

---

**Política para la salud y calidad de vida de las trabajadoras y los  
trabajadores de Bogotá D.C.**

Bandera

**ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ**  
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD  
Dirección de Salud Pública  
Carrera 32 No. 12 -81  
Teléfono 3649532

**Alcalde Mayor de Bogotá**  
Gustavo Petro Urrego

**Secretario Distrital de Salud**  
Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez

**Subsecretario de Salud**  
Aldo Enrique Cadena Rojas

**Director de Salud Pública**  
Jaime Hernán Urrego Rodríguez

**Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud**  
Oriana Obagi Orozco

### **Participantes de la Secretaría Distrital de Salud en el proceso de formulación de la Política**

**Equipo Política:** Nidia Rocío Sotelo, John Benavides, Mayed Andrea González, Rosario Calle.

**Otros integrantes:** María Consuelo Gómez, María Stella Vargas, Inés Marlén Esguerra, Ana Patricia Rosero, Gloria Jiménez, Juan de Dios Polanía, Diana Bernal, Henry Vallejo, Amanda Cortes, Carlos Alejandro Díaz,.

**Academia:** Universidad Distrital: Leonardo Quiroz. Universidad Nacional: Jairo Ernesto Luna, Nancy Molina, Alba Idaly Muñoz. Universidad Autónoma: Eduardo Hoyos, Luis Alejandro Arias, Luz Dary Naranjo, Aura López. Universidad Javeriana: Camilo Pulido, Luz Mery Carvajal, Luis Alberto Lesmes. Universidad Manuela Beltrán: Claudia Cómbita, Gonzalo Eduardo Yepes. SENA: Gloria Inés Abril.

**Ministerio de la Protección Social:** Edgar Gutiérrez

**Aseguradoras de Riesgos Profesionales:** Colmena: Angélica Bermúdez. Positiva: Nini Johan Barragán, Hugo Huiza, Guillermo Villanueva.

**Otras entidades distritales:** Secretaría Integración Social: Diana Mendoza. Departamento del Servicio Civil: María Inés Torres. Secretaría Distrital de Planeación: Vivian Castro. Instituto para la Economía Social: Luz Marina Segura, Clara Ospina.

### **Referentes de salud y trabajo de las Empresas Sociales del Estado**

Andrea Ladino, Marisol Córdoba, Angélica Morales, Ligia Valderrama, María Emilce Cristiano, Beatriz Astroza, Karina Ortiz, Paola Casadiego, Claudia Lambraño, Mayerline Vargas, Juan Carlos Bernal, Andrés Medina, Diana Gómez, William Zapata, Patricia Londoño, Natalia Vargas, Angie Ramírez, Lucy Erazo, Nélica Beltrán, Fredy Cortéz, Johana Torres, Yamile Villota, Claudia Hernández, Juan Vicente Conde, Luz Stella Chacón, Janeth Escobar, Mireya Gutiérrez, Jorge Tibocho, Angélica Bermúdez, Andrés Medina, Diana Gómez.

### **Trabajadores y trabajadoras:**

José Gilberto Vega, Blanca Rodríguez, Carmen Lupe Pineda, Gilma Rico, Nohelia Oritz, Luisa Margarita Castro, Rosa Mary Quevedo, Raquel Salina.

### **Instituto Sindical de Cooperación para el Desarrollo**

Héctor Fajardo

### **Edición y corrección de estilo:**

Oficina asesora de comunicaciones en salud

Andrea F. Peña Hernández

### **Diseño y diagramación**

### **Impresión**

Julio de 2012

## Contenido

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>2</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>5</b>
ENFOQUE DE DERECHOS.....	6
<i>Trabajo digno y decente</i> .....	7
ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES .....	8
<i>Determinantes estructurales</i> .....	9
<i>Determinantes intermedios</i> .....	10
<i>Determinantes proximales</i> .....	10
ENFOQUE POBLACIONAL Y DE GÉNERO .....	10
ESTRATEGIA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.....	11
ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD .....	11
ESTRATEGIA DE GESTIÓN SOCIAL INTEGRAL.....	12
ESTRATEGIA DE ENTORNOS DE TRABAJO SALUDABLES .....	12
CONCEPTO DE ECONOMÍA INFORMAL.....	16
CONCEPTOS RELACIONADOS CON TRABAJO INFANTIL Y ADOLESCENTE .....	19
<i>Trabajo infantil</i> .....	19
<i>Trabajo adolescente protegido</i> .....	19
LA VIGILANCIA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS.....	19
NORMATIVIDAD INTERNACIONAL .....	22
POLÍTICAS Y NORMATIVAS NACIONALES .....	25
MARCO NORMATIVO Y POLÍTICO DISTRITAL .....	31
<b>MARCO SITUACIONAL</b> .....	<b>32</b>
CONDICIONES DE EMPLEO DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA EN BOGOTÁ.....	32
EMPLEO POR RAMA DE ACTIVIDAD.....	34
DÉFICIT DE TRABAJO DIGNO Y DECENTE .....	36
INFORMALIDAD .....	37
DESEMPLEO JUVENIL Y GÉNERO .....	38
SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS.....	39
ANÁLISIS DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS .....	40
ACCIDENTALIDAD LABORAL EN TRABAJADORES Y TRABAJADORAS EN LA ECONOMÍA INFORMAL.....	41
EL TRABAJO DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES .....	43
CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES .....	45
NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA.....	46
<b>RESOLUCIÓN 1312 DE 2011 POR LA CUAL SE ADOPTA LA POLÍTICA PARA LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE BOGOTÁ</b> .....	<b>49</b>

JUSTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA .....	49
PROPÓSITOS DE LA POLÍTICA .....	49
OBJETIVO GENERAL .....	49
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	50
LÍNEAS DE ACCIÓN Y COMPONENTES .....	50
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>52</b>

## Introducción

La salud de los trabajadores y trabajadoras debe ser una prioridad para un país y una ciudad que se proponen ser competitivas y productivas, justamente porque son ellos y ellas quienes generan la riqueza social, y por lo tanto el desarrollo económico.

Esta política representa el esfuerzo de poner en diálogo a todos los actores de diferentes niveles, concertar intereses y necesidades, y definir acciones con responsabilidades compartidas, entendiendo que este es un proceso no lineal y dinámico y pretende lograr que la Política sea una realidad aplicable, evaluable y consensuada social y políticamente (Facio, 2009) por ello, requiere la concertación y compromiso de todos para la búsqueda de soluciones.

En el ámbito nacional, el Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Salud comparten responsabilidades frente al tema. En el Distrital, la población trabajadora y sus organizaciones; las Aseguradoras de Riesgos Profesionales (ARP), las Empresas Prestadoras de Salud (EPS); el ente territorial de salud (Secretaría Distrital de Salud); las Empresas Sociales del Estado (ESE); la Academia (universidades, el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, institutos técnicos); así como otros sectores de la Administración Distrital como las Secretarías de Desarrollo Económico, Educación, Hábitat, Integración Social, entre otros. En el orden local este tema es de interés de las alcaldías locales, las ONG y entidades privadas como Cámara de Comercio, la Fundación Social, entre otras.

*La Política para la salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Bogotá* se desarrolla en tres líneas de acción:

- Promoción del trabajo digno y decente
- Fortalecimiento institucional
- Prevención del trabajo infantil y promoción del trabajo protegido para adolescentes.

En cuanto al trabajo digno y decente, la Política hace énfasis particular en la relación que este tiene con la salud en el trabajo y la seguridad social, por cuanto existe una asociación directa entre las condiciones de empleo y la salud de la población trabajadora. El mundo y la ciudad en particular, se debaten en propuestas para superar el déficit de trabajo decente, en tanto el trabajo precario crece día a día y aumenta el número de trabajadores y trabajadoras que se insertan en la economía informal.

La Política también formula propuestas para contribuir a superar las dificultades institucionales de las empresas, las entidades rectoras, y las entidades de vigilancia y control del Estado sobre la salud y el trabajo; así como las dificultades

de las organizaciones de trabajadores y trabajadoras. Busca fomentar lugares de trabajo adecuados que promuevan la salud y calidad de vida, prevengan las enfermedades profesionales y los accidentes laborales y así contribuir a la productividad y competitividad de la ciudad.

Por último, la línea de prevención y erradicación del trabajo infantil y promoción del trabajo protegido para adolescentes se define como una prioridad, teniendo en cuenta que los niños, niñas y adolescentes que trabajan lo hacen en condiciones peligrosas y ponen en juego su crecimiento y desarrollo, y por tanto su futuro.

La Política parte de una serie de enfoques teóricos y conceptuales, que compartidos por los diferentes actores, definen una serie de actividades, decisiones o medidas con la finalidad de resolver y abordar las condiciones de salud y trabajo.

Este es el documento técnico de la *Política para la salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Bogotá 2012 – 2015*, producto del acumulado de las acciones en salud realizadas durante dos décadas por la Secretaría Distrital de Salud y dirigidas a los trabajadores. Así mismo, incluye las construcciones anteriores de la política (desde el 2002), realizadas mediante procesos participativos que han convocado en diferentes momentos a todos los mencionados<sup>1</sup>.

## **Antecedentes**

La Secretaría Distrital de Salud tiene una trayectoria de más de dos décadas alrededor de la formulación de políticas públicas, planes o programas para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo en Bogotá, con el fin de atender las necesidades en salud y afectar los determinantes sociales que impactan a la población trabajadora y particularmente a la vinculada a la economía informal.

El proceso de construcción de la *Política para la salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Bogotá* inicia en 2002 y ha pasado por tres momentos:

---

<sup>1</sup> En la construcción del presente documento se tuvieron en cuenta los lineamientos de Política construidos en el 2007 por Diana Rocío Mendoza Alzate, Jorge Leonardo Quiroz Arcentales y Nidia Rocío Sotelo Suárez, profesionales especializados de la Dirección de Salud Pública, a quienes agradecemos.

### **Ilustración No. 1 Momentos de la Política para la salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Bogotá**



Formulación de los primeros «Lineamientos de política para la salud de los trabajadores de Bogotá», mediante un proceso de concertación con todos los actores relacionados con el tema.



Actualización de los marcos conceptual, político, normativo y situacional de la relación salud – trabajo, basada en el enfoque de derechos y la estrategia de calidad de vida y salud. Elaboración del Plan de acción 2008 – 2010.



Actualización de los marcos conceptual, político-normativo y situacional, y se propuso la aprobación de la Política mediante un acto administrativo de la Secretaría Distrital de Salud.  
Ajuste del nombre de la política: *Política para la salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Bogotá*.  
Evaluación y ajuste del Plan de Acción Distrital 2008 – 2010 y ampliación de la proyección al 2015.  
Proceso de concertación y elaboración de un plan de acción en cada una de las 20 localidades.  
Adopción de la *Política para la salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Bogotá* mediante Resolución 1312 de 2011 de la Secretaría Distrital de Salud.

Fuente: Elaboración propia

La Secretaría Distrital de Salud en 2002 hizo el primer esfuerzo distrital de concertación de una política para la salud de los trabajadores de Bogotá, construida acorde con el enfoque de la determinación social de la salud, en un esfuerzo por superar la visión de riesgo en la intervención de la relación salud-trabajo y cuyo objetivo fue mejorar las condiciones de salud y trabajo, mediante el fortalecimiento de la respuesta social en aspectos de promoción de la salud de los trabajadores; prevención de la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; ampliación de la cobertura en el aseguramiento integral y mejoramiento de la calidad de los servicios dirigidos a los trabajadores de Bogotá. Esta Política, en cuya construcción participaron diferentes actores sociales, fue publicada con el título de: “Lineamientos de política para la salud de los trabajadores de Bogotá 2002”.

En el 2007, la Secretaría Distrital de Salud consideró necesaria una nueva revisión y ajuste de las políticas de salud pública, a fin de armonizarlas con la estrategia

promocional de calidad de vida y con el enfoque de derechos. Esto planteó los siguientes retos para la política:

- ✓ Un abordaje más amplio de la relación salud-trabajo, que sin dejar de lado la intervención de las condiciones de trabajo trascendiera las mismas y considerara los determinantes de la salud y calidad de vida de la población trabajadora.
- ✓ El diseño de respuestas integrales, lo cual requería la articulación intersectorial y la participación de los trabajadores y trabajadoras para la satisfacción de las necesidades sociales.

De igual manera, como resultado de un proceso de construcción y consulta a los diferentes actores, se elaboró un documento técnico que hizo nuevos aportes conceptuales y actualizó los marcos político - normativo y situacional de la salud de los trabajadores en Bogotá. Así mismo, se construyeron núcleos problemáticos de la relación salud - trabajo que la analizan más allá de la exposición a condiciones de trabajo que deterioran la salud, hace especial énfasis en la situación de exclusión social que enfrentan colectivos de trabajadores y trabajadoras producto de la precarización del empleo y el aumento de la informalidad.

En enero de 2011 se hace un ajuste conceptual y actualización del análisis situacional de las condiciones de salud y trabajo en la ciudad, y el marco político normativo que las rodea. Así mismo, revisión y ajuste de los lineamientos de la *Política para la salud de los trabajadores y las trabajadoras*, la cual es resultado de un proceso que involucró a trabajadores y trabajadoras, instituciones y grupos de interés del orden local, distrital y nacional.

### ***Proceso de construcción***

La Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, en cabeza del área de Análisis y Políticas en Salud, desde 2007 ha definido una metodología orientadora para los procesos de revisión y ajuste que ha tenido la Política en sus diferentes momentos:

1. Revisión del marco político y normativo existente sobre el tema en el contexto internacional, nacional y distrital.

2. Recolección y análisis de información de fuentes primarias y secundarias sobre condiciones de empleo, trabajo y salud de la población trabajadora en Bogotá.
3. Revisión y aplicación de los enfoques conceptuales y estrategias que orienten el sentido de la Política.
4. Identificación y convocatoria de actores al proceso de concertación para la definición de la Política, plan de acción distrital y planes de acción locales.

