

Programa de promoción de la salud en un lugar de trabajo informal en Corabastos, Bogotá: una perspectiva participativa

Health promotion program in an informal workplace in Corabastos, Bogotá: a participatory perspective

Programa de promoção da saúde em um local de trabalho informal em Corabastos, Bogotá: uma perspectiva participativa

Pablo Edilberto Torres-Acevedo¹; Alba Idaly Muñoz-Sánchez²

¹ Especialista en Salud Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. sede Bogotá, Colombia. Enfermero del Hospital Universitario Nacional. tapabloe@unal.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1617-8773>.

² PhD en Enfermería. Docente titular de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. aimunozs@unal.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0504-8316>

Recibido: 04/07/2017. Aceptado: 11/03/2019. Publicado: 31/05/2019

Torres-Acevedo PE, Muñoz-Sánchez AI. Programa de promoción de la salud en un lugar de trabajo informal en Corabastos, Bogotá: una perspectiva participativa. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(2):22-35. DOI:10.17533/udea.rfnsp.v37n2a04

Resumen

Objetivo: La investigación tuvo como objetivo construir de manera participativa un programa de promoción de la salud en un lugar de trabajo informal en Corabastos, Bogotá, durante 2016 y 2017. **Metodología:** Se desarrolló en cuatro etapas: 1) *movilizar*, que se fundamentó en lograr el compromiso de las principales partes interesadas; 2) *organizar*, con el fin de establecer un grupo dedicado a la transformación y el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo; 3) *construir*, donde se elaboró un plan de salud como una hoja de ruta para actuar y transformar las condiciones del trabajo informal; y 4) *actuar*, o sea, contribuir a la promoción de la salud en lugares de trabajo informal. **Resultados:** se conformó un grupo de diez trabajadores informales y un investigador externo; se impulsó la participación colectiva y la validación

consensuada de todo el proceso. Se identificaron y priorizaron problemáticas, y se construyó el plan de salud, con los objetivos de hacer un manejo adecuado de las basuras, defender los lugares de trabajo informal de las acciones represivas de la fuerza pública, mejorar la calidad de los productos a vender, fortalecer la asistencia a los servicios de salud y establecer alternativas económicas de trabajo. El estudio permitió el diálogo y la participación colectiva de los trabajadores en todas las etapas y la apropiación de la investigación por parte de la comunidad. La metodología brindó herramientas para empoderar a los trabajadores involucrados, al reconocer sus propias capacidades y posibilitar su acción para obtener transformaciones locales.

-----**Palabras clave:** Promoción de la salud, investigación acción participativa, condiciones de trabajo, sector informal

Abstract

Objective: The objective of the research was to create a participatory health promotion program in an informal workplace in Corabastos, Bogotá, during 2016 and 2017. **Methodology:** It was developed in four stages: 1) mobilizing, which involved achieving the commitment of the main stakeholders; 2) organizing, in order to establish a group devoted to the transformation and improvement of health and working conditions; 3) building, which involved creating a health plan as a roadmap to act upon and transform informal working conditions; and 4) acting, that is, contributing to the promotion of health in informal workplaces. **Results:** a group of ten informal workers and an external researcher was created; collective participation and consensual validation of the entire process was promoted. Problems were identified

and prioritized and the health plan was built considering the objectives of achieving an adequate waste management, defending informal workplaces from the repressive actions of the public force, improving the quality of the products to be sold, strengthening access to health services and establishing economic work alternatives. The study enabled dialogue and collective participation of workers in all stages as well as the community's appropriation of the research. The methodology provided tools to empower workers by recognizing their own capabilities and enabling them to put them into action in order to obtain local transformations.

