

Aproximación al estado de salud de los microempresarios del área metropolitana de Bucaramanga

Approach to health of the microentrepreneurs

of the metropolitan area of Bucaramanga

Abordagem sobre o estado de saúde dos micro-empresários da região metropolitana de Bucaramanga

Amado A. Guerrero-Rincón, Econ Mg PhD.*

César L. Alfonso-Ruiz, Econ **

Resumen

Introducción: El propósito del estudio es presentar los resultados del módulo de salud de la encuesta de Microempresarios del Área Metropolitana de Bucaramanga 2012, buscando una aproximación a la medición del estado de salud y su importancia para las acciones y políticas públicas dirigidas al sector productivo de la ciudad.

Metodología: El enfoque metodológico utilizado fue el de Activos, Vulnerabilidad y Estructura de Oportunidades (AVEO) y el módulo salud se diseñó con la ayuda de metodologías como la Short Form 36 Health Survey (SF-36), EuroQol 5D, y RAND validadas por autores como Foot, Roberts y Stansfeld; y Johnson y Pickard. Los participantes fueron 384 microempresarios del área metropolitana de Bucaramanga. **Resultados:** La encuesta permitió medir el estado de salud subjetivo del grupo de microempresarios donde el 30% se ubicaron en el estado excelente, el 17% en muy bueno, el 39% en bueno, el 12% en regular, y el 2% en un mal estado de salud. El 25.5% de los microempresarios afirmó que durante el último mes tuvo que disminuir el tiempo que dedicaba a su trabajo a causa de un problema de salud físico o emocional. También, se encontró que el 48% de los encuestados menciona que su actividad laboral ha venido afectando su salud a través del tiempo.

Conclusiones: es necesario integrar la variable salud a las políticas públicas y privadas dirigidas al sector productivo,

tomando como objetivo la disminución de las limitaciones para la realización de actividades diarias, la prevención de enfermedades ocupacionales y el tratamiento de las enfermedades de larga duración y derivadas del envejecimiento. [Guerrero-Rincón AA, Alfonso-Ruiz CL. Aproximación al estado de salud de los microempresarios del área metropolitana de Bucaramanga. MedUNAB 2014; 17(1):13-22]

Palabras clave: Estado de salud; Política de salud; Indicadores de salud; Economía de la salud; Áreas de influencia (salud).

Abstract

Introduction: The aim of this research is to present the results of the Microentrepreneurs's health module survey of the Metropolitan Area of Bucaramanga in 2012, seeking an approach to the measurement of health status and its importance to the actions and public policies for the productive sector of the city. **Methodology:** The methodological approach was the Assets, Vulnerability and Structure of Opportunities (AVSO) and health module was designed with the aid of methodologies such as the Short Form 36 Health Survey (SF-36), EuroQol 5D, and RAND, validated by authors like Foot, Roberts and Stansfeld; and Johnson and Pickard. **Results:** The survey allowed to

* Economista, Magister en Historia, Doctorado en Historia de Iberoamérica; Director, Grupo de Investigación sobre Desarrollo Regional y Ordenamiento Territorial (GIDROT), Profesor Titular, Escuela de Economía y Administración, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia.

**Economista, Grupo de investigación sobre Desarrollo Regional y Ordenamiento Territorial (GIDROT), Docente, Escuela de Economía y Administración, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Industrial de Santander. Investigador, Bucaramanga, Santander, Colombia.

Correspondencia: Amado Antonio Guerrero Rincón, Docente, Escuela de Economía y Administración, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Industrial de Santander, Carrera 27 Calle 9, Bucaramanga, Santander, Colombia. Teléfono: 6344000 Ext. 1152. E-mail: guerrero@uis.edu.co

Artículo recibido: 27 de febrero de 2014, Aceptado: 15 de julio de 2014

measure the subjective health status of micro entrepreneurs where 30% were located in excellent condition, 17% very good, 39% in good, 12% regular, and 2% on a bad health. 25.5% of entrepreneurs said that they had to reduce the time dedicated to their work during the last month because of physical or emotional health issues. We also found that 48% of respondents mentioned that their work has affected their health over time. **Conclusion:** The results indicate the need to integrate health variable in public and private policies for the productive sector, targeting the reduction of constraints to work on daily activities, prevention of occupational diseases and the treatment of long-term illness and derivatives of aging. [Guerrero-Rincón AA, Alfonso-Ruiz CL. Approach to health of the microentrepreneurs of the metropolitan area of Bucaramanga. *MedUNAB* 2014; 17(1): 13-22]

Keywords: Health status; Health policy; Health status Indicators; Economics, Medical; Health economics; catchement area (Health).

Resumo

Introdução: O objetivo do estudo é apresentar os resultados de pesquisa sobre o padrão de saúde dos microempreendedores da região metropolitana de Bucaramanga no ano de 2012, buscando comparar o estado de saúde e sua importância para as ações e políticas

Introducción

La evolución de las metodologías de evaluación del estado de salud, desde las mediciones con base en imágenes y videos que se desarrollaban en estudios como los de Patrick¹ et al y Cadman² et al a metodologías basadas en la medición de forma dimensional del estado de salud y, principalmente en su relación con las actividades diarias que realizan las personas, ha sido un punto clave para lograr mejores resultados y el desarrollo de nuevos instrumentos de medición como las encuestas *Short Form 36 Health Survey* y la metodología *EuroQol 5D*.

Con estos instrumentos se han realizado diferentes estudios sobre el estado de salud de la población en general, los cuales han logrado despertar el interés de la comunidad científica sobre el papel de la evaluación subjetiva y la comprobación de los diferentes métodos de medición en su validez y fiabilidad, con el objetivo de lograr consensos entre investigadores de la salud. Neumann, Goldie, y Weinstein³ resaltan que mediante la aplicación de cuestionarios se puede clasificar unívocamente un estado particular de salud y luego, aplicando los resultados de estudios previos, se puede obtener la valoración del estado en cuestión. En el desarrollo metodológico se referencian algunos estudios de importancia al respecto.

