

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
ESCUELA DE POSTGRADO**



**DOCTORADO EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD**

**TESIS**

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD-ENFERMEDAD DE LOS  
TRABAJADORES DEL SECTOR DE COMERCIO AMBULATORIO EN  
LA CIUDAD DE CAJAMARCA – PERÚ 2010**

**Para optar el Grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS**

**Presentada por:**

**Campos Chávez, Norma Bertha**

**Asesora:**

**Cerna Barba, Margarita del Pilar**

**Cajamarca - Perú**

**Julio 2014**

**COPYRIGHT © 2014 by  
Norma Bertha Campos Chávez  
Todos los derechos reservados**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
ESCUELA DE POSTGRADO**



**DOCTORADO EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD**

**TESIS APROBADA:**

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD-ENFERMEDAD DE LOS  
TRABAJADORES DEL SECTOR DE COMERCIO AMBULATORIO EN  
LA CIUDAD DE CAJAMARCA – PERÚ 2010**

**Para optar el Grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS**

**Presentada por:  
Campos Chávez, Norma Bertha**

**Comité Científico:**

**Dra. Sara E. Palacios Sánchez  
Presidente del Comité**

**Dr. Elfer Miranda Valdivia  
Primer Miembro Titular**

**Dra. Juana A. Ninatanta Ortiz  
Barba  
Segundo Miembro Titular**

**Dra. Margarita del Pilar Cerna  
Asesora**

**CAJAMARCA - PERÚ  
2014**

## DEDICATORIA

A mis padres Néstor y Etelvina, las personas más importantes de mi vida, ellos que se esforzaron y se siguen esforzando para ayudarme a hacer realidad mis sueños, a ustedes por siempre mi amor y gratitud.

A mis hermanos Elmer, Sara y Ana, a quienes, me une no sólo el amor, ellos han sido fuente de inspiración, y con su apoyo moral e incondicional están siempre conmigo en todo momento motivándome y persuadiéndome, para mi superación personal y profesional.

A mis consentidos sobrinos Néstor, Melanie, Giorgio, Brian, Tirsia y Kiara; que con sus alegrías, inquietudes y ocurrencias han dado sentido a mi vida, a ellos con todo mi amor.



## AGRADECIMIENTO

Mi inmensa gratitud a nuestro Creador por darme la oportunidad de estar con vida y poder hacer realidad y culminar esta tesis; a Él mi infinito amor.

Deseo expresar mi gratitud a la Dra. Margarita Cerna Barba **que** con su experiencia, dedicación y paciencia dio forma a esta tesis. A la Mg. Rosa Yturbe Pajares, por su colaboración en el análisis estadístico, a Margarita Julcamoro Quiroz por su apoyo logístico.

A la Escuela de Post Grado, autoridades y docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca, institución que se preocupa por la capacitación permanente de sus docentes en pro de una educación de excelencia.

Por acompañarme constantemente en este desafío, agradezco a mi amiga Mg. Katia Pérez Cieza.

A mis queridos cuñados Johnny y Alcides por sus invaluables y espontáneas contribuciones.

También quisiera dar las gracias a todas las personas que conformaron la muestra de estudio, trabajadores del comercio ambulatorio de la ciudad de Cajamarca, por prestarnos su tiempo y colaborar con sus testimonios para la realización de esta investigación.

## LISTA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Tabla 1. Características personales de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio de Cajamarca. 2010	69
Tabla 2. Distribución de los trabajadores del comercio ambulatorio según condiciones de vida. Cajamarca. 2010	78
Tabla 3. Características de las familias y su funcionamiento, de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio de Cajamarca. 2010	84
Tabla 4. Modos de vida (Hábitos y costumbres) de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio de Cajamarca. 2010	91
Tabla 5. Utilización del tiempo libre para reproducción personal y familiar (recreación, descanso, relaciones y comunicación) de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio de Cajamarca. 2010	101
Tabla 6. Distribución de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio, según algunas condiciones económicas y de consumo familiar. Cajamarca. 2010.	106
Tabla 7. Características laborales de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio de Cajamarca. 2010	113
Tabla 8. Condiciones de trabajo y conocimientos de los derechos laborales de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio de Cajamarca. 2010	121
Tabla 9. Condiciones de salud de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio de Cajamarca. 2010	128

## INDICE DE ABREVIATURAS

ASIS : Análisis Situacional de Salud  
CAD : Ciudadanos al Día  
CELATS :Centro Latinoamericano de Trabajo Social  
CEPAL : Comisión Económica Para América Latina y el Caribe  
ODM : Objetivos de Desarrollo del Milenio  
DIGESA : Dirección General de Salud Cajamarca  
DIRESA : Dirección Regional de Salud Cajamarca  
ENDES : Encuesta Demográfica y de Salud Familiar  
ENAHO : Encuesta Nacional de Hogares  
GRUFIDES: Grupo de Formación e Intervención Para el Desarrollo Sostenible.  
ICH : Instituto de Ciencias y Humanidades  
IDH : Índice de Desarrollo Humano  
INEI : Instituto Nacional de Estadística e Informática  
MEF : Ministerio de Economía y Finanzas  
MINSa : Ministerio De Salud  
NBI : Necesidades Básicas Insatisfechas  
OPS : Organización Panamericana de la Salud  
OIT : Organización Internacional del Trabajo  
PBI : Producto Bruto Interno  
EsSALUD : Seguro Social de Salud  
PEA : Población Económicamente Activa  
PNUD : Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo  
SUNAT : Superintendencia Nacional de Administración Tributaria

## RESUMEN

La Investigación con el enfoque dialéctico crítico, tuvo como objetivo la comprensión del proceso salud enfermedad determinado por las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores del comercio ambulatorio de la ciudad de Cajamarca. El grupo de estudio de 281 trabajadores, pertenece al grupo social de pequeños comerciantes, siendo el producto de su labor el medio necesario para su reproducción como fuente de trabajo y de su familia. El perfil epidemiológico característico es determinado por sus condiciones propias de vida y de trabajo, práctica doméstica y de consumo, vida cultural y organizativa, que encarnan procesos dañinos y también protectores y de defensa que, sin embargo en los testimonios reflejan una clara concepción tradicional de salud enfermedad, enmarcado en un concepto biologista de unicausalidad, configurado por la presencia y/o ausencia de síntomas físicos, el estar activo, con incapacidad para la actividad, adecuada alimentación con inadecuada alimentación, en contraposición con el aspecto socioeconómico que lo relacionan con la ausencia o presencia de problemas económicos, vicios, desempleo y, en última instancia aparece el factor emocional y espiritual. Bajo esta óptica es importante la organización de los trabajadores para avanzar en la consecución de nuevas condiciones de trabajo y salud. El estudio permite refrendar la importancia de trabajar por la participación activa de los trabajadores en la mejora de sus condiciones de vida y de trabajo y, corporativamente con las instituciones de salud, educación, gubernamentales regionales y locales para establecer estrategias políticas de investigación e intervención con estos grupos de trabajadores informales, en particular y en general con los trabajadores del país.

**Palabras Clave:** Determinantes sociales, salud enfermedad, trabajadores, comercio ambulatorio.

## ABSTRACT

The investigation with the critical dialectical approach, had as an objective the comprehension of the health-disease process determined by the conditions of life and work of the street merchant workers in Cajamarca city. The group of study of 281 workers belong to the social group of small merchants, being the product of their labor the necessary means for their reproduction as a source of work and of their family. The epidemiological characteristic profile is determined by its proper conditions of life and work, domestic practice and of consume, cultural and organizational life, that embody harmful process and also protective and of defense, however in the testimonies reflect a clear traditional conception of health- disease, framed in a biologist unicity concept, shaped by the presence and / or absence of physical symptoms, be active, with inability to the activity, adequate food with inadequate food , in opposed to the socio-economic aspect that relate it with the absence or the presence of economic problems, addictions, unemployment and in last instance appears the emotional and spiritual factor. In this light, it is important the organization of the workers to advance in the attainment of new working and health conditions. The study allows to endorse the importance of work for the active participation of the workers in the improving of their living and working conditions and, corporately with the institutions of health, education, government, regional and local to established politic strategies of investigation and intervention with these groups of informal workers, in particular and in general with the country workers.

**Keywords:** Social determinants, health - disease, workers, street merchants.

# CONTENIDO

<b>Ítem</b>	<b>Página</b>
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
CONTENIDO	vi
LISTA DE ILUSTRACIONES	vii
INDICE DE ABREVIATURAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I : El Problema de Investigación Científica	3
CAPITULO II: Escenario del Estudio	25
CAPITULO III: Metodología	42
CAPITULO IV: Presentación, Análisis y Discusión de los Resultados	68
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	136
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	141
ANEXOS	

## INTRODUCCION

En el campo de la investigación de la salud de los trabajadores y, desde varias décadas se han utilizado varios enfoques, técnicas y procedimientos para su comprensión como objeto de estudio. Bajo estos referentes, en la práctica de la medicina del trabajo, se han desarrollado diferentes planteamientos de intervención en las instituciones de salud. En nuestro país, las instituciones de salud MINSA y ESSALUD tienen reconocido este campo de investigación y de intervención en los términos de Salud del Trabajo y Salud Ocupacional. A nivel de la academia, espacio donde se produce y se reproduce la investigación, sin embargo, son muy limitados los estudios sobre este campo y estos grupos poblacionales.

La presente investigación, producto de reflexiones sobre la convergencia de varios métodos y técnicas de investigación, tiene como objeto de estudio las determinantes sociales del proceso salud enfermedad de los trabajadores del comercio ambulatorio de la ciudad de Cajamarca, con la visión del materialismo histórico y dialéctico como teoría del desarrollo de la sociedad y de la práctica de las transformaciones. Dentro de este enfoque, la salud-enfermedad como una de las expresiones de la vida del ser humano no resulta de la acción de uno o dos factores aislados. Surge de la manera como vive, trabaja, se organiza, actúa y piensa en la sociedad; se corresponde con las características del grupo social al que pertenece y con las particularidades de su individualidad.

Enfatizando en lo manifestado, el proceso salud-enfermedad de los trabajadores del comercio ambulatorio de la ciudad de Cajamarca se corresponde de manera inseparable con las formas de vida y trabajo y, en el estudio fue abordado como un proceso unitario y dinámico que se configura en el seno de la vida social de los distintos grupos sociales.

Tomando en cuenta lo manifestado, la producción y reproducción del conocimiento sobre el objeto de estudio, ha seguido una secuencia para su interpretación y análisis, sin que por esto signifique su comprensión definitiva, sino por el contrario el punto de partida para continuar con el debate y la discusión, y motivar a las instituciones de salud y académicas la socialización e intervención para superar la problemática del

trabajo, de los trabajadores en general y, de los trabajadores del comercio ambulatorio en particular.

Dentro de este marco, la investigación se presenta en Capítulos secuencialmente organizados para la mejor comprensión del estudio.

CAPITULO I. Plantea el Problema, la Justificación, Finalidad y los Objetivos de la Investigación.

CAPITULO II. Describe el Escenario del estudio, la caracterización sociodemográfica del Perú y de la Región de Cajamarca.

CAPITULO III. Incluye el Referencial Teórico Metodológico, los Supuestos Hipotéticos, las Categorías de estudio, La Población y Muestra, las Técnicas y Métodos para la Recolección de datos y las Técnicas de Procesamiento y análisis de la información.

CAPITULO IV. Presenta el análisis de los resultados: Las condiciones de vida, las condiciones de trabajo y el Proceso Salud-Enfermedad de los Trabajadores del Sector del Comercio Ambulatorio.

Seguidamente se muestra las Conclusiones y Recomendaciones del estudio.

Finalmente se incluye las Referencias Bibliográficas y los Anexos.

# CAPITULO I

## 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION CIENTÍFICA

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACION Y FINALIDAD DEL ESTUDIO.

En el siglo XX el modelo de desarrollo socioeconómico neoliberal, implantado en los países de América Latina, particularmente en el Perú; alteraría de manera profunda las formas de reproducción social. Una expresión de esta situación lo constituye el empeoramiento de las condiciones de vida, de las condiciones de trabajo y, por tanto, de las condiciones de salud de grandes poblaciones marginales y deprimidas. Al iniciarse el siglo XXI, se continúa considerando como única alternativa para el desarrollo social y económico la llegada exitosa de ese modelo capitalista, no obstante que en la realidad esté determinando grandes sacrificios sociales, y derivando en importantes transformaciones no sólo en la vida económica, política y social, sino igualmente en las condiciones de salud e incrementando el número de problemas de salud y enfermedades relacionadas con el trabajo, por ejemplo.

En sí, lo que se viene estableciendo en las realidades latinoamericanas, dentro de estas el Perú, son los acuerdos económicos del “Consenso de Washington”, afín de procurar un modelo “más estable, abierto y liberalizado, que nace en 1989 y que textualmente buscaba: encontrar soluciones al problema de la deuda externa que atenazaba el desarrollo económico de los países de América Latina y, al mismo tiempo, “establecer un ambiente de transparencia y estabilidad económica” (Casilda, 2004).

No obstante, las políticas económicas de este consenso celebrado en Washington, según el Observatorio Latinoamericano de Salud (2005), en el contexto social latinoamericano, se percibe el aumento generalizado de la población latinoamericana pobre, que se expresa en el desempleo creciente, en el profundo deterioro de los salarios de los trabajadores, en la emigración forzosa de los habitantes del campo y de la ciudad, en el aumento de la

economía informal, y para el área de salud, en el regreso de enfermedades que se creían que estaban erradicadas, como el cólera, la TBC; en la muerte de personas por enfermedades curables, como las enfermedades gastrointestinales, las de vías respiratorias entre otras, producto de la desnutrición de la población y del difícil acceso y deterioro de los servicios sociales básicos como salud, educación, vivienda, etc. Las familias rurales y urbanas se ven obligadas a vivir hacinadas, a padecer la falta de agua y desagüe, a compartir baños comunitarios y a vivir bajo techos de cartón, entre otras condiciones

En el Perú, la acelerada expansión de los procesos de integración comercial y el aumento de los tratados de libre comercio, que vienen implementándose aceleradamente desde la década 2010, con la puesta en práctica de las políticas de apertura al exterior, vienen caminando descompasadamente con el desarrollo socio-económico del país. Hasta donde es factible percibirlo, el impacto de estos procesos en el empleo, los salarios y la situación de los grupos vulnerables, es decir en la población trabajadora, viene siendo muy devastadora (Cerna, 2013).

En estas condiciones, los trabajadores y los pobres siguen enfrentando continuas agresiones a sus derechos y condiciones de vida, derivadas de los objetivos de políticas económicas neoliberales o políticas de globalización económica que solamente buscan adecuar las estructuras económicas de los países a las necesidades de inversión de los grandes capitales. Los intereses de las grandes empresas multinacionales aún teniendo inmensos beneficios y ganancias nunca se conforman y, por el contrario, quieren más flexibilidad y más desregulación, para aumentar sus ganancias; como consecuencia la distribución del ingreso, la desigualdad social, es cada vez mayor y, la calidad de vida y el deterioro del medio ambiente se agudiza profundamente (Breilh, 2005).

De acuerdo con Breilh (2008), las condiciones de trabajo son especialmente sensibles a las presiones históricas de los intereses sociales contrapuestos, porque toca el álgido problema de la producción económica que es la clave para el control del reparto y acceso a los bienes de todo orden y en el contexto

laboral polarizado, donde predomina la subordinación de los trabajadores a los intereses de los empresarios, tanto las tasas de rentabilidad como las condiciones de vida de los trabajadores dependen del modo como se organiza y opera la producción.

La intervención de los Estados Latinoamericanos, en general hace dos o tres décadas contemplaba, de alguna manera, la regulación de la relación entre el empresario, los trabajadores y las condiciones del contexto. En el Perú, hasta la década del 70 el interés del Estado por las condiciones del trabajo de la población intentaba establecer políticas de mayores niveles de empleo adecuado, con salarios mayores al mínimo y con todos los beneficios sociales y derechos laborales reconocidos por las leyes vigentes en el momento. Hasta el año 2000, la PEA fluctuaba entre el 45 y 55% del total de la Población Económicamente Activa (PEA); el sub empleo, tanto por horas como por ingresos, era la segunda categoría en importancia, con variaciones del 35 al 45%, y la tercera categoría era el desempleo abierto, que se ubicaba entre el 5 al 10% (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2003).

Betancourt (1995) alertaba, que en medio de esta realidad los problemas de salud relacionados con el trabajo, enfermedades, accidentes y molestias que surgen por la exposición a condiciones patogénicas continúan azotando a la población laboral; la salud y la vida de la mayoría de esta población laboral se mantiene en condiciones precarias, expresadas por jornadas de trabajo extensas, bajos salarios, exposición a todo tipo de riesgos que en la mayoría de los casos tienen poco control, limitadas acciones de prevención y protección de la salud, los accidentes del trabajo con altas tasas de mortalidad, superan hasta en doce veces las registradas en los países desarrollados. Realidad, que responde a, que en países como el nuestro, las condiciones de vida y las condiciones de salud en el trabajo y, sobre todo, la salud del trabajador ha sido relegada de manera arbitraria, por lo que grandes masas de trabajadores permanentemente sufren el impacto de las condiciones patogénicas del trabajo.

Estas situaciones descritas vienen verificándose en las sociedades Latinoamericanas, según los estudios de autores mencionados anteriormente,

como consecuencia de la crisis, la modernización y la globalización que terminaron por revertir la tendencia creciente de la participación en el proceso de reproducción. La política neoliberal puesta en marcha, sobre todo desde la década del 80, señala el fin del llamado estado de bienestar y, en la actualidad, el panorama muestra que se han privatizado las empresas que estaban en manos de los gobiernos, se han desregulado los mercados y se ha liberado el comercio, pero, sobre todo, se promueve a cualquier costo la inversión extranjera.

En el Perú, con una población para el año 2006 que sobrepasaba los 26 millones, una tasa anual de crecimiento poblacional de 1.46 %, una estructura - por edad- piramidal de base amplia de población joven, la Población Económicamente Activa (PEA), representaba ya el 43% de la población total nacional, sin embargo las cifras de empleo oficiales solamente registraban el 36,4%, 2/3 de la población con problemas de subempleo o desempleo (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2008).

Según estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el Perú se registraba un porcentaje aproximado de 8% de desempleo y una elevada tasa de subempleo, gente que gana por debajo de la remuneración mínima legal la misma que ascendía a S/. 550.00 (nuevos soles), y que afectaba del 40% al 70% de la población económicamente activa (Organización Internacional del Trabajo, 2005).

Chávez (2003), en su análisis refería que el país muestra un desequilibrio rotundo en el mundo laboral peruano, lo que supone graves consecuencias sociales para la población que se identifica como trabajador o en disponibilidad de trabajar, "...en los últimos 12 años los gobernantes no han desarrollado una política laboral y salarial que garantice al trabajador condiciones de trabajo adecuadas para la satisfacción de sus necesidades, así como para el desarrollo de sus capacidades individuales".

Sin embargo, los organismos oficiales del país como el INEI registraban que entre los años 2001 y 2004 las cifras de pobreza en el Perú habían disminuido de 2,7 por ciento al pasar de una incidencia de 54,3% al 51,6%. De acuerdo al informe Condiciones de vida en el Perú: Evolución 1997-2004, durante este período la extrema pobreza se redujo en 4,9 por ciento, siendo casi el doble de la reducción de la pobreza total (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2004)

La situación descrita en el país, sería la respuesta al Desarrollo de los Objetivos del Milenio, identificado como “la herramienta más exitosa en la historia para luchar contra la pobreza a nivel mundial” y, que para el caso del Objetivo 1 “Erradicar la pobreza extrema y el hambre”, se habría alcanzado la primera meta de este objetivo, pero todavía hay 1.200 millones de personas que viven en la pobreza extrema.

No obstante, la amplitud de las disparidades entre los países de la región, mayor aún es la desigualdad dentro de cada país. América Latina y el Caribe es la región del mundo que ha registrado sostenidamente el nivel promedio más alto de desigual si bien estas cifras intenten reflejar una leve mejoría en la condición socioeconómica de los peruanos para el presente milenio, se continúa discutiendo ese proceso de apertura a la globalización de nuestra economía que viene dándose desde la década del 80, proceso posiblemente necesario pero que ha generado una dualidad económica en el país y, en cierta forma, una modernización enmascarada o de vitrina, para un importante sector de la población nacional. Sólo un sector minoritario tiene acceso a los beneficios de esta modernidad y participa e interviene activamente en el proceso de globalización, consume productos importados, maneja tarjetas de crédito internacionales, compra en cadenas internacionales, ve programas de televisión de todos los países a través del cable y se comunica con todo el mundo por correo electrónico. En el otro extremo, el grueso de la población ve pero no participa. “Es el país de los taxicholos, los ambulantes, los cambistas callejeros y los comedores populares (Indacochea y Otros, 1998).

Los estudios sobre las condiciones de la masa trabajadora reflejaban en la década del 2000, los bajos ingresos asociados a empleos temporales y baja productividad, de forma que la tasa de subempleo invisible era de 23,1% a nivel nacional y el 32,9% estaba localizada en el área rural (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2007).

Aún, es más caótica la condición de seguridad en el trabajo, las consecuencias de la globalización recaen mayormente en la población de muchos países en desarrollo, incluidos los trabajadores asalariados del sector no estructurado y los que trabajan por cuenta propia que carecen de protección social, caso particular de trabajadores del comercio ambulatorio. “En el nuevo mercado laboral flexible se firman contratos que solo proveen beneficios parciales dejando a los trabajadores de este sistema sin acceso a los servicios de salud y otros servicios sociales...los trabajadores temporarios de América Latina no cuentan con una protección adecuada y la situación está tornándose más complicada a medida que pasamos del trabajo informal a lo que ahora se conoce como flexibilidad en el mercado laboral” (Organización Internacional del Trabajo, 2002).

Mejorar las condiciones de trabajo, su situación económica, social y jurídica de los “vendedores ambulantes”, para el presente estudio “trabajadores de comercio ambulatorio”, es un gran desafío. Con frecuencia el comercio ambulatorio es menospreciado y se considera como actividad indeseable, realizada por infractores que afecta el uso del espacio público. Por lo general, estos grupos de trabajadores informales son perseguidos, viven en la incertidumbre y trabajan en condiciones deficientes, con escaso acceso a la infraestructura, sin protección jurídica ni legal, por parte de los organismos oficiales

En el Perú, a nivel de gobiernos locales, particularmente de grandes ciudades, se intenta aplicar normas específicas para el trabajo informal, sin embargo en la práctica no alcanzan a funcionar eficientemente, debido a la presión excesiva de los centros comerciales, de intereses de funcionarios y, de otros sectores como la Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración tributaria (SUNAT),

quienes por la gran influencia a nivel de los gobiernos municipales ni siquiera se intenta por ejemplo, tener un registro oficial de estos grupos.

De otro lado, las políticas macroeconómicas adoptadas a lo largo de las últimas décadas, en el país, evidencian la aplicación de continuos ajustes para enfrentar los recurrentes problemas de la balanza de pagos, déficit fiscal y espiral inflacionario, sin resultados favorables por lo menos hasta el presente. El mercado de trabajo no es ajeno a las políticas de estabilización y ajuste aplicadas, y en este se han producido modificaciones en la oferta y la demanda por trabajos, así como en las relaciones laborales. “El ajuste en el mercado de trabajo ha sido por precios – reducción de los ingresos por trabajo- y por cantidades – cambios en la absorción de mano de obra-. El salario es un elemento clave en los programas antiinflacionarios, sobre el nivel de los salarios influye la política salarial pero también la cambiaria y la fiscal. Asimismo, el nivel de empleo responde al dinamismo de la actividad económica que como se mencionó se desaceleró y entro en un largo período recesivo” (Nunura, 2003). Como consecuencia de estas políticas aplicadas para estabilizar la economía, se viene registrando el consiguiente deterioro en la absorción de mano de obra y en las condiciones de trabajo.

Vista esta situación desde un marco general, coincidiendo con muchos analistas se percibe que una de las causas principales de la insuficiente creación de empleos desde la década pasada en el Perú y, en general, en los países de América latina, es que el precio relativo del trabajo no calificado en estas regiones es más elevado que, por ejemplo, el de Asia. También ha incidido el hecho que después de la baja de aranceles en muchos países se aplicaron políticas cambiarias fijas. Esto dejó a los gobiernos sin instrumentos para proteger el empleo en sus poblaciones económicamente activas. También es heterogénea la situación salarial, donde se han expandido las diferencias entre los trabajadores semicalificados y no calificados. Pero a la vez, el poder adquisitivo de los salarios reales en la industria y de los salarios mínimos ha aumentado entre 1990 y 2002 (a 1,6% y 1,3% promedio anual, respectivamente), sin recuperar el poder adquisitivo que tenían en 1980 (Juárez, 2005).

Las décadas de los 90 y de inicio del presente siglo, pasarán a la historia de América Latina como las del tiempo en que la región ingresó a la lógica de la reestructuración del mercado global, y también como el de las dos décadas perdidas en términos de desarrollo social, por el crecimiento alarmante de la pobreza. El siglo XXI que comienza, muestra la profundización de estas tendencias, debido a que los países de la región siguen sometidos a la reestructuración neoliberal, quedando cada vez más subordinados al mercado global (Breilh, 2008).

Un acercamiento a la comprensión de las determinantes de esta problemática del trabajo y de las condiciones sociales de los trabajadores en el país, lo constituye el reconocimiento de que en los últimos 15 años, el contexto macroeconómico del país ha sufrido múltiples modificaciones: las políticas tributarias, de inversión, financieras y económicas globales y sectoriales han carecido de la continuidad necesaria para promover inversiones productivas de largo alcance, que permitieran a su vez, garantizar a la población peruana un crecimiento equitativo y la satisfacción de sus necesidades. Múltiples indicadores de carácter social y económico expresan los procesos de deterioro en la situación descrita, siendo de todo esto, quizás, los más representativos de las dificultades por las que atravesamos los peruanos, los que dan cuenta de los cambios operados en la estructura del empleo y del mercado laboral (Parodi, 2011).

Chávez (2003) y el Instituto de Ciencias y Humanidades (2008 ICH) coincidían en afirmar que en materia salarial la política de salario mínimo no se ha ajustado en los últimos 15 años a los costos de una canasta básica, con lo cual se ha generado las siguientes modificaciones en la estructura del empleo: altos niveles de subempleo, aumento de horas de trabajo, doble empleo, etc. Como consecuencia de esta política macroeconómica, en los últimos años la inversión se ha realizado principalmente en actividades vinculadas al comercio y los servicios disminuyendo significativamente en los sectores agrario e industrial, situación que ha dado lugar a una transformación de la estructura del empleo, crece significativamente el empleo en el sector terciario, especialmente aquel de baja productividad y disminuye la participación del empleo productivo.

Se podría concluir que en el Perú, país caracterizado por el subdesarrollo, la preocupación por disminuir el índice de pobreza y elevar el nivel de vida de sus habitantes ha sido una “aspiración” de planes gubernamentales y de agendas políticas en las últimas décadas. Durante los años noventa, por ejemplo Fujimori, al igual que anteriormente García y Belaunde (década del 80), defendían la liberación de los mercados y la flexibilidad en las políticas económicas como generadoras del desarrollo, visualizando a estas estrategias económicas como generadoras a su vez de mejora de la calidad de vida de la población peruana. Sin embargo, en la realidad estructural no se verificó así. Arribamos así, al presente siglo, con una situación laboral con altos niveles de subempleo (67,3% hasta mediados de la primera década del 2000; vinculados también al aumento de la informalidad), bajos niveles de empleo adecuado (28,3%) y relativamente bajos niveles de desempleo abierto (4,4%). Esta situación, como lo demuestra un estudio del ICH (2008), está siendo muy difícil de modificarla ya que el impacto económico viene afectando fuertemente en las grandes masas de la población, incrementándose el sector informal y, por ende, disminuyendo su acceso a los servicios de salud ocupacional.

Coincidiendo con Noriega (2005), Delclos y Otros (2003) podemos señalar que las consecuencias en la salud de la problemática del trabajo surgen por: a) la disminución o desaparición de muchos componentes básicos para el desarrollo del trabajo humano; b) el surgimiento de nuevas o el agudizamiento de antiguas exigencias laborales, que se caracterizan por su sinergia y aditividad; c) el estrés (crónico y agudo) y la fatiga como elementos mediadores de la patología vinculada a las nuevas formas de organización laboral; d) el aumento de los padecimientos a estos cambios, entre ellos los trastornos mentales y psicosomáticos, que son variados pero que tiene un origen común; y e) los daños que producen los agentes tóxicos, que se amplía hasta el cáncer.

Es necesario resaltar, sin embargo que a través de la historia algunos logros se alcanzaron relacionados con la protección al trabajador y a la mejora de las condiciones de trabajo, como respuesta básicamente a la presión de los propios trabajadores, de los gremios y sindicatos y haciendo eco a los movimientos de trabajadores de América Latina. Así, a fin de garantizar el derecho a un empleo

y a todo lo que se relacione con esta actividad se establecen Políticas Laborales, siendo la Ley 29381 denominada Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, la que en nuestro contexto está vigente. En este marco legal lo más importante es la finalidad que sustenta el interés del gobierno para: Promover el empleo en el marco de una igualdad de oportunidades, establecer políticas y normatividad vinculada con la protección social del trabajo, la formación profesional y la capacitación para el trabajo, asegurar la plena conformidad de las normas y prácticas nacionales en materia laboral a los estándares y normas establecidas para la Organización Internacional del Trabajo (Ministerio del Trabajo, 2008).

Si bien la Constitución Política de 1979 señalaba como una particular tarea del Estado la de dictar medidas de higiene y seguridad en el trabajo, que permitan prever los riesgos profesionales y asegurar la salud y la integridad física y mental de los trabajadores; la actual Constitución Política de 1993, ha omitido hacer referencia a tal responsabilidad estatal. No obstante, el derecho a la protección de la salud de las personas y de su comunidad sí se encuentra recogido en el texto constitucional (Art. 7°), así como también se encuentra establecida la responsabilidad del Estado para determinar la política nacional de salud, normando y supervisando su aplicación (Art. 9°). Igualmente, la Constitución establece que el trabajo es objeto de atención prioritaria por el Estado y que ninguna relación laboral puede limitar el ejercicio de los derechos constitucionales, ni desconocer o rebajar la dignidad del trabajador (Art. 23°). Al ser considerada la salud como un derecho de categoría constitucional, no es legalmente permitido que el desempeño del trabajo genere un perjuicio o un riesgo a la salud del trabajador (Constitución Política, 1979).

En cuanto a políticas de salud ocupacional, según el Acuerdo Nacional: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social (Décimo tercera Política de Estado), cuyo objetivo del Estado es “Desarrollará Políticas de Salud Ocupacional, extendiendo las mismas a la seguridad social”, muestra cabalmente que esta política general en materia de salud ocupacional ha devenido en un cambio de énfasis al pasar de un estado tutor de la salud de los trabajadores tal como estaba señalado en la Constitución anterior, a la de ser

guardián de que las relaciones de trabajo existentes no signifiquen una vulneración al derecho a la salud de los mismos, es decir incidiendo no en los medios sino en el resultado.

En efecto, se produce un cambio sobre la valoración del papel del Estado, de un rol central y de garantía para el cumplimiento del derecho, se pasa a la concepción del Estado como supervisor y coordinador de las diversas iniciativas presentes en la sociedad. En tal sentido, dentro de los Lineamientos de Política sectorial 2002 - 2012 se establece “la Promoción de la salud y la prevención de la enfermedad” (MINSA, 2003).

La Ley General de Salud N° 26842, en el capítulo VII “De la Higiene y Seguridad en los Ambientes de Trabajo”, estipula, que quienes conduzcan o administren actividades de extracción, producción, transporte y comercio de bienes y servicios, cualesquiera que éstos sean, tienen la obligación de adoptar las medidas necesarias para garantizar la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores y terceras personas en sus instalaciones o ambientes de trabajo (Art. 100°), quedando claro que la protección de la salud y seguridad de los trabajadores es responsabilidad del titular de la actividad económica (Ley General de Salud N° 26842).

Asimismo, esta ley, buscando eliminar discriminaciones en razón del rango de los trabajadores, su edad o sexo, señala que las condiciones sanitarias de todo centro de trabajo deben ser uniformes y acordes con la naturaleza de la actividad (Art.101°). Debe señalarse que por mandato expreso de esta misma ley corresponde a la Autoridad de Salud la regulación de las condiciones de higiene y seguridad de las instalaciones, máquinas y cualquier otro elemento relacionado con el desempeño de actividades económicas (Art.102°) (Ley General de Salud N° 26842).

Desde el Estado Peruano, mediante el Decreto Supremo N° 009-2005-TR, se aprueba el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo. En el Art. 4° señala: La Política Nacional en materia de seguridad y salud en el trabajo debe propiciar el mejoramiento de las condiciones de seguridad, salud y medio ambiente de

trabajo, a fin de evitar y prevenir daños a la salud de los trabajadores, como consecuencia de la actividad laboral, transfiriendo al Ministerio de Salud la responsabilidad. (El Peruano, 2005).

Pese a esta serie de normas legales existentes, las organizaciones que trabajan por la salud de la población peruana trabajadora, como son Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (ESSALUD), a través del Programa de Salud Ocupacional, no cuentan con un plan integral de acción, solamente concentran su atención en los problemas de salud convencionales, que reflejan un perfil epidemiológico de país subdesarrollado con tintes de problemática de salud de países desarrollados; Tuberculosis (TBC), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), Cáncer, Diabetes, Hipertensión Arterial (HTA), etc. Así mismo, el Ministerio de Trabajo, otro de los organismos responsables de la salud de los trabajadores tiene un alcance bastante limitado y de escasa cobertura, orientando sus esfuerzos al área de seguridad e higiene industrial.

De otro lado, los niveles de conciencia sindical de los propios trabajadores en la lucha por el empleo digno, la salud en el trabajador, etc. no han avanzado al ritmo de lo que exigirían las características de su deterioro como consecuencia de la actividad laboral. Los gobiernos de turno, vienen implementando una serie de estrategias para crear conflicto en los gremios y desarticular a sus organizaciones, determinando así la crisis en las luchas gremiales y sindicales. Vinculados a estas situaciones el sector de educación, representado por el Ministerio de Educación, no ha sido capaz de diseñar ningún programa de capacitación que permita preparar a la población para la realización de trabajos productivos. El ejemplo más claro lo constituye la ausencia de programas de capacitación técnica que permita ampliar la oferta de técnicos de mando medio, especialistas en diversas actividades productivas industriales y agrarias. Todo ello reduce las posibilidades de la población económicamente activa de insertarse en empleos productivos con mejores condiciones de trabajo.

Se hace imprescindible, en todo caso, el conocer a profundidad los aspectos específicos de la relación entre el trabajo, condiciones de vida y salud, y tomar acciones concretas para transformar esas condiciones.

