



Hacia la Promoción de la Salud

ISSN: 0121-7577

Universidad de Caldas. Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados

Marín Ospina, Yuly Andrea; Higueta Higueta, Yomaira; Guerra Mazo, Diana Patricia; Gómez Ceballos, Diego Alexander; Soto Velásquez, Mónica Lucía
DERECHO A LA SALUD EN EL TRABAJO: VULNERACIÓN Y
FRAGMENTACIÓN EN SU COMPRENSIÓN Y MATERIALIZACIÓN
Hacia la Promoción de la Salud, vol. 25, núm. 1, 2020, Enero-Junio, pp. 44-59
Universidad de Caldas. Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados

DOI: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.4>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309165079004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

UNEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

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

DERECHO A LA SALUD EN EL TRABAJO: VULNERACIÓN Y FRAGMENTACIÓN EN SU COMPRENSIÓN Y MATERIALIZACIÓN

Yuly Andrea Marín Ospina*

Yomaira Higuaita Higuaita**

Diana Patricia Guerra Mazo***

Diego Alexander Gómez Ceballos****

Mónica Lucía Soto Velásquez*****

Recibido en febrero 11 de 2018, aceptado en mayo 09 de 2018

Citar este artículo así:

Marín YA, Higuaita Y, Guerra DP, Gómez DA, Soto ML. Derecho a la salud en el trabajo: vulneración y fragmentación en su comprensión y materialización. *Hacia. Promoc. Salud.* 2020; 25 (1): 44-59 DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.1.4

Resumen


Objetivo: describir la problemática de hombres y mujeres trabajadores que al percibir vulnerado su derecho a la salud en el trabajo por sufrir presuntos o declarados ATEL, buscaron apoyo e interpusieron uno o más recursos constitucionales para lograr su restablecimiento efectivo. **Materiales y métodos:** estudio mixto. Se aplicó encuesta a 189 trabajadores que sufrieron un presunto o reconocido evento de ATEL y que buscaron apoyo en los servicios de extensión solidaria de la Universidad de Antioquia o en organizaciones de derechos humanos en Medellín. La encuesta captó datos sociodemográficos, de seguridad social, laborales, del SGSST, de los antecedentes, ocurrencia y consecuencias de los ATEL y los recursos interpuestos. Para el abordaje cualitativo se realizó: i) una entrevista en profundidad con un médico laboral y abogado independiente y ii) cuatro grupos focales con trabajadores que sufrieron ATEL, sindicalistas, abogados y médicos representantes de ARL, académicos. **Resultados:** los trabajadores más vulnerables fueron los más afectados en su derecho. Los agentes que integran el SGRL hacen un abordaje fragmentado de la salud y el trabajo que facilita la vulneración del derecho. Los trabajadores que sufren ATEL deben enfrentar barreras económicas, administrativas y de acceso a salud para restituir su derecho. **Conclusiones:** el trabajo decente y digno es un horizonte hacia el cual se deben apuntar los esfuerzos para que los trabajadores más vulnerados históricamente conquisten y sostengan una vida plena, digna y saludable. Los recursos como la acción de tutela contribuyen a lograr el cumplimiento del derecho a la salud en el trabajo.

Palabras clave

Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, condiciones de trabajo, derecho a la salud, derecho al trabajo, riesgos laborales (*Source: MeSH, NLM*).


* Médica, Magíster en salud pública. Docente Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: yulyandrea.marin@udea.edu.co. [ID orcid.org/0000-0001-6007-2207](https://orcid.org/0000-0001-6007-2207) 

** Ingeniera sanitaria, Magíster en salud ocupacional. Docente Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: yomaira.higuaita@udea.edu.co [ID orcid.org/0000-0002-9770-9643](https://orcid.org/0000-0002-9770-9643) 

*** Abogada. Magíster en Derecho. Personería de Medellín, Medellín, Colombia. Correo electrónico: dpguerra@personeriamedellin.gov.co [ID orcid.org/0000-0003-1217-8968](https://orcid.org/0000-0003-1217-8968) 

**** Doctor en Salud Internacional: Especialidad en Políticas de Salud y Desarrollo. Universidad Nova de Lisboa, Lisboa Portugal; Universidad de Antioquia, Medellín Colombia. [ID orcid.org/0000-0002-2056-2153](https://orcid.org/0000-0002-2056-2153) 

***** Médica, Magíster en Epidemiología, Magíster Neuropsicología. Docente Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: monica.soto@udea.edu.co, dirección de correspondencia.

[ID orcid.org/0000-0002-8773-7253](https://orcid.org/0000-0002-8773-7253) 



RIGHT TO HEALTH AT WORK: VIOLATION AND FRAGMENTATION IN ITS UNDERSTANDING AND MATERIALIZATION

Abstract

Objective: to describe the problems of working men and women who, when perceiving their right to health at work violated due to alleged or declared workplace accidents or illnesses (ATEL for its acronym in Spanish) sought support and filed one or more constitutional resources to achieve their effective restoration. **Materials and methods:** Mixed study. A survey was applied to 189 workers who suffered an alleged ATEL event and who sought support in the solidarity extension services at Univesidad de Antioquia or in human rights organizations in the city of Medellin. The survey that captured sociodemographic data, social security data, labor data, the Occupational Health and Safety Management System (SGSST for its acronym in Spanish) data of the background, occurrence and consequences of ATELS and legal resources interposed. For the qualitative approach, an in-depth interview was conducted with an occupational physician and an independent lawyer and four focus groups with workers who suffered ATELS, trade unionists, lawyers and doctors representing the Occupational Risk Administrator (ARL for its acronym in Spanish), and academicians. **Results:** the most vulnerable workers were the most affected in their right. The agents that make up the General System of Occupational Risks (SGRL by its acronym in Spanish) make a fragmented approach to health and work that facilitates the violation of the right. Workers suffering from ATEL must face economic, administrative and access to health barriers to restore their right. **Conclusions:** Decent and respectable work is a horizon towards which efforts should be aimed so that the most historically vulnerable workers conquer and sustain full, dignified and healthy life. Resources such as guardianship action contribute to the fulfillment of the right to health at work.

Key words

Occupational accidents, occupational disease, right to health, working conditions, occupational health, decent work (*Fuente: DeCS, BIREME*).

