

EL NODO LUGAR DE TRABAJO EN UNA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

Martha Isabel Riaño Casallas¹
Flor Yamile Posada Parada²
Gina Paola Pérez Quecano³

Fecha de Recepción: 30/07/2013
Fecha de Aceptación: 03/10/2013

RESUMEN

El artículo es producto del trabajo de investigación y reflexión del proyecto “Aplicabilidad de las Redes Integradas de Servicios de Salud”, de la Universidad Jorge Tadeo Lozano de Bogotá, en el cual se ha trabajado como estudio de caso el Departamento de Cundinamarca, con un enfoque dirigido hacia las Provincias de Sabana de Occidente, Gualivá, Magdalena Centro y Bajo Magdalena, con el fin de analizar los elementos necesarios que requiere la articulación del nodo, lugar de trabajo, en una red integrada de servicios de salud. Para la construcción del presente artículo se realizó una revisión teórica sobre el concepto de red, nodo, determinantes de la salud y lugares de trabajo, con el fin de comprender la problemática de salud y la viabilidad de integrar los centros de trabajo en la red, así mismo, se realizó una caracterización general de las provincias del departamento. Finalmente, se concluye que los principales actores de la red como, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deben brindar servicios eficientes, equitativos, integrales y continuos, en conjunto con las Administradoras de Riesgos Laborales, y que lo más importante es incluir a las empresas como uno de los actores de la red, ya que estas serán las principales gestoras del cuidado primario de la salud del trabajador y sus familias.

Palabras Claves: prestación integrada de atención de salud, servicios de salud, lugar de trabajo, salud ocupacional

-
- ¹ Doctoranda en Ciencias Económicas. Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Salud Ocupacional Universidad Nacional de Colombia. Administradora de Empresas Universidad Nacional de Colombia. Profesora Especialización Gerencia en Salud Ocupacional, Universidad Jorge Tadeo Lozano. Correo: marthai.rianoc@utadeo.edu.co
- ² Administradora de Empresas, Especialista en Gerencia de la Calidad. Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional, Universidad Jorge Tadeo Lozano. Docente CIDE y Conultoría. Correo: flory.posadap@utadeo.edu.co
- ³ Enfermera. Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional, Universidad Jorge Tadeo Lozano. Asesora de Riesgos. Correo: ginap.perez@utadeo.edu.co

NODE WORKPLACE IN A NETWORK INTEGRATED HEALTH SERVICES

ABSTRACT

This paper is the work of research and reflection of the "Applicability of Integrated Networks of Health Services" at University Jorge Tadeo Lozano of Bogotá, which has worked as a case of study the Department of Cundinamarca with Provinces led approach of Sabana de Occidente, Gualivá, Magdalena Centro y Bajo Magdalena, so analyze the necessary elements required joint workplace node in an integrated network of health services. In this article was conducted a theoretical review of the concept of network, node, determinants of health and workplaces, all this in order to understand the health problems and the feasibility of integrating work centers network and improve safety and health at work. Also, there was a general characterization of the provinces of the department. Finally, we conclude that the major players in the network as the institutions providing health services should provide efficient, equitable, comprehensive, continuing, in conjunction with Occupational Risk Administrators, and the most important thing is to include companies as one of the actors in the network, as these are the main managers of primary health care workers and their families.

Keywords: Delivery of Health Care, Integrated, health services, workplace, occupational health.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la prestación de servicios de salud pasa por un momento crítico en Colombia, ocasionado por un detrimento de la calidad y equidad en la atención de los pacientes, notándose una gran fragmentación en el cuidado de la salud de la población lo cual está en contravía de la atención integral, siendo este uno de los principios fundamentales para el buen funcionamiento de un Sistema de Salud.

En este sentido, cuando se habla de atención integral, los lugares de trabajo deben ser parte fundamental de ésta, dado que, el trabajo puede ser un promotor de la salud o un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades porque existe una relación estrecha entre la salud y el trabajo (WHO, 2010). Así las cosas, en la prestación de los servicios de salud, no se puede desconocer el papel que tienen las organizaciones y empresas del sector productivo. Por tal razón, se pretende visibilizar la importancia de considerar como uno de los nodos de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) a los lugares de trabajo, pues si bien, usualmente se asocia en una RISS a los prestadores, aseguradores, usuarios, entre otros, es casi nula la integración a esta red de las empresas u

organizaciones, aun cuando en ellas, se desarrollan actividades de medicina preventiva y del trabajo, así como de promoción de la salud establecidas en el marco del sistema general de riesgos laborales. El fin último es poder comprender que no es posible ver la salud de una población sin contemplar el factor trabajo.

El departamento de Cundinamarca es muy importante para el país, tanto por su ubicación geográfica, como por el impacto que genera en la región central de Colombia. En el presente artículo se presenta una caracterización tanto general como específica del Departamento, particularmente de las provincias de Sabana de Occidente, Gualivá, Magdalena Centro y Magdalena Bajo las cuales fueron objeto de estudio, con el fin de proponer una articulación de los lugares de trabajo a una RISS para esta zona del país.

En el caso de las provincias de Cundinamarca analizadas, se encontró que para poder acceder a servicios de salud con calidad, deben romperse algunas barreras, las cuales están representadas en varios aspectos, siendo uno de ellos el cultural, ya que aún se sigue usando la medicina tradicional en dichos municipios en lugar de acceder a la oferta de salud del régimen contributivo o subsidiado; por otra parte también

existe la necesidad de trabajar en cuanto a los estilos de vida de las personas, puesto que hay sedentarismo, malos hábitos alimenticios y ausencia en algunos lugares de los servicios públicos, lo que puede ocasionar un deterioro en sus condiciones de salud; en segunda instancia, se encuentra el difícil acceso desde algunos municipios a los servicios de salud, debido al mal estado de las vías, lo que obliga a las personas a desplazarse entre 2 y 3 horas para recibir atención de segundo o tercer nivel de complejidad; como tercer aspecto, están los problemas de cobertura del sistema, pues aunque hay un aumento significativo en los últimos años, es notorio que falta inclusión de la totalidad de la población y en especial, aquella cuya condición es de vulnerabilidad, bien sea por violencia o por búsqueda de nuevas oportunidades de vivienda o laborales, siendo esto un generador de desplazamiento bastante crítico, sumado a los grandes porcentajes de informalidad en el ejercicio de las distintas actividades económicas y muy poco número de empresas legalmente constituidas en cada provincia.

A las anteriores problemáticas se le suma la falta de un único sistema de información en la red de servicios de salud, generándose duplicidad en las afiliaciones, estadísticas contradictorias entre distintas entidades gubernamentales y los prestadores de servicios durante un mismo período, adicional a ello, hay una falta de integración entre los distintos niveles para la atención de los pacientes, lo que genera costos innecesarios al sistema y un tratamiento no integral (Ocampo et al, 2013).