El estado de salud es una variable de importancia, más aún cuando se habla de la relación de los problemas de salud con

públicas para o setor produtivo da cidade. **Metodologia:** A abordagem metodológica foi a vulnerabilidade de Ativos e Opportunity Estrutura (AVEO) e módulo de saúde foi concebido com a ajuda de metodologias como o Short Form 36 Inquérito de Saúde (SF-36), EuroQol 5D, e validado pela RAND autores como Pé, Roberts e Stansfeld; e Johnson e Pickard. **Resultados:** A pesquisa mediu o estado subjetivo de saúde de microempreendedores, onde 30% estavam localizadas em excelentes condições, 17% muito bom, 39% bom, 12% regular, e 2% em mau estado de saúde. 25,5% dos empresários disseram que durante o último mês tiveram que reduzir o tempo dedicado ao seu trabalho por causa de problemas físicos ou emocionais. Nós também descobrimos que 48% dos entrevistados mencionaram que o seu trabalho tem influenciado sua saúde ao longo do tempo. **Conclusão:** Os resultados apontam para a necessidade de se integrar a variável saúde em políticas públicas e privadas para o setor produtivo, visando a redução de restrições para trabalhar em atividades de vida diária, prevenção de doenças ocupacionais e o tratamento da doença de longa duração e decorrentes do envelhecimento. [Guerrero-Rincón AA, Alfonso-Ruiz CL. Abordagem sobre o estado de saúde dos microempreendedores da região metropolitana de Bucaramanga. *MedUNAB* 2014; 17(1):13-22]

Palavras-chave: Nivel de saúde; Política de saúde; Indicadores básicos de saúde; Economia médica, Economia de saúde.

la disponibilidad y capacidad de las personas para realizar sus actividades diarias y, entre ellas, la de generar los ingresos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas y la de sus familias. Grossman menciona que "(...) el capital de salud difiere de otras formas de capital humano. En particular, se argumenta que el conocimiento de una persona afecta a su productividad en el mercado y fuera de él, mientras que el balance de salud determina la cantidad total de tiempo para producir ganancias de dinero y mercancías".⁴

Adicionalmente, Krieger⁵ define a los determinantes sociales de la salud como las condiciones en que las personas viven y trabajan que impactan la salud, las cuales incorporan tanto las características específicas del contexto social, como las vías a través de las cuales estas condiciones se traducen en efectos para la salud de las personas, y que finalmente interfieren en sus actividades diarias como el trabajo.

Se debe tomar en cuenta la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la define como: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".⁶ Por lo tanto, para efectos del presente estudio se trabajó el estado de salud individual como una configuración de bienestar físico, mental y social en un momento determinado y comparable en el tiempo.

Este estudio se enmarcó en la investigación realizada en el año 2012 la cual fue titulada "Análisis de los factores

socioeconómicos de las microempresas del Área Metropolitana de Bucaramanga (AMB), desde el enfoque de activos familiares y estructura de oportunidades (AVEO)", en la cual se diseñó un instrumento de medición para cada uno de las dimensiones que se han venido trabajando con la metodología AVEO: capital humano, capital físico-financiero y capital social.

Se parte de la base que los problemas de salud afectan, directa o indirectamente, el número de horas saludables que dispone la población objetivo del estudio para la realización de sus actividades diarias y que por lo tanto deben diseñarse políticas de salud apropiadas. Un ejemplo claro es el aporte de Selma J. Mushkin⁷ quien ha encontrado puntos de unión entre los dos tipos de capital humano: la educación y la salud. La autora sostiene que, en principio, guardan una relación muy cercana, ya que la inversión en educación afecta al capital salud, debido a que la formación o la educación ayudan a las personas a tener mayores consideraciones sobre la salud. También menciona que la falta de salud afecta las horas productivas y en ciertas etapas de la vida, incluso afecta la acumulación de capital humano.

Para analizar esta problemática se han desarrollado diversas metodologías y estudios empíricos que buscan evaluar y retroalimentar la medición del estado de salud y su relación con la actividad laboral. Sin embargo, Kathleen⁸ menciona que el valor y la utilidad de estas mediciones en la orientación de la atención, la mejora de los resultados y el bienestar del paciente, deben ser demostrables antes de ser ampliamente adoptados en la práctica clínica. Además, el autor reúne las conclusiones de la *Third Conference on Advances in Health Status Assessment*, destacando que el estado de salud conforme a la evaluación durante toda la vida no es estático, sino dinámico.

De hecho, según Kumpusalo⁹ *et al*, la identificación de las dimensiones básicas del estado de salud ha coadyudado favorablemente en la planificación de la atención de salud, y destacan que el uso de este tipo de datos produce resultados fructíferos en las actividades concretas de promoción de la salud. Los autores realizaron un estudio en Finlandia con treinta y siete variables que fueron elegidas para el estudio de análisis factorial, identificando seis dimensiones del estado de salud: función física, estado emocional, salud percibida, estado corporal y presión arterial, funcionamiento social y estado bioquímico. Estas seis dimensiones representaron el 46% de la varianza de las variables de estado de salud. Otro resultado del estudio fue que en la asistencia sanitaria existe una demanda creciente de instrumentos completos y fiables de medición general del estado de salud.