## **Marco conceptual**

El mundo del trabajo ha sufrido profundos cambios en los últimos años y redefinido las dinámicas sociales e individuales para enfrentarse a estas nuevas realidades que se transforman aceleradamente. Aun así, hay que reconocer la importancia del trabajo en la vida cotidiana de las personas. En la población trabajadora, estar empleado o desempleado define sus relaciones, necesidades, intereses, el acceso a bienes y servicios. Es decir, aunque el trabajo y sus condiciones sean cada vez más difíciles, no significa que este escenario desaparezca de la vida de las personas (Castel, 2010), por lo cual se considera que el trabajo sigue siendo una “centralidad”, un eje ordenador de la vida de las personas y la sociedad.

A partir de este postulado, el marco conceptual de la Política se soporta en tres enfoques y dos estrategias, (ver ilustración 2) las cuales son la base de la Secretaría Distrital de Salud para desarrollar el Plan de Salud del Distrito Capital 2008 - 2012<sup>2</sup>, y agrega la *Estrategia de entornos de trabajo saludables* específica para el campo de la *Política de salud de los trabajadores y trabajadoras*. Se retoma, además, el concepto internacional de trabajo digno y decente y se precisan algunos conceptos como trabajo infantil, trabajo protegido de adolescentes e informalidad.

---

<sup>2</sup> Para ampliar esta información, consultar el documento Lineamientos Plan de Intervenciones Colectivas para el 2011 de la Secretaría Distrital de Salud.

## Ilustración 2. Enfoques y estrategias que soportan el desarrollo de la Política



Fuente: Elaboración propia

### Enfoque de derechos

Este enfoque está guiado por los preceptos contenidos en la Constitución Política de 1991, en donde se define a Colombia como un Estado Social de Derecho y por tanto, le corresponde velar por la “satisfacción del conjunto de los derechos y comprende tres obligaciones: no violarlos, promoverlos y garantizarlos”.

La realización de los derechos humanos requiere que las políticas tengan como referente un imperativo ético como la equidad y un sentido de justicia que dé respuesta a todos y todas por igual, teniendo en cuenta sus diferencias de sexo, género, clase, raza, edad, condición o situación particular.

Es importante reconocer los avances del Distrito Capital en la materialización de las dimensiones de los derechos a través de atributos, variables e indicadores para determinar cuáles son los derechos satisfechos e insatisfechos, establecer unos mínimos y definir su progresividad (Secretaría de Integración Social de Bogotá, 2009).

Se destaca, para efectos de esta Política, el derecho humano al trabajo, que se constituye en uno de los principales requerimientos para alcanzar el logro de los proyectos de vida de los seres humanos y a través de él la posibilidad de dignificarse como tal (Secretaría de Integración Social de Bogotá, 2009). El trabajo digno y decente es fundamental para la satisfacción de las necesidades sociales

que determinan la calidad de vida, en donde la salud y la seguridad social son una condición fundamental para un entorno laboral digno y seguro.

Así mismo, el enfoque de derechos se traduce en esta Política en la protección de los derechos fundamentales para la población trabajadora en la economía formal e informal y en un escenario de conexión e interdependencia de todos los derechos.

El trabajo como derecho se hace a partir de dos dimensiones: (1) desde la esfera individual con el reconocimiento que tiene toda persona a tener un trabajo con el cual pueda satisfacer sus necesidades, que le permita el desarrollo de sus capacidades y potencialidades, promueva su salud y prevenga la enfermedad. (2) Desde la esfera colectiva que se le garanticen sus derechos como la libre asociación, y negociación colectiva.

En otras palabras, el trabajo como derecho es “la plena realización del trabajador o trabajadora que está en condiciones de ejercer los demás derechos humanos, por lo mismo alude a las condiciones psicofísicas, ambientales y socio-económicas que deben darse a las personas, recursos y acciones públicas a través de las cuales el Estado garantiza su integral bienestar” (Secretaría de Integración Social de Bogotá, 2009).

## **Trabajo digno y decente**

En el marco de la garantía y progresividad de la materialización de los derechos, el trabajo digno y decente asume como principio orientador el concepto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), definido como una “*noción en la que se estructuran las siguientes dimensiones: trabajo productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad, en el cual los derechos son respetados y cuenta con remuneración adecuada y protección social*” (Somavía, 2002). La OIT lo plantea como un recurso para llamar la atención sobre la situación que viven trabajadores y trabajadoras en el mundo, quienes tienen condiciones precarias en su trabajo, muchas de ellas como resultado de la globalización de la economía de mercado que afecta directamente la calidad de vida.

La Política reconoce en este concepto un soporte para la acción; permite convocar a la población trabajadora y a los diferentes grupos poblacionales para que sean vinculados a la economía formal e informal, además orienta las acciones hacia la calidad de vida y trabajo; contribuye a potenciar su autonomía y emancipación política como lo plantea la Estrategia promocional de calidad de vida y salud.

Los postulados del trabajo digno y decente toman en cuenta temas fundamentales como la calidad de vida, la igualdad de género y el ciclo vital. En este sentido, retomamos el concepto de la Procuraduría General de la Nación:

“**Trabajo digno** hace referencia a las garantías constitucionales como la igualdad de oportunidades, la remuneración mínima, la estabilidad, la irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en las normas laborales, la garantía a la seguridad social, la protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad” (Procuraduría General de la Nación, 2011).

Mientras tanto, el **trabajo decente** corresponde a una definición de la OIT: “El concepto está relacionado con las aspiraciones de los individuos frente a su vida laboral y el deseo de obtener un trabajo productivo con una remuneración justa, la seguridad en el lugar de trabajo y la protección social para las familias” (Procuraduría General de la Nación, 2011).

Para efectos de la Política se recogen las dos definiciones, pero se asume el concepto de trabajo digno como el de mayor alcance.

### **Enfoque de determinantes sociales**

La determinación social de la salud es el marco explicativo de la *Política para la salud y calidad de vida de las trabajadoras y trabajadores de Bogotá*, el cual permite comprender cómo se producen socialmente las enfermedades en la población trabajadora, así como la dinámica de la salud de la misma; a su vez, permite identificar cómo se generan las respuestas que permitan proteger la salud y evitar la enfermedad. Un elemento crucial que construye y modifica la vida de los colectivos e individuos es el trabajo, la forma como se insertan al mismo y su relación con los medios de producción determinan la vida y las relaciones sociales.

El trabajo, a su vez, define dos momentos en la población trabajadora: un momento de producción y otro de reproducción o consumo. La producción está vinculada a las características generales de las formas de organizar el trabajo, las herramientas, materiales, los ambientes de trabajo, entre otros, y son definidas como *condiciones de trabajo*, las cuales generan en el trabajador o la trabajadora patrones particulares de desgaste (Breilh, 1979).

Estas condiciones se encuentran en una relación dialéctica en la cual en el trabajo conviven procesos protectores que desarrollan todas las potencialidades del sujeto y lo hace transformador de la realidad; y a su vez, procesos peligrosos o destructores que modifican negativamente la calidad de vida y salud de los trabajadores y potencian los patrones de desgaste.

La población trabajadora debe recuperar y reproducir su fuerza de trabajo, lo cual se da en el momento de consumo en donde se establecen las relaciones o vínculos con otras dimensiones de la cotidianidad como el acceso a bienes y servicios, la educación, la cultura, el medio ambiente y la organización política, mediadas por la capacidad de pago del trabajador o trabajadora para acceder a

estos, y por la capacidad que tengan los diferentes estados de garantizar los derechos de las poblaciones (Breilh, 1979).

La relación existente entre los patrones de desgaste y consumo determinada por el trabajo, incide en el proceso salud-enfermedad y configura en los colectivos perfiles patológicos diferentes de acuerdo con las actividades económicas, de esta manera la calidad de vida y salud están determinadas por el trabajo.

En la actualidad, el mundo del trabajo presenta profundas transformaciones que disminuyen la calidad del empleo y se expresan en un mercado laboral muy segmentado, un mayor número de empleos precarios y crecimiento de la población en la economía informal. Estos cambios representan nuevos perfiles patológicos, derivados de los peligros psicosociales y económicos asociados con el menor control en el trabajo, la inestabilidad o incertidumbre y el desempleo (Benach, Muntaner, & Santana, 2007).

Con base en lo planteado anteriormente, se puede concluir que el trabajo se convierte en un importante determinante social de la salud (DSS) y permite reconocer la salud como una producción histórica social, y las enfermedades como resultado de las interacciones sociales, biológicas, culturales, históricas y políticas de los individuos y colectivos en el contexto de la clase social, la producción y el consumo (Breilh, 1979).

### **Determinantes estructurales**

Relacionados con las estructuras geopolíticas, sociales y económicas del país, y con las políticas nacionales que marcan las formas de distribución de los recursos, las prioridades políticas, las decisiones de los gobiernos y las formas de tratamiento del trabajo dentro de la agenda social de los países.

En el mundo del trabajo los determinantes estructurales modifican la calidad y cantidad de empleo que se genera, por esta razón se analiza el desempleo y las condiciones de empleo individual y colectivo como indicadores indirectos de las políticas nacionales sobre el trabajo, reconociendo las inequidades que estos determinantes generan en la población.

Uno de los determinantes hace relación al género, cuyas diferencias han establecido oportunidades desiguales para hombres y mujeres, y se deben tener en cuenta para definir acciones en las diferentes etapas del ciclo vital (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010).

## **Determinantes intermedios**

Se refiere a características del contexto y de las relaciones que los individuos establecen en el momento productivo y reproductivo. Estas pueden ser el acceso y prestación de servicios (salud, educación, recreación), oportunidades que brinda el medio (disponibilidad de recursos naturales), condiciones ambientales del territorio y condiciones de trabajo. Estos determinantes son asociados a las condiciones de vida de la población trabajadora, entre lo individual, familiar y sus condiciones de producción y consumo (reproducción social).

## **Determinantes proximales**

Son aquellos relacionados con los estilos de vida y las condiciones individuales de las personas en los lugares de trabajo. Por ejemplo, la estructura psicosocial, el entorno familiar (los comportamientos, hábitos y valores), los aspectos genéticos y físicos de las personas, entre otros (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

## **Enfoque poblacional y de género**

Muy relacionados con el enfoque de derechos, los enfoques poblacional y de género reconocen a las personas y colectivos como el centro de las políticas públicas, las cuales deben orientarse a satisfacer sus necesidades y favorecer el desarrollo de oportunidades y capacidades individuales y colectivas que posibiliten su autonomía (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

El enfoque poblacional analiza las relaciones de poder las cuales generan condiciones de inequidad que afectan la exigibilidad de derechos y su desarrollo personal, colectivo y social. Estas relaciones deben entenderse y abordarse dentro de contextos históricos y sociales específicos y en territorios particulares (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

En cuanto al enfoque de género, asume las definiciones y orientaciones de la *Política pública de mujeres y equidad de género en el Distrito Capital* (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010), y en cumplimiento de la misma se compromete principalmente con el eje de salud plena, cuyo propósito es *“evitar las desigualdades injustas en el estado de salud de las mujeres en su diversidad y en todas las etapas de ciclo vital; garantizar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios, y la financiación de acuerdo con sus necesidades, reconociendo y promoviendo el conocimiento de sus derechos, la vivencia autónoma y libre de su corporalidad y su vida, así como su participación en la toma de las decisiones que afecten su salud”*.

En este sentido, se propone contribuir con la garantía al acceso, control e igualdad de oportunidades para mujeres y hombres sobre los bienes, servicios y recursos del sector salud del Distrito Capital. Así mismo, con la incorporación de los intereses, demandas y necesidades de las mujeres en los procesos de planeación socioeconómica y territorial de la ciudad, y a fomentar la creación y uso de información con enfoque de género y la inclusión de presupuestos sensibles al género en los presupuestos de las entidades distritales.

### **Estrategia Atención Primaria en Salud**

Posterior a los desarrollos conceptuales planteados por la Conferencia de Alma Ata, el concepto de Atención Primaria en Salud (APS) se replantea con una versión muy cercana al reconocimiento de los determinantes sociales y a la necesidad de vincular otros sectores y actores para lograr mejorar la situación de salud de las poblaciones. Lo anterior, debido al incumplimiento de las metas para el año 2000, el crecimiento de la pobreza, la inequidad y la exclusión social, el aumento del desempleo y crecimiento de la economía informal, entre otras condiciones que ponen en riesgo la salud de los colectivos.

El nuevo enfoque de APS se define como el conjunto del sistema de salud es decir, la totalidad de sus estructuras, procesos y relaciones. Adicionalmente, el enfoque renovado es visto como una condición esencial para la promoción de la equidad en salud y el desarrollo humano, en la medida en que concibe la salud como un derecho humano (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

### **Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud**

Esta estrategia es una construcción de la Secretaría Distrital de Salud a partir del enfoque de determinantes sociales de la salud el cual *plantea “el imperativo ético de comprender y dimensionar toda la complejidad de los determinantes explicativos de los problemas que atentan contra la calidad de vida y salud de las personas y las colectividades, y busca asegurar la preservación y desarrollo de la autonomía de los individuos y las colectividades para hacer efectivos los derechos sociales”* (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

Es transversal a todas las acciones de producción de la salud: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, así como a la atención de urgencias. Analiza las desigualdades sociales que están en el centro de los problemas, corrige las prácticas discriminatorias y la distribución inequitativa de los recursos. Reconoce la participación social como una condición necesaria para el ejercicio de la autonomía (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, y la de Gestión Social Integral reordenan las intervenciones y servicios de las acciones sectoriales, facilitan la convergencia de las mismas para evitar o corregir las acciones o condiciones que provoquen la limitación o pérdida de la autonomía individual y colectiva.