DEREITO À SAÚDE NO TRABALHO: VULNERAÇÃO E FRAGMENTAÇÃO EM SUA COMPREENSÃO E MATERIALIZAÇÃO

Resumo

Objetivo: descrever a problemática de homens e mulheres trabalhadores que ao perceber vulnerado seu direito à saúde no trabalho por sofrer presuntos ou declarados ATEL, procuraram apoio e interpuseram um ou mais recursos constitucionais para lograr seu restabelecimento efetivo. **Materiais e métodos:** estudo misto. Aplicou se enquete a 189 trabalhadores que sofreram um presunto ou reconhecido evento de ATEL e que buscaram apoio nos serviços de extensão solidária da Universidade de Antioquia ou em organizações de direitos humanos em Medellín. A enquete captou dados sócios demográficos, de segurança social, laborais, do SGSST, dos antecedentes, ocorrência e consequências dos ATEL e os recursos interpostos. Para a abordagem qualitativa se realizou: i) uma entrevista em profundidade com um médico laboral e advogado independente e ii) quatro grupos focais com trabalhadores que sofreram ATEL, sindicalistas, advogados e médicos representantes de ARL, acadêmicos. **Resultados:** os trabalhadores mais vulneráveis foram os mais afetados em seu direito. Os agentes que integram o SGRL fazem uma abordagem fragmentada da saúde e o trabalho que facilita a vulneração do direito. Os trabalhadores que sofrem ATEL devem enfrentar barreiras econômicas, administrativas e de aceso a saúde para restituir seu direito. **Conclusões:** o trabalho decente e digno é um horizonte para o qual se devem apontar os esforços para que os trabalhadores mais vulnerados historicamente conquistem e sustentem uma vida plena, digna e saudável. Os recursos como a ação de mandato de segurança que contribui a obter o cumprimento do direito à saúde no trabalho.

Palavras chave

Acidentes de trabalho, doenças profissionais, condições de trabalho, direito à saúde, direito ao trabalho, riscos laborais (*Fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

El trabajo digno, protegido y gratificante es una de las condiciones para conquistar y sostener una vida plena, digna y saludable (1). Desde 1999, para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) el propósito fundamental ha sido promover el acceso a oportunidades de trabajo decente, productivo y capaz de garantizar la vida digna (2). Uno de sus componentes, la protección social está dirigida de un lado, a salvaguardar la integridad de los trabajadores y la de sus familias en caso de enfermedades o accidentes laborales, maternidad, muerte, vejez, desempleo e invalidez, y de otro, a mantener el espacio de trabajo en condiciones que preserven y fomenten la integridad física y psicológica de los trabajadores, para lo cual se demanda a los Estados miembros: “prevenir los accidentes y los daños para la salud que sean consecuencia del trabajo, guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante el trabajo, reduciendo al mínimo, en la medida en que sea razonable y factible, las causas de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo” (3).

En Colombia, la noción de trabajo digno es el referente constitucional y jurisprudencial, trabajo decente y digno coinciden en su concepción del mundo del trabajo como espacio de realizaciones y oportunidades en condiciones de libertad, seguridad, equidad e inclusión (4). Para ello es necesario, entre otros aspectos, consolidar un sistema de protección social de carácter universal, independiente del tipo de inserción laboral (3). Como se ve, en la reconocida relación entre salud y trabajo, la primera es componente esencial del trabajo decente y digno, y el segundo es determinante de la salud.

La concepción de salud se ha elaborado desde diferentes dimensiones, alcances y organizaciones en tensión. En tiempos contemporáneos ha transitado desde nociones centradas en el individuo como la de la Organización Mundial de la Salud- OMS en 1946, que la define como

el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad, hacia otras como la de la epidemiología crítica latinoamericana, que ubica la dimensión saludable en la sociedad, responsable de que los sujetos tengan experiencias de vida longeva, con capacidad de asimilación de noxas y potencialidad para la plena actividad física en todas las edades, el disfrute del placer y la espiritualidad (1, 5). En 1966 el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en los artículos 9 y 12 reconoció el “derecho a la seguridad social” y “al más alto nivel posible de salud”, indicando las obligaciones de los Estados en su cumplimiento (6); más recientemente en el 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a través de la Observación 14 desarrolló el alcance del derecho a la salud, y planteó un contenido *mínimo esencial* y unos *determinantes básicos de la salud*, entre los cuales se encuentran las condiciones de trabajo seguras (7).

En Colombia, el derecho a la salud ha tenido desarrollo normativo y jurisprudencial. En la Constitución Política (CP) de 1991, la salud y la seguridad social son derechos fundamentales de niños y niñas, sin embargo, para el resto de la población se concibieron como servicios públicos, esto como expresión de las tensiones entre el desarrollo de la democracia y el neoliberalismo (8). Como resultado de las múltiples acciones de tutela interpuestas por la ciudadanía, la Corte Constitucional ha desarrollado jurisprudencia dirigida a reconocer la salud como derecho fundamental, lo cual ha permitido la defensa de su garantía. En 2015 con la Ley Estatutaria en Salud y la sentencia que le dio origen, el derecho a la salud en Colombia adquiere el carácter de fundamental, “autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”, además de reconocer el deber del Estado de adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los

determinantes sociales de la salud, incluyendo los ocupacionales (9).

En Colombia, la Ley 100 de 1993 creó el sistema general de seguridad social integral (SGSSI), el cual comprende el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) y Sistema General de Pensiones (SGP). El SGRL fue definido como “el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan” (10). Este sistema ha tenido un desarrollo normativo importante, en relación con los mecanismos y procesos para desarrollar su propósito, las obligaciones para empleadores, empleados y administradoras de riesgos laborales (ARL) y las directrices frente a los eventos de accidentes de trabajo y enfermedades laborales (ATEL). Sin embargo, a pesar de que son evitables y prevenibles en su totalidad, estos eventos siguen afectando la salud de los trabajadores (11).

La OIT informa que anualmente se reportan en el mundo, 317 millones de accidentes de trabajo, más de 2,3 millones de muertes ocasionadas por accidentes y enfermedades laborales, lo que equivale a 6.300 muertes al día, una muerte cada 15 segundos (12). En el informe de Indicadores del Sistema de Riesgos Laborales del Ministerio de Salud en Colombia 2010-2018, se reportó incremento de la tasa de accidentes por cada 100 mil afiliados de 6,48 en 2010 a 7,65 en 2014 y desde este año en adelante la tendencia fue decreciente, y alcanzó 5,29 en 2018, en este último año la tasa en Antioquia fue superior (7, 9) al promedio nacional. En el mismo informe, la tasa por 100.000 de enfermedades laborales pasó de 137,81 a 104,26 y la de muerte calificada como de origen en el trabajo de 7,16 a 5,63 entre 2010 y 2018 respectivamente (13, 14).

