesgos ocupacionales no necesariamente se traduce en prácticas preventivas por parte de los trabajadores (28-34), ya que la relación entre conocimiento y práctica únicamente se verificó en la señalización y el orden del lugar de trabajo. Por otro lado, solo un estudio había examinado la estrategia de entornos de trabajo saludables enmarcada en el Plan Distrital de Salud de Bogotá, y ejecutada a través de instituciones públicas de la ciudad. En esa investigación se identificó que los trabajadores percibían la estrategia como positiva, a pesar de existir barreras asociadas al tiempo disponible y la necesidad de extender sus actividades (25). Estos resultados son similares a los de este estudio; sin embargo, Luna et ál. identificaron algunas barreras que no manifestaron los tecnólogos y trabajadores participantes de esta investigación, como son el costo de los cambios necesarios para reducir riesgos y el énfasis en capacitaciones individuales, sin explorar estrategias colectivas (25).

Por otro lado, es preocupante que las actividades de la estrategia de entornos saludables generen presiones sobre el tiempo de los trabajadores, ya que otras investigaciones han reportado que los horarios laborales extendidos están relacionado con efectos negativos en la salud de los trabajadores informales (14). Por su parte, Torres-Acevedo y Muñoz-Sánchez resaltan la centralidad que tienen los recursos y el tiempo del personal para el desarrollo de programas de promoción de salud (27) en su estudio con trabajadores de una plaza de mercado de Bogotá. Estos autores también hacen énfasis en la importancia de contar con herramientas de investigación que den cuenta de la perspectiva de los actores involucrados a la hora de evaluar el potencial del modelo de entornos de trabajo saludable (27). Esta posición se alinea con los resultados de este estudio donde fue notoria la importancia de la mirada de los actores involucrados para identificar barreras y oportunidades en la promoción de entornos saludables de trabajo en el sector informal.

Esta investigación tiene dos limitantes principales. La naturaleza del estudio es cualitativa y exige la investigación en profundidad. Esto impide que la muestra sea amplia y representativa en términos estadísticos. Sin embargo, esta mirada es necesaria y permite complementar lo encontrado en investigaciones cuantitativas; además posibilita explorar nuevas hipótesis y teorías que pueden ser luego estudiadas en otras poblaciones y escalas. Por otro lado, es posible que la presencia de los investigadores en las UTI influenciara el comportamiento de los trabajadores y por lo tanto sus prácticas preventivas (conocido como el efecto Hawthorne). No obstante, la presencia de investigadores suele llevar a los trabajadores a desarrollar mayor cantidad de actividades para prevenir riesgos, lo cual podría haber llevado a nuestro estudio a sobrestimar las buenas prácticas preventivas. Por lo tanto, el efecto Hawthorne no afectaría las conclusiones de este estudio.

Los resultados obtenidos en esta investigación son un insumo relevante para comprender aspectos por mejorar en la estrategia de entornos de trabajo saludables y elementos que han resultado exitosos. Es importante que la estrategia contemple las barreras y los facilitadores identificados, especialmente la falta de tiempo de los trabajadores y la necesidad de un mayor seguimiento de