### **Estrategia de Gestión Social Integral**

La Estrategia de Gestión Social Integral, reconocida como GSI, es una estrategia del gobierno distrital que persigue la articulación del trabajo entre actores comunitarios y las entidades, para definir y ejecutar propuestas que respondan a las necesidades específicas de las poblaciones en territorios y situaciones determinadas (Secretaría Distrital de Salud, 2011). En este momento en Bogotá se han identificado 87 territorios de GSI.

En la medida en que los distintos sectores de la administración se vinculen a la estrategia, se potenciará las posibilidades de proponer y desarrollar acciones transectoriales e intersectoriales que favorezcan, en el caso de la política, condiciones para hacer realidad el trabajo digno y decente.

### **Estrategia de entornos de trabajo saludables**

Esta estrategia ha sido impulsada por diferentes organismos internacionales y nacionales con el objetivo de proteger a la población trabajadora de contingencias de salud relacionadas con el trabajo y del impacto económico familiar asociado.

En Bogotá, esta estrategia fue retomada y adaptada en 2006 en respuesta a una de sus responsabilidades como es la de proteger y promocionar la salud de la población trabajadora del Distrito Capital, en el marco de la estrategia *Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCS)* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Esta experiencia es una de las iniciativas más destacadas de la Secretaría Distrital de Salud en la promoción de la salud (Luna, 2010).

Luna expresa la relación entre esta estrategia y el enfoque de determinantes en salud, en tanto las estrategias de *Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables y de Entornos de Trabajo Saludables*<sup>3</sup> están orientadas a la transformación de los determinantes de la salud más que hacia las consecuencias de la enfermedad; el objetivo principal está en “facilitar los procesos para que las personas puedan mejorar sus condiciones de vida” (Luna, 2010). El fundamento de la estrategia de *Entornos de Trabajo Saludables* se basa en la promoción de la

---

<sup>3</sup> Agregado de la Secretaría de Salud – Dirección Salud Pública

salud, en el mejoramiento y mantenimiento de la salud, y el bienestar de los trabajadores.

Se define, entonces, como estrategia de entornos saludables al “conjunto de actividades e intervenciones intersectoriales de carácter básicamente promocional, preventivo y participativo que se desarrollan para ofrecer a las personas protección frente a las amenazas para su salud y, a su vez, permitirles ampliar sus conocimientos y capacidades para identificar los riesgos y actuar oportunamente frente a ellos” (Luna, 2010).

Esta estrategia ha sido desarrollada por la Secretaría Distrital de Salud desde 2005 para abordar el tema de salud en el trabajo de la población trabajadora en la economía informal y, particularmente, en las unidades productivas, llamadas Unidades de Trabajo Informal (UTI)<sup>4</sup>.

La estrategia de *Entornos de Trabajo Saludables* fue incluida en los objetivos 8 y 9 del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), reglamentado con el Decreto 3039 de 2007, así: *“Implementar y evaluar la estrategia de entornos saludables en espacios educativos, de vivienda y espacios laborales, y promover la implementación y evaluación de la efectividad de la estrategia de entornos saludables en espacios laborales con enfoque diferencial por género”*. El Plan Distrital de Salud 2008 - 2010 la incluyó en el eje 5 llamado Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales.

La *Política de Talento Humano del sector público de la salud* también retomó y adaptó la estrategia, así mismo ha servido de marco para construir el Plan Promocional de Salud Mental para el Sector Público Distrital.

En el contexto de las entidades públicas, esta estrategia ha sido definida como:

*“Un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores (y trabajadoras<sup>5</sup>) y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo”* (Organización Mundial de la Salud, 2010, página 16), para lo cual propone los siguientes indicadores:

- La salud y la seguridad, relacionadas con el espacio físico de trabajo.
- La salud, la seguridad y el bienestar, vinculados al entorno psicosocial del trabajo que incluye la organización y la cultura organizacional del mismo.

---

<sup>4</sup> UTI: Unidad de Trabajo Informal: define un proceso o actividad por la cual se producen bienes y/o servicios desarrollados por hasta diez trabajadores y trabajadoras en la economía informal, de la cual se puede percibir o no un ingreso. Los trabajadores y trabajadoras no están afiliados al régimen contributivo de salud, pensiones, ni riesgos profesionales.

<sup>5</sup> Agregado de la Secretaría Distrital de Salud – Dirección Salud Pública

- Los recursos de salud personales en el espacio de trabajo, descritos como ambientes de trabajo que promueven la salud, el acceso a los servicios de salud, información, el apoyo de las empresas para que los trabajadores puedan mantener o mejorar la salud, entre otros.
- La participación de la empresa en la comunidad en la que ésta se inserta, a partir de reconocer cómo son afectadas las comunidades vecinas de las empresas, como resultado de su proceso productivo.

Los componentes que plantea la Organización Panamericana de la Salud son:

### Ilustración 3. Componentes de la estrategia de entornos de trabajo saludables



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Estrategia de Entornos de Trabajo Saludables. 2011

1. *Entorno físico del trabajo*: desarrolla el Programa de Salud Ocupacional, como lo establece la Resolución 1016 de 1989, el cual contempla todos los riesgos, con excepción del psicosocial.
2. *Entorno psicosocial del trabajo*: se relaciona con el abordaje al riesgo psicosocial de los programas de salud ocupacional de acuerdo con la Resolución 2646 de 2008 del Ministerio de la Protección Social. Sin embargo, para efectos de enfatizar este riesgo y darle un mayor desarrollo, el riesgo psicosocial, en esta estrategia, se considera como un componente independiente.
3. *Bienestar y estilos de vida saludables*: en el marco de este componente se propone articular y armonizar los programas de salud ocupacional con las actividades que buscan el bienestar de sus trabajadores y trabajadoras .
4. *Empresa, comunidad y medio ambiente*: son las acciones que se puedan desarrollar a partir de la relación de las entidades con las comunidades más cercanas a sus instalaciones, para establecer acuerdos que beneficien las relaciones de convivencia y mutuo bienestar. También es una posibilidad de

ampliar la comprensión y trabajo de los entornos saludables al tema medio ambiental.

## **Concepto de economía informal**

La denominación de “economía informal” se origina en el marco de los estudios del Programa Mundial de Empleo que inició la OIT en 1969 y pretendía definir estrategias para enfrentar la pobre oferta de empleos en los países rezagados en el proceso de industrialización. En sus inicios se aplicó a los procesos que se generaron por parte de los grupos sociales para superar la falta de trabajo en el mercado laboral; empresas familiares, empresas constituidas con recursos propios de los trabajadores, producción a pequeña escala, adaptación de tecnología, adquisición de las competencias profesionales por fuera de la educación formal, participación en mercados competitivos no reglamentados. El programa regional para América Latina aportó a la caracterización del fenómeno los criterios de actividades no organizadas jurídicamente.

Desde entonces, la informalidad y sus características han sido objeto de debates, que generaron un conjunto de planteamientos por los cuales se han definido tres formas de aproximarse al fenómeno. La primera define la informalidad en función de sus características técnicas; actividad en pequeña escala, uso de técnicas que privilegian la mano de obra, mercados no regulados, aprendizaje por fuera de la educación formal, entre otras. Este abordaje plantea dificultades para medir la magnitud del fenómeno; no existen sistemas de información que caractericen las empresas de esta manera.

El segundo planteamiento promueve el abordaje basado en el número de empleados de las empresas y las ocupaciones. El DANE aplica criterios de este tipo y define que los trabajadores en la economía informal son los empleados del servicio doméstico, los trabajadores por cuenta propia, excepto profesionales independientes, los empleados y obreros particulares que laboren en empresas de hasta cinco trabajadores en todas sus agencias y sucursales, y a los patronos o empleados que ocupen hasta cinco trabajadores, incluyendo los respectivos patronos.

El tercer planteamiento corresponde al cumplimiento de requisitos legales: el acceso a la seguridad social, la licencia de funcionamiento y el pago de impuestos. Algunos estudios reflejan que el cumplimiento de los requisitos de ley tiene una relación directa con el número de trabajadores y trabajadoras que tienen las pequeñas empresas. Por ejemplo, un estudio del Banco Mundial realizado en 2007 en México y Brasil mostró que solo el 14% de las empresas mexicanas que tienen un empleado hacen aportes a la seguridad social, a diferencia de las que tienen más de 5 empleados; el 71% de estas hacen el respectivo aporte.(Banco Mundial, 2007).

Para el Banco Mundial, en su informe “Informalidad: escape y exclusión”, la informalidad pone en evidencia las relaciones entre los agentes económicos y el Estado, el cual desempeña una función importante en cuanto a mitigar las fallas del mercado, asegurar el suministro de bienes públicos y mantener las condiciones suficientes para la igualdad de oportunidades.

El informe presenta su definición de informalidad basada en el acceso de la población trabajadora a la protección social. En este sentido, define dos tipos de trabajadores y trabajadoras en la economía informal: **los informales por exclusión y los informales por escape o decisión.**

**Informales por exclusión:** son aquellos trabajadores que han sido excluidos de los beneficios cruciales otorgados por el Estado o de los circuitos de la economía moderna. Esta exclusión es debida, en gran manera, a la segmentación del mercado laboral, la cual ha impedido que un gran número de trabajadores abandonen su inercia en la informalidad y se empleen en la economía formal, que ofrece los beneficios estipulados por el Estado.

Por otra parte, las reglamentaciones complicadas han impedido que las pequeñas empresas crucen hacia la formalidad y crezcan, y por último el fenómeno de grandes empresas que, al hacer frente a cargas fiscales y regulaciones excesivas, operan parcialmente en la informalidad como una manera de defenderse. En este grupo encontramos los asalariados en la informalidad, quienes de manera permanente están buscando un empleo más deseable, ya sea como asalariados en la economía formal o como trabajadores independientes.

**Informales por escape o decisión:** son los trabajadores, empresas y familias que escogen la informalidad, en la medida en que realizan análisis de costo – beneficio acerca de si deben o no cruzar el margen hacia la formalidad, y deciden no cruzarlo. Este tipo de informalidad implica un cuestionamiento a la calidad de los servicios del Estado y a su capacidad para hacer cumplir las normas. Dentro de este grupo encontramos los trabajadores independientes (también denominados cuenta propia o dueños de microempresas), los cuales seleccionaron sus ocupaciones de acuerdo con sus necesidades individuales (especialmente su deseo de flexibilidad y autonomía), y sus aptitudes (capacidad empresarial).

Lo evidente en el país es que cada vez un mayor número de trabajadores y trabajadoras se ubican en la economía informal y que las razones para su existencia reflejan, entre otras cosas, de forma inequívoca las diferentes fallas del modelo de desarrollo.

Para el objeto de la presente Política se debe hacer una diferenciación entre la pequeña empresa, que por no cumplir con los requisitos definidos en la ley se denomina informal, y la población trabajadora, que sin dejar de ser reconocida como sujeta de derechos, deambula entre una economía regulada y controlada, y una economía “informal”. El énfasis de esta teoría refleja una forma distinta de leer

este fenómeno social que, basado en el enfoque de derechos, evidencia que la economía debe regularse y es a los individuos, trabajadores y trabajadoras a quienes se les debe reconocer y garantizar sus derechos, independientemente del lugar de la economía en la que se encuentren.

Uno de los derechos fundamentales de la población trabajadora, establecido en convenios internacionales y en el marco constitucional y jurídico del país, es indiscutiblemente el derecho a la salud y seguridad en el trabajo. Este derecho incluye que en cualquier trabajo se debe garantizar condiciones óptimas que no expongan a los trabajadores y trabajadoras a condiciones riesgosas e inadecuadas. También incluye la posibilidad de gozar de prestaciones asistenciales y económicas frente a los eventos en salud relacionados con el trabajo (accidentes en el trabajo, enfermedades profesionales y muertes en el trabajo).

A partir del ajuste al Sistema General de Seguridad Social (Ley 100 de 1993), las acciones de promoción y prevención, y el cubrimiento de las prestaciones asistenciales y económicas, determinadas por la afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales<sup>6</sup>, pasaron a ser un derecho solamente de los trabajadores y trabajadoras con contrato de trabajo, y que corresponden solamente al 36% del total de la población ocupada<sup>7</sup>. En este sentido, para la presente política, la población trabajadora en la economía informal es aquella que no tiene garantizado este derecho y que tal como lo presentan las cifras de las Aseguradoras de Riesgos para el país, es más del 64% del total de los trabajadores y trabajadoras (FASECOLDA, 2011).

Sin embargo, este fenómeno no se presenta de forma regular para todos los grupos sociales y en todas las etapas del ciclo de vida. Es evidente que existen dos grupos en donde la precariedad laboral en la economía informal es más notoria: las mujeres y los jóvenes. El DANE reportó mayor participación de las mujeres en la economía informal, y en 2001 y 2002 determinó un crecimiento precipitado de la tasa de informalidad por un aumento de la participación del género femenino, sumada a una mayor tasa de desempleo en las mujeres (DANE: 2002). “Las mujeres siguen concentradas en áreas de la economía informal «invisibles», como el trabajo en el servicio doméstico, el trabajo a destajo a domicilio y la asistencia en pequeñas empresas familiares, ocupaciones que ofrecen un empleo precario, de baja calidad, irregular o sin remuneración, escaso o nulo acceso a la seguridad social o a la protección social y una limitada capacidad para organizarse y conseguir que se hagan efectivas las normas internacionales del trabajo y los derechos humanos” (Universidad Nacional, 2009).

---

<sup>6</sup> De acuerdo con FASECOLDA, en septiembre de 2011 había un total de 7.352.030 afiliados a las Aseguradoras de Riesgos Profesionales.