Particularmente, en el contexto peruano, al interior del país se ubica el Departamento de Cajamarca, que hasta 1992 se caracterizó por registrar el 75% de una población rural, siendo la actividad económica principal agropecuaria y de servicio. En los últimos 15 años, esta situación está cambiando: La población pasó de 600,000 habitantes en 1993, a estimarse actualmente en crecimiento explosivo (1.500.000 habitantes) lo que ha originado la diversificación de actividades industriales y de manufactura, por ejemplo artesanal, por efecto de la explotación minera aurífera, que viene constituyéndose en la principal fuente de trabajo y que ha transformado drásticamente la dinámica de la ciudad de Cajamarca y otras provincias; no obstante que la pobreza en la mayoría de la población se hace evidente, con un mercado público informal, madres de familia y niños de corta edad como vendedores ambulantes, escolares y adolescentes ofreciendo sus servicios para trabajos de cualquier índole, personas del campo y de la tercera edad como mendigos en el centro de la ciudad, etc.

Es innegable que, en este contexto con el incremento de los ingresos económicos en un sector minoritario de la población cajamarquina, las condiciones de vida han mejorado para estos en la ciudad (viviendas residenciales, instituciones de educación privados, servicios de salud privados, etc.); la mayoría, sin embargo, no percibe ni goza de estos beneficios, lo que se refleja en el mapa de pobreza a nivel nacional, en el cual Cajamarca ha pasado a ocupar el segundo lugar, empeorando las condiciones de vida de la población y, surgiendo por ende nuevas formas de enfermar.

En esta realidad, de disparidades sociales y, sobre todo económicas y con el incremento del sector informal a nivel local, surge una masa de trabajadores denominados “comerciantes de comercio ambulatorio”, conformado por un número indeterminado de personas que son hombres, mujeres, niños, ancianos, jefes de hogar, madres de familia, niños y adolescentes en edad escolar, etc. y

que constituyen una población altamente vulnerable que radican en la periferie de la ciudad de Cajamarca y en condiciones poco aceptables de vida. Desde una visión aparente, según Noriega M. y Otros (2005), estos grupos sociales, con patrones de vida específicos, tienen un perfil epidemiológico característico, determinado por sus condiciones propias de vida y de trabajo, práctica doméstica y de consumo, vida cultural y organizativa, que encarnan procesos dañinos y también protectores y de defensa característicos. Para el presente estudio, podría tratarse de las consecuencias en la vida cotidiana, salud y trabajo de una migración pendular, para el caso de los trabajadores del comercio ambulatorio de la ciudad de Cajamarca.

Algunas manifestaciones de la problemática de vida y de salud de estos grupos de trabajadores, como consecuencia de las condiciones de su trabajo se puede verificar que, en la mayoría sus “centros laborales” están ubicados en las calles, a la intemperie donde han “instalado el espacio de producción y consumo familiar”, con medios y/o instrumentos de trabajo rudimentarios, actividad física mínima, posición predominantemente sentada y encorvada, situación que posiblemente desencadena una serie de problemas músculo esqueléticos; además, expuestos a una alta concentración de polvo, ruido, inadecuada iluminación, y, en la mayoría de casos no se dispone de medidas de protección ni seguridad. Otros aspectos relevantes giran en torno a la organización y división del trabajo como son: los horarios (sobrepasa las 8 horas diarias de trabajo) y ritmo de trabajo, descanso, ingesta de alimentos, etc. Y lo más preocupante lo constituye la exposición a la violencia callejera, asaltos, accidentes automovilísticos, violación y secuestro.

Es evidente, que este grupo de personas identificados como “ambulantes” está sufriendo el impacto destructivo de sus condiciones de vida – deficiente alimentación, hacinamiento, sin servicios básicos, ingreso económico familiar que no cubre las necesidades básicas, deficiente nivel educativo, entre otros – y, la debilidad de los recursos protectores y de defensa, como son la protección estatal a su trabajo y a su salud. Ni siquiera están registrados en un censo oficial, no cuentan con un adecuado acceso a los beneficios de salud y al igual que los desempleados y otros trabajadores del sector informal, no están

cubiertos por ninguno de estos servicios. Situación que se expresa en una diversidad de procesos dañinos para la salud y la integridad familiar y social y los ubica dentro de los grupos de población de excluidos sociales.

Este registro de la pobreza y sus expresiones sociales, sobre todo en las condiciones de vida, de trabajo y de salud, son muy conocidas en los países de América latina, dentro de los cuales está el Perú y, particularmente en regiones como la de Cajamarca que a través de su historia se viene registrando cada vez más con grandes conglomerados de población trabajadora, de familias e individuos que se encuentran en situaciones de marginalidad, sin oportunidad de superar las limitantes y complejas condiciones de supervivencia. Esta situación, se presenta como contradictoria en nuestro contexto, frente a un aparente desarrollo social y económico como consecuencia de grandes inversiones de empresas particulares en la explotación de ricos minerales (oro, plata, zinc, etc.) grandes centros comerciales e industriales de tinte transnacional, empresas educativas y de salud con servicios privados y otros (Foro Salud, 2005).

Teniendo en cuenta las consideraciones descritas, se puede identificar la importancia del estudio de las determinantes sociales de la salud enfermedad en grupos poblacionales excluidos como los trabajadores “ambulantes” en nuestra región, toda vez que buenas condiciones de salud son fundamentales para el ejercicio de todas las potencialidades de la condición humana, de la vida activa – labor, trabajo – y de la vida contemplativa – sentir, querer- , los que a su vez se registran como derechos de todo ciudadano.

Existen muchos teóricos en el campo de las ciencias sociales, que se interesan por el estudio de grupos de trabajadores, también se registran en los países de América Latina estudios que relacionan condiciones de vida y estado de salud de estos grupos, evidenciando que esta depende no solo de la condición económica, del acceso y usufructo de las riquezas y bienes disponibles en la sociedad, sino más bien del conjunto de dimensiones relacionadas que integran el proceso de exclusión social. Vulnerabilidades habitacionales y ausencia de saneamiento adecuado implican un aumento de las posibilidades de contraer y

sufrir de innumerables enfermedades, situación que no solamente se refleja en indicadores estadísticos y, que en nuestro contexto no viene ni siquiera siendo registrado en forma realista y objetiva, como lo demuestra la información recaba en Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) y El Seguro Social de Salud (ESSALUD) Cajamarca.

En la DIGESA Cajamarca (2001), se registraban 107 casos por accidentes de trabajo como cortes y fracturas, sin precisarse claramente otros problemas ocupacionales o ergonómicos. El Seguro Social de Salud (ESSALUD), señala que durante el 2006 se ha registrado la presencia de 3 casos por enfermedades profesionales. Estas instituciones no cuentan con estadísticas precisas que evidencien la magnitud del impacto de las inadecuadas condiciones de vida y trabajo en el comportamiento del proceso salud enfermedad de esta masa trabajadora y de muchos otros grupos ocupacionales (DIGESA, 2007).

A nivel nacional, la información sobre esta problemática en la relación salud trabajo, también permanece oculta. Algunos datos referenciales en estudios positivistas refieren textualmente que en nuestro país, a pesar de que existe una ley que regula la salud ocupacional, los esfuerzos por parte de las instituciones involucradas como la DIGESA, ESSALUD y empresas privadas para disminuir factores de riesgo que conllevan a los accidentes de trabajo y la presencia de enfermedades ocupacionales, se ve minimizada ante la existencia de un gran porcentaje de la población que se encuentra dentro del sector informal, que no recibe la educación para eliminar riesgos (DIGESA, 2009).

El factor de riesgo-ocupación, en 2004, ocupaba el séptimo lugar con relación a la mortalidad, el segundo en cuanto a años de vida con incapacidad y el cuarto en años potenciales de vida perdidos. Así mismo los accidentados: 8,4% corresponde al sector minero, 49,6% al sector manufacturero, 12,1% a la construcción civil, 10,6% al sector agricultura, caza y pesca, y 9,3 % a servicios /registros a nivel nacional. Hechos objetivos que se consideran como consecuencia de que los trabajadores no cuentan con un ambiente laboral saludable, esto es todavía un privilegio de pocos trabajadores, mientras que muchos de ellos continúan expuestos a riesgos ocupacionales (DIGESA, 2005).

Empíricamente se podría decir que las pérdidas en el campo laboral son muchas. Se estima que en países como el nuestro puede llegar al 10% del PBI los costos de los accidentes y enfermedades laborales. La salud de los trabajadores, entonces, no es sólo de interés de los trabajadores, ni siquiera sólo de empresarios, autoridades y gobernantes -si bien son ellos los principales responsables-, sino es un problema de toda la nación, tiene que ver con las posibilidades de una integración digna en el proceso irreversible de globalización, tiene que ver con un desarrollo humano y sostenible.

En algunos estudios de mayor envergadura se reconoce la existencia de una gran variedad de factores y agentes peligrosos causando altos índices de siniestralidad laboral y enfermedades ocupacionales. Asimismo, el alto porcentaje de trabajadores en el sector informal, sin oportunidad alguna a las condiciones sanitarias básicas; la marcada existencia de trabajo infantil; el uso de tecnologías de producción obsoletas y los frecuentes cambios políticos y económicos, como algunos factores que determinan que la situación de la salud ocupacional en nuestro país, al igual que en otras realidades latinoamericanas, devenga preocupante y compleja (Noriega y Otros, 2005).

Tomando como marco de referencia lo anteriormente registrado, en la presente investigación se pretende conocer la problemática laboral y como esta determina las condiciones de vida, alterando el proceso salud enfermedad de los trabajadores dedicados a la producción en el sector de comercio ambulatorio. Así mismo, el develamiento de esta realidad supone descubrir las contradicciones y el horizonte de su superación, para estimular la búsqueda de alianzas estratégicas entre los actores locales involucrados con la salud de la población trabajadora (Ministerio de Salud, El Seguro Social de Salud, Ministerio de Trabajo, Gobiernos Locales, Empresas Privadas, ONGs y grupo focalizado de estudio), y proponer estrategias para implementar un plan de intervención multisectorial, con acciones efectivas de mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo, consecuentemente, se implementen estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades de los trabajadores informales, en nuestro contexto.

La trascendencia de la presente investigación tiene su base fundamental en el reconocimiento del trabajo como actividad del hombre que se realiza con nuestras habilidades y conocimientos, utilizando instrumentos o máquinas para transformar la naturaleza en bienes útiles para la vida y la sociedad. El trabajo así visualizado determina para el hombre “trabajador ambulante” la posibilidad de “bienestar”, puesto que constituye un medio para satisfacer las necesidades de alimentación, vestido, vivienda, salud, educación y recreación. Además, lo convierte en un ser creativo e inteligente capaz de conocer y analizar las situaciones que lo rodean. Todo tipo de trabajo se desarrolla dentro de determinadas circunstancias que llamamos medio ambiente de trabajo, constituido este por el conjunto de condiciones que rodean el entorno de su trabajo. Incluye aspectos ambientales, mecánicos y personales, siendo que en cada uno de estos están presentes un gran número de determinantes que derivan de hecho en problemas para la salud, situaciones que se constituyen en uno de los objetivos del presente estudio.

Desde la perspectiva de la finalidad del presente estudio, descrita en el párrafo anterior, se considera justificada la investigación en el actual período que refleja las modificaciones de carácter estructural en el trabajo, en el empleo y en la participación en general de la población peruana, particularmente de la cajamarquina, en el proceso productivo. En primer lugar, se observa en nuestro contexto, una menor participación del empleo en el sector agrario frente a una participación creciente del empleo urbano en los sectores de comercio y servicios. En segundo lugar, en el contexto urbano se observa una tendencia al crecimiento del empleo en el sector comercio, principalmente, comercio al por menor y servicios. En tercer lugar es evidente el crecimiento acelerado del trabajo ambulatorio, sector que por sus características ha venido incorporando a la población económicamente activa de Cajamarca, que por razones diversas – desempleo en el sector moderno, depresión del salario, nuevas formas de contratación laboral y articulación de las grandes empresas con las pequeñas, migración, etc. – no logra incorporarse en la estructura del empleo del sector moderno, y ¿qué se conoce sobre la situación de este sector de la producción identificados como trabajadores del sector comercial ambulatorio?

En la década del 90 se registraba que en Cajamarca el 9% de los trabajadores informales nunca asistió a la escuela, en Piura el 44% tiene primaria, en Lima Metropolitana el 53% alcanzó la secundaria. El 48% de informales trabaja más de 48 horas semanales, de este tiempo el 65% se gasta en transporte y el 46% en el comercio. La mayor proporción de los mayores de 36 años trabajan más de 48 horas semanales entre estos especialmente los empleadores y los independientes (Frías, 1995).

Son trabajadores cotidianos que no tienen reconocimiento como tal, sino el anonimato de lo diario, de lo que no se conoce, de cuya situación se habla poco, pero que sin embargo cada día, cada hora, cada minuto, cada segundo, se enfrentan a factores de riesgo, exponiendo su salud, su seguridad, su vida, y en estas condiciones, “guerra no declarada”, que es tan antigua como el hombre, existen bajas y caídos, enfermos ocupacionales, accidentados en el trabajo, lamentablemente, muertos en el trabajo (Granda, 2009).

Lo paradójico es que estos daños, o buena parte de ellos, son evitables con medidas políticas, estrategias preventivas económicas, ingeniosas, educativas, concertadas. “Pero el primer paso es tomar conciencia de que existe esta guerra cotidiana, no contra ningún agresor extranjero, ni contra agresor interno, sino contra nuestra propia desidia e ignorancia frente a esta situación, contra la venda en nuestros ojos” (Observatorio Latinoamericano de Salud, 2005).

El caso de estudio de los trabajadores comerciantes ambulantes, que en la presente investigación se ha desarrollado, es importante, no solo porque representan un gran sector que hoy participan del mercado laboral, sino porque su participación concentrada en las pequeñas unidades de producción familiar están originando cambios en sus conocimientos, actitudes y valores que pueden determinar en el mediano plazo aportes importantes para la formación de un nuevo sector empresarial y de organizaciones de base que impulsen una democracia diferente.

En tal sentido, la presente investigación se proyectó estudiar, comprender y explicar los siguientes procesos:

- Condiciones de trabajo y Condiciones de vida de los trabajadores de comercio ambulatorio de la ciudad de Cajamarca.
- Condiciones de vida y Condiciones de trabajo de los trabajadores de comercio ambulatorio como determinantes de su Salud Enfermedad.
- Conocimiento y actitudes de los trabajadores de comercio ambulatorio frente a su proceso de salud-enfermedad.
- Motivaciones corporativas frente a la conformación de organizaciones de los trabajadores de comercio ambulatorio de la ciudad de Cajamarca, con la finalidad de establecer mecanismos de gestión para su reconocimiento como ciudadanos con derecho a la atención de su salud y, mejores condiciones de vida y trabajo.

## **1.2. OBJETIVOS GENERALES:**

- Identificar y analizar las condiciones de vida y las condiciones de trabajo de los trabajadores de comercio ambulatorio, de la ciudad de Cajamarca.
- Discutir y comprender las condiciones de vida y las condiciones de trabajo como determinantes sociales de la salud-enfermedad de los trabajadores de comercio ambulatorio, de la ciudad de Cajamarca.
- Motivar corporativamente estrategias de organización para la atención en salud, mejora de sus condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores de comercio ambulatorio, de la ciudad de Cajamarca.

## CAPITULO II

### 2. ESCENARIO DEL ESTUDIO



## **2.1 CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA DE LA REPUBLICA DEL PERU.**

La República del Perú, se encuentra localizada al Noroeste de América del Sur. Ocupando un territorio de 1,285,216 Km<sup>2</sup>. El país tiene características físico geográficas muy marcadas de costa, sierra y selva, con climas propios de cada una de estas regiones. Hasta el 2007 se calculaba una población de 28 millones 220 mil 724 habitantes, siendo su mayor concentración en la capital del país con el 30,8% de la población peruana, Lima (8 millones 445 mil 211 habitantes) y el resto distribuido en 25 departamentos, los cuales se dividen en provincias y estos en distritos. Para el año 2010 se proyectaba una población de 29 millones 957 mil 804 personas (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2008).

Por la creciente informalización de la vida económica y social del país, se viene generando manifestaciones ambivalentes, ya que, a la generación de modalidades creativas de trabajo, como son artesanía, turismo y otras, se suman condiciones de explotación de la masa trabajadora y deterioro de sus condiciones de vida y de salud. La canasta familiar se registraba en 2,112 nuevos soles (Quispe, 2010) y la Remuneración Mínima Vital solo alcanzó a S/.550 nuevos soles mensuales (aproximadamente 194 dólares). Dicha remuneración es fijada por el Ministerio de Economía y Finanzas, el cual regula su variación en función a diferentes variables económicas, y es aprobada mediante decretos de urgencia de la Presidencia del Consejo de Ministros. A partir del 1 de enero del 2010 se elevaría a 600 nuevos soles (aproximadamente 208 dólares) (Ministerio de Economía y Finanzas, 2009 MEF).

En base a información del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), hasta el 2008, el 52% de la PEA ocupada estaba adecuadamente empleada y el 48% subempleada.

Según la estructura del mercado, el 37% de la PEA ocupada labora de forma independiente, otro 37% trabaja en el sector privado y el 8% en el sector público. Asimismo, un 15% se desempeña como trabajador no remunerado en un negocio familiar. Según la rama de actividad, el 32% de la PEA ocupada se dedica a la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca, el 23% a servicios no personales, 17% al comercio, 11% a la industria, 9% a servicios personales, 4% a construcción, 3% a hogares y 1% a la minería.

A nivel departamental, Cajamarca y Huancavelica presentan las tasas de actividad más altas del país, alcanzando ambas el 85%. El promedio nacional de la tasa de actividad laboral alcanza el 74% (MEF, 2008).

En un análisis de la situación socioeconómica por críticos peruanos se registra que, en el segundo mandato en Perú, el "romance" del presidente Alan García con la mayoría de los peruanos parece haberse terminado. García logró conquistar el corazón de los mercados, pero descuidó demandas de millones de personas que viven en la pobreza, lo que genera una ola de protestas considerada la mayor crisis social de su gestión. Maestros del sector público, trabajadores de diversos gremios y campesinos realizarían violentas manifestaciones, con pedidos que van desde oportunidades para un trabajo digno, mejora de salarios, seguridad para la salud, estabilidad en precios de pan llevar, etc.

En un intento por apagar las protestas, el gobierno anunciaría medidas para evitar el alza de precios de algunos productos básicos como el pan, entre ellas la eliminación de aranceles al trigo y a los fertilizantes. "García ha tranquilizado a los empresarios y al capital, pero el otro sector inquieto que quedó muy maltrecho desde su primer mandato fue el de los trabajadores," dijo a Reuters el analista político Santiago Pedraglio (Palomino, 2007).

Tras la severa crisis económica que vivió el país en su primera gestión entre 1985 y 1990, la nueva elección de García desató temores en algunos sectores, que aún recuerdan cuando Perú se sumió en la hiperinflación, sin créditos internacionales y con reservas nulas en el Banco Central. Pero tras la asunción

de García al segundo período, la economía peruana apuntaló su crecimiento a un 8,03 por ciento, la tasa más alta en 11 años, principalmente por las exportaciones de minerales, que gozan de altos precios en el mercado externo, y por la creciente demanda interna. "El crecimiento del PBI (Producto Bruto Interno) continuará siendo sostenido por una demanda interna robusta, llevando al Perú a permanecer entre las economías de mejor desempeño en el mundo. Esperamos que el crecimiento del PBI alcance 7,8 por ciento," manifestó Centura (Palomino, 2007).

A diferencia de su anterior Gobierno, las reservas marcarían niveles récord, pero casi la mitad de los peruanos vive aún en la pobreza y tiene demandas tan elementales como agua potable, electrificación y empleos dignos.

El analista político Alberto Adrianzén cuestionaba: "El gobierno de García no está gobernando para la gente pobre sino para la gente rica. El gobierno está totalmente equivocado, al decir que ha disminuido la pobreza, reflejo de esta situación es el Índice de Pobreza en el 2008 que registra 36 %, es decir de cada 100 personas 36 son pobres". Información proporcionada por Instituto Nacional Estadística Informática (2010).

Las consecuencias sociales de las políticas económicas se reflejan en mayor violencia, resurgimiento de grupos terroristas, índices de morbimortalidad alarmantes, sobretodo en zonas más deprimidas (Timoteo, 2009).

No obstante, públicamente en conferencias y medios radiales y televisivos los representantes del poder legislativo y ejecutivo del gobierno declaran que el Gobierno espera que el Perú "mantenga el liderazgo en el crecimiento de la economía mundial", en vista de que tiene "empresas sanas" y "un sistema financiero sólido".

"En el corto plazo, nos podemos distanciar un poco del resto de economías que caerán en el 2009 y el Perú puede crecer un 4% este año. El crecimiento del PBI estará en torno al 4,5% ó 5% en el 2010, mientras que el déficit fiscal cerrará este año en aproximadamente un 1,5%" (Carranza, 2009).

El ingreso promedio de los peruanos, medido a través del PBI per cápita, se incrementó 8,3% en el 2008, lo cual coloca al Perú entre las 10 economías con mayor crecimiento del PBI per cápita en el mundo. En el estudio “El Perú en la Economía Mundial: 2008”, que se realiza anualmente y en el que se analiza el desempeño económico del Perú dentro de la economía mundial, se reporta que el PBI per cápita de los habitantes del mundo, en el 2008 se incrementó 2%, tasa que es 2 puntos porcentuales menor que la registrada en el 2007” (Rodrigo, 2009).

Una característica destacable del crecimiento que experimenta la economía peruana es que la tasa de crecimiento del PBI per cápita, desde el 2003 se ha venido incrementado: pasó de 2,4% en el 2003, a 3,3% en el 2004, a 5,2% en el 2005, a 6,1% en el 2006, 7,3% en el 2007 y 8,3% en el 2008. “Es evidente que en el 2009 este crecimiento acelerado del PBI per cápita del país se revertirá. Sin embargo, lo importante para la economía peruana es que en el 2009 el PBI per cápita logre registrar una tasa de crecimiento positiva para que se pueda mantener el ciclo de expansión que se inició el 2002. En el último reporte de Inflación de marzo 2009, el Banco Central de Reserva proyecta que la demanda interna crecerá 5% en el 2009 y 6% en el 2010” (Rodrigo, 2009).

## **2.2 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA REGION CAJAMARCA.**

### **2.2.1 UBICACIÓN:**

El territorio de la Región Cajamarca, cuyo relieve es bastante accidentado, está constituido por zonas de costa, sierra y selva. Ubicada en la zona Nor Andina del Perú, a una distancia de 856 Km. de la ciudad de Lima, capital del Perú y recorrida por los Andes Septentrionales, más adelgazados y bajos que los del resto del país. Goza de una variedad de climas: templados en las cimas y laderas montañosas y cálidas en las laderas bajas y fondos del valle.

La Región posee condiciones naturales ventajosas que posibilitan la presencia de gran biodiversidad de flora y fauna que se manifiestan en la abundancia de productos medicinales, industriales, alimenticios y ornamentales. Posee también una extraordinaria riqueza turística y atractivos restos arqueológicos que hacen de esta región un punto clave inclusive para el desarrollo turístico del país. Del mismo modo existen considerables reservas probadas de oro y cobre, metales importantes como hierro, antimonio, carbono, fierro, mercurio, molibdeno, plomo, plata, zinc y metales radiactivos, así como otros minerales no metálicos, sal, caliza, caolín y cal.

Con una superficie de 33,317.64 Kilómetros cuadrados, sus límites son: Por el norte con el País del Ecuador, por el sur con el Departamento de la Libertad, por el este con el Departamento de Amazonas y por el oeste con los Departamentos de Piura y Lambayeque.

### **2.2.2 PROVINCIAS:**

En la demarcación política regional del 31 de marzo de 1995, se registró 13 provincias y 128 distritos, siendo su capital la ciudad de Cajamarca. Por su estructura geográfica, las provincias están ubicadas en:

**Norte:** San Ignacio, Jaén, Cutervo y Chota.

**Centro:** Cajamarca, Celendín, Hualgayoc, Santa Cruz, San Pablo y San Miguel.

**Sur:** Cajabamba, San Marcos y Contumazá.

Tiene como **CAPITAL** a la provincia y ciudad de Cajamarca, la misma que está ubicada al margen derecho del Río Mashcón, a 2,750 m. de altitud.

### **2.2.3 PRODUCCIÓN AGROPECUARIA Y GANADERA:**

Principalmente su producción radica en: Papa, trigo, cebada, maíz, oca, olluco, mashua, quinua, cañihua, arroz, café, yuca, camote y alfalfa. La Ganadera se basa en la producción de vacuno, ovino, caprino y porcino.

#### **2.2.4 PRODUCCIÓN MINERA:**

Sus serranías de altitud relativamente baja con respecto al resto del territorio nacional, han sido favorecidas con una riqueza mineral muy grande, no sólo extrae el oro, plata cobre, plomo y zinc sino también molibdeno y tungsteno.

#### **2.2.5 EI PRODUCTO BRUTO INTERNO:**

Se calcula que en el 2010 el PBI llegaría a 152.500 millones de dólares y el PBI por habitante en el 2011 sobrepasaría los US \$6 (MEF, 2009) y para Cajamarca asciende aproximadamente a 3,616 millones de nuevos soles.

La Región Cajamarca tiene una **SUPERFICIE TERRITORIAL** de 33,317.54 km<sup>2</sup>. Cuadrados, lo que representa el 2,6% del territorio nacional, con una población total de 1'455,201 habitantes, actualmente este departamento está conformado por 13 provincias y 127 distritos, que tiende a incrementarse por la migración interna y externa. Otras ciudades importantes son: Jaén, San Ignacio, Chota, Celendín, Cutervo.

#### **2.2.6 CLIMA Y TEMPERATURA:**

El clima de la Región Cajamarca es seco, templado y soleado durante el día y frío en las noches. Su temperatura media anual: 14,7° C. La estación de lluvias es de noviembre a marzo. Esta Región Cajamarca comprende en términos generales, dos zonas de climas distintos: del norte, constituida por un ecosistema semitropical (San Ignacio, Jaén, parte de Cutervo y Chota), y del sur, determinada por un ecosistema que podríamos llamar quechua, dentro del cual encontramos "islas" de otros ecosistemas (jalcas o punas) en los pisos más elevados de la cordillera. Pocas regiones del Perú ofrecen, como ésta, tal diversidad de

ambientes de extensión semejante. Las fajas climáticas se concentran en áreas relativamente pequeñas, debido a los cambios de altitud. Pero es una región de clima sub húmedo, con lluvias estacionales y frecuentes períodos de sequía, por lo que la agricultura prospera con ayuda de la irrigación.

### **2.2.7 HIDROGRAFÍA:**

En la Región Cajamarca los Ríos más importantes son: El Marañón, Chinchipe, Tabaconas, Huancabamba, Chotano, Llaucano, Chonta, Mashcón y San Lucas.

### **2.2.8 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DE SALUD MÁS IMPORTANTES.**

La problemática de salud en países como el Perú, vienen siendo asociada a la miseria, el hambre y la pobreza; siendo las enfermedades insidiosas exterminadores que surgen de la inequidad e injusticia social y que afectan a grandes mayorías de la población, mientras que retóricamente se dice que la “salud es la condición de equilibrio y bienestar para la vida”.

Algunos condicionantes de la situación de pobreza y de las condiciones de la masa trabajadora del departamento de Cajamarca son analizados y resumen señalando que la explicación de la pobreza en la región reside en que esta provincia es el principal y más cercano mercado para las zonas rurales marginales y estimula la migración de las provincias aledañas, lo cual ha provocado un aumento significativo de la demanda por puestos de trabajo, a tal punto que la economía de la zona no la puede absorber. El desequilibrio entre la oferta y la demanda de mano de obra genera desempleo y subempleo y es la razón del rápido crecimiento del sector terciario urbano –comercio, artesanía, pequeña industria- y el crecimiento incontrolable del sector informal.

Cajamarca es el 5<sup>to</sup>. Departamento con mayor población, después de Lima y Piura, albergando el 5,7% de la población nacional. La tendencia observada en las últimas décadas, es a la expansión e intensificación del proceso de urbanización, que se refleja en un mayor incremento de la población censada urbana de 24,7% en 1993 a 45,9% en el año 2007 y, en una disminución de la población censada rural de 75,3% en 1993 a 67,3% en el año 2007. En los últimos 10 años se han registrado importantes flujos migratorios hacia las principales ciudades de la costa y del nororiente, a su vez se viene percibiendo grandes conglomerados poblacionales hacia la capital, ciudad de Cajamarca, de población foránea procedente sobretodo de la región costera y sur del país, las razones están asociadas a oportunidades de trabajo en las empresas mineras.

Cajamarca es una de las regiones más pobres, siendo en el contexto del sub espacio norte, la de mayor pobreza (77,4%). Según el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, el 73,6% (1,039 89 personas) se encuentra al menos con una NBI.

A nivel de la Provincia de Cajamarca algunas características demográficas, de salud y de educación según Indicadores Básicos en Salud (2007) son:

- Población Provincial : 316,152 habitantes.
- Esperanza de Vida : 70,4 años.
- Alfabetismo : 83,5%.
- Ingreso Familiar Per Cápita : 227.5.
- Tasa Global de Fecundidad : 3,2 hijo/ mujer.
- Número de Niños Nacidos Vivos : 5.7
- Tasa de Mortalidad Materna : 262,3 x 100.000 NV.
- Tasa de Mortalidad Infantil : 42,1 x 1000 NV.
- Mortalidad Neonatal : 25 x 1000 NV.
- Mortalidad Perinatal : 23 x 1000 NV.

La Tasa de Mortalidad General está sufriendo cambios de igual manera la causa de muertes. Las enfermedades transmisibles están siendo desplazadas por la aparición de nuevas causas como son las enfermedades crónico degenerativas. No obstante, durante el año 2008 fueron las infecciones de las vías respiratorias agudas (39,3%); y diarreas agudas, las que se mantienen como causas de mayor incidencia, especialmente de la población infantil que registra como primera causa de muerte (Dirección Regional de Salud, 2009). La gravedad de la situación se manifiesta con la existencia de la desnutrición severa en niños menores de 5 años que alcanza al 37,3%. La prevalencia de anemia en mujeres es de 35,5% y en niños menores de 5 años de 52,7% (Encuesta Demográfica y de Salud familiar, 2008 - ENDES).

La Tasa Global de Analfabetismo es del 17,1% con mayor incidencia en el sexo femenino (25,5%), en comparación al de los hombres (8,5%). El acceso a los servicios educativos muestra notoria disparidad afectando al 22,5% de la población del área rural y al 7,3% del área urbana (Análisis Situacional de Salud, 2008 - ASIS).

La población alfabetizada, de acuerdo a los resultados de los Censos Nacionales de Población y Vivienda del 2007 revela, que el nivel de educación de la población de 15 y más años de edad ha mejorado respecto al nivel registrado en el Censo de 1993. En el 2007, el 13,5% de la población de 15 y más años de edad, ha logrado estudiar algún año de educación superior (superior no universitario 7,0% y universitaria 6,4%), lo que equivale en cifras absolutas a 121 mil 704 personas. Asimismo, se incrementa la población masculina y femenina que logró estudiar algún año de educación secundaria. Si bien, se viene acortando la diferencia entre hombres y mujeres en los niveles educativos, existe todavía un 24,2% (110 mil 427) de mujeres sin ningún nivel educativo, mayor en 16,3 puntos porcentuales que los hombres (7,9%) (ASIS, 2008).

Según datos del último censo (2005) en la Región Cajamarca, la desocupación urbana y rural se incrementa persistentemente y en forma diferenciada por sexo. Algunas características de la PEA y el Empleo son analizadas en las Encuestas Nacionales de Hogares 2001-2004 (ENAHO, 2005): La actividad económica de la Región en marzo de 2008 se contrajo en 4,7%, en relación al mismo mes del año anterior, dicha caída se debió a la baja registrada en las principales ramas de actividad de la economía cajamarquina (agropecuaria 8,0%, minería 7,1% y manufactura 24,1%). Sin embargo, se registró un incremento en el valor bruto de la producción de bienes de 9,6% en comparación al primer trimestre del año anterior por la recuperación de la producción en las ramas construcción (27,4%) y minería (18,9%) (Observatorio Socioeconómico Laboral, 2008).

En cuanto a la tasa de actividad a nivel departamental, Cajamarca y Huancavelica presentan las tasas más altas del país, alcanzando ambas el 85%. El promedio nacional de la tasa de actividad laboral alcanza el 74%. Según la investigación de CAD (Ciudadanos al Día) "Empleo en las regiones", en base a información del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), al 2008, el 52% de la PEA ocupada está adecuadamente empleada y el 48% está subempleada (Ciudadanos al Día, 2009).

Como es común en contextos ruralizados y de bajo nivel de desarrollo del mercado, el desempleo es bajo (2,7%; 1,6% el abierto y 1,1% el oculto) entre la población mayor de 14 años. Estas cifras no presentan cambios significativos entre el 2001 y el 2004. Una proporción significativa de la Población Económicamente Activa (PEA) Cajamarquina tiene un trabajo secundario; 22% en el 2001 y 17,6% en el 2004. Generalmente los empleos ocasionales se incrementan hacia diciembre (por las fiestas navideñas), por lo que este descenso podría deberse a este efecto de estacionalidad.

Sobre el empleo reciente para el 2004, el 32% de la población mayor de 14 años declara no haber trabajado en la semana anterior a la encuesta. Como casi el 19% son estudiantes o amas de casa, la diferencia (13%) puede considerarse como desempleados estacionales. Tampoco en esta dimensión se aprecian cambios sustanciales desde el 2001 aunque en esa fecha el desempleo estacional era un poco menor; 26% de la PEA. El desempleo estacional masculino parece haberse incrementado desde el 2001 en tanto que el femenino se mantiene alto y sin cambios significativos.

En cuanto a la categoría ocupacional, la gran mayoría de la PEA ocupada es trabajador familiar no remunerado (el 33% en el 2001 y el 41% en el 2004) o trabajador independiente (el 37,6% en el 2001 y el 34,5% en el 2004). Aparentemente hay un incremento en la proporción de trabajadores familiares no remunerados del 33% a más del 41% de la PEA ocupada entre el 2001 y el 2004. La mayoría de estos trabajadores dependen de las actividades agropecuarias, ya sea como conductores o trabajadores calificados (26%), o como mano de obra no calificada de los servicios o del sector agropecuario (47% en el 2001 y 51% en el 2004). Ello revela el peso de la economía campesina como la principal fuente de trabajo en Cajamarca. Aunque el sector público ocupa a casi el 27% de la PEA ocupada, más del 71% depende del auto-empleo o el sector no-público tradicional (minifundios y MYPES de servicios).

