Anexo 1. Formato de presentación de proyecto

Título: OBSERVATORIO DE LAS INTERACCIONES SALUD Y TRABAJO. PRIMERA FASE: ENTORNO LABORAL Y CONDICIONES DE TRABAJO DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN COLOMBIA, 2018

1. Duración: 9 meses
2. Lugar de ejecución: Bogotá
3. Investigador principal: Clara Mercedes Suárez Rodríguez

## Co-investigador(es) USTA:

Carlos Iván Rodríguez Melo

Deisy Jeannette Arrubla Sánchez

Edson Jair Ospina Lozano

Alejandra Valenzuela Cazés

Wilmer Javier Ríos Piñérez

## Datos Generales

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Datos generales** | | | |
| **Programa(s)** | **Facultad(es)** | **Línea activa** | **Línea medular** | **Campos de acción institucional (Seleccione)** | **Grupo(s) de investigación** |
| MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA Y ECONOMIA | ECONOMIA | SALUD PÚBLICA | San Alberto Magno | Derechos humanos, ciudadanía y construcción de política pública en y para escenarios de paz (x )  Desarrollo tecnológico con apuesta social  ( )  Desarrollo ambiental sostenible ( )  Cambio educativo y social desde la multi e interculturalidad ( x ) | PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD PÚBLICA |

## Equipo de investigación

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Asistentes de investigación

|  |  |
| --- | --- |
| Asistente de investigación | Programa |
| Maestrante en Salud pública | Maestría en salud pública |
| Maestrante en Salud pública | Maestría en salud pública |
| Maestrante en Salud pública | Maestría en salud pública |
| Maestrante en economía o en estadística | Maestría en economía o Maestría en Estadística |

## Alianza estratégica (mencione si el proyecto se presenta en colaboración con otras instituciones, enuncie el nombre de las instituciones)

1. Universidad Santo Tomas, Sede Bucaramanga, Facultad de Odontología
2. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Departamento de Salud Pública y Epidemiologia de la Facultad de Salud.
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington

## Resumen de la propuesta (máximo 300 palabras)

La interacción entre salud y trabajo ha sido documentada en salud pública, con énfasis particular en las últimas décadas donde se argumenta que la desregulación laboral, los procesos de precarización y la precariedad se relacionan con peores resultados en salud en la población. Colombia es uno de los países con mayor inequidad social y con mayores cifras de economía informal. Asimismo, se dice que desde la década de los noventa el país sufre un proceso de desregulación laboral, que acompañado a la reforma del sistema de salud y a otros procesos políticos, impactan de forma sustantiva en los profesionales de la salud. Dado lo anterior, se plantea como propósito general: analizar las interacciones salud- trabajo en la población colombiana, y el objetivo de la primera Fase es Comprender la configuración del entorno laboral y las condiciones de salud y trabajo de los profesionales de la salud colombianos. Para ello, se propone un diseño mixto concurrente con tres componentes: heurístico que se concentrará en el análisis documental y de contexto que configura el entorno laboral. Un Exploratorio transversal para determinar las condiciones de salud y trabajo a partir del uso de datos secundarios provenientes de encuestas multisectoriales y uno cualitativo de casos a partir de un muestreo teórico en las ciudades seleccionadas para establecer relaciones de violencia laboral en el sector salud. Como resultados se espera tener una configuración histórica procesual del entorno laboral en las dimensiones macro y menso, así como una caracterización de las condiciones de trabajo en el sector salud, para discutir la existencia o no de precariedad laboral y un análisis de posibles expresiones de violencia asociadas al trabajo, elementos que a su vez permitirán emitir recomendaciones de política pública.

## Palabras clave:

Español: salud, trabajo, trabajadores de la salud, entorno laboral, condiciones de trabajo

Inglés: health, work or job, health of physician, working conditions, working laboral

## Planteamiento del problema y pregunta de investigación

La relación salud y trabajo se ha establecido como una interdependencia recíproca entre estos dos componentes. Las transformaciones sociales a partir de las configuraciones del trabajo en los diferentes modos de producción han conllevado a condiciones de salud expresadas en las formas de vivir y enfermar. Una comunidad o un país mejoran el nivel de salud de su población cuando aseguran que todas las personas en condiciones de trabajar puedan acceder a un empleo que satisfaga no sólo sus necesidades económicas básicas, sino que llene también los otros aspectos positivos del trabajo. (Parra, 2003)

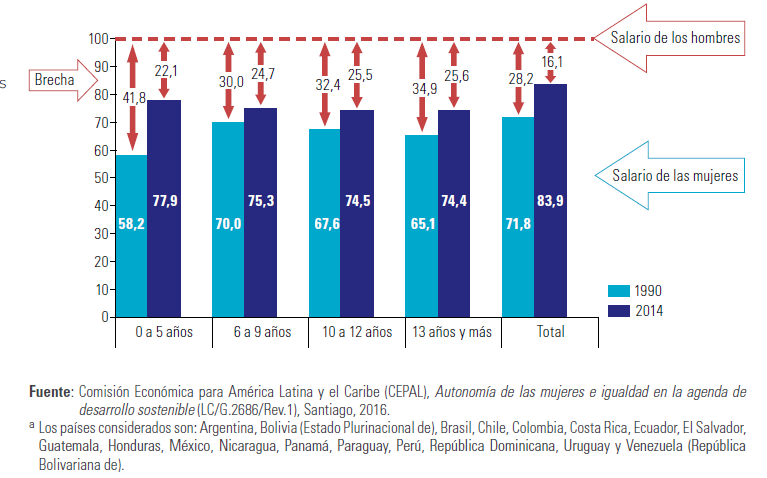
Por entorno de trabajo se entiende todas las circunstancias externas e internas que rodean la esfera laboral las cuales incluyen desde los aspectos sociales, culturales y económicos que median en la relación laboral, de tal forma que algunos clasifican dicho entorno como externo, interno y microentorno (Cabanelas, J 1997).

Por su parte las condiciones de trabajo, si bien no se separan del concepto de entorno, hacen referencia a los aspectos que influyen de manera directa en el desarrollo de un trabajo y que incluyen desde el tipo de relación laboral y la remuneración, así como, la carga de trabajo (esfuerzo físico, mental y psicológico), la organización del trabajo (jornada, ritmo laboral, relaciones sociales), y las condiciones de infraestructura y seguridad para la reducción de riesgos. (OMS, 2010)

El proceso globalizador trajo consigo la implementación de mecanismos jurídicos, reformas y estrategias, y su objetivo se ha centrado en quitar rigidez a la legislación laboral, con el fin de permitir que el trabajo se flexibilice y sea precario, lo cual se evidencia en el rompimiento de las relaciones laborales de protección del trabajador (Lozano W, 1998, Gómez A, 2013)

La precarización laboral tiene componentes económicos como la reducción salarial y de ingresos, pero también componentes jurídicos reflejados en los tipos de contratación laboral que legalizan formas inestables de inserción laboral y le dan una connotación de labilidad a la relación laboral que conlleva a inseguridad e incertidumbre en los ingresos presentes y futuros y reproducen formas de exclusión, pues las sociedades pierden la capacidad de integrar a todos sus miembros (Suárez et Al, 2005).

De ahí que se observe como consecuencia la elevación del empleo informal, mantenimiento de niveles significativos de desempleo con mayor afectación sobre mujeres y jóvenes que ingresan al mercado, con un deterioro de los salarios reales y por tanto reducción del ingreso de las familias (CEPAL, 2017)

*Figura 1. América Latina (promedio ponderado de 18 países, salario medio de las mujeres asalariadas urbanas entre 20 y 49 años de edad que trabajan 35 horas o más por semana respecto del salario medio de los hombres de iguales características por años de escolaridad 1990 - 2014*

Colombia se vinculó a las exigencias promovidas por estamentos internacionales y desde los años noventa género los mecanismos de desregulación laboral que trajeron consigo la creación de empresas de trabajo temporal y cooperativas de trabajo asociado donde se liberan a los empleadores de las responsabilidades sociales las cuales son desplazadas hacia el empleado (Farné S, Vergara C, 2007)

Las cifras refieren que la flexibilización laboral ha afectado a todas las esferas ocupacionales desde el nivel auxiliar y técnico hasta universitario y avanzado, donde el caso de los profesionales de la salud no ha sido la excepción, pues datos para el año 2009 del entonces ministerio de protección social refería una participación en las empresas temporales del 15% del total de profesionales y técnicos como se observa en la tabla 1.