las actividades realizadas en las UTI. Esta necesidad de continuidad y seguimiento requiere que las políticas públicas trasciendan los cambios de alcaldías de las ciudades para que exista un verdadero beneficio en la salud de los trabajadores. Desde la perspectiva de los trabajadores y tecnólogos, se encontró que son más efectivas aquellas actividades y asesorías que están relacionadas con aspectos que les permiten a las UTI cumplir con requisitos legales. Los resultados de esta investigación son una fuente de información confiable para futuras investigaciones que busquen examinar los mecanismos que conectan el trabajo informal con efectos sobre la salud humana. Sirve además de insumo para estudiar estrategias para prevenir riesgos laborales en el sector informal. Estos resultados pueden ser la base para diseñar futuras mejoras en la estrategia de entornos saludables en unidades de trabajo informal y de esta forma colaborar en la reducción de la brecha en salud entre los trabajadores formales e informales.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer a los trabajadores de las unidades informales de trabajo que participaron en la investigación y al personal encargado de la implementación de la estrategia de entornos de trabajo saludables del Hospital Usaquén. Sin su disposición, no hubiera sido posible recolectar los datos. Así mismo, queremos agradecer a las estudiantes Johana Andrea Figueroa Ramírez y Olga Josefa Ortega Ospino por su apoyo en la recolección y sistematización de los datos.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguna de las autoras presenta conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Organización Mundial de la Salud (OMS)**. Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo. Ginebra: OMS; 2010.
2. **Organización Mundial de la Salud (OMS)**. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial 2008-2017 [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [citado 2017 dic. 4]. Disponible en: http://www.who.int/phe/publications/workers_health_global_plan/es/
3. **Takala J, Hämäläinen P, Saarela KL, Yun LY, Manickam K, Jin TW, et ál.** Global estimates of the burden of injury and illness at work in 2012. *J Occup Environ Hyg*. 2014 may. 4;11(5):326-37.
4. **Julià M, Belvis F, Vives A, Tarafa G, Benach J.** Informal employees in the European Union: working conditions, employment precariousness and health. *J Public Health*. 2019 jun. 1;41(2):e141-51.
5. **Julià M, Tarafa G, O'Campo P, Muntaner C, Jódar P, Benach J.** Informal employment in high-income countries for a health inequalities research: A scoping review. *Work*. 2016 en. 1;53(2):347-56.
6. **Benach J, Solar O, Vergara M, Vanroelen C, Santana V, Castedo A, et ál.** Six employment conditions and health inequalities: A descriptive overview. *Int J Health Serv*. 2010 abr. 1;40(2):269-80.
7. **Ruiz ME, Vives A, Martínez-Solanas È, Julià M, Benach J.** How does informal employment impact population health? Lessons from the Chilean employment conditions survey. *Safety Science*. 2017 ene. 12;100:57-65.
8. **Jonsson J, Matilla-Santander N, Kreshpaj B, Johansson G, Kjellberg K, Burström B, et ál.** Precarious employment and general, mental and physical health in Stockholm, Sweden: A cross-sectional study. *Scand J Public Health*. 2020 sept. 16;1403494820956451.
9. **Matilla-Santander N, González-Marrón A, Martín-Sánchez JC, Lidón-Moyano C, Cartanyà-Hueso À, Martínez-Sánchez JM.** Precarious employment and health-related outcomes in the European Union: A cross-sectional study. *Crit Public Health*. 2020 ag. 7;30(4):429-40.