En cuanto a los instrumentos que se han venido empleando en la medición del estado de salud, se destacan las encuestas Short Form 36 Health Survey (SF-36), EuroQol 5D, y RAND diseñadas con preguntas de calificación subjetiva o percepción personal de los encuestados sobre diferentes

dimensiones de su salud física y emocional. Es de anotar que algunos resultados de investigaciones que han utilizado estos instrumentos de medición y que comparan la efectividad de las metodologías, han sido ampliamente acogidas por la comunidad científica, entre ellas las de Foot, Roberts y Stansfeld¹⁰ en la cual realizaron un análisis estadístico del *Short Form 36* (SF-36) validando su efectividad al momento de evaluar el estado de salud mental con factores sobre salud física y psicológica, pero recomendaron que esta técnica puede ser más eficiente si se integran los aspectos físicos y psicológicos de la actividad social presentes en el cuestionario *The Nottingham Health Profile* (NHP) permitiendo así un mayor énfasis en las dinámicas del funcionamiento social.

Así mismo, en el año 2002, Burström¹¹ *et al*, emplearon el instrumento EQ-5D para medir el estado de salud de la población de Estocolmo e hicieron una comparación con los cálculos realizados en 1998, lo que muestra la eficacia del instrumento para evaluar tendencias y obtener aportes para el diseño de políticas para mejorar el estado de salud. Los autores encontraron que, con el tiempo, el índice de salud se redujo de forma estadísticamente significativa de 0.858 a 0.841 en el caso de los hombres y 0.833 a 0.797 para las mujeres. El estudio permitió observar algunas hipótesis de las causas del deterioro del estado de salud al destacar el incremento, en las mujeres, de la dimensión ansiedad/depresión que podía estar relacionado con la doble jornada laboral (trabajo y familia) experimentada por muchas de ellas. En el caso de los jóvenes, el deterioro de la salud fue relacionado con el empeoramiento de sus condiciones de vida, especialmente las concernientes con el mercado de trabajo como las largas jornadas laborales, el estrés, entre otras, y la economía en términos de disminución de ingresos y aumento de gastos, y entre las mujeres jóvenes surgieron factores explicativos como el aumento del consumo de alcohol y el sobrepeso. Según los autores, el deterioro observado en el estado de salud es un motivo de preocupación y por lo tanto era urgente realizar investigaciones para determinar las razones explicativas de dicho deterioro.

Por otro lado, Au, McDonell, Martin y Fihn¹² utilizaron el *Medical Outcomes Study 36-item Health Survey* (SF-36) para medir las variaciones regionales del estado de salud, tomando como base una muestra de cincuenta mil pacientes de siete centros médicos de atención primaria de los Estados Unidos. Los autores encontraron grandes diferencias en la prevalencia de enfermedades crónicas y, en relación con los factores sociodemográficos y la continuidad de la atención, estas diferencias se asociaron significativamente con grandes variaciones en el estado de salud. Este estudio sugirió que las escalas de los componentes y el resumen del SF-36 proporcionan una medida del efecto de las características socio-demográficas y de morbilidad en los pacientes respecto de su salud física y mental.

En cuanto a la comparación de los diferentes instrumentos de medición, Johnson y Pickard¹³ compararon dos encuestas

utilizadas para la medida del estado de salud: la EQ-5D y la SF-12. Su estudio estadístico validó la importancia del EQ-5D como un instrumento adecuado para medir el estado de salud de una población, siendo este muy efectivo gracias a sus cinco dimensiones simples: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Sin embargo, según los autores, esta simplicidad es uno de sus puntos fuertes, pero también puede ser una limitación si se utiliza como única medida del estado de salud, por lo que recomendaron combinar el EQ-5D con otros instrumentos como el SF-12 para proporcionar una amplia cobertura de las dimensiones de la salud y generar una mejor puntuación del estado de salud para una variedad de aplicaciones.

Los anteriores instrumentos de medición permiten observar la importancia de implementar estudios para la medición del estado de salud a nivel nacional y local y, especialmente, en relación con las actividades diarias de las personas, en este caso con la actividad laboral de un segmento destacado de la economía local como son los microempresarios de Bucaramanga.

La salud de los trabajadores afecta la generación de riqueza de una región y esta a su vez se relaciona con múltiples variables por estudiar como la educación, el capital psicológico, variables demográficas como la edad o el número de miembros del hogar que se vinculan al mercado laboral, o, como lo mencionan Velasco, Beltrán, y Torres,¹⁴ también guarda estrecha relación con la higiene y seguridad de los lugares de trabajo, destacando que estas variables contribuyen a la productividad y al desarrollo sustentable de las empresas y de las comunidades vistas como un sistema.

Este artículo busca presentar los principales resultados del módulo de salud de la encuesta realizada a los microempresarios del Área Metropolitana de Bucaramanga (AMB). Se espera que con este tipo de estudios mejore la percepción de los decisores de política pública acerca de la necesidad de incluir la variable salud en la planeación del desarrollo empresarial, y en la relación de la política de salud con el sector productivo, principalmente en el sector micro dado el carácter familiar de las unidades económicas del AMB, donde las actividades de generación de ingresos están estrechamente relacionadas, especialmente con el estado de salud.

Metodología

Se aplicó la encuesta a una muestra de 384 microempresarios del AMB con el fin de caracterizar y medir su grado de vulnerabilidad frente a la pobreza, teniendo en cuenta el nivel de activos familiares en sus diferentes dimensiones. Dada la importancia de medir el estado de salud, se incluyó un módulo de preguntas acerca de la salud del microempresario y de su familia, el cual arrojó algunos resultados de importancia para el diseño de acciones y políticas desde el campo público y privado.