#### Tabla . Oferta de mano de obra en salud a través de las empresas de servicios temporales, Colombia 2009



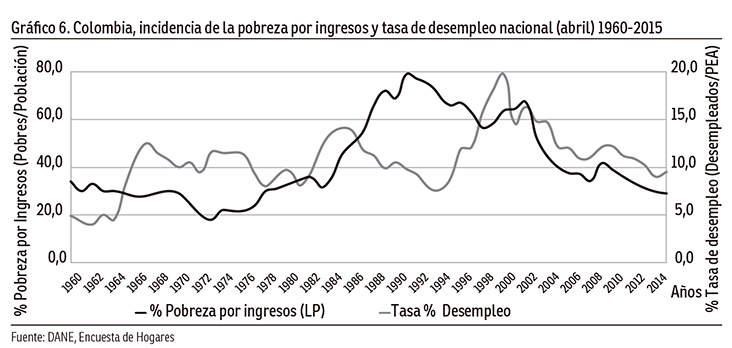
De igual manera en este mismo grupo ocupacional, la reducción en el ingreso se ha hecho tangible, pues datos del observatorio laboral para la educación permiten analizar un detrimento en el ingreso si se compara lo recibido por un recién graduado en el año 2010 al mismo caso para el año 2015 como se observa en la tabla 2.

#### Tabla . Tasa de cotizantes e ingresos recibidos por recién graduados en el área de la salud en los años 2010 y 2015 en Colombia



Sin embargo en Colombia, además de la situación de trabajo precario, se presenta el desempleo como un agravante de las condiciones de vida de la población, el cual ha presentado cifras fluctuantes cercanas al 20% y tan solo inferiores al 10% en el último año. (DANE, 2017)

*Figura 2. Incidencia de la pobreza por ingresos y tasa de desempleo nacional, Colombia 1960 - 2015*



Fuente: Sarmiento L, 2015. Colapso del modelo de desarrollo colombiano. En: Le monde diplomatic. Disponible en: <http://www.eldiplo.info/portal/index.php/1851/item/829-colapso-del-modelo-de-desarrollo-colombiano>. Acceso agosto 24 de 2017

Ahora bien, los análisis sobre el trabajo requieren superar la condición de supervivencia dependiente del ingreso para analizar las presiones que el entorno generan sobre las personas que ocasionan daño y sufrimiento, generan relaciones inequitativas y fomentan los excesos de poder (Gómez A, 2014)

Es importante reconocer que la reducción en el ingreso afecta las condiciones de salud, porque impide suplir necesidades básicas de forma adecuada y modifica los hábitos de vida y consumo que repercuten en la aparición de enfermedades crónicas que se van reflejando en el curso de vida, sumado a la ampliación de la edad para trabajar, pues las tendencias muestran la ocupación de personas entre el grupo de edad de 55 a 64 años (Cedetes, 2013)

El proceso de trabajo determina las condiciones de salud dada su interacción dinámica y la generación de perfiles de desgaste que desembocan en formas de enfermar y morir (Escalona E, 2006, Laurel A, Márquez M, 1985). Con la magnitud de los pro­blemas actuales en salud, se intenta comprender el proceso salud enfermedad desde otros referentes que posibiliten un horizonte más integral de la salud humana, incluso hacia una idea de salud como un factor de desarrollo (Arredondo A, 2011).

Por lo anterior, este proyecto se propone como preguntas de investigación

¿Cuáles son las interacciones entre la salud y el trabajo de la población colombiana?

Para la cual se propone un desarrollo en tres etapas, cada una de un año, donde se espera responder las siguientes preguntas:

#### Tabla . Distribución de las etapas y preguntas de investigación del proyecto Observatorio interacciones salud y trabajo

|  |  |
| --- | --- |
| ETAPAS | PREGUNTAS |
| Etapa 1. 2018 | ¿Cómo se configura el entorno laboral en el curso de vida, de los profesionales de la salud en Colombia?  ¿Cuáles son las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en Colombia? |
| Etapa 2. 2019 | ¿Cuál es la relación del entorno laboral con las condiciones de salud de trabajadores colombianos de otros sectores? |
| Etapa 3. 2020 | ¿Qué particularidades del entorno laboral generan mayor impacto sobre la salud y cuáles serían las propuestas de política pública para su intervención? |

Para esta convocatoria, corresponde a la primera fase las preguntas:

¿Cómo se configura el entorno laboral en el curso de vida, de los profesionales de la salud en Colombia?

¿Cuáles son las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en Colombia?

## Justificación

En la actualidad, y debido a dinámicas complejas y multidimensionales, en nuestra sociedad han emergido nuevas problemáticas en el campo de la salud pública, mismas que priorizan de su propio acervo de conocimientos y prácticas para hacerles frente, así como mecanismos específicos para estudiarlas y medirlas, e igualmente hacerles seguimiento y proponer políticas para superarlas.

Una de estas problemáticas se genera a partir de la relación entre salud y trabajo, realidad en donde los individuos y colectivos expresan cierta manera de enfermar y morir a partir de circunstancias concretas, como lo es la política económica, la legislación sectorial, las condiciones laborales y el bienestar de los trabajadores, entre otras. Lógicamente estas circunstancias varían de acuerdo al sector productivo y al estatus laboral de los sujetos.

En el espectro de la salud pública colombiana no existe un escenario académico en dónde se haga un seguimiento cualitativo y cuantitativo sobre la situación de salud de los trabajadores; es decir, que permita registrar diversos eventos sanitarios, investigar sobre el contexto específico en que se generan los mismos y hacer recomendaciones en política pública en este tópico. Esto involucra la exploración, la caracterización y el análisis de las condiciones de salud, enfermedad y atención de la población trabajadora de acuerdo a variables poblacionales, anhelos profesionales, coyunturas económicas, regiones productivas, etc.

Además de la generación de insumos sobre la realidad sanitaria de los trabajadores del país, un Observatorio de Interacciones entre Salud y Trabajo permitirá posicionar este instrumento académico en el campo de la salud pública nacional, convirtiéndolo en uno de los ejes que la Universidad Santo Tomás apremia para fortalecer sus misiones de enseñanza, investigación y proyección social alrededor de los campos del conocimiento que tienen a la salud y el trabajo como uno de sus objetos de estudio. Igualmente a partir de dicho observatorio se pueden dinamizar un ejercicio ético político direccionado por imperiosos como la justicia sanitaria, el derecho a la salud y el trabajo y el “buen vivir” en comunidad.

## OBJETIVO GENERAL

Comprender la configuración del entorno laboral en el curso de vida y su relación con las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en Colombia.

## Objetivos específicos

1. Determinar las interacciones contextuales que intervienen en la configuración del entorno laboral de los profesionales de la salud
2. Caracterizar las condiciones de salud y trabajo de los profesionales de la salud en Colombia
3. Reconocer situaciones características de las condiciones de trabajo que se expresan en violencia laboral.
4. Identificar fuentes secundarias de información de relevancia para la continuidad de las demás fases del estudio

## Estado de arte

Contexto nacional:

En el contexto colombiano como Estado Social de derecho en la Constitución de 1991, el trabajo ocupó un lugar como unas de las obligaciones de orden social protegido por el estado, pero sin menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores.

Ya desde una noción de ordenamiento constitucional donde el trabajo sería un principio, deber y derecho, en particular en la dignidad humana y condiciones de trabajo el cual son reflejados en siguientes artículos:

“El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.” (Art. 25)

“El Congreso expedirá el estatuto del trabajo”. (Art. 53)

“Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley”. (Art.123)

En relación a la salud la Constitución no la definió como derecho humano sino como un servicio público, perspectiva constitucional que orientó la estructuración del sistema de seguridad social (Ley 100 de 1993) que involucra los componentes de salud y riesgos profesionales, quedando estos como servicios en un mercado del aseguramiento de las contingencias de enfermedad general y maternidad por un lado y por el otro, de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ATEP) que son asegurados por las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP)[[1]](#footnote-1) (Luna Garcia, 2008)

Ya en 1950 ya se había contemplado para todo los trabajadores el código sustantivo del trabajo, quien tiene como principal propósito fue liberar tensiones laborales con el fin de mejorar las condiciones de las empresas colombianas; quien define trabajo como: “toda actividad humana libre, ya sea material o intelectual, permanente o transitoria, que una persona natural ejecuta conscientemente al servicio de otra, y cualquier que sea su finalidad, siempre que se efectúe en ejecución de un contrato de trabajo”. (Código Sustantivo del Trabajo)

Sin embargo, la Procuraduría General de la Nación (2010), investiga sobre concepto de trabajo docente como una aproximación a los problemas del mundo del trabajo, donde se pretende incorporar los anhelos que los trabajadores aspiran en el ámbito del trabajo, contemplando desde la Organización Internacional del Trabajo – OIT-.