El informe colombiano sobre el derecho a la salud en el trabajo realizado en 2008 (15), señaló

el énfasis en el aseguramiento del SGRL, con una dinámica de mercado como corresponde a un Estado neoliberal, en el que predomina el afán comercial por afiliar y mantener como clientes a las grandes empresas, marginándose los componentes de promoción de la salud y prevención de los accidentes y enfermedades, situación más sentida en las empresas pequeñas, que no disponen de servicios de seguridad y salud en el trabajo interno, lo cual se concretó en: i) el incumplimiento de la legislación y de las normas técnicas por los empleadores mediante la evasión y elusión de las afiliaciones y pagos al SGRL, ii) la inadecuada gestión o inexistencia del programa de salud ocupacional o del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, iii) la inoperancia y debilidad de los comités paritarios de salud y seguridad (hoy comités paritarios de seguridad y salud en el trabajo, COPASST), iv) la ausencia o deficiencia en la dotación de elementos de protección personal, v) la falta de procesos de inducción y capacitación efectivos, entre otros.

Un estudio publicado en el 2017 que describió la implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SGSST) en una muestra de 73 empresas de más de 50 trabajadores localizadas en Antioquia, concluyó que su gestión es poco estratégica debido a que obedeció principalmente a cumplir con la normatividad para evitar sanciones y a documentar los procesos, siendo muy baja la implementación de controles efectivos para reducir la fuente de los accidentes laborales (16).

En Colombia, el trabajo goza de protección constitucional, sin embargo el Estado colombiano aún no materializa la política pública de trabajo decente, contemplada en el Plan de Desarrollo 2014-2018 (17). En algunas ciudades como Medellín se dispone de un acuerdo, sin embargo, existe una brecha entre su formulación y la materialización (18). En este contexto, muchos trabajadores perciben que se vulnera su derecho a la salud en el trabajo, experimentando barreras y

consecuencias, antes, durante y después de padecer un evento de ATEL, y debido a su posición más débil en relación con otros agentes como las ARL o los empleadores, buscaron ayuda para restituir el derecho. Este artículo presenta los hallazgos de la investigación, que tuvo como objetivo describir en profundidad la problemática de una muestra de hombres y mujeres, que sintieron vulnerado su derecho a la salud en el trabajo, al sufrir presuntos o declarados accidentes de trabajo o enfermedades laborales (ATEL) y que interpusieron algún recurso constitucional para reclamar el logro efectivo de su derecho, con apoyo de los servicios de extensión solidaria de la Universidad de Antioquia como universidad pública y de la Personería de Medellín, institución gubernamental de promoción y protección de los derechos humanos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un abordaje de tipo mixto. En el enfoque cuantitativo se realizó un estudio de tipo observacional de corte transversal. Se incluyeron 189 trabajadores que sufrieron presuntos o reconocidos ATEL de acuerdo con la legislación vigente, que percibían vulneración de sus derechos y consultaron a la Personería de Medellín, a la oficina de derechos humanos de la Procuraduría Regional de Antioquia, al Laboratorio de Salud Pública o el Consultorio de Seguridad Social Integral de la Universidad de Antioquia. A los trabajadores se les aplicó una encuesta vía telefónica, previo consentimiento informado, que captó información sociodemográfica y de seguridad social, de aspectos laborales, del desarrollo del SG SST o programa de salud ocupacional, de la ocurrencia del AT o de la EL y los recursos legales interpuestos por los trabajadores. Las actividades económicas se clasificaron según la Resolución 0139 de 2012 (19), las ocupaciones con la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO (20), las lesiones o enfermedades mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE10 (21) y la tabla de enfermedades laborales del Ministerio de Trabajo expedida en el Decreto

1477 de 2014, la clasificación de las causas básicas y causas inmediatas que los trabajadores consideraban habían ocasionado los accidentes, se realizó con la Resolución 1401 de 2007 (22) y la NTC 3701 de 1995 (23). Los datos fueron analizados a través de estadísticas descriptivas. Los programas utilizados para el procesamiento y análisis de los datos fueron Microsoft Excel para Windows versión 2014, SPSS versión 22 y Epi-info 3.5. Para el enfoque cualitativo se realizó un análisis preliminar de los datos cuantitativos, en el que se identificaron asuntos a profundizar y actores clave, los cuales se abordaron en grupos focales o entrevista mediante guía semiestructurada, la cual se modificó a medida que avanzaba la investigación y según los hallazgos. Se realizaron cuatro grupos focales: trabajadores que sufrieron ATEL, sindicalistas, abogados y médicos representantes de ARL y académicos, y una entrevista en profundidad con un médico laboral y abogado independiente experto en el tema. Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento informado de los participantes y posteriormente se realizó transcripción de los audios. Para el análisis de los datos se realizó inicialmente un mapa conceptual por cada tipo de actor, identificando las categorías y subcategorías y las relaciones entre estas, posteriormente tomando como referencia la transcripción y los mapas conceptuales, se realizó un texto de cada grupo focal y entrevista, el cual fue contrastado y discutido continuamente por las investigadoras. A medida que avanzaba el análisis se ajustaron los mapas conceptuales, los textos y se identificaron las categorías centrales, subcategorías, las relaciones y por último, las convergencias y divergencias entre los diferentes actores. Para el análisis de los datos cualitativos se usó Microsoft Word para Windows versión 2014 y CmapTools versión 6.03. Los resultados de la investigación fueron compartidos y discutidos en un evento el 20 de noviembre de 2017, en el cual se contó con participación activa de los trabajadores con ATEL, sindicatos, organizaciones de base comunitaria, médicos del trabajo, Universidad de Antioquia, Personería de Medellín. Las ARL

y el Ministerio de Trabajo no asistieron a la convocatoria. La investigación fue avalada por el Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública y aprobada el 10 de abril de 2014, mediante el acta 099. De acuerdo con la Resolución 8430 de 2013 fue clasificado como de riesgo mínimo.

RESULTADOS

Condicionantes de la ocurrencia de los eventos de ATÉL

El 73,3% de los 189 trabajadores fueron hombres. La mediana de la edad en el momento de ocurrencia del AT, fue 39 años y al diagnóstico de la EL de 39,7 años. El 76,2% pertenecían a estratos socioeconómicos 1 o 2 y según la clasificación del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales, Sisbén, 57,7% tenían nivel igual o inferior a 2. El 8,5% pertenecía a la población especial por desplazamiento forzado. El 54% alcanzó primaria completa o secundaria incompleta. El 65,8% tenían una pareja, ya fuese por su estado de casado o en unión libre. El 82,5% tenía personas a cargo, con mediana y promedio de 2. El 67,7% de los trabajadores procedían de Medellín, 28,6% de municipios de Antioquia diferentes a Medellín y 3,7% de otras regiones fuera de Antioquia.