Finalmente, otro factor que influye en la pobreza y la precaria situación del empleo en Cajamarca, es el bajo nivel educativo de la PEA. Según los datos de ENAHO 2003-04 casi el 15% de la PEA ocupada es analfabeta; un 30% tiene sólo Primaria incompleta; 24% Primaria completa, 13% Secundaria incompleta; 10% Secundaria completa y menos del 8% Educación Superior. Y el 10% de la PEA regional no ha recibido algún tipo de educación (Ministerio de Salud, 2007).

Para el 2007 Cajamarca tiene el 64,5% de su población en pobreza. A nivel nacional esta tasa está 39,3% puntos porcentuales por encima del promedio nacional. Luego de Huancavelica (con 85,7% de su población en pobreza), Cajamarca, ocupando el cuarto lugar en población, entre las regiones del país y contando con ingentes recursos naturales, se encuentra como el sexto departamento más pobre del Perú, seguido muy cerca por Apurímac (69,5% de pobres) (Encuesta Nacional de Hogares, 2008 ENAHO).

Resumiendo, aunque Cajamarca sigue siendo el tercer departamento con la mayor proporción de pobres en el país, y que esta proporción ha bajado poco desde el 2001; los pobres cajamarquinos son menos pobres que hace 5 años y los niveles de desigualdad entre ellos se han reducido significativamente en el último quinquenio. Las causas de esta mejora relativa (¿minería?, ¿turismo?, ¿reactivación agrícola?) requerirían de estudios más detallados.

Como el descenso en la tasa de pobreza no extrema fue modesto, (solo 2.5 puntos porcentuales) y asumiendo la confiabilidad de los datos de la ENAHO, la explicación más plausible es que muchas personas y familias salieron de la pobreza extrema pero no superaron la línea de pobreza general. Esta es una situación precaria cuya superación no puede basarse solamente en los programas sociales, es indispensable la reactivación de las actividades productivas en el medio rural (agricultura, ganadería, turismo, artesanía, etc.) pues ante cualquier crisis climática o desastre natural esta situación puede revertir. Los gobiernos regionales y locales, así como los recursos del Canon Minero deberían priorizar inversiones en el medio rural.

A este nivel agregado de análisis, resulta difícil entender los factores que explicarían este brusco descenso en la pobreza extrema en tan corto período en departamentos tan disímiles como Amazonas, Ayacucho y Cajamarca. Podría deberse al período de referencia (año completo para el 2004 y sólo de mayo a diciembre para el 2003) pero en

el ámbito nacional el descenso es más bien modesto (del 21,9% al 19,2%) por lo que esta explicación es débil. Previo análisis de consistencia de los datos, sería importante realizar estudios específicos que expliquen esta tendencia alentadora.

La última dimensión que cabe explorar es del índice de desarrollo humano (IDH) de Cajamarca. Este índice calculado combina varios indicadores referidos tanto al acceso a bienes públicos (salud y educación) como a los niveles de ingreso familiar. Los siguientes datos reflejan el nivel del IDH y sus componentes tanto para el departamento como para las provincias de Cajamarca en tres años; 1993, 2000 y 2003: La primera dimensión es la posición relativa de la población Cajamarquina con relación al resto del país. Desde 1972 no sólo ha variado poco sino empeorado la posición relativa de Cajamarca respecto del IDH departamental; en 1972 ocupaba el puesto 19 (de 24 departamentos), bajó al puesto 20 en 1981, al 21 en 1993 y al 23 (penúltimo) en el 2000. Esta evidencia es consistente con el análisis de pobreza realizado anteriormente que confirma la situación desventajosa de la población Cajamarquina en el escenario nacional.

Al analizar las brechas por componentes del IDH para el 2000, entre el nivel nacional y el departamental se encuentra resultados interesantes. Las brechas son menores en cuanto a salud (la esperanza de vida en Cajamarca es solo 3% menor a la nacional); y educación, en especial respecto del alfabetismo (Cajamarca tiene un 14% menos de alfabetos en su población mayor de 15 años) pero aumenta en el caso de la matrícula secundaria (el promedio nacional es 50% superior al de Cajamarca) y especialmente en lo referente a ingreso. El ingreso familiar per cápita en este Departamento era la mitad del promedio nacional en el 2000.

Lo que estos datos sugieren es que el acceso a bienes públicos básicos (salud y educación inicial) es mayor que el acceso a la Secundaria y a oportunidades económicas. En otras palabras, el impacto del sector

privado es aún muy débil en Cajamarca. Será de crucial importancia monitorear estos indicadores en los próximos 5 años para ver si la minería, el turismo y la reactivación del sector agropecuario logran mejorar las condiciones de vida de la población departamental.

En cuanto a los IDH provinciales en Cajamarca: Las zonas de menor desarrollo relativo se ubican en las provincias y distritos andinos del sureste, limítrofes con la sierra Liberteña (Hualgayoc, San Marcos, Cajabamba y este de Cajamarca). Esta “geografía de la pobreza” no presenta mayores cambios desde 1993 ni en el 2003. Finalmente, cabe analizar la equidad en la distribución de estos bienes públicos y privados al interior del departamento. Sorprendentemente, la mayor desigualdad se aprecia en el acceso a la matrícula secundaria con niveles muy bajos para San Marcos y Cajabamba (solo 37% y 39% de los jóvenes entre 12 a 17 años).

Es muy probable que las inequidades de género sean aún mayores en el caso del acceso a la Secundaria, debidas a barreras culturales y falta de movilidad para el acceso diario a los centros de educación secundaria. Esta debería ser una de las políticas prioritarias para el desarrollo social de Cajamarca.

A partir de este acercamiento a la realidad socioeconómica de la Región Cajamarca y, visualizarlas como condicionantes y/o determinantes de la salud enfermedad de la población trabajadora del comercio ambulatorio se pretende estudiar las condiciones de vida y de trabajo de este sector productivo informal.

## **CAPÍTULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.**

La investigación se ha desarrollado tomando como marco la visión del enfoque dialéctico crítico, en virtud de que permite una mayor amplitud de la visión de la salud y al hombre no solamente como un ser biológico, sino como un ser mental y social, integral. En estos términos el hombre en este estudio está representado por los trabajadores de comercio ambulatorio (hombres, mujeres) vistos como una organización biopsicosocial, que contiene las características de la sociedad; además que es poseedor de una capacidad psíquica y corporal dependiente de las condiciones concretas de sus estilos de vida, desarrollo de fuerza productiva y tipo de relación social existente.

Dentro de la visión dialéctica, para explicar los determinantes sociales de la salud de los trabajadores del comercio ambulatorio, en la ciudad de Cajamarca, es necesario considerar las articulaciones y leyes generales del desarrollo de la sociedad peruana a través de su historia. Esas leyes están de acuerdo con los modos de producción, cuya base fundamental son las relaciones sociales vigentes.

En este marco, el modo de producción será entendido como una totalidad social, en el cual se insertan la estructura económica, jurídico-política e ideológica de la sociedad peruana, toda vez que, dentro del modo de producción capitalista, las relaciones de reproducción y el proceso de producción constituyen su base cuya finalidad última es la producción del capital. “En la producción social de la propia existencia, los hombres entran en relaciones determinadas, necesarias, independientes de su voluntad. Estas relaciones de producción corresponden a un grado determinado de desarrollo de sus fuerzas productivas materiales...el modo de producción de

la vida material condiciona el proceso de vida social, político e intelectual” (Marx y Engels, 1988).

En las sociedades capitalistas, caso particular peruano, las relaciones de producción se basan en la propiedad privada de los medios de producción, los cuales pertenecen al capitalista, así como la mercadería producida, inclusive, la fuerza de trabajo y, con el miserable salario los hombres – peruanos en este caso- adquieren los medios para su sobrevivencia, esto determina que los hombres trabajen para vivir, es la propia vida delante de la opción: morir de hambre o vender su fuerza de trabajo, y como lo señala Marx “el trabajador ni siquiera considera el trabajo parte de su vida, para él es más bien un sacrificio de su vida”, al final este no se apropia del producto final de su trabajo, vende su fuerza de trabajo, produce y en la mayoría de la veces no puede comprar lo que produce (Marx, 1985).

Tomando en cuenta este marco teórico, podemos referir que se produce y se reproduce el comercio ambulatorio desarrollado por los vendedores ambulantes o trabajadores de la economía informal que comercian distintos bienes de consumo. Generalmente se instalan en pequeños kioskos, aunque a veces le basta con un simple mueble donde exponen su mercancía, en las aceras de calles más transitadas, centros históricos de las ciudades. Debido a su calidad de informal y considerable expansión en distintos lugares de la ciudad, estos trabajadores son vistos por ciertos sectores de la sociedad como problemática y es muy criticado ya que no tienen la obligación, por ejemplo, de abonar impuestos. Por ello se percibe una constante lucha entre la economía formal e informal, en nuestras sociedades latinoamericanas.

Históricamente, en el país a principios del siglo XX se dictó el primer reglamento para la actividad informal con lo cual las autoridades municipales le daban al sector un tácito reconocimiento. Se estableció entonces la obligación de todo vendedor ambulante de pagar una licencia y empadronarse, se prohibió la venta de comida en las calles, se diseñaron carretillas y se dispuso el inicio de un control sanitario. Poco a poco los ambulantes desarrollaron su derecho de dominio sobre la vía pública. La Ley

de Hacienda definía al comerciante ambulante como la persona que usa las vías públicas para realizar actividades mercantiles de cualquier tipo, ya sean en puestos fijos, semifijos o en forma ambulante.

Los ambulantes, sin embargo, siempre fueron rechazados nunca han sido vistos con buenos ojos por las autoridades, salvo en época de campaña electoral, cuando los candidatos de turno los colman de ofrecimientos de formalización (Matos,1988). Ambulantaje quiere decir el que se traslada de un lado a otro sin establecerse en un punto fijo, mismos que existen y causan problemas menores.

En el Perú, particularmente, en la capital Lima, permanentemente se muestra la represión a estos grupos de trabajadores, en los mercados (Ate Vitarte), desalojos (Fenómeno Gamarra) y otros.

Según Torkman (2001), sostiene que, el desajuste que existe entre la oferta y la demanda de fuerzas laborales en el sector moderno de la economía, son las principales causas que llevan a la práctica del comercio ambulatorio, así mismo el autor nos dice que las principales razones de quienes realizan el comercio informal y ambulatorio son: dificultad para conseguir empleo en otras actividades, búsqueda independiente para trabajar con la familia, porque es lo único que saben hacer, porque pueden compartir las responsabilidades domésticas, porque lo pueden combinar con otras ocupaciones.

El Congreso Internacional de Streetnet Internacional (2004) celebrado el 16 y 17 de marzo del 2004 en Seúl (Corea), considera importante el papel del comerciante ambulante en la sociedad, pues genera fuentes de empleo e ingresos, y representa un canal de distribución y comercialización que facilita el abastecimiento de productos básicos para la subsistencia de importantes sectores de la población.

Por otro lado Maldonado Carlos y Hurtado Montserrat, precisan que todos los estudios que se han realizado sobre el tema, poco o nada han significado a la hora de tomar decisiones y de diseñar políticas públicas. Por la complejidad del fenómeno siempre se descuidan factores y aspectos fundamentales e importantes, ya que este fenómeno no puede ser estudiado ni resuelto sin la participación multidisciplinaria de antropólogos, sociólogos, economistas, urbanistas, planificadores, juristas, legisladores, educadores, etc. y en donde además debemos incluir a Políticos (de carrera y en carrera), funcionarios públicos, empresarios privados, comerciantes formales e informales y al consumidor que, como usuario y co-responsable, también tiene algo que decir y hacer (Maldonado, 2004).

Por su parte, Delgado J., Gasco M., González J. et. al (2005), confirman que gran parte de esta actividad comercial informal se desarrolla en los espacios públicos generando problemas adicionales a la ciudad como congestión vehicular, inseguridad, residuos sólidos, etc. A los Municipios les corresponde de manera directa la recuperación de la vía pública para garantizar condiciones mínimas de orden urbano, y en muchos casos para no hacerlo, permite o "se hace de la vista gorda" ante la violación de las normas existentes.

El Comercio Informal es una de las actividades más notables de la economía informal en el Perú, se lleva cabo fundamentalmente a través del comercio callejero, los llamados vendedores ambulantes, que existen en todas las ciudades y realidades de Latinoamérica y, que para el caso del presente estudio son denominados como trabajadores del comercio ambulatorio.

Varios estudiosos del tema, coinciden al referir que entre las consecuencias del comercio ambulatorio estarían los siguientes problemas: Problemas políticos, sanitarios, de consumo, inseguridad pública, obstrucción de la vialidad, bloqueo de calles, sociales como drogadicción, alcoholismo, prostitución, etc.

Las sociedades, según las teorías sociológicas (desde la década del 60) son fragmentadas en dos sectores: formal e informal. El formal involucra a todas aquellas actividades que incorporan cierta fuerza laboral a la estructura económica integrada por diferentes formas de organización productiva (industria, servicios, comercio y construcción) y, sobre todo, que cumplen con las normas establecidas por el Estado (en materia laboral, fiscal, etc.) con el fin de regular las relaciones capitalistas de la producción. La informal, por otra parte, presenta las mismas características que con su contraparte, diferenciándose de esta por el hecho de realizarse dentro de un ambiente oficialmente no regulado.

En estos estudios, las ventajas que ofrece el comercio informal son: Precios más bajos que en el comercio formal, posibilidad de regatear el precio, calidad aceptable en los productos, lugar accesible para realizar las compras, se beneficia la población que tiene menos recursos económicos por el costo mínimo de los productos, genera trabajo informal para cualquier persona, da oportunidad de trabajo a personas sin preparación académica.

Entre las desventajas se señalan: Falta de garantía en los productos y servicios, se pueden encontrar productos robados o piratas, instalaciones inadecuadas, falta de higiene, única forma de pago: efectivo, el estado no recibe ingresos por impuesto, la población viola las leyes, al cerrarse la industria nacional se crea desempleo, deshumaniza a la sociedad, crea desorden y hay maltrato psicológico hacia las personas, genera inseguridad ciudadana.

Para el presente estudio, se pretende comprender esta problemática del trabajador ambulante y/o del comercio ambulatorio.

## **CATEGORIA CONDICIONES DE TRABAJO.**

En la visión dialéctica crítica, el trabajo, es decir, la manera como el hombre produce y con qué medios produce, es lo que distingue las épocas económicas. Consecuentemente, el modo de producción será determinado históricamente por la relación del hombre con el trabajo y con los medios de producción.

Esta visión defiende la posición de reconocer al trabajo como la base de toda la existencia humana y, enfatiza que es a través de las actividades laborales que el hombre procura satisfacer sus necesidades. Es el trabajo uno de los factores determinantes del proceso salud enfermedad y de las condiciones de vida, que, para el caso de la presente investigación, determinante de la salud enfermedad de los trabajadores del sector informal de la ciudad de Cajamarca, Perú. “Los hombres tienen que estar en condiciones de vivir para poder hacer historia...el primer acto histórico es, por lo tanto, la producción de los medios para la satisfacción de las necesidades, la producción de la propia vida material” (Marx y Engels, 1988),

En este enfoque se sustenta también la teoría del hombre como un ser en permanente construcción que se va construyendo en el tiempo por la mediación de su práctica, de su acción. Así se construye como un ser histórico, que se va creando en el espacio social y en el tiempo histórico. Por lo tanto, el hombre no es solamente una realidad dada, pronta y acabada, sino fundamentalmente un sujeto que va construyendo a pocos su propia realidad. Para la presente investigación, es necesario reconocer que el o la trabajadora de comercio ambulatorio es lo que él o ella hace de sí mismo. Así, este trabajador o trabajadora es considerado (a) como un ser histórico, es decir, sujeto de su propia historia, inserido en un contexto social y que tiene a su trabajo como primer acto histórico.

De hecho, para la mayoría de las formas de expresión de la filosofía contemporánea la verdadera “esencia” del hombre no se constituye solamente bajo la forma de una entidad metafísica ni bajo la forma de una

pura realidad física biológica. Ante todo, el hombre es de una naturaleza social que conserva siempre una identidad, lo que le sugiere la idea de una naturaleza permanente y que integra plenamente la naturaleza física y biológica, lo que hace de él un ser con característica de condición humana (Severino, 1992).

El mismo autor citado enfatiza, que esta construcción histórica que el hombre hace de sí mismo comienza a partir de sus relaciones inmediatas con la naturaleza. Como todos los demás seres vivos, los hombres necesitan de la naturaleza para construirse físicamente, para sobre vivir y para reproducirse biológicamente. Estos son los elementos naturales que aseguran la existencia material de los hombres.

Al contrario de los demás seres vivos, ese intercambio hombre/naturaleza no se da de manera puramente mecánica. Los hombres establecen con la naturaleza una relación marcada por la intervención de un elemento nuevo, la subjetividad, por la cual el hombre consigue prever y proyectar su acción de intervención sobre la naturaleza, y esto le garantiza la capacidad de producir los medios de producción de los bienes naturales que le son necesarios. Esta nueva forma de relación humana con la naturaleza conduce a transformaciones en ella, la acción productiva del hombre hace que esta se adapte para atender mejor sus necesidades. Esa acción humana sobre la naturaleza, capaz de transformarla, viabilizada por la intención subjetivada, es la base de la praxis de los hombres. Es una práctica productiva, el trabajo, siendo este el que garantiza a los hombres el alimento y demás elementos que este precisa para mantener su existencia material (Severino, 1992).

En nuestra concepción, esta es la esfera de la vida económica, el ámbito de la producción, efectivizada por los hombres y mujeres trabajadores del sector de comercio ambulatorio, por la mediación del trabajo. Así el trabajo es el elemento fundamental para la configuración de su existencia, pero el trabajo solo puede darse en el contexto de una sociedad e impregnado por una intención subjetiva. Estos aspectos no son la esencia humana, pero por medio de ellos los hombres pueden ir constituyendo su esencia en el

transcurso de su existencia histórica, “los hombres tienen historia porque tienen que producir su vida de determinado modo, es decir dado por su organización física, tal como lo es su conciencia”, siendo la conciencia “un producto social y continuará siendo en cuanto existieran los hombres. Por lo tanto, la conciencia nunca puede ser otra cosa sino el ser consciente y el ser de los hombres es su proceso real de vida” (Severino, 1992).

Es por el trabajo que los hombres, comerciantes ambulorios del estudio, garantizan su propia existencia material, pues no podrían sobrevivir sin apropiarse continuamente de los elementos naturales que constituyen y mantienen vivo su organismo físico biológico. Necesitan, retirarlos de la naturaleza ambiente y ellos lo retiran mediante una práctica productiva, es decir, usando su energía vital, su fuerza física, para traducir tanto esos bienes naturales como los propios medios de producción.

“Por eso, podemos decir que las actividades de trabajo participan activamente del proceso de constitución de la cultura humana en el sentido amplio, por lo tanto, de la propia humanidad ... las actividades de trabajo son las primeras a constituir la esencia humana, tanto en sentido colectivo, es decir, en la medida en que, por la creación de la cultura, van constituyendo la humanidad, como en el sentido personal, en la medida en que por el trabajo, cada individuo va también constituyendo su propia cultura, su modo de ser propiamente humano” (Severino, 1992).

Resumiendo, el trabajo –comercio ambulorio- es una de las categorías fundamentales para entender lo que es el hombre –trabajador del comercio ambulorio-, en la presente investigación. Sin el trabajo, el hombre no desencadenaría el proceso de su salud enfermedad.

### **CATEGORIA CONDICIONES DE VIDA.**

Las condiciones de vida y la actividad cotidiana condicionan la salud y la enfermedad del hombre, ya sea por el trabajo que realiza, por las características de su nutrición, por su vida sexual, entre otras actividades. Las formas de actividad concreta que integran el modo de vida de la

población nos pueden facilitar conocimientos que contribuyan a elaborar estrategias y programas para el desarrollo del bienestar social, del trabajo higiénico-epidemiológico y la promoción de salud. Lo mismo sucede con las actividades del estilo de vida del individuo y su utilidad para el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico (Villavicencio, 2000).

Las condiciones de vida han sido afectadas de diferentes formas según la problemática de cada sociedad, por la falta de satisfacción de las necesidades lo cual ha repercutido sobre la salud. En las grandes ciudades desarrolladas son comunes algunos problemas: la violencia, la pornografía, las drogas o el alcoholismo, los cuales afectan el modo de vida y repercuten sobre la salud, a la vez que favorecen un alto nivel de estrés y de enfermedades crónicas degenerativas. En los países subdesarrollados, además de los problemas mencionados se manifiestan otros problemas, tales como los efectos del endeudamiento, el desempleo, el aniquilamiento de la escasa seguridad social, la reducción de los presupuestos para la educación y la salud, un retraso educacional, la malnutrición, la falta de higiene, las enfermedades profesionales por falta de protección al obrero, el incremento de la mortalidad infantil y una baja esperanza de vida (Breilh, 2008).

La satisfacción de las necesidades incluye desde la perspectiva del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) el grado de nivel económico alcanzado por los países. Sin embargo, la relación entre crecimiento económico y satisfacción de necesidades humanas es necesaria pero no suficiente. Se requiere de medidas adicionales y en consecuencia no es automático el impacto del desarrollo económico en la calidad de vida de toda la población. Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS, 2004).

Las medidas adicionales y que frecuentemente se usan para expresar las condiciones de vida definidas por la Organización Panamericana de Salud (2004), como las relaciones con el nivel de desarrollo económico y accesibilidad al desarrollo social acumulado en el respectivo país (además de otras variables como el empleo, desempleo, subempleo, salario, gasto público, precios en los alimentos, accesos a los servicios básicos, tasas de

natalidad y mortalidad, fecundidad, alfabetismo, ingreso per cápita, educación, salud, etc.); nos habla de que es condición necesaria que la magnitud de los recursos disponibles, sobre todo económicos, sean suficientes para la satisfacción de las necesidades de los individuos de una sociedad y que, tengan acceso a los servicios como salud, educación, nutrición, vivienda y desde luego a salarios o sueldos "decorosos" (OPS, 2004).

Estos fenómenos han transformado el estilo de vida de muchas naciones con independencia de los deseos y necesidades de sus pueblos. El estilo de vida de una comunidad rural en un país subdesarrollado, por ejemplo, condiciona un cuadro de morbilidad específico caracterizado por enfermedades parasitarias e infectocontagiosas, pues las actividades del estilo de vida, la pobreza, la malnutrición y la escasez de cuidados médicos, acercan y exponen a dicha comunidad a los agentes biológicos y la hacen más vulnerable (Breilh, 2005).

El mismo mecanismo de determinación de la enfermedad, pero mediante actividades y contenidos diferentes, se puede observar en una ciudad populosa de un país con alto desarrollo, donde el modo de vida también condiciona un cuadro de morbilidad específico, caracterizado por enfermedades no transmisibles, pues el estrés, la vida contra reloj, el sedentarismo, la contaminación, la inseguridad y otros males, inciden sobre las personas, alteran su regulación psiconeuroinmunológica y facilitan alteraciones funcionales que tienden a degenerar y a transformarse en crónicas, enfermedades crónico-degenerativas (Betancourt, 1995).

En conclusión, tomando en cuenta estos elementos teóricos sobre esta categoría de estudio, las condiciones de vida de la población, es necesario estudiarlas como dependiente directamente del sistema socioeconómico imperante, y comprenderlas que, al cambiar el sistema socioeconómico existente por otro, se producen cambios en el modo y estilo de vida, que, a su vez, determinan cambios en la calidad de vida y en el proceso salud enfermedad. Al mejorar el modo y estilo de vida de las personas, se mejoran

algunos aspectos como el nivel educacional, higiene personal y de la comunidad permitiendo una mejor comprensión de las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, modificándose el proceso salud enfermedad.

### **CATEGORIA PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.**

A la Salud se lo puede entender como atributo de la vida humana y por ello presente en cualquier sociedad pasada, actual o presente. Por lo tanto, varía con la sociedad y con el tiempo. Es irreal hablar de conquista de la salud como erradicación a la enfermedad.

Los estudiosos sobre el tema recomiendan analizarla en tres niveles: biológico, individual y colectivo.

Nivel biológico u orgánico: puede entenderse como un estado de equilibrio interno de cualquier organismo viviente. Por lo tanto, desequilibrio no es sinónimo de enfermedad, aunque ese desequilibrio pueda dar lugar a la aparición de ciertas enfermedades. Otra forma de entenderla es a través de los términos adaptabilidad y variabilidad, lo cual expresa la capacidad de los seres vivos de interactuar con el medio ambiente en diferentes situaciones.

Nivel individual humano o biopsíquico: Hablar si una persona está sana o enferma a nivel individual es muy difícil si se usan los criterios médicos tradicionales. Sin embargo, desde otra perspectiva se puede deducir si una persona está sana o enferma por lo que la misma expresa o siente. A esta visión la medicina le tiene desprecio. Dicho de esta manera la salud no implica ausencia de enfermedad.

Nivel colectivo: a este nivel no se requiere analizarlo separadamente, qué es salud o enfermedad, sino por el contrario comprender a este proceso como el resultado o la síntesis de ciertas características que posee cada grupo en una sociedad específica, es decir en conjunto como expresan las condiciones de cómo viven y trabajan los grupos humanos que conforman una sociedad. A este resultado o síntesis lo llamamos - perfil salud-enfermedad. Como

podemos ver este perfil no expresa solo las condiciones de salud o de enfermedad o de muerte sino todas en su conjunto. En el nivel colectivo, la prioridad es conseguir cada vez un mayor control sobre los elementos que determinan nuestro perfil de salud enfermedad. Es decir, controlar cada vez más nuestros procesos vitales como el trabajo, el consumo, las formas de organización, de cultura, de recreación, es decir controlar individual y colectivamente nuestra forma de vivir, nuestra forma de reproducirnos en sociedad. Visto de esta manera no podemos decir que es el máximo de bienestar físico (Laurell, 1986; Machado, Salum, 1996; Breilh, 2008).

Como se puede apreciar definir el proceso salud-enfermedad no es tarea fácil, en función de la complejidad que rodea a estos conceptos, Surgen modelos explicativos sobre salud enfermedad, sin embargo, los presentes en la medicina dominante son el modelo medico clínico, que entiende la enfermedad como un proceso biológico del individuo y, el modelo ecológico en el cual la enfermedad es el resultado del desequilibrio en la interacción del huésped, agente y medio ambiente. En estos dos conceptos lo principal es la relación causa/efecto, además de aislar al hombre de su contexto social.

Entendiendo que el hombre es un ser en relación, un sujeto colectivo, que en su dimensión histórica no actúa aisladamente y si en grupo, adoptamos como objeto de estudio en la presente investigación el concepto de proceso salud enfermedad, ya que esta concepción se fundamente en las ciencias sociales, en la cual el hombre es visto como un todo, una unidad entre lo psíquico, lo biológico y lo social, en el cual no existen separaciones. “Solamente al considerarse el hombre como una totalidad, puede decirse que posee una estructura biopsicosocial, es decir, una naturaleza biológica que lo dota de un organismo, con alcances y limitaciones cuyas dimensiones se expresan de acuerdo con la relación establecida por el individuo con su cuerpo y su medio social” (Infante, Álvarez, 1991).

Así, el hombre no es apenas un ser biológico, sino simultáneamente una estructura mental y un tejido social. Es una organización biopsicosocial que absorbe en escala reducida todas las características de la sociedad,

haciendo que su capacidad física y mental dependan de las condiciones concretas del desarrollo de las fuerzas productivas de la sociedad y de las relaciones sociales existentes, de su inserción social en cuanto sujeto productivo e histórico (Infante, Álvarez, 1991).

Se puede establecer, por lo tanto, una unidad, un nexo entre lo biológico y lo social, los cuales están presentes en todos los problemas que rodean a la salud/enfermedad del hombre y de la sociedad. Dependiendo del problema concreto, podrá predominar lo biológico o lo social, lo que determina la existencia de una interacción dialéctica entre estas dos categorías (Egry, 1996).

Salud enfermedad no excluye, entonces el factor biológico, sino que lo sitúa adecuadamente. Esto se evidencia al considerarse al hombre en su esencia un ser social, así su vida y su salud serán determinadas, en últimas instancias, por los factores sociales (Infante, Álvarez, 1991).

De esta manera, el proceso salud-enfermedad tiene un carácter social y es históricamente determinado y adquiere tal historicidad justamente por ser socialmente determinado. Este proceso se modifica en cada época histórica, teniendo influencia sobre este la organización social, es decir, el modo de producción, la estructura social y la organización político jurídica, los cuales determinaran diferentes condiciones sociales de vida.

La determinación histórica ocurre porque la “sociedad no existe en abstracto, sino como diferentes formas de organización económico social, cuya sucesión contiene la lógica del proceso histórico”, como lo expresa Egry (1996).

Teniendo en cuenta este marco teórico, las condiciones de vida y trabajo, del grupo de estudio, trabajadores del sector comercial ambulatorio, deberán ser comprendidos como determinados por el modelo de producción vigente, que a su vez se constituye como factor condicionante de la salud/enfermedad, que en las clases sociales o grupos de la población se manifiestan como

perfiles de salud/enfermedad, los cuales son diferentes entre las clases y grupos sociales (Breilh, 1996).

Así, el Proceso Salud/enfermedad analizado a partir de la inserción de los grupos o clases sociales en el proceso de producción, permite suplantar la visión biológica del individuo y postular al conjunto de salud/enfermedad colectiva como la “forma histórica específica del proceso biológico humano tal como se da en los grupos sociales en el momento dado” (Laurell, 1986).

Y, “utilizar las categorías proceso de trabajo para analizar la salud/enfermedad, permite entender la relación entre hombre y naturaleza, puesto que es a través del proceso de trabajo que el hombre transforma la naturaleza y se transforma así mismo” (Laurell, 1986).

Y, “al transformarse así mismo, el hombre, en el proceso de trabajo significa desgastarse, puesto que no se puede olvidar que el proceso de producción tiene un doble carácter: el proceso de valorización -producción de más valor y el proceso de trabajo -producción de bienes- Es en este doble carácter que encontramos las formas concretas de consumo de la fuerza de trabajo, que generan los patrones de desgaste, los cuales unidos a los patrones de reproducción, determinan las características básicas de la salud/enfermedad de una colectividad” (Laurell, 1986).

Este desgaste que ocurre en el proceso de trabajo denominado por Laurell, Noriega (1989) “cargas de trabajo”, son los elementos presentes en el centro de trabajo, que durante el proceso de trabajo interactúan dinámicamente con el cuerpo del trabajador, generando el desgaste o pérdida de la capacidad potencial y efectiva corporal y psíquica.

A partir de estas consideraciones, se asume en este trabajo que salud enfermedad constituyen una de las características contradictorias en la unidad dialéctica, las cuales están en constante movimiento y transformación, lo que propicia la comprensión de salud enfermedad como proceso, constituido por lo biológico, psíquico y social y, determinado por las

condiciones de vida y trabajo, lo que le confiere un carácter social e históricamente determinado.

### **3.2. SUPUESTOS HIPOTETICOS.**

- El proceso salud-enfermedad de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio está determinado por sus condiciones de vida y de trabajo.
- Los trabajadores del sector de comercio ambulatorio sufren desgaste corporal que se manifiesta en dolencias y enfermedades ocupacionales, como consecuencia de condiciones desfavorables en su trabajo y deficientes condiciones de vida.
- Las condiciones de vida de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio no se ven favorecidas por las condiciones desfavorables de su trabajo y ocasionan deterioro en su salud.
- Los trabajadores del sector de comercio ambulatorio no perciben la determinación de las condiciones de vida y de trabajo en su proceso salud enfermedad.
- Los trabajadores del sector de comercio ambulatorio no distinguen el valor de la organización para la defensa de sus derechos como ciudadanos, particularmente de los derechos a su salud y a una vida y trabajo digno.

### **3.3. CATEGORIAS DE ESTUDIO.**

En el presente estudio se han considerado las siguientes categorías de estudio y sus dimensiones:

#### **a. CONDICIONES DE VIDA DE LOS TRABAJADORES DE COMERCIO AMBULATORIO.**

Es el conjunto de circunstancias materiales de la existencia y supervivencia de un individuo o grupo humano – trabajadores del sector de comercio ambulatorio-. Abarca múltiples dimensiones: composición familiar, vivienda, creencias, valores y hábitos, toma de decisiones, educación, seguridad, salud entre otras.

**DIMENSIONES:**

- Características personales, familiares y sociales
- Características de consumo y producción familiar
- Características de renta familiar e inversión
- Características de reproducción social: modos de vida protectores y no protectores
- Cosmovisión y perfil de subjetividad
- Acceso a los servicios sociales
- Toma de decisiones y manejo de conflictos
- Otros.

**b. CONDICIONES DE TRABAJO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR DE COMERCIO AMBULATORIO.**

Constituido por todo el contexto, circunstancias, escenario, entorno, ambiente, medio y realidad de la actividad laboral de las personas, trabajadores del sector de comercio ambulatorio. El trabajo es la actividad básica de los seres humanos, sin esta no existirían todas las cosas necesarias para mantener su vida, sobrevivencia y bienestar individual y colectivo.

**DIMENSIONES:**

- Características del trabajo ambulatorio
- Tecnificación y profesionalización
- Localización del trabajo
- Antigüedad en el trabajo
- Jornada de trabajo
- Horario de trabajo
- Ingreso percibido
- Doble o triple jornada
- Satisfacción en el trabajo

- Dificultades en el trabajo
- Uso de equipos de protección personal
- Beneficios sociales
- Actividades que desarrolla
- Relaciones interpersonales en el trabajo
- Condiciones de saneamiento básico en el trabajo
- Formas organizativas
- Condiciones del medio ambiente ecológicos particulares
- Otros

### **c. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD**

Es la producción social del proceso psicobiológico relacionado con el proceso productivo, y además es la representación que se hace del proceso salud-enfermedad. Se manifiesta a través de diferentes fenómenos cuya frecuencia e intensidad varía con el tiempo y el espacio, expresados a nivel de los individuos, de las clases o grupos sociales y, de las formaciones económico sociales (Castellanos, 1983).

#### **DIMENSIONES:**

- Percepción del significado de “salud” y “enfermedad”.
- Percepción del concepto “estar sano” y “estar enfermo”.
- Percepción de “causas” que producen enfermedades.
- Acciones para mantenerse “sano”.
- Acciones cuando se “enferma”.
- Identificación de las condiciones del medio ambiente laboral (físicos, químicos, biológicos, mecánicos, eléctricos, arquitectónicos, ergonómicos, otros).
- Procesos protectores y no protectores de la salud en el trabajo.
- Seguridad en el trabajo
- Perfil epidemiológico del trabajador
- Otros.

### 3.4. POBLACION DE ESTUDIO.

La población estuvo constituida por 1083 personas del sector comercio ambulatorio, registradas en la Municipalidad de Cajamarca. Para la selección de la Muestra se procedió a realizar una estratificación por sectores comerciales, de acuerdo a las Ordenanzas Municipales N°016-98 y N° 160-CMPC-2007 que precisan los espacios de dominio público municipal (vías públicas, plataformas, mercados) para la ubicación del Comercio Ambulatorio informal en Cajamarca. Además de considerar la solicitud personal para aceptación voluntaria.