Posada (2011) señala que la condición laboral de los colombianos conlleva a una evidente precariedad general marcada por determinantes como son el tipo de contratación, el empleo informal, el acoso laboral, entre muchos otros, donde la falta de control en los factores de riesgo obedece a un pobre seguimiento por parte de los entes implicados en la regulación y cumplimiento de las normas erigidas en cuanto a seguridad y garantías de los trabajadores.

Riaño - Casallas (2012) su eje central en el artículo de reflexión es sobre las condiciones para un trabajo decente, que afirma que los profesionales de salud de Colombia no cuentan con condiciones de trabajo decente sobre todo cuando se encargan de cuidar la salud del otro; además resalta que no solo debe limitarse al aspecto salarial, sino a considerar otras dimensiones relacionadas con el bienestar de los trabajadores tal como la salud y la seguridad en el trabajo.

Particularmente el plan decenal de salud pública 2012 - 2021, planean la dimensión de salud y ámbito laboral desde un carácter de políticas que buscar dar seguridad y salud en el trabajo, así como la prevención de riesgos de origen laboral, el cual no es un tema nuevo ya que está contemplado desde la Constitución Política de Colombia.

Sin embargo, actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de dar cumplimiento en la normatividad y dar mayor sustentado al bienestar y seguridad de los trabajadores, lo complementa con la protección de la salud mental, apoyado con la siguiente normatividad (Congreso de Colombia, 2012) (Congreso de la Colombia, 2013):

* Ley 1562 de 2012, que amplía la definición de accidente de trabajo, incluyendo la “perturbación psiquiátrica” en el trabajador por causa o con ocasión del trabajo (pág. 3); y la Ley 1616 de 2013, con el objeto de garantizar el Derecho a la Salud Mental de la población colombiana, que en su Artículo 9, hace énfasis en la “Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el ámbito laboral” (pág. 1).

Todo lo anterior relacionado con el estrés de carácter laboral desde las condiciones laborales, relaciones interpersonales, características de personalidad, el tipo de organización y liderazgo, el contexto social y económico, y las características del diseño de la tarea a desarrollar. Consecuentes por la sobrecarga en la atención, la ausencia de descansos, tareas rutinarias y la no utilización de habilidades propias del trabajador. (Urrego Angel, 2016).

En el 2015 el Observatorio de Talento Humano en Salud - OTHS – Colombia a través del Ministerio de Salud y Protección Social establece una guía con un marco conceptual y metodológico, que proponen herramientas necesarias para apoyar la gestión de información y conocimiento sobre la oferta, distribución, composición y situación del talento humano en salud en el país, en términos definidos en la ley 1751 de 2015[[2]](#footnote-2). Enfocada a incrementar la calidad y efectividad de las políticas y propuestas de intervención dirigidas a fortalecer el talento humano en salud en el país. (Observatorio de Talento Humano en Salud, 2015)

Sin embargo, los profesionales de sector por fuentes de medios de comunicación se han unidos a otros sectores, donde se demuestra el estado actual en el ámbito laboral donde solicitan alza salarial, subsidios de transportes y equidad salarial para las mujeres. (Periódico el Tiempo, 2016).

Y continúa en diciembre del 2016 donde los profesionales de salud manifiestan que los encargados de prestar los servicios de salud no tienen derecho a enfermarse, no hay garantía de insumos y futuro profesional. (Periódico el Tiempo, 2016)

Al mismo tiempo existen trabajos de grados desarrollado por el Doctorado de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombina denominado Neoliberalismo y trabajo medico en el Sistema de General de Seguridad Social en Salud, con el fin de comprender el por qué y cómo se transforma ese trabajo en el momento neoliberal actual y cuáles fueron sus implicaciones para la vida, salud y bienestar, hallazgos como explotación, subsunción, despejo y la configuración de este trabajo como violencia sanitaria neoliberal. (Ardila S, 2016)

Y también se encuentra el trabajo de grado que analizo la configuración de la unidad de cuidado intensivo favorece la génesis de condiciones que precipitan la aparición de síndrome de desgaste profesional (burnout) en el médico intensivista, donde tras exponer las diversas concepciones en torno a esta condición, el ensayo concluye con la exposición de las implicaciones y las opciones de estudio del agotamiento profesional como enfermedad en función de las condiciones y los entornos que favorecen su aparición entre los profesionales dedicados a la salud. (Segura, 2016).

Finalmente, es importante resaltar que la búsqueda de evidencia científica del estado actual de salud y trabajo de los profesionales de la salud se requiere “incrementar la evidencia y literatura disponible sobre la situación actual, tendencias y benchmarking en el nivel local y territorial, así como entre subgrupos específicos del recurso humano en salud, e incluso entre ciudades principales” el cual muy poco se estudia al respecto. (Observatorio de Talento Humano en Salud, 2015)

Contexto internacional

Hacia finales del siglo XVIII y principios del XIX que comenzaron a surgir líderes sociales, entre investigadores y políticos, tales como Louis-René Villermé en Francia, Sir Edwin Chadwick en Gran Bretaña y Rudolf Virchow en Alemania, quienes comenzaron a estudiar los efectos de las condiciones laborales en la salud de la población trabajadora, bajo este marco se generan las posturas que son prácticamente las bases de los modelos usados actualmente para comprender la relación salud-enfermedad; por una parte se propone que los problemas de la salud de los trabajadores están vinculados a la manera como están insertos en los procesos de producción siendo la salud una expresión clara de la explotación; y por otra parte se comprenden estos problemas como consecuencia del ambiente de trabajo en función de riesgos específicos (Berlinguer, 2007).

De ahí la importancia de dirigir el interés de la comunidad científica en esta dirección, puesto que aspectos tan delicados como la morbilidad y la desigualdad en los trabajadores van en aumento. La OMS (2007) en su plan de acción mundial para la salud de los trabajadores 2007-2017 propone:

“tratar todos los aspectos relacionados con la salud de los trabajadores, incluidas la prevención primaria de los peligros laborales, la protección y promoción de la salud en el lugar de trabajo, las condiciones de empleo y la mejora de la respuesta de los sistemas de salud a la salud de los trabajadores. Está basado en algunos principios comunes. Todos los trabajadores deben poder disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental y de condiciones de trabajo favorables. El lugar de trabajo no debe perjudicar la salud ni el bienestar. La prevención primaria de los peligros para la salud de los trabajadores merece una atención prioritaria.” (pág. 5)

De acuerdo con la investigación conducida por Amable, Benach y González (2001), “los problemas de salud mental que aparecen más estrechamente asociados con la precariedad laboral son el nerviosismo y la ansiedad, la depresión, el miedo, el sufrimiento, la sociabilidad y las relaciones de amistad” (pág. 167). Esto da luz sobre la pertinencia de centrar el interés en aquellos determinantes sociales dados por el entorno y condiciones laborales que están afectando directa o indirectamente la salud de los trabajadores.

Según Benach et al, (2010) existen tres importantes conceptos que es necesario vincular adecuadamente, estos son trabajo precario, desocupación y salud. La relación de los conceptos trabajo – salud apunta siempre a los problemas que acarrea la predominancia del interés en los altos niveles de producción en el menor tiempo posible, lo cual implica esfuerzos sobredimensionados por parte de los trabajadores, todo lo cual responde a su vez al modelo socio-económico globalizado del capitalismo. Asimismo es importante tener en cuenta que las normas legales sólo consideran las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo como factores de riesgo en la salud laboral, por lo que sugiere incluir en la agenda aspectos como la relación de la jornada de trabajo con la salud, el tipo de contratación en relación a la falta de estabilidad y control de las condiciones laborales (Mejía, 2013).