La afiliación a seguridad social en salud estuvo distribuida así: 87,8% al régimen contributivo, 5,8% a régimen especial (uniformados del ejército y la policía), y 6,4% al régimen subsidiado o eran pobres no asegurados al momento de reportar el evento. Al SGRL estaban afiliados el 88,9%, de los cuales 32,2% en la ARL Sura, 27,5% en la ARL Positiva, 4,8% no se encontraba afiliado y del 7,6% no tenía información al respecto. El 82% se encontraba afiliado al sistema de pensiones, el 7,4% no tenía afiliación y 10,6% desconocían su estado.

Las actividades económicas de las empresas donde laboraban los trabajadores fueron en su orden: construcción 22,8%, manufactura 20,1%, transporte y almacenamiento 9%, administración pública y defensa 7,9%. Las ocupaciones con más casos fueron: 24,3% peones en actividades mineras, construcción, manufacturera y transporte (predominio de peones de construcción), 12,7% limpiadores y asistentes, 12,7% oficiales y operarios de la construcción excluyendo electricistas (predominio de oficiales de la construcción), 6,3% operadores de instalaciones fijas y máquinas, 5,8% otros miembros de las fuerzas armadas, 5,3% vendedores. La forma de contrato más frecuente fue a término indefinido con 41,3%, seguido por término fijo, 28,1%. El 81,6% de los trabajadores devengaban entre uno y dos salarios mínimos (SMMLV).

La figura 1 ilustra la distribución de las actividades en promoción de la salud y seguridad en el trabajo, reconocidas por más del 50% de los trabajadores participantes, como: el examen de ingreso, el suministro y capacitación en uso de elementos de protección personal y la identificación de un líder de salud y seguridad dentro de la empresa.

En el análisis de las causas de los AT, con base en la legislación vigente, se identificaron 144 causas básicas: de las relacionadas con el trabajo, 66,7% correspondieron a factores no especificadas. En los factores personales se destacaron “la altura, peso, talla, alcance inadecuados” con 14,6%; seguidas del 6,9% que señalaron la falta de experiencia. De 132 causas inmediatas reconocidas, se atribuyeron con más frecuencia al trabajador: la falta de atención al piso o a las vecindades, y la adopción de posiciones o posturas inseguras, y al lugar de trabajo: los peligros ambientales y las condiciones peligrosas no especificadas. Según la información suministrada por los trabajadores, la investigación de los AT fue realizada en el 66,7% de los casos.

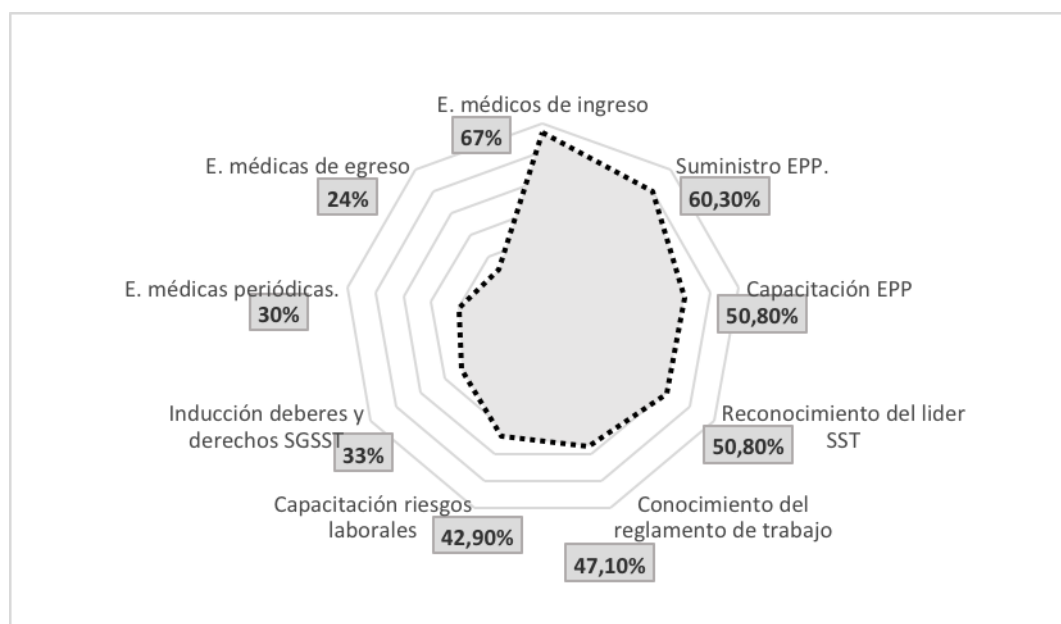


Figura 1. Distribución de las actividades de promoción de la salud y seguridad en el trabajo identificadas por los trabajadores que sufrieron presuntos o reconocidos ATEL.

Fuente: elaboración propia.

Características de los eventos de ATEL

El tipo de evento más frecuente entre los 189 trabajadores fue el AT con 73%, dos de los cuales fueron mortales, los restantes correspondieron a EL. El 23,9 % los AT ocasionaron morbilidad en el sistema osteomuscular por traumatismo. El 92% presentó accidentes propios del trabajo, el 8% restante fueron deportivos, de tránsito, por violencia y en actividades recreativas o culturales con ocasión del trabajo que desempeñaban. El 75,4% de los AT ocurrieron dentro de la empresa, y 24,6% que se presentaron fuera de la empresa, realizaban actividades propias del trabajo. El 92,7% de los trabajadores se encontraban en la jornada laboral habitual, 70,5% ocurrieron en horario diurno y el 59,4% ocurrieron en el primer año de trabajo en el cargo.

El 25% de las presuntas o reconocidas enfermedades laborales se clasificaron en el

grupo “Enfermedades del sistema osteoarticular y del tejido conjuntivo”. Los diagnósticos más frecuentes fueron: síndrome del túnel del carpo 12%, hipoacusia 12%, lumbalgias 10% y dermatitis 8%. A diferencia de los AT, la mayoría de las EL fueron diagnosticadas luego del primer año en el cargo.

Proceso de no reconocimiento y reclamación del derecho a la salud en el trabajo

En los procesos para la reclamación del derecho a la salud en el trabajo, el 69% de los trabajadores que manifestaron haber sufrido AT y el 60% de los que padecieron EL, declararon haber quedado en estado de desprotección social antes, durante y después del evento de ATEL expresado principalmente en afectación del mínimo vital, del contrato laboral y del riesgo laboral, como se describe en detalle en la tabla 1.