Es por lo anterior, que el objetivo de la investigación relacionada en este artículo es reflexionar acerca de la importancia de incluir el nodo lugar de trabajo en una RISS, analizando las diferentes variables que intervienen en el proceso de interrelación de la persona con su entorno, e identificando cuales son las condiciones, circunstancias y mecanismos utilizados en una región para la prestación de servicios de salud, para esto, se revisarán los conceptos de RISS, lugar de trabajo, determinantes de la salud, entre otros, y se mostrará un acercamiento preliminar a la situación del departamento de Cundinamarca en las provincias antes mencionadas.

Red Integrada de Servicios de Salud

Con la Ley 1438 del 2011, se ha buscado promover unas mejoras al sistema actual a nivel de promoción, prevención y atención primaria en salud, dando libertad a los Municipios y entes territoriales para generar las RISS necesarias entre los distintos actores del sistema, lo que debe realizarse de acuerdo con unos parámetros consignados en el Capítulo II de la normativa mencionada.

Con dicho modelo se busca brindar integración y coordinación entre los diferentes actores del sistema, eliminando las barreras de acceso a los servicios y recuperando de alguna manera, la importancia de las personas como centro y eje del Sistema de Salud. Es por ello que uno de los principales desafíos, es eliminar la inequidad, a través de mayor cubrimiento del sistema, la unificación de los planes de beneficio y la conformación de redes integradas de servicios de salud, que articulen de manera territorial en Cundinamarca, tanto a los actores públicos como a los privados.

Una red está conformada por nodos (personas, grupos, organizaciones) que se intercomunican para establecer acuerdos o compromisos concretos que generen una acción (Bronstein, 1994). Cada uno de los nodos deben estar direccionados por unos objetivos, una estructura organizacional, unos planes, unos roles definidos, una división de tareas, entre otros, y donde para las empresas se genera una obligación o responsabilidad para con la población trabajadora, lo que está debidamente normalizado en la legislación colombiana, en los planes de desarrollo, en los Planes Territoriales de Salud de cada uno de los Municipios y en el Programa de Salud Ocupacional Regional.

La Organización Panamericana de la Salud (2010), define las RISS como la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal, que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos acorde a sus necesidades, a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud, por ello debe haber una integración de procesos, infraestructura, recursos y personas, el reto entonces

es lograr que toda la población trabajadora de la región sea parte de la Red.

En el contexto colombiano una RISS se puede definir como un conjunto de instituciones de salud y organizaciones de carácter social que prestan servicios de salud a una población determinada (Barragán, Riaño y Martínez, 2012).

La salud cuando es gestionada desde una red de tipo social, es muy útil para solucionar problemáticas de diversa índole, ya que lo que se pretende en este tipo de redes es buscar un equilibrio entre los distintos actores, tales como: el Estado, los aseguradores, los prestadores de servicios de salud y las empresas, inmersas en el nodo lugar de trabajo, siendo estas últimas un punto de apoyo vital al sistema de salud en Cundinamarca, desde el cual es posible prevenir y controlar mediante el establecimiento de Programas de Salud Ocupacional a la Población trabajadora y generar mayor eficiencia al Sistema de Salud Pública como complemento a los resultados clínicos de los individuos, tanto a nivel extralaboral como ocupacional (Morales, 2011).

Determinantes de la Salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) hay unos factores que determinan “*el estado de salud o enfermedad en las personas en general, como son las circunstancias en que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, el cual, tiene que ver con la forma en que están distribuidos los recursos, el dinero y el poder a nivel mundial, nacional y local de acuerdo a las políticas adoptadas*”. Esta entidad propone como determinantes las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, entre las cuales están la vivienda, el desempleo, el ambiente laboral, las condiciones de vida y trabajos la educación (ISAGS, 2013).

Para darles un tratamiento adecuado, la Organización Mundial de la Salud propone mejorar las condiciones de vida generando condiciones de equidad desde que comienza la vida de un ser humano, creando entornos saludables, acceso a vivienda, a servicios públicos, ejercicio de prácticas dignas y se-

guras en materia de trabajo, dar protección social a lo largo de toda la vida y, atención de salud universal (López et al, 2008).

Sin embargo, existe otra agrupación conocida como el Modelo Canadiense de los determinantes de salud, el cual tiene 4 grupos según Lalonde (1974), divididos en: biología humana, estilos de vida, medio ambiente y sistema de asistencia sanitaria. En la dimensión biológica se encuentran todos los aspectos internos y propios de cada individuo, correspondientes a los atributos genéticos, el ciclo de vida y los ritmos biológicos. En los estilos de vida están las decisiones propias de cada persona en cuanto a los hábitos y comportamientos frente a la salud, el ejercicio, el manejo de las situaciones, su proyecto de vida, etc. Para el caso del medio ambiente está contemplado todo lo externo al ser humano, como los factores biológicos, químicos, físicos, psicosociales y socioculturales, incluido el trabajo. Finalmente, está el cuarto grupo, el sistema de asistencia sanitaria, donde se encuentra la salud o enfermedad de un individuo como dependiente de la calidad, cobertura y accesibilidad a los servicios de salud y a las condiciones mínimas para vivir dignamente (Schlimovich, 2012).

Nodo Lugar de Trabajo

Como parte de la revisión bibliográfica realizada no se encontró una definición para ‘nodo lugar de trabajo’, por lo tanto, se procedió a revisar los conceptos de nodo y lugar de trabajo por separado, para posteriormente, construir una definición propia de los autores del presente artículo.

Nodo es un término utilizado por diversas ciencias para definir las distintas interacciones entre sus elementos, sin embargo, la definición más precisa encontrada es aquella que lo define como un espacio real o abstracto en el que confluyen parte de las conexiones de otros espacios similares y que a su vez, también son nodos. Todos estos puntos se interrelacionan de una manera no jerárquica y conforman lo que en términos sociológicos o matemáticos se llama red, siendo entonces la red, un conjunto de nodos interconectados (Castells, 1997).

Siguiendo ahora con el concepto para lugar de trabajo, se entiende este como el espacio en donde el trabajador debe desempeñar sus actividades y al que puede acceder en razón de su trabajo, el cual incluye los medios físicos y todo el ambiente en general (CEL, 2013), también se definen como las áreas edificadas o no, en las que los trabajadores deben permanecer o a las que pueden acceder en razón de su trabajo, incluyendo zonas comunales de descanso, primeros auxilios o comedores (INSHT, 2006).

A partir de las definiciones anteriores, podría entonces deducirse que el Nodo Lugar de Trabajo es un punto dentro de la Red Integrada de los Servicios de Salud (RISS), en la que confluyen las interacciones entre los distintos actores.