La Muestra estuvo conformada por 281 personas trabajadores (as) del sector comercio ambulatorio de la ciudad de Cajamarca, que involucra hombres y mujeres (jóvenes y adultos).

### TAMAÑO DE MUESTRA

Considerando los siguientes parámetros:

Como la población es finita, es decir conocemos el total de la población registrada, entonces el tamaño de muestra se calculó con la siguiente expresión:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

- N = Total de la población = 1083
- $Z^2 = 1.96^2$  (Teniendo en cuenta una confianza del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)
- d = precisión (en este caso deseamos un 5,03%).

Como no se tiene conocimiento de los antecedentes del problema se asumió la proporción del 50%. Por lo tanto, el tamaño de muestra es:

n=281

La asignación de la muestra por rubro se designa en el Anexo 1.

### **UNIDAD DE OBSERVACION Y UNIDAD DE ANALISIS:**

En ambos casos, estuvo constituida por los trabajadores del sector de comercio ambulatorio que conforman el grupo de estudio, sus familias y su contexto de vida y trabajo.

### **3.5. TECNICAS Y METODOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION.**

El estudio utilizó el enfoque crítico histórico dialéctico, para entender la realidad, objeto de estudio, en su historicidad, totalidad e integralidad. Las categorías y leyes generales que forman parte de este enfoque (filosofía marxista: el materialismo dialéctico) dan cuenta de una concepción de la realidad y a su vez son instrumentos metodológicos que orientan la aprehensión de los fenómenos de la realidad concreta. Bajo este enfoque se considera a los fenómenos de la naturaleza y de la sociedad en movimiento, en desarrollo constante, es decir en su pasado, presente y futuro; en sus conexiones e interacciones; en sus contradicciones internas, y se considera que los cambios cuantitativos se transforman en determinado momento y condiciones, en cambios cualitativos (Rojas, 1996).

Se propone el método hermenéutico-dialéctico, donde los actores sociales (trabajadores del comercio ambulatorio) están situados en su propio contexto para ser mejor comprendidos. Esta comprensión tiene, como punto de partida, el interior del testimonio (habla), y como punto de llegada, el campo de la especificidad histórica y totalizadora que produce el testimonio (Minayo, 2004).

Para la recolección de datos se utilizó como instrumentos: Cuestionario, Instrumento de frases incompletas y Escala, que han sido sometidas a pruebas de control de calidad de validez interna y externa: prueba piloto y juicio de expertos.

**Cuestionario**, aplicado personalmente por la investigadora a los trabajadores del sector de comercio ambulatorio. La información obtenida ha sido socializada y discutida con los investigados a través de entrevistas colectivas. Consta de tres partes: a) datos personales y familiares; características de las condiciones de vida; b) características de las condiciones de trabajo de comercio ambulatorio y c) características del proceso salud enfermedad. Las preguntas abiertas han permitido que los investigados expresen su comprensión sobre la relación salud/trabajo/condiciones de vida. (Anexo 2)

**Instrumento de “Frases Incompletas”**, construido por la investigadora con la finalidad de evaluar la representación social de los investigados frente a sus condiciones de vida y de trabajo. Consta de 32 frases incompletas que fueron completadas con la opinión personal de los sujetos de estudio. (Anexo 3)

**Escala de actitudes**, con la finalidad de evaluar más profundamente los conocimientos, percepciones/representaciones sociales y los comportamientos de los investigados respecto de la salud enfermedad, condicionada por las condiciones de vida y de trabajo. Consta de 30 preguntas organizadas según los parámetros de construcción de Escalas Tipo Likert, aplicada a nivel personal. Los valores atribuidos a los ítems se establecieron en: (0) no, nunca; (1) rara vez; (2) muchas veces; (3) todo el tiempo. (Anexo 4)

**Las técnicas** se describen como:

- a. Entrevistas personales y grupales. La primera con la finalidad de aplicar los instrumentos personales y la segunda que permite superar la visión individualizada para obtener como resultado una visión de experiencia

colectiva frente al proceso salud enfermedad y su relación con las condiciones de vida y de trabajo identificadas por los trabajadores del comercio ambulatorio, sujetos de estudio.

- b. Observación de campo, como una técnica empleada con la finalidad de complementar algunos datos relacionados con las condiciones de trabajo y vida y la salud enfermedad de los investigados. Además, se hizo uso de grabaciones de las entrevistas individuales y grupales en reuniones de trabajo, para validar los datos obtenidos por los instrumentos. Previo permiso y autorización de los y las entrevistadas.

### **3.6. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION.**

La información de los datos obtenidos mediante los instrumentos y a través de las entrevistas individual y colectiva, se han sometido a tratamiento estadístico para la interpretación cuantitativa y, posteriormente la interpretación y análisis cualitativo.

El procedimiento del Análisis Cualitativo consistió en analizar los testimonios obtenidos durante la investigación, es decir, los relatos, transcripción de entrevistas, análisis de documentos y demás información disponible en las frases incompletas y en la escala de actitudes.

Podemos destacar dos presupuestos de este método de análisis que fueron tomados en cuenta: El primero se refiere a la idea de que no hay consenso ni punto de llegada en el proceso de proceso de producción de conocimiento. El segundo se refiere al hecho de que la ciencia se construye en una relación dinámica entre la razón de aquellos que la practican y la experiencia que surge en la realidad concreta. Los resultados de esta investigación, con el enfoque crítico dialéctico, se constituyen siempre en una aproximación de la realidad social, que no puede ser reducida a ningún dato de investigación.

La interpretación de los datos, según la propuesta en cuestión, en el primer nivel, es el de las determinaciones fundamentales. Este nivel, entre otros aspectos, se refiere a: la coyuntura socio-económica y política de la cual forma parte el grupo social estudiado; historia de ese grupo y política que se relaciona a ese grupo. Estas determinaciones (contexto socio-histórico) fueron definidas en la investigación y descritas en el capítulo del contexto. El segundo nivel de interpretación se basa en el encuentro que realizamos con los hechos surgidos en la investigación. Este nivel es, al mismo tiempo, punto de partida y punto de llegada del análisis. Las comunicaciones individuales, las observaciones de conductas y costumbres, el análisis de las versiones orales y la observación de comportamientos son aspectos a ser considerados en este nivel de interpretación.

Se propone, según Minayo (2004) los pasos para la operacionalización de esta propuesta:

- a) Organización de los datos: En este momento, se ha realizado un mapeo de todos los datos obtenidos en el trabajo de campo. Aquí están involucrados, por ejemplo, la transcripción de grabaciones, relectura del material, organización de los relatos y de los datos de observación participante.
- b) Clasificación de los datos: En esta fase es importante tener en mente que el dato no existe por sí solo. Es construido a partir de un cuestionamiento que hacemos sobre él, en base a una fundamentación teórica. A través de una lectura exhaustiva y repetida de los textos, establecemos interrogantes para identificar lo que surge de relevante (“estructura relevante de los actores sociales”). En base a lo que es relevante en los textos, elaboramos las categorías de estudio: Condiciones de vida, Condiciones de trabajo, Proceso Salud Enfermedad. En este sentido, determinamos el conjunto o los conjuntos de las informaciones presentes en la comunicación. A partir de la lectura de las respuestas a las preguntas abiertas y de los registros de las entrevistas colectivas, se reconstruyeron las categorías de análisis que reflejen como los sujetos representan el

proceso salud enfermedad y su relación con las condiciones de trabajo y las condiciones de vida.

- c) Análisis final: En este momento, buscamos establecer articulaciones entre los datos y los referentes teóricos de la investigación, respondiendo a las cuestiones de la investigación (supuestos hipotéticos) en base a los objetivos. Así se promueve relaciones entre lo concreto y lo abstracto, lo general y lo particular, la teoría y la práctica.

Esta propuesta de análisis, según Minayo (2004), refuerza, a título de conclusión que, “el producto final de análisis de una investigación, por más brillante que sea, debe ser encarado de forma provisoria y aproximada”.

En el enfoque cualitativo la interpretación del contexto es una de las características principales, lo que supone que en la presente investigación ha permitido analizar la realidad – de vida y de trabajo- en el cual los trabajadores informales están inmersos y, siendo éstos considerados sujetos de investigación.

Para explicar las condiciones de vida, no basta relacionarla con el trabajo, sino que hay que relacionarla con la vida de consumo y familiar así como con los determinantes de la vida organizativa y cultural, donde también ocurren esos tipos de procesos que coparticipan en la definición del proceso salud enfermedad. Dicha circunstancia, exige desde el punto de vista metodológico, analizar de qué modo se combinan unos procesos para deteriorar o mejorar las condiciones de vida y afectar la salud. (Breilh, 2008).

Para analizar la información, también se utilizó la técnica de Triangulación de los datos, que tiene como objetivo alcanzar la máxima amplitud de la descripción, explicación y comprensión del objeto en estudio, salud/enfermedad de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio. Esta técnica parte del principio que sustenta que es imposible concebir la existencia aislada de un fenómeno social, sin raíces históricas, sin significados culturales y sin vinculaciones estrechas y esenciales con una macro-realidad social (Triviños, 1992; Minayo y Otros, 2005).

Cabe señalar, que, aún siendo un estudio de naturaleza cualitativa, se utilizaron los datos cuantitativos para el análisis de la caracterización de los trabajadores del comercio ambulatorio. Esta información cuantitativa se ha sometido al análisis del paquete SPSS, versión 17.

### **3.6.1. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

En la investigación se tomó en cuenta el consentimiento informado, voluntario y espontáneo; los entrevistados y entrevistadas actuaron con libertad y sin ninguna presión. Los participantes fueron informados sobre el propósito de la investigación, asegurándoles que la información vertida sería exclusivamente para motivos de la investigación, asegurándose el anonimato y la absoluta confidencialidad. Las grabaciones, después de su utilización fueron destruidas, de acuerdo al trato realizado con los entrevistados.

## **CAPITULO IV**

### **4. PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

Con la finalidad de obtener la información fidedigna y confiable, las entrevistas al grupo de estudio, en su mayoría, fueron realizadas por la investigadora. Por constituir un número grande representativo de la muestra, se contó con el apoyo de 2 profesionales de salud capacitados por la investigadora.

Las entrevistas fueron realizadas en los lugares de trabajo de las personas, sujetos de estudio (hombres y mujeres), ubicados en las vías públicas de la ciudad de Cajamarca. Esta información se obtuvo entre los meses de noviembre 2010 y marzo del 2011. Previamente a la entrevista y, a la aplicación de los documentos, los trabajadores fueron debidamente informados sobre los objetivos y la finalidad del estudio para posteriormente, preguntar si querían o no participar en el mismo. Los datos fueron recolectados solamente de aquellos trabajadores que demostraron interés y disponibilidad para participar. A pesar de ser una entrevista de larga duración de 30 a 45 minutos, no hubo rechazo, habiéndose constatado mucha disposición por parte de los trabajadores a participar en el estudio. Fueron realizadas 281 entrevistas, resaltándose que esta cantidad se tomó como muestra de un censo rápido de los ambulantes (1083) que trabajaban en la ciudad de Cajamarca (registro de la Municipalidad Provincial de Cajamarca), actividad que se desarrolla en las calles de la ciudad lo cual permite, indudablemente obtener resultados sin márgenes de error. Las entrevistas grupales se realizaron en los espacios de trabajo y aprovechando la cercanía de los puestos de trabajo. Algunas entrevistas colectivas fueron grabadas, previo permiso de los participantes y acuerdo de ser destruidas después de su utilización. Esta etapa de recolección de datos se logró realizar sin ningún problema, y por el contrario se recibió todo tipo de disponibilidad y apoyo por parte de las personas entrevistadas.

## LAS CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR DEL COMERCIO AMBULATORIO

**Tabla 1. Características personales de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio de Cajamarca. 2010**

CARACTERISTICAS PERSONALES	Nº	%
<b>Edad</b>		
< de 25 años	36	12,8
<b>26- 45 años</b>	<b>161</b>	<b>57,2</b>
46- 55	54	19,2
<b>56 a más</b>	30	10,6
<b>Sexo</b>		
Hombre	110	39,1
<b>Mujer</b>	<b>171</b>	<b>60,9</b>
<b>Estado civil</b>		
Soltero	84	29,9
Casado	58	20,6
<b>Conviviente</b>	<b>107</b>	<b>38,2</b>
Separado/divorciado	15	5,3
Viudo	17	6,0
<b>Nivel de instrucción</b>		
Sin nivel (analfabetos)	17	6,0
Primaria	105	37,4
<b>Secundaria</b>	<b>143</b>	<b>50,9</b>
Técnico	9	3,2
Universitario	7	2,5
<b>Religión</b>		
<b>Católica</b>	<b>229</b>	<b>81,5</b>
No católica	52	18,5
<b>TOTAL</b>	<b>281</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por la investigadora.

En la tabla algunas características personales del grupo estudiado más resaltables son las relacionadas con la edad, en su mayoría ubicados en el grupo de personas jóvenes y adultos jóvenes entre 26 a 45 años de edad (57,2%); del sexo femenino (60,9%), de estado civil convivientes (38,2%), practicantes de la religión católica (81,5%). También, es representativa la presencia de un porcentaje importante de personas entre las edades adulto mayores de 46 a 55 años (19,2%). En cuanto al nivel de instrucción,

educación formal en todo caso, las cifras reflejan una gran mayoría de personas con grado de instrucción secundaria (50,9%), seguidos de primaria (37,4%).

Los agentes sociales, con las características referidas y pertenecientes al grupo de trabajadores informales ambulantes son denominados por Fonseca (1990) y Breilh (2008), como Pequeña Burguesía Tradicional, y para el estudio como pequeños comerciantes por la capacidad de reproducirse de manera independiente, por disponer de medios de producción propios y utilizar generalmente la mano de obra familiar que no es remunerada, Siendo así, el producto de su trabajo es apenas el medio necesario para su reproducción como fuerza de trabajo y de su familia y, para el caso de las mujeres, como lo señalan algunos estudios son estrategias de generación de ingresos y, por ende, estrategias de conservación de ingresos económicos.

En los Andes, la pobreza y el analfabetismo están muy ligados. Si bien la pobreza es una de las causas del analfabetismo, a la vez, es una consecuencia, pues provoca mayor pobreza manteniéndolos en esa condición. El perfil educativo de la mujer peruana muestra desigualdades porque existe mayores niveles de profesionalización, pero también hay una persistencia en el analfabetismo, aunque este ha disminuido, todavía es significativo; probablemente se deba a una discriminación a la mujer, siendo una de las evidencias más marcadas las limitaciones impuestas a las hijas mujeres para acceder a la educación formal, y mucho más en la zona rural, problema que hasta la actualidad se manifiesta, manteniéndose como un grave problema social.

Habría que preguntarse hasta qué punto la Ley de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres (Ley N°28983), en el país se está implementado y, que textualmente dice: Art. 2 Del Concepto de discriminación, “ Para los efectos de la presente Ley, se entiende por discriminación cualquier tipo de distinción, exclusión o restricción, basada en el sexo, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de las personas, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad entre la mujer y el hombre, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra, en concordancia de lo establecido en la Constitución Política del Perú y en los instrumentos internacionales ratificados por el Estado Peruano”.

En el estudio, la comprensión más integral de esta situación nos refleja a una población joven en edad económicamente activa, en su mayoría, que se inserta en el comercio ambulatorio como trabajador (a) informal, y con un grupo representativo del sexo femenino. Esta tendencia se viene observando desde la década del 80 en la población joven femenina, que, al no contar con la preparación/instrucción superior necesaria, a nivel de oficio o profesión (solamente 5,7%), se presume que se constituye en una determinante de su condición de vida y de su inserción en el ámbito productivo como trabajador del comercio ambulante en la ciudad. Lo rescatable de esta realidad es que los jóvenes al insertarse en el proceso productivo, no obstante que sea en el sector ambulante, probablemente con muchos proyectos y expectativas y, siendo mujeres, rescatan el espacio de clase trabajadora femenina, muy importante para comprender que socialmente el rol de trabajadora femenina en la sociedad de Cajamarca viene siendo ganado, reconocido y aceptado.

Las diferencias en las cifras de trabajadores por sexo, en el estudio, mayor en el sexo femenino, se asemejan a las cifras de ASIS (2008) en donde se registra que el 50,1% de trabajadores son del sexo femenino, frente al 49,9% de varones. Estas diferencias vienen siendo registradas desde años anteriores, como una realidad peruana que, probablemente este respondiendo a los cambios culturales de nuestra realidad, y que vienen reflejando la ruptura de muchos mitos asociados a la limitación conyugal y los bajos niveles educativos de las mujeres como factores decisivos en la participación laboral femenina, con la crisis socioeconómica estos dos viejos mitos se vienen derrumbando (Cerna, 2010). Según las investigadoras Paredes y Tello (1998), desde un punto de vista socioeconómico “Ha sido demostrado también que el mecanismo de interrelación entre el comportamiento macro-económico – la inflación y la recesión productiva – y su impacto en las condiciones de reproducción de la familia, a través de la depresión de los sueldos y salarios, determina la mayor participación de la mujer en el mercado laboral”.

El trabajo ambulatorio, en las mujeres, es considerado una extensión del trabajo doméstico o familiar, dado que las actividades que la mujer desempeña como informal son generalmente una forma de realizar el mismo trabajo familiar, pero de manera pública y con la ventaja de obtener ingresos (Breilh, 1996).

De otro lado, en nuestra percepción esta situación demuestra el comportamiento básicamente de trabajadoras “por cuenta propia”, es decir mujeres que se perciben como independientes y liberales, situaciones favorecedoras, por un lado, de su reconocimiento como agentes productores en el ámbito no doméstico, pero por el otro, el establecimiento social de una mayor tarea asignada a la mujer fuera del hogar, como lo constituye la labor extradoméstica, determinante de su salud enfermedad y, que en el estudio, se registró en un gran porcentaje de mujeres solteras y convivientes (84 y 107 respectivamente).

La condición de conviviente, que en el estudio es representado por un porcentaje muy representativo (38,2%), también es un fenómeno social muy prevalente en la sociedad peruana. Al respecto podría deducirse este hecho, por la percepción en las personas de la libertad como un derecho ganado socialmente, no en tanto signifique menores responsabilidades en la constitución de un hogar con presencia de hijos, por parte de la pareja no estable. Cabe resaltar que el Código civil de 1984 contempla a la convivencia desde un punto de vista natural y además es aceptada con las prerrogativas y derechos especialmente los de carácter económico para ambos conyugues. Pero esta situación, en una sociedad serrana como la nuestra, es vista como un estigma y siempre más desventajosa para las mujeres y los hijos, por la inseguridad económica, afectiva y, sobre todo, en nuestra concepción por constituirse en una determinante de las condiciones de vida y de la salud enfermedad de los integrantes de un hogar y cuyas manifestaciones más verídicas son las del área de la salud mental, como estrés, frustraciones, depresión, subvaloración personal, trastornos de la personalidad, entre otras. Y, que en el estudio se verifican en términos de *“...los problemas nunca faltan y a veces nuestra situación nos hace sentir estresadas, preocupadas y frustradas porque nos sentimos solas...”*, *“...es duro enfrentar solas los problemas de la vida y del trabajo...no tengo seguridad...”* (versiones de las entrevistadas).

Estudios socioeconómicas en el país, llaman la atención al respecto de lo manifestado anteriormente y, que se sustentan en una realidad de mayor explotación y discriminación por género que sufren las mujeres, cuando se insertan al trabajo extradoméstico, en la mayoría de las veces por necesidades económicas y de

manutención en el hogar y, aún más sin reconocimiento de la doble labor, como se verificó en el presente estudio y se confrontó con los resultados de la Escala aplicada a las trabajadoras, con un gran porcentaje de respuestas *“muchas veces...todo el tiempo”*, ante las prerrogativas *“su actividad en el trabajo le hace sentir desesperado o le cansa...siente exceso de responsabilidad por su trabajo... en su trabajo sufre maltrato, desprecio o hay conflictos que le perturban...sufre porque no tiene tiempo para descansar o divertirse...tiene responsabilidades de trabajo en casa que le agotan, le hacen sentir presionado y sin falta de tiempo...sufre porque no tiene tiempo para descansar o divertirse”*.

Resaltaba Villavicencio (2000) que, las condiciones de vida y la actividad cotidiana, dentro de estas el trabajo en el hogar y fuera de este condicionan la salud y la enfermedad del hombre y de la mujer, ya sea por el trabajo que realizan, por las características de su nutrición, por su vida sexual, por su convivencia en el hogar, entre otras actividades. En tal sentido, reconocer que las formas de actividad concreta que integran el modo de vida de la población, particularmente del grupo en estudio, nos pueden facilitar conocimientos que contribuyan a elaborar estrategias y programas para el desarrollo del bienestar social, del trabajo higiénico-epidemiológico y la promoción de salud. Lo mismo sucede con las actividades del estilo de vida del individuo y su utilidad para el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico.

Sobre todo, teniendo en cuenta el mensaje de investigadores sobre este campo, cuando refieren que los estudios de la relación trabajo salud, debe sustentarse en el enfoque de la teoría del hombre como un ser en permanente construcción que se va construyendo en el tiempo por la mediación de su práctica, de su acción. Así se construye como un ser histórico, que se va creando en el espacio social y en el tiempo histórico. Por lo tanto, el hombre no es solamente una realidad dada, pronta y acabada, sino fundamentalmente un sujeto que va construyendo a pocos su propia realidad. Para la presente investigación, es necesario reconocer que él o la trabajadora de comercio ambulatorio es lo que él o ella hace de sí mismo. Así, este trabajador o trabajadora es considerado (a) como un ser histórico, es decir, sujeto de su propia historia, inserido en un contexto social y que tiene a su trabajo como primer acto histórico (Breilh, 2008; Severino, 1992).

Rescatando los resultados del nivel de instrucción en las personas encuestadas, se verifica como una gran contradicción con su situación de trabajadores informales, toda vez que, lo establecido es que con un mayor grado de instrucción las oportunidades de trabajo son mejores para las personas y, por ende, mejora sus condiciones de vida y de salud. En el estudio siendo el 50% que cuentan con secundaria completa, deberían estar insertados en el proceso productivo formal, ocupando cargos y puestos en instituciones. Esta situación, verificase con los testimonios personales, en donde se encontró la versión de que *“un porcentaje representativo de los encuestados, contaban con una carrera profesional, que sin embargo, por falta de oportunidades de trabajo no la ejercen, caso especial de 7 personas entre ellas contadores, profesores e ingenieros”*.

Cabe preguntarse, ¿cómo se percibe el ser profesional o tener estudios superiores y no tener la oportunidad de ocupar un cargo por su preparación?. Situación determinada por el modelo neoliberal de desarrollo económico en países como el nuestro, donde los intereses económicos manejados por grupos de poder, dentro de estos el Estado son prioritarios frente a preparación y capacitación del trabajador, como lo describen y analizan ampliamente autores críticos, dentro de los cuales están Cerna (2013) cuando refiere que en el Perú, la acelerada expansión de los procesos de integración comercial y el aumento de los tratados de libre comercio, que vienen implementándose aceleradamente desde la década 2010, con la puesta en práctica de las políticas de apertura al exterior, vienen marchado descompasadamente con el desarrollo socio-económico del país. Hasta donde es factible percibirlo, el impacto de estos procesos en el empleo, los salarios y la situación de los grupos vulnerables, es decir en la población trabajadora, viene siendo muy destructora. Al respecto, en el capítulo de caracterización del escenario de estudio se muestra con información estadística la situación de la población trabajadora y de la PEA, en general, en el país.

También Breilh (2005), resalta que, en estas condiciones, los trabajadores y los pobres siguen enfrentando continuas agresiones a sus derechos y condiciones de vida, derivadas de los objetivos de políticas económicas neoliberales o políticas de globalización económica que solamente buscan adecuar las estructuras económicas de los países a las necesidades de inversión de los grandes capitales. Los intereses de las grandes empresas multinacionales aun teniendo inmensos beneficios y ganancias nunca se conforman y, por el contrario, quieren más flexibilidad y más

desregulación, para aumentar sus ganancias; como consecuencia la distribución del ingreso, la desigualdad social, es cada vez mayor y, la calidad de vida y el deterioro del medio ambiente se agudiza profundamente.

Según la Directora Regional para América Latina y el Caribe de la OIT, Elizabeth Tinoco, la más absoluta precariedad caracteriza al sector laboral de trabajadores de comercio ambulante, trabajador informal que no tiene acceso a ninguna protección, a prestaciones sociales en el presente o a pensión en el futuro, ningún amparo laboral, sea de contrato de horario laboral y condiciones de trabajo, de salario mínimo, etc.

Son frecuentes los sentimientos de frustración, incapacidad y trastornos psicoafectivos como determinados por las condiciones de vida y de trabajo en los individuos y que en el estudio se evidenció al analizar las respuestas a la escala de actitudes y el cuestionario de cifras incompletas, con porcentajes representativos en los siguientes términos : *“muchas veces...todo el tiempo”*, a las interrogantes *“se siente preocupado o desmoralizado por la suerte de la gente como Ud. “la historia de mi vida ha sido frustrante, triste...complicada...sin esperanzas”*. Realidad desvelada que podría ser tomada como referente para en forma corporativa con el Municipio y los mismos trabajadores formular estrategias de prevención de problemas de salud mental en estos grupos poblacionales, trabajadores ambulantes, en nuestra ciudad y que representan un gran porcentaje de población en riesgo. Algunos lineamientos de políticas de salud mental en particular y que a la letra dicen para el trabajo preventivo en este campo: *“Establecer la cobertura de los grupos vulnerables, Promoción de los Derechos Humanos, Creación de vínculos entre el sector salud y otros sectores”*, consideramos que serían muy aplicables para el manejo de *“la falta de realización personal”* por ejemplo, y que en el estudio representó un gran porcentaje entre los entrevistados (89%). Y, fortalecer las versiones de: *“mis padres me dieron ejemplo de felicidad, armonía honradez, amor...siempre pensé que la vida en el barrio era buena, de alegría, de compañerismo”*.

La religión que ejercen en casi la totalidad de los encuestados es la católica (81,5%), situación que es similar con la registrada por INEI, 79,9% (2008) y que muestra la idiosincrasia de una población en la que se considera que los destinos de la vida están regidos por un ser sobrenatural capaz de interferir positiva o negativamente en su vida diaria. Al auscultar como la practican se encontró en las respuestas coincidencias con

los trabajos de Cerna (1999 y 2010), *“asistiendo a las misas...enseñando a orar en familia...participando de las procesiones...apoyando con las limosnas”*.

Es necesario resaltar una gran contradicción, cuando se intenta comprender la relación religión y estado civil, que registra en la gran mayoría (38,2%) como convivientes, toda vez que coincidiendo con la investigadora Cerna (2011), se podría inferir que la religión, que sirve para expresar, reforzar y racionalizar los valores comunes de las personas y los fines de grupo de la sociedad, en este caso esta población estudiada no viene adoptando ni cumpliendo los cánones de tener y ejercer una unión estable reconocida y legalizada, principalmente por la iglesia católica, fenómeno social que trasciende los objetivos de esta investigación y motivan seguir auscultando al respecto. Igualmente, podemos inferir la influencia, no tan favorable de esta dimensión –religión- en los sujetos de estudio y, que podemos describirla como la determinante de que las personas adopten comportamientos de sumisión y conformismo con su situación de trabajadores del comercio ambulante y, el espíritu de superarse no se desarrollara, como se pudo verificar en el instrumento de cifras incompletas, que en su mayoría, a la frase *“su trabajo significa para Ud.”*, las respuestas se resumen en *“...mi medio para vivir yo y mi familia ... con lo que gano me basta para vivir con mis hijos...con suerte tengo este trabajo... es mi destino y lo acepto...Dios ha querido que tenga este trabajo”*. El producto del trabajo de la gente, son apenas medios de vida necesarios para su reproducción como fuerza de trabajo y de su familia y, en este aspecto juega un papel muy determinante la religión con sus cánones de resignación.

El 15,7% pertenece a los grupos evangélicos situación que según el análisis de los entendidos indican un avance de los grupos evangélicos que probablemente se deba a que sus cultos religiosos traen expectativas en la población, pues las personas tienen mayor participación en estas reuniones y se deja de lado un poco la rigidez y monotonía de los rituales católicos donde la mayor participación es del sacerdote y además porque la rutina de sus reuniones es siempre la misma. Sin embargo, aún prevalece una mayor cantidad de gente católica, religión que es considerada como la oficial en el Perú, desde la época de la conquista.

**Tabla 2. Distribución de los trabajadores del comercio ambulatorio según condiciones de vida. Cajamarca. 2010**

<b>Procedencia</b>		
<b>Ubicación de la vivienda:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Departamento de Cajamarca</b>	<b>240</b>	<b>85,4</b>
Otros Departamentos	41	14,5
Urbano	90	32,0
<b>Urbano marginal</b>	<b>124</b>	<b>44,1</b>
Rural	67	23,8
<b>Material de la vivienda:</b>		
<b>Noble</b>	<b>118</b>	<b>42,0</b>
Adobe	73	26,0
Tapial	84	29,9
Otro	6	2,1
<b>Condición de la vivienda:</b>		
Propia	71	25,2
<b>Alquilada</b>	<b>210</b>	<b>74,7</b>
<b>Número de habitaciones:</b>		
<b>1 – 3</b>	<b>150</b>	<b>53,3</b>
4 – 6	114	40,5
7 a más	17	6,0
<b>Número de dormitorios:</b>		
<b>1 -2</b>	<b>211</b>	<b>75,1</b>
3-4	66	23,5
5 a más	4	1,4
<b>Red de agua potable</b>		
<b>Si</b>	<b>273</b>	<b>97,2</b>
No	8	2,8
<b>Red de desagüe</b>		
<b>Si</b>	<b>227</b>	<b>80,8</b>
No	54	19,2
<b>Red de luz eléctrica</b>		
<b>Si</b>	<b>250</b>	<b>89,0</b>
No	31	11,0
<b>Tenencia de electro domésticos</b>		
<b>Si Radio</b>	<b>266</b>	<b>94,6</b>
No	15	5,3
<b>Si TV</b>	<b>248</b>	<b>88,2</b>
No	33	11,7
<b>Si Refrigerador</b>	<b>69</b>	<b>24,5</b>
<b>No</b>	<b>212</b>	<b>75,4</b>
<b>Si Carro</b>	<b>07</b>	<b>2,4</b>
<b>No</b>	<b>274</b>	<b>97,5</b>
<b>Si Cocina</b>	<b>221</b>	<b>78,6</b>
No	60	21,3
<b>Si Teléfono</b>	<b>149</b>	<b>53,0</b>
No	132	46,9
<b>TOTAL</b>	<b>281</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

En la tabla se muestra una gran mayoría de trabajadores del comercio ambulatorio procedentes de la Región Cajamarca (85,4%), entre los cuales 124 (44,1%) viven en zona urbano marginal, un porcentaje representativo tienen su residencia en zona rural (23,8%); las viviendas, en su gran mayoría son alquiladas (74,7%) y de material noble (42%) frente a un porcentaje representativo que son de tapial y adobe (29,9%, 26% respectivamente). En su mayoría, cuentan con un promedio de 1 a 3 habitaciones (53,3%), de las cuales utilizan 1 a 2 como dormitorios (75,1%). En la mayoría de las viviendas se cuenta con los servicios básicos (97,2% agua potable, 80,8% desagüe y 89% energía eléctrica) y con artefactos eléctricos de uso doméstico como radio (94,6%), TV (88,2%) y cocina de gas o de kerosene (78,6%). Un porcentaje pequeño (24,6%) tienen refrigeradora; solamente un número reducido (7 personas) tienen carro que lo utilizan para el trabajo y teléfono celular un poco más del 50% (53%).

Es posible inferir que este grupo poblacional hace presencia en la ciudad de Cajamarca, cuando los cambios socioeconómicos se dieron con mayor fuerza en la Región Cajamarca (década del 90), particularmente en la capital, ciudad del mismo nombre como consecuencia de la implementación en el país de un modelo de desarrollo capitalista marginalizante de los grupos pobres y, el mayor reflejo de esta situación es observable en los porcentajes de trabajadores del comercio ambulatorio, que a pesar de no existir registros oficiales su aumento ha sido considerable en las últimas décadas y, continúa esta tendencia en la década actual, constituyendo las familias que generalmente ubican su residencia en las zonas periurbanas de la ciudad.

El estudio devela, así mismo, una procedencia de personas mayoritaria del Departamento de Cajamarca y, de las provincias del interior de la región, fenómeno que viene siendo asociado a la búsqueda de trabajo y mejoras en las condiciones de vida en otras realidades, pero no muy alejadas del hogar de origen, casos muy frecuentes con una gran representatividad porcentual (85, 4%) y en respuestas grupales como *“mi familia es de San Marcos y yo tuve que buscar trabajo aquí.....yo procedo de un caserío cercano a Hualgayoc y no había como trabajar...mis familiares viven en un pequeño pueblo cerca de la Asunción...en Chilite me crie, luego vine a Cajamarca a trabajar”*.

El Departamento de Cajamarca, históricamente se caracterizaba por ser un gran expulsor de población, fenómeno que se venía registrando como un saldo migratorio negativo (INEI, 2007). Sin embargo, de manera contradictoria, en las últimas décadas se está produciendo una importante inmigración asociada, lógicamente, a las transformaciones y movimientos económicos que vienen sucediéndose en esta Región, particularmente en los denominados “polos de desarrollo”. Según INEI (2008), “se observa 73,5% de inmigrantes internos, dentro del propio departamento”. Si se considera únicamente la migración interna de la región de Cajamarca, El INEI, indica que el 27,6% de esta población ha nacido en Piura, 15,9% en Lambayeque, 15,4% en la Libertad, 13,4% Lima y Callao e Ica 1,2%.

Del análisis realizado, se puede inferir que, a pesar del alto porcentaje de población rural en la Región, la dinámica principal está por el lado del crecimiento de la ciudad, capital y esta realidad se desveló en el trabajo, al registrarse 44,1% y 32% de personas que residen en la zona urbano marginal y urbana, respectivamente, en viviendas, en una gran mayoría alquiladas de material noble, con limitado espacio para la distribución adecuada de habitaciones (hacinamiento claramente percibido) y que además requiere de un gasto adicional, el pago por alquiler, situación que revela la poca capacidad adquisitiva de las familias lo que deriva de los bajos ingresos y la inexistencia de conseguir facilidades para adquirir una propiedad inmueble, sin embargo, un porcentaje representativo cuentan con teléfono celular y los servicios básicos de convivencia y usan artefactos eléctricos necesarios para “*facilitar la vida*” (versión obtenida en el grupo). Sin embargo, es necesario resaltar que de alguna manera, estos grupos poblacionales son beneficiarios de los programas sociales como mecanismos de compensación del gobierno central, frente a las grandes privaciones socioeconómicas de estas familias.