La encuesta metropolitana de microempresarios se usó como instrumento de medición de las dimensiones de la metodología AVEO. El instrumento de medición recolectó información de tipo transversal. La zona de estudio abarcó los cuatro municipios del Área Metropolitana de Bucaramanga (Bucaramanga, Floridablanca, Girón y Piedecuesta). Según el censo industrial ampliado del Departamento Administrativo Nacional de Estadística en el año 2005 existían 42.685 unidades productivas en el Área Metropolitana de las cuales con la ayuda de bases de datos de entidades microfinancieras se localizaron 12.067 de las cuales se obtuvo la muestra aleatoria de 384 microempresarios correspondiente al 3.18% de los identificados, de forma que se estableció la cantidad, localización y densidad de concentración en que se encuentran espacializados los fami y microempresarios del Área Metropolitana. La muestra fue aleatoria y estratificada tomando en cuenta la participación de los microempresarios de cada municipio en el total del AMB.

El módulo de la encuesta referente a la medición de la salud, está compuesto por un cuestionario de veintidós preguntas que fueron propuestas después de la revisión de metodologías internacionales aplicada en el estudio del estado de salud de la población, como la SF-36, SF-12, EQ-5D, y RAND. Cabe mencionar que estas preguntas fueron clasificadas de acuerdo a su relación con la línea de base del estudio mencionado, con el fin de medir aquellas variables referentes a salud que tuvieran relación con la actividad laboral realizada por la unidad familiar para generar ingresos y suplir sus necesidades; entre ellas se destaca el estado de salud subjetivo, las enfermedades de larga duración, la afectación de la salud por la actividad laboral, las incapacidades u hospitalizaciones, las dificultades para realizar ciertas actividades, entre otras, las cuales se pueden observar en el anexo 1.

La metodología más cercana al formulario final de preguntas fue la *Short Form Health Survey*, SF-36, que se basa en la construcción de ocho conceptos: 1) función física, 2) rol físico, 3) dolor corporal, 4) salud general, 5) vitalidad, 6) función social, 7) rol emocional y 8) salud mental. Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior.¹⁵

El levantamiento de información en campo se llevó a cabo con la ayuda de profesionales del área de ciencias sociales y de trabajo social. Se realizó entrevista cara a cara después de un proceso de contacto telefónico con el microempresario a quien se le explicó la metodología, el propósito, los objetivos, la confidencialidad del manejo de la información recolectada, y se le solicitó su aprobación para realizar la visita al lugar de trabajo o a su lugar de residencia. Durante la visita se diligenció la encuesta diseñada en cada uno de los módulos, incluido el de salud que trata el presente estudio. La metodología y el estudio en general fueron avalados por la Vicerrectoría de Investigación y Extensión de la

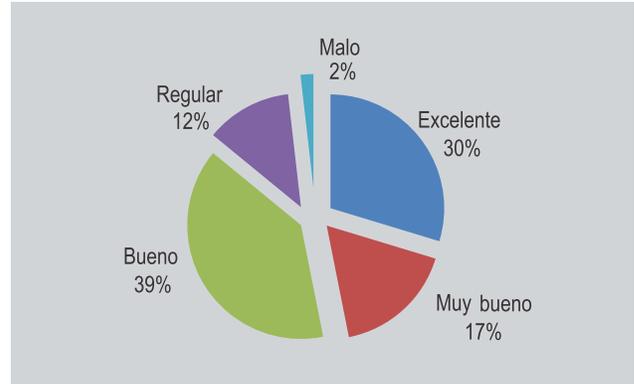
Universidad Industrial de Santander después de un proceso de evaluación por pares académicos y de cumplir los requisitos de elegibilidad para obtener recursos de financiación, entre ellos el aval del comité de ética de la universidad.

Resultados y discusión

El perfil de los microempresarios encuestados arrojó que en promedio, la edad es de 44.4 años; presentan 10.1 años de antigüedad ejerciendo sus negocios o actividad laboral principal; el 59.8% realiza su actividad laboral en su lugar de residencia promediando los dieciocho meses, características que comparte buena parte del sector microempresarial de la ciudad metropolitana. Respecto del nivel educativo, se encontró que el promedio se ubica en la educación básica secundaria, pues sólo el 8.3% de los microempresarios manifestó tener educación universitaria y el 15.3% se ubicó en el nivel técnico y tecnológico. En cuanto a las familias de los entrevistados, en promedio se determinó: los hogares están conformados por cuatro miembros, uno de ellos es menor de 18 años, y hay 2.7% personas entre los 18-65 años, y el 12.7% de los hogares tiene al menos una persona por encima de los 65 años de edad.

La figura 1 presenta la distribución de los entrevistados de acuerdo al régimen de salud al cual están afiliados. El 70.8% afirmó pertenecer al régimen contributivo, el 22.6% al régimen subsidiado, el 3.6% a ningún régimen, y el 2.8% a un régimen especial.

Para identificar el estado de salud de los microempresarios, se solicitó su percepción subjetiva sobre su núcleo familiar con cinco opciones de respuesta. El resultado de esta pregunta se puede observar en la figura 2, donde se aprecia que para el 2% de ellos la salud de su familia es mala, el 12% regular, mientras que el mayor porcentaje se ubicó en la

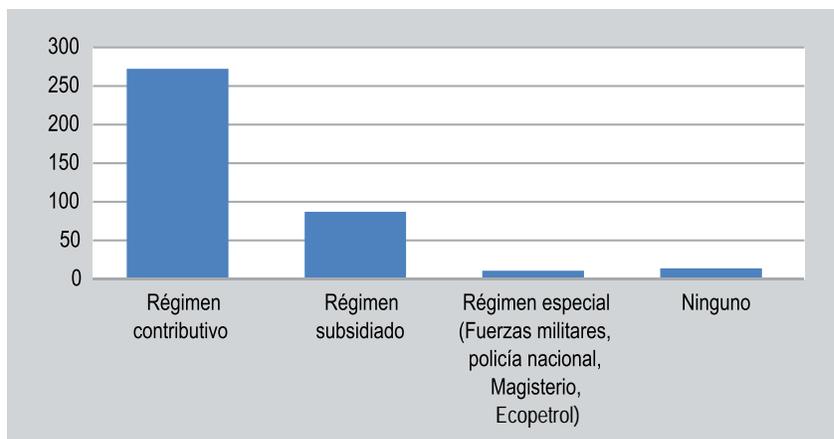


Fuente: Información de la Encuesta Metropolitana de Microempresarios AVEO 2012.