Del mismo modo, se puede decir que el nodo lugar de trabajo es a su vez la representación de toda una red de organizaciones, con y sin ánimo de lucro que comercializan bienes y servicios y cuya finalidad es propender por la seguridad y salud de los trabajadores, es decir, que el nodo lugar de trabajo es un punto de apoyo al ámbito de la salud pública, que debe ayudar a cumplir uno de los objetivos estratégicos de la Secretaria de Salud, cuyo pilar es alcanzar una Cundinamarca saludable (Cruz, 2012).

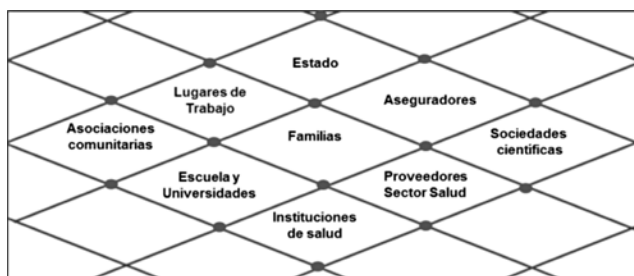


Figura 1. Esquema de nodos de una red integrada de servicios de salud

Fuente: Adaptado de proyecto de investigación “aplicabilidad de una red” Universidad Jorge Tadeo Lozano

El objetivo de este nodo es dar estabilidad y permanencia a la red en cuanto a la prestación de los servicios de salud, tanto al Régimen Contributivo como al Subsidiado, con la integración de las empresas como un punto de apoyo para la correcta gestión del

Sistema. No obstante, existe una gran problemática y es que dentro del Nodo Lugar de Trabajo debiera estar contenida la totalidad de la población trabajadora, pero no toda se encuentra afiliada al Sistema General Riesgos Laborales, ya que existe informalidad en la creación de las empresas y por ende, en la contratación del personal para la realización de las actividades laborales propias de la región.

Para que exista una adecuada gestión en toda red, es necesario manejar un solo sistema de información que les permitan obtener datos reales frente a los cuales tomar decisiones acertadas en cuanto a cobertura, calidad, oportunidad y gastos, pero infortunadamente y como se verá más adelante, hay serias inconsistencias en la información que fue presentada para un mismo período por distintas entidades, igualmente, debe existir una unidad de mando, como un único centro de control, sobre todo cuando hay nodos heterogéneos que gestionar como sucede en el tema de salud, lo cual requiere el uso de un mismo código comunicacional en la red mediante la ayuda de la estandarización y una jerarquía que permita resolver problemas en los distintos niveles.

Si pensamos la salud como un todo, las condiciones de trabajo deberían seguir los preceptos del trabajo decente, término doctrinal usado por primera vez por la Organización Internacional del Trabajo – OIT donde se definió que el trabajo debía incluir oportunidades de empleo e ingresos para mujeres y hombres por igual, siempre respetando los derechos fundamentales de los trabajadores y propendiendo por un diálogo y protección social a la población trabajadora (OIT, 1999).

Por otra parte, el trabajo digno es un concepto usado internacionalmente en temas de Derecho y a nivel de Colombia este se define en el Artículo 25 de la Constitución de 1991 donde el trabajo quedó consagrado como un Principio, un Deber y un Derecho. La Corte Constitucional a través de distintas sentencias ha indicado que las condiciones justas y dignas hacen referencia tanto a la población trabajadora como a la que no se encuentra activa ya que su eje rector es igualdad de

oportunidades para todos los trabajadores, remuneración mínima vital y móvil, dentro de un entorno de estabilidad, irrenunciabilidad a los derechos mínimos establecidos en normas laborales, buscar beneficiar dentro de las opciones posibles primero al trabajador, primacía de la realidad sobre las formas, garantía a la seguridad social, la capacitación y el descanso, esto ya que la vida, la integridad y la salud son los derechos base para que el derecho al trabajo digno sea efectivo (Ordóñez, 2007).

MÉTODO

El proyecto “Aplicabilidad de las Redes Integradas de Servicios de Salud”, de la Universidad Jorge Tadeo Lozano de Bogotá, es un estudio de enfoque exploratorio y posee un diseño descriptivo, pues se analizan las características de una población tales como: total de habitantes, principales actividades económicas, cobertura en educación y salud, vías de acceso y tipo de contratación laboral del sector para determinar la relación de éstas con los lugares de trabajo y la prestación de servicios de salud, todo esto, para obtener una visión aproximada de cómo se puede integrar el nodo lugar de trabajo en una red de salud. Por otra parte, se realizó una consulta en bases de datos como Scielo y Proquest, con las palabras clave: red de salud, servicios de salud, trabajo decente, condiciones de salud y trabajo, de los resultados de la búsqueda se tomaron los documentos más relevantes para la discusión. En cuanto a las consultas de la región, se utilizaron bases de datos gubernamentales y departamentales como las de la Secretaria de Planeación y Agricultura del Departamento, y las páginas de los municipios objeto de estudio. Las estadísticas que forman parte importante del análisis, fueron tomadas de la página del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas y de la página de la Gobernación de Cundinamarca. También se revisó literatura gris, con el fin de construir los conceptos desarrollados en el documento.

En cuanto al caso objeto de estudio se tomó el departamento de Cundinamarca por ser el eje del proyecto de investigación, sin embargo, como en los departamentos y municipios existe otra división llamada provincias (distritos, regiones, subregiones),

creadas en la Constitución (1886). Estas provincias se iniciaron con el ánimo de crear una integración y cooperación que gestara y generara un desarrollo a todo nivel (PNUD (2011)). Para esta investigación se eligieron las provincias de Sabana de Occidente, Gualivá, Magdalena Centro y Bajo Magdalena.

RESULTADOS

La provincia Sábana de Occidente, tiene como capital Facatativá, cuenta con un área de 1.027 Kilómetros cuadrados y está conformada por 10 municipios. Aquí se concentra el 15.2% del total de los habitantes de Cundinamarca con poca población en el área rural, lo cual se debe a que por la presencia del sector industrial, de servicios y comercio existe mayor presencia de la población (89.5%) en la cabecera Facatativá, en Mosquera, Madrid y Funza.

Los municipios restantes trabajan en la agricultura aunque frente a la extensión de tierra que posee la provincia hay poco aprovechamiento del suelo, según lo indicado por Secretaria de Planeación de Cundinamarca, 2010, es evidente entonces, la falta tecnificación y comercialización para incentivar la actividad agrícola y mejorar la posición de la provincia dentro del Departamento.

La Provincia tiene un importante aporte al Producto Interno Bruto de Cundinamarca gracias a la producción de flores, lo cual genera empleos formales e informales. Para el año 2008, según la Cámara de Comercio habían registradas 13.926 empresas, de las cuales el 13.7% correspondían a personas jurídicas que pueden generar más formalidad en la generación de empleo y mejorar los ingresos del departamento (Hoyos et al, 2011c).