Santana (2012) señala que, en países en vía de desarrollo, el trabajo informal, el autoempleo, la subcontratación y el trabajo de medio tiempo alcanzan a constituir hasta un 70% de la fuerza laboral, las cuales son formas flexibles de trabajo que permanecen al margen de la regulación estatal y, por lo tanto, no poseen ningún tipo de protección laboral y social. De igual manera, los salarios precarios y la disminución de la contribución salarial a seguros médicos, son factores que afectan directamente la salud de los trabajadores.

Las condiciones laborales que afectan directamente al trabajador son aquellas que están relacionados a la organización del trabajo, los factores de riesgo psicosocial y la sobrecarga laboral, por ejemplo, Martínez, Albores y Márquez (2012) un estudio mexicano señalan que los trabajadores del área de la salud se exponen a una alta demanda emocional, falta de control y autonomía en el trabajo, asociado a un bajo apoyo social, variables que contribuye al ausentismo, a la baja productividad y a la baja calidad de la atención a los pacientes.

Vives (2015) señala en su investigación sobre la medición del empleo precario en tiempos de crisis por medio de la Escala de Precariedad del Empleo (EPRES) en España en un contexto de crisis económica y creciente desempleo; donde demostró adecuadas propiedades psicométricas y mayor sensibilidad para medir la vulnerabilidad, así como la inestabilidad laboral en personas con contrato permanente e incrementos de la precariedad en algunas dimensiones, ocurridos en el mercado laboral español.

Canales, Valenzuela y Paravic (2016), mencionan que las condiciones de trabajo en relacionadas a la organización del mismo además de la precariedad, la demanda laboral y los limitados recursos, son condiciones que vivencian frecuentemente los trabajadores de enfermería en Chile y donde los problemas de estrés, fatiga y burnout son los más evidenciados.

Cruz Robazzi, Chaves, Barcellos, Almeida da Silva, y Oliveira (2010) afirman que los trabajadores cubanos presentan cuadros de estrés ocupacional y crónico, sufrimiento y quejas físicas y psíquicas en general, como consecuencia de la alta carga laboral en el contexto de la salud; igualmente en Uruguay existen reportes sobre la aparición de mobbing como consecuencia de una sobrecarga laboral junto a otros factores de alto riesgo laboral (George, 2015), mientras que en Centroamérica Lopez, Benavides, Vives y Artazcoz (2017) señalan que la sobrecarga laboral principalmente percibida en trabajadores de sexo masculino repercute en la salud mental y finalmente en su rendimiento laboral.

## Marco Teórico

La construcción de un Observatorio sobre Salud y Trabajo prioriza de unos soportes teóricos que orienten el quehacer de esta herramienta de análisis y construcción de política en el campo sanitario. Así, una discusión sobre la emergencia de esta estrategia es un paso esencial. Igual un acercamiento a categorías como trabajo y empleo, y su relación con la salud de la población. Una aproximación a un elemento fundamental como lo es el curso socio histórico de vida, es un concepto cardinal al ser el trabajo un soporte material e inmaterial para la reproducción de los individuos y su parentela, y un escenario en donde se expresan micro poderes, violencias de diferentes dimensiones y, en general, el control de los sujetos y la acumulación de capital.

### Observatorios en salud y su papel en la construcción de democracia

La disertación inicial está alrededor de los observatorios en salud pública, mismos que han tomado fuerza en los tres últimos lustros. Éstos se fundan en la necesidad de monitorear el proceso de salud–enfermedad de la población, ejercicio centrado en la producción de recomendaciones de política pública. El observatorio es comprendido como una tecnología que tiene sus orígenes en el campo de la meteorología y la astronomía. En el campo de la salud, las primeras experiencias documentadas se presentan en Canadá y Francia en la década de los setenta (Hemming y Wilkinson, 2003). En la década de los noventa se establece el observatorio en salud de Liverpool del Reino Unido, el cual, al igual que el de Canadá y Francia, tiene como objetivo proveer información relevante para la toma decisiones en materia de políticas en salud ((Wilkinson, Lamb y Fitzpatrick, 2010). Para algunos teóricos de las ciencias políticas, los observatorios son formas de organización social que aportan en la construcción de la democracia de interacción, permitiendo la generación de nuevas de formas de relación entre el poder y la sociedad (Rosanvallon, 2009; Fischer, 2003).

Lo anterior permite decir que el Observatorio es una tecnología que involucra recursos tangibles e intangibles, para el desarrollo de dos dimensiones. Una es técnico-científica, que en el caso de salud se traduce en acciones de observación, medición, análisis y diseminación de la información. La otra es política y permite ubicar el observatorio como un mecanismo de exigibilidad social, para el ejercicio de la deliberación y argumentación, y la conformación de nuevas formas de interacción democrática. Se suma, el potencial que los académicos encuentran en internet y otros medios de comunicación para el logro de conexiones y conformación de expresiones sociales (Rosanvallon, 2009), y a la vez, los elementos que los sistemas de información y gestión de conocimiento. Estos son considerados en esta investigación una tercera dimensión del Observatorio.

Se puede decir que la dimensión técnico-científica se articula en tres tipos de acción. La primera es la observación – investigación: En ésta es relevante la búsqueda, sistematización y análisis de información sobre el tópico establecido. En general, éstas pueden obedecer a procesos transversales y longitudinales, siendo estos últimos más usados para el monitoreo de indicadores de salud de colectivos poblacionales. Las observaciones pueden ser dentro o entre regiones y requieren la construcción de tipologías que permitan realizar la comparación. Las experiencias que se describen dan prioridad al monitoreo de indicadores locales o nacionales, y es reciente el monitoreo de indicadores de salud global en ámbitos de comparación regional, en pro de contribuir a la disminución de inequidades sociales en salud.

La segunda son las actividades de diseminación de información, como informes, documentos científicos dispuestos en medios electrónicos, conferencias, seminarios e intercambios (Wilkinson, Lamb y Fitzpatrick, 2010). Se suma la conformación de redes de colaboración interinstitucionales para el logro de la información y los procesos de análisis de resultados. (Tabla 3)

#### Tabla . Síntesis de Experiencias de Observatorios en salud

|  |  |
| --- | --- |
| Roles | Ejemplos |
| Monitoreo de la salud y tendencias de salud | Northern and Yorkshire Public Health Observatory (Hemming y Wilkinson, 2003)  Observatorio de salud de Suiza.http://www.obsan.admin.ch/en  Observatorio de Scotlan (Gordon, Fischbacher, Stockton, 2010).  Colombia cuenta con más de diez observatorios en salud cuyo propósito es hacer el seguimiento al Plan Decenal de Salud 2012-2022. |
| Identificación de brechas en información | Indicateurs de santé dans les régions d’Europe (Isare). Projets du programme européen Propositions d’indicateurs |
| Evaluación de métodos de información y medición de brechas de equidad | Social Observatory e la Caixa https://observatoriosociallacaixa.org |
| Generación de proyectos para reducir brechas en equidad y mejorar la salud de las poblaciones. Análisis regionales comparados. | Observatorio de salud Liverpool. Proyecto ISARE(Indicadores de salud dentro de la región de Europa): reúne más de 265 regiones de Europa. La búsqueda es la comparación de indicadores de salud en diferentes sistemas de salud y contextos políticos. |
| Monitoreo del impacto de acciones locales | Observatorio de salud Asturias http://obsaludasturias.com/obsa/ |

Fuente: adaptado de Hemming y Wilkinson, 2003.

En este proceso la dimensión política alude a una relación directa con el sistema político de cada contexto. Siguiendo el tradicional ciclo de la política pública, se puede afirmar que las acciones están en el orden de la formulación – posicionar un tema en la agenda política- cuyo propósito es generar recomendación de política pública; implementación y evaluación, para ello el desarrollo de mecanismos de análisis y medición de las políticas; y la generación de espacios de abogacía y exigibilidad social, que aportan evidencia respecto de las inequidades sociales en salud y permitan la comparación dentro y entre regiones para hacer seguimiento programático a agendas de gobierno nacional y local .