<sup>7</sup> El total de población ocupada para el nivel nacional reportada por el DANE en septiembre de 2011 corresponde a 20.401.000

## Conceptos relacionados con trabajo infantil y adolescente

### Trabajo infantil<sup>8</sup>

Toda actividad económica<sup>9</sup> y/o estrategia de supervivencia, remunerada o no, realizada por niños y niñas por debajo de la edad mínima de admisión al empleo o trabajo, independientemente de su posición ocupacional<sup>10</sup>

### Trabajo adolescente protegido

Hace referencia a toda actividad económica remunerada, desarrollada por los y las adolescentes entre 15 y 18 años con la debida autorización expedida por el Inspector de Trabajo o por el Ente Territorial Local y que goza de las protecciones laborales consagradas en el régimen laboral colombiano, las normas que lo complementan, los tratados y convenios ratificados por Colombia. Los adolescentes deben, adicionalmente, desarrollar actividades de formación y especialización para el ejercicio de una ocupación, arte, oficio o profesión.<sup>11</sup>

Se considera la posibilidad del desarrollo de actividades laborales por los y las adolescentes a partir de los 15 años de edad en la medida en que hayan finalizado el ciclo de formación básica, y solamente podrán desarrollar las actividades laborales definidas como permitidas por la legislación nacional (Resolución 1677 de 2008).

### La vigilancia en salud de los trabajadores y trabajadoras

La vigilancia epidemiológica ocupacional de las trabajadoras y trabajadores se define como el conjunto de instituciones, personas y sistemas de información que realizan actividades dirigidas a reunir, procesar y analizar la información indispensable para conocer en todo momento la distribución de las enfermedades ocupacionales, el accidente de trabajo, las exposiciones diferenciales asociadas a estos eventos y los determinantes sociales que las generan. Lo anterior, con el objetivo de impulsar respuestas sociales integrales que promuevan la restitución social de los derechos y garantías sociales inherentes al trabajo y la construcción

---

<sup>8</sup> Término acuñado por la Mesa Distrital de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil. 2010.

<sup>9</sup> **Actividad económica** se define como aquella acción de carácter físico y/o intelectual destinada a la producción y oferta de bienes y servicios.

<sup>10</sup> **Posición ocupacional** hace referencia a las distintas modalidades de trabajo en el ámbito laboral o a la forma de vinculación a un trabajo: independiente, familiar no remunerado, doméstico, entre otros.

<sup>11</sup> Ley 1098 de 2006, Código de infancia y adolescencia.

de entornos saludables en los espacios laborales (Secretaría Distrital de Salud - 2007).

Con base en esta definición y teniendo en cuenta que actualmente no existe un sistema que registre los eventos en salud derivados del trabajo en la economía informal, la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud se ha propuesto desarrollar un subsistema de vigilancia para la salud de la población trabajadora en la economía informal, el cual será operado por la red pública hospitalaria de la ciudad (Secretaría Distrital de Salud - 2007).

Este subsistema busca proveer información para la generación de indicadores epidemiológicos que identifiquen el perfil patológico derivado de las condiciones de trabajo de los y las trabajadoras de la economía informal. Adicionalmente, este buscará plantear a largo plazo estrategias que vinculen la información con variables sociales, económicas y ambientales en los contextos de territorialidad y cadenas productivas para generar un modelo explicativo de la determinación social de los eventos en salud relacionados con el trabajo (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - 2011).

Para el desarrollo de las actividades del subsistema, se contará con un equipo multidisciplinario que desde estrategias de vigilancia epidemiológica ocupacional buscará vincular los eventos en salud relacionados con el trabajo (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) y con las condiciones de trabajo en la economía informal. Para efectuar este análisis se contará con dos estrategias metodológicas fundamentales: la vigilancia en salud pública (Bankcer, 1988) y la vigilancia de las condiciones de trabajo (Organización Internacional del Trabajo, 2001).

La vigilancia en salud pública está basada en la articulación con las actividades del ámbito laboral e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a través de la vigilancia activa de casos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales presentes en Unidades de Trabajo Informal, el fomento a la notificación de los eventos desde líderes comunitarios, organizaciones de trabajadores y trabajadoras, y organizaciones no gubernamentales.

Para el caso de la vigilancia de las condiciones de trabajo, el equipo multidisciplinario realizará investigaciones de las exposiciones ocupacionales para

definir criterios de asociación entre las condiciones laborales y los eventos en salud relacionados con el trabajo.

Estas actividades tendrán como propósito fundamental orientar, diseñar e implementar un modelo que opere desde lo local, con el fin de obtener la información de forma sistemática y oportuna para que soporte la toma de decisiones y la construcción de políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida y salud de los trabajadores, mediante el conocimiento de las características de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ATEP) que ocurren en la economía informal.

## MARCO NORMATIVO Y POLÍTICO

Este capítulo recoge las normas y políticas más importantes desarrolladas internacional, nacional y distritalmente, y que se relacionan con la *Política para la salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Bogotá*.

En el campo internacional, la principal fuente es la Organización Internacional del Trabajo (OIT), prolífica en convenios y recomendaciones que de cualquier manera inciden en la salud de la población trabajadora y aquí se recogen las más significativas para la salud en el trabajo.

### Normatividad internacional

**Cuadro 1. Normatividad internacional y proceso**

<b>Normatividad</b>	<b>Implicaciones para la Política</b>
<p><b>Convenio 187: marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo</b>, no ratificado por Colombia, y <b>Recomendación 197</b></p> <p>Promueve la mejora continua de la seguridad y salud en el trabajo, con el fin de prevenir las lesiones, enfermedades y muertes ocasionadas por el trabajo.</p>	<p>Los diferentes actores responsables del cumplimiento de la presente política velarán por su ratificación.</p>

<p><b>Estrategia mundial salud ocupacional para todos, adoptada por la segunda reunión de la OMS en 1994.</b></p> <p>Su objetivo fundamental es que en los países en donde la salud ocupacional y la seguridad son actualmente un hecho positivo, se debe lograr mejoras adicionales en los indicadores de salud y seguridad, y demostrar una reducción considerable en los niveles de alto y bajo riesgo en las empresas.</p>	<p>Todos los países deberán mostrar un desarrollo progresivo en la salud ocupacional y de servicios, independientemente del sector de la economía, del tamaño de la compañía, ocupación, modalidad de empleo o naturaleza del trabajo independiente</p>
<p><b>Convenio 138: edad mínima de admisión para el trabajo, ratificado en Colombia mediante la Ley 515 de 1999.</b></p>	<p>Este convenio es uno de los pilares fundamentales de la OIT en la lucha contra el trabajo infantil, el cual establece que todo miembro se compromete a seguir una política nacional que asegure la abolición efectiva del trabajo de los niños y que eleve progresivamente la edad mínima de admisión al empleo o al trabajo a un nivel que haga posible el más completo desarrollo físico y mental de estos. En la Ley 1098 de 2006 se define para el país que la edad mínima de admisión al empleo son los 15 años .</p>

<p><b>Convenio 182: regula la prohibición de las peores formas de trabajo infantil (PFTI), ratificado por la Ley 704 de 2001</b></p> <p>El Artículo 3 define bajo la categoría de PFTI aquellas que esclavizan al niño, lo separan de su familia, lo exponen a graves peligros y enfermedades o lo dejan abandonado a su suerte en las calles, las cuales son prioritarias para su erradicación inmediata.</p>	<p>Establece de forma contundente aquellas actividades laborales consideradas intolerables formas de trabajo infantil y establece la obligatoriedad a los países de definir el listado de actividades peligrosas para los menores de 18 años.</p>
<p><b>Convenio 161 (1985): relativo a los servicios de salud en el trabajo, ratificado por Colombia el 25 de enero de 2001.</b></p> <p>Promueve los servicios esencialmente preventivos y encargados de asesorar al empleador, a los trabajadores y a sus representantes en la empresa acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los requisitos necesarios para establecer y conservar un medio ambiente de trabajo seguro y sano, y favorezca una salud física y mental óptima en relación con el trabajo.</li> <li>• La adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, teniendo en cuenta el estado de salud física y mental.</li> </ul>	<p>Establece responsabilidades puntuales a los y las empleadoras para garantizar no solo la protección y seguridad en el trabajo, sino el desarrollo de mecanismos concretos para la atención y prevención de eventos en salud relacionados con el trabajo.</p>

<p><b>Declaración de Seúl sobre seguridad y salud en el Trabajo (2008)</b></p> <p>La declaración obliga a los países que lo han ratificado a formular, aplicar y reexaminar periódicamente una política nacional coherente sobre servicios de salud en el trabajo. Así mismo, a establecer progresivamente servicios de salud en el trabajo para todos los trabajadores, incluidos los del sector público y los miembros de las cooperativas de producción en todas las ramas de actividad económica y en todas las empresas.</p>	<p>Aplicación en el campo de la seguridad y salud en el trabajo.</p>
<p><b>Trabajo decente Organización Internacional del Trabajo (2008)</b></p>	<p>Condiciones de trabajo y calidad del empleo</p>

### **Políticas y normativas nacionales**

Con relación a la normativa nacional y a las políticas, se presentan las de mayor vínculo, sin desconocer principios constitucionales del derecho al trabajo que son relevantes para el tema, dentro de los cuales podemos mencionar:

- ✓ Principio de favor (favor laboratoris)
- ✓ Principio in dubio pro operario
- ✓ Principio de indisponibilidad
- ✓ Principio de imperatividad legal, de norma mínima y de norma más favorable
- ✓ Principio de condición más beneficiosa
- ✓ Principio de igualdad
- ✓ Principio de estabilidad o continuidad
- ✓ Principio de ordenación de las fuentes jurídico laborales

### **Cuadro 2. Normatividad nacional y proceso**

<b>Normatividad</b>	<b>Implicaciones para la Política</b>
---------------------	---------------------------------------

<p><b>Ley 9 de 1979, denominada Código Sanitario Nacional</b></p> <p>Por medio de la cual el Estado dictó medidas sanitarias referentes a la salud de la población, incluidos aspectos de la relación entre los procesos productivos y la salud de los trabajadores y de la comunidad en general.</p> <p>En sus doce títulos esta Ley contiene una serie de orientaciones a las actividades del sector salud en relación con el saneamiento básico y el consumo; la atención, protección y conservación del medio ambiente laboral y extralaboral; y de todos los factores que en una u otra forma puedan incidir en la salud individual y colectiva.</p>	<p>Establece los lineamientos básicos de la inspección, vigilancia y control de los centros de trabajo. Aún vigente en el país.</p>
<p><b>Resolución 2400 de 1979, denominada Estatuto de seguridad industrial</b></p> <p>Estableció normas sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo.</p>	<p>Sigue siendo la norma de referencia técnica sobre la materia más importante en el país.</p>

<p><b>Decreto 586 de 1983</b></p> <p>Mediante el cual se crea el <i>Comité nacional, regional y local de salud ocupacional</i>, ajustado por el acuerdo 16 de 1997 y le asigna como funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesorar a las instancias de dirección en el diseño de la política y normalización en salud ocupacional.</li> <li>• Establecer acciones, planes y programas en salud ocupacional.</li> <li>• Impulsar planes tendientes a la formación de personal y divulgación en salud ocupacional.</li> <li>• Impulsar y proponer a las instituciones las investigaciones tendientes a diagnosticar la situación de la salud ocupacional, para la orientación y el desarrollo de los programas.</li> <li>• Proponer un sistema nacional de información sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que mantenga actualizada la problemática de la salud ocupacional en Colombia.</li> <li>• Evaluar el desarrollo del plan nacional de salud ocupacional.</li> </ul>	<p>El Comité Local de Salud Ocupacional se constituye en un escenario fundamental para la divulgación e implementación de la presente Política.</p>
<p><b>Resolución 1016 de 1989 (en proceso de actualización).</b></p> <p>Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los programas de salud ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.</p>	<p>Aplica a los programas de salud ocupacional en las empresas y establece el marco normativo al respecto.</p>
<p><b>Ley 10 de 1990</b></p> <p>Declara la salud como un servicio público, sienta las bases para su privatización al privilegiar la presencia del sector privado en la prestación de los servicios.</p>	

<p><b>Ley 100 de 1993 y el Decreto-Ley 1295 de 1994.</b></p> <p>Normas que definen el sistema de seguridad social en el país. El objetivo de la reforma fue resolver las limitaciones que había en materia de alcance y cobertura del sistema, así como mejorar o mantener las prestaciones asistenciales y económicas que reconocía el sistema anterior al trabajador enfermo o accidentado en el trabajo.</p>	<p>Establece el marco normativo para la afiliación de los y las trabajadoras con contrato de trabajo al Sistema General de Seguridad Social. Genera barreras normativas para la afiliación al Sistema de quienes trabajan por cuenta propia e independientes sin contrato civil.</p>
<p><b>Decreto 1530 de 1996</b></p> <p>Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 100 de 1993 y el Decreto - Ley 1295 de 1994, referido a la definición de Centros de Trabajo.</p>	<p>Aplica a los procesos relacionados con el Sistema General de Riesgos Profesionales.</p>
<p><b>Resolución 2569 de 1999</b></p> <p>Reglamenta el proceso de calificación del origen de los eventos de salud en primera instancia. Esta disposición determina que en las diferentes instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud (empresas promotoras de salud, entidades de medicina prepagada, instituciones prestadoras de servicios y todas aquellas que prestan servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud) deben existir departamentos, áreas o profesionales responsables de determinar el origen de los eventos de enfermedades y accidentes.</p>	<p>Establece las bases normativas para el desarrollo del subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud de la población trabajadora</p>
<p><b>Ley 776 de 2002</b></p> <p>Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.</p>	<p>Aplica a los procesos relacionados con el Sistema General de Riesgos Profesionales.</p>