Se evidenciaron barreras económicas, administrativas y de acceso a los servicios de salud que obstaculizaron el cumplimiento efectivo del derecho a la salud en el trabajo. Las barreras económicas se identificaron en los momentos de reconocimiento de origen del evento, reconocimiento de las prestaciones económicas derivadas del evento y en la reincorporación del trabajador luego del ATEL, al impactar el mínimo vital de los trabajadores y sus familias. En el reconocimiento del origen las barreras económicas consistieron en falta de capacidad de pago para el traslado a Bogotá, para la calificación por la Junta Nacional y para realizar la Valoración de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional (VPCLO) cuando se agotaban las instancias del SGSSI.

Las barreras en el reconocimiento de las prestaciones económicas del evento se presentaron cuando los trabajadores no accedían al pago de incapacidades, indemnizaciones y pensión de invalidez, o cuando recibían el pago por monto menor a lo esperado por el trabajador. En los casos en los que no se reconoce el origen laboral, los efectos económicos se observan en el pago de incapacidades a cargo del SGSSS, por un monto menor al SGRL, la imposibilidad de acceso a indemnización y pensión de invalidez, los pagos como copagos, cuotas moderadoras y de recuperación para acceder a un servicio de salud.

Tabla 1. Tipos y expresiones de la desprotección social asociada a los eventos de ATEL, según la experiencia de los trabajadores.

Desprotección del mínimo vital	#	Desprotección laboral	#	Desprotección del riesgo laboral	#	Desprotección de atención integral	#	Afectación de la salud mental	#	Afectación de la salud física	#	Desprotección en seguridad social	#	Acoso laboral	#
No le dan y no tiene trabajo	29	Despido	49	Inconformidad con el proceso de calificación	12	No accedió a los servicios de salud	13	Sentimiento de incapacidad para trabajar	13	Quedó con secuelas en salud	15	No tiene aseguramiento en régimen contributivo	8	Maltrato y poco apoyo en la empresa	3
No accedió a pensión	17	Quedó sin aseguramiento en el SGSSI luego del evento	13	Inconformidad con el puntaje de la calificación	9	Inconformidad con los servicios de salud	13	Afectación psicológica, moral y espiritual	7			No le dan incapacidad	2	Amenaza de despido o presión para renunciar	2
Demora o no pago de incapacidad vigente	11	No estaba asegurado en el momento del evento	5	ARL no reconoce el origen del evento	6	Falta de oportunidad en la atención en los servicios en salud	2	Depresión	3			No conoce los derechos	2	Amenaza con quitar la seguridad social	1
No pago o inconformidad con el monto de la indemnización	10	No hubo reintegro laboral o este fue difícil	4	No calificación por ARL	4	No atención por la controversia del origen entre las ARL y las EPS	1	Sentimiento de abandono por la empresa	2						
No le alcanza el dinero para sobrevivir	8	No tenía contrato antes del evento	3	ARL no reconoce los derechos o no apoya al trabajador	2										
Disminución del salario en igual cargo o reubicación con menor remuneración	2	No reubicación	2	Demora en la calificación	2										

Desprotección del mínimo vital	#	Desprotección laboral	#	Desprotección del riesgo laboral	#	Desprotección de atención integral	#	Afectación de la salud mental	#	Afectación de la salud física	#	Desprotección en seguridad social	#	Acoso laboral	#
No recibe ayuda económica	2	No le reconocen sus derechos como trabajador y persona	2	No tenía elementos de protección laboral	1										
Muerte del hijo trabajador que soportaba económicamente la familia	1	Encubrimiento de las responsabilidades entre ARL y empresa	1	No hubo reporte oportuno del evento	1										
Siente discriminación para conseguir trabajo	1	No tiene prestaciones sociales	1												
Monto de la pensión por debajo de los esperado	1	Terminación de contrato por cierre de la empresa	1												
Negoció prejubilación y tiene inconformidad con la oferta	1	Siente que hay explotación laboral	1												
No le dieron liquidación	1														
Tenía pensión de invalidez y se la quitaron	1														
Tuvo que pagar seguridad social por cuenta propia	1														
Total	85		82		37		29		25		15		12		6

Fuente: elaboración propia.

Al reincorporarse luego del evento de ATEL, se identificaron trabajadores que eran reubicados con salarios inferiores al que percibían antes del evento o eran despedidos, lo que generó desempleo y posteriores obstáculos por parte de la empresa para el pago de la liquidación.

Las barreras administrativas de evasión o elusión de la afiliación de los trabajadores a la seguridad social, a pesar de la obligatoriedad y no tener contrato o tenerlo verbal obstaculizaron la investigación, reporte y calificación del evento de ATEL. Así, una vez ocurrido el evento, 25% de los AT no fueron reportados y el 33,3% no fueron investigados. A pesar de que VPCLO es un procedimiento clave para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales, al 20,9 % no se les realizó la calificación; a quienes sí se

realizó tuvieron que someterse a la calificación en tres instancias: ARL, Junta Regional de Calificación de Invalidez (JRCI) y Junta Nacional de Calificación de Invalidez (JNCI), en las que se presentaron barreras como la falta de oportunidad en la calificación y prolongados tiempos de espera para acceder, que en promedio fueron de seis meses. En el análisis de la VPCLO se observó que para ATEL, tanto el origen como la magnitud de la pérdida, variaron cuando el procedimiento pasó de la instancia de la ARL a la de la JRCI, así: casos que se consideraron de origen común pasaron a origen laboral, el porcentaje de pérdida aumentó y tres casos lograron calificaciones que permitieron a los trabajadores acceder a pensión de invalidez.

Con respecto a las barreras para el acceso a los servicios de salud, se identificaron empleadores

que obstaculizaron la rehabilitación del trabajador al no conceder permisos para asistir a citas médicas. También fue reconocida la falta de oportunidad en las citas para médicos especialistas y la percepción de los trabajadores de limitación de la autonomía médica.

Para la superación de las barreras, el 96% de los trabajadores interpusieron algún tipo de acción jurídica, realizándose en total 253 procesos. El

69% instauró un solo recurso, 22% dos, 7% tres, y 2% cuatro. La figura 2 muestra la distribución de los procedimientos según la atención demandada. Según el recurso, la tutela fue el más interpuesto, con excepción de la VPCL para la cual la apelación a una instancia superior fue el más frecuente. La VPCL, solicitud de pensión de invalidez, PI y la atención integral, ATIN fueron las atenciones más demandadas.