El nivel de educación universitario y de posgrado es del 16.1%, secundaria 40.3% y en primaria o menos en un 35.9%, situación que lleva a la población a emplearse en oficios que los alejan de la posibilidad de ingresar a otros trabajos que requieren mayor conocimiento frente a las condiciones y exigencias de los sectores industriales provenientes de Bogotá y que han llegado a Sabana de Occidente (Hoyos et al, 2011c).

En cuanto a la salud, teniendo en cuenta que uno de los determinantes apunta a la posibilidad que tienen las personas de acceder a los servicios públicos, la provincia cuenta con un cubrimiento al respecto de casi el 98% a nivel urbano, pero no así, en la parte rural donde el cubrimiento es bajo. Las vías principales de la provincia para acceder a los servicios de salud están en buen estado, pero las vías secundarias y terciarias están en mal estado. La infraestructura para la prestación de los servicios en la provincia es de 77 centros de salud, 1 Hospital Nivel 1 y 3 Hospitales Nivel 2 notando así, la ausencia de atención para Nivel 3 (Gobernación de Cundinamarca, 2008). El perfil epidemiológico de la Provincia está causada por las siguientes patologías: infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, dolor abdominal, infección en vías urinarias, hipertensión arterial, lumbago, vaginitis y vulvovaginitis, gastritis, politraumatismos y heridas por arma de fuego. En cuanto a las causas de mortalidad se encuentran enfermedades relacionadas con los estilos de vida de la población y a la muerte materna y perinatal (Gobernación de Cundinamarca, 2007d).

La segunda provincia, Gualivá es una provincia de Cundinamarca que tiene una extensión de 1.272 Kilómetros cuadrados y contiene al 4.3% de la población total del departamento, la cual está integrada por 12 municipios. La mayoría de su población se ubica en el área urbana (62.4%) debido a que priman las actividades agrícolas y ecoturísticas, la mayor actividad económica la aportan Villeta, La Vega, Sasaima y San Francisco en agricultura (caña de azúcar), industria, transformación de productos agrícolas y pecuarios, aporte de la administración pública con generación de empleo a la población, servicios financieros, transporte, turismo, reparaciones y el comercio Secretaria de Planeación de la Gobernación de Cundinamarca (2010).

Para 2008 se encontró en la información recolectada por el Centro de Pensamiento en Estrategias Competitivas de la Universidad del Rosario que habían 3.156 empresas registradas en Cámara y Comercio de las cuales, sólo el 7.5% correspondían a personas

jurídicas, es decir, que en su mayoría prima el mercado informal (Hoyos et al, 2011a).

En la agricultura hay predominancia de los cultivos permanentes (caña de azúcar, plátano, cítricos, café, lulo, guanábana, aguacate, bananito, fresa, tomate de árbol, cacao) frente a los transitorios (maíz, pimentón, cebolla junca, tomate y papa). A nivel pecuario la provincia está bien posicionada en sus actividades avícolas, bovinas y porcinas, ya que posee un buen inventario en cada una de ellas. La Provincia ha tenido una gran oportunidad a nivel económico en el turismo (nacional e internacional) de aventura, sin embargo, falta organización y cooperación para explotar este sector sin destruir ningún recurso natural de la región.

La población en edad de trabajar tiene en un nivel de formación básico siendo de 62.4% con primaria o menos y un 6.4% educación superior o posgrado. Las personas trabajan por lo general, en restaurantes, hoteles, cafeterías, producción de bienes y servicios por cuenta propia y, compra y venta de productos. El acceso a los servicios públicos a nivel rural es muy bajo, mientras que en las cabeceras es del 85%. Las vías principales de la provincia están buenas condiciones, pero las secundarias y terciarias están en mal estado lo que puede demorar el traslado de la población en caso de requerir ciertos servicios médicos (Hoyos et al, 2011a)

El perfil epidemiológico de la Provincia presenta las siguientes patologías: hipertensión arterial, parasitosis intestinal, otros trastornos del dorso, otros trastornos de la uretra y el aparato urinario, úlcera péptica, enfermedades inflamatorias del cuello uterino, trastornos de la menstruación, hemorragia uterina anormal, diabetes mellitus, rinofaringitis aguda. En cuanto a las causas de mortalidad, en Gualivá se encuentran: infarto agudo de miocardio, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (no especificada), tumor maligno del estómago, neumonía, enfermedad de las vías urinarias, tumor maligno de la próstata, insuficiencia cardíaca congestiva, muerte fetal y de recién nacido por complicaciones en el parto, anomalías morfológicas y funcionales, entre otras (Gobernación de Cundinamarca, 2007c).

En el caso de la provincia Magdalena Centro, hacen parte 7 municipios y su territorio es de 1.048 km², el 72.6% de la población está ubicada en área rural con mayor concentración en San Juan de Rioseco y Vianí, debido a que tiene básicamente su mayor productividad en las actividades agrícolas y pecuarias. El aporte al PIB de Cundinamarca es de 1.5%, proviniendo de la agricultura, actividades pecuarias (ganado vacuno), el comercio, la reparación, los servicios financieros, la administración pública, la construcción, la industria y la minería Secretaria de Planeación Cundinamarca, (2010).

A nivel empresarial, para 2008 se encuentra en el Registro Mercantil la existencia de 494 empresas debidamente registradas, adicional a que es un porcentaje muy bajo dentro de la región, de ésta cifra solo el 4.5% corresponden persona jurídica, (Hoyos et al, 2011d).

La provincia tiene el menor porcentaje de población con estudios universitarios o posgrado (4.4%), en su mayoría tienen educación primaria o menos (58.2%) lo que lleva a que sus ocupaciones estén en la venta y compra de bienes, alojamiento, restaurantes y cafeterías. Frente al cubrimiento de servicios públicos a nivel urbano la cifra es superior al 90%, pero no ocurre lo mismo a nivel rural donde ésta no se supera el 40%. Las vías principales son adecuadas hacia Bogotá y Tolima, pero en Chaguaní y Pulí hay un mal estado que dificulta el acceso, lo cual, trae problemas en la atención en salud en caso de requerirse algún traslado.

El perfil epidemiológico de la Provincia está causado por hipertensión esencial primaria, parasitosis intestinal, caries dental, infección en vías urinarias, cefalea, rinofaringitis aguda, vaginitis aguda, amigdalitis estreptocócica, etc. En cuanto a las causas de mortalidad están infarto agudo de miocardio, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tumor maligno de la próstata, enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular, tumor maligno de los bronquios o de pulmón, agresiones por arma de fuego, muerte fetal y de recién nacido por complicaciones en el parto, anomalías

morfológicas y funcionales (Gobernación de Cundinamarca, 2007b).