-----**Keywords:** Health promotion, research, participatory action, working conditions, informal sector

Resumo

Objetivo: A pesquisa teve como objetivo construir de forma participativa um programa de promoção da saúde no local de trabalho informal em Corabastos, Bogotá, durante 2016 e 2017. **Metodologia:** Foi desenvolvida em quatro etapas: 1) mobilizar, que foi baseado em alcançar o comprometimento das principais partes interessadas; 2) organizar, a fim de estabelecer um grupo dedicado à transformação e melhoria das condições de saúde e trabalho; 3) construir, onde um plano de saúde foi desenvolvido como um roteiro para atuar e transformar as condições do trabalho informal; e 4) agir, isto é, contribuir para a promoção da saúde em locais de trabalho informais. **Resultados:** foi formado um grupo de dez trabalhadores informais e um pesquisador externo; foi promovida a participação coletiva e a validação consensual de todo o processo. Os problemas

foram identificados e priorizados, e o plano de saúde foi construído, com os objetivos de fazer uma gestão adequada do lixo, defender locais de trabalho informais a partir das ações repressivas da força pública, melhorar a qualidade dos produtos a serem vendidos, fortalecer a assistência aos serviços de saúde e estabelecer alternativas econômicas de trabalho. O estudo permitiu o diálogo e a participação coletiva dos trabalhadores em todas as etapas e a apropriação da pesquisa pela comunidade. A metodologia forneceu ferramentas para capacitar os trabalhadores envolvidos, reconhecendo suas próprias capacidades e possibilitando sua ação para obter transformações locais.

-----**Palavras-chave:** Promoção da saúde, pesquisa ação participativa, condições de trabalho, setor informal

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “La promoción de la salud busca lograr que las personas disfruten del mayor grado posible de salud, entendiendo esta como un derecho fundamental de todo ser humano y un determinante de su calidad de vida y el bienestar físico, mental y espiritual” [1]. “Esta institución reconoce que la atención en salud debe acercarse a cada sujeto y a sus entornos laborales” [2], “para mejorar y ejercer un mayor control sobre la salud de las personas (esto es, lograr la promoción de la salud)” [3]. Además, esta última “debe contemplar aspectos como la paz, el acceso a vivienda, el trabajo y la igualdad social en cada comunidad” [4], ya que estos procesos son determinantes estructurales de las condiciones de vida, trabajo y salud de las personas.

Existen múltiples conceptos acerca de lo que es la promoción de la salud; sin embargo, en el presente

estudio se utilizó la concepción surgida de la OMS y sus asambleas mundiales de promoción de la salud. Así,

[...] la promoción de la salud se trata de un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. Por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud para derivar el máximo beneficio posible para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y acumular capital social. La meta final es prolongar las expectativas de salud y reducir las diferencias en ese sentido entre países y grupos” [4] p. 4.

De este modo, creemos que la promoción de la salud se logra a partir de un compromiso fuerte de las comunidades para generar acciones en pro de su salud, al igual que el empoderamiento de cada individuo para que se interese por su salud [5]. De esta manera, es indispensable que las políticas y alianzas destinadas a

empoderar a las comunidades e individuos y a mejorar la salud ocupen un lugar central en las políticas de los Estados [1], así como se debe propender por “mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo” [6, p. 1]. Igualmente, es esencial la generación de acciones de educación, información y capacitación en salud [4], al igual que las instituciones y trabajadores de la salud comprendan que “el espacio físico de trabajo, los estilos de vida, los factores psicosociales y los nexos con la comunidad como aspectos que determinan la salud de las personas” [7].

Por lo anterior, la *promoción de la salud en los lugares de trabajo* (PSLT) es una apuesta por aproximar los servicios de salud a los espacios o territorios en donde las personas transcurren su cotidianidad.

La PSLT es un proceso individual y colectivo, integral, dinámico y sistemático cimentado en una política de Estado y de las empresas u otros lugares donde se desarrolle el trabajo; que articula conocimientos, herramientas, metodologías objetivas y subjetivas, experiencias de los actores y diversas disciplinas implicadas en la salud de los trabajadores, con el fin de obtener su bienestar y construcción de proyectos de vida saludables. Este concepto trasciende la visión del trabajador enmarcada en el lugar de trabajo e integra otros aspectos como la vida familiar, la seguridad social del trabajador y las actividades extra laborales de forma general [8] p. 224.

En esta investigación se tuvo como objetivo construir, de manera participativa con trabajadores informales, un programa de PSLT, en particular respecto al trabajo informal (PSLTI) en la plaza de mercado Corabastos, Bogotá, durante los años 2016 y 2017. Esta investigación fue una apuesta por continuar investigando de la mano de este grupo de trabajadores, con los cuales se tenía una experiencia previa de investigación [9], en donde se indagó por el modo de vida de los trabajadores informales en esta plaza, en tanto esta, ubicada en la localidad de Kennedy, es un territorio en el que los procesos de trabajo informal han predominado.