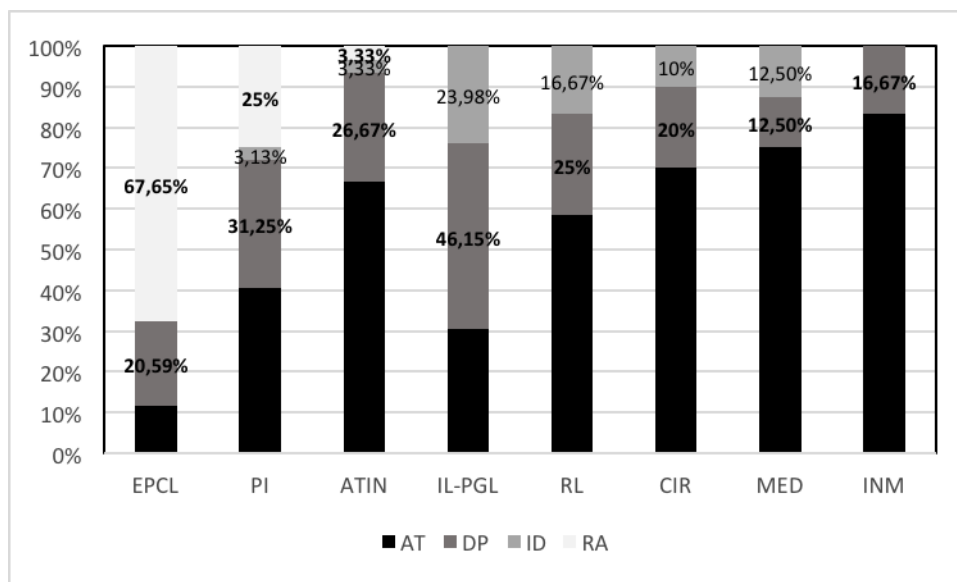


Figura 2. Distribución de las atenciones demandadas más frecuentemente según el recurso utilizado.

Fuente: elaboración propia.

SIGLAS: EPCL-EVALUACIÓN PÉRDIDA CAPACIDAD LABORAL, PI-PENSIÓN INVALIDEZ, ATIN-ATENCIÓN INTEGRAL, IL- INCAPACIDAD LABORAL, PGIL-PAGO INCAPACIDAD LABORAL, RL-REINTEGRO LABORAL, CIR-CIRUGÍA, MED-ATENCIÓN MÉDICA, INM-INDEMNIZACIÓN, AT-ACCIÓN DE TUTELA, DP-DERECHO DE PETICIÓN, ID-INCIDENTE DE DESACATO, RA-APELACIÓN

Al indagar sobre el acceso a los servicios y beneficios solicitados a través de las acciones jurídicas, se encontró que accedieron 47,5%, siendo la acción de tutela y la apelación los más efectivos. Las juntas de calificación y las EPS fueron las que proporcionalmente respondieron más positivamente para lograr el acceso. Las ARL y las empresas, aunque fueron las más

accionadas, accedieron en una menor proporción a las demandas de los trabajadores. En la figura 3 se ilustran los resultados del abordaje cualitativo, que sintetiza la mirada de los trabajadores que sufrieron ATEL, sindicalistas, representantes de ARL, académicos y médico- abogado que participaron en la investigación.

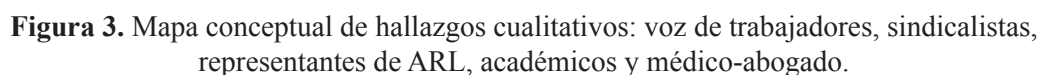
Los trabajadores y sindicalistas reconocieron el **carácter histórico de la relación salud y trabajo** en diferentes niveles: los sindicalistas señalan su determinación por el modo de producción capitalista y el neoliberalismo, y sus efectos en las condiciones de empleo y la salud de los trabajadores. Los trabajadores reconocen la transformación de las condiciones laborales y los efectos en su cotidianidad y su historia de vida. En los representantes de las ARL, la mirada se centró en los eventos de ATEL desde una perspectiva normativa y procedimental, resaltando su avance. El abogado por su parte centrándose también en los eventos, enfatiza en el desconocimiento de los agentes individuales y colectivos (trabajadores, médicos, instituciones de formación) sobre el tema. Los académicos evidenciaron los efectos de este desarrollo en los procesos formativos en la educación superior e invitan a pensar el derecho a la salud en el trabajo de forma global e integrada al derecho a la salud. Uno de los entrevistados ilustra con esta afirmación: *“el modelo de desarrollo ha sido puesto sobre los derechos de los trabajadores... para aumentar la productividad... no solo mediante el mejoramiento del proceso laboral, sino de controlar los costos, bajo el concepto de vulnerar los derechos, o sea, cada vez menos salario, porque el salario es el que pesa, los derechos laborales son los que pesan, las cesantías pesan”* GFSp8.

Otro punto de coincidencia entre los participantes es la identificación de **los agentes** que hacen parte del SGRL y **las relaciones** que se dan entre estos, en las que se perciben antagonismos, desconfianza, intereses económicos, con tensiones en la relación entre las ARL y los trabajadores y empleadores. Cada agente participante en la identificación de su rol y responsabilidades, atribuyó, la mayoría de las veces, la vulneración del derecho a las falencias de los otros: *“Aquí vemos que lo que está buscando el trabajador siempre es la ganancia de una indemnización... y entonces eso también hace que muchos trabajadores pretendan incluso pasar un accidente de trabajo o una enfermedad laboral, cosas que no lo son”* GFARLp29.

Las condiciones laborales desfavorables fueron señaladas por todos los agentes como las causas de los eventos del ATEL, quienes coincidieron en señalar la responsabilidad de los empleadores frente a éstas. Los trabajadores fueron también señalados como responsables de los ATEL, por lo cual las recomendaciones que se realizan están en el ámbito del riesgo individual y del autocuidado. Sin embargo, mientras los sindicalistas, trabajadores y académicos identifican el modelo de producción y la predominancia de los intereses económicos como el origen de estas condiciones, los representantes de las ARL, al atribuir la responsabilidad a las empresas, no evidencian causas estructurales de este fenómeno, y sienten que su rol es el de asegurador y asesor; en sus palabras: *“las empresas por simple lógica empresarial son las que saben cómo hacer su trabajo, nosotros no tenemos que decir cómo hacer su trabajo... les decimos tienen que colocar una matriz y cuáles son los controles para evitar los riesgos, hasta ahí llegamos nosotros”* GFARLp38, *“la capacitación inclusive, es responsabilidad del empleador”* GFARLp35. *“La ARL no participa en un examen de ingreso para nada, ni en el retiro porque eso es competencia del empleador”*. GFARLp44.