Según el ASIS (2008), la tendencia de la población del departamento de Cajamarca, observada en las últimas décadas, es a la expansión e intensificación del proceso de urbanización, que se refleja en un mayor incremento de la población censada urbana (de 24,7% en 1993 a 32,7% en el año 2007) y en una disminución de la población censada rural (de 75,3% en 1993 a 67,3% en el año 2007). Estas cifras obtenidas corresponden a que la gran mayoría de los trabajadores han optado por migrar del campo a la ciudad para mejorar en la mayoría de los hogares la situación económica ya que tendrían más oportunidades de encontrar trabajo.

El estudio de Indacochea y Otros (1998), destaca las situaciones descritas anteriormente - que fueron rescatadas del estudio, en nuestro contexto -, y que son percibidas con mayor intensidad, a partir de que en Cajamarca, la década del 90, significó la apertura en el país, de la globalización de nuestra economía que ha generado una dualidad económica y, en cierta forma, una modernización de “escaparate o de vitrina”, con un sector minoritario que tiene acceso a los beneficios de esta modernidad y, en el otro extremo la gran mayoría de la población que “ve pero no participa” de esos beneficios. “El país de los taximotos o taxicholos, los ambulantes, los cambistas callejeros y los comedores populares”.

Reflejo de estos cambios socioeconómicos es el crecimiento del comercio ambulatorio y sus graves consecuencias para la salud de quienes lo ejercen, puesto que este sector productivo no viene siendo reconocido legalmente con leyes de protección a su seguridad personal, familiar, mucho menos a su salud. Los lineamientos de salud oficiales contemplan el trabajo en salud con trabajadores formales de empresas, como se describe ampliamente en el capítulo I del estudio. Situación muy preocupante, toda vez que en el estudio se encontró que no existe un registro oficial de trabajadores ambulantes en la Municipalidad de Cajamarca y, en la encuesta, el 71,5% de trabajadores no cuentan con ningún seguro de salud, considerándolo de importancia para un porcentaje representativo.

La realidad objetiva es que el sector del comercio ambulatorio, cada vez incrementándose más en la ciudad de Cajamarca no es percibido como un sector productivo, no obstante que por cada espacio que ocupan en las calles se paga un impuesto diario, cobrado por la Municipalidad y del cual, su inversión, no se tiene ningún conocimiento. En este contexto, la salud y la vida de la mayoría de esta población laboral ambulante se mantiene en condiciones precarias, expresadas por jornadas de trabajo extensas, ingresos bajos, exposición a todo tipo de riesgos que en la mayoría de los casos tienen poco control, sin ninguna acción de prevención y protección de la salud.

Algunos testimonios reflejan estas situaciones en un gran porcentaje de las entrevistas, de la escala de actitudes y de frases incompletas: *“muchas veces la actividad en el trabajo me hace sentir desesperado y me cansa”*... *“yo creo que mi trabajo es peligroso”*... *“lo más peligroso de un trabajador ambulante son los accidentes, la contaminación”*.... *“lo peor de mi trabajo es el clima frío”*... *“mi salud antes de trabajar era buena, mejor que ahora”*.

La salud de los trabajadores no es homogénea, depende entre otras cosas, del nivel de desarrollo y de las características de la organización social, de la manera como se conciba la relación trabajo y salud, de la posición que adopten los trabajadores en este campo, de las políticas laborales y de salud de un país. Estudios realizados en el país indican que las personas de comunidades rurales cuando migran a las ciudades y acuden a los servicios de salud, describen situaciones de sufrimiento psíquico a través de síntomas físicos como opresión en el pecho, palpitaciones, dolores de cabeza y otros (DISA, 2009). En tal sentido, la organización de los trabajadores, la participación activa de los mismos, la posición de los profesionales y técnicos, el grado de compromiso con la salud de los trabajadores y la posibilidad de incorporarse en la dinámica de los diferentes actores sociales que anhelan otras condiciones de salud y vida, deben ser los aspectos centrales en la práctica de la salud de los trabajadores.

Es incuestionable la importancia que tiene la organización del personal para avanzar en la consecución de nuevas condiciones de trabajo y salud. La posibilidad de realizar estudios e investigaciones partiendo de las necesidades sentidas de la población trabajadora, la implementación de programas de educación y capacitación, por la Región de Salud, el gobierno local, por ejemplo, el logro de cambios en las condiciones de trabajo y, en el cuidado de la salud, son factibles cuando una organización es la que se empeña en todo ello. Es muy difícil, por no decir imposible, que surja lo señalado por el interés y gestión de una sola persona, al margen de los demás. Inclusive en la posibilidad de cambiar la conciencia de los propios trabajadores, la dinámica de lo colectivo es la única garantía. Mensaje que se hizo llegar al grupo de entrevistados, durante la recolección de datos individuales y colectivos por el equipo investigador, teniendo en cuenta uno de los objetivos planteados.

**Tabla 3. Características de las familias y su funcionamiento, de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio de Cajamarca. 2010**

<b>CARACTERISTICAS FAMILIARES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Jefe de familia</b>		
Padre	76	27,0,
Madre	<b>146</b>	<b>51,9</b>
Otro	59	20,9
<b>Tenencia de Hijos</b>		
Si	<b>222</b>	<b>79,0</b>
No	59	21,0
<b>Situación de hijos</b>		
Dependientes	<b>144</b>	<b>64,9</b>
Independientes	78	35,1
<b>Hijos por edad.</b>		
<b>&lt; 5 años</b>	63	28,3
De 6 a más años	<b>159</b>	<b>71,6</b>
<b>Su opinión/decisiones se toman en cuenta en la familia:</b>		
<b>Si</b>	<b>272</b>	<b>96,7</b>
<b>No</b>	9	3,2
<b>Manejo de conflictos familiares</b>		
Dialogo	<b>187</b>	<b>66,5</b>
Oración	54	19,2
Solicitan ayuda de familiares	19	6,7
<b>Medios de comunicación usados en familia</b>		
Radio	<b>208</b>	<b>74,0</b>
TV	69	21,3
Varios (radio, tv, periódicos)	4	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>281</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.**

Los resultados de la tabla muestran características de 281 familias encuestadas, en las cuales el 52% tienen como jefe de la familia a la mujer trabajadora, siendo 79% con hijos de los cuales el 64,9% son dependientes, en su mayoría (71,6%) mayores de 5 años. Es muy resaltante la información en cuanto a la opinión y las decisiones, estas impartidas por los o las entrevistadas son tomadas en cuenta en el hogar en un 96,7% y respecto de la forma como manejan los conflictos, una gran mayoría (66,5%) refiere que con diálogo, siendo importante también orando en el 19,2% (la gran mayoría son

católicos). El medio de comunicación más usado es el radio (74%) que lo utilizan en el hogar y el trabajo.

Uno de los hallazgos de la investigación que ya fue comentada anteriormente está relacionado con la mayor participación de mujeres en el trabajo de comercio ambulatorio, interpretado reiterativamente como reflejo de una reducción sostenida del ingreso real de las familias, especialmente de aquellas que integran la base de la pirámide social, según las investigadoras Paredes y Tello (1998). En nuestra percepción, además de lo manifestado, es la necesidad en las mujeres de procurarse algún ingreso para la supervivencia familiar que las fuerza a buscar cualquier tipo de ocupación, en ausencia de otras opciones y alternativas, por lo que, lógicamente se podría inferir, con estos resultados que se muestran, que las mujeres trabajadoras son las que actuando como jefes de familia toman las decisiones en el funcionamiento familiar.

Estas situaciones encontradas en el estudio, también podrían ser justificadas debido a que a lo largo de la última década se han producido importantes modificaciones en el mercado de trabajo y también en la participación de la mujer en la actividad económica, que podrían tomarse como determinantes de nuevas concepciones sobre “jefe de familia” en el hogar, y que se vinculan con los cambios macroeconómicos y más específicamente con los procesos de flexibilización cultural que los acompañan. Es necesario, sin embargo, llamar la atención, por la gran responsabilidad que significa para la mujer la conducción como jefe del hogar, tarea que no viene siendo reconocida socialmente como “tercer rol de la mujer” adicionado al rol de madre y esposa, y al rol de trabajadora extradoméstica. Varios estudios de la salud enfermedad en estas mujeres trabajadoras revelan situaciones alarmantes, entre estos Breilh (1996, 2008), Betancourt (1995), Menicucci de Olivera (1999) y, coinciden en afirmar que es una realidad no enfrentada ni trabajada por el sector salud, toda vez que los únicos aspectos contemplados en la salud de la mujer, por ejemplo, a nivel de MINSA son los relacionados a la salud reproductiva y planificación familiar.

En la evaluación de cifras incompletas es preocupante las respuestas que reflejan *“lo peor de mi trabajo es: el esfuerzo/cansancio”*, y a la Escala: *“su actividad en el trabajo le hace sentirse desesperado o le cansa: muchas veces ... “siente exceso de responsabilidad por su trabajo: muchas veces ... “tiene responsabilidades de trabajo en su casa que le agotan, le hacen sentir presionado y sin falta de tiempo” ... “sufre porque no tiene tiempo para descansar o divertirse”*.

La salud-enfermedad de hombre y mujeres, se construye en medio de contradicciones sociales y de las condiciones específicas de reproducción social. Determinaciones moduladas por las asignaciones de roles y valorizaciones de género que expone a las mujeres de manera diferencial a procesos protectores o destructivos, que van definiendo riesgo, capacidades de respuesta y efectos terminales, es necesario tomarlos en cuenta, cuando los profesionales de salud, educación, sociología, entre otros, trabajan con educación y capacitación, o en los términos de grupos feministas, *“posición humana y política...para la defensa de la salud y la vida en las mujeres trabajadoras”*.

El enfrentamiento de los conflictos en la familia, que, en la investigación, se registró en su mayoría utilizando el diálogo entre los miembros del hogar (66,5%), es resultado de un comportamiento social muy meritorio en este tipo de familias que se caracterizan por cultivar la religión católica, no obstante, no vivir en condiciones de vida muy satisfactorias como tener casa propia y cómoda, ingresos adecuados a la satisfacción de sus necesidades básicas. En el estudio, los resultados también revelan el uso muy frecuente, como medio de comunicación de la radio (74%), mediante la cual se encuentran *“actualizados con las noticias locales y nacionales”*, además de *“alegrarnos y distraernos en el trabajo durante el día”* (versiones obtenidas durante la entrevista). Estos hechos característicos de nuestras familias con condiciones de vida no muy satisfactorias, deben ser tomados en cuenta para el trabajo de prevención y promoción de la salud familiar y del trabajo, siendo que muchas investigaciones han revelado la influencia de los programas radiales y televisivos en los comportamientos sociales, como medios más frecuentemente utilizados para promover el dialogo e intercambio de pensamientos y proyectos de vida.

La mayoría de familias tiene un porcentaje representativo de hijos dependientes (64,9%) mayores de 6 años (71,6%), situación que revela familias numerosas con muchas responsabilidades en la satisfacción de necesidades básicas como son alimentación, salud, vivienda, educación vestido, orientación, etc. En las respuestas a las cifras incompletas y la escala se revela sentimientos contradictorios de satisfacción, frustración y preocupación por contar con una familia numerosa. Así: *“esperamos en el futuro: mejores posibilidades de vida” ... “tener prosperidad” ... “hijos felices”... “la vida con mi pareja es buena” ... “.padece angustias por necesidades económicas para alimentación, pago de arriendo u otras necesidades: muchas veces” ... “se siente preocupado por falta de espacio en su casa” ... “se angustia por necesidades económicas para gastos de educación o salud”*. Situaciones que estarían dando luces respecto de la salud enfermedad de los entrevistados como integrantes de una familia socialmente determinada en sus modos de vida y de trabajo.

Dentro de la visión de que la familia se articula al trabajo por medio del proceso de socialización, refiriéndose este a la forma como se realiza el proceso de desarrollo de la vida individual, particularmente desde el grupo familiar, grupo determinante en la vida futura del hombre, debemos rescatar también para la comprensión de nuestro objeto de estudio, en esta dimensión el enfoque estructuralista histórico, para el cual la familia es el resultado de la organización social, dado por los diferentes modos de producción, por lo tanto, es de esperar que nuestras familias del estudio como instituciones sociales se transformen al tenor de los cambios económicos, sociales y políticos. De esta manera, la familia, en el estudio debe ser estudiada como un ente reproductivo de la comunidad, adquiriendo una dimensión muy significativa al constituirse en el medio donde se analizan las inquietudes del grupo familiar y transforma también a cada uno de sus miembros en sujetos sociales como proyección futura y con sentido histórico (Cerna, 2011).

En realidades como la nuestra, el sistema capitalista rompió con el esquema de la familia extensa y ha debilitado la cohesión de la familia nuclear, por lo tanto, ha reducido la relación familiar a lo necesario para el cumplimiento de la función de la reproducción de la fuerza de trabajo. En el desarrollo capitalista pasó a ser sólo una unidad de consumo, pero conservó la función de reproducción de la fuerza de trabajo y también de reproducción ideológica de los esquemas éticos y cognoscitivos que

garantizan la continuidad del sistema. Bajo estos parámetros, las familias, en estudio, posiblemente utilicen a sus propios hijos como fuerza de trabajo, como fue obtenido en las entrevistas al referir, por ejemplo, que *“mientras realizan el trabajo adicional de limpieza en casas por horas son los hijos los que quedan al frente del negocio”*.

Si los niños, hijos de los trabajadores de comercio ambulatorio se constituyen en fuerza de trabajo en los hogares, habría que cuestionarse hasta que punto, las leyes de protección y seguridad para los niños en nuestro país, particularmente en nuestra realidad cajamarquina se vienen cumpliendo?. Situación que merece profundizarse con estudios de investigación y desarrollados por equipos multidisciplinarios, como es la recomendación de la OIT, UNICEF y otras organizaciones internacionales, ya que esta es una realidad que pasa “desapercibida” para muchos gobiernos y políticos de turno, que en sus planes de gobierno y discursos, inclusive, no son tomados en cuenta, muchos menos reconocidos como un real y objetivo problema de salud del niño que está en la calle, exponiendo su vida y su integridad “por ganar algo” y “llevar algo” para el sustento de la familias.

En esta parte del análisis, se requiere rescatar las concepciones de familia, en nuestras instituciones, a partir de marcos teóricos como de Friedemann (1995), investigador que resalta la importancia de trabajar con las familias como un sistema social que transmite cultura a sus miembros, con responsabilidad de satisfacer las necesidades físicas y la seguridad, enseñar habilidades sociales para el desarrollo y crecimiento personal de cada uno de sus integrantes donde existen límites emocionales, se promueven un propósito para la vida y significado, y sentido de intimidad y pertenencia con la espiritualidad.

Desde esta perspectiva, las familias del estudio ofrecen aparentemente estabilidad a sus miembros cuando estos asimilan los valores del grupo, las normas y comportamientos aceptables, familias con proyección de crecimiento de sus integrantes, *“mi trabajo significa, ayudar a mi madre, estudio de mis hijos, apoyo a mi esposo”* y, versiones de la escala: *“le angustia verse continuamente sometido a tareas en casa monótonas y poco interesantes, no nunca, rara vez, todo el tiempo”*... *“le preocupa que no le alcanza el tiempo para dedicarse a su hogar, hijos y familia, no nunca, rara vez”*.

La investigadora colombiana, en el campo de la salud familiar Amaya (2005), resalta la importancia de nutrir las investigaciones en este campo, socializarlas en líneas de investigación de salud familiar y, sobre todo cumplir con las expectativas de formación de investigadores en la academia y contribuir así en la construcción de políticas públicas de salud familiar, desde los estamentos oficiales. El mensaje se hizo llegar a los entrevistados durante las entrevistas, no en tanto que, en MINSA, no exista hasta el momento la Dirección de Salud Familiar, mucho menos de Salud de la mujer y/o familia trabajadora.

Lo manifestado significaría quizás para que, en nuestras realidades, las condiciones de vida que han sido afectadas de diferentes formas, según la problemática de cada sociedad, generalmente, por la falta de satisfacción de las necesidades básicas, por ejemplo, en sus consecuencias no repercutan tan profundamente sobre la salud, por ejemplo, de nuestra población adolescente y/o joven. Toda vez, que se tiene percibido en nuestro contexto Cajamarquino que, desde hace dos décadas, son comunes algunos problemas calificados como sociales, por ejemplo, la violencia, la pornografía, las drogas o el alcoholismo, los cuales afectan el modo de vida y repercuten sobre la salud de las familias, a la vez que favorecen un alto nivel de estrés, intentos de suicidio y de enfermedades crónicas degenerativas en los tutores o padres, sobretodo de adolescentes. En los países subdesarrollados, como el nuestro, además se manifiestan otros problemas, tales como los efectos del endeudamiento, el desempleo, el aniquilamiento de la escasa seguridad social, la reducción de los presupuestos para la educación y la salud, un retraso educacional, la malnutrición, la falta de higiene, las enfermedades profesionales por falta de protección al trabajador, el incremento de la mortalidad infantil y una baja esperanza de vida.

En el estudio, es posible inferir la presencia de varios de los problemas de salud referidos, no solamente relacionados con las condiciones de trabajo de los entrevistados, sino también determinados por las mismas características de familia numerosa, con hijos dependientes y mayores de 6 años. Este aspecto se analiza posteriormente más profundamente en el trabajo investigativo.

**Tabla 4. Modos de vida (Hábitos y costumbres) de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio de Cajamarca. 2010**

<b>HABITOS Y COSTUMBRES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Consumo de alimentos</b>		
Alimentos formadores	41	14,6
Alimentos regeneradores	42	14,9
Energéticos	<b>198</b>	<b>70,4</b>
<b>Nº de comidas al día</b>		
< 3 comidas	13	4,6
3 comidas	<b>268</b>	<b>95,4</b>
<b>Horario de consumo de alimentos</b>		
Mañana	43	15,3
Tarde	85	30,4
Noche	<b>153</b>	<b>54,4</b>
<b>Consumo de agua</b>		
<de 1 litro	97	34,5
1 litro	<b>111</b>	<b>39,6</b>
>1 litro	73	25,9
<b>Lugar de consumo de alimentos</b>		
En casa	27	9,6
Fuera de casa	<b>254</b>	<b>90,3</b>
<b>Consumo de cigarrillos</b>		
Si	92	32,7
No	<b>189</b>	<b>66,5</b>
<b>Tiempo de consumo</b>		
< 10 años	33	35,9
>10 años	<b>59</b>	<b>64,1</b>
<b>Frecuencia de consumo</b>		
1 vez por semana	42	45,7
Varias veces a la semana	<b>50</b>	<b>54,3</b>
<b>Consumo de Alcohol</b>		
Si	61	21,7
No	<b>220</b>	<b>78,3</b>
<b>Tiempo de consumo</b>		
< 10 años	<b>41</b>	<b>67,2</b>
>10 años	20	32,8
<b>Frecuencia de consumo</b>		
1 vez por semana	<b>42</b>	<b>68,9</b>
Más de una vez por semana	19	31,1
<b>TOTAL</b>	<b>281</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

Un aspecto que ha sido poco considerado en la salud de los trabajadores es lo relativo a la alimentación y nutrición en los lugares de trabajo. Es posible inferir con los resultados de este estudio que la mayoría de trabajadores no tienen una buena alimentación, mucho menos condiciones de infraestructura y comodidad para su consumo, situación que estaría derivando a problemas de salud, por ejemplo, los referidos en las entrevistas de estreñimiento e infecciones intestinales en los niños, principalmente por las condiciones sanitarias en que desenvuelven estas actividades vitales para el bienestar y la vida.

Los alimentos de mayor consumo por los trabajadores del comercio ambulatorio son los energéticos (70,4%) que contienen carbohidratos y grasas, dan energía y vigor, se considera que son el combustible del organismo, conservan el calor y la temperatura corporal, seguido de los regeneradores (14,9%), alimentos que contienen los nutrientes que regulan el funcionamiento de todo el organismo (vitaminas y minerales), favorece la visión y conservan saludable la piel; y en un porcentaje semejante (14,6%) son los formadores, alimentos que generalmente contienen proteínas que utiliza el organismo para la construcción y reparación de músculos, huesos, sangre, tejidos, dientes y órganos del cuerpo. Todos estos grupos de alimentos dan energía al cuerpo y le permiten crecer y subsistir y su consumo debe ser diario y en cantidad considerable para mantener una buena salud.

Sin embargo, es posible que estas familias de trabajadores del comercio ambulatorio no perciban lo importante en su vida diaria, de una alimentación equilibrada para mantenerse activos y con energía, acompañado de buenas condiciones físicas, mentales y sociales en el hogar y/o en el trabajo. Versiones como: *“padece angustias por necesidades económicas para alimentación, pago de arriendo u otras necesidades, muchas veces” ... “mi trabajo significa comer” .... “desde que trabajo como ambulante pienso que mi casa está abandonada” ... “lo peor de mi trabajo es, dejar mi casa sola” ... “el dinero que gano por mi trabajo, es para mi familia, para comer.”*

Teóricamente y en la práctica, es imprescindible para la vida diaria, la cantidad de proteínas, grasas, azúcares, vitaminas y otros nutrientes para que nuestro cuerpo funcione correctamente, porque cada una de las personas son los encargados de

modificar o destruir a los organismos. Y, es necesario retomar, lo que los estudiosos de este campo refieren respecto de la calidad de la alimentación, la que depende de dos factores que son lo socioeconómico y lo cultural. Las cifras refieren graves problemas de nutrición en nuestro país y, particularmente en la Región Cajamarca, se ha calificado como uno de los Departamentos con índices altos de desnutrición sobretodo, infantil y en las madres gestantes (Diagnóstico Socioeconómico Laboral de la Región Cajamarca, 2008).

En este marco, el adoptar el modelo neoliberal de desarrollo en nuestras realidades latinoamericanas y, con más fuerza en nuestro país a partir de la década del 90 (gobierno fujimorista), no ha contribuido en minimizar las grandes problemáticas nacionales, en particular, la enorme desigualdad social y económica. Obedecer a los acuerdos internacionales, especialmente los referentes a las demandas del capital financiero son priorizados sobre combatir los mayores problemas estructurales de nuestra sociedad. El hecho, de que, en nuestra región de Cajamarca, se verifique el cambio profundo de una población rural de 75%, donde la actividad económica principal era la agropecuaria y de servicio, en los últimos 15 años, hacia una población casi que consumista y comercial ha derivado en la agudización de los problemas sociales y particularmente los relacionados con la salud.

Las cifras revelan que la población cajamarquina pasó de 600,000 habitantes en 1993, a estimarse actualmente en crecimiento explosivo que ha originado la diversificación de actividades industriales y de manufactura, particularmente artesanal, por efecto de la explotación minera aurífera, que viene constituyéndose en la principal fuente de trabajo y que ha transformado drásticamente la dinámica de vida de la ciudad de Cajamarca y otras provincias; no obstante que la pobreza en la mayoría de la población se hace evidente, con un mercado público informal, madres de familia y niños de corta edad como vendedores ambulantes, escolares y adolescentes ofreciendo sus servicios para trabajos de cualquier índole, personas del campo y de la tercera edad como mendigos en el centro de la ciudad, etc. Es muy preocupante, la evidencia del aumento de niños vendedores por las calles, que en nuestra ciudad forman parte de “trabajadores ambulantes”, sometidos a peligros socio ambientales que derivan en problemas de salud. Al respecto, no se conoce estudios de

investigación que tengan como objeto de estudio las condiciones de vida y trabajo de estos niños y niñas cajamarquinos.

No obstante, las situaciones descritas que son verificadas en el contexto, es innegable que, con el incremento de los ingresos económicos en un sector minoritario de la población cajamarquina, las condiciones de vida han mejorado para estos en la ciudad (viviendas residenciales, instituciones de educación privados, servicios de salud privados, etc.); la mayoría, sin embargo, no percibe ni goza de estos beneficios, lo que se refleja en el mapa de pobreza a nivel nacional, en el cual Cajamarca ocupa un lugar que refleja condiciones de vida no aceptables en la mayoría de la población y, por ende surgiendo nuevas condiciones de enfermar. Esta realidad es descrita ampliamente en capítulos anteriores del estudio.

En realidades como la nuestra y, en todo el mundo, una gran y quizás creciente participación del trabajo informal opera en las calles de la ciudad, en las aceras y en otros espacios públicos, donde se vende de todo. Realidad social de disparidades sociales y, sobre todo económicas que determinan el incremento del sector informal a nivel local, “comerciantes de comercio ambulatorio” (grupo sujeto de estudio) conformado por un número indeterminado de personas que son hombres, mujeres, niños, ancianos, jefes de hogar, madres de familia, niños y adolescentes en edad escolar, etc. y que constituyen una población altamente vulnerable que radican en la periferie de la ciudad de Cajamarca (barrios con deficientes condiciones sanitarias) y en condiciones nada aceptables de vida (verificado en el estudio, por los resultados del cuestionario).

Desde una visión aparente, según Noriega y Otros (2005), estos grupos sociales, con patrones de vida específicos, tienen un perfil epidemiológico característico, determinado por sus condiciones propias de vida y de trabajo, práctica doméstica y de consumo, vida cultural y organizativa, que encarnan procesos dañinos y también protectores y de defensa característicos

Algunas manifestaciones de la problemática de vida, de salud y de nutrición, particularmente de estos grupos de trabajadores, como consecuencia de las condiciones de su trabajo se puede verificar que, en la mayoría sus “centros laborales”

están ubicados en las calles, a la intemperie donde han “instalado el espacio de producción y consumo familiar”, con medios y/o instrumentos de trabajo rudimentarios, actividad física mínima, posición predominantemente sentada y encorvada, situación que posiblemente desencadena una serie de problemas músculo esqueléticos; además, expuestos a una alta concentración de polvo, ruido, inadecuada iluminación, y, en la mayoría de casos no se dispone de medidas de protección ni seguridad (versiones obtenidas en los instrumentos y encuentros grupales y que son analizados posteriormente).

Las entrevistas revelan que tienen tres comidas diarias en su mayoría (95,4%), siendo su consumo por la noche (54,4%, al retornar a la vivienda), y la ingesta de aproximadamente un litro de agua por día (39,6%), fuera de casa, lógicamente en el lugar del trabajo (90,3%).

Es resaltable, la observación empírica realizada durante las entrevistas, el consumo de alimentos chatarra en los niños, según la versión “*para entretener a los niños hasta la hora de ingerir los alimentos*”. Esta situación descrita, realmente constituye problemática de salud en nuestros contextos, que es debatida en muchos foros nutricionales por especialistas que sin embargo, es necesario comprenderlo de una manera integral, con sus determinantes socioeconómicas y culturales, toda vez que están articuladas a los intereses de las grandes corporaciones transnacionales, con la ayuda de los gobiernos de turno, que quieren aumentar cada vez más su control sobre el sistema productivo agrícola y la producción de alimentos en el mundo, empezando por el control de las semillas hasta llegar a la mesa del consumidor final. En este escenario, los cultivos transgénicos por ejemplo juegan un papel importante. En el mundo esta tendencia tiene más seguidores, se promocionan el alimento chatarra, las semillas transgénicas como una tecnología que llegó para quedarse de manera irremediable. Se aduce que “sólo los transgénicos van ayudar a aliviar los problemas del hambre de la creciente población del mundo”. En realidad, cabría preguntarse ¿qué intereses están detrás de la promoción de la comida chatarra en el mundo, si las necesidades de los pobres, o la necesidad de acumulación de las empresas transnacionales?

Nuestra percepción es que, lejos de alimentar a los pobres del mundo, estos “patrones nutricionales de modernidad” emergen como una actividad diseñada para incrementar las ganancias de las grandes corporaciones transnacionales de procesamiento, distribución y venta de alimentos y otras empresas involucradas en la cadena alimenticia.

Consideramos que la defensa de nuestra soberanía alimentaria es una responsabilidad ineludible para enfrentar estas agresiones. Habría que pensar primero en nuestra producción local y nacional, que satisfaga nuestras necesidades alimentarias y culturales, con el uso de tecnologías que podamos controlar, son algunos de los elementos indispensables para alcanzar este objetivo, trabajo que requiere de todas las organizaciones regionales y nacionales, planes políticos de postores a cargos de decisión en nuestros contextos.

Una de las primeras actividades que podría implementar el gobierno regional y local, en nuestra ciudad sería conseguir que en el mercado central se disponga de un lugar y tiempo suficiente para que se ofrezca al personal alimentos en adecuada cantidad y calidad, controlar que en este lugar de trabajo y alrededor de los mismos se disponga de condiciones y medidas para el almacenamiento, producción, procesamiento y preparación que aseguren que los alimentos ingeridos durante el período laboral sean aptos para el consumo, fomentar actividades entre los consumidores y preparadores de alimentos para el conocimiento de las necesidades nutricionales de ciertos grupos de trabajadores (niños, mujeres, ancianos) que son más vulnerables, si el consumo es en la calle ofrecer orientaciones higiénicas básicas, entre muchos otros aspectos más. Es necesario, señalar que estos aspectos están normados por las instancias respectivas de los gobiernos local y regional, sin embargo, no son implementadas, y la mayoría de entrevistados en este estudio no refirieron tener conocimiento al respecto.

La realidad objetiva muestra, realmente condiciones muy precarias en la satisfacción de las necesidades nutricionales, en nuestros entrevistados, el consumo en el lugar del trabajo, comida trasladada en carretillas, sin ningún reglamento sanitario y cumplir con este hábito por necesidad y no como proceso de recuperación y reproducción social, asociado a otra realidad objetiva, articulada a la descrita que es la relacionada con la práctica de hábitos nocivos para la salud en el grupo de estudio, encontrándose cifras

alarmantes, por ejemplo respecto al consumo de cigarrillos (32,7%), frecuencia del consumo por más de 10 años en el 64,1% y varias veces a la semana (54,3%). Y, el consumo de alcohol en el 21,7%, en tiempo menor de 10 años (67,2%) y una vez por semana (68,9%).

El problema del alcoholismo es muy grande y complejo en las sociedades. Generalmente en estas realidades modernas o no modernas, como las nuestras se perdonan e incluso se estimulan la costumbre de beber alcohol y consumir cigarrillos y, por lo tanto, resulta inevitable que cierta proporción de la población lo adopte como formando parte de su modo de vida. En el estudio, podemos inferir, esta práctica de hábitos nocivos, los fines de semana y días feriados, como *“necesarias para relajarse, distraerse y olvidar un poco el trabajo de la semana”* (versión oral de los entrevistados). Habría que comprender esta situación a partir de los estilos de vida como respuesta a los patrones culturales, que son los que orientan, por ejemplo, *“salir con amigos, distraerse, relajarse, olvidarse”*.

El consumo de sustancias psicoactivas, entre estas el alcohol y el tabaco han sido en nuestras realidades una costumbre ancestral entre las poblaciones humanas, usualmente un acto de naturaleza ritual cuya regulación y significado estaban inscritos en una compleja trama cultural. La ingestión, de acuerdo a las más antiguas experiencias registradas, se vinculaba a prácticas o ceremonias religiosas o espirituales, en el mundo moderno, podría calificarse, como una respuesta a la modernidad y articulada a diversos determinantes socioeconómicos, culturales, médicos y sociales, de acuerdo con la percepción de la OPS y la OMS.

En el reportaje de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Alan Alwan, informó sobre la Epidemia Mundial del tabaquismo, alertando que más 1,000 millones de personas en todo el mundo son fumadores y el 80% de ellos vive en las regiones más pobres. Algunos expertos han acusado a las empresas multinacionales de incentivar a nuevos fumadores, en especial a las mujeres, posicionando el cigarrillo como símbolo de emancipación o mejor posición económica. Más de la mitad de los fumadores morirá por enfermedades asociadas al consumo de tabaco, fumar causa cáncer de pulmón, que es casi fatal, y otras enfermedades respiratorias que son crónicas.

Asimismo, es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, la principal causa de muerte en el mundo. Además, para el 2030 el cigarro causaría alrededor de 8 millones de víctimas (OPS, 2004).

En nuestro estudio es visible que la práctica de estos hábitos nocivos, consumo de alcohol y tabaco, estaría también respondiendo a la necesidad de integración social y favorecedor de la comunicación entre los entrevistados, aunado lógicamente a la búsqueda de mecanismos de adaptación a la modernidad y, lo más preocupante como escape a los sentimientos de frustración por las condiciones de vida y de trabajo frustrantes. Requiere, por lo tanto, esta problemática una visión más integral, por las repercusiones psicosociales, en particular, la violencia y deterioro socio-familiar que se hacen muy evidentes en la década actual con los estudios epidemiológicos que asocian el consumo de sustancias con violencia doméstica, conductas homicidas y suicidas, siendo estas últimas las más notorias.

En nuestro contexto Cajamarquino, se observa empíricamente, el incremento de lugares de expendio de aguardiente, bebida de más fácil acceso para la gente pobre y, justamente ubicados en el centro de la ciudad, con la permanencia de hombres, mujeres, adolescentes y niños, situación que no debe pasar desapercibida, toda vez que ya se constituye en un muy grave problema social y ético para toda la población. Las implicaciones de esta situación, aumenta los riesgos para que los trabajadores del comercio ambulatorio generen una dependencia al alcohol. Se sabe que el consumo de alcohol es la entrada al consumo de cigarrillo y de drogas ilícitas y se asocia directamente al subsiguiente abuso en el alcohol y a diferentes problemas de comportamiento que se agravan en el individuo conforme va pasando el tiempo. Los problemas atribuibles al abuso del consumo de alcohol aumentan la aparición de mayores riesgos para la salud mental y física, posibles incrementos de los actos delictivos, así como una menor productividad económica a futuro.

Este registro de la pobreza y sus expresiones sociales, sobre todo en las condiciones de vida, de trabajo y de salud, son muy conocidas en los países de América latina, dentro de los cuales está el Perú y, particularmente en regiones como la de Cajamarca que a través de su historia se percibe cada vez más con grandes conglomerados de población trabajadora, de familias e individuos que se encuentran en situaciones de

marginalidad, sin oportunidad de superar las limitantes y complejas condiciones de supervivencia. Esta situación, se presenta como contradictoria en nuestro contexto, frente a un aparente desarrollo social y económico como consecuencia de grandes inversiones de empresas particulares en la explotación de ricos minerales (oro, plata, zinc, etc.) grandes centros comerciales e industriales de tinte transnacional, empresas educativas y de salud con servicios privados y otros (Foro Salud, 2005). Y lo más preocupante lo constituye la exposición a la violencia callejera, asaltos, accidentes automovilísticos, violación y secuestro.