<p><b>Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia)</b></p> <p>Establece en el artículo 35 que la edad mínima de admisión al trabajo son los 15 años, y en el artículo 113 y 114 define que los jóvenes entre 15 y 17 años, previa autorización del inspector de trabajo, podrán laborar en condiciones de trabajo protegido.</p>	<p>Se constituye en el marco jurídico vigente freno al trabajo infantil en el país.</p>
<p><b>Ley 1010 de 2006</b></p> <p>Por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo.</p>	<p>Aplicar a todos los centros de trabajo</p>
<p><b>La estrategia nacional para prevenir y erradicar las peores formas de trabajo infantil (PFTI) y proteger al joven trabajador (2008 – 2015).</b></p> <p>Define la manera en que Colombia se propuso avanzar, desde 2006 hasta 2015, en la prevención y erradicación de las PFTI. Es una estrategia, en la medida en que define de manera precisa la operatividad o la descripción de pasos claros y conducentes a transformar realmente, y para bien, la vida de los niños, niñas y adolescentes en PFTI o en riesgo de caer en ellas, y la de sus familias.</p>	<p>Orienta metodológicamente las acciones que desde esta Política se propongan para la prevención y erradicación del trabajo infantil.</p>
<p><b>Resolución 2646 de 2008</b></p> <p>Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional.</p>	<p>Aplica a los procesos de salud mental en el trabajo relacionados con el riesgo psicosocial.</p>

<p><b>Decreto 2566 de 2009</b></p> <p>Por el cual se adopta la tabla de enfermedades profesionales. Se incluyen las patologías causadas por estrés.</p>	<p>Aplica específicamente para la calificación de patologías de origen profesional e incluye aquellas causadas por el estrés.</p>
<p><b>Decreto 3039 de 2007</b></p> <p>Por el cual adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010. Ordena la articulación de las ARP con las entidades territoriales para el cumplimiento del objetivo de mejorar la salud y seguridad en el trabajo. El capítulo V del mismo decreto define como una de las diez prioridades de la salud pública, la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.</p> <p>El Plan Nacional de Salud Pública, reglamentado en el Decreto 3039 de 2007, incorporó esta estrategia en sus objetivos 8 y 9 así: “Implementar y evaluar la estrategia de entornos saludables en espacios educativos, de vivienda y espacios laborales” y “Promover la implementación y evaluación de la efectividad de la estrategia de entornos saludables en espacios laborales con enfoque diferencial por género.” (Secretaría Distrital de Salud, 2009).</p>	<p>Se prioriza la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral, y define las bases normativas para el desarrollo de la <i>Estrategia de entornos de trabajo saludables</i> en la ciudad.</p>
<p><b>Resolución 425 de 2008</b></p> <p>Define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, a cargo de las entidades territoriales.</p>	<p>El Plan Territorial de Salud 2008 – 2012 establece como eje programático: la prevención, vigilancia y control de los Riesgos Profesionales.</p>

## Marco normativo y político distrital

**Cuadro 3. Normatividad distrital y proceso**

<b>Normatividad</b>	<b>Implicaciones para la Política</b>
<p><b>Lineamientos generales de política social para Bogotá 2004 – 2012</b></p> <p>Definen como propósito que Bogotá avance hacia una ciudad más respetuosa de la diversidad y heterogeneidad cultural, más incluyente y justa en lo social, más participativa y democrática, en el marco de los derechos de la niñez, la juventud, las mujeres, las personas mayores y la familia.</p>	<p>Establece los elementos básicos para la definición del enfoque poblacional como un elemento central en la definición de las políticas públicas en la ciudad.</p>
<p><b>Política por la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes en Bogotá 2004 – 2008, ratificada en el Plan Desarrollo Bogotá Positiva: Para vivir mejor 2008 – 2012</b></p> <p>Establece el trabajo infantil como uno de los intolerables sociales a transformar mediante la acción conjunta del Gobierno Distrital, las entidades, organizaciones gubernamentales nacionales y no gubernamentales, y las demás organizaciones de la sociedad civil.</p>	<p>Define aquellas acciones centrales que deben ser realizadas por los diferentes sectores y actores, para avanzar en la prevención y erradicación del trabajo infantil.</p>
<p><b>Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana: 2012 – 2016</b></p> <p>Eje Uno: ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de los procesos de desarrollo.</p>	<p>Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad</p>
<p><b>Plan Distrital de Salud 2012 - 2016</b></p> <p>Es la apuesta política para la transformación de los procesos relacionados con la calidad de vida y la salud de los bogotanos. Se soporta en los postulados internacionales, nacionales y distritales.</p>	<p>Componente de prevención, vigilancia y control de Riesgos Profesionales</p>

## Marco situacional

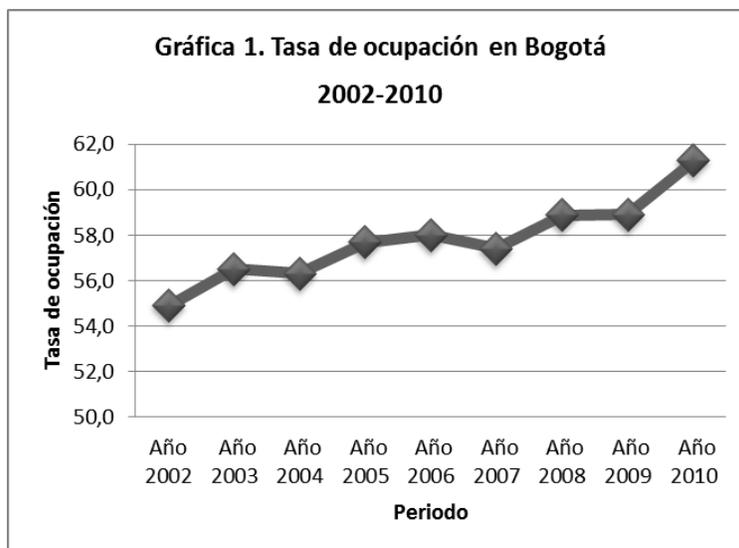
### Condiciones de empleo de la población trabajadora en Bogotá

Bogotá presenta varias características que la convierten no solo en el mercado laboral más grande del país, sino también en el más importante; su tamaño se convierte en un termómetro importante de las tendencias nacionales.

<b>Tabla 1. MERCADO LABORAL BOGOTÁ. JULIO 2011</b>		
<b>Indicador</b>	<b>Recuento x 1.000</b>	<b>Tasa</b>
<b>Población total</b>	7.408	
<b>Población en edad de trabajar</b>	5.974	80,6%
<b>Población económicamente activa</b>	4.193	70,2%
<b>Ocupados</b>	3.779	63,3%
<b>Desocupados</b>	414	9,9%

Fuentes: DANE 2011 y FASECOLDA 2011

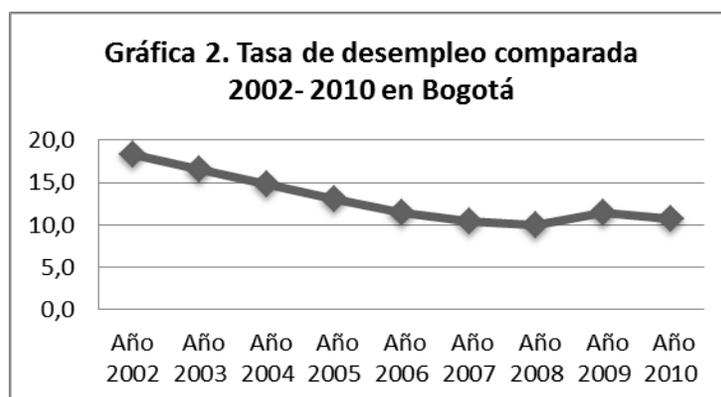
El 39% de los ocupados en las 13 principales ciudades del país vive en Bogotá, con 5.974.000 trabajadores y trabajadoras, lo cual da una idea del peso que tiene la ciudad en el total nacional. Durante los últimos años, y debido en buena medida al crecimiento económico registrado en el país y a la estabilidad en el flujo de inversión, la ciudad logró consolidar una importante recuperación en la tasa de ocupación, que en el 2011 llegó al 63,3%.



DANE 2011. Ocupados / Población económicamente activa \* 100

Un aspecto interesante del mercado laboral en Bogotá tiene que ver con su gran diversificación, lo cual se convierte en un factor determinante en la generación de empleos nuevos; al no depender de una actividad económica específica y dominante, logra mantener un mayor margen de respuesta frente a crisis sectoriales y en general, frente a crisis económicas, disminuyendo la vulnerabilidad de la población económicamente activa. Esto se ha visto reflejado de manera particular en la reciente crisis financiera y económica que afectó al mundo entero a partir del 2007, y que tuvo un impacto diferenciado en las distintas ramas de la actividad económica en la ciudad (ver gráfica 1).

No obstante el constante flujo migratorio y el hecho de ser una de las principales receptoras de población desplazada, la creación de más de 10.000 empleos mensuales le ha permitido a la capital mantenerse como una de las ciudades con mayor proporción de gente trabajando sobre el total de habitantes en edad de trabajar (63,3% según DANE en 2011).



Fuente: DANE (datos para Bogotá: 2011)

En el ámbito nacional, Bogotá continúa siendo uno de los principales centros generadores de empleo, lo cual le ha permitido sostener tasas de desempleo relativamente bajas (ver gráfica 2) y ubicarse casi siempre por debajo de la media nacional, sin embargo si se compara con otras ciudades latinoamericanas, Bogotá es una de las ciudades con más alto desempleo, al ubicarse por encima de la media regional (8,3 por ciento).

En el caso de Bogotá, la composición del empleo generado, las condiciones del mismo y los sectores en los cuales se genera son factores que permitan establecer particularidades interesantes. La ciudad ha vivido en los últimos años un reordenamiento productivo, que le ha dado el liderazgo económico al sector servicios e incidido en las formas de contratación.

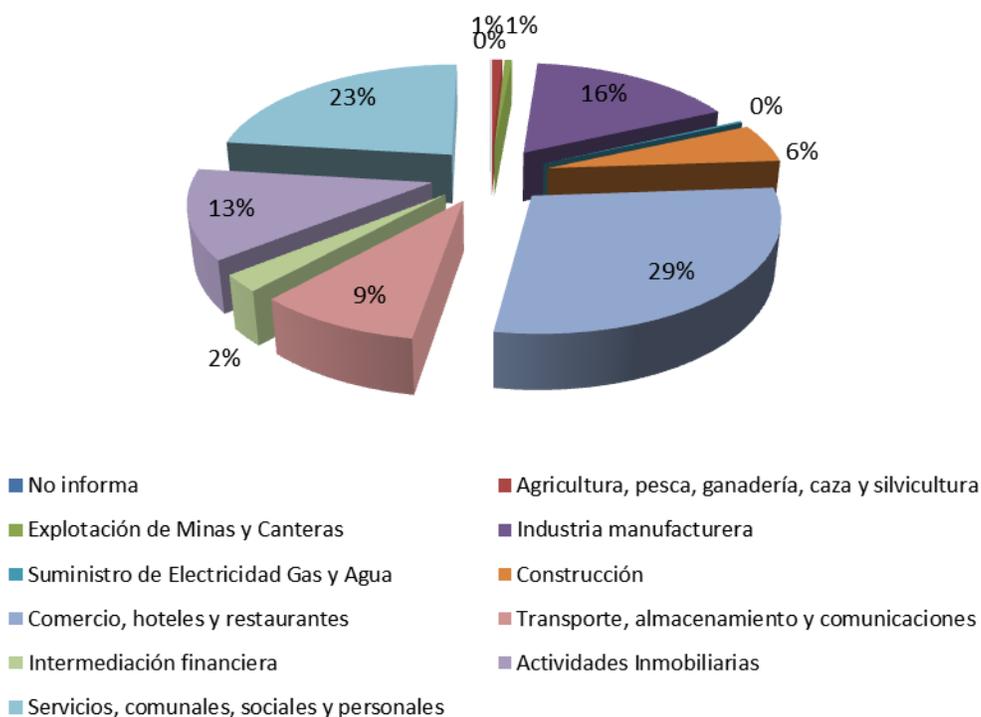
A pesar de los cambios en las formas de contratación y el aumento en la intermediación laboral, en Bogotá existen más de 2 millones de empleados asalariados (55.3%), representan cerca del 27% del total de asalariados en Colombia y superan el 38,8% de la nación.

Es relevante que cerca del 32% de los ocupados en la ciudad presenten algún tipo de inconformismo con la actividad laboral que desempeña. Este nivel de subempleo subjetivo resulta incluso superior al nacional, lo cual evidencia que es poco acertado asociar trabajo asalariado (con prestaciones de ley), con calidad del empleo.

### **Empleo por rama de actividad**

El sector servicios se ha consolidado en los últimos años como el principal impulsor del crecimiento económico de la ciudad y por ende, en él se concentra la mayor parte del empleo. En efecto, cerca del 75% de los empleados en Bogotá están vinculados al sector servicios en el que se incluye: comercio, intermediación financiera, actividades inmobiliarias, transporte y comunicaciones (ver gráfica 3).