Por su parte, en el Magdalena Bajo se encuentran 3 grandes municipios como Guaduas, Caparrapí y Puerto Salgar, con una extensión de 1.894 km², equivalente a un 8.47% dentro del Departamento. La población rural en la provincia es una de las más bajas con un 44.9% a pesar de tener como principales actividades económicas la agricultura y el sector pecuario.

El aporte al PIB del departamento fue de 2.4% para el año 2007, proveniente de actividades como la agricultura, industriales, construcción, minería, administración pública, los servicios financieros e inmobiliarios. Para el año 2008 en el Registro Mercantil se encontraban creadas 3.121 empresas donde el 6.8% correspondía a personas jurídicas, de las cuales la mayoría se dedican al comercio y a la construcción (Hoyos et al, 2011b).

Los cultivos permanentes y transitorios de la provincia solo aportan 0.19% de la carga proveniente de todo el país para Bogotá, sin embargo, en la carga de panela se participa en un 94.48%. En la actividad pecuaria la provincia es la más importante en el Departamento en cuanto a ganadería bovina y vacas de ordeño.

El turismo no se encuentra muy desarrollado en la provincia. En cuanto a educación casi el 50% de la población tiene educación primaria o menor y tan solo un 6.5% tiene estudios universitarios y/o de posgrado. El cubrimiento de los servicios públicos a nivel urbano es de un 92% pero a nivel rural no alcanza el 25%.

El perfil epidemiológico está causado por hipertensión, parasitosis intestinal, caries dental, infección en vías urinarias, cefalea, rinofaringitis aguda, vaginitis aguda, amigdalitis estreptocócica, etc. En cuanto a las causas de mortalidad se encuentran infarto agudo de miocardio, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad pulmonar obstructiva, insuficiencia cardiaca, infección de vías urinarias, neumonía lobar, tumor maligno de los bronquios o

de pulmón, enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca, hemorragia intraencefálica, muerte fetal y de recién nacido por complicaciones en el parto, anomalías morfológicas y funcionales (Gobernación de Cundinamarca, 2007a).

Ahora bien, en relación con los aspectos de la salud en el trabajo, para el año 2010 se afiliaron al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) 449.917 empresas, donde a Cundinamarca le corresponde el 3% según los datos del Ministerio de la Protección Social. Teniendo en cuenta que Cundinamarca tuvo la segunda tasa de ocupación dentro del país para el año 2008, se encuentra que la Población en edad de trabajar es equivalente a 1.926.786 personas, se encuentran ocupadas 1.181.015 y sin empleo 140.071 y de los que están activos laboralmente solo el 18% están vinculados al SGRL, es decir, que el 82% restante trabajaba para el año 2010 de manera informal (Secretaría de Planeación de la Gobernación de Cundinamarca, 2010).

En cuanto a los Accidentes de Trabajo (AT) se reportaron 538.911 de los cuales fueron calificados como AT reales 442.689 después de hacer la debida investigación, cifra de la que el 5% corresponde a Cundinamarca, es decir que alrededor de 22.134 se generaron en la población trabajadora del Departamento para el año 2010. De los 955 Accidentes Mortales en todo el país solo se reconocieron 487 como ocasión del trabajo, donde un 3% ocurrieron en las distintas Provincias de Cundinamarca (14 muertes). Estos accidentes laborales se ubican principalmente en los municipios de Chía, Facatativá, Madrid, Mosquera, Funza, Soacha, Cota y los demás municipios representan entre el 4% y 1% (Tabares, 2011).

Frente a las pensiones por invalidez pagadas en el año 2010, 6 se pagaron en el Departamento y de las 7.525 incapacidades permanentes parciales por AT se pagaron 225, presentándose principalmente en los municipios de Soacha, Tocancipá, Chía, Cajicá, Madrid, Zipaquirá, Mosquera, Cota, Funza, etc.

Las actividades económicas que presenta mayor número de AT son: cultivo de floricultura, suministro

de personal, instituciones prestadoras de servicios con internación, extracción de carbón, construcción de uso residencial, actividades de oficina, transporte, extracción de petróleo y fabricación de vidrio, donde el 54% está representada para la primera actividad listada, lo cual es muy importante ya que el 76% de la producción de flores a nivel nacional proviene del departamento (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2011). Las principales causas de accidentalidad están dadas por acontecimientos inesperados, acciones inseguras de los trabajadores y las condiciones inseguras del lugar del trabajo, Tabares (2011).

DISCUSIÓN

Para integrar el Nodo Lugar de Trabajo a la RISS es importante identificar sus distintos actores y la forma como estos van a hacer parte del Sistema de Salud a través de unos roles bien definidos, porque tal como se definió la red la conforman instituciones de salud y organizaciones de carácter social (Barragán, Riaño y Martínez, 2012), en las cuales se pueden incluir a las empresas. Entonces, es necesario entender que el nodo está formado por las empresas públicas y privadas del Departamento y de manera especial, de las Provincias de Sabana de Occidente, Gualivá, Magdalena Centro y Magdalena Bajo, así como por los trabajadores formales, informales e independientes y por supuesto, la población en capacidad de laborar, pero que no se encuentra empleada actualmente o está activa por temporadas.

La salud ocupacional es una parte esencial y complementaria de la salud pública y debe regirse por el Plan Nacional de Salud Ocupacional (2008-2012), en el cual está claramente establecido que se debe proteger la salud de la población trabajadora de una forma permanente, participativa, articulada, mediante el uso de alianzas estratégicas y sinergia de los recursos con el fin de garantizar los derechos constitucionales y la calidad de vida (OMS, 2013) (López et al, 2008). Lo anterior deja clara la importancia de articular el Nodo Lugar de Trabajo dentro de la RISS teniendo como punto de apoyo a la salud pública, la cual busca asistir y proteger a las personas,

hogares y comunidades frente al riesgo y ayudar a los pobres en situación crítica, es por ello que las empresas deben ser partícipes de este quehacer en las distintas Provincias con unos Sistemas de Seguridad y Salud en el Trabajo al interior de ellas, que sean apropiados y en realidad mitiguen los riesgos a los que están expuestos sus trabajadores sin desconocer las características propias del municipio y del Departamento de Cundinamarca.

De acuerdo con la caracterización presentada en este documento es evidente que la población estudiada presenta bastante informalidad laboral, lo que implica una coordinación de las distintas Aseguradoras Riesgos de Laborales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas, de manera tal que se logre mejorar la cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales y se lleve a una toma de conciencia generalizada en la población frente a la importancia de cuidar la salud y la de sus familias, como una forma de alargar la expectativa de vida y la calidad de la misma, evitar enfermedades costosas a nivel emocional y económico y desde luego, disminuir el número de muertes tanto extralaborales como laborales. Esto es necesario ya que la población que trabaja de manera informal y sin afiliación se ve disminuida física y psicológicamente cada vez más y el número de familias afectadas estructuralmente es algo muy grave pues en muchas ocasiones el ingreso depende de un solo miembro.