Es evidente, que este grupo de personas identificados como “ambulantes” están sufriendo el impacto destructivo de sus condiciones de vida – deficiente alimentación, hacinamiento, sin servicios básicos, ingreso económico familiar que no cubre las necesidades básicas, deficiente nivel educativo, entre otros – y, la debilidad de los recursos protectores y de defensa, como es la protección estatal a su trabajo y a su salud. Ni siquiera están registrados en un censo oficial, no cuentan con un adecuado acceso a los beneficios de salud y al igual que los desempleados y otros trabajadores del sector informal, no están cubiertos por ninguno de estos servicios. Situación que se expresa en una diversidad de procesos dañinos para la salud y la integridad familiar y social y los ubica dentro de los grupos de población de excluidos sociales.

**Tabla 5. Utilización del tiempo libre para reproducción personal y familiar (recreación, descanso, relaciones y comunicación) de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio de Cajamarca. 2010**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Actividades de recreación y entretenimiento</b>		
Si	130	16,6
No	<b>151</b>	<b>83,4</b>
<b>Razones por las que no realiza</b>		
Falta de tiempo	<b>117</b>	<b>77,4</b>
Otras actividades laborales	21	13,9
No les gusta	13	8,6
<b>Horas de recreación por semana</b>		
Menos de 3 horas	<b>104</b>	<b>80,0</b>
Más de 3 horas	26	20,0
<b>Horas de descanso por día fuera del sueño</b>		
Ninguna	<b>254</b>	<b>90,3</b>
Menos de 1 hora	27	9,6
<b>Participación en actividades con la familia</b>		
Si	82	29,2
No	<b>199</b>	<b>70,8</b>
<b>Grupos en los que participa</b>		
Social	<b>57</b>	<b>69,5</b>
Deportivo	10	12,2
Juvenil	15	18,3
<b>Comunicación familiar</b>		
Buena	<b>195</b>	<b>69,4</b>
Regular	86	30,6
<b>TOTAL</b>		

**Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.**

En esta tabla se muestra algunas actividades consideradas de utilización del tiempo libre para reproducción personal y familiar (recreación, descanso, relaciones y comunicación de los entrevistados), siendo los resultados preocupantes, toda vez que el 83,4% de los entrevistados no participan en ninguna actividad frente a un 16,6% que de alguna manera tratan de recrearse, distraerse y/o descansar.

Entre las razones más frecuentes por la que no realizan actividades de reproducción personal y familiar está la falta de tiempo en un 77,48% y del 16,6% que realizan alguna actividad, solamente emplean menos de 3 horas a la semana el 20% de los

entrevistados y entrevistadas. En una gran mayoría (90,3%) no realizan un descanso intermedio en el trabajo, es decir siesta, así como no participan en actividades con la familia como son aniversarios, fiestas navideñas, día de la madre, entre otras (70,8%), sin embargo, un porcentaje representativo (69,5%) pertenecen a algún grupo social y su comunicación con la familia lo califican como buena (69,4%).

Frente a estos resultados, en su mayoría reflejo de modos de vida no saludables para el desarrollo integral de las personas, consideramos que esta sería problemática debe ser analizada de manera integral, considerando la heterogeneidad, sus características sociales, económicas y sobre todo culturales de estos grupos poblacionales, trabajadores en general y, particularmente trabajadores del comercio ambulatorio. Las particularidades observadas de la relación estilos de vida, salud y trabajo no podríamos entenderlo si no consideramos el perfil de la reproducción social, sus condiciones de vida y las relaciones de poder. Según Durao (1997) la salud de las poblaciones tiene relaciones complejas con los factores genéticos y constitucionales, los agentes patógenos, los factores ambientales, los estilos de vida y otras variables. Es necesario definir más claramente de qué manera el estilo de vida no saludable, dado por la limitada participación en actividades de reproducción social (recreación, descanso, relaciones y comunicación de los entrevistados) y los factores psicosociales interfieren y crean desequilibrios en la salud. Algunas versiones del formato escala de actitudes nos refleja realidades muy complejas de la población estudiada: *“sufre porque no tiene tiempo para descansar o divertirse, muchas veces”* ... *“siente exceso de responsabilidad por su trabajo, muchas veces”* ... *“su actividad en el trabajo le hace sentirse desesperado o le cansa, muchas veces”*.

Es necesario reflexionar, por ejemplo, sobre el futuro de la salud de los trabajadores de nuestro estudio considerando los cambios sociales, económicos y políticos que se han dado en estos últimos años en la realidad peruana y particularmente en nuestro contexto cajamarquino. Han surgido nuevas formas laborales coherentes con las corrientes neoliberales que están invadiendo nuestros países, dentro de estas están las del comercio ambulatorio que cada día aumentan en número y no son tomados en cuenta en las políticas de salud. Estas condiciones repercutirán de manera definitiva en la salud y la calidad de vida de la población en general y de manera particular de los trabajadores, debido a que, “la estrategia neoliberal logra elevar los excedentes

económicos pero estos no se reparten equitativamente, más bien las recetas del fondo monetario lo que producen es una creciente agudización de las desigualdades sociales y una imposibilidad cada vez mayor de acceso de los habitantes más pobres (que son la mayoría) a los servicios...los neoliberales plantean para el campo de la salud cuatro estrategias que acompañan y favorecen la estrategia general que se ha esbozado: recortes presupuestarios en salud; focalización del gasto en los estratos más miserables y explosivos de la población; descentralización de las instituciones del Estado pero no acompañada de fondos y recursos, ni tampoco de una decisión de otorgar el poder real a las localidades provinciales y, privatización, justificada mediante una intencional autolimitación de recursos y una campaña bien orquestada de desprestigio de lo estatal” (Breilh, 2008). En nuestro país, la existencia y funcionamiento del SIS y otros programas sociales, son reflejo de lo manifestado por el investigador ecuatoriano Jaime Breilh.

Esta política en la mayoría de los países se encuentra en pleno auge, los trabajadores, en su mayoría de escasos recursos económicos, se sienten impedidos de acceder a los servicios de salud privados, los programas de prevención y protección a la salud, las investigaciones en salud de los trabajadores y las actividades de educación y capacitación en esta área no cuentan con los recursos ni decisión política necesarios. No se quiere decir con esto que el acceso a los servicios de salud es lo más importante para precautelar la salud de los trabajadores, sino más bien que, mientras no cambien las condiciones de trabajo riesgosas y mientras el trabajador no disponga de lo indispensable para una vida digna, no se puede pensar en autentico bienestar.

Las medidas adicionales y que frecuentemente se usan para expresar las condiciones de vida definidas por la Organización Panamericana de Salud (2004), como las relaciones con el nivel de desarrollo económico y accesibilidad al desarrollo social acumulado en el respectivo país, (además de otras variables como el empleo, desempleo, subempleo, salario, gasto público, precios en los alimentos, accesos a los servicios básicos, tasas de natalidad y mortalidad, fecundidad, alfabetismo, ingreso per cápita, educación, salud, etc.); nos habla de que es condición necesaria que la magnitud de los recursos disponibles, sobre todo económicos, sean suficientes para la satisfacción de las necesidades de los individuos de una sociedad y que, tengan

acceso a los servicios como salud, educación, nutrición, vivienda y desde luego a salarios o sueldos "decorosos" (OPS, 2004).

Estos fenómenos han transformado el estilo de vida de muchas naciones con independencia de los deseos y necesidades de sus pueblos. El estilo de vida de una comunidad rural en un país subdesarrollado, por ejemplo, condiciona un cuadro de morbilidad específico caracterizado por enfermedades parasitarias e infectocontagiosas, pues las actividades del estilo de vida, la pobreza, la malnutrición y la escasez de cuidados médicos, acercan y exponen a dicha comunidad a los agentes biológicos y la hacen más vulnerable (Breilh, 2005).

El mismo mecanismo de determinación de la enfermedad, pero mediante actividades y contenidos diferentes, se puede observar en una ciudad populosa de un país con alto desarrollo, donde el modo de vida también condiciona un cuadro de morbilidad específico, caracterizado por enfermedades no transmisibles, pues el estrés, la vida contra reloj, el sedentarismo, la contaminación, la inseguridad y otros males, inciden sobre las personas, alteran su regulación psiconeuroinmunológica y facilitan alteraciones funcionales que tienden a degenerar y a transformarse en crónicas, enfermedades crónico-degenerativas (Betancourt, 1995). El contexto sanitario de la ciudad de Cajamarca, refleja desde la década del 2000, problemas relacionados a la contaminación ambiental, del agua, enfermedades que reflejan un perfil de países subdesarrollado paralelo a un perfil de enfermedades de países desarrollados, entre otros.

**Tabla 6. Distribución de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio, según algunas condiciones económicas y de consumo familiar. Cajamarca. 2010.**

<b>CONDICIONES ECONÓMICAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Personas que trabajan</b>		
Solo entrevistado(a)	<b>175</b>	<b>62,2</b>
Entrevistado y pareja	86	30,6
Entrevistado, pareja y otro	20	7,1
<b>Ingreso económico familiar mensual</b>		
< mínimo vital	<b>225</b>	<b>80,1</b>
1 mínimo vital	41	14,6
> mínimo vital	15	5,3
<b>Actividad económico familiar adicional</b>		
Si	35	12,5
No	<b>246</b>	<b>87,5</b>
<b>Ingreso económico mensual por actividad adicional</b>		
< mínimo vital	<b>22</b>	<b>62,9</b>
> mínimo vital	13	37,1
<b>Personas que dependen del ingreso económico familiar</b>		
Solo entrevistado(a)	20	7,1
Entrevistado y pareja	21	7,5
Entrevistado , pareja e hijos	<b>165</b>	<b>58,7</b>
Pareja, hijos y otros	75	26,7
<b>Inversión Ingreso económico familiar mensual</b>		
Alquiler de vivienda	110	39,1
Alimentación	281	<b>100,0</b>
Educación	142	50,5
Atención de salud	18	6,4
Vestido	88	31,3
Compra de mercadería	281	<b>100,0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>281</b>	<b>100</b>

**Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.**

El trabajo, uno de los aspectos más importantes de la vida de los seres humanos, ha permitido la existencia de los seres humanos y el desarrollo de la sociedad, toda vez que por medio del trabajo se transforma la naturaleza y se obtienen los bienes necesarios para la reproducción del ser humano, permitiendo el desarrollo de múltiples capacidades físicas, mentales y sociales. En el presente trabajo, si se intenta abordar la relación entre el trabajo y los problemas de salud de manera integral, consideramos

que no se puede dejar de considerar la forma como el trabajo influye en la salud y, que, para el caso particular de los trabajadores del comercio ambulatorio de la ciudad de Cajamarca, los resultados muestran evidencias muy preocupantes relacionadas con el trabajo como determinante de su salud enfermedad.

Así, según los resultados en la familia, la mayoría trabaja el entrevistado o entrevistada (62,2%), sin embargo 86 parejas (30.6% ambos, hombre y mujer) trabajan y en un 7,1% (20 familias) los hijos de los entrevistados trabajan también, de hecho, buscando mejorar sustancialmente los ingresos familiares. Podemos inferir que la participación de los hijos como fuerza de trabajo en las familias, responde al aumento de la población económicamente activa cada vez más joven, particularmente en la Región Cajamarca como se registraba para esta década en el Observatorio Socioeconómico Laboral de la Región Cajamarca (Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, 2008). Y, registrándose, con cifras alarmantes a niños incorporados como trabajadores ambulantes, en el presente estudio, habría que cuestionarse hasta qué punto es posible erradicar el trabajo infantil, tomando en cuenta los compromisos de nuestros gobiernos con la OIT.

En cuanto al ingreso económico mensual, la gran mayoría (80,1%) refieren menos del ingreso mínimo vital y no contar con algún ingreso mensual adicional (87,5%), solamente el 12,5% (35 entrevistados) manifiestan tener un ingreso adicional, muestra muy evidente de ingresos precarios, frente al alto costo de vida que se registra en la ciudad de Cajamarca, como consecuencia de calificarse como una realidad que cuenta con producción minera y contradictoriamente con población mayoritaria de bajo nivel económico y mínima con un nivel de vida alto. Algunos testimonios de los grupos entrevistados refieren que *“el comercio informal, no genera ingresos suficientes en nuestras familias” ... “haciendo que estos ni siquiera puedan satisfacer las necesidades básicas y como consecuencia algunos de los padres de familia se ven obligados a migrar a otras ciudades para realizar diferentes trabajos y así lograr obtener un ingreso económico que les permita solventar sus gastos familiares”*.

Los datos referentes a las personas que dependen de este ingreso económico son, básicamente entrevistado, pareja e hijos en un 58,7%, pareja, hijos y otros en un

porcentaje representativo de 26,7% que incluye, además a otros familiares como abuelos, tíos y sobrinos (según su testimonio). Esta situación se puede evidenciar y refrendar con observaciones realizadas durante las entrevistas, la presencia en el lugar de trabajo de personas mayores acompañando al entrevistado durante su actividad de atención al público, significa el reflejo de familias ampliadas que comparten las condiciones de vida precarias en el hogar.

El nivel de ingreso va a determinar el tipo de inversión del mismo, en este caso se puede observar que todos los entrevistados priorizan los gastos propios del hogar como es la alimentación y la compra de mercadería, en un 100,0%, educación 50,5%, alquiler de vivienda 39,1% y vestido 31,3%. Es mínima la inversión en atención a la salud (6,4%) que hacen los entrevistados.

Desde la visión del Programa de Naciones Unidas para el desarrollo, la satisfacción de las necesidades básicas de la población incluye el grado de nivel económico alcanzado por los países. Sin embargo, la relación entre crecimiento económico y satisfacción de necesidades humanas es necesaria pero no suficiente para comprender sus condiciones de vida. Se requiere de otro tipo de evidencias y medidas adicionales, por lo que y, en consecuencia, no es automático el impacto del desarrollo económico en la calidad de vida de toda la población (CELATS, 2004).

Tomando en cuenta los resultados del estudio sobre estas categorías de trabajo y las condiciones de vida de la población, consideramos que es necesario estudiarlas como dependientes directamente del sistema socioeconómico imperante, y comprenderlas que, al cambiar el sistema socioeconómico existente por otro, se producen cambios en el modo de vida, que, a su vez, determinan cambios en la calidad de vida y en el proceso salud enfermedad. Si se mejoraría el modo y condiciones de vida de las personas, se mejorarían algunos aspectos como el nivel educacional, permitiendo una mejor comprensión de las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, modificándose el proceso salud enfermedad.

Respecto de la inversión que las familias hacen en la atención a la salud es muy preocupante y, lógicamente, responde al ingreso paupérrimo que se percibe mensualmente en las familias y que por más mínimo que sea debe satisfacer la

alimentación de sus integrantes y, sobretodo, la renovación de los insumos materiales para continuar con el negocio.

Ahondando en la relación de estas categorías de estudio, varios estudios de enfoque crítico nos remiten a reflexionar sobre el concepto del proceso salud enfermedad como determinado por las condiciones de vida y de trabajo en la colectividad, no obstante que este se expresa de manera concreta en los individuos, y que corresponde a la manera como trabajan, viven, se alimentan, se educan, descansan, se recrean, se organizan los grupos humanos a los que pertenecen. En otras palabras, la salud enfermedad de los trabajadores hay que entenderla, a la luz de las leyes sociales, históricamente determinadas y que tienen expresiones concretas en lo general, en lo particular y en lo singular. Esto no significa que los procesos sean inmutables y que sigan una dirección predeterminada. Alguna información relacionando trabajo, condiciones de vida y salud se mencionan en los testimonios en los siguientes términos. *“espero en un futuro mejores posibilidades de vida” ... “para mejorar la vida con el trabajo, tener mejores posibilidades económicas” ... “lo más peligroso de un trabajador ambulante, la contaminación” ... “desde que trabajo como ambulante pienso que en mi casa, están mejor las cosas”.*

En nuestra visión, consideramos que la participación de los actores sociales, como fuerza colectiva constituida, marcaría la riqueza y variabilidad de aquellos procesos, frente a la indiferencia de las políticas de salud para con la masa trabajadora del comercio ambulatorio en nuestras realidades y, que demuestra la falta de visión de que el trabajo aún en condiciones adversas, es un mecanismo que permite el desarrollo de varias potencialidades del ser humano, capacidades intelectuales, fisiológicas y morfológicas, entre otras y más de ello, la posibilidad de construir relaciones humanas, marca la esencialidad del carácter social del trabajo. Todo esto es lo que en la versión de Breilh (2008), se denomina “procesos protectores del trabajo” y que en la práctica de la salud laboral se los debe tener siempre presentes.

En el estudio algunos testimonios del formato de cifras incompletas aplicado en los entrevistados reflejan estas realidades: *“en el trabajo todos en grupo podríamos ayudarnos” ... “hacer mucho más” ... “para mejorar la vida en el trabajo, trabajar con ahínco” ... “mi trabajo significa vivir” ... “mi aliento”.*

Retomando nuestra visión defendemos la posición de reconocer al trabajo como la base de toda la existencia humana y, enfatizamos que es a través de las actividades laborales que el hombre procura satisfacer sus necesidades, dentro de estas las de salud. Visto así, en el estudio podemos inferir que es el trabajo uno de los factores determinantes del proceso salud enfermedad y de las condiciones de vida, de nuestros entrevistados, trabajadores del sector informal de la ciudad de Cajamarca, Perú. “Los hombres tienen que estar en condiciones de vivir para poder hacer historia...el primer acto histórico es, por lo tanto, la producción de los medios para la satisfacción de las necesidades, la producción de la propia vida material” (Marx y Engels, 1988),

Dentro de este enfoque se sustenta también la teoría del hombre como un ser en permanente construcción que se va construyendo en el tiempo por la mediación de su práctica, de su acción. Así se construye como un ser histórico, que se va creando en el espacio social y en el tiempo histórico. Por lo tanto, el hombre no es solamente una realidad dada, pronta y acabada, sino fundamentalmente un sujeto que va construyendo a pocos su propia realidad. Para la presente investigación, es necesario reconocer que el o la trabajadora de comercio ambulatorio es lo que él o ella hace de sí mismo. Así, este trabajador o trabajadora es considerado (a) como un ser histórico, es decir, sujeto de su propia historia, inserido en un contexto social y que tiene a su trabajo como primer acto histórico.

De hecho, para la mayoría de las formas de expresión de la filosofía contemporánea la verdadera “esencia” del hombre no se constituye solamente bajo la forma de una entidad metafísica ni bajo la forma de una pura realidad física biológica. Ante todo, el hombre es de una naturaleza social que conserva siempre una identidad, lo que le sugiere la idea de una naturaleza permanente y que integra plenamente la naturaleza física y biológica, lo que hace de él un ser con característica de condición humana (Severino, 1992).

Coincidiendo con lo manifestado, esa construcción histórica que el hombre hace de sí mismo comienza a partir de sus relaciones inmediatas con la naturaleza. Como todos los demás seres vivos, los hombres necesitan de la naturaleza para construirse

físicamente, para sobre vivir y para reproducirse biológicamente. Estos son los elementos naturales que aseguran la existencia material de los hombres.

Al contrario de los demás seres vivos, ese intercambio hombre/naturaleza no se da de manera puramente mecánica. Los hombres establecen con la naturaleza una relación marcada por la intervención de un elemento nuevo, la subjetividad, por la cual el hombre consigue prever y proyectar su acción de intervención sobre la naturaleza, y esto le garantiza la capacidad de producir los medios de producción de los bienes naturales que le son necesarios. Esta nueva forma de relación humana con la naturaleza conduce a transformaciones en ella, la acción productiva del hombre hace que esta se adapte para atender mejor sus necesidades. Esa acción humana sobre la naturaleza, capaz de transformarla, viabilizada por la intención subjetivada, es la base de la praxis de los hombres. Es una práctica productiva, el trabajo, siendo este el que garantiza a los hombres el alimento y demás elementos que este precisa para mantener su existencia material (Severino, 1992).

Particularmente, en nuestro contexto peruano y cajamarquino más específicamente, consideramos que la integración de los trabajadores ambulantes en asociaciones es de suma importancia para la atención de su salud. El apoyo público podría obtenerse a través de estas asociaciones, organizaciones de mujeres, partidos políticos, asociaciones de profesionales, entre otros. Este apoyo tendrá éxito en la medida que cuente con una importante base popular y una estructura de organización que estimule el análisis de los problemas de salud de los trabajadores y la acción a nivel de la misma. En nuestra ciudad, particularmente se cuenta con “Las Rondas urbanas”, organizaciones reconocidas como defensoras de la población y a quienes acuden familias y personas que necesitan ser defendidas en sus derechos ciudadanos.

La participación de la colectividad es el proceso por medio del cual los trabajadores y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y de la colectividad. La participación de los trabajadores es uno de los principales ejes de la atención básica de salud. Esto no debe ser entendido como una delegación de responsabilidades de las instituciones públicas prestadoras de servicios. Significa también, una posibilidad de integración dinámica entre trabajadores, colectividad y personal de salud, en la cual los sectores ancestralmente marginados en la toma de decisiones sean artífices del

cambio. En el estudio, las conversaciones colectivas con los entrevistados permitieron dilucidar las necesidades de estas organizaciones entre ellos para la atención de su salud y se logró compartir las ideas de planificar acciones, de organizarse, de tomar decisiones y de buscar apoyo intersectorial. El grupo quedó motivado para estas acciones, alcanzándose de esta manera a cumplir con uno de los objetivos del estudio. Las evidencias se verifican en los testimonios de los entrevistados, sobre todo en las reuniones grupales.

#### 4.1. LAS CONDICIONES DE TRABAJO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR DEL COMERCIO AMBULATORIO.

**Tabla 7. Características laborales de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio de Cajamarca. 2010**

<b>CARACTERISITICAS LABORALES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de actividad laboral</b>		
Venta de alimentos crudos/cocidos	<b>176</b>	<b>62,6</b>
Venta de abarrotes	7	2,5
Venta de ropa / zapatos/accesorios	59	21,0
Venta de artesanía	12	4,3
Venta de artefactos eléctricos	5	1,8
Venta de celulares/accesorios	4	1,4
Venta Flores/ Plantas ornamentales/medicinales	13	4,6
Venta de animales menores	5	1,8
<b>Única activad laboral</b>		
Si	<b>246</b>	<b>87,5</b>
No	35	12,5
<b>Actividad adicional al laboral</b>		
Trabajadora del hogar	<b>20</b>	<b>57,1</b>
Comercio en casa	7	20,0
Estudia	8	22,9
<b>Razones de única labor</b>		
Sin preparación para otras actividades	<b>157</b>	<b>63,8</b>
Satisfacción	14	5,7
Necesidad	75	30,5
<b>Ubicación de actividad laboral</b>		
Centro de la ciudad	<b>184</b>	<b>65,5</b>
Alrededor del mercado	65	23,1
Diferentes lugares	32	11,4
<b>Antigüedad Laboral</b>		
< 5 años	<b>102</b>	<b>36,3</b>
6-10 años	67	23,8
11-15 años	53	18,9
16-20 años	24	8,5
20 a más años	35	12,5
<b>Satisfacción e insatisfacción laboral</b>		
<b>Satisfacción laboral:</b>		
Si	<b>190</b>	<b>67,6</b>
No	91	32,4
Razones de satisfacción laboral:		
• Ingresos permiten vivir con la familia	<b>150</b>	<b>78,9</b>
• Permite sentirse útil y realizado como trabajador	<b>40</b>	<b>26,6</b>
Razones de insatisfacción laboral:		
• Control municipal produce incomodidad	40	44,0
• Contaminación ambiental	7	7,7
• Inseguridad por asaltos y maltrato	<b>44</b>	<b>48,3</b>
<b>Relaciones Interpersonales laborales</b>		
Buenas	<b>184</b>	<b>65,5</b>
Regulares	95	33,8
Malas	2	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>281</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.**

En la tabla se revela que la mayoría de los entrevistados del comercio ambulatorio se dedican a labores como vendedores de alimentos crudos o cocidos (62,5%), entre estos verduras, frutas, tubérculos, carnes, menestras y condimentos. Los vendedores de alimentos procesados se dedican a las actividades como: venta de huevos, pan, comida, embutidos, leche de tigre y helados al paso. Es verificable, el gran riesgo de pérdida de su capital, para el caso de venta de productos perecibles y, también el riesgo de consumo de alimentos recalentados por ellos mismos cuando estos no son vendidos el mismo día de su preparación.

Porcentaje representativo (21%) son comerciantes de ropa, zapatos y accesorios (artefactos, celulares, relojes, lentes, entre otros). Tienen como única actividad este tipo de comercio ambulatorio en su mayoría (87,5%), porcentaje reducido (12,5%) tienen otra actividad adicional en horarios de adecuación, siendo 20 entrevistadas como trabajadoras del hogar por horas, comercio en su casa 7 (tienda) y estudian 8 (menores de edad). Las razones por las cuales solo se dedican al comercio ambulatorio en un 63,8%, porque no tienen otro tipo de preparación para desempeñar otra actividad y, por necesidad en un 30,5%. Aunado a estas situaciones estaría el hecho de dedicarse al comercio ambulatorio en un promedio de más de 12 horas por día, verificado por la entrevistadora, que ocurre, en su gran mayoría.

La ubicación de su trabajo ambulatorio, en la mayoría es en el centro de la ciudad (65,5%) y alrededor del mercado central (23,1%) entre las calles Amazonas y Apurímac. En cuanto a la antigüedad laboral puede decirse que los trabajadores del sector del comercio ambulatorio tienen menos de 5 años 36,3%, entre 6 a 10 años 23,8%, entre 11 y 15, 18,9% y de 16 a más de 20 años 21%. Se manifestó que la gran mayoría (67,6%) de los trabajadores se sienten satisfechos en el trabajo del sector del comercio ambulatorio, frente al 32,4%, muy representativo que manifiestan insatisfacción con su trabajo, siendo las razones de satisfacción en su mayoría (78,9%), porque *“les permite vivir con la familia y satisfacer sus necesidades básicas”*, y la insatisfacción con un 48,3% *“por inseguridad, maltrato municipal y asaltos”*, así como en un 44% por la *“incomodidad de cobranzas del municipio”*.

En cuanto a las relaciones interpersonales en el trabajo suelen ser buenas (65,5%) regulares (33,8%) y malas (0,7%).

No requiere mucho esfuerzo constatar por los resultados de la investigación, la posición marginal que ocupa esta masa trabajadora en nuestra realidad peruana y, particularmente en la región Cajamarca, amplio grupo laboral que ahondando en su análisis y rescatando las categorías de condiciones del trabajo ambulatorio, se puede deducir que la mayoría de características corresponden al tipo de trabajo, desempeñado tanto por hombres y mujeres en realidades latinoamericanas deprimidas socioeconómicamente como la nuestra, en donde se han producido grandes cambios desde aproximadamente las dos últimas décadas por el giro tomado al proceso productivo y reproductivo regional, consecuentemente como respuesta al modelo de desarrollo neoliberal implementado en el país, con sus consecuencias de desempleo y subempleo, como es resaltado por varias investigaciones que se hacen referencia en el capítulo II de Escenario del estudio.

Resaltable los resultados respecto del tipo de actividad, que en su mayoría refleja dedicación a la venta de alimentos crudos y procesados, lo que permite inferir que de la misma producción se utiliza para el consumo familiar y, fue verificado en los momentos de la entrevista, donde la familia se reúne alrededor del negocio y consume sus alimentos, tratando de adaptarse a las condiciones físicas del espacio.

De igual manera, el segundo lugar ocupado por la dedicación a la venta de ropa, zapatos y accesorios, necesarios también para la familia y, particularmente en el caso de venta de celulares, contradictoriamente como satisfacción de una necesidad de comunicación o de estar *“actualizados y acorde con el mundo actual”* (versión de los entrevistados) y reflejo del consumismo a moda, acorde con grupos sociales de mejor nivel económico y, socialmente podríamos aseverar, como resultado del proceso de globalización que ha llegado y compromete socialmente a todas las personas, sin distinción de raza, grupo social, etc.

El hecho de, en su mayoría dedicarse solo a la actividad de comerciante ambulante, responde, por un lado, a la falta de oportunidades para tener otros trabajos, y por otro a la falta de oportunidad de tener una mejor preparación/capacitación personal. El nivel de educación de la mayoría se registró en la tabla 1, siendo secundaria y primaria lo

más resaltable. Las mujeres entrevistadas refieren realizar por horas *“actividades domésticas en algunos restaurantes y casas de familia haciendo limpieza, como forma de incrementar los ingresos, dejando a los hijos a cargo del negocio”*, versiones obtenidas en las entrevistas.

Por las características de ciudad con un centro comercial centralizado, alrededor de la plaza central y mercado central, lógicamente que el comercio ambulatorio se localice en estos espacios, como se ha verificado en el estudio, ya que permite tener sus productos a los comerciantes en mejores condiciones de exhibición y a una población mayoritaria, sin embargo esto ya se constituye en un problema determinante de las condiciones de salud, caso particular de problemas nutricionales, por la exposición de los mismos a la contaminación, la falta de agua para la higiene y limpieza, la falta de comodidad para alimentarse, entre otras más limitantes. Todas las personas que realizan alguna actividad y como consecuencia de condiciones de trabajo específicas, se encuentra en la eventualidad de sufrir problemas de salud.

Varios estudiosos de esta relación trabajo y salud, entre estos Betancourt, desde la década del 90 resaltaba que, *“Múltiples molestias, lesiones y enfermedades perfectamente estructuradas tienen sus orígenes en las condiciones de trabajo. La exposición a sustancias y a procesos de tipo físico, posiciones inadecuadas, medios de trabajo peligrosos, jornadas y ritmos de trabajo extenuantes, procedimientos inadecuados, tensiones psíquicas, etc. Son algunos de los procesos que llevan a la enfermedad o muerte de los seres humanos”*.

El Observatorio Latinoamericano de Salud, en su informe publicado en 2005, llamaba la atención para contemplar la realidad de salud enfermedad en nuestras realidades y reconocer un sinnúmero de nuevos padecimientos que han tomado dimensiones de problemas de salud pública. Y, que deberían incluirse en los listados de dolencias asociadas al trabajo y a las condiciones de trabajo.

Así entre los trastornos derivados de la exposición al estrés debería contemplarse: psicosis, depresión mayor, fatiga patológica, burnout, trastornos gastrointestinales (enfermedad ulcerosa péptica, úlcera gástrica y duodenal, dispepsia no ulcerosa, síndrome de colon irritable), enfermedades cardiovasculares (cardiopatía coronaria,

enfermedad hipertensiva, enfermedad cerebrovascular), síndrome de estrés postraumático, trastornos por ansiedad (crisis de angustia, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias), e incluso Karoshi (incapacidad o muerte súbitas por exceso de trabajo).

Entre los problemas de salud derivados de las exigencias ergonómicas habría que tomar en cuenta: síndromes y enfermedades musculoesqueléticas (traumatismos acumulados en hombro y cuello, en mano y muñeca, en brazo y codo, por compresiones y tensiones repetidas, neuropatías por presión), fatiga visual, fatiga física o muscular y mental o psicológica. También se deben reconocer los daños que producen agentes tóxicos y ampliar los tipos de cánceres: hígado, vías biliares, laringe, esófago, estómago, colon y otras partes del tubo digestivo, cerebro, próstata, riñón y mama. Y enfermedades del sistema nervioso generadas por productos químicos capaces de inducir un patrón constante de disfunción neural o cambios en la química o la estructura del sistema nervioso.

Según el informe de la DISA (2010), en la Región Cajamarca, los problemas prioritarios de salud en los adultos, mujeres y hombres, supuestamente población trabajadora, lo constituyen las enfermedades musculoesqueléticas, respiratorias, gastrointestinales y del sistema nervioso. Alarmante también la problemática del cáncer en estos grupos que se viene registrando en el 4to lugar.

Sin embargo, sin desconocer la trayectoria y los aportes valiosos de estos estudios en América Latina, en el Perú y particularmente en la Región Cajamarca, que en los últimos años han generado importantes innovaciones teóricas y metodológicas, en la concepción y práctica de la salud de los trabajadores, existe todavía una predominancia de los enfoques convencionales que traen algunas dificultades en el abordaje integral de la problemática.

En nuestra percepción, uno de los obstáculos para el desarrollo de la salud de los trabajadores se encuentra en las políticas sanitarias y en las prioridades de los sectores oficiales encargados de la implementación de acciones. La salud de los trabajadores no se encuentra en la óptica central de las instituciones públicas o privadas. Para el Estado Peruano son otros los programas que ameritan atención

prioritaria, los que sirven de instrumentos legitimadores de mecanismos amortiguadores de las contradicciones de clase, o los que tienen importantes auspicios financieros, por ejemplo, campañas masivas de inmunización, programas de prevención de problemas de salud emergentes, programas sociales paternalistas frente a la grave problemática nutricional de niños, etc.

Muchos países de América latina, con pequeñas variaciones y en diferentes momentos históricos, se han caracterizado por ser países dependientes en el campo económico, científico y tecnológico. Asimilando y aplicando los conocimientos generados en los países ubicados en los polos de desarrollo, la producción científica y las experiencias de investigación han sido bastante reducidas. El apoyo con estructura física, recursos humanos y financieros para la investigación científica en cualquiera de los campos del conocimiento es insignificante, para el área de salud de los trabajadores es todavía más limitada.

En contraposición con esta realidad y en medio de las dificultades señaladas, en otros niveles se han dado algunos avances en el desarrollo de la salud de los trabajadores con nuevas estrategias, así por ejemplo experiencias que demuestran el interés por salud de los trabajadores, surgido en el seno de los propios trabajadores y de grupos de técnicos y profesionales conscientes de esta problemática.

En el presente estudio, sería de mucho beneficio recoger las versiones en su mayoría de satisfacción, sentirse útiles y realizados frente a su actividad laboral y las buenas relaciones entre compañeros de trabajo informal que manifestaron los entrevistados, así como el interés por organizarse y trabajar colectivamente por el enfrentamiento y búsqueda de soluciones. Los testimonios refieren: *“en el trabajo todos en grupo podríamos tener más beneficios” ... “para mejorar la vida en el trabajo debemos organizarnos” ... “el deber de una asociación de trabajadores, brindar ayuda, defendernos, cuidarnos, unir a la gente, mantenernos informados, reclamar por nuestros derechos, coordinar”.*

Fomentar la participación de las organizaciones femeninas (para el estudio se verificó a mujeres ambulantes con comportamiento de líderes, caso particular de las vendedoras de pan), constituiría un factor importante en el campo de la salud de los trabajadores. La participación de la mujer como agente promotor de salud es

fundamental teniendo en cuenta que últimamente existe una creciente incorporación de la mujer en el trabajo productivo. Por otro lado, los cambios en la estructura y en la organización familiar, obligan a desarrollar nuevos enfoques en la prestación de servicios de salud y en la atención de la madre trabajadora y del niño. Con la reciente integración de la mujer al trabajo y, con la presencia de los niños en guarderías y centros escolares, es menos constante la permanencia de la familia en el hogar lo que justifica llevar los servicios de salud cerca de los lugares del trabajo y de los centros educativos, superando así la opción a la segregación de la que es víctima la mujer, la familia y los hijos en los centros de trabajo.