**Gráfica 3. Ocupación por actividad económica - Bogotá. Mayo 2011**



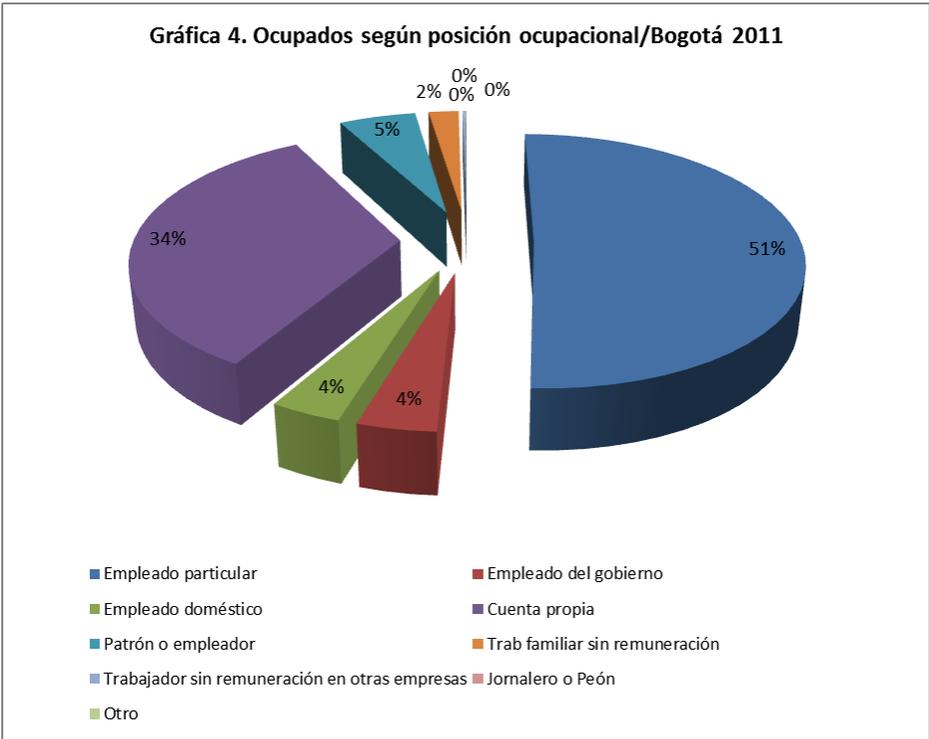
Fuente: DANE mayo de 2011

Resulta especialmente preocupante el papel de la industria como generadora de empleo; en los últimos años se ha notado un estancamiento, no obstante tener cifras positivas relacionadas con el aumento de la producción y ventas. En ello sin duda tiene particular impacto el recambio tecnológico vivido durante los últimos años, que ha permitido mayores niveles de productividad, pero también surge como un factor importante el retroceso de la industria frente al avance del sector servicios como principal actividad económica de la ciudad.

Por ello, no extraña que desde 2007 el comercio, los hoteles y restaurantes, junto al transporte, almacenamiento, comunicaciones y construcción sean los principales dinamizadores del mercado laboral. El problema, como se verá enseguida, es que una parte importante de los empleos generados en estos sectores son de baja calidad, de carácter informal, mediante contratación temporal y, en muchos casos, a través de intermediarios como las cooperativas de trabajo asociado.

De manera adicional, el trabajo por cuenta propia, en su mayoría informal, ha tenido un importante aumento; pasó del 27% en 2007 al 34% en 2011<sup>12</sup> (ver gráfica 4), una tendencia que parece consolidarse en la ciudad y llama la atención para la política pública.

El sector público, como empleador, ha seguido perdiendo participación y en la actualidad genera un 4% de los empleos en la ciudad, vinculados las mayoría de ellos en condiciones de precariedad a través de cooperativas de trabajo asociado, empresas temporales u órdenes de prestación de servicios (Departamento Servicio Civil, 2011).



Fuente: DANE 2011 (mayo)

**Déficit de trabajo digno y decente**

La Procuraduría General de la Nación adelantó una investigación para evaluar la situación del trabajo digno y decente. Se destaca que Colombia es el país más desigual en Suramérica y, según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), el tercero con mayor **desempleo**, después de Jamaica y República Dominicana. También exalta la informalidad en Colombia, la cual está por encima del promedio de América Latina (Procuraduría General de la Nación, 2011).

<sup>12</sup> DANE, julio 2011

Las formas precarias de contratación, aun en la formalidad, como las cooperativas de trabajo asociado, las empresas temporales de servicios y las órdenes de prestación de servicios utilizan estas figuras para desconocer los derechos de los trabajadores y trabajadoras. Este aspecto, también destacado en los núcleos problemáticos, lo destacó la Procuraduría y llamó la atención de esta situación en el sector público.

Uno de los pilares fundamentales del trabajo digno y decente hace relación al derecho de organización de la población trabajadora, y un indicador clave de este aspecto es la tasa de sindicalización. El informe relacionado indica que esta tasa se ha reducido, y que los indicadores del diálogo social (registro de nuevos sindicatos, convenciones colectivas, pactos colectivos y huelgas) se han deteriorado en los últimos años (Procuraduría General de la Nación, 2011).

El informe dice: "En Colombia, el sindicalismo sigue teniendo el concepto hostil de que es una libertad peligrosa que puede costar la vida" (Procuraduría General de la Nación, 2011). Por esa razón señala que una forma de reducir las desigualdades es el fortalecimiento sindical en el país.

El informe ratifica otro de los núcleos problemáticos: la desigualdad de género y destaca que a pesar de su participación en el sistema educativo, los ingresos salariales continúan siendo inferiores a los que reciben los hombres. "La diferencia de género no se explica por factores objetivos sino por el sesgo en la contratación" (Procuraduría General de la Nación, 2011).

La situación de la juventud no puede ser ajena a este análisis; esta población no tiene suficientes y adecuadas oportunidades en el mercado de trabajo y es una problemática con profundas incidencias sociales y políticas en nuestro país.

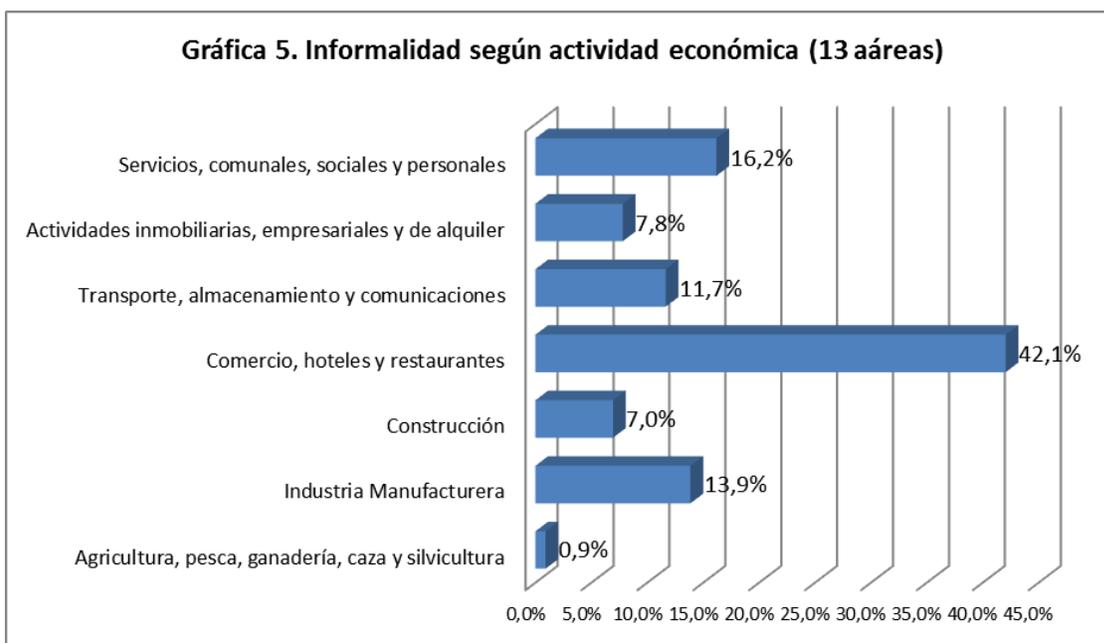
## **Informalidad**

El DANE evalúa la proporción de trabajadores y trabajadoras dentro de la economía informal basada en las siguientes situaciones:

1. Los empleados particulares y los obreros que laboran en establecimientos, negocios o empresas que ocupen hasta cinco personas en todas sus agencias y sucursales, incluyendo al patrono y/o socio.
2. Los trabajadores familiares sin remuneración en empresas de cinco trabajadores o menos.
3. Los trabajadores sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares.
4. Los empleados domésticos en empresas de cinco trabajadores o menos.
5. Los jornaleros en empresas de cinco trabajadores o menos.
6. Los trabajadores por cuenta propia que laboran en establecimientos hasta de cinco personas, excepto los independientes profesionales.
7. Los patronos o empleadores en empresas de cinco trabajadores o menos.
8. Se excluyen los obreros o empleados del gobierno.

Si bien Bogotá registra un nivel de informalidad inferior al del resto del país (45,7% en el 2011), esta tiene una tendencia creciente y se ha constituido en uno de los principales problemas en el mercado laboral de la capital. La mayor parte de los informales en las trece áreas urbanas del país (77%) se ubica en el sector servicios y es precisamente este sector el que mayor número de empleos genera (ver gráfica 5).

En el comercio, la informalidad se concentra en tiendas, mini mercados, comercio al por menor, restaurantes, y ventas de alimentos y bebidas. La mayoría de ellos trabaja por cuenta propia (51%), con niveles bajos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral y están expuestos a una alta inestabilidad laboral.



Fuente: DANE, julio 2011

Al igual que en el resto del país, la informalidad se concentra en las poblaciones más vulnerables y los más afectados por esta realidad son los jóvenes entre 18 y 29 años, y las mujeres. Otro elemento para analizar es que más del 70% de los informales está constituido por personas con niveles de formación que no van más allá de la secundaria. No se ha logrado afectar significativamente las altas tasas de deserción escolar y la educación continúa siendo un tema pendiente, no solo por cobertura sino también por calidad.

### Desempleo juvenil y género

Las dificultades para la inserción laboral de los jóvenes y la discriminación laboral y salarial por género siguen constituyéndose en dos problemas característicos del mercado laboral colombiano, aspectos que no son ajenos en Bogotá.

Si bien en la actualidad la población entre 14 y 26 años representa el 29,6% de la población en edad de trabajar, la tasa de participación es del 52,9%, con una tasa de ocupación de apenas el 41,1% y una tasa de desempleo del 22,2%, más del doble de la tasa de desempleo total.

El análisis por género resulta más alarmante; la tasa de desempleo para hombres en este rango de edad es del 18% y para las mujeres llega al 28,3%. Muchos jóvenes retardan su independencia del hogar y otros simplemente desisten de buscar empleo y por ello no extrañan los altos niveles de inactividad (47,15%).

La discriminación por género se hace aún más evidente cuando se analizan hombres y mujeres de acuerdo con su nivel de calificación. En todos los casos, sin excepción, al comparar mujeres y hombres del mismo nivel de formación son éstos últimos los que obtienen mejores niveles de remuneración y los menos afectados por el desempleo.

En los últimos años, a nivel profesional se han reducido las diferencias y se han logrado importantes avances en la inserción de la mujer a cargos ejecutivos y profesionales de alta responsabilidad, sin embargo persisten grandes diferencias en niveles educativos inferiores.

### **Situación de aseguramiento de los trabajadores y trabajadoras**

En Bogotá, en 2009, el 62% de la población trabajadora económicamente activa estaba afiliada al régimen contributivo, el 32% al régimen subsidiado y solo el 4% hacía parte de la población vinculada. Esta última ha venido disminuyendo debido a la vinculación al régimen subsidiado.

Según datos del Ministerio de la Protección Social, del total de afiliados al régimen de seguridad social en salud (7.955.742 afiliados), el 79,2% (6.295.834) estaba en el régimen contributivo y el 20,8% (1.659.908) en el subsidiado. Cabe aclarar que no se reporta población no asegurada<sup>13</sup>. Estas cifras sustentan el estudio de la Procuraduría General de la Nación que dice: "Estar cerca de la cobertura universal por el régimen subsidiado evidencia que las personas no han podido acceder al trabajo formal y que el Estado debe subsidiarles su derecho a la salud" (Procuraduría General de la Nación, 2011).

Con relación a la afiliación a riesgos profesionales, la Federación de Aseguradores Colombianos (Fasecolda) para el año 2010 reportó 2.788.961 millones de afiliados, lo que representa el 40,7% del total de la población afiliada a este sistema en Colombia. Al determinar cuál es la proporción de población afiliada al Sistema General de Riesgos Profesionales, ésta cifra representa el 66,2%, y significa que el 34% de esta población está por fuera del Sistema de Riesgos Profesionales, y que sobre ella la Política debe orientar acciones específicas, tanto

---

<sup>13</sup> <http://www.minproteccionsocial.gov.co/estadisticas/default.aspx>

para diseñar estrategias para ampliar la cobertura del mismo sistema como para fomentar su aseguramiento y generar estrategias que garanticen su derecho a la salud en el trabajo.

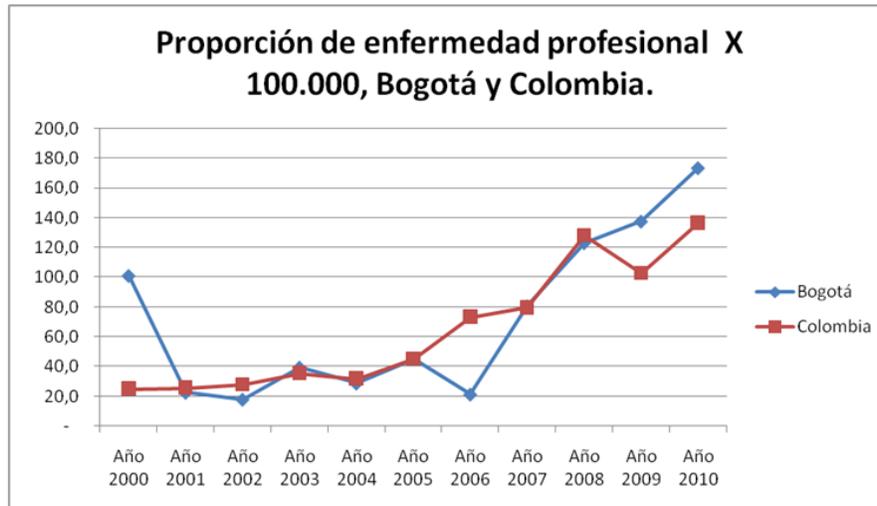
Sin embargo, la mayoría de las personas que trabajan en actividades económicas informales no se encuentran afiliadas al régimen contributivo como cotizantes, lo que se traduce en una mayor carga para el sistema de seguridad social e implica que no tienen cobertura en riesgos profesionales y pensión.