A nivel de las empresas esto llevará a que haya una mejor sostenibilidad del negocio ya que el riesgo por demandas, indemnizaciones e incapacidades se verá sustancialmente reducido y para el Sistema de Seguridad Social Integral habrá un menor detrimento económico, donde sumadas todas las acciones de las partes, se verá un mejor balance social gracias a la acción conjunta de todos los actores cuyo objetivo común debe ser el desarrollo departamental de su población.

Por ello se recomienda realizar campañas de sensibilización al interior de las empresas con apoyo de las entidades públicas sobre la importancia de afiliarse al

Sistema General Riesgos Laborales mediante el uso de vallas informativas y capacitaciones en las alcaldías y hospitales locales, con la finalidad de garantizar cubrimientos en salud y en riesgos laborales (accidentes de trabajo y enfermedades laborales) tanto a los trabajadores dependientes e independientes como a sus familias en caso de necesitar asistencia médica, tener una incapacidad, discapacidad o incluso la muerte.

Es necesario que se haga un llamado y desde luego una mayor vigilancia y control a las empresas que presentaron el mayor índice de accidentalidad para capacitarlas en la gestión de riesgos, pero también para asignarles la responsabilidad de gestionar la Salud y Seguridad de sus trabajadores afiliándolos al Sistema y teniendo programas que en verdad ataquen la problemática y disminuyan los accidentes y enfermedades ya que esta situación menoscaba las condiciones generales de salud y de productividad en la región.

Otro problema que aqueja al Departamento es en lo referente a las cifras y estadísticas recopiladas en el presente documento, donde se muestra que los habitantes de los distintos municipios padecen enfermedades generales como Hipertensión Arterial, Infartos, Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda provenientes de malos hábitos alimenticios y de higiene que obviamente afectan el nivel de productividad de la región y de las empresas, por lo cual, los empresarios deben entender esta tendencia e incluir a sus trabajadores en sistemas de vigilancia epidemiológica que monitoreen la condición de salud de ellos, y que puedan articularse a las actividades de salud pública de la provincia, siempre tratando de impactar a las familias quienes pueden actuar como agentes multiplicadores del cambio.

No obstante, las empresas no pueden atacar solas la problemática ya que el Estado debe garantizar el acceso a los servicios públicos a todos los habitantes del departamento porque este es un determinante de la salud (OMS, 2013) (ISAGS, 2013) indispensable para un manejo adecuado de los alimentos y tener unas condiciones de vida dignas, adicional a ello, hay que reconocer que en varios de los municipios

el trabajo informal lo desarrollan los mismos campesinos y sus familias en actividades como la agricultura, pero al no tener potabilidad adecuada comienza a realizarse una labor que no concuerda con lo que constitucionalmente se define como trabajo digno.

Otro aspecto que va en contra de los determinantes de la salud es el tema que se refiere al entorno de la población, donde hay una falencia latente sobre el estado de la malla vial, lo que hace imprescindible que se destine un rubro ejecutado con transparencia que mejore las vías secundarias y terciarias en estas Provincias, ya que la salud de la población puede verse afectada porque no existe acceso fácil y rápido para acudir a los distintos niveles de atención, pues las 4 provincias objeto de estudio tienen una fuerte necesidad de que sus habitantes se puedan trasladar a otros municipios e incluso a la ciudad de Bogotá para recibir atención de urgencias de tercer nivel o tratamientos especializados.

De acuerdo con la información recopilada para esta investigación, existe un número importante de los Municipios (20) que se encuentran a una distancia inferior a 1 hora para casos donde no se puede atender al paciente en la red de atención en salud al interior de los municipios y se requiera remisión a Facatativá, Guaduas, Villeta o Bogotá. Sin embargo, hay otros (50 municipios) que tardan entre 1 y 2 horas en llegar a estos lugares, entre 3 a 4 horas (8 municipios) y más de 4 horas (4 municipios), situación que es bastante crítica tanto para la salud como para la comercialización de productos y el acceso al trabajo.

En cuanto al factor cultural no se puede desconocer que hay una idiosincrasia propia de la población y que se ve reflejada en el manejo de la salud donde hay una fuerte creencia en curanderos antes que en el Sistema de Salud, el tipo de alimentación, el trabajo infantil en la agricultura, el manejo de la sexualidad donde el grupo familiar cuenta con más de 3 hijos por lo general y los embarazos cada vez se presentan a menor edad, la resolución de conflictos mediante el uso de la violencia, el bajo grado de escolaridad y el desplazamiento forzoso por violencia o en búsqueda de mejores oportunidades de

empleo, lo cual se evidencia de un municipio a otro con mayor o menor incidencia y que no debe ser desconocido ni por el Estado ni por las empresas a la hora de integrar el Nodo Lugar de Trabajo visto desde la salud ocupacional a la Red como parte de la salud pública.

Siguiendo la línea de las propuestas de Bronstein (1994), la Organización Panamericana del Salud (2010) Barragán et al (2012) y Ocampo et al (2013), el enfoque que se plantea es el de generar una RISS cuya atención esté centrada en las personas, con una orientación de prevención primaria de la enfermedad, a través cual se pueda identificar los factores de riesgo que están desencadenando ciertas patologías en la población, desde este punto de vista, el nodo lugar de trabajo puede tener un papel importante en la prevención primaria de la enfermedad.

Las empresas deben trabajar en la Red con la ayuda de las Administradora de Riesgos Laborales para identificar las enfermedades de origen común cuando realizan los exámenes de ingreso a los trabajadores, luego, por medio de los programas de salud ocupacional generar actividades que propendan por cambiar comportamientos en los empleados en pro de la salud. La estrategia funcionaría si desde el inicio las empresas al contratar a un trabajador, independientemente de la figura utilizada, se afilia al sistema cotizando salud, pensión y riesgos laborales y haciéndose responsable frente al manejo de los contratistas, este sería el aporte inicial del Nodo a la Red y a la sostenibilidad del mismo.

Si las empresas dan cumplimiento a la normatividad en cuanto a la afiliación de sus empleados y brindan lugares de trabajo adecuados y seguros para sus empleados se habrá articulado y dado soporte a la red a través del nodo lugar de trabajo, pero para ello se requiere un sistema de información adecuado donde se pueda hacer el reporte al sistema de las enfermedades comunes y laborales tanto a la Entidad Promotora de Salud como a la Administradora de Riesgos Laborales en el transcurso de tiempo laborado del trabajador a fin de poder darle seguimiento y tratamiento a la población identificada desde el nodo trabajo (empresas),

acción que tendrá un impacto social ya que se estaría teniendo en cuenta las particularidades individuales y capacitando a la persona para gestionar su salud y tener un autocuidado.