Así, en este artículo se presentan las fases llevadas a cabo para la generación y el desarrollo del programa señalado. La pregunta de investigación que sirvió como punto de partida es: ¿cómo construir un programa de PSLT de forma participativa con trabajadores informales en Corabastos, Bogotá durante los años 2016 y 2017?

Hay que señalar que la promoción de la salud en los escenarios laborales es todavía un desafío en el contexto colombiano, en tanto solo se presentan acciones fragmentadas e individuales por parte de los departamentos de salud ocupacional en el sector formal, por lo que esta investigación y la articulación del referencial teórico y metodológico de la *investigación acción participativa* (IAP) y el *modelo de entornos de trabajo saludable* se constituye en un aporte teórico y

metodológico para el sector informal, escenario donde la PSLT parece aún una utopía.

El interés por desarrollar esta investigación surge del reconocimiento de las múltiples maneras en que se representa el trabajo informal y la relevancia económica de este sector para el país, puesto que aproximadamente el 48,1 % de los ocupados en las zonas urbanas colombianas se concentra en estas modalidades de trabajo [10]. Además, se sabe que el trabajo informal puede ocasionar condiciones de vulnerabilidad social, dada la manera como se da la inserción laboral [11]; por ejemplo, se presenta un limitado acceso a la seguridad social integral, conformada por salud, pensión y riesgos laborales [12]; en algunos casos, suscita formas de producción perjudiciales para la salud y para el medio ambiente [10], así como condiciones laborales peligrosas y precarias [13], e inadecuadas condiciones de salud y seguridad en el trabajo (SST), entre ellas, exposición a diversos factores de riesgo, ausencia de medidas de control, falta de elementos de protección personal [14] y jornadas de trabajo superiores a las establecidas en la legislación laboral. Adicionalmente, no existe una legislación que respalde el trabajo informal y su protección social [11], dado que no se tiene cobertura por parte del sistema de salud, pensión y riesgos laborales [15], sumado todo esto al incipiente abordaje de esta población en procesos investigativos y de política pública [16].

De este modo, se reconoce el desafío que implica el tipo de abordaje propuesto en esta investigación; sin embargo, se apostó a la potencialidad que tienen los grupos sociales con participación activa, para lograr transformaciones significativas para promocionar la salud [17, p. 22].

Metodología

Se construyó un programa de PSLTI, desarrollado en conjunto con un grupo de trabajadores informales dedicado a la venta de productos agrícolas en el espacio público de los alrededores de la plaza de mercado Corabastos, en la ciudad de Bogotá, durante los años 2016 y 2017.

La investigación se fundamentó en la IAP y en el modelo de entornos laborales saludables propuesto por la OMS en el 2010 [7]. Esta articulación se consideró necesaria, en la medida que cada una aporta aspectos esenciales para esta investigación.

El uso de la IAP y la construcción de acciones de la PSLTI constituyeron una estrategia que nos permitió llevar a cabo un proceso colectivo con un grupo de trabajadores informales de Corabastos, entender la dinámica de esta modalidad laboral, su organización y así contribuir al mejoramiento de las condiciones de trabajo y salud de esta población. La

potencialidad de utilizar estos enfoques teóricos y metodológicos radica en que parte de la construcción de procesos investigativos y de transformación se gestan desde la base de los trabajadores en todo el proceso investigativo, lo cual incluye la identificación de problemas, así como la priorización e intervención de sus problemas, necesidades o intereses desde su propia perspectiva. En otras palabras, la IAP imprime una esencia de trabajo colectivo, de reconocimiento de los saberes de la comunidad y de transformación de problemáticas.

Por otra parte, el modelo de entornos de trabajo saludables aporta la visión desde la perspectiva laboral y de la SST. Este enfoque permite operacionalizar, en etapas secuenciales y dinámicas, el entorno laboral formal.

Con respecto a este modelo, es fundamental tener en cuenta las denominadas “avenidas de influencia”,

entendidas como cuatro caminos que determinan las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores y en la productividad; estas hacen referencia al ambiente físico de trabajo, al entorno psicosocial de trabajo, los recursos personales de salud en el espacio de trabajo y la relación con la comunidad. Además, se reconocen las ocho etapas para construir un programa de PSLT en el sector formal, que consisten en movilizar a los trabajadores y lograr el apoyo de la alta dirección, reunir un equipo de trabajo, evaluar las condiciones de trabajo, priorizar las problemáticas, planear un plan de salud, echarlo a andar, reevaluarlo y mejorarlo continuamente [7].