Figura 2. Calificación subjetiva del estado de salud actual de los miembros del hogar.

opción de un estado bueno de salud con el 39% de los casos. Es importante considerar la acumulación porcentual, puesto que para el 86% de los encuestados, el estado de salud de los miembros del hogar es excelente (30%), muy bueno (17%) y bueno (39%), lo cual señala, en primera medida, un indicador positivo de salud en los microempresarios del AMB.

Este tipo de cuestionarios se ha venido aplicando a la población en general y en algunos grupos poblacionales con algún tipo de enfermedad. Debido a que el cuestionario se diseñó para familias asociadas a la actividad microempresarial es difícil realizar comparaciones con otros estudios que no hayan tomado la muestra de una población con las características acá descritas; de igual manera, la aplicación de la metodología AVEO se considera como un aspecto innovador para el campo microempresarial y no se encuentra literatura acerca de un ejercicio similar. Sin embargo, se pueden realizar algunas comparaciones globales con resultados de otros estudios.



Fuente: Información de la Encuesta Metropolitana de Microempresarios AVEO 2012.

Figura 1. Régimen de salud de los microempresarios.

Por ejemplo, los resultados presentados por Lugo, García y Gómez¹⁶ que incluyen información acerca del estado subjetivo de 605 habitantes de la ciudad de Medellín, Colombia, destacándose que la muestra escogida contiene personas con enfermedades como diabetes, dolor músculo – esquelético, depresión mayor y personas sanas, lo cual sesga los resultados del estado de salud subjetivo hacia calificaciones negativas; esto se resalta en que el 34.1% menciona tener un estado regular o malo de salud que en comparación con el 14% obtenido en el presente estudio permite inferir un resultado favorable para el AMB y sus microempresarios, y más aún si se compara el 4.8% de la población encuestada en Medellín que menciona tener un estado excelente de salud en comparación con el 30% obtenido de los microempresarios del AMB.

En cuanto a la Encuesta Nacional de Demografía y salud¹⁷ (ENDS) 2010 realizada por Profamilia en Colombia, obtuvo la clasificación subjetiva del estado de salud de 200.357 personas encuestadas en 50.000 hogares: el 10.4% se clasificó en el estado excelente de salud, el 10.3% en el estado muy bueno de salud, el 53.9% en el estado bueno, y el 2.4% en el estado regular o malo de salud. Estos resultados son igualmente negativos en comparación con los obtenidos por la encuesta metropolitana de microempresarios del AMB, lo que permite observar una mejor percepción del estado de salud de los microempresarios en comparación a la población nacional.

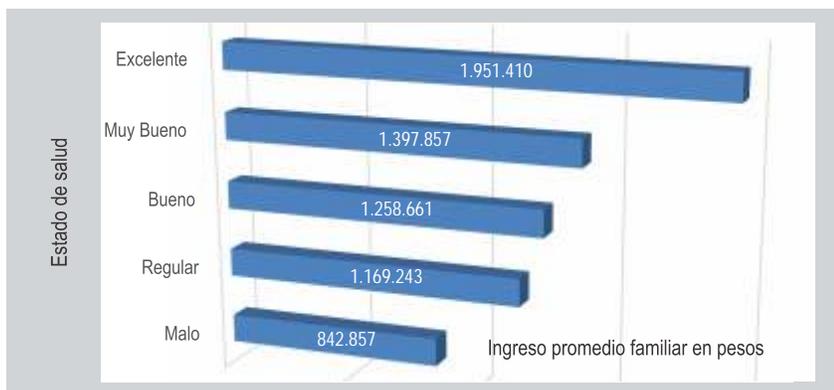
Otro caso similar es el mostrado por Augustovsk, Rey-Ares, y Gibbons¹⁸ donde La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Argentina arroja los resultados ponderados con respecto al autoreporte de estado de Salud de 46.308 personas encuestadas, se mostró que el 9.25% de la población reportó una salud excelente, el 25.3% un estado de salud muy bueno, y un 45.5% uno bueno, mientras el 19.9% de la población reportó un estado regular o malo. De igual manera, estos resultados se pueden catalogar como peores si se comparan con los obtenidos en el AMB representando una validación de los buenos resultados obtenidos en el estudio de microempresarios de la ciudad metropolitana.

En este contexto, es fundamental promover la realización de este tipo de estudios a población ligada a la generación de ingresos especialmente del sector microempresarial que permita realizar comparaciones más precisas del nivel subjetivo del estado de salud e identificar líneas de acción hacia donde se deben dirigir las políticas de salud relacionadas con el sector productivo.

Acerca del cambio en el estado de salud de la familia respecto al año anterior, se encontró que el 61.4% consideró que se ha mantenido igual, el 15.8% menciona que el estado actual es algo mejor y el 9.9% cree que es bastante mejor, en contraste con el 12.2% que afirma que ha sido algo peor, y el 0.5% bastante peor. Esta variable puede ser considerada como un indicador de impacto para los programas o acciones públicas y privadas que se deseen aplicar a este segmento poblacional.