10. **Ruiz ME, Tarafa-Orpinell G, Jódar-Martínez P, Benach J.** ¿Es posible comparar el empleo informal en los países de América del Sur? Análisis de su definición, clasificación y medición. *Gac Sanit.* 2015 ene. 1;29(1):65-71.
11. **Organización Internacional del Trabajo (OIT).** Panorama laboral temático: Transición a la formalidad en América Latina y el Caribe [Internet]. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2014 [citado 2017 dic. 4]. Disponible en: http://www.ilo.org/americas/publicaciones/WCMS_315054/lang--es/index.htm
12. **Banco de la República.** La informalidad en el mercado laboral colombiano. Reporte n.o 197 [Internet]. 2015 [citado 2017 dic 4]. Disponible en: <https://publicaciones.banrepcultural.org/index.php/emisor/article/view/7907>
13. **Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).** Medición de empleo informal y seguridad social [Internet]. DANE; 2018 mzo. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bol_ech_informalidad_nov17_enel8.pdf
14. **Arias-Uriona AM, Ordóñez JC.** Factores de precariedad laboral y su relación con la salud de trabajadores en Bolivia. *Rev Panam Salud Publica.* 2018 ag. 30;42:e98.
15. **Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C.** Precarious employment: Understanding an emerging social determinant of health. *Annu Rev Public Health.* 2014 mzo.18;35(1):229-53.
16. **Benach J, Vives A, Tarafa G, Delclos C, Muntaner C.** What should we know about precarious employment and health in 2025? Framing the agenda for the next decade of research. *Int J Epidemiol.* 2016 febr. 1;45(1):232-8.
17. **Julià M, Vanroelen C, Bosmans K, Van Aerden K, Benach J.** Precarious employment and quality of employment in relation to health and well-being in Europe. *Int J Health Serv.* 2017 abr. 27;0020731417707491.
18. **Muntaner C, Solar O, Vanroelen C, Martínez JM, Vergara M, Santana V, et ál.** Unemployment, informal work, precarious employment, child labor, slavery, and health inequalities: Pathways and mechanisms. *Int J Health Serv.* 2010 abr. 1;40(2):281-95.
19. **Ruiz ME, Vives A, Puig-Barrachina V, Benach J.** Unravelling hidden informal employment in Chile: Towards a new classification and measurements to study its public health impact. *Int J Health Serv.* 2019 oct. 1;49(4):817-43.
20. **Tabares-Díaz JP.** Caracterización de la investigación cualitativa en salud ocupacional en Colombia en los últimos 15 años: retos y oportunidades [Tesis]. Bogotá: Universidad El Bosque; 2017. 84p.
21. **Amarante V, Perazzo I.** Uruguay's "single tax" social protection scheme for the self-employed. *Int Labour Rev.* 2013 dic. 1;152(3-4):559-75.
22. **Nagamine-Costanzi R, Duarte-Barbosa E, Da Silva-Bichara J.** Extending social security coverage to self-employed workers in Brazil. *Int Labour Rev.* 2013 dic. 1;152(3-4):549-57.
23. **Hsu M, Huang X, Yupho S.** The development of universal health insurance coverage in Thailand: Challenges of population aging and informal economy. *Soc Sci Med.* 2015 nov.;145:227-36.
24. **Landsbergis PA, Grzywacz JG, LaMontagne AD.** Work organization, job insecurity, and occupational health disparities. *Am J Ind Med.* 2014 my. 1;57(5):495-515.

25. **Luna J, Canoles O, Torres M, Ariza K, Cortés J, Apráez G, et ál.** Salud y trabajo en la economía informal en Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
26. **Secretaría Distrital de Salud.** Guía operativa de ámbito laboral: trabajo decente y saludable. Subsecretaría de Salud Pública; 2015.
27. **Torres-Acevedo PE, Muñoz-Sánchez AI.** Programa de promoción de la salud en un lugar de trabajo informal en Corabastos, Bogotá: una perspectiva participativa. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2019;37(2):22-35.
28. **Ahmed HO, Newson-Smith MS.** Knowledge and practices related to occupational hazards among cement workers in United Arab Emirates. *J Egypt Public Health Assoc.* 2010;85(3-4):149-67.
29. **Hasanah H, Setiawati EP, Apriani L.** Knowledge and intention to use personal protective equipment among health care workers to prevent tuberculosis. *Althea Med J.* 2016 mzo. 29;3(1):120-5.
30. **Halfacre-Hitchcock A, McCarthy D, Burkett T, Carvajal A.** Latino migrant farmworkers in low-country South Carolina: A demographic profile and an examination of pesticide risk perception and protection in two pilot case studies. *Hum Organ.* 2006 mzo. 1;65(1):55-71.
31. **Arcury TA, Quandt SA, Russell GB.** Pesticide safety among farmworkers: perceived risk and perceived control as factors reflecting environmental justice. *Environ Health Perspect.* 2002 abr.;110(supl. 2):233-40.
32. **Perry MJ, Marbella A, Layde PM.** Compliance with required pesticide-specific protective equipment use. *Am J Ind Med.* 2002;41(1):70-73.
33. **MacFarlane E, Carey R, Keegel T, El-Zaemay S, Fritschi L.** Dermal exposure associated with occupational end use of pesticides and the role of protective measures. *Saf Health Work.* 2013;(3):136-41.
34. **Ricci F, Chiesi A, Bisio C, Panari C, Pelosi A.** Effectiveness of occupational health and safety training: A systematic review with meta-analysis. *J Workplace Learn.* 2016 ene. 1;28(6):355-77.