En la figura 1 se presenta la articulación metodológica para la generación de un programa de PSLT en el escenario objeto de estudio.

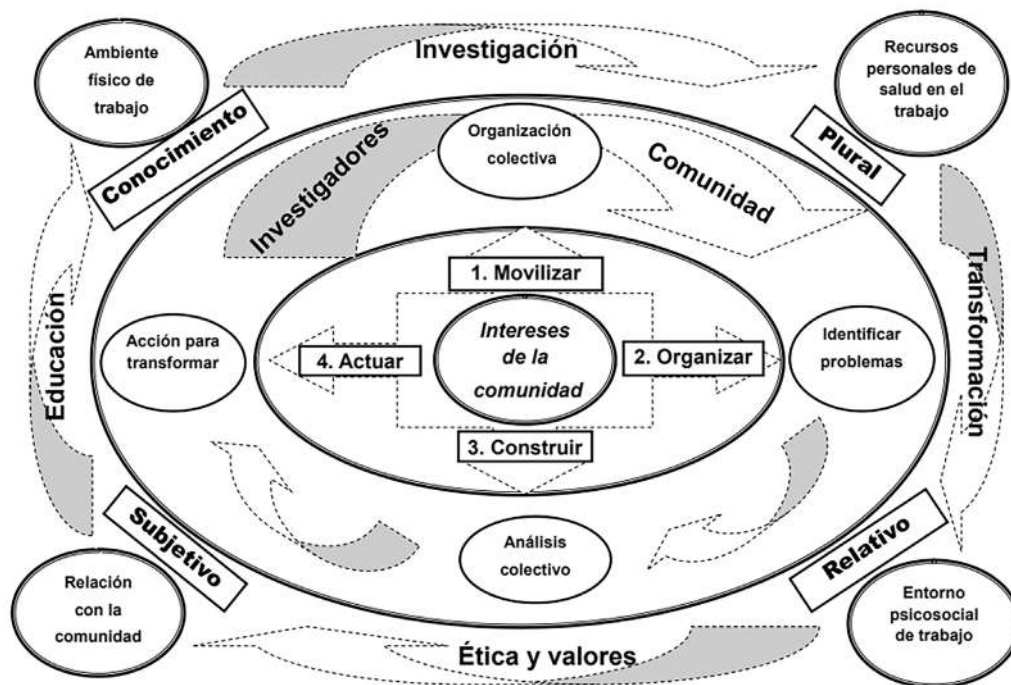


Figura 1. Articulación metodológica para la construcción de un programa de promoción de la salud en un lugar de trabajo informal en Corabastos, Bogotá, 2016-2017.

Fuente: Elaboración propia a partir de [7] y [18].

La forma circular de la figura 1 representa el dinamismo de la metodología, vista como un ciclo cambiante que genera conocimiento que es plural, relativo y subjetivo. El núcleo de esta figura muestra los intereses de la comunidad, en donde se pone como eje primario el principio de no delegación de la IAP, pues los actores directamente implicados son la fuente primaria de

información y los principales responsables para la generación, validación y uso del conocimiento para la acción. Establecer como centro a la comunidad significa, además, reconocer y dar valor a sus saberes, a través de su reflexión y su acción, siendo este conocimiento un instrumento valioso para la transformación de la realidad de las personas, de modo que la participación real y activa

de la comunidad es un imperativo en la metodología IAP, que posibilita el diálogo, la interacción y un continuo proceso de reflexión-acción-transformación [18].

Consecutivamente, se presentan cuatro etapas de las ocho planteadas por el modelo de entornos laborales saludables, con el fin de articularlas y complementarlas con las etapas del proceso acción-reflexión de la IAP. Estas cuatro etapas son: movilizar, organizar, construir y actuar.

Nuestra primera etapa es *movilizar*, que conserva las características que tiene en el modelo de entornos laborales saludables de la OMS. Esta etapa se fundamenta en lograr el compromiso de las principales partes interesadas: los trabajadores informales, entendidos como una comunidad, pues en su dinámica se dan relaciones de poder dentro de las cuales las personas están agrupadas [18].