CONCLUSIONES

Básicamente lo que se necesita es un manejo real de una Red Integrada teniendo una unidad de mando, un sistema de información único que evite la duplicidad, ayude al manejo de historias clínicas y que arroje cifras reales de las enfermedades y los accidentes tanto extralaborales como laborales, un desarrollo de estrategias conjuntas que permitan el cumplimiento de objetivos y la integración de todas las partes interesadas que se han mencionado en este artículo con responsabilidades claras debidamente vigiladas, controladas y sancionadas por las entidades gubernamentales que corresponda.

Lo anterior se logra al no seguir tratando la enfermedad general y la laboral de forma fragmentada por los distintos prestadores de atención tanto en la población trabajadora como de cualquier otro, sino que cada uno de ellos con apoyo de los demás nodos dentro de la RIIS debiera implementar programas de promoción y prevención enfocados en mejorar los estilos de vida de la población, sin desconocer las características particulares de cada lugar que puedan estar desencadenando estas patologías que afectan al tema laboral.

Adicional a lo expuesto anteriormente, se puede evidenciar otro problema que aqueja al Departamento es en lo referente a las cifras y estadísticas recopiladas en el presente documento donde se muestra que los habitantes de los distintos municipios padecen enfermedades generales como Hipertensión Arterial, Infartos, Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda provenientes de malos hábitos alimenticios y de higiene que obviamente afectan el nivel de productividad de la región y de las empresas, por lo cual, los empresarios deben entender esta tendencia e incluir a sus trabajadores en Sistemas de Vigilancia Epidemiológica que en realidad mejoren y corrijan los estilos

de vida de sus trabajadores siempre tratando de impactar a las familias quienes pueden actuar como agentes multiplicadores del cambio.

No obstante, las empresas no pueden atacar solas la problemática ya que el Estado debe garantizar el acceso a los Servicios Públicos a todos los habitantes del departamento porque este es un determinante de la salud indispensable para un manejo adecuado de los alimentos y tener unas condiciones de vida dignas, adicional a ello, hay que reconocer que en varios de los municipios el trabajo informal lo desarrollan los mismos campesinos y sus familias en actividades como la agricultura, pero al no tener portabilidad adecuada comienza a realizarse una labor que no concuerda con lo que constitucionalmente se define como trabajo digno.

En síntesis, los beneficios que genere la articulación del nodo lugar de trabajo en la RIIS, estarán reflejados en las empresas, los trabajadores y para todo el Sistema de Salud; principalmente, porque al mejorar la salud de los trabajadores y reducir la incidencia de accidentalidad y enfermedades tanto de origen laboral como de origen común, se podría disminuir los costos que abarcaría una enfermedad, su control, seguimiento y rehabilitación, y que se esperaría repercutiera en la mejoraría de la producción del Departamento y su aporte al PIB.

Por otra parte, habría generación de conciencia frente al autocuidado, el comportamiento seguro y la afiliación al sistema, al incluir a las familias y al trabajador como multiplicadores del aprendizaje en cuanto a hábitos de vida saludables. Así mismo, la disminución de sanciones y demandas al haber un cumplimiento de los requisitos legales y se estaría gestando de forma voluntaria una adhesión a la Responsabilidad Social Empresarial por parte de las empresas. Finalmente, se podría dar cumplimiento a los objetivos macros de la RIIS y el Plan de Salud Ocupacional Nacional, dado que se lograrían compromisos reales de las partes interesadas como son: las empresas, las ARL, los prestadores, el Estado, todos los entes gubernamentales y primordialmente la población.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo se escribe como parte del desarrollo de la investigación “Aplicabilidad de las redes integradas de servicios de salud”, coordinada por el Área de Posgrados en Gestión de Servicios de Salud y Seguridad Social de la Universidad Jorge Tadeo Lozano.

REFERENCIAS

- Asamblea Nacional Constituyente. (1886). Constitución Política de Colombia. Documento en Linea. Recuperado el 17 de Abril de 2013, de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=7153>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia. Documento en PDF. Recuperado el 13 de Enero de 2013, de <http://web.presidencia.gov.co/constitucion/index.pdf>
- Barragán, B., J. C., Riaño-Casallas, M. I., & Martínez, M. (2012). Redes integradas de servicios de salud: hacia la construcción de un concepto. *Universidad y Salud*, 14(2), 186-196.
- Bronstein, V. Gaillard, J. C., Piscitelli, A. (1994). *La Organización Egoísta. Clausura Operacional Y Redes Conversacionales. Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Editorial Síntesis S.A. Madrid.
- Castells, M (1997). *La era de la información: Economía, sociedad y cultura. Vol I: La sociedad red*. Alianza Editorial. Madrid.
- CEL. Confederación de Empresarios de Lugo (2013). Manual sobre Seguridad y Salud en los Lugares de Trabajo. Documento en PDF. Recuperado el 17 de Abril de 2013, de http://www.prevencionlaboral.org/pdf/general/Manual-PRL_Lugares%20de%20trabajo.pdf
- Cruz, V. A. (2012). Ordenanza N° 128 de 2012: Plan de Desarrollo Departamental “Cundinamarca, Calidad de Vida 2012 – 2016”. Gobernación de Cundinamarca. Documento en PDF. Recuperado el 17 de Abril de 2013, de http://www.cundinamarca.gov.co/Cundinamarca/Archivos/fileo_otrssecciones/fileo_otrssecciones8168893.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2011). Metodología del Censo de Fincas Productoras de Flores bajo Invernadero y a Cielo abierto. Documento en PDF. Recuperado el 15 de Enero de 2013, de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Metodologia_censoFlores.pdf
- Gobernación de Cundinamarca (2007a). Perfil Epidemiológico Bajo Magdalena 2007. Documento en PPT. Recuperado el 17 de Abril de 2013, de http://www.cundinamarca.gov.co/Cundinamarca/Archivos/fileo_otrssecciones/fileo_otrssecciones3077209.ppt
- Gobernación de Cundinamarca (2007b). Perfil Epidemiológico Magdalena Centro 2007. Documento en PPT. Recuperado el 17 de Abril de 2013, de http://www.cundinamarca.gov.co/Cundinamarca/Archivos/fileo_otrssecciones/fileo_otrssecciones3080209.ppt
- Gobernación de Cundinamarca (2007c). Perfil Epidemiológico Gualivá 2007. Documento en PPT. Recuperado el 17 de Abril de 2013, de http://www.cundinamarca.gov.co/Cundinamarca/Archivos/fileo_otrssecciones/fileo_otrssecciones3078209.ppt
- Gobernación de Cundinamarca (2007d). Perfil Epidemiológico Sabana de Occidente 2007. Documento en PPT. Recuperado el 17 de Abril de 2013, de http://www.cundinamarca.gov.co/Cundinamarca/Archivos/fileo_otrssecciones/fileo_otrssecciones3085209.ppt
- Gobernación de Cundinamarca, 2008. Provinciales de Cundinamarca. Recuperado el 15 de enero de 2013, de http://www.planeacion.cundinamarca.gov.co/BancoConocimiento/M/mapas_provinciales/mapas_provinciales.asp
- Gobernación de Cundinamarca (2012-2015). PI.U. Plan único de Atención a la Población Desplazada por el Conflicto Armando. Documento en PDF. Recuperado el 17 de Abril de 2013, de <http://www1.cundinamarca.gov.co/PIU-2012/PLAN%20>