### Relaciones laborales, condiciones de empleabilidad y resultados en salud.

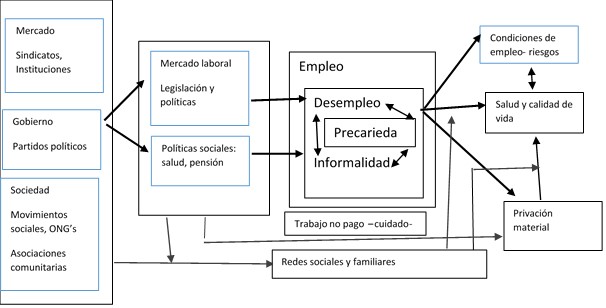
Otra discusión teórica en este proyecto es la relación entre empleo y salud, misma que se enmarca en la relación existente entre la jerarquización socioeconómica y los resultados sanitarios reportados desde el siglo XVIII. En este campo ña Epidemiología anglosajona ha mostrado que esta relación se establece a través de diferentes rutas que conectan el mercado de trabajo con los resultados en salud (Marmot, 2006). Este marco explica esta relación a través de dos rutas: fenómenos psicológicos, originados por la pérdida de autonomía en los espacios de trabajo, la cual es más frecuente en escalas de bajo gradiente económico. El proceso psicológico genera cambios neuroendocrinos que se reflejan en cambios gonado y somatotropicos y generan peores resultados en salud. La segunda ruta es la privación material generada por ingresos económicos bajos. Este marco recibe críticas por concentrar la explicación del proceso social en la pérdida de autonomía y descuidar por qué se da una u otra organización social (Krieger, 2003). Para el grupo de *Employment Conditions Knowledge Network* –EMCONET- un aporte central de la epidemiologia anglosajona es la identificación de las dos rutas de conexión entre el proceso social y el proceso psicobiologico, concentrando su esfuerzo en una extensa revisión sobre las explicaciones de la organización social.

Para estos autores, la deslocación del trabajo y la desregulación salarial en sociedades fordistas, genera precarización laboral (Benach, Muntaner, Santana, 2007; Benach, Vives, Tarafa, Delcos, Muntaner, 2016 ). Éstos retoman las tipologías de regímenes de bienestar de Esping – Andersen (1990), que incluye aspectos como los valores, partidos y formas de sindicalización, y la clasificación de Babones (2005) citado en Benach et al (2007), respecto del lugar que el país tenga en la economía mundo-periferia, análisis que les permite describir la categoría relaciones laborales. Esta detalla las relaciones de poder que se dan al interior de un contexto histórico específico, los autores concluyen que países ubicados en el capitalismo central, con un régimen de bienestar social demócrata, tienen menor desigualdad social en las relaciones laborales.

En el caso de economías que no se caracterizaron por el fordismo, como la colombiana, se sugiere que la informalidad y el desempleo son elementos constituyentes de la precariedad laboral. Comprendida como un constructo multidimensional, abarca dimensiones de empleo inseguro, relaciones de negociación individualizadas, limites en los derechos sociales y la protección, y menor poder para la garantía de los derechos del trabajador. El proceso de precarización es entendido como multinivel, por lo que propone diferentes niveles jerárquicos que conectan procesos de desregulación laboral, precariedad laboral y la familia. Asimismo, refieren los autores que peores condiciones de empleo, comprendidas como los riesgos en el ámbito laboral, se asocian a procesos de desregulación laboral, baja sindicalización y procesos de precarización (Benach, Vives, Tarafa, Delcos, Muntaner , 2016 (Ilustración Nº 1).

La preocupación de los autores por medir las relaciones de las tres categorías centrales del modelo: relaciones laborales, precariedad laboral y condiciones de empleo, se acompaña de propuestas de escalas de medición como la escala de precariedad del empleo (Vives, Gonzalez, Soller, Bernalles, Gonzalez, Benach, 2017) que se ampliará en el estado del arte.

#### Ilustración . Modelo conceptual: relaciones laborales y resultados en salud



Fuente: Tomado de Benach, Vives, Tarafa, Delcos, Muntaner (2016)

### Curso socio- histórico de la vida

Una última categoría analítica en este proyecto el curso socio histórico de la vida. Sobre ésta la Epidemiología anglosajona ha señalado la relación entre estatus socioeconómico de la madre o la familia durante la infancia y peores resultados en salud en la adultez (Lynch y Smith. 2005). Se afirma que las personas están expuestas a un proceso acumulado de ventajas o desventajas que se reflejan en peores resultados en salud a lo largo de la vida individual y en la trayectoria de vida de las poblaciones, particularmente en la vejez, afectando así la capacidad intrínseca de los sujetos. Los modelos bio-demográficos indican que la variabilidad de la trayectoria de la longevidad humana pueden explicarse hasta en un 75% por componentes no genéticos (OPS, OMS, 2016). Las mediciones de curso de vida han mantenido la idea de exposición en momentos específicos del desarrollo psicobiologico, y si bien esto ha permitido abrir la puerta para nuevas maneras de comprensión, la explicación causal no da cuenta de la dinámica que acompaña la conformación social de las trayectorias de vida, las cuales son marcadas por inequidades de clase social, genero, etnia y territorio.

El curso socio-histórico de la vida se entiende como la interacción entre historias individuales e historias sociales, que da lugar a trayectorias de vida de individuos y poblaciones. Propuesto por la gerontología social, aporta un recurso analítico – empírico para reconfigurar las interacciones entre la historia individual y la historia social en tiempos determinados. Da importancia a la dimensión histórica y macrosocial, dado que asume que la historia individual se da en el marco de historias sociales preconfiguradas (Elder, Rudking & Conger, 1995; Attias-Donfut, 1991). Dialoga con el marco propuesto por Benach, Vives y Muntaner (2016), al concebir que la configuración del curso de la vida está en estrecha relación con el mercado de trabajo (Guillemard, 2008) .

Los autores dan importancia a la temporalidad, en la cual se identifica el tiempo individual, por ejemplo: las trayectorias de vida laboral, y el tiempo histórico, evolución del mercado laboral. Esto permite identificar las transiciones de la vida y las disrupciones que se dan en trayectorias particulares. Otro aspecto central es la identificación de vidas entrecruzadas y la relación entre generaciones, en el ámbito micro y mesocial ( Attias-Donfut, 1991).

### Trabajo en salud como espacio del micropoder social/ violencia laboral

El espacio del trabajo es identificado se convierte en un espacio de micropoderes que permiten que se dinamicen las formas globales de dominación como lo expresaría en su momento Foucault y que Habermas plantearía como la colonización del mundo de la vida, (1977), ante lo cual surge también el concepto de resistencias localizadas como contraparte, dichos espacios llevan entonces a otro planteamiento de Foucault que tiene que ver con la fragmentación del sujeto, lo cual es postulado por algunos marxistas como una tendencia inherente a la expansión del capitalismo, y ante lo cual Harvey refiere: “Es precisamente en este contexto que el individualismo posesivo y los emprendimientos creativos, innovación y especulación pueden florecer, aunque eso signifique también la proliferación de la fragmentación de tareas y de responsabilidades y una necesaria transformación de las relaciones sociales (Harvey, 1989, p 103)

A partir del planteamiento anterior, es posible delimitar el trabajo como otro escenario proclive a la violencia, a partir de las múltiples interacciones que de él se derivan, donde elementos como al competencia, la privación la negación y de base la dominación desembocan en formas de violencia. (Orozco & Davila, 2013)

## Metodología

Se propone la realización de un diseño mixto de tipo concurrente cuali-cuanti –cuali donde los abordajes tanto cualitativos como cuantitativos tienen el mismo peso y el resultado surge de la interpretación completaria. (Creswell et Al. 2010) concurrente (que integre TRES aspectos centrales:

1. Estudio documental:

COMPONENTE DE ANALISIS HEURISTICO (DE CONTENIDO) Que permita responder a los objetivos 1 Configuración del entorno laboral de los profesionales de la salud en el periodo 1993 – 2015.

Se busca reconstruir el marco político, normativo y económico del mercado laboral de los profesionales de la salud y las interacciones de éste con el marco legislativo del sistema de salud. Esta fase se articula a partir de: la revisión documental de las fuentes y de la fase cualitativa desde las experiencias de los sujetos.

Las fuentes tendrán valoración de calidad a través de la contrastación de las mismas.