Al comparar los resultados del estado de salud con los beneficios económicos generados por el microempresario durante el mes anterior, se encontró una relación en la cual a mejor estado de salud, mayores son los beneficios reportados. Los beneficios mensuales se dividieron por persona teniendo en cuenta un tamaño del hogar promedio de cuatro individuos para obtener los siguientes resultados:

El grupo en excelente estado de salud reportó un promedio de \$1.951.410 de beneficio mensual, lo que representa \$487.852 por persona. Para el grupo en muy buen estado de salud, se calculó un beneficio promedio mensual de \$1.397.857 equivalentes a \$349.464 por persona. Seguidamente, para el grupo identificado con un buen estado de salud, el beneficio económico mensual fue de \$1.258.661, que para una familia de cuatro integrantes sería \$314.665 en promedio. En cuanto al grupo catalogado como en estado de salud regular, se encontró un beneficio mensual inferior en \$89.418 en comparación con el grupo de buen estado de salud y un ingreso por persona de \$292.310. Por último, el grupo en mal estado de salud, tuvo un beneficio considerablemente inferior, ubicándose en una mensualidad de \$842.857 distribuidos en cuatro personas, a cada una de las cuales le corresponden \$210.714.



Fuente: Información de la Encuesta Metropolitana de Microempresarios AVEO 2012.

Figura 3. Relación estado de salud – ingreso promedio familiar

Los resultados de la relación estado de salud-ingreso promedio familiar muestran una tendencia que confirma la hipótesis de la relación que existe entre la salud y la capacidad de generar ingreso por parte de la familia, toda vez una afectación ya sea emocional o física ocasiona la disminución de las horas de vida saludables disponibles para el trabajo y por ende es la principal justificación para establecer un mayor grado de correlación entre la políticas dirigidas al sector productivo y la política pública de salud o más específicamente la inclusión de la variable salud en las acciones que busca la sostenibilidad de la base microempresarial de la ciudad metropolitana.

Ahora bien, de la relación del estado de salud y la actividad laboral se preguntó acerca del posible efecto negativo en la salud a causa del trabajo actual que realiza el microempresario.

Se encontró que el 48% de los encuestados afirmó que su actividad laboral ha venido afectando su salud a través del tiempo.

Adicionalmente, se indagó sobre el nivel de afectación y el 9% del total de encuestados contestó que su trabajo ha venido afectado mucho o demasiado su salud, mientras que el 17% aseguró que medianamente y el 22% un poco. La figura 4 presenta los resultados mencionados.

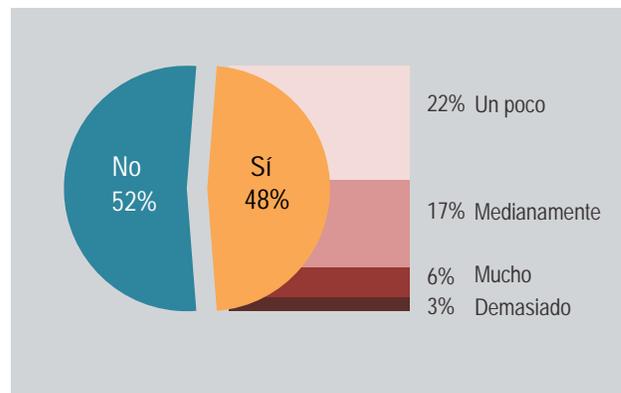
El resultado obtenido demuestra la relevancia para la salud del microempresario que tiene el tipo de trabajo o actividad que realiza. Este aspecto se destaca por el impacto futuro sobre la salud de las personas que ejercen las actividades del sector micro en la ciudad.

Se debe tomar en cuenta que una de las características del sector es la informalidad y de esto se derivan actividades laborales no reguladas que afectan en determinado nivel la salud de individuos que finalmente terminan padeciendo enfermedades laborales, aumentando la carga sobre el sistema de salud en cuanto se demanda mayores niveles de asistencia médica.

En términos de política las instituciones responsables deben dirigir sus acciones más al aspecto preventivo que sancionatorio en lo referente a la regulación de las actividades laborales ya que este sector es de gran impacto social y de él depende el sostenimiento de la mayoría de familias de los segmentos más pobres de la ciudad.

Respecto a las enfermedades de larga duración, el 17% de los encuestados afirmó padecer una enfermedad de este tipo y el 83% mencionó que no la padecen. Este resultado se considera positivo y entonces prioriza aquellas enfermedades derivadas de la actividad laboral teniendo en cuenta los resultados presentados anteriormente.

Sin embargo, se deben analizar los casos individuales para diagnosticar si la enfermedad de larga duración tiene algún



Fuente: Información de la Encuesta Metropolitana de Microempresarios AVEO 2012.

Figura 4. ¿Cree usted que su actividad laboral ha venido afectando su salud a través del tiempo?

grado de relación con la actividad laboral, dejando esta pregunta para estudios posteriores.

De igual manera se encontró que la edad promedio de las personas con una enfermedad de larga duración es de 50.2 años, lo que las ubica en la parte superior de la pirámide poblacional y de la población económicamente activa.

Asimismo, el 55% de este subgrupo mencionó sentirse afectado en su salud por la actividad laboral que realiza, lo cual destaca la importancia de tratar y prevenir este tipo de enfermedades para disminuir la interferencia de un mal estado de salud del microempresario en su actividad laboral, especialmente si se tiene en cuenta la edad promedio.

Después de revisar los resultados de la afectación de la actividad laboral en la salud de los microempresarios, se indagó sobre el sentido contrario de esta relación: si el estado de salud física o emocional afectaba la realización de ciertas actividades diarias que demandan un nivel de esfuerzo físico considerable, además si podía disminuir el tiempo disponible para la generación de ingresos.

Al respecto, los resultados de la encuesta indican que durante el último mes el 25.5% de los microempresarios tuvo que disminuir el tiempo que dedicaba a su trabajo e hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer, a causa de un problema de salud físico o emocional.

Adicionalmente, se determinó que el 35% de los encuestados mencionó tener limitaciones a causa de su salud para realizar actividades vigorosas, el 14% para realizar actividades moderadas, y el 7% para realizar actividades livianas, todo lo cual puede incidir en la magnitud de los ingresos que percibe.