INTEGRAL%20UNICO%202012%20-%202015.pdf

Hoyos, P. S., Arévalo, C. A., Vélez, R., Escobar, C., E. López S., Noguera, A., Rivera, H., Cortés, J. C., y Cendales, C., (2011a). Informe Final: Plan de Competitividad y Desarrollo Económico de la Provincia de Gualivá. Centro de Pensamiento en Estrategias Competitivas – CEPEC. Universidad del Rosario. Documento en PDF. Recuperado el 15 de Enero de 2013, de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/37/37187103-b9dd-4593-9e64-325741d7bcc3.pdf

Hoyos, P. S., Arévalo, C. A., Vélez, R., Escobar, C. E., López, S., Noguera A., Rivera, H., Cortés, J. C., y Cendales C. (2011b). Informe Final: Plan de Competitividad y Desarrollo Económico de la Provincia de Bajo Magdalena. Centro de Pensamiento en Estrategias Competitivas – CEPEC. Universidad del Rosario. Documento en PDF. Recuperado el 15 Enero de 2013, de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/fb/fb0c5a3f-12ee-4853-87e2-171028197d93.pdf

Hoyos, P. S., Arévalo, C. A., Vélez, R., Escobar, C. E., López, S., Noguera A., Rivera, H., Cortés, J. C., y Cendales C. (2011c). Informe Final: Plan de Competitividad de la Provincia de Sabana de Occidente. Centro de Pensamiento en Estrategias Competitivas – CEPEC. Universidad del Rosario. Documento en PDF. Recuperado el 15 de Enero de 2013, de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/c7/c75acb75-be29-49c8-8e50-f45bd4f96169.pdf

Hoyos, P. S., Arévalo, C. A., Vélez, R., Escobar, C. E., López, S., Noguera A., Rivera, H., Cortés, J. C., y Cendales C. (2011d). Informe Final: Plan de Competitividad y Desarrollo Económico de la Provincia de Magdalena Centro. Centro de Pensamiento en Estrategias Competitivas – CEPEC. Universidad del Rosario. Documento en PDF. Recuperado el 15 de Enero de 2013, de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/17/17c4fee0-72f3-4f12-8fc7-7dad857bc67f.pdf

INSHT. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2006). Guía técnica para la

evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de los lugares de trabajo. Documento en Línea. Recuperado el 19 de julio de 2013, de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/GuiasTecnicas/Ficheros/lugares.pdf>

ISAGS. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (2013). Conozca más de los Determinantes de la Salud, tema de Taller realizado en ISAGS. Documento en Línea. Recuperado el 13 de Enero de 2013, de http://isags-unasul.org/noticias_interna.asp?

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. Documento en Línea. Recuperado el 18 de septiembre de 2013, de Public Health Agency of Canada website: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> - See more at: <http://nccdh.ca/resources/entry/new-perspective-on-the-health-of-canadians#sthash.MEGnv5D3.dpuf>

López, A. O., Escudero, J. C., y Carmona L. D. (2008). Los Determinantes Sociales en la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Revista Medicina Social. 3(4). Recuperado el 11 de Abril de 2013, de http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wp-content/themes/tema_memorias_confpes2012/downloads/Cursos/EL_DERECHO_A_LA_SALUD_Y_LA_PROMOCION_DE_LA_SALUD/Materiales_y_documentos/Art%C3%ADculo%20DSS.%20L%C3%B3pez,%20Escudero%20y%20Carmona-1.pdf

Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Salud Ocupacional (2008 - 2012). Documento en PDF. Recuperado el 20 de Enero de 2013, de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20nacional%20de%20salud%20ocupacional.pdf>

Morales, N. (2011). Las Redes Integradas de Servicios de Salud: Una Propuesta en Construcción. Grupo de investigación Rehabilitación e Integración Social de la persona con discapacidad Universidad del Rosario. Documento en

- PDF. Recuperado el 17 de Abril de 2013, de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/ab/abe56836-f233-459d-bc20-f5f29bf89ed3.pdf
- Ocampo, M. V., Betancourt, V. F., Montoya, J.P., y Bautista, D.C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 12(24): 114-129.
- OIT (1999). Memoria del Director General: Trabajo Decente. Documento en Línea. Recuperado el 13 de Enero de 2013, de <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2013) Determinantes Sociales de la Salud. Documento en Línea. Recuperado el 13 de Enero de 2013, de http://www.who.int/social_determinants/es/
- Ordóñez, M. A. (2007). Trabajo Digno y Decente en Colombia Seguimiento y Control Preventivo a las Políticas Públicas. Documento en PDF. Recuperado el 13 de Enero de 2013, de http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Trabajo%20digno%20y%20decente%20en%20Colombia_%20Seguimiento%20y%20control%20preventivo%20a%20las%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%281%29.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud. Recuperado el 17 de Abril de 2013. Documento en Línea, de http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=527:redes-integradas-de-servicios-de-salud&catid=767&Itemid=554
- PNUD (2011). Colombia Rural. Razones para la Esperanza. Documento en PDF. Recuperado el día 17 de Abril de 2013. Página Web: http://pnudcolombia.org/indh2011/pdf/informe_completo_indh2011.pdf
- Schlimovich, S. E. (2012). Factores Determinantes de la Salud. Documento en Línea, Recuperado el 17 de Abril de 2013, de http://drs.es.com.ar/?page_id=106
- Secretaría de Planeación de la Gobernación de Cundinamarca (2010). Estadísticas de Cundinamarca 2010. Oficina de Información, Análisis y Estadística. Bogotá, Editorial Panamericana Formas e Impresos, Página 184.
- Senado de la República de Colombia, (2011). Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Documento en Línea. Recuperado el 17 de Abril de 2013, de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html
- Tabares, S. A. R. (2011). Caracterización de los Accidentes de Trabajo calificados del periodo 2009-2010 en el departamento de Cundinamarca, excluyendo la ciudad de Bogotá D.C. Documento en PDF. Recuperado el 15 de Enero de 2013, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/5270/1/angelaritatabaresserna.2011.pdf>
- WHO (2010). Regional Office for Europe. Enterprise for health. A case of study from Lower Saxony, Germany. Denmark. Recuperado el 17 de Septiembre de 2012, de http://www.who.int/occupational_health/publications/euenterprise2/en/index.html