#### Tabla . Posibles fuentes de información para la fase documental

|  |  |
| --- | --- |
| Fuente | Posibles preguntas orientadoras |
| Estatales: |  |
| 1. Informes de mercado laboral: DANE | ¿Cambio del mercado laboral en Colombia? |
| 1. Informe de mercado laboral del Observatorio de trabajo – U Andes | ¿Cambio del mercado laboral profesional en Colombia? |
| 1. Informes de mercado laboral Banco de la República. | ¿Cambio del mercado laboral profesional en Colombia? |
| 1. Informes de mercado laboral de profesionales de la salud en Colombia. Ministerio de salud | ¿Cambios en la estructuración del mercado laboral? ¿Análisis de oferta y demanda realizados. |
| 1. Encuesta de mercado laboral de profesionales de la salud 2007 -2017 de la Asociación Colombiana de Clínica y Hospitales | ¿Cambios del mercado laboral, salarios, y formas de contratación? |
| 1. Propuestas sobre reformas sobre educación de profesionales de la salud en la última década. ASMEDAS, ASCOFAME, Y OTRAS ASOCIACIONES. Radicadas en el ejecutivo y de consecución por medio electrónico. | ¿Aspectos problemáticos que justifican las propuestas respecto del mercado laboral de los profesionales de la salud. |
| 1. Marcos de leyes: 100 de 1993, 1122 de 2007, 1432 de 2011 | ¿conexiones con el mercado laboral de los profesionales de la salud? |
| 1. Artículos de prensa nacional ubicados en medio electrónico sobre el tema | ¿ demandas y propuestas sobre el mercado laboral de profesionales de la salud? |
| 1. Revisión de conceptos emblemáticos de la Corte Constitucional sobre demandas laborales de profesionales de la salud | ¿demandas de los profesionales de la salud sobre el tema? |

Análisis de la Información

Se realizará un análisis heurístico de los textos, utilizando como base el análisis de contenido para la reconstrucción de hitos que marcan el periodo de análisis, y la identificación de las interacciones de poder que organizan el periodo. Para ello se rastrear redes sociespaciales de interacción, discursos y principales prácticas. Los discursos y prácticas se materializan en propuestas, políticas y otros elementos que orientan el periodo.

1. Estudio Exploratorio de corte transversal.

Objetivo: con este estudio se busca responder el objetivo concerniente a la identificación de las condiciones de salud y trabajo de los trabajadores de la salud en Colombia.

Fuentes de información: Se ha determinado tomar como fuentes de tipo secundario las referidas a los repositorios de datos de cada una de las secretarias de salud departamentales, así como los registros de Talento Humano para el País captados por el ministerio de salud y protección social para obtener un Universo de población a analizar y caracterizarlos según una variable de entrada referida a profesión.

Así mismo se abordaran las diferentes encuestas existentes con un rango de elaboración de los últimos cinco años tanto del nivel general (Gran encuesta integrada de Hogares), como las sectoriales (ENDS, ENSIN, ENCA, Multidimensional) y los repositorios de datos tanto del observatorio de la Salud del Instituto nacional de salud como los del Observatorio de Ministerio de Educación y demás que nos aporten datos para lograr una caracterización de dichas condiciones de salud y trabajo.

En cuanto, al procesamiento de los datos se ha determinado la realización de un listado inicial de variables donde se reúnan los dos componentes, condiciones de salud y condiciones de trabajo, listado que se ira consolidando con la exploración misma de las fuentes de información a revisar. Dichas a partir del listado de variables y su Operacionalización se construirá una base de datos propia la cual se someterá a procesos de barrido y limpieza de datos para su posterior análisis

El plan de análisis de los datos se ubicara en tres aspectos: uno referido a la caracterización propiamente dicha de los profesionales y sus condiciones de salud y trabajo, desde una perspectiva descriptiva, un segundo referido al análisis de las interacciones entre dichas condiciones, el cual se determinará por análisis bívariado y multivariado que involucre la determinación de posibles correlaciones y un tercero que tiene que ver con la identificación de la categoría “precariedad laboral” la cual será determinada según las condiciones de las variables encontradas, que determinen el nivel de medición que se aplicará.

1. Estudio cualitativo de casos

**Objetivo:** Identificar y describir dinámicas laborales de particular interés para comprender la violencia en el trabajo de los profesionales de la salud

Metodología: Enfoque etnográfico, desarrollado mediante estudios de caso a partir de entrevistas biográficas y observación participante. A través de este enfoque se busca comprender la violencia en el trabajo como un proceso que ocurre durante el curso de vida de las personas que se dinamiza en tiempos y espacios específicos, y en un contexto dispuesto por la política económica y laboral del país.

Se van a elegir seis casos tipo, en las ciudades donde se va desarrollar el estudio, localidades que se escogerán por conveniencia según las categorías otorgadas por el Departamento Nacional de Planeación. Cada uno de estos casos tendrán una revisión de contextos a partir de fuentes secundarias, mismos que servirán para tener un panorama inicial de las dinámicas económicas y laborales de dicho municipio/localidad en donde transcurre la vida de las personas.

La selección de los casos responde a un muestreo teórico que armonizara el mayor número de categorías. Estas son: trabajador independiente, trabajador no calificado, trabajador calificado y trabajador altamente calificado, combinadas con criterios como la edad (Adultos joven, mayor y persona mayor) y el género.

#### Tabla . Casos Tipo

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Categorías teóricas | MUNICIPIOS | | | |
| Cat. 1-2 | Cat. 3-4 | Cat. 5-6 | Bogotá |
| Trabajador independiente |  |  | (AM-H) |  |
| Trabajador – técnico |  |  | (AM-M) | (AJ-M) |
| Trabajador -profesional | (AJ-H) |  |  | (PM-H) |
| Trabajador -especialista |  | (PM-M) |  |  |
| Adultos jóvenes - AJ (≤45 años) |  |  |  |  |
| Adultos mayores - AM (≥46 ≤60) años) |  |  |  |  |
| Personas mayores - PM (≥60) |  |  |  |  |
| Hombres - H |  |  |  |  |
| Mujeres – M |  |  |  |  |

La recolección de la información tiene dos momentos. Una destinada a la elaboración de contextos y la otra el trabajo de campo. La fase de análisis comprende tres fases: el análisis por caso, el análisis conjunto y el análisis final.

Integración de resultados: se realizará a partir de un ejercicio de interpretación conjunta de los resultados obtenidos en cada diseño siguiendo como guía las preguntas de investigación y su complementariedad. Se asumirá cada uno de los componentes como mediadores en un análisis macro a micro como se presenta en la siguiente ilustración.

#### Ilustración . Dimensiones de análisis delos componentes del estudio mixto

Fuente: Elaboración propia, equipo investigador

## Productos esperados (relaciónelos de acuerdo con la tipología de Colciencias- Ver Tabla anexa a la convocatoria)

1. Productos resultados de actividades de generación de nuevo conocimiento:
   * Dos Artículos Q2
   * Dos Artículos Q3
2. Productos resultados de actividades de apropiación social del conocimiento
   * Circulación de conocimiento especializado: Un evento académico nacional
3. Productos relacionados con la formación de recurso humano para la CTE
   * 3 tesis de maestría mediante la vinculación de 4 estudiantes de maestría en salud pública, economía o estadística.

Los cuales tendrán la siguiente asignación por el equipo de trabajo:

#### Tabla . Distribución de los productos a entregar por cada uno de los miembros del equipo

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Producto | Cantidad | Tipología Colciencias | Responsable |
| Articulo Q2 | 1 | Generación de nuevo conocimiento | Clara Mercedes Suarez Rodríguez  Deisy J. Arrubla S, Patricia Cifuentes |
| Articulo Q2 | 1 | Generación de nuevo conocimiento | Jair Ospina, Victoria Estrada, Sonia Concha |
| Articulo Q3 | 1 | Generación de nuevo conocimiento | Wilmer Javier Ríos, Alejandra Valenzuela, Sonia Concha. |
| Articulo Q3 | 1 | Generación de nuevo conocimiento | Clara Mercedes Suarez Rodríguez  Deisy J. Arrubla S, Carlos Iván Rodríguez |
| Evento académico nacional | 1 | Apropiación social del conocimiento | Clara Mercedes Suarez Rodríguez  Deisy J. Arrubla S, Jair Ospina, Carlos Iván Rodríguez Melo, Alejandra Valenzuela, Wilmer Javier Ríos. |
| Tesis Maestría | 3 | Formación de recurso humano para la CTE | Jair Ospina, Clara Mercedes Suarez Rodríguez, Victoria Estrada |

## Contribución del proyecto al cumplimiento de la misión institucional: (Se pueden consultar en la página de la Unidad de Investigación)

**Su la relación con la misión institucional,** se dapor medio de los procesos investigativos desarrollados en la USTA, encaminados a desarrollar desde la comunidad académica la capacidad valorativa y amplia de la realidad nacional, con el fin de aportar soluciones a las problemáticas y a las necesidades de la sociedad y del país. De esta manera se ejerce una función social encaminada a una transformación social hacia el bien común; sustentado en las cuatro justicias indicadas por Tomás de Aquino: justicia general, distributiva, social y conmutativa, necesarias para establecer el bien común y la paz, que supere las crisis estructurales y de las personas (Universidad Santo Tomás, 2004c. p. 139).