Todos los actores hicieron referencia a **la normativa que regula la relación salud y trabajo** y su desarrollo a través del tiempo. Los académicos y sindicalistas la identifican desde ámbitos internacionales y nacionales, al relacionar estos contextos con el SGSSI, y el SGRL como parte de este, señalan además la fragmentación y burocracia como limitaciones importantes. Los trabajadores identifican sus expresiones en el entorno y condiciones laborales y los representantes de las ARL abordan el SGRL desde las funciones que les corresponde dentro de la normativa. Todos coinciden en mencionar el programa de salud ocupacional (ahora Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, SGSST), atribuyéndole un desarrollo desigual en el sector y diferentes falencias en su implementación. *Un problema grave, que incluso teniendo comités*

segundo problema, son comités de papel, ¿sí? Es decir, cumplen solo la reunión, la norma, llevan el acta, pero no solucionan los problemas de salud en el trabajo. GFSp7.



SGLAS: administradora de riesgos laborales; SGSSI: sistema general de seguridad social integral; SGRL: sistema general de riesgos laborales; SGSST: sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo; ATEL: Accidente de trabajo y enfermedad laboral.

El **desconocimiento sobre el tema en general** fue otro factor común identificado en los participantes; el cual se da en los diferentes momentos de la relación salud y trabajo: desde el ingreso a laborar, pasando por la ocurrencia de los eventos de ATEL durante el trabajo y en la materialización de los derechos en salud y trabajo luego de los eventos. También coinciden en indicar que los procesos de formación en todos los niveles, inclusive el universitario, son insuficientes. *“Desconocimiento general de los trabajadores que son los llamados a exigir sus derechos y por no conocerlos muchas veces se quedan callados, organismos de control que pareciera que no tuvieran mucho conocimiento al respecto o no se preocupan por cumplir las obligaciones que tienen, circunstancias que ayudan a que se vulnere implícita y explícitamente los derechos de los trabajadores”* GFAP12.

En relación con los eventos de ATEL y los **proceso de para el reconocimiento de los derechos**, los participantes perciben el proceso con múltiples barreras, lento, desgastantes y que propicia la vulneración de los derechos, lo cual se da de forma diferencial según el sexo, la clase social y el lugar donde habita el trabajador. Esta vulneración genera consecuencias económicas, laborales, en salud, que afecta no solo al individuo, sino también a su familia y a su entorno social. *“Nadie los voltea a mirar, no hay plata para sustentarse sus propios gastos ni los de su familia, entonces todo se acaba, no solamente en el tema individual como ser humano sino también en el tema familiar”*. GFTp10.

DISCUSIÓN

El ideal de **trabajo decente** que propone OIT comprende cuatro elementos: 1. La oportunidad de empleo e ingresos (que alude además de la oportunidad de tener empleo, la aceptabilidad de la remuneración y las condiciones de trabajo), 2. Los derechos de los trabajadores (referido a los derechos y las normas que los regulan), 3. La protección social (que hace referencia a la seguridad

social del trabajador y su familiar) y, por último, 4. El diálogo social (que alude a la posibilidad de diálogo entre los actores, de sindicalizarse, etc.) (3). Las condiciones de **trabajo digno** incluyen: igualdad de oportunidades, remuneración, estabilidad, irrenunciabilidad a beneficios mínimos, primacía de realidad sobre la forma, seguridad social, capacitación, descanso, entre otros elementos (3, 4). Desde ambos referentes, el **derecho a la salud en el trabajo** a partir de una mirada comprensiva de la salud y el derecho a la salud, se **relaciona con todos los componentes del trabajo decente y con las condiciones de trabajo digno**, y no meramente con el de la protección social y seguridad social, es decir, el derecho a la salud en el trabajo va más allá y requiere para su garantía de todos estos elementos. Así las cosas, se evidencian falencias en varios aspectos que hablan de la vulneración del derecho a la salud en el trabajo. Las **condiciones de trabajo** fueron expuestas por todos los actores como las principales causas de los eventos del ATEL, lo cual se refleja en los hallazgos de incumplimiento de las normas de salud ocupacional (hoy SG-SST), como lo señalaba desde el 2008 el informe sobre el derecho a la salud en el trabajo en Colombia (15). En los componentes **de protección y seguridad social**, a pesar de los avances de los últimos años que muestran incremento en las coberturas de afiliación a salud, riesgos laborales y pensiones, sorprende que los trabajadores aún se desempeñen en oficios de alto riesgo sin afiliación a la seguridad social.

Estas condiciones laborales deficientes y el incumplimiento en las normas de salud ocupacional devienen en **eventos de ATEL** que van desde simples incidentes hasta casos de muerte del trabajador. Los trabajadores que participaron en esta investigación son un reflejo del panorama nacional en el que se observan que las tasas de ATEL se han incrementado desde la implementación del SGRL, lo cual, si bien puede deberse en parte al mayor reporte de los casos, cuestiona la efectividad de los sistemas

de salud ocupacional. Pregunta que encuentra respuesta en los relatos de los entrevistados y que se ha evidenciado en otras investigaciones (16) que develan falencias de este sistema, ya sea por su inexistencia, o por su diseño parcial, o en ocasiones completo sin la intención de aplicarse, situación agravada por la débil vigilancia y control del sistema. En relación con el **componente de los derechos de los trabajadores y el cumplimiento de la norma**, además de los problemas relatados en afiliación, contratación y salud y seguridad, una vez se presentan los eventos de ATEL, existe incumplimiento en la notificación e investigación, barreras para la atención médica, la VPCLO, la garantía de las prestaciones económicas, la reincorporación con restricciones laborales y la estabilidad laboral reforzada. Lo anterior explica el uso de diferentes procesos legales y se refleja en consecuencias que afectan no solo el derecho a la salud, sino que además limitan el ejercicio de otros derechos como el mínimo vital, la dignidad humana, por la interdependencia de éstos, afección que trasciende al entorno familiar y social.

En el componente de **diálogo social** que insta a la discusión de los diferentes actores, los hallazgos cualitativos dejan ver la fragmentación en la comprensión y abordaje del tema de salud en el trabajo, como expresión de las tensiones entre el Estado Social de Derecho y el modelo neoliberal, tensiones reflejadas en el desarrollo fragmentado del SGSSI y en sus subsistemas de salud y riesgos laborales, en los cuales si bien se ha desarrollado una copiosa y para algunos, excesiva normativa, los actores implicados encuentran las funciones que les corresponden, desarrollándolas parcial o totalmente, sin que se avance en una visión integral del fenómeno a la que invita este componente del trabajo decente. Las limitaciones para en el diálogo social son compartidas por otros países latinoamericanos, sin embargo, se considera que el diálogo es la vía para avanzar en este campo (24). A pesar de los avances normativos en seguridad y salud en el trabajo, de las intenciones reflejadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 que

contempló en el artículo 74 la formulación de una política nacional de trabajo decente (17), y a nivel local en Medellín, en el acuerdo 64 de 2013 (18), Colombia aún enfrenta muchos desafíos en materia de trabajo digno y decente que trascienden los aspectos meramente de disposiciones y cumplimientos normativos (3, 16).