Algunos manifiestos de las entrevistadas, dan luces respecto de las posibilidades de organizarse y superar los problemas familiares y del trabajo: *“mis padres me dieron ejemplo de trabajo, responsabilidad, unión, esfuerzo” ... “por mi barrio yo haría que mejore, buscaría seguridad, trabajaría, todo” ... “en el trabajo todos en grupo podríamos ayudarnos, hacer mucho más, buscar beneficios” ... “para mejorar la vida en el trabajo, mejorar la comunicación, respeto mutuo, hacer grupos, unirnos”.*

Supremamente importante, en este sentido la participación de la colectividad, trabajadores, familiares, dirigentes, profesionales interesados en el trabajo por la salud del trabajador en nuestra ciudad, asumiendo responsabilidades regionales, Municipales y académicas Algunos avances al respecto, es posible que se puedan alcanzar en la próxima década 2014 con la implementación del Proyecto “Implementación de estrategias para el trabajo de salud en los trabajadores de la ciudad de Cajamarca”, que se espera incluya a equipos multidisciplinarios y financiados por Canon Minero de nuestra UNC, del cual formamos parte.

**Tabla 8. Condiciones de trabajo y conocimientos de los derechos laborales de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio de Cajamarca. 2010**

CONDICIONES LABORALES	Nº	%
<b>Conocimiento de leyes laborales</b>		
Si	4	1,4
No	<b>277</b>	<b>98,6</b>
<b>Organización laboral</b>		
Junta directiva	34	12,1
Ninguna	<b>247</b>	<b>87,9</b>
<b>Opinión frente a organización/o Asociación en su trabajo</b>		
Si es importante	<b>192</b>	<b>68,3</b>
No es importante	89	31,7
<b>Razones de importancia para Asociarse en el trabajo</b>		
Ayuda mutua	<b>149</b>	<b>53,0</b>
Protección y defensa en grupo	43	15,3
<b>Razones para no asociarse en El trabajo</b>		
Falta de tiempo	46	16,4
Intereses personales	43	15,3
<b>Jornada laboral</b>		
4-6 horas diarias	66	23,5
7- 10 horas diarias	<b>215</b>	<b>76,5</b>
<b>Horario laboral</b>		
Mañana	<b>137</b>	<b>48,8</b>
Tarde	11	3,9
Mañana y tarde	133	47,3
<b>Cuenta con condiciones mínimas de saneamiento básico</b>		
Si	60	21,4
No	<b>221</b>	<b>78,6</b>
<b>Uso de medios de protección</b>		
Si	77	27,4
No	<b>204</b>	<b>72,6</b>
<b>Medios de protección que usa</b>		
Mandil de plástico o tela	48	62,3
Sombrilla/toldo de plástico	29	37,7
<b>Distancia de hogar al centro laboral</b>		
< 30 minutos	<b>198</b>	<b>70,5</b>
30-60 minutos	70	24,9
60 a más	13	4,6
<b>Medios de transporte al centro laboral</b>		
Vehículo motorizado	96	34,2
Triciclo, bicicleta	5	1,8
Ninguno (caminando)	<b>180</b>	<b>64,0</b>
<b>Participación a programas de capacitación</b>		
Si	4	1,4
No	<b>277</b>	<b>98,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>281</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

Se puede apreciar por resultados que la mayoría de los trabajadores opina desconocer sobre leyes de protección al trabajo en general y, particularmente al tipo de trabajo que ellos realizan (98,6%), sin embargo, 34 entrevistados manifestaron *“pertenecer a una junta directiva que se encarga de algún control del mercado central”* (versión obtenida en las entrevistas).

La percepción de una gran mayoría respecto de la importancia que tendría el organizarse o asociarse en su trabajo está representado por el 68,3%, siendo las razones de mayor peso *“ayuda mutua 53%”* y *“protección y defensa en grupo 15,3%”*. En un porcentaje representativo (31,7%) opinan no tener importancia la organización o asociarse en grupo *“por no tener tiempo e intereses personales particulares”*.

Relacionando estos resultados con la información, respecto a la jornada de trabajo en horas de los trabajadores ambulantes, encontramos que la mayoría trabaja de 7 a 10 horas diarias (76,5%) y en turnos semejantes de mañana 48,8% y de mañana y tarde 47,3%. Se justificaría con estas informaciones las versiones de los entrevistados: *“siente exceso de responsabilidad por su trabajo muchas veces, todo el tiempo”* ... *“le preocupa que no le alcanza el tiempo para dedicarse a su hogar, hijos y familia muchas veces, todo el tiempo”*.

Una visión superficial de la salud ocupacional convencional relacionada con la jornada de trabajo en los modelos de desarrollo socioeconómico capitalista imperante en nuestras realidades latinoamericanas, caso particular de nuestro país y específicamente de la Región Cajamarca, solo permite identificar que en 7 a 10 horas (en la mayoría de los entrevistados del estudio), este grupo de trabajadores utiliza las instalaciones, material de venta, equipos, etc., para cumplir con una determinada actividad (venta) y, en el caso particular, para consumo (incluso descanso) y que en estos procesos puede sufrir el impacto de algunos riesgos.

Los aportes de la Economía Política, en cambio ayudan a profundizar y desentrañar lo que las apariencias ocultan. Si la ley fundamental de la producción capitalista es la de no solo producir valor de uso, sino un artículo que pueda ser destinado a la venta, es decir una mercancía que tenga valor de cambio y que a su vez ese valor sea *“mayor que la suma de los valores de las mercancías requeridas para su producción, de los*

medios de producción y de la fuerza de trabajo”, a la jornada laboral hay que comprenderla en sus tres momentos: tiempo socialmente necesario para su reproducción como fuerza de trabajo, es decir, el valor de los bienes que el trabajador debe consumir para recuperar, mantener la capacidad física y mental para que pueda continuar cumpliendo con la tarea. Evidentemente este tiempo ocupa solo una parte de la jornada de trabajo. El otro momento denominado como de plusvalor para percibir la ganancia del día y, durante la jornada, dependiendo de las características de la organización de su trabajo, el trabajador puede suspender temporalmente su actividad para hacer una pequeña pausa, para ir al baño o para conversar con sus compañeros. A este momento es lo que se denomina tiempo muerto, un tiempo que para los trabajadores debería ser un tiempo de vida, de respiro, de descanso, de relaciones, de humanidad.

Tomando en cuenta este marco, en el estudio podemos inferir que con el desarrollo de la sociedad y el avance tecnológico han sido aprovechados en la producción capitalista para disminuir la duración del tiempo socialmente necesario y conseguir que se prolongue el tiempo de plustrabajo. En otro intento de aumentar las ganancias, es posible que se disminuya o elimine el tiempo muerto, hechos que aparentemente parecerían que no tienen ninguna relación con la salud de los trabajadores, en la práctica existen expresiones concretas, por ejemplo, que son recogidas al auscultar la morbilidad sentida durante el año y que se presentan en la tabla condiciones de salud, con porcentajes preocupantes de problemas musculoesqueléticos, cardiorespiratorias y gastrointestinales.

Estudios realizados y registrados en el Informe alternativo sobre la Salud en América Latina (2005), señalaban, por ejemplo, que muchos de los trabajadores de la calle no disponen de sanitarios para sus necesidades y en esas condiciones los trabajadores preferían no ir al baño y algunos se quejaban de constipación y diarreas que antes no la sufrían. Nuestros trabajadores ambulantes no cuentan con servicios sanitarios a su disposición en los lugares donde ubican su actividad laboral, los sanitarios del mercado central es su única opción y es, muy lamentable observar a niños haciendo las necesidades en la calle al aire libre, o a las madres cambiando sus pañales desconociendo toda regla de saneamiento urbano. La información del estudio revela

que el 78,6% de entrevistados no cuenta con las condiciones mínimas de saneamiento básico en el trabajo

Las versiones vertidas en las entrevistas reflejan en una gran mayoría de entrevistados en estas situaciones: *“mi salud antes de trabajar era buena” ... “para mejorar la vida en el trabajo, tener mejores posibilidades económicas, sanitarias, de comodidad” ... “yo creo que mi trabajo es peligroso, sí” ... “lo peor de mi trabajo es el clima frío, la contaminación, el esfuerzo, cansancio”.*

Los entrevistados no utilizan, en su mayoría, algún equipamiento para protección en el trabajo (72,6%). Entre las razones por lo que no utilizan los entrevistados es porque no tienen posibilidades (49,8%), desconocimiento (16,4%), sin embargo, no considera necesario (6,4%). Así mismo los medios que utiliza para protegerse es mandil de plástico o de tela con 17,1% y 10,3% hace uso de sombrilla o toldo. Situación que se percibe como de gran riesgo, para el trabajador y para el consumidor y es propio de las condiciones laborales deprimentes que reflejan el poco interés de la institución municipal protectora del medio ambiente en la ciudad. Y mucho menos el interés por la salud del trabajador ambulante.

Situación que habría de justificarse por la concepción de trabajo, beneficios y aportes hacia las familias y la sociedad en general que en nuestros representantes políticos locales, regionales y nacionales se tienen. A pesar de esta realidad señalada, queda aportar en la resolución de estos problemas, lo que debe constituirse en un reto para los investigadores, profesionales, técnicos y trabajadores preocupados por la salud laboral. Algunos grupos ya se han iniciado en este proceso, como se menciona al grupo de Canon Minero de la UNC, y para continuar en el debate planteamos ciertas inquietudes como integrantes de este grupo investigativo: ¿cuáles son y qué características tienen las diferentes formas productivas y de trabajo que coexisten con la producción de estos trabajadores ambulantes en la ciudad de Cajamarca?, ¿Cuándo se trata de analizar la salud de los trabajadores, a pesar de lo determinante, resulta insuficiente el análisis de la categoría trabajo exclusivamente alrededor de la producción y del consumo?. Y, en la perspectiva de entender mejor la manera y la forma cómo influye en la salud, bienestar y en los procesos deteriorantes, es necesario

dar respuesta a algunas inquietudes que se refieren a la concepción misma del trabajo.

Se percibe con la experiencia de trabajo en este campo que, uno de los aspectos poco considerados en el tratamiento del proceso salud y trabajo se enmarca en el ámbito de las significaciones. Esto quiere decir que en los diferentes momentos del desarrollo social y en cada uno de los grupos sociales de la actualidad existen diferentes formas de asimilación subjetiva de lo que es trabajo.

Al respecto de lo manifestado, algunos filósofos, entre ellos Severino (1992) rescatado en el trabajo para la comprensión de esta realidad y basándose en el pensamiento de Marx, definen el ámbito de trabajo tomando como eje de análisis la dialéctica entre la necesidad y la libertad. “El trabajo es una actividad humana que se mueve en la esfera de la necesidad. El hombre trabaja en cuanto que obra bajo la presión de la necesidad exterior, cuya satisfacción asegura la existencia del individuo. Una misma actividad es o no trabajo según que se efectúe o no como una necesidad natural, es decir, como una premisa indispensable de la existencia. La actividad humana que está determinada únicamente por una finalidad interior y no depende de una necesidad natural o de una obligación social, no es trabajo, sino libre creación, independientemente de cuál sea la esfera en que se realiza”.

De acuerdo a ello, podemos inferir que la falta de interés por la salud del trabajador, en general en el país y particularmente, en Cajamarca a nivel de Municipio Provincial por el trabajo de ambulantes, es por la concepción de que solo genera productos que tienen como finalidad la reproducción y expansión del capital. Concepción que se corresponde con el trabajo improductivo, inclusive percibido como no trabajo. Esta situación justifica el hecho de que los trabajadores del sector del comercio ambulatorio, en su mayoría, no participan en algún programa de capacitación (98,6%), frente a lo cual, sin embargo podría ser de gran provecho para el trabajador, para su recuperación física, el corto tiempo que utilizan para trasladarse a su trabajo, la mayoría (70,5%) emplea menos de 30 minutos, (24,9%) la distancia es de 30 a 60 minutos y 4,6% lo realiza en un tiempo de 60 a más minutos. Los medios de transporte que emplean es caminando (64,1%), vehículo motorizado como: combi, mototaxi, taxi, microbús (34,2%) y otros como: triciclo, bicicleta (1,8%).

Enfatizando lo señalado, en esta parte de la comprensión del objeto de estudio, podemos trabajar a nivel de investigaciones multidisciplinarias con la concepción de que el proceso salud enfermedad se corresponde de manera inseparable con las formas de vida y trabajo de los distintos grupos sociales. Este proceso tiene determinantes y expresiones jerárquicamente establecidas, con un sistema de relaciones regidas por leyes biológicas y sociales. Por esta razón, cuando se estudia la salud enfermedad de la población trabajadora, es adecuado retomar los niveles de análisis de lo general, de lo particular y de lo singular que lo plantea Minayo y otros investigadores (2005), a propósito del estudio de la división del trabajo dentro de las sociedades y que fue retomado de Noriega y Otros (2005): “Para conocer con mayor precisión qué son la salud y la enfermedad debemos abordarlas en tres niveles: el biológico, el individual, y el colectivo. Cada uno de estos entiende a la salud y a la enfermedad de manera diferente y explica distintos problemas de la realidad”. Así en nuestra concepción, el proceso salud enfermedad, de nuestros trabajadores del comercio ambulatorio de la ciudad de Cajamarca, a pesar de que se expresa de manera concreta en los individuos, se corresponde a la manera como trabajan, viven, se alimentan, se educan, descansan, se recrean, se organizan los grupos humanos a los que pertenecen dichas personas. Por lo tanto, las expresiones concretas de salud de los trabajadores y sus determinantes no podemos encontrarlas tan sólo en la corporeidad del ser ni exclusivamente en las cuatro paredes de su centro laboral. Tampoco se debe soslayar la importancia de las expresiones surgidas en la dimensión singular del ser, porque a pesar de que se corresponda con una colectividad, tendrá características personales que le hagan diferente a los demás. Por eso la importancia de recuperar la subjetividad de los trabajadores al momento de abordar la relación salud-trabajo. En esto, las técnicas cualitativas introducidas últimamente en el estudio de los trabajadores, cobran alta significación (Minayo, 2005).

## 4.2. PROCESO SALUD ENFERMEDAD DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR DEL COMERCIO AMBULATORIO.

**Tabla 9. Condiciones de salud de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio de Cajamarca. 2010**

CONDICIONES DE SALUD	Nº	%
<b>Se considera con salud</b>		
Si	<b>228</b>	<b>81,1</b>
No	53	18,9
<b>Percepción para considerarse con salud</b>		
Sentirse bien	<b>203</b>	<b>89,0</b>
Poder laborar	25	11,0
<b>Conceptos sobre salud</b>		
Ausencia de síntomas físicos	<b>237</b>	<b>84,3</b>
Ausencia de problemas económicos	6	2,2
Bienestar psicoemocional	38	13,5
<b>Conceptos sobre enfermedad e incapacidad</b>		
Molestias físicas	<b>185</b>	<b>65,8</b>
Problemas emocionales	35	12,5
No poder trabajar	61	21,7
<b>Actividades saludables</b>		
Alimentación adecuada, sueño y deporte adecuados	<b>128</b>	<b>45,6</b>
Práctica de creencias populares y mágico religiosas	53	18,9
Evitar malos hábitos/ Prevenir enfermedades	34	12,1
Trabajar	51	18,1
Relaciones interpersonales adecuadas	15	5,3
<b>Razones para enfermar</b>		
Contaminación ambiental	76	27,0
Inadecuada alimentación, higiene y actividad	<b>152</b>	<b>54,1</b>
Falta de medidas preventivas.	53	18,9
<b>Primeras acciones que realiza cuando se enferma</b>		
Medicina formal	<b>212</b>	<b>75,4</b>
Empírico popular	57	20,3
Automedicación	12	4,3
<b>Lugar donde atiende su salud</b>		
MINSA	<b>226</b>	<b>80,4</b>
EsSalud	13	4,6
Consulta privada	4	1,5
Ninguno	38	13,5
<b>Asegurado</b>		
Si	80	28,5
No	<b>201</b>	<b>71,5</b>
<b>Morbilidad sentida</b>		
Cardio respiratorias	94	33,5
Gastrointestinales	33	11,7
Musculo esquelético	<b>144</b>	<b>51,2</b>
Estrés	10	3,6
<b>Dificultad en el trabajo por la dolencia</b>		
No	39	13,9
Si	<b>242</b>	<b>86,1</b>
<b>Relación de trabajo y enfermedad</b>		
Si	241	85,8
No	40	14,2
<b>Riesgos laborales</b>		
Ambientales/seguridad	182	64,8
Arquitectónicos, químicos, biológicos	99	35,2
<b>Mecanismos de protección a los riesgos</b>		
Si requieren mecanismos de protección	91	32,4
No prevé mecanismos de protección	26	9,3
No sabe mecanismos de protección	<b>204</b>	<b>72,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>281</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

Al abordar la salud enfermedad como un proceso, es necesario contemplar una estructura en la cual los elementos biológicos, psíquicos y sociales se interrelacionan dando origen a un proceso contradictorio y en movimiento, donde el hombre no es un ser aislado sino un conjunto de relaciones económicas, políticas, sociales e intelectuales que intervienen mutuamente (Egry, 1996; Breilh, 2008; Infante, Alvarez, 1991).

Dentro de este marco pretendemos comprender nuestro objeto de estudio: la salud enfermedad de nuestros trabajadores del comercio ambulatorio determinada por las condiciones de vida y de trabajo en que se desenvuelven en la ciudad de Cajamarca. Por esta razón, partimos contrastando la información obtenida a través de los instrumentos (particularmente del cuestionario), informaciones vertidas por los entrevistados en las entrevistas, reuniones grupales, donde se detectó una clara concepción tradicional de salud enfermedad, enmarcado en un concepto biologista de unicausalidad, configurado por la presencia y/o ausencia de síntomas físicos, el estar activo, con incapacidad para la actividad, adecuada alimentación con inadecuada alimentación, en contraposición con el aspecto socioeconómico que lo relacionan con la ausencia o presencia de problemas económicos, vicios, desempleo y, en última instancia aparece el factor emocional y espiritual.

Las respuestas más sobresalientes obtenidas nos muestran la percepción relacionada con esta posición en el grupo de estudio y confirman al interrogatorio, encontrándose que: *“se considera con salud, en su mayoría (81,1%) si; porque se siente bien (89%), puede trabajar (solamente 11%); estar sano significa ausencia de síntomas físicos (84,3%) bienestar psicoemocional (13,5%), no se considera con salud por molestias físicas (65,8%), no poder trabajar (21,7%)*

Al respecto de las acciones realizadas para mantenerse sano es *“adecuada alimentación, sueño y deportes adecuados (45,6%), práctica de creencias populares y mágico religiosas (18,9%), trabajar (18,1%), evitar malos hábitos, prevenir enfermedades (12,1%), relaciones personales adecuadas (5,3%)”*. En cuanto a las razones por las que se producen las enfermedades se observa que, un elevado porcentaje *“(54,1%) le atribuye a una alimentación inadecuada y deficiencias*

*higiénicas de actividad, seguido de contaminación ambiental (27%) y falta de medidas preventivas (18,9%)”.*

Contrastando estas respuestas con las obtenidas en grupo se encontró coincidencia, así para mantenerse sano *“se necesita comer bien, no comer en exceso, no ingerir comidas calentadas, mantenerse activos, hacer deporte, autocuidarse, encomendarse y leer la biblia”*. Por otra parte, como causa de enfermedad expresan *“contaminación de los alimentos y del agua dan problemas estomacales, las picaduras por insectos dañan la piel, la contaminación de los carros produce el mal de pulmón, la falta de comodidad da dolores de espalda y cintura”*.

En un marco más amplio, estas manifestaciones de los entrevistados pueden ser inferidos como, atribuidos y consecuencia de la condición socioeconómica política e ideológicamente dependiente del modelo de desarrollo capitalista en que se desenvuelven y que, lógicamente deriva a concepciones alienadas en la población relacionadas con la salud y la enfermedad: salud como un bien tangible, una mercancía y para el caso específico de la enfermedad como un hecho biológico natural de la persona, en cuya generación pueden influir factores socioeconómicos pero en sí mismos no tienen carácter social. La noción antropológica de las necesidades de salud, se reduce a las creencias de que son un listado de aspiraciones o motivaciones psicológicas, o demandas físico funcionales surgidas en individuos libres y aislados por la cultura. Este montaje está dado a partir de la negación de la interrelación entre lo biológico, lo psicológico y lo social (Cerna, 2011).

En nuestra concepción, insistimos en que el verdadero concepto de salud enfermedad no puede basarse en abstracciones sutiles ni en subjetivismos, sin relación con las necesidades globales de las sociedades humanas y ajenas a las preocupaciones de estas, porque el proceso salud enfermedad es el resultado global, dinámico variable, individual-colectivo, de todas las influencias y determinantes sociales que se originan en las estructuras y en el funcionamiento de las formaciones sociales en que vivimos (Observatorio Latinoamericano de Salud, 2005). Algunos y muy limitados de los testimonios de los entrevistados podrían ser tomados en cuenta para investigaciones cualitativas, por ejemplo, *“qué significa para Ud. estar enfermo...ser pobre...no tener*

*trabajo ...qué significa para Ud. estar sano...tener buenas condiciones de vida ...tener oportunidades de controles de nuestra salud” .*

Así, concibiendo la salud enfermedad como proceso originado en la formación social, nos orienta a pensar en su origen, en las estructuras sociales y en su distribución social. Para el caso del estudio, grupo poblacional de trabajadores del comercio ambulatorio, su posición social refleja pertenencia a un estrato medio bajo y bajo socioeconómicamente clasificado. Por lo que su “proceso salud enfermedad no debe ser conceptualizado sólo como un conjunto desestructurado de factores de riesgo biológicos y sociales, sino como una estructura en la cual los elementos guardan relación entre sí y, dentro de la cual, la importancia de un elemento no está dado por su lejanía o cercanía del efecto sino por el nivel de determinación que tiene respecto al resto de los fenómenos. Esto significa principalmente que lo social tiene una jerarquía mayor que lo biológico” (Breilh, 2005).

Lo planteado anteriormente, entonces nos muestra que no se puede considerar la salud como un proceso biológico de causa única que se produce o no aisladamente de todo lo que la sociedad significa para el hombre, como si este fenómeno sucediera sólo en nuestra biología individual al margen de dicha sociedad y, ante tal evento se debe tratar con lo que se ofrece en el mercado de la atención oficial, como los resultados lo demuestran en el estudio ante la interrogante que acciones realizan cuando se enferman y adonde acuden: *“Cuando enferman acuden a los servicios públicos de atención a la salud del MINSA”, en su mayoría ((80,4%) y así mismo “no cuentan con otro seguro que no sea el SIS en un 28,5%”. Las razones por lo que no cuenta con un tipo de seguro de salud son “por desconocimiento 39,0%, 23,5% no tiene ingresos suficientes para asegurarse y el 1,4% por una mala atención”.*

Esta situación deriva a la comprensión de que definitivamente, no se da la motivación necesaria a nivel de los organismos oficiales para la captación y manejo de los problemas de salud en nuestro país, no obstante que en los lineamientos se registra claramente acciones estratégicas de promoción y prevención en poblaciones más necesitadas y deprimidas, como es el caso del grupo de estudio.

Situación que habría de ser discutida y cuestionada a partir de los conceptos teóricos y prácticos de la salud ocupacional hegemónica que se sustenta en los principios de la clínica y básicamente de la epidemiología tradicional. En este sector, es cuestionable como se considera al trabajo, como un simple factor externo productor de enfermedades o accidentes, al centro o lugar de trabajo como un ambiente que contiene agentes y que al ingresar al cuerpo del trabajador ocasionan cambios tisulares y órgano funcionales, a la relación salud-trabajo como una simple asociación empírica de causa efecto, a los efectos como hechos terminales de cuadros mórbidos bien definidos, al proceso salud enfermedad como expresiones aisladas del contexto social, o siguiendo las posiciones de multicausalidad, como resultado de la intervención de múltiples factores aislados. Desconociéndose que la salud se encuentra en íntima relación con las formas de vida y trabajo de los seres humanos.

En esta concepción, las acciones sanitarias no deben encaminarse solamente a ciertos aspectos sino a todos los ámbitos. Por ejemplo, con el monitoreo epidemiológico de la salud de los trabajadores se abre una interesante alternativa para el conocimiento profundo de la realidad de este campo, teniendo en cuenta que la problemática de la salud de los trabajadores es más amplia y compleja, requiere de múltiples y diversas alternativas que crucen los niveles de promoción, prevención, protección, curación, reinserción y rehabilitación. Por ello es necesario pensar en un sistema de atención básica que dé cuenta de estos niveles.

Varios investigadores de América latina, sobre la salud enfermedad y su atención en nuestras realidades, coinciden al confirmar que el reconocimiento de la relación entre salud, trabajo, enfermedad y entre producción y bienestar del trabajador resultará tan importante como el reconocimiento del derecho a la salud, como una obligación y beneficio para el individuo y para la sociedad. La salud de los trabajadores es obligación y deber de todos. Y, así siendo, es necesario implementar estrategias que permitan llegar con actividades básicas a todos los trabajadores en general, a sus familiares mujeres y niños, contemplando su diversidad y complejidad.

Se superaría la visión de concentrarse solamente en las expresiones terminales del proceso salud enfermedad de los individuos, haciéndose necesario monitorear las expresiones de este proceso en las colectividades humanas, entendidas estas no solo

como agregados naturales definidos por el sexo, la edad o el estado civil de la persona, sino fundamentalmente por aspectos que recuperan la historia y dinámica de los grupos. Coincidiendo con Breilh (2005) y Minayo (2005), la percepción del trabajo en salud con los trabajadores, en general y particularmente con los del sector comercial ambulatorio en nuestra ciudad, debe ser entendida por la inserción que tienen en el proceso productivo, por la cultura y demás características de la etnia o nacionalidad a la que se corresponde, por sus particularidades de género y en fin por otros componentes propios de la dinámica de los grupos.

Así, al hablar de trabajadores del comercio ambulatorio, significaría una historia, una posición en la sociedad y un componente del proceso productivo peruano en general. Se consideraría las expresiones de salud o enfermedad, los saberes y prácticas de los trabajadores en tanto individualidades y en tanto grupos laborales, sus condiciones de vida y, por supuesto, todos los detalles de las condiciones de trabajo. Constituyéndose en posibilidad para ser aprovechada, los resultados del estudio referentes al reconocimiento de que *“la enfermedad es dificultad para el trabajo (86,1%), relacionando trabajo con enfermedad en un gran porcentaje (85,8%), tienen riesgos laborales ambientales, de seguridad (64,8%), arquitectónicos, químicos y biológicos (35,2%) y si reconocen la importancia de poder contar con mecanismos de protección a los riesgos en un 72,6%”*.

En los resultados se encontró que los entrevistados *“si reconocen haber dejado de trabajar por la enfermedad, en su mayoría (73,7%)”*, es posible que el problema de salud por su gravedad les impidiera asistir, tanto a ellos como particularmente por la enfermedad de las mujeres o de los hijos. Y, es muy importante también la versión vertida respecto de las primeras acciones que realizan cuando se enferman que es *“acudir a la medicina formal (75,4%), empírico popular (20,0%) y a la automedicación (4,3%)”*. Como se puede observar, con estos comportamientos del trabajador frente a sus problemas de salud, se constituye en objeto de las actividades finales y no sujeto de todo el proceso y las respuestas específicas se circunscriben al centro laboral y al grupo de trabajadores sólo en tanto portadores de sintomatología similar. Al auscultar la morbilidad sentida se reportaron, *“problemas musculo esqueléticos en un 51,2%, seguidos de cardiorespiratorias con 33,5% (las más frecuentes gripe, bronquitis,*

*asma, amigdalitis) y gastrointestinales con 11,7%, siendo el estrés solamente en el 3,6%”.*

Esta realidad, es muestra clara de la concepción ideológica capitalista producto de la organización social dominante llamada medicina formal y, mientras persistan sectores de la población explotados, la atención de la salud será una mercancía que debe ser adquirida en el mercado con altos costos. Esta realidad conduce a que la población se vea en la necesidad de combatir la enfermedad, haciendo uso de la medicina informal por medio del farmacéutico en las farmacias, la automedicación, la consulta a los familiares y otros, constituyéndose la medicina empírico popular en una manifestación social de ciertas clases que no poseen el poder monetario para sufragar los gastos que demanda la medicina formal.

Es imprescindible retomar la concepción de que para explicar las condiciones de vida, no basta relacionarla con el trabajo, sino que hay que relacionarla con la vida de consumo y familiar así como con los determinantes de la vida organizativa y cultural, donde también ocurren esos tipos de procesos que coparticipan en la definición del proceso salud enfermedad. Dicha circunstancia, exige desde el punto de vista metodológico, analizar de qué modo se combinan unos procesos para deteriorar o mejorar las condiciones de vida y afectar la salud (Breilh, 2008).

Por lo manifestado, entonces, podemos resumir que, para analizar la información, en los estudios de este tipo, se requiere utilizar la técnica de Triangulación de los datos, que tiene como objetivo alcanzar la máxima amplitud de la descripción, explicación y comprensión del objeto en estudio, salud/enfermedad de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio. Esta técnica parte del principio que sustenta que es imposible concebir la existencia aislada de un fenómeno social, sin raíces históricas, sin significados culturales y sin vinculaciones estrechas y esenciales con una macro-realidad social (Triviños, 1992; Minayo y Otros, 2005).

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el estudio la comprensión de las condiciones de vida y las condiciones de trabajo de los trabajadores y trabajadoras del comercio ambulatorio de la ciudad de Cajamarca como determinantes de su salud-enfermedad, se inicia interpretando y analizando los resultados de los instrumentos aplicados a las personas, sujetos de estudio, que se presentan en tablas con datos numéricos ordenados y clasificados. Esta información, a su vez es confrontada con la información obtenida en las reuniones, testimonios y observaciones empíricas. En este proceso se arriba a la conclusión de verificación de los supuestos hipotéticos, a las conclusiones y recomendaciones más relevantes del estudio, dentro de la visión de que lo verificado solamente muestra una apariencia de la realidad del momento históricamente determinado, y se constituye en punto de partida para nuevas construcciones del conocimiento del objeto de estudio. Así:

- El grupo de estudio con sus condiciones de supervivencia, desarrollo de su cultura, características sociales, económicos, políticos, etc. y las formas de relación y asociación que los caracteriza, entre otros eventos, pertenece al grupo social denominado como Pequeños comerciantes, por la capacidad de reproducirse de manera independiente, por disponer de medios de producción propios y utilizar generalmente la mano de obra familiar que no es remunerada, Siendo así, el producto de su trabajo es apenas el medio necesario para su reproducción como fuerza de trabajo y de su familia y, para el caso de las mujeres, como lo señalan algunos estudios son estrategias de generación de ingresos y, por ende, estrategias de conservación de ingresos económicos.
- El proceso de análisis de la salud enfermedad, hace referencia a relaciones estructurales complejas, dentro de las cuales están la forma como se percibe en un determinado grupo social este fenómeno, siendo su base para esta comprensión el entorno de vida y los patrones con los cuales se interpreta la relación con el cuerpo (biológico-físico). En el estudio, se encontró que todo este proceso está mediatizado por las condiciones de supervivencia de los trabajadores del comercio

ambulatorio, el desarrollo de sus niveles culturales, sociales, económicos, políticos, etc., y las formas de relación y asociación que los caracteriza, entre otros eventos.

- Por lo manifestado anteriormente, se recomienda estudiar la salud enfermedad de la población trabajadora, retomando los niveles de análisis de lo general, de lo particular y de lo singular que lo plantea Minayo y otros investigadores (2005), y que fue retomado de Noriega y Otros (2005): “Para conocer con mayor precisión qué son la salud y la enfermedad debemos abordarlas en tres niveles: el biológico, el individual, y el colectivo. Cada uno de estos entiende a la salud y a la enfermedad de manera diferente y explica distintos problemas de la realidad”.
- El grupo de estudio, con patrones de vida específicos, tiene un perfil epidemiológico característico (problemas de salud musculo esqueléticos, cardiorrespiratorios gastrointestinales), determinado por sus condiciones propias de vida y de trabajo, práctica doméstica y de consumo, vida cultural y organizativa, que encarnan procesos dañinos y también protectores y de defensa característicos, sin embargo las respuestas en las entrevistas personales y colectivas reflejan una clara concepción tradicional de salud enfermedad, enmarcado en un concepto de unicausalidad, configurado por la presencia y/o ausencia de síntomas físicos, el estar activo, con incapacidad para la actividad, adecuada alimentación con inadecuada alimentación, en contraposición con el aspecto socioeconómico que lo relacionan con la ausencia o presencia de problemas económicos, vicios, desempleo y, en última instancia aparece el factor emocional y espiritual.
- Ahondando en el análisis de la relación de las categorías de estudio, condiciones de vida y de trabajo, nos remite a reflexionar sobre el concepto del proceso salud enfermedad en el grupo de estudio, determinado por sus condiciones de vida y de trabajo, no obstante que este se exprese de manera concreta en los individuos, y que corresponde a la manera como trabajan, viven, se alimentan, se educan, descansan, se recrean, se organizan los grupos humanos a los que pertenecen. En el grupo, de estudio estos conceptos durante las entrevistas, resaltando que las expresiones concretas de su salud y sus determinantes no podemos encontrarlas tan sólo en la corporeidad del ser ni exclusivamente en las cuatro paredes de su

centro laboral, y que tampoco se debe soslayar la importancia de las expresiones surgidas en la dimensión singular del ser, porque a pesar de que se corresponda con una colectividad, tendrá características personales que le hagan diferente a los demás. Por eso se recomienda las técnicas cualitativas introducidas últimamente en el estudio de los trabajadores que vienen teniendo gran significación.

- Por lo tanto, enfatizando lo señalado, en esta parte de la comprensión del objeto de estudio, se recomienda trabajar a nivel de investigaciones multidisciplinarias con la concepción de que el proceso salud enfermedad se corresponde de manera inseparable con las formas de vida y trabajo de los distintos grupos sociales. Este proceso tiene determinantes y expresiones jerárquicamente establecidas, con un sistema de relaciones regidas por leyes biológicas y sociales. En otras palabras, la salud enfermedad de los trabajadores hay que entenderla, a la luz de las leyes sociales, históricamente determinadas y que tienen expresiones concretas en lo general, en lo particular y en lo singular. Esto no significa que los procesos sean inmutables y que sigan una dirección predeterminada.
- Bajo la óptica de que es incuestionable la importancia que tiene la organización del personal para avanzar en la consecución de nuevas condiciones de trabajo y salud, se recomienda la posibilidad de realizar estudios e investigaciones partiendo de las necesidades sentidas de la población trabajadora, la implementación de programas de educación y capacitación, por la Región de Salud, el gobierno local, por ejemplo. Las políticas de salud deben incluir en sus agendas programas de intervención con la masa trabajadora en todos los modos de su inserción. Es muy difícil, por no sentir imposible, que surja lo señalado por el interés y gestión de una sola persona, al margen de los demás, inclusive en la posibilidad de cambiar la conciencia de los propios trabajadores, la dinámica de lo colectivo es la única garantía. Mensaje que se hizo llegar al grupo de entrevistados, durante la recolección de datos individuales y colectivos por el equipo investigador, teniendo en cuenta uno de los objetivos planteados.
- La posibilidad, de hacer este estudio, ha permitido refrendar la importancia de trabajar por la participación activa de los trabajadores en la mejora de sus condiciones de vida y de trabajo para controlar su determinación en su proceso

salud enfermedad, en nuestra realidad, ciudad de Cajamarca. Sin embargo, consideramos que será necesario vencer algunas dificultades y limitaciones, ya que motivar la implementación de un modelo participativo para el trabajo en salud de los trabajadores ambulantes del comercio informal, no puede dar cuenta de toda una realidad, además será necesario socializar esta investigación a nivel nacional, regional y local, y establecer estrategias de trabajo corporativo entre lo político, académico y gubernamental.