**Su relaciona con las siguientes líneas del Plan Integral Multicampus PIM 2016 – 2027:**

**Línea 3: proyección social e investigación pertinentes:**

Tiene como objetivo focalizar y articular las dos funciones sustantivas como “proyección social e investigación”, esto con el fin no solo de consolidar la visibilidad, el impacto nacional y global de la USTA, sino de lograr ser una generadora de conocimiento acorde las realidades regionales y nacionales en ambientes sustentables de justicia y paz; el cual responde a los desafíos de la globalización, incorporándose de forma responsables a redes mundiales de conocimiento, contribuyendo a un país más solidario, equitativo, competitivo y con mejor calidad de vida.

**Línea 5: Personas que transforman sociedad:**

Dentro de los esfuerzos institucionales de la USTA es lograr tanto en los docentes como en los estudiantes una pertinencia social, reflejado en los procesos investigativos que impacten a la sociedad con aspectos inherentes al sello institucional como la ética, la creatividad y el criticismo. Aspectos que desde la visión institucional se encamina a la generación de transformaciones sociales por medio de la ejecución de investigaciones comprometidas con las realidades de la sociedad.

**Línea 6: Capacidad y gestión institucional que logran la efectividad Multicampus.**

Su principal meta es el ajuste académico- administrativa que permita una comunicación fluida de los diferentes procesos así como la optimización de recursos, el reconocimiento de las buenas practicas, el diseño de una metodología de medición de la efectividad y la consolidación del sistema integrado de información Multicampus.

#### Tabla . Acciones del plan general de desarrollo con las cuales se articula el proyecto

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Línea de acción** | **Objetivo** | **Subobjetivo** | **Acciones** |
| **Línea 1:**  Proyección social e investigación pertinentes | Direccionar a la USTA en la formulación y aplicación de acciones de las políticas institucionales y la toma de decisiones de forma sostenible, en el marco del sistema de gobierno Multicampus. | Garantizar que los programas y proyectos de proyección social se articulen con las demás funciones sustantivas, en concordancia con los campos de acción definidos: | Definir los programas y proyectos de proyección social en los que la institución se debe concentrar, según los campos de acción. |
| Implementar los programas y proyectos de proyección social. |
| Incrementar la producción investigativa con impacto regional, nacional e internacional: | Establecer redes nacionales de investigación e innovación de carácter interdisciplinario que respondan a los campos de acción identificados. |
| Incrementar el desarrollo de proyectos de investigación Multicampus con recursos propios y con financiación externa. |
| Promover la participación de la comunidad universitaria en los convenios activos. |
| **Línea 3:**  Proyección social e investigación pertinentes | Focalizar y articular la investigación y la proyección social de la USTA con visibilidad e impacto nacional y global. | Favorecer la permanencia estudiantil, el éxito académico y graduación oportuna, en todos los niveles y modalidades de formación, contribuyendo al desarrollo humano y social. | Implementar las estrategias y mecanismo para la participación de los estudiantes en el desarrollo estudiantil. |
| Establecer estrategias que permitan fortalecer el desarrollo de las competencias ciudadanas en las diferentes modalidades. |
| **Línea 6:**  Capacidad y gestión institucional que logran la efectividad Multicampus | Soportar los procesos misionales y la toma de decisiones con la aplicación de acciones que logran la efectividad Multicampus. | Consolidar la arquitectura institucional para la USTA | Fortalecer las estrategias y programas nacionales dirigidos al bienestar de la comunidad universitaria. |

## Presupuesto

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Recurso solicitado FODEIN** | | | | |
| Concepto | Descripción | | Monto | |
| Personal científico\* | Clara Mercedes Suárez Rodríguez | | (540 horas X 34885 =18.837.900) | |
| Deisy Jeannette Arrubla Sanchez | | (540 horas X 34885 =18.837.900) | |
| Edson Jair Ospina Lozano | | (540 horas X 34885 =18.837.900) | |
| Carlos Iván Melo Rodríguez | | (360 horas X 34.885 =12.558.600) | |
| Alejandra Valenzuela Cases | | (360 horas X 24.912 =8968.320) | |
| Wilmer Javier Ríos | | (360 horas X 24.912 =8968.320) | |
| Auxilio a investigadores | Reconocimiento económico a estudiantes de pregrado | | --- | |
| Asistentes de investigación | Reconocimiento económico a estudiantes de posgrado | | (2 estudiantes de maestría durante 9 meses)  (2 estudiantes de maestría durante 6 meses)  30.000.000 | |
| Equipos | Consultar en adquisiciones y suministros para evitar duplicidad | |  | |
| Software | Consultar en departamento TICS para evitar duplicidad | |  | |
| Materiales | - | |  | |
| Papelería\* | Papelería de impresión | | 500.000 | |
| Fotocopias\* | Copias de documentos y formularios de recolección de información | | 1.500.000 | |
| Salidas de campo | 6 Salidas cada una de una semana, determinadas por muestreo teórico | | 10.000.000 | |
| Material bibliográfico | Libros, suscripciones a revistas, etc. | |  | |
| Publicaciones | Libros, traducciones publicación en revistas | | 2.500.000 | |
| Publicaciones web\* | Uso de Host para la difusión de resultados del Observatorio | | 2.500.000 | |
| Servicios técnicos | Laboratorios, personas naturales | |  | |
| Movilidad académica | Eventos para socialización de avances y resultados, pasantías | | 5.000.000 | |
| Organización de eventos | Eventos para difusión de resultados: se solicita para el evento y para traer un invitado internacional | | 9.000.000 | |
|  | Total | | **148.008.940** | |
| Recursos solicitados Facultad: los aspectos con asterisco son financiados por recursos propios del Programa y se solicitan por Facultad $ 91.508.940.  **Recursos solicitados a FODEIN: $56.500.000** | | | | |
| **Contrapartida externa**  Para proyectos en cooperación y alianza estratégica | | | | |
| **Institución** | | **Descripción** | | **Monto** |
| **USTA-Bucaramanga** | | Participación de docente investigadora con un total de 324 horas repartidas en 36 horas mensuales durante 9 meses | | 16.688.916 |
| **Pontificia Universidad Javeriana Cali** | | Participación de docente investigadora con un total de horas repartidas en 24 horas mensuales durante 9 meses | | 12.376.800 |
| **PAHO/OMS** | | Participación de una investigadora con un total de 270 horas distribuidas en 30 horas mensuales durante nueve meses | | 22.408.154 |
|  | | Total | | **51.473.870** |