CONCLUSIONES

La vulneración del derecho a la salud en el trabajo tanto en la ocurrencia de los eventos de ATEL como en la reclamación del mismo por los trabajadores, puede ser explicada por: i) El abordaje fragmentado en la comprensión de la salud y el trabajo, debido en parte a las reformas neoliberales y a sus efectos en estos sectores y se materializa en el diseño e implementación de políticas públicas como el SGRL y en la formación en todos los niveles de los agentes individuales y colectivos involucrados en el mismo. Si bien Colombia es un Estado Social de Derecho y la CP ampara los derechos humanos, su reglamentación deja ver la fractura entre el Estado propuesto y el modelo de desarrollo. Esta fragmentación se observa en la división artificial entre el sistema de salud y de riesgos laborales, lo que crea, un escenario de conflicto en el sujeto - trabajador en donde acontece la vida, la salud, la enfermedad y el trabajo de forma simultánea y como un todo. Esta visión fragmentada no permite un abordaje sistémico del problema, puesto que la sumatoria de elementos y actores no garantiza el funcionamiento armónico de sus relaciones, estas consideraciones son problemáticas porque no es posible pensar la relación salud y trabajo como la sumatoria de responsabilidades y normas aisladas, sino que se requiere de una relación armónica de los actores, para que actúen como sistema. ii) El panorama encontrado en la investigación da cuenta de que en Medellín la segunda ciudad de Colombia, a pesar de la protección y del mandato constitucional y de los desarrollos normativos y jurisprudenciales, el trabajo para los trabajadores más desposeídos (baja escolaridad, de estratos socioeconómicos bajos, que laboran

en actividades económicas del sector secundario como operaciones o peones, con condiciones laborales desfavorables y desarrollo insuficiente del sistema de salud y seguridad) no es un espacio de realizaciones y oportunidades en condiciones de libertad, seguridad, equidad e inclusión, sino que en éste priman los fines de rentabilidad, lo que hace parecer los fines prácticos del trabajo y la salud como antagónicos. iii) Las múltiples barreras económicas, administrativas y de acceso a servicios de salud impuestas a los trabajadores en los diferentes momentos, y que se agravan por la debilidad de los sistemas de vigilancia y control y de información. iv) Las relaciones antagónicas entre los diferentes agentes del SGRL, con actores privados en el aseguramiento que ejecutan sus funciones de forma operativa y fragmentada, y con compromiso insuficiente frente a la garantía

del derecho. El trabajo decente y digno es aún una utopía, un horizonte hacia el cual se deben apuntar los esfuerzos para conquistar y sostener una vida plena, digna y saludable con énfasis en los grupos de trabajadores más vulnerados. Los recursos constitucionales como el derecho de petición y la acción de tutela, contribuyen al cumplimiento del derecho a la salud en el trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A los trabajadores y familias, al Fondo de apoyo docente de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y a la estrategia CODI sostenibilidad, a la Personería de Medellín, al Consultorio de Seguridad Social Integral de la Universidad de Antioquia y al Laboratorio de Salud Pública de Facultad Nacional de Salud Pública.

REFERENCIAS

1. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida. In: *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES; 2010. p. 87-126.
2. ILO. Decent work, Report of the Director-General, International Labour Conference (ILC): 87th Session. Ginebra; 1999.
3. Procuraduría General de la Nación, Hernández SRC, Uribe CB. Trabajo digno y decente en Colombia Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas. Santa Fe de Bogotá; 2011. 304 p.
4. El Pueblo de Colombia. Constitución Política de Colombia. Colombia; 1991.
5. Vergara M del C. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Rev Hacia la Promoción la Salud*. 2007; 12:41-50.
6. CNDH. Pacto Internacional de Derecho Económicos, Sociales y Culturales, y su protocolo facultativo. 2012.
7. ONU Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: Observación General 14. Ginebra; 2000.
8. Hernández Álvarez M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Rev Salud Pública*. 2010; 2(2):121-44.
9. Congreso de Colombia. Ley 1751 del 2015, Estatutaria de Salud. Diario oficial 2015 p. 13.
10. Congreso de Colombia. LEY 1562 modifica SGRL. Colombia; 2012 p. 1-22.
11. Ministerio del Trabajo Colombia. Decreto Único Relamentario del Trabajo 1072 de 2015. Ministerio del Trabajo 2016, p. 326.
12. ILO. Seguridad y salud en el trabajo. 2018.
13. División de riesgos laborales. Ministerio de Salud de Colombia [Internet]. Indicadores de riesgos laborales. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/RiesgosLaborales/Paginas/indicadores.aspx>
14. Fasecolda. El Sistema de Riesgos Laborales protege a los trabajadores del país [Internet]. 2019. Disponible en: <https://fasecolda.com/index.php?cID=2646>
15. Luna J, Torres M. Derecho a la salud en el trabajo, Situación en Colombia. In: Alames, editor. Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo. 2008. p. 87-111.
16. Vega-Monsalve NDC. Nivel de implementación del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo en empresas de Colombia del territorio Antioqueño. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(6).
17. El congreso de Colombia. Ley 1753 Plan de Desarrollo 2014-2018. Colombia; 2015.
18. Concejo de Medellín. Acuerdo 64 de 2013 “por medio del cual se establece la poitica pública de Trabajo Decente en la Ciudad de Medellín.” Acuerdo 64 Medellín, Colombia; 2013 p. 1-3.
19. DIAN. Resolución 0139 del 2012. Colombia; 2012.
20. DANE, Ciuo AC, Ardila DS, Patricia A, Robayo S, Ortiz AO, et al. Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones. Colombia; 2015 p. 443.
21. OPS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10ma revisión) CIE X. *Int Stat Classif Dis Relat Heal Probl - ICD-10*. 2015; (554):F00-F99.
22. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1401, investigación de accidentes e incidentes de trabajo. Colombia; 2007 p. 1-7.
23. Instituto Colombiano de Normas Tecnicas. Guia Técnica Colombiana Gtc 3701 Guía para la clasificación, registro y estadística de accidentes y enfermedades laborales. Icontec 1995 p. 1-28.
24. OIT. Preparando el futuro del trabajo que queremos en las Américas a través del diálogo social. Informe del director. Panamá; 2018.