- En este siglo XXI, con los avances de la ciencia y la tecnología, parece inconcebible que no se puedan evaluar adecuadamente las condiciones de salud de los trabajadores y contar con una información veraz en las instituciones de salud. Persiste, en nuestras realidades latinoamericanas, la falta de un sistema integral y programas específicos que respondan adecuadamente a las condiciones laborales y de salud de los trabajadores. Nuestras legislaciones en este campo no se cumplen, las acciones de organismos como MINSA y EsSALUD, por ejemplo, son muy limitadas, dispersas e incluso contradictorias y tienden a la evaluación del daño, no se programa la real vigilancia epidemiológica, y menos se trabaja en la promoción y prevención de los riesgos laborales, en ningún nivel.
- Se hace indispensable modificar las políticas de las instituciones públicas y empresariales para que se reconozcan los reales problemas de salud de la población trabajadora, y se puedan dar alternativas para mejorar las condiciones de trabajo y, de vida de nuestros trabajadores ambulantes, en particular y, de los trabajadores peruanos, en general. Finalmente, retomando la concepción de que la salud enfermedad de hombres y mujeres, se construye en medio de contradicciones sociales y de las condiciones específicas de reproducción social, determinaciones moduladas por las asignaciones de roles y valorizaciones de género que expone a las mujeres de manera diferencial a procesos protectores o destructivos, que van definiendo riesgo, capacidades de respuesta y efectos terminales, es necesario tomarlos en cuenta, cuando los profesionales de salud, educación, sociología, entre otros, trabajan con educación y capacitación, o en los términos de grupos feministas, “posición humana y política...para la defensa de la salud y la vida en las mujeres trabajadoras”.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Amaya RP. La Caracterización de las familias: base y propulsión del desarrollo de Enfermería en Salud Familiar en Centro América y la Patagonia. Rev. La Investigación y el Cuidado en América Latina. 2005; 1(1):433-446.
2. Análisis Situacional de Salud (ASIS) Dirección Regional Salud Cajamarca. Oficina General de Epidemiología; 2008.
3. Betancourt O. La Salud y el trabajo. Reflexiones teórico metodológicas. Monitoreo epidemiológico, atención básica en salud. CEAS, OPS. Ecuador; 1995.
4. Breilh J, Granada E. Investigación de la salud en la sociedad: Guía pedagógica sobre un nuevo enfoque de método epidemiológico, San Pablo, Abrasco; 1986.
5. Breilh J. El género entre fuegos: Inequidad y esperanza. 3 era ed. Ed. CEAS. Quito –Ecuador; 1996.
6. Breilh J. Epidemiología: Economía, política y salud. Editora Universidade Estadual Paulista: fundação para el desenvolvimento da UNESP - HUCITE, São Paulo; 1991.
7. Breilh J. Informe alternativo sobre la salud en América Latina. Observatorio Latinoamericano de Salud. CEAS. Ecuador; 2005.
8. Breilh J. Mujer, trabajo y salud. CEAS. Canadá; 1994.
9. Breilh J. Aceleración Global y Despojo. El Retroceso del Derecho a la Vida y la Salud Pública en las décadas neoliberales. Quito: Universidad Simón Bolívar; 2008.
10. Casilda R. América Latina y el Consenso de Washington. Boletín económico de ICE n° 2803, 2004. Disponible en: [fecha de acceso 18 de julio del 2014]; URL Disponible en: [biblioteca.hegoa.ehu.es/](http://biblioteca.hegoa.ehu.es/)
11. Carranza L. El PBI Peruano Crecerá 4% en el 2009 y 5% en el 2010, estima Ministro Carranza. 28 de abril, Lima; 2009. [fecha de acceso 28 de abril del 2009]; URL Disponible en: <http://elcomercio.pe/noticia/279426/pbi-peruano-crecera-2009-2010-estima-ministro-carranza>.
12. Castellanos P. Las ciencias sociales en investigación en salud en Venezuela. Cuenca- Ecuador; 1983.
13. CELATS. Conceptos analíticos de calidad y condición de vida y su relación con categorías empleados en medicina social; 1991. [fecha de acceso 12 de noviembre del 2010]; URL Disponible en: <http://www.veneno.com/2004/v-85/beni.html>.

14. Cerna MB. Enfermeiras de Cajamarca (Perú): Condições de vida e trabalho. [tese]. Sao Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de Sao Paulo, |999.
15. Cerna MB. Tendencia actual del rol de la mujer latinoamericana y repercusiones en la familia. Trabajo presentado, I Jornada de Investigación Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; noviembre, 2010. Lima, Perú. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza.
16. Cerna MB. Sistematización de un Modelo de Enfermería para el estudio de la salud enfermedad en Familia. Cajamarca: Editora Universidad Nacional de Cajamarca; 2011.
17. Cerna MB. , Fernández GF. Enfermería Profesional en el Perú: Determinantes sociales de su creación, formación y desarrollo en el siglo XX. Cajamarca: Editora Universidad Nacional de Cajamarca; 2013.
18. Censo Nacional de Población y Vivienda; 2001.
19. Chávez O' Brien E. Genero, empleo y pobreza en el Perú. El Mercado Laboral Urbano. Lima – Perú; 2003.
20. Ciudadanos al Día (CAD). El empleo en el Perú. 2009. Boletín N° 74, 02 Nov. Lima; 2009.
21. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL). Pobreza y Distribución del Ingreso en: Panorama social de América Latina, 2002-2003. Publicado en las Naciones Unidas LC/G. 2209-P.
22. Constitución Política del Perú. Lima- Perú; 1979.
23. Cruces G, Epele N y Guardia L. Los programas sociales y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). I Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS) de la Universidad Nacional de la Plata. Argentina 2007.
24. Diario Enfermería al Día. Educación y Salud. Año I – N° 1. Julio 2011.pág. 11. [www.diarioenfermerialadia.com](http://www.diarioenfermerialadia.com)
25. Delclos J, Betancourt O, Marques F y Tovalin H. Globalización y salud laboral. Archivo de prevención de riesgos laborales 6(1): 4-9, Barcelona, España; 2003.
26. Delgado,J., Gasco M., Gonzáles, J., et.al. Factores que influyen en el comercio informal dentro de un desarrollo desigual. Perú, 2005.
27. Dema S. La desigualdad y las relaciones de poder en el ámbito Privado. Análisis de las parejas con dos ingresos desde una perspectiva de Género. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo. España 2003.

28. Dirección General de Salud Cajamarca (DIGESA. Oficina General de Estadística e Informática; 2005.
29. Dirección General de Salud Cajamarca (DIGESA. Oficina General de Estadística e Informática; 2007.
30. Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA: Salud Ocupacional en el País. Lima – Perú; 2009.
31. Dirección Regional de Salud Cajamarca (DIRESA). Análisis de Situación de Salud 2008. Cajamarca – Perú; 2009.
32. Dirección Regional de Salud Cajamarca (DIRESA). Análisis de Situación de Salud 2008. Cajamarca – Perú; 2010.
33. Durao A. A sensibilizacao dos futuros médicos pela medicina do trabalho. *Jornal do Medico*, LXXIII (1452): 885-888. Dezembro; 1970.
34. El Congreso Internacional de Streetnet Internacional 2004-Seul (corea).
35. El Peruano: Decreto Supremo N° 009-2005-TR, se aprueba el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Diario El Peruano*, 29 de septiembre del 2,005.
36. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Lima; 2008
37. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO IV). Lima – Perú; 2008.
38. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) del INEI 2007. Situación de la Pobreza en el Perú. Lima – Perú; 2008.
39. Egly E. Saúde Colectiva. Construindo um Novo Metodo em Enfermagem. ICONE, São Paulo; 1996.
40. Foro Salud. Hacia una Forma Sanitaria por el Derecho a la Salud. Lima; 2005.
41. Fonseca, R.M.G.S. Reproducao biológica e classe social da mulher: estudo dialético do perfil reproductivo biológico das mulheres atendidas nas unidades básicas da saúde. São Paulo. Tese doutorado da Escola da Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1990.318p.
42. Frias C. Pobreza campesina. Cajamarca: Economía, espacio y tecnología. Cajamarca; 1995.
43. Friedemann LM. *The Framework of sytemic organization. A conceptual approach to familias and nursing oaks*: sage; 1995.
44. Granda E. *La salud y la vida*. Quito-Ecuador; 2009.
45. Grupo de Formación e Intervención Para el Desarrollo Sostenible (GRUFIDES). *Transformación de Estrategias de Vida de Familias Campesinas*. Cajamarca; 2005.

46. Incremento de Sueldo Mínimo Vital no es una medida populista [en línea]. Lima: Radio Programas del Perú. 2010. [fecha de acceso 12 de noviembre de 2010]. URL disponible en <http://www.rpp.com.pe>.
47. Indacochea A y Otros. Cajamarca Competitiva. Lima; 1998.
48. Instituto de Ciencias y Humanidades (ICH). Historia del Perú. Lima: Instituto de Ciencias y Humanidades; 2008.
49. Instituto Nacional de Estadística. Perfil Sociodemográfico del Perú [en línea]. Lima: Centro de Edición de la Oficina Técnica de Difusión del INEI; 2008. [fecha de acceso 8 de noviembre de 2010]. URL disponible en <http://www.censos.inei.gob.pe>.
50. Instituto Nacional de Estadística E Informática (INEI). Evolución Reciente de la Pobreza en el Perú; 2004.
51. Instituto Nacional de Estadística E Informática (INEI). Población y Vivienda. [fecha de acceso 05 de octubre del 2009]; URL Disponible en: [censos.inei.gob.pe/censos2007/](http://censos.inei.gob.pe/censos2007/)
52. Instituto Nacional de Estadística E Informática ( INEI). Perú: Crecimiento y distribución de la población 2007. Lima – Perú; 2008.
53. Infante N B y Álvarez J. Los Procesos de Trabajo y de Salud Enfermedad una Relación Dialéctica. Cali; 1991.
54. Jones G N, Vargas R y Villar E. Transferencias Condicionadas de Efectivo en el Perú: Las Muchas Dimensiones de la Pobreza y la Vulnerabilidad de la Infancia. Nueva York, 30-31 de Octubre del 2006.
55. Juárez L. América Latina: Neoliberalismo y Supervivencia. CEAS. Ecuador; 2005.
56. Laurell A. El Estudio social el proceso salud enfermedad en América Latina. IN: Cuadernos médicos sociales, nº 37, Buenos Aires; 1986.
57. Laurell A, Noriega M. Proceso de producción, salud y desgaste operario. São Paulo; 1989.
58. Machado VQ; Salum MJ. Reconstruyendo a intervenção de Enfermagem em saúde coletiva Face a vigilância a saúde In trabalho a presentado ao 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; novembro , 1996; São Paulo, Brasil. São Paulo; 1996.
59. Maldonado, C. y otros. El Sector Informal em América Latina. Una Perspectiva Interdisciplinaria, Bogotá- Colombia 1997-2004.
60. Matos J. "Desborde Popular y Crisis del Estado" séptima edición, mayo 1988.
61. Marx K O Capital. 2da. ed. São Paulo, Nova Cultura; 1985.v. 1.
62. Marx K y Engels F. Obras escogidas. U.R.S.S. Ed. progreso. México;1981.

63. Marx K y Engels F. Obras fundamentales. Los Grandes Fundamentos II.Vol. IV. México, Fondo de Cultura Económica; 1988
64. Minayo M de S. Investigación social. Teoría, Método y Creatividad. Buenos Aires; 2004.
65. Minayo MC de S, Gonçalves S de A, Ramos E de S. Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de programas sociales. Buenos Aires; 2005.
66. Menicucci E. de Olivera. Genero, Saúde e Trabalho: A Dimensao Oculta. São Paulo; 1993.
67. Ministerio de Economía Y Finanzas (MEF). El Perú salario mínimo. Lima; 2009. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Salario\\_m%C3%ADnimo](http://es.wikipedia.org/wiki/Salario_m%C3%ADnimo)
68. Ministerio de Economía Y Finanzas (MEF). La Economía del Perú. Lima; 2009. Disponible en:  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Econom%C3%ADa\\_del\\_Per%C3%BA](http://es.wikipedia.org/wiki/Econom%C3%ADa_del_Per%C3%BA)
69. Ministerio De Economía Y Finanzas. Crecimiento Económico del Perú: Situación y Perspectiva. Junio; 2008. I.- Contexto económico. Disponible en: <http://wilverorellana.blogspot.es/>
70. Ministerio De Trabajo Y Promoción del Empleo y del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). En Cajamarca 52% de la PEA es subempleada. Lima; 2008. [fecha de acceso 03 de noviembre del 2009]; URL Disponible en: <http://www.panoramacajamarquino.com/noticia/en-cajamarca-52-de-la-pea-es-subempleada/>
71. Ministerio De Salud (MINSa). Lineamientos de la Política Sectorial 2002-2012. Lima – Perú; 2003.
72. Ministerio de Salud: Indicadores Básicos en Salud 2007. Cajamarca; 2007.
73. Ministerio de Trabajo. Trabajo y Promoción del Empleo. Lima; 2007.
74. Ministerio de Trabajo. Trabajo y Promoción del Empleo. Lima; 2008.
75. Noriega M, Cruz C, Garduño M. El impacto del neoliberalismo en la salud de los trabajadores de América Latina, 2005.
76. Nunura J. Salarios y negociación colectiva. Lima; 2003.
77. Observatorio Latinoamericano de Salud. Informe alternativo sobre la salud en América Latina. CEAS. Ecuador; 2005.
78. Observatorio Latinoamericano sobre la salud en América Latina. El deterioro de la salud desde la mirada de los pueblos. CEAS. Ecuador; 2005.

79. Observatorio Socioeconómico Laboral. Región Cajamarca: Estructura Económica. Cajamarca; 2008.
80. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las condiciones de salud en las Américas. Vol. I. Washington, DC: OPAS; 2004.
81. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Panorama Laboral; 2002.
82. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Remuneración Mínimo vital; 2005.
83. Organización Internacional del Trabajo (OIT). El entorno normativo y la economía informal; Ginebra 2001. [fecha de acceso 17julio del 2014]; URL Disponible en: [www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed.../wcms\\_229850.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed.../wcms_229850.pdf)
84. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Normativa aplicable al trabajo informal [fecha de acceso 17julio del 2014]; disponible en: [white.oit.org.pe/proyectoactrav/pdf/doc\\_179/parte\\_3.pdf](http://white.oit.org.pe/proyectoactrav/pdf/doc_179/parte_3.pdf)
85. Palomino M. Análisis - Pobres, desencantados a un año de Gobierno de García. LIMA (Reuters) Jueves 19 de Julio; 2007 10:16 GMT. Disponible en: [http://sutesector17.blogspot.com/2007\\_07\\_01\\_archive.html](http://sutesector17.blogspot.com/2007_07_01_archive.html)
86. Paredes P, Tello G. Los trabajos de las mujeres. Lima: ADEC-ATC; 1998.
87. Parodi TC. Perú 1969-2000. Políticas económicas y sociales en entornos cambiantes. Lima: Editorial Centro de Investigación Universidad del Pacífico; 2011.
88. Quispe R. INEI: Informa que pobreza en Perú disminuyó en 36,2%. Diario El regional de Piura 28 de mayo del 2009. [fecha de acceso 17 marzo del 2010]; disponible en: [http://www.elregionalpiura.com.pe/archivonoticias\\_2009/mayo\\_2009/mayo\\_28/nacionales\\_28a.htm](http://www.elregionalpiura.com.pe/archivonoticias_2009/mayo_2009/mayo_28/nacionales_28a.htm)
89. Quispe R. Canasta básica. INEI. Lima, febrero 2010. [fecha de acceso febrero del 2010] URL Disponible en: <http://www.Punto de vista y propuesta.blogspot.com/2010/02 perú-costo-de-la-canasta-básica.html>.
90. Rojas S. El proceso de la investigación científica. México; 1996.
91. Rodrigo P. Perú Se Ubico Entre Las 10 Economías Con Mayor Crecimiento Del PBI Per Cápita A Nivel Mundial @ 9 June 2009. [fecha de acceso 20 de abril del 2010] Disponible en: <http://www.deperu.com/prensa/print.php?id=1244589800&archive>
92. Severino A. Filosofía. São Paulo, 1992.
93. Timoteo M. Índice de pobreza y crisis social. Lima [fecha de acceso 08 de febrero del 2009]; Disponible en :

<http://economia-peruana.blogspot.com/2010/02/analisis-del-pbi-2009-112.html>

94. Torkman V. De la información a la modernidad. Oficina Regional de la OIT para América Latina y Caribe, Lima-Perú 2001.
95. Triviños A. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo, Atla; 1992.
96. Villavicencio F. Modo de Vida, Psiquis y Salud. Psicología y salud. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2000.p.113-34

# ANEXOS

## ANEXO: 1

### MUESTRA POR RUBRO

Muestra por rubro		Ni	Pi	pi*n
V	Verduras	272	0.25115	71
Fr	Frutas	245	0.22622	64
R	Ropa	88	0.08126	23
T	Tubérculos (Papa, Camote, Yuca...)	68	0.06279	18
Ar	Artefactos (Relojes, Radio, Linternas, Baterías, Peines, etc...)	38	0.03509	10
Ab	Abarrotes	31	0.02862	8
Pa	Pan	30	0.02770	8
Co	Comida	30	0.02770	8
H	Huevos Cocidos (Codorniz)	29	0.02678	8
O1	Peines, Betún, Baterías, etc...	21	0.01939	5
Fl	Flores (Plantas)	21	0.01939	5
PL	Productos Lácteos	20	0.01847	5
He	Herramientas	20	0.01847	5
Ca	Carne	16	0.01477	4
CDs	CDs	13	0.01200	3
Alf	Alfalfa	13	0.01200	3
Po	Pollo	12	0.01108	3
H	Huevos	10	0.00923	3
Z	Zapatos (Llanques)	10	0.00923	3
Cu	Cuy	10	0.00923	3
Pe	Pescado	9	0.00831	2
J	Jugo (Emolientes)	9	0.00831	2
G	Golosinas	8	0.00739	2
Hr	Harinas	7	0.00646	2
An	Animales	6	0.00554	2
Me	Menstras	5	0.00462	1
Co	Condimentos	5	0.00462	1
MT	Medicina Tradicional	4	0.00369	1
Ju	Juguetes	4	0.00369	1
Ll	Llaves	4	0.00369	1
Mu	Muebles	4	0.00369	1
Hi	Hilos	4	0.00369	1
He	Helados	3	0.00277	1
Emb	Embutidos	3	0.00277	1
Re	Reloj	2	0.00185	1
Ce	Celulares (accesorios para celular)	2	0.00185	1
Ar	Artesanía	2	0.00185	1
Le	Lentes	2	0.00185	1
Ch	Chocolate	1	0.00092	0
Pd	Periódicos	1	0.00092	0
Ol	Ollas	1	0.00092	0
<b>TOTAL</b>		<b>1083</b>	<b>1.00000</b>	<b>281</b>

## ANEXO: 2

### CUESTIONARIO

Estimado señor (a) el presente cuestionario tiene como objetivo recoger información sobre las características de su trabajo y las condiciones en que vive Ud. con sus familiares. Es de interés para la realización del trabajo de investigación “Determinantes sociales de la salud-enfermedad de los trabajadores del sector de comercio ambulatorio en la ciudad de Cajamarca”. La información que nos brinde es confidencial y anónima. Gracias.

#### I. CARACTERISTICAS PERSONALES, FAMILIARES Y CONDICIONES DE VIDA:

1. Sexo:
  - 1.1 Hombre ( )
  - 1.2 Mujer ( )
2. Edad: ----- (años)
3. Estado Civil:
  - 3.1 Soltero ( )
  - 3.2 Casado ( )
  - 3.3 Conviviente ( )
  - 3.4 Separado ( )
  - 3.5 Divorciado ( )
  - 3.6 Viudo ( )
  - 3.7 Otro ( ) Especifique: .....
4. Procedencia (lugar donde nació especificando la zona Rural o Urbana):  
Distrito:.....Provincia:.....Departamento:.....
5. Residencia (especificar donde vive, barrio, asentamiento humano, otro).....
6. Raza/Etnia:
  - 6.1 Mestiza ( )
  - 6.2 Otra ( )
7. Religión:
  - 7.1 Católica ( )
  - 7.2 Evangélica ( )
  - 7.3 Otra ( ) Especifique:.....
8. Grado de instrucción:
  - 8.1 Primaria ( ) especificar:.....
  - 8.2 Secundaria ( ) especificar:.....
  - 8.3 Nivel técnico ( ) especificar:.....
  - 8.4 Nivel universitario ( ) especificar.....
  - No concluido
  - 8.5 Nivel universitario ( ) especificar.....
  - Concluido
9. Composición familiar:

9.1 Familiar (persona con quien vive)	9.2 Edad	9.3 Sexo	9.4 Ocupación

10. Número de hijos:
- 10.1 Dependientes ( )
  - 10.2 Independientes ( )
11. Número de hijos menores de 5 años:.....
12. Quién es el jefe de familia: .....
13. Cuál es su rol dentro de la familia: .....
- 13.1 Padre ( )
  - 13.2 Madre ( )
  - 13.3 Hija (o) ( )
  - 13.4 Otro: (especifique).....
14. Uso de medios masivos de comunicación más frecuentes:
- 14.1 Radio ( ) Tipo de programa.....
  - 14.2 Televisión ( ) Tipo de programa.....
  - 14.3 Periódico ( ) Sección.....
  - 14.4 Revistas ( ) Tipo.....
  - 14.5 Teléfono (fijo, celular, internet): especificar: .....
  - 14.6 Otros ( ) (especifique).....
15. Condición de la vivienda:
- 15.1 Propia ( )
  - 15.2 Alquilada ( ) Valor.....
  - 15.3 Hipotecada ( ) Valor.....
  - 15.4 Otra ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
16. Tipo de construcción de la vivienda:
- 16.1 Material noble ( )
  - 16.2 Adobe ( )
  - 16.3 Tapial ( )
  - 16.4 Prefabricada ( )
  - 16.4 Otro ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
17. Su casa dispone de:
- 17.1 Red de agua potable domiciliario ( )
  - 17.2 Caño comunitario ( )
  - 17.3 Puquio/pozo comunitario ( )
  - 17.4 Desagüe domiciliario ( )
  - 17.5 Desagüe comunitario ( )
  - 17.6 Letrina ( )
  - 17.7 Luz eléctrica ( )
  - 17.8 Otro medio de alumbrado: (especifique): \_\_\_\_\_
18. Cuantas personas viven en su casa:.....
19. Cuantas habitaciones tiene su casa:.....
20. Cuantas habitaciones sirven como dormitorios:.....
21. En su casa tiene:
- 21.1 Radio ( )
  - 21.2 Televisión ( )
  - 21.3 Refrigeradora ( )
  - 21.4 Carro ( )
  - 21.5 Otros ( ) Cuáles \_\_\_\_\_
22. Cuando alguien se enferma en casa, donde se atienden:
- 22.1 MINSA ( )
  - 22.2 EsSALUD ( )

- 22.3 Consultorios privados( )  
 22.4 Clínica ( )  
 22.5 Farmacia ( )  
 22.6 Otros ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
23. Tiene Seguro de salud  
 23.1 Si ( ) Especifique: \_\_\_\_\_  
 23.2 No ( ) Porqué \_\_\_\_\_
24. Ha tenido problemas de salud (enfermedades) en los 2 últimos años:  
 24.1 Si ( ) Probables causas (especificar) \_\_\_\_\_  
 24.2 No
25. Personas que trabajan en su casa:  
 25.1 Persona que trabaja  
 25.2 Ingresos (salario)  
 25.3 Cantidad de dinero
26. Otras entradas económicas para la familia (describir):  
 .....
27. Los ingresos económicos mantienen a la familia o complementa los ingresos?  
 27.1 Mantiene ( )  
 27.2 Complementa ( )
28. Personas que dependen de los ingresos económicos en la familia:  
 .....
29. En que se invierte más el ingreso económico en la familia:  
 .....
30. Su opinión /decisiones son tomados en cuenta en su familia:  
 30.1 Si ( ) Especificar.....  
 30.2 No ( ) Porqué.....
31. Actividades recreativas/entretenimiento/diversión que practica en su tiempo libre:  
 .....
32. Horas dedicadas (especificar por día, semana, al mes, otro)  
 .....
33. Si la respuesta es negativa especificar porqué.  
 .....
34. Cuántas horas dedica para descansar en el día:  
 34.1 Ninguna ( ) Especificar porqué: .....  
 34.2 Número de horas en el día.....  
 34.3. Número de horas en la semana.....  
 34.4 Otro (especifique).....
35. Relaciones/comunicación con su familia:  
 35.1 Buenas ( ) Especifique porqué.....  
 35.2 De conflicto ( ) Especifique.....  
 35.3 Regulares, aceptables( ) Especifique .....
36. Cómo maneja los problemas familiares:  
 .....
37. Participación en actividades sociales  
 37.1 Si ( )Especificar.....  
 37.2 No ( )Especificar.....
38. Participación en grupos:  
 38.1 Social ( )Especificar.....  
 38.2 Religioso ( )Especificar.....

- 38.3 Benéfico ( )Especificar.....
- 38.4 Deportivo ( )Especificar.....
- 38.5 Político ( )Especificar.....
- 38.6 Sindical ( )Especificar.....
- 38.7 Otro ( )Especificar.....
- 39. Hábitos alimenticios:
  - 39.1 Comidas al día.....
  - 39.2 Alimentos de consumo frecuente.....
  - 39.3 Horario de consumo de alimentos.....
  - 39.4 Consumo de agua al día.....
  - 39.5 Lugar donde consume alimentos.....
  - 39.6 Si tiene dieta especial, porqué.....
- 40. Hábitos nocivos:
  - 40.1 Consumo de cigarro Si ( ) Especificar: tiempo, marca, frecuencia
  - 40.2 Consumo de alcohol Si ( ) Especificar: tiempo, tipo, Frecuencia
- 41. Uso de medicamentos:
  - 41.1 Si ( )Especificar.....
  - 41.2 No ( )
- 42. Como maneja sus emociones, sentimientos, depresión, estrés, soledad, etc.....

## II. CARACTERISTICAS Y CONDICIONES DE TRABAJO

- 43. Cuál es la actividad que realiza:  
.....
- 44. Solamente realiza esa actividad
  - 44.1 Si ( ) Porque.....
  - 44.2.1 Otra ( ) Especificar.....
- 45. Ingresos que percibe por su actividad (especificar diario, semanal, mensual):  
.....
- 46. Localización del trabajo:  
.....
- 47. Antigüedad/tiempo en el trabajo:  
.....
- 48. Jornada de trabajo en horas:  
.....
- 49. Horario de trabajo:  
.....
- 50. Tiene otro trabajo:
  - Si ( )
  - No ( )
  - Especifique tipo de trabajo: .....
- 51. Carga horaria en el otro trabajo:  
.....
- 52. Satisfacción o insatisfacción con el trabajo:
  - Satisfacción ( ) Especifique.....
  - No satisfacción ( ) Especifique.....
- 53. Dificultades en el trabajo:
  - Si ( ) Especifique.....
  - No ( )
- 54. Utiliza algún equipo/material para protegerse en el trabajo:

- Si ( ) Especifique.....  
 No ( )
55. Cómo son las relaciones interpersonales en el trabajo?  
 Malas ( )  
 Regulares ( )  
 Buenas ( )  
 Excelentes ( )  
 Especifique:.....
56. Cuenta con las condiciones mínimas de saneamiento básico en el trabajo (Especifique):.....
57. Conoce de alguna ley que lo proteja en su trabajo (Especificar si la respuesta es positiva o negativa):  
 .....
58. Formas de organización con sus compañeros de trabajo:  
 .....
59. Considera Ud. de importancia asociarse o formar asociación con sus compañeros de trabajo con la finalidad de solucionar algunos problemas (salud, otros.) Especificar en las respuestas positivas o negativas:  
 .....
60. Distancia y medio de transporte a su trabajo:  
 .....
61. Participó o participa en algún programa de capacitación para su trabajo (especificar la respuesta).  
 .....

### III. PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

62. Que significa para Usted tener salud:  
 .....
63. Que significa para Usted estar enfermo:  
 .....
64. Se considera Usted con salud:  
 Si ( ) Especificar.....  
 No ( ) Especificar.....
65. Dejo de trabajar por alguna enfermedad, accidente u otra razón relacionada con su salud: Especifique la causa  
 .....
66. Dificultades en caso de haber dejado de trabajar:  
 .....
67. En el presente año y durante el trabajo tuvo alguna de las enfermedades/ síntomas que se mencionan a continuación:  
 ( ) Problemas de columna: Especifique:.....  
 ( ) Infecciones de vías respiratorias: Especifique:.....  
 ( ) HTA  
 ( ) Accidentes de trabajo: Especifique:.....  
 ( ) Stress, fatiga: Especifique:.....  
 ( ) Problemas psíquicos: Especifique:.....  
 ( ) Ninguno de los anteriores  
 ( ) Otros (Especifique).....
68. En caso de haber respondido afirmativamente a la pregunta anterior, Usted piensa que estas enfermedades / síntomas tienen relación con las actividades de su trabajo. Justifique

.....  
69. En el desarrollo de sus actividades, existen riesgos (peligros, inseguridades, etc.)

Para su salud. En caso de ser positivo, identifique cuales:

Físicos ( )

Químicos ( )

Biológicos ( )

Mecánicos ( )

Eléctricos ( )

Arquitectónicos ( )

Ergonómicos ( )

Seguridad ( )

Otros ( ) Especificar.....

70. Las actividades de riesgo en su trabajo requieren mecanismos de prevención y/o protección? (Especificar si la respuesta es positiva o negativa)

Si requieren mecanismos de protección ( )

No prevé mecanismos de protección ( )

No sabe mecanismos de protección ( )

**ANEXO: 3**  
**FRASES INCOMPLETAS**

---

**ITEMS**

---

Yo hubiera querido que mi niñez...  
Mis padres me dieron ejemplo de...  
Siempre pensé que la vida en el Barrio...  
Recuerdo de mi escuela...  
Mi juventud me pareció...  
La historia de mi vida ha sido...  
Mi salud antes de trabajar...  
Espero en un futuro...  
Por mi barrio yo haría...  
Yo opino que mis compañeros de  
trabajo...  
En el trabajo todos en grupo  
podríamos...  
Para mejorar la vida en el trabajo...  
Mi relación con los controladores...  
El deber de una asociación de  
trabajadores...  
Lo más peligroso de un trabajador  
ambulante...  
Opino que la época del presidente...  
Yo creo que mi trabajo es peligroso...  
Mi trabajo significa...  
Si mi hijo(a) quisiera trabajar como yo...  
Desde que trabajo como ambulante,  
pienso que en mi casa...  
El mayor beneficio de mi trabajo es...  
El futuro de mi barrio...  
Lo peor de mi trabajo es...  
El dinero que gano por mi trabajo...  
Si volviera a nacer ahora...  
La solidaridad y el compañerismo...  
La vida con mi pareja...  
Yo digo que el seguro social...  
Yo me defino como una persona...  
Ciudades como Cajamarca...  
Considero que la política...  
Yo pienso que mi país...

---

## ANEXO: 4

### ESCALA

Sr. Sra., marque la respuesta para cada pregunta con una "X" en el casillero que Ud. considera que describe su situación. Gracias por su colaboración.

N°	PREGUNTAS	0	1	2	3
		No, Nunca	Rara vez	Muchas veces	Todo el tiempo
01	¿Su actividad en el trabajo le hace sentir desesperado o le cansa?				
02	¿Siente exceso de responsabilidad por su trabajo?				
03	¿En su trabajo sufre maltrato, desprecio o hay conflictos que le perturban?				
04	¿Se siente seguro en su trabajo o le preocupa estar sin trabajo?				
05	El lugar de su trabajo le expone a ruido, frío, calor, gases, polvos que le molestan continuamente?				
06	Tiene responsabilidades de trabajo en casa que le agotan, le hacen sentir presionado y sin falta de tiempo?				
07	Le angustia verse continuamente sometido a tareas en casa monótonas y poco interesantes?				
08	Le preocupa que no le alcanza el tiempo para dedicarse a su hogar, hijos y familia?				
09	Padece angustias por necesidades económicas para alimentación, pago de arriendo u otras necesidades?				
10	Se siente preocupado por falta de espacio en su casa?				
11	Padece de frío o calor, humedad o ruido en su casa?				
12	Sufre porque no tiene tiempo para descansar o divertirse?				
13	¿Se angustia por necesidades económicas para gastos de educación o salud?				
14	¿Se siente presionado por problemas de transporte diario, esperas o congestión?				
15	¿Tiene preocupaciones por alguna deuda?				
16	¿Tiene problemas de oído, ojos o piel por la contaminación en su trabajo?				
17	¿Teme que le asalten o agredan en su trabajo o en su casa?				
18	¿Se siente aislado o extraño respecto de sus vecinos o semejantes?				
19	¿Se siente preocupado o desmoralizado por la suerte de la gente como Ud.?				
20	¿Se siente decepcionado por su suerte, su trabajo, su vida afectiva?				

21	¿Le afecta algún conflicto o pelea familiar?				
22	¿En su casa se siente solo o aislado?				
23	¿Experimenta mucha angustia por alguna falta o error grave cometidos?				
24	¿Padece por causa de alguna amenaza personal, represión o falta de libertad?				
25	¿Experimenta angustia por alguna enfermedad, invalidez o porque se siente viejo?				
26	¿Tiene preocupación por algún problema o defecto físico?				
27	¿Sufre por alguna enfermedad o trastorno de un ser querido?				
28	¿Sufre por la muerte de algún pariente o persona cercana a Ud.?				
29	¿Se siente presionada o angustiada por embarazo o por tener que dar de lactar?				
30	¿Padece mucha tensión por causa de sus menstruaciones?				