La tabla 1 recoge estos resultados; en ella se puede apreciar el aumento en el número de personas que se sienten

Tabla 1. Limitaciones de actividades diarias a causa del estado de salud

¿Su estado de salud actual lo limita para hacer las siguientes actividades? Si es así, ¿cuánto?	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto	NS/NR*
Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.	16%	19%	62%	3%
Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o beisbol.	4%	10%	82%	3%
Actividades livianas como levantar o llevar las compras del mercado, subir un piso por la escalera, caminar varias cuadras, bañarse o vestirse.	2%	5%	90%	3%

*No sabe / No Responde

Fuente: Información de la Encuesta Metropolitana de Microempresarios AVEO 2012.

limitadas de acuerdo a la rigurosidad de las actividades evaluadas.

Otro ítem importante en la relación salud – actividad laboral es la ausencia en el trabajo a causa de una incapacidad médica u hospitalización. En este punto la encuesta arrojó que el 14% de los microempresarios estuvo incapacitado uno o más días durante el último año. Estos resultados en particular se validan con el obtenido en la ENDS 2010 donde la mitad de las personas que reportaron haber tenido problemas de salud en los últimos 30 días suspendió sus actividades cotidianas. Estos indicadores son importantes en el campo empresarial y especialmente en el sector micro, en el que el funcionamiento diario del negocio depende en gran medida de la presencia de su propietario. Esto se puede apreciar en el número de microempresas que poseen más de un empleado, el cual tan solo alcanza el 37.5% según la encuesta realizada.

Conclusiones y recomendaciones

Los resultados de la encuesta aplicada permiten concluir, entre otros aspectos, que el estado de salud de los microempresarios afecta la disponibilidad de horas de vida saludables para la generación de sus ingresos. Se encontraron evidencias con respecto a que las limitaciones de la salud, físicas o emocionales, restringen el tiempo dedicado a la actividad productiva y disminuyen la productividad de las unidades económicas principalmente en microempresas unipersonales donde la cabeza del hogar menciona que su salud no le permite realizar lo que le hubiera gustado.

Es por esto que la variable salud debe estar presente en los planes, programas o políticas públicas diseñadas para el sector productivo, sobre todo en el caso de Bucaramanga, cuya base empresarial se destaca por ser microempresarial o familiar y donde las afectaciones de salud disminuirían la capacidad de generación de riqueza de la ciudad.

Con el aumento de horas saludables de la familia, se permite la realización de actividades productivas en el caso de la población en edad de trabajar, mientras el grupo de niños, niñas y adolescentes desarrollan sus actividades de educación, y los mayores de 65 años se vuelven menos dependientes. Por consiguiente, la variable salud en las políticas del sector productivo debe ir más allá del aseguramiento en salud, y como los resultados anteriores lo demuestran, debe entrar a los campos de la gestión de entornos de trabajo seguros y saludables, la salud ocupacional, la prevención de enfermedades, el aprovechamiento de la estructura de oportunidades de la familia, y la oportuna asistencia médica.

De igual manera, la gestión para una mejor calificación subjetiva de los estados de salud de los miembros del hogar, disminuye la carga asistencial sobre los sistemas de salud. Esto se demuestra en los resultados de varios estudios, entre ellos el realizado por Connelly, Philbrick, Smith y Kayser¹⁹ donde se puso en evidencia que el 5% de las visitas al médico en Orange, Virginia, se atribuyeron exclusivamente a las percepciones sobre el estado de la salud.

Por lo anterior, los gobiernos deben realizar esfuerzos, ya sea mediante políticas o regulación pública, que permitan asegurar la atención en salud de esta población y más importante aún, que mejore la gestión de la prevención de la salud de aquellos ciudadanos que por sus características sociales y económicas hacen parte del sector microempresarial, considerado como la base productiva en las ciudades latinoamericanas.

Sin embargo, las medidas adoptadas por los decisores de política deben ser evaluadas con el fin de medir los resultados en la salud de la población beneficiada. Según Pactrick,²⁰ es necesario vincular los sistemas de salud y los resultados para mejorar la organización, gestión y estructura de la atención en salud. Este autor afirma, también, que cuando no hay alivio de los síntomas o tratamientos eficaces, los pacientes siguen utilizando e incrementan la demanda por los servicios en el sistema de salud.

Por último, como se ha mostrado en este estudio, los principales objetivos de las acciones públicas o privadas de salud para el sector productivo pueden direccionarse hacia el mejoramiento del estado de salud de los microempresarios y de sus familias, pues ello deriva en la disminución de las limitaciones para la realización de actividades diarias a causa de problemas físicos y emocionales, la prevención de enfermedades propias del trabajo, el tratamiento de las enfermedades de larga duración como aquellas relacionadas con el envejecimiento, y la inclusión universal de los integrantes del hogar a un régimen de salud, ya sea subsidiado o contributivo.

Esto permitirá el aumento de horas de vida saludables disponibles para el trabajo y las diferentes actividades sociales, la disminución de la carga asistencial de los sistemas de salud, el aumento de la productividad, la sostenibilidad en el tiempo de las unidades económicas del sector microempresarial, y en general, un impacto positivo en el bienestar social de las familias más vulnerables del área metropolitana.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés.