Además, aquí se deben plantear aspectos de recursos, tiempos y compromiso en el desarrollo de un programa de PSLTI. La principal barrera de esta etapa, en nuestro caso, fue el bajo nivel organizativo de los trabajadores informales, pues a diferencia del trabajo formal, en el informal no existen niveles directivos, plataformas estratégicas u otras modalidades de organización del trabajo, por lo cual se recomienda hacer contacto con colectivos y líderes sociales, en un intento por darle viabilidad y lograr el éxito del PSLTI.

Igualmente, se hace fundamental identificar problemas que sean relevantes para la comunidad y ante todo que se puedan resolver, como una estrategia para aumentar su interés, su compromiso y movilizarla en pro de mejorar sus condiciones de salud y trabajo, logrando de entrada la acción para la transformación. En este sentido, en la IAP, la transformación no puede dividirse en una etapa previa de reflexión y una etapa de acción subsecuente. Cuando la acción y la reflexión suceden al mismo tiempo, se vuelven creativas y se esclarecen mutuamente, lo que conduce a que las personas dejen de ver su situación como “un callejón sin salida” y, en cambio, se vea como “una realidad susceptible a ser transformada”. Este poder transformador es central para garantizar el éxito del programa de PSLTI [18].

La segunda etapa se denomina *organizar*, y toma algunas de las características de la etapa de “reunir”, del marco del modelo de entorno laboral saludable de la OMS. La principal característica de esta etapa es la conformación de un grupo, denominado *equipo de entorno laboral saludable*, que contribuye a implementar el cambio en el lugar de trabajo. Se debe aquí contar con personal experto en salud, miembros del Gobierno y especialistas en salud ocupacional, pues es vital el apoyo técnico y la visión académica del trabajo informal [7]. Esta etapa es un ejemplo de cómo posibilitar que comunidades con bajo nivel organizativo empiecen a pensarse de forma colectiva y se organicen;

además, se reconoce aquí que tanto la comunidad como los actores externos son investigadores y asumen roles similares, sin jerarquías, en una dinámica de organización colectiva, donde prima el mutuo interés y la cooperación en el proceso [18].

La tercera etapa, denominada *construir*, resume las fases de “evaluar”, “priorizar” y “planear”, que fueron presentadas en el marco del modelo de entorno laboral saludable de la OMS. Aquí se plantea el momento en el que el equipo identifica problemáticas y construye el *plan de salud* [7], que se constituye en la hoja de ruta y el elemento tangible del programa de PSLTI. Lograr este plan es un desafío, en términos de la participación real y activa de los trabajadores informales y por el nivel de complejidad de las herramientas de recolección de la información. Aquí se hace necesario el uso de múltiples herramientas de generación de información, sin importar su corriente de pensamiento u origen metodológico, siempre y cuando estas aporten a los objetivos de la investigación. En términos metodológicos y con población trabajadora informal, se recomienda que estas herramientas sean de fácil comprensión y aplicación, dinámicas y posibiliten la sistematización y el mutuo acuerdo [18].

La última etapa es *actuar*, que consiste básicamente en llevar a cabo la acción para la transformación, en este caso para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo en la informalidad. Esta etapa es un reflejo de cómo se logra el desplazamiento del poder hacia las comunidades, las cuales, a partir de la producción de conocimiento, actúan y ganan mayor control sobre las condiciones y los servicios que afectan sus vidas. Aquí se cree en la potencialidad que tienen las comunidades y en ese poder transformador que guardan en su organización y en el trabajo colectivo para lograr mejores condiciones de salud [18].

Finalmente, en la Figura 1 giran, como satélites, aspectos que van a determinar la visión de toda la dinámica, puesto que son postulados teóricos centrales de cada una de las metodologías. En este sentido, se presentan las “avenidas de influencias” del modelo de entorno laboral saludable, que son: el espacio físico de trabajo, el entorno psicosocial de trabajo, los recursos de salud en el lugar de trabajo y la relación con la comunidad. Se entiende que las condiciones en estas avenidas determinan la salud de los trabajadores, por lo que al generar acciones de cambios positivos en estos aspectos, se estarían produciendo acciones de PSLTI.

Es importante resaltar que un programa de PSLTI no exige acciones en todas las avenidas de influencia a la vez y, por el contrario, asume que este debe ser un proceso gradual, en donde se puede ir dando prioridad a alguna de estas.

Adicionalmente, toda esta dinámica debe estar pensada desde aspectos educativos e investigativos, en

el marco de la ética y los valores, con el propósito de lograr transformaciones relevantes para la comunidad, lo que permite un avance de estudios descriptivos a aquellos de participación colectiva e intervención.

Con relación a los principios éticos y de acuerdo con la Declaración de Helsinki [19] y la Resolución 8430 de 1993 [20], por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, el presente estudio se clasificó como una investigación con riesgo mínimo, ya que se emplearon procedimientos simples de diagnóstico social y de salud, y se generaron actividades que pudieron tener impacto positivo a nivel de variables sociales y psicológicas de los participantes.

Además, durante todo el proceso prevaleció el criterio del respeto a la dignidad de los trabajadores informales, la protección de sus derechos, su bienestar y la privacidad. Se aplicó el consentimiento informado de los participantes, los cuales aceptaron voluntariamente estar en la investigación. Durante este proceso se explicó el objetivo y el alcance del estudio; además, se informó sobre la investigación las entidades públicas y de control de la comunidad, y se articuló con ellas el desarrollo de la misma.

Se aclara que no se tiene aval ético por parte de ningún comité de ética.

Resultados

A continuación se presenta la construcción y desarrollo del programa de PSLTI, por las etapas que lo componen.

1. *Movilizar*: para nuestro caso, está representada por la capacidad de organización y acción para la resolución de una problemática clave. Se señala que este grupo de trabajadores fue partícipe de investigaciones previas, por lo que el contacto se facilitó, pese a que no se contaba con ningún referente organizativo o líder de estos trabajadores, lo que planteó un reto para el éxito del programa.

El acercamiento a la comunidad se inició con una serie de jornadas de toma de tensión arterial, como una estrategia para generar confianza e iniciar el diálogo con los trabajadores. Esto permitió reconocer una problemática clave, que consistía en las acciones sistemáticas de desalojo, por parte de la Fuerza Pública, de los lugares de trabajo informal ubicados. Esta problemática era de gran relevancia, pues esto ocasionaba una disminución en los ingresos de los trabajadores, pérdida de sus productos y, en casos extremos, eran desalojados de su única fuente de ingresos económicos.

Se decidió consultar la normativa vigente en la protección de los trabajadores informales, y para ello se recurrió al Decreto 098 de 2004 [21], de la

Alcaldía Mayor de Bogotá, “Por el cual se dictan disposiciones en relación con la preservación del espacio público y su armonización con los derechos de los vendedores informales que lo ocupan”. Allí se establece el acto administrativo para garantizar alternativas económicas a estos trabajadores antes de ser desalojados de sus lugares de trabajo. Así mismo, la Sentencia SU-360 de 1999 [22] de la Corte Constitucional enuncia que los procedimientos policivos deben reconocer el derecho al trabajo de los trabajadores informales, amparados por la confianza legítima del Estado. Con esta base legal, se remitió una carta a la Alcaldía Local de Kennedy y a la Secretaría de Ambiente, Hábitat y Convivencia, solicitando el cumplimiento del acto administrativo del que habla el decreto y demandando que pararan las acciones de desalojo.

Sorpresivamente, esta acción surtió efecto y los agentes de la Fuerza Pública adscritos al cuadrante de este territorio solicitaron que se generaran actividades para no obstaculizar el tránsito peatonal y vehicular, mantener el orden, el aseo y el mejoramiento en el manejo de residuos, como condiciones para no continuar con los desalojos.

2. *Organizar*: el equipo de entorno laboral saludable se conformó con diez trabajadores informales y un enfermero especialista en salud ocupacional. Estos trabajadores informales se ubicaban en el espacio público, sobre una avenida con alto flujo vehicular. Este lugar de trabajo estaba inserto en un territorio caracterizado por vías en mal estado, presencia de contaminantes químicos, deficiencia en el tratamiento de aguas, deficiente disposición de residuos y materiales orgánicos, hábitos como consumo de alcohol y otras sustancias que expresan un escenario de vulnerabilidad social para estos trabajadores.

Adicionalmente, estos trabajadores informales eran predominantemente adultos en etapa de transición al envejecimiento o adultez mayor, provenientes principalmente de los departamentos de Cundinamarca y Boyacá, y población migrante venezolana. En su mayoría, los participantes eran hombres, con niveles de escolaridad de primaria, con un promedio de ingresos mensual referido menor de un salario mínimo legal vigente, con jornadas laborales superiores a las 12 horas diarias y con antigüedad como trabajadores informales superior a los 10 años.

Respecto a la salud referida por estos trabajadores, manifestaron padecer diabetes, úlceras varicosas, osteoporosis y lumbalgias; otras situaciones reportadas fueron accidentes de tránsito, caídas, golpes y fracturas.

3. *Construir*: esta etapa se desarrolló con el fin de construir el plan de salud, para lo cual fue

necesario establecer herramientas de generación de información, como actividades de fácil comprensión, que posibilitaran el diálogo, la participación colectiva, la sistematización de la información y el mutuo acuerdo. Hicimos uso de los *diagramas*

de Venn (véase figura 2), con el fin de que los participantes comprendieran la relación que tenían como trabajadores informales con las diferentes instituciones o actores en el territorio.

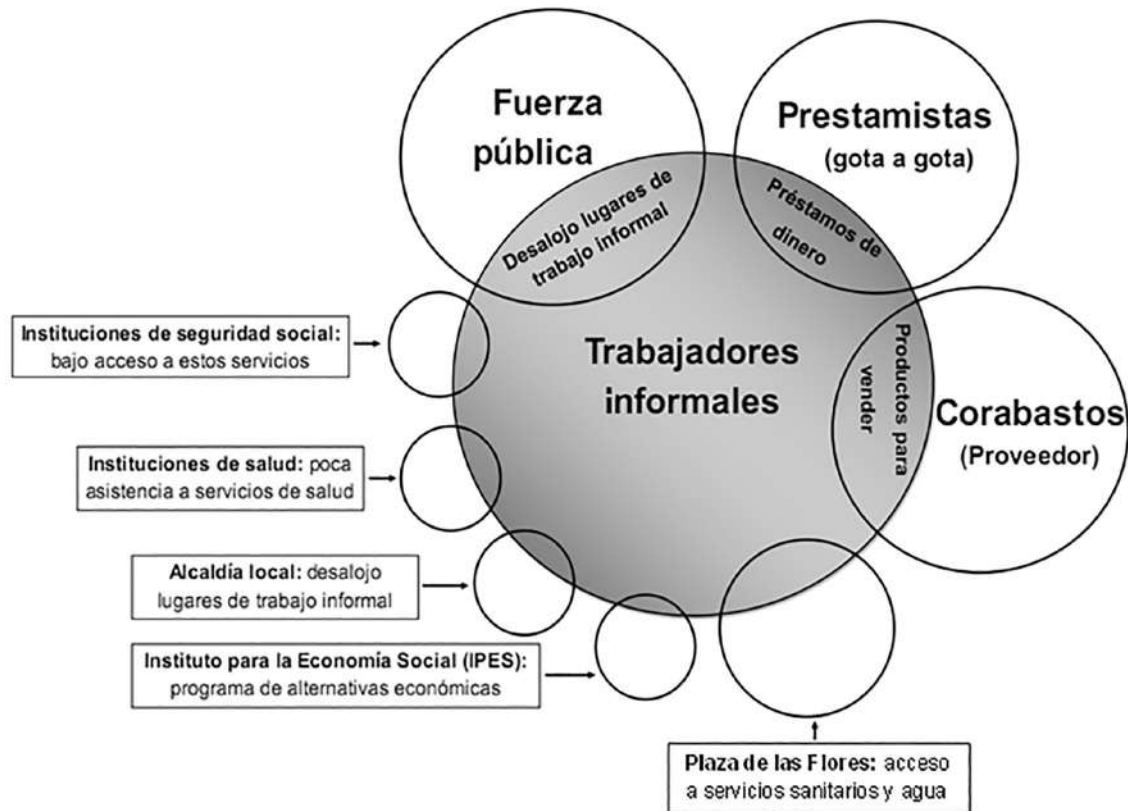


Figura 2. Diagrama de Venn construido con trabajadores informales en Corabastos, Bogotá, 2016-2017.

Fuente: Elaboración a partir de archivo fotográfico de la investigación.

El diagrama de la figura 2 se desarrolló dibujando una serie de figuras geométricas, donde cada uno representa un actor, y su forma significa el grado de relación positiva o negativa con esta población. Los actores de mayor interacción con los trabajadores informales del presente estudio son la Fuerza Pública, con una relación negativa, dados los procesos de desalojo de los lugares de trabajo informal; los prestamistas de dinero, quienes establecen créditos de altas tasas de interés y pagos de cuotas diarias (los denominados “gota a gota” o “paga diario”); la central de abastos Corabastos, como la fuente proveedora de productos para vender, y la Plaza de las Flores (plaza de mercado), como un lugar en el cual se podía acceder a servicios sanitarios y agua. En adición, se encontraron otros actores, como la Alcaldía Local de Kennedy, el Instituto para la Economía Social (IPES) y las instituciones de salud y seguridad social, agentes con los cuales estos

trabajadores tienen una interacción mínima, y por lo general con bajo acceso a los servicios que ellas ofrecen.

Por otro lado, se usaron los *diagramas de araña*, como una actividad para propiciar la discusión e identificar problemáticas que aquejaban a estos trabajadores informales, ubicados en Corabastos, en el período de la investigación (2016-2017). Esta actividad parte de formular un círculo con un problema central; luego, al lado derecho de este, se enuncian aspectos negativos, y al lado izquierdo, aspectos positivos. En la figura 3 se muestra el diagrama de araña para trabajar en el espacio público, en el cual se vio que, como aspectos positivos, esta forma de trabajo garantiza un ingreso económico diario, una ocupación de fácil acceso y un medio de subsistencia. Por su parte, los aspectos negativos para trabajar informalmente fueron expresados en: inseguridad económica, limitado acceso

a la seguridad social integral, exposición a condiciones climáticas extremas, riesgo de accidentes de tránsito y al desalojo en los lugares de trabajo informal.

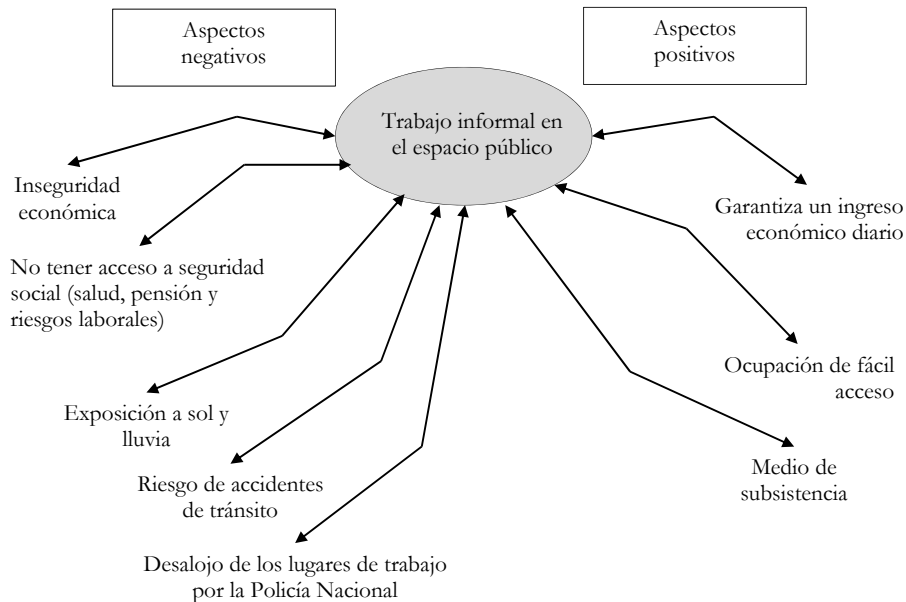


Figura 3. Diagrama de araña para trabajar en el espacio público, construido con trabajadores informales en Corabastos, Bogotá, 2016-2017.

Fuente: Elaboración a partir de archivo fotográfico de la investigación.

La anterior actividad buscó gestar una lluvia de ideas para incentivar la participación y desarrollar los *mapas de problemas*, actividad central para el reconocimiento de las condiciones de salud y trabajo informal, que consistió en la identificación de problemáticas centrales y la