### **Análisis de la salud de los trabajadores y trabajadoras**

En 2010, las Administradoras de Riesgos Profesionales en el Distrito Capital reportaron 4.878 casos de enfermedades profesionales. Se evidencia un aumento significativo al compararse con el año 2000 en el cual se registraron 101 casos, una de las causas puede ser el ingreso de población afiliada al Sistema General de Riesgo Profesionales (SGRP).

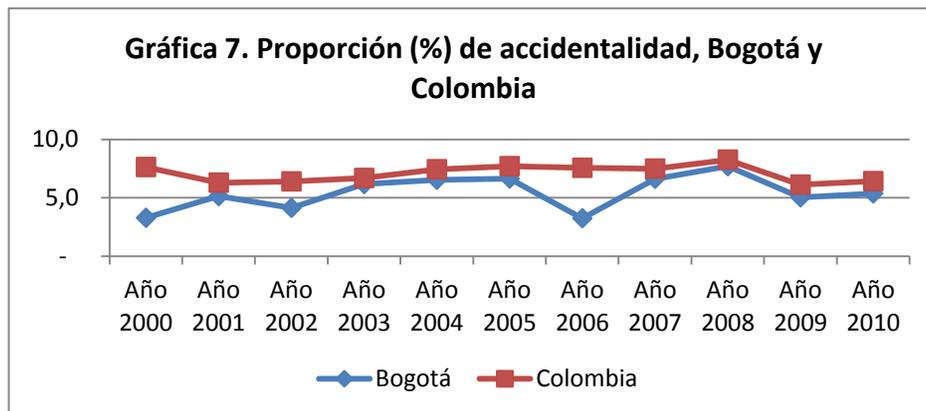
Sin embargo, las enfermedades profesionales presentan un considerable subregistro, que se evidencia en los datos del Fondo de Riesgos Profesionales. Según esta entidad, existe una tasa de enfermedad profesional de 173 casos por cada 100.000 trabajadores (Fondo de Riesgos Profesionales, 2011); tasa mucho menor a la de países como Finlandia que a través de auto-reportes de enfermedad profesional presenta una prevalencia de hasta 8,3% (OIT, 2003). Los principales diagnósticos calificados como enfermedad profesional en Colombia son: el síndrome del túnel carpo con un 46%, seguido de la hipoacusia neuro-sensorial con un 9% y epicondilitis lateral con un 5% (Fondo de Riesgo Profesionales, 2011).

**Gráfica 6. Proporción de enfermedad profesional. Bogotá y Colombia**



Fuente: Ministerio de la Protección Social. 2010

En el caso de los accidentes de trabajo calificados por las ARP, en Bogotá se reportaron 150.991 en 2010 y los más frecuentes son las heridas en dedos y manos, cuerpo extraño en ojos y lumbago no especificado. Al comparar con el año 2000, los accidentes de trabajo evidenciaron aumento en la frecuencia absoluta al pasar de 17.127 a los 150.991 mencionados (Fondo de Riesgo Profesionales, 2011).



Fuente: Ministerio de la Protección Social. 2010

### **Accidentalidad laboral en trabajadores y trabajadoras en la economía informal**

Los eventos en salud (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) en la población trabajadora en la economía informal no han sido identificados porque

hasta ahora no existe un registro sistemático de estos por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para tener aproximación a la accidentalidad laboral de los y las trabajadoras en la economía informal se han propuesto estimaciones en el Sistema de Registro de Lesiones por causa externa de la Secretaría Distrital de Salud (Luna y Rocio: *Análisis de la accidentalidad laboral en Colombia desde una perspectiva sindical, 2010*).

Los resultados de estos registros muestran una incidencia acumulada del 24% para el año 2003, el 12% en 2005 y 16% en 2006. Esta proporción resulta mayor a la reportada para los mismos años por el Fondo de Riesgos Profesionales, pero dado que las fuentes de información son diferentes, estos datos no son comparables.

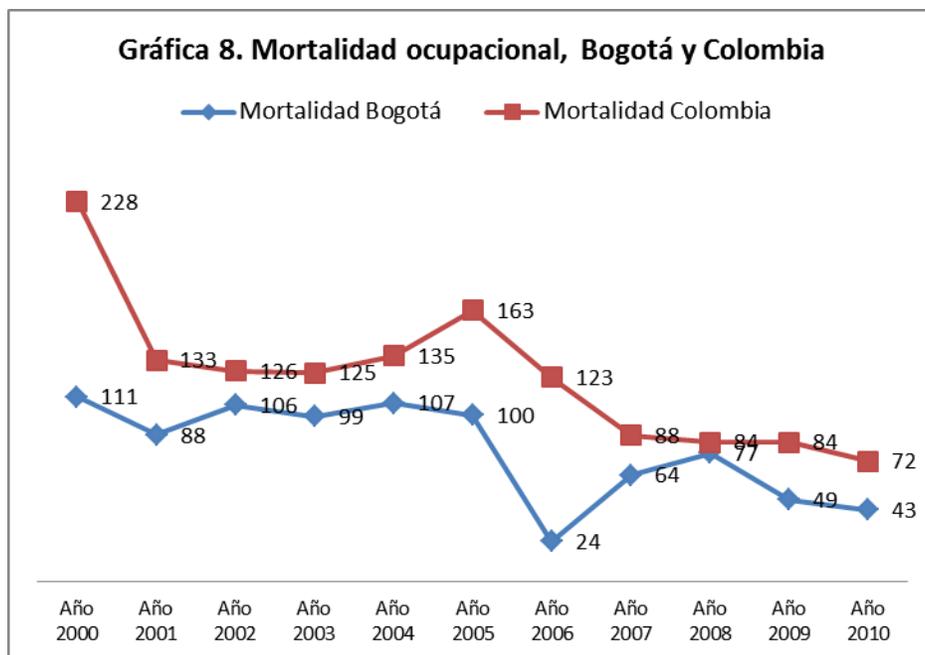
En las bases de datos del *Programa salud al trabajo* que opera en las veinte localidades del Distrito Capital y recoge información sistemática de las condiciones de trabajo y salud en la economía informal, se encontró una proporción de trabajadores y trabajadoras que refirieron la prevalencia de los accidentes de trabajo y reportaron para el año 2008 un 15%, proporción mucho más alta que la reportada por el Sistema General de Riesgos Profesionales para los trabajadores asegurados. Este fenómeno podría explicarse por condiciones más riesgosas en las cuales labora la población trabajadora en la economía informal.

Las cifras presentadas evidencian la ausencia de una recolección sistemática de datos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que permitan generar indicadores para la elaboración de políticas en salud y calidad de vida de los y las trabajadoras. Las estimaciones realizadas establecen una mayor proporción de casos en la población trabajadora en la economía informal respecto a la economía formal, pero dada la naturaleza diferente de recolección de la información, esta tendencia no es concluyente.

Uno de los indicadores que mide la calidad del trabajo y las condiciones de salud y seguridad de los trabajadores son las defunciones relacionadas con la ocupación; éstas son un indicador de la pobre o mala gestión de la salud ocupacional y la seguridad en los lugares de trabajo por parte de empleadores y el Estado (Benavides, 2011).

La proporción de casos mortales es menor en Bogotá respecto a Colombia debido a que las actividades de servicios generan una disminución de la tasa de mortalidad. La construcción es la actividad económica que mayor proporción de muertes presenta en la ciudad. El comportamiento de la mortalidad se muestra en la gráfica 8.

Colombia y Bogotá presentan una tasa menor de mortalidad por accidentes de trabajo en comparación con la media mundial que se situó en 175,1 por cada millón de trabajadores. La elevada tasa media mundial resulta de las altas cifras de muertes en el trabajo en países destino de la deslocalización industrial como China, India, Indonesia y otros (OIT, 2010).



Fuentes: Fasecolda

Actualmente en la población trabajadora en la economía informal, que representa cerca de la mitad de la población económicamente activa en Bogotá (45,5%)<sup>14</sup>, no existe un sistema que registre los eventos en salud derivados de su trabajo. Esta situación hace difícil la orientación de la política pública en salud y seguridad en el trabajo para este sector de la economía y una propuesta que se está trabajando en el marco de la *Política para la salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Bogotá*.

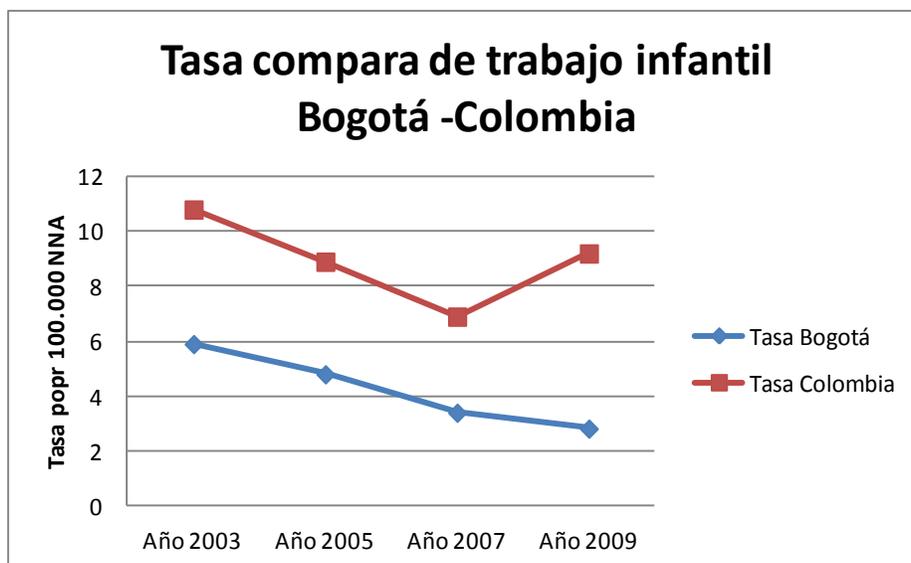
### El trabajo de los niños, niñas y adolescentes

La tasa de trabajo infantil en la ciudad ha disminuido de manera progresiva en los últimos años. En el año 2003 trabajaban en la ciudad 91.024 niños, niñas y adolescentes, 77.402 en 2005, 53.903 en 2007 y 45.937 en 2009.

Desde el punto de vista de la tasa, correspondería a 5.9% en 2003, (4.8%) en 2005, 3.4% en 2007 y 2.82% en 2009. Vale la pena resaltar que esta tasa es significativamente más baja que la media nacional, especialmente en 2009 en donde la tasa nacional alcanzó el 8.9%.

### Gráfica 9. Tasa comparada de Trabajo Infantil Bogotá – Colombia

<sup>14</sup>DANE, Enero de 2011.



Fuente: Elaboración propia basada en DANE: 2009

Con respecto a la distribución del trabajo infantil según rangos de edad, predomina la participación de los adolescentes entre 15 y 18 años, con mayor incidencia durante el 2003 y 2005. La disminución en la participación de este rango de edad entre 2007 y 2009 afecta significativamente el descenso en la magnitud del trabajo infantil en la ciudad.

**Cuadro No. 2 Trabajo infantil por rango de edad**

EDAD	2003	2005	2007	2009
<b>5 - 9 años</b>	8406	701	3572	0
<b>10 - 11 años</b>	5000	5352	0	919
<b>12 - 14 años</b>	26472	19169	9632	11825
<b>15 - 17 años</b>	51146	52180	40699	33193
<b>TOTAL</b>	91024	77402	53903	45937

Fuente: DANE 2009

Con respecto a la distribución del trabajo infantil por sexo, predomina la mayor participación de los hombres en cada uno de los períodos de análisis. Dicha diferencia se hizo más evidente en 2009 cuando la participación de los niños y adolescentes fue del 67.1% frente a un 32.8% de las niñas y adolescentes. Esta situación además de reflejar una invisibilización de las labores que desarrollan las niñas y adolescentes al interior de sus hogares, evidencia que el DANE para la

presentación de la tasa no tiene en cuenta la realización de oficios en el propio hogar.

En cuanto a la presencia del trabajo infantil por sector económico, los niños, niñas y adolescentes que trabajan en Bogotá lo hacen principalmente en el sector comercio (52.13%), le siguen el reciclaje (10.10%), otras actividades de servicios sociales, comunitarios y personales (8.52%), actividades de la industria manufacturera (metalmecánica, carpintería) (7.09%) y servicio doméstico (6.42%) (DANE: 2009).

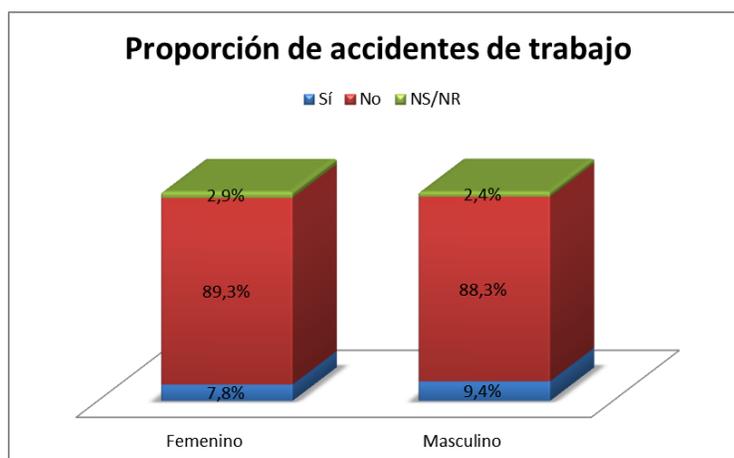
Un dato que llama profundamente la atención para la política pública tiene que ver con la no asistencia escolar de los niños, niñas y adolescentes que trabajan, la cual se ha ido incrementando y pasó del 25.07% en el 2003 a 38.66% en 2009.

### **Condiciones de salud y trabajo de los niños, niñas y adolescentes**

Para el análisis de las condiciones de salud y trabajo se tomaron los datos del muestreo no aleatorio realizado por los profesionales de los equipos de salud pública de las Empresas Sociales del Estado durante el 2010 y que corresponden a 5.557 niños, niñas y adolescentes trabajadores. Esta muestra permite acercarse a la problemática y proyectar decisiones frente al tema de la salud y el trabajo de esta población.