Referencias

- Patrick DL, Bush JW, Chen MM. Methods for Measuring Levels of Well-being for a Health Status Index. *Health Services Research*. 1973; 8(3):228-245.
- Cadman D, Goldsmith C. Decision making in developmental medicine. *Proceedings in the Annual Meeting of the American Academy of Cerebral Palsy and Developmental Medicine*; 1982 Oct 6-10; San Diego, California: United States.
- Neumann PJ, Goldie SJ, Weinstein MC. Preference-based measures in economic evaluation in health care. *Annu Rev Public Health* 2000; 21:587-611.
- Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy*. 1972 Mar-Apr; 80(2):223-255.
- Krieger N. A glossary for social epidemiology. *Epidemiol Bull*. 2002; 23(1):7-11.
- Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional; 1946 Jun 19-Jul 22; Nueva York. 1948. p. 100.
- Mushkin S. Health as an Investment. *Journal of Political Economy*. 1962; 70(5):129-157.
- Kathleen NL. Applications of health status assessment measures in clinical practice. Overview of the third conference on advances in health status assessment. *Med Care [Internet]*. 1992 [Acceso 2013 Noviembre]; 30 Suppl 5:MS1-MS14. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3766225>.
- Kumpusalo E, Pekkarinen H, Neittaanmäki L, Penttilä L, Halonen P. Identification of health status dimensions in a working-age population. An exploratory study. *Med Care [Internet]*. 1992 [Acceso 2013 Octubre]; 30(5):392-399. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3766170>
- Foot SP, Roberts R, Stansfeld SA. Assessing the Validity of the SF-36 General Health Survey. *Quality of Life Research*. 1997; 6(3):217-224.
- Burström K, Johannesson M, y Rehnberg C. Deteriorating Health Status in Stockholm 1998-2002: Results from Repeated Population Surveys Using the EQ-5D. *Quality of Life Research*. 2007; 16(9):1547-1553.
- Au DH, Mcdonell MB, Martin DC, Fihn SD. Regional Variations in Health Status. *Medical Care*. 2001; 39(8):879-888.
- Johnson JA, Pickard AS. Comparison of the EQ-5D and SF-12 Health Surveys in a General Population Survey in Alberta, Canada. *Med Care [Internet]*. 2000 [Acceso 2013 Octubre]; 38(1):115-121. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3767108>
- Velasco A, Beltran CA, Torres TM. Salud laboral en artesanos de microempresas en un municipio mexicano: una investigación-acción participativa. *Psicología y Salud*. 2010; 20(1):129-139.
- Zúniga MA, Carrillo G, Fos PJ, Gandek B, Medina MR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública*. 1999; 41:110-118.
- Lugo LH, García HI, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia [Internet]*. 2006 [Acceso 2013 noviembre]; 24(2):37-50. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12024205.pdf>
- Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010 [Internet]. 2010 [Acceso 2013 septiembre]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9.
- Augustovski F, Rey-Ares L, Gibbons L. Atlas Argentino de Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo por Provincias. *Value in health regional issues*. 2013; 2(3):398-404.
- Connelly EJ, Philbrick JT, Smith GR, Kaiser DL, Wymer A. Health Perceptions of Primary Care Patients and the Influence on Health Care Utilization. *Med Care*. 1989 [Acceso 2013 noviembre]; 27(3):S99-S109. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3765657>
- Patrick DL. Finding Health-Related Quality of Life Outcomes Sensitive to Health-Care Organization and Delivery. *Med Care [Internet]*. 1997 [Acceso 2013 octubre]; 35 Suppl 11:NS49-57. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3767051>

Anexo

Preguntas realizadas en el módulo salud de la encuesta metropolitana de microempresarios.

No.	Pregunta	Opciones de respuesta
HS1	En general, ¿Cómo calificaría el estado de salud actual de los miembros de su hogar?	Excelente, Muy bueno, Bueno, Regular, Mala.
HS2	Comparando la salud de su hogar con la de hace un año, el estado de salud general de sus miembros es:	Mucho mejor, Algo mejor, Igual, Algo peor, Mucho peor.
HS3	¿Cree usted que su actividad laboral ha venido afectando su salud a través del tiempo?	Sí, No.
HS3.1	¿Cuánto?	Un poco, Medianamente, Mucho, Demasiado.
HS4	¿Sufre usted de alguna enfermedad de larga duración, como diabetes, tuberculosis, asma, entre otras?	Sí No
HS5	¿Sufre usted o algún miembro de su hogar algún tipo de invalidez total o parcial?	Sí No
HS5.2	¿Cómo ha afectado la invalidez de algún miembro de su hogar:	Nada, Un poco, Medianamente, Mucho, Demasiado.
HS5.2.1	¿En la disminución de su ingreso?	
HS5.2.2	¿En el consumo de alimentos, vestuario, y aseo del hogar?	
HS5.2.3	¿En la adquisición de bienes y servicios?	
HS5.2.4	¿En el pago de cuotas, recibos y demás obligaciones fijas?	
HS6	¿A qué régimen de salud está afiliado?	Régimen contributivo EPS, Régimen subsidiado (ARS, Sisben), Régimen especial (Fuerzas militares, policía nacional, Magisterio, Ecopetrol), Otra entidad, Ninguno.
HS7	¿Las personas que laboran en esta unidad económica están afiliadas a una ARP?	1. Sí 0. No
HS8	Su estado de salud actual lo limita para hacer las siguientes actividades Si es así, ¿cuánto?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita en absoluto
HS8.1	Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.	
HS8.2	Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar futbol o beisbol.	
HS8.3	Actividades livianas como levantar o llevar las compras del mercado, subir un piso por la escalera, caminar varias cuadras, bañarse o vestirse.	
HS9	Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física o problemas emocionales como sentirse ansioso o deprimido?	Sí No
HS9.1	¿Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	
HS9.2	¿Ha hecho menos de lo que le hubiera gustado?	
HS9.3	¿Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades?	
HS10	En el último año contado hasta hoy ¿estuvo usted incapacitado(a) u hospitalizado(a) uno o más días?	Sí No
HS10.1	¿Cuántas veces en el último año?	ABIERTA
HS10.2	¿Cuantos días?	ABIERTA (DÍAS TOTALES)

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Metropolitana de Microempresarios AVEO.