## Bibliografía

1. Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO (2007). Sound Choices: enhancing capacity for evidence informed health policy. http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Alliance\_BR.pdf
2. Amable M, Benach J, González S. (2001). “La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos”. *Arch. Prev. Riesgos Labor*.; 4(4):169-184.
3. Ardila S, A. M. (2016). Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, Colombia.
4. Attias-Donfut, C (1991). Dynamique socio-historique du cours de vie. En Attias-Donfut, C Que sais-Je? Générations et âges de la vie. Presses Universitaires de France. 81-95.
5. Benach J, Muntaner C, Santana V. 2007 . Employment Conditions and Health Inequalities. Informe final de la Comisión de Determinantes sociales en salud.
6. Benach J, Vives A, Tarafa G, Delcos C, Muntaner C . What should we know about precarious employment and health in 2025? framing the agenda for the next decade of research. International Journal of Epidemiology, 2016, 232–238
7. Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., & Quinlan, M. (2010). *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global*. España: Icaria Editorial.
8. Berlinguer G. (2007) “Determinantes sociales de las enfermedades”. *Rev cub salud pública*. [Serie en Internet] [Citado en 2009, enero 25]; 33(1): [aprox. 16 p.].
9. Cabanelas, J. (1997). Dirección de empresas, bases de un entorno abierto y dinámico. Ed. Ediciones pirámide. Madrid. Págs. 554
10. Canales-Vergara, M., Valenzuela-Suazo, S., & Paravic-Klijn, T. (2016). Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 178–186.
11. Casajuana C, Cofiño R, López M. Evaluación del Observatorio de Salud de Asturias: métricas de web y redes sociales, y opinión de los profesionales de la salud Gac Sanit. 2014;28(3):183–189
12. CEPAL, 2017. Panorama social de América Látina 2016. Santiago de Chile. Págs. 1 – 290. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41598-panorama-social-america-latina-2016>. Acceso Agosto de 2017
13. Código Sustantivo del Trabajo. (s.f.). Ley 2663 del 5 de agosto de 1950.
14. Congreso de Colombia. (2012). Ley 1562 del 2012. Colombia.
15. Congreso de la Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. Colombia.
16. Cruz Robazzi, Maria Lucia do Carmo, Chaves Mauro, Maria Yvone, Barcellos Dalri, Rita de Cássia de Marchi, Almeida da Silva, Luiz, de Oliveira Secco, Iara Aparecida, & Jorge Pedrão, Luiz. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. Revista Cubana de Enfermería, 26(1), 52-64. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864->03192010000100009&lng=es&tlng=es. Recuperado en 26 de agosto de 2017
17. Elder G, Rudking L, Conger R. (1995) Intergenerational continuity and Change in Rural Americ En Bengtson V, Schale W, Burton L. Adult Intergenerational. Springer Publishing Company. 30-60
18. Esping-Andersen G (1990) Los tres mundos del Estado de Bienestar. Diputació provincial de València. .Edicions Alfons El Magnànim. Generalitat Valenciana
19. Farné S, Vergara, C.(2007).Calidad del empleo: Zqué tan satisfechos estan los colombianos con su trabajo? Coyuntura Social No. 36, pp. 51-70. Fedesarrollo, Bogota - Colombia.
20. Fischer, F. (2009). Citizens and experts in Deliberative Democracy: From Theory to Experimentation. In F. Fischer (Ed.), Democracy and Expertise. reorienting Policy Inquiry (pp. 77-102). Oxford: Oxford University Press.
21. George, J. (2015). El mobbing como patología emergente de la relación salud-trabajo en el ámbito sanitario. Revista Uruguaya de Enfermería, 3(1).
22. Guillemard AM (2008) . Un cours de vie plus flexible, de noveaux profils de risques, enjeux pour la protection sociale. En Guillemard AM. ù va la protection sociale? Le lien social 25-48
23. Gordon D, Fischbacher C, Stockton D. Improving the view of Scotland’s health: The impact of a public health observatory upon health improvement policy, action and monitoring in a devolved nation. Public Health 124 (2010) 259 e264
24. Gómez M. A. (2014). Sobre la flexibilidad laboral en Colombia y la precarización del empleo. Divers.: Perspect. Psicol. / ISSN: 1794-9998 / Vol. 10 / No. 1 / 2014 / pp. 103-116
25. Lopez-Ruiz, M., Benavides, F. G., Vives, A., & Artazcoz, L. (2017). Informal employment, unpaid care work, and health status in Spanish-speaking Central American countries: a gender-based approach. International Journal of Public Health, 62(2), 209–218.
26. Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? J Epidemiol Community Health 2003;57:324–326 <http://jech.bmj.com/content/jech/57/5/324.full.pdf>
27. Lynch J, Smith G. A life course approach to Chronic Disease to Epidemiology. Annu. Rev Public Health 26 (2005) 1-35.
28. Lozano, W. Desregulación laboral, estado y mercado en América Latina, Balance y retos sociopolíticos. (1998) Revista Perfiles latinoamericanos. FLACSO México. Págs 113 - 151
29. Luna García, L. T. (2008). Situación en Colombia: Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo.
30. Marmot M. 2006. Social Causes of Social Inequalities in Health. Oxford University Press
31. Martínez, A. S., y Preciado, S. M. (2009). Consecuencias de las políticas neoliberales sobre el trabajo y la salud de académicos universitarios: el burnout como fenómeno emergente. Psicología Y Salud, 19(2), 197–206.
32. Martínez, Jaime; Albores Gallo, L y Márquez Caraveo, M. E. (2012). La integridad mental del personal clínico de un hospital psiquiátrico, asociada a una alta exigencia emocional y a la organización nociva del trabajo. *Rev Salud Mental,* Julio-Agosto, 297-304.
33. Matabanchoy, S. (2012). Salud en el trabajo. Universidad Y Salud, 1(15), 87–102.
34. Mejía, L M. (2013). “Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública”*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 31(supl1): S28-S36.
35. Ministerio de Salud y Protección Social. (2012 - 2021). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimension-salud-ambitolaboral.pdf
36. Organización Mundial de la Salud. (2007) Salud de los trabajadores: plan de acción mundial. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf>
37. OMS, 2010. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Soporte. Disponible en: http://www.who.int/occupational\_health/evelyn\_hwp\_spanish.pdf
38. Observatorio de Talento Humano en Salud. (2015). OTHS Colombia: Guía Metodológica. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Guia-observatorio-talento-humano-Salud-oths.pdf>
39. Parra, M. (2003). Conceptos básicos en salud laboral. Eje para la acción sindical. Textos de capacitación, Primera edición, 1-31. (O. -C. Chile, Ed.) Santiago, Chile.
40. Periódico el Tiempo. (12 de 2016). Obtenido de http://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/sigue-paro-de-personal-de-la-salud-32642
41. Periódico el Tiempo. (17 de 03 de 2016). Obtenido de http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16539066
42. Procuraduría General de la Nación. (2010). Trabajo digno y decente en Colombia. Obtenido de Seguimiento y control preventivo a las políticas publicas: <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Trabajo%20digno%20y%20decente%20en%20Colombia_%20Seguimiento%20y%20control%20preventivo%20a%20las%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas(1).pdf>
43. Posada Pérez, E. J. (2011). La relación trabajo-estrés laboral en los colombianos. Revista CES Salud Pública, 2(1), 66–73.
44. Restrepo Miranda, D. A. ( Diciembre de 2010). Situación laboral de los profesionales en medicina y enfermería en colombiano: aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al SGSSS . Boletín No. 2 .
45. Riaño Casallas, M. I. (2012). Condiciones de trabajo de los profesionales de la salud. Acta Odontologica Colombiana, p. 183 - 191.
46. Rosanvallón, P. (2009). La Legitimidad democrática. Imparcialidad, reflexividad, proximidad (1ª. ed.). Buenos Aires: Manantial.
47. OPS, OMS. Una visión de Curso de Vida Primera Parte. Mayo 11 de 2016.
48. Santana, V. (2012*).* Empleo, condiciones de trabajo y salud. *Salud Colectiva*, [S.l.], 8 (2), 101-106.
49. Segura, O. (2016). Configuración de la unidad de cuidado médicos intensivistas: una mirada desde la epidemiología social. Bogotá.
50. Suarez et al. (2005) Principales características de la precarización laboral en el gran la plata. Período 2003-2004. Asociación Argentina de especialistas en estudios del trabajo. Septimo congreso Nacional de estudios del trabajo. Buenos Aires Págs 1 – 24. Disponible en: <http://www.aset.org.ar/congresos/7/09006.pdf>. Acceso Agosto de 2017.
51. Urrego Angel, P. M. (2016). Entorno laboral saludable: dirección de desarrollo y talento humano en salud. Bogotá.
52. Vives, A. G. (2015). Measuring precarious employment in times of crisis:the revised Employment Precariousness Scale (EPRES) in Spain. Gaceta Sanitaria, Pág. 379-382.
53. Wilkinson J, Lam M, Fitzpatrick J. Public health observatories on the international stage. Public Health 124 (2010) 269 e273.
54. Krieger N. 2003. Epidemiology and the People´s Health. Theory and Context. New York. Oxford University Press

## Posibles evaluadores (nombre, último nivel de formación, correo electrónico).

Nombre: Andrés Alonso Agudelo

Último nivel de formación: Doctor en Salud Pública

Correo: [alonso.agudelo@udea.edu.co](mailto:alonso.agudelo@udea.edu.co)

Nombre: Yadira Borrero

Último nivel de formación: Doctora en Salud Pública

Correo: [yadira.borrero@gudea.edu.co](mailto:yadira.borrero@gudea.edu.co)

## Anexos: cartas de intención contrapartida

Anexo 1. Carta intención PUJ-CALI



1. Actualmente bajo la Ley 1562 del 2012 modifica algunas funciones de las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), en la transición a Administradoras de Riesgos Laborales (ARL). [↑](#footnote-ref-1)
2. Ley estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [↑](#footnote-ref-2)