El 7,8% de las niñas y adolescentes y el 9,4% de los niños y adolescentes trabajadores respondió haber sufrido un accidente de trabajo en los últimos seis meses, porcentaje que es superior a la tasa de accidentes de trabajo de la población afiliada al Sistema General de Riesgos Profesionales que para el 2010 fue del 6.4%, pero es inferior a los datos obtenidos en el 2007 (6.8% y 10.8% respectivamente).

**Gráfica 10. Número de niños, niñas y adolescentes trabajadores que reportaron haber sufrido un accidente de trabajo (Total 5.557)**



Fuente: Bases de datos Secretaría Distrital de Salud 2010.

En cuanto al tipo de accidente presentado por los niños, niñas y adolescentes, el 42,6% reportó como accidente de trabajo una cortadura, el 21% caídas y el 13,6% golpes. Al realizar un análisis de la misma categoría en las niñas y adolescentes, el 49,8% reportó cortaduras, el 25,3% caídas y el 10,4% quemaduras.

La alta proporción de cortaduras está relacionada con las actividades económicas que realizan; predominan actividades como la venta, distribución y preparación de alimentos, y el sector manufacturero. En cuanto a la severidad de los eventos, llama la atención la alta proporción de accidentes tipo atrapamiento en los niños y adolescentes (5%) y la presencia de quemaduras (10%). Estas situaciones ponen en evidencia el impacto negativo del trabajo para las condiciones de salud de los niños, niñas y adolescentes.

El 79% de esta población percibe como bueno su estado de salud. Por sexo, el 0,9% de las niñas y adolescentes lo calificaron como malo y el 15%, regular. El 0,7% de los niños considera que su estado de salud es malo y 12% regular.

Al realizar un descripción de la percepción, el 10,8% de los niños y niñas de 1 a 5 años, el 18,5% de 6 a 14 y el 13,2% de 15 a 17 años, considera su estado de salud regular o malo. Esta situación llama la atención de manera importante al sector salud porque estamos frente a un grupo con alguna deficiencia manifiesta; ésta no es una respuesta habitual en niños, niñas y adolescentes que no trabajan.

### **Núcleos problemáticos de la salud de la población trabajadora**

Para el ejercicio de análisis de la salud en el trabajo con los diferentes actores, es necesario identificar núcleos problemáticos. La *Estrategia promocional de calidad de vida y salud* los definen como las situaciones vinculadas o que hacen evidente

el problema, es decir los daños y consecuencias que deja en las personas o en los colectivos una determinada situación, a partir de los cuales se definen las respuestas (Secretaría Distrital de Salud - Grupo Guillermo Fergusson, 2008).

La construcción de los núcleos problemáticos contribuye a definir las líneas de acción de la Política, orientadas a dar respuestas a estas necesidades y/o vulneraciones de los derechos allí expresados.

✓ **Impacto del modelo de desarrollo económico en la precarización del empleo – Déficit de trabajo digno y decente**

El fenómeno de la globalización y la expansión económica han generado concentración de riqueza, empobrecimiento de la población, aumento de la injusticia social, deterioro del medio ambiente y en el mundo del trabajo ha configurado nuevas formas de trabajo flexible que contribuyen significativamente a la precarización del empleo, observables en fenómenos como el incremento de la informalidad, desempleo, subempleo y disminución de la protección social del trabajo.

✓ **La informalidad como un fenómeno de profundización de la precarización del empleo y de exclusión social**

La informalidad como fenómeno que se expande en todo el mundo, incluyendo los países desarrollados, constituye una clara expresión de la exclusión social y bajo la perspectiva de la *Estrategia promocional de calidad de vida y salud* se convierte en un obstáculo para el desarrollo de la autonomía de la población trabajadora y sus familias.

Este contingente de trabajadores y trabajadoras, que representa casi la mitad de la población, está excluido de la afiliación al sistema de riegos profesionales y de pensión, y el acceso al régimen contributivo lo condiciona los ingresos. Justamente por su dispersión, heterogeneidad, entre otros factores, desarrolla poco su capacidad de organización y participación social.

✓ **Inequidad de género en el mundo del trabajo**

El mundo del trabajo constituye un espacio de reproducción de desigualdades injustas frente a las oportunidades de desarrollo de los trabajadores y trabajadoras, expresadas en indicadores como una mayor proporción de mujeres en la población de trabajadores informales, desigualdades en la remuneración del empleo, mayores de tasas de desempleo y menores tasas de ocupación en las mujeres respecto a los hombres, ausencia de políticas laborales que protejan a la mujer de los efectos de la triple carga por su condición de género y desigualdades en la protección social que afecta principalmente a los hombres.

✓ **El trabajo infantil**

El trabajo infantil se constituye en una problemática que representa un obstáculo contra el desarrollo humano, expone a los niños y niñas de manera temprana a condiciones peligrosas para su salud y desarrollo integral, imposibilita el acceso a la educación o limita el rendimiento escolar, implica una pérdida promedio de 2 años de escolaridad a largo plazo, lo que significa un 20% menos de salario durante toda su vida adulta, según la OIT- *Programa internacional para la erradicación del trabajo infantil* (IPEC). La pérdida de años de educación se traduce en una calidad inferior de vida y disminución de las oportunidades y capacidades para el desarrollo.

✓ **La disminución en la protección social del trabajo y grandes poblaciones de trabajadores fuera del Sistema General de Riesgos Profesionales**

Solar y Vega<sup>15</sup> plantean que si bien numerosos estudios y evaluaciones en relación con equidad en salud y el acceso a atención de salud consideran la variable trabajo, específicamente la ocupación, éstos no han tenido en cuenta el papel de la organización del sistema de salud ocupacional en el impacto en la salud de los distintos grupos de trabajadores y trabajadoras.

En Colombia, el acceso al Sistema General de Riesgos Profesionales no contempla mecanismos para la afiliación de la población en la economía informal e independientes, lo cual representa grandes brechas de inequidad en un importante grupo poblacional de la ciudad.

✓ **Debilidad en los sistemas de información de la relación salud-trabajo**

Son varias las problemáticas que caracterizan los sistemas de información actuales. En primer lugar, la visión con la que fueron diseñados, los cuales se centran en el evento, pero no en los determinantes del mismo. La debilidad de formación de los profesionales de la salud para calificar el origen de los eventos de salud relacionados con el trabajo. La ausencia de sistemas de información de las condiciones de salud y trabajo de la población trabajadora en la informalidad y por último, el grave problema de subdiagnóstico y subregistro de enfermedad profesional y accidentes de trabajo.

De acuerdo con los datos de la OIT y la OMS, Colombia en uno de los países dentro del contexto de Latinoamérica con más bajas tasas de calificación de enfermedades profesionales.

Este análisis permite definir las líneas de acción de la Política para la salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Bogotá.

---

<sup>15</sup> Solar O y Vega J. Las condiciones laborales y su influencia en la salud de los trabajadores. Observatorio de Equidad en Salud de Chile.

# **RESOLUCIÓN 1312 DE 2011 POR LA CUAL SE ADOPTA LA POLÍTICA PARA LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE BOGOTÁ**

## **Justificación de la Política**

1. Precarización de las condiciones de empleo e incremento de la informalidad de los trabajadores y de las empresas.
2. No hay conciencia en todos los actores sociales sobre la importancia de la salud de la población trabajadora, que genera riqueza social en la ciudad para la competitividad y productividad
3. Capacidad institucional insuficiente y precaria para atender la problemática de la salud de la población trabajadora
4. Necesidad de articulación con otros sectores para garantizar los derechos de esta población
5. Mecanismos de contribución al reconocimiento y restitución de derechos de la población trabajadora

## **Propósitos de la Política**

1. Mejorar las condiciones de salud, trabajo y vida de las trabajadoras y trabajadores y sus familias en Bogotá D.C.
2. Promover en la ciudad el trabajo digno y decente
3. Contribuir al incremento de la competitividad y productividad de la ciudad
4. Aportar a la protección ambiental y la sostenibilidad de los procesos productivos
5. Aportar herramientas a los trabajadores y trabajadoras para la exigibilidad de los derechos

## **Objetivo general**

*La política de salud y calidad de vida para los trabajadores y trabajadoras de Bogotá D.C. tiene como objetivo general promover condiciones de salud, trabajo y vida de los trabajadores y trabajadoras, sus familias y su entorno, teniendo en cuenta las diferencias de la población en Bogotá D.C.*

## **Objetivos específicos**

1. Desarrollar acciones que propicien el trabajo digno y decente a partir de la promoción de los derechos fundamentales en el trabajo, la generación de entornos saludables, la universalidad de la protección social y la participación y organización de los trabajadores y trabajadoras.
2. Fortalecer la capacidad de las instituciones para propiciar el liderazgo del Distrito en el conocimiento y la acción dirigida al mejoramiento de las condiciones de salud, trabajo y calidad de vida de la población trabajadora en el territorio social.
3. Avanzar en la garantía y ejercicio de los derechos de la infancia a través de la implementación de intervenciones dirigidas a la prevención y erradicación del trabajo infantil, a la generación de condiciones de trabajo protegido de los adolescentes trabajadores y a la restitución de las condiciones de salud de los mismos.

## **Líneas de acción y componentes**

### **Línea 1. Promoción del trabajo digno y decente**

Esta línea de acción se propone disminuir el déficit de trabajo digno y decente, entendiendo que forman parte de éste la promoción de los principios y derechos fundamentales en el trabajo, la garantía a la protección y la seguridad social en igualdad de oportunidades, el diálogo y la concertación.

Componentes del plan de acción:

- Componente 1. Promoción de los derechos fundamentales en el trabajo.
- Componente 2. Promoción de entornos de trabajo saludables
- Componente 3. Protección Social
- Componente 4. Participación y organización

### **Línea 2. Fortalecimiento institucional**

Esta línea busca fortalecer la capacidad de las empresas y entidades, cualquiera que sea su objeto social, para promover entornos de trabajo saludables, lo cual implica la promoción de la salud, la prevención de los accidentes de trabajo y las

enfermedades profesionales; monitorear y vigilar la salud de los trabajadores y trabajadoras mediante sistemas de información para mejorar las condiciones de vida y salud de los trabajadores y trabajadoras.

Componentes del plan de acción:

- Componente 1. Sistemas de información, vigilancia y control de accidentes y enfermedades profesionales
- Componente 2. Investigación y formación
- Componente 3. Gestión transectorial
- Componente 4. Fortalecimiento normativo
- Componente 5. Comunicación y divulgación

### **Línea 3. Prevención del trabajo infantil y promoción del trabajo protegido para adolescentes trabajadores y trabajadoras**

A través de esta línea el sector salud define su compromiso con la salud de la población infantil y adolescente que se encuentra trabajando. Contribuye a su identificación, escolarización y desvinculación del trabajo, responsabilidades que comparte con otros sectores. Su quehacer se orienta a promover la salud y prevenir la enfermedad de esta población, así como atender los casos de accidentalidad y enfermedad.

Componentes del plan de acción:

- Componente 1. Promoción y restitución de derechos
- Componente 2. Gestión transectorial

## Referencias bibliográficas

- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ *Política Pública de mujeres y equidad de género en el Distrito Capital*. Bogotá: Decreto 166 de 2010.
- BANCKER, E. *Surveillance of Occupational Illness and Injury in the United States*. *Journal of Public Health Policiy*, Vol 9 (2). 1988.
- BANCO MUNDIAL (s.f.). *Inofrmalidad y exclusión*. Recuperado el 2011, de [http://siteresources.worldbank.org/INTLACINSPANISH/Resources/SP\\_lacf\\_Overview.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTLACINSPANISH/Resources/SP_lacf_Overview.pdf)
- BREILH, Jaime *Breve recopilación sobre la operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social*. 1979.
- CASTEL, R. *El ascenso de las incertidumbres*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina. 2010.
- Fondo de Riesgos Profesionales. *Ministerio de la Protección Social*. Recuperado el 2011, de <http://fondoriesgosprofesionales.gov.co/seccion/informacion-estadistica/2011.html>
- LUNA, Jairo *Investigación Evaluativa Estrategia Entornos de Trabajo Saludable*. Bogotá. 2010
- Luna, Jairo & Sotelo, Rocío. *Análisis de la accidentalidad laboral desde una perspectiva sindical*. Bogotá. 2010
- Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2011) Recuperado del sitio web: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/estadisticas/default.aspx>
- Organización Internacional del Trabajo. (2002). *Globalización y trabajo decente en las Américas*. Recuperado el 2011, de Organización Internacional del Trabajo: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/rgmeet/pdf/am15-dg.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo*. Recuperado del sitio web [www.who.int/occupational\\_health/evelyn\\_hwp\\_spanish.pdf](http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf)
- PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION. (2011). Colombia vive enorme déficit de trabajo digno en revista *Revista Semana* Recuperado del sitio web:

<http://www.semana.com/nacion/colombia-vive-enorme-deficit-trabajo-digno/165742-3.aspx>.

Secretaría de Integración Social de Bogotá. *Construyendo la ciudad de derechos*. Bogotá. 2009.

Secretaría Distrital de Salud. *Documentos marco lineamientos Plan Intervenciones Colectivas*. Bogotá. 2011.

Secretaría Distrital de Salud. *Lineamientos Plan de Intervenciones Colectivas* . Bogotá. 2011.

Secretaría Distrital de Salud, Grupo Guillermo Fergusson. *Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. Módulo Formativo para el Fortalecimiento de la Participación Ciudadana. Módulo 2*. Bogotá. 2008.

Secretaría Distrital de Salud; Grupo Guillermo Fergusson. *Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. Módulo formativo para el fortalecimiento de la participación ciudadana*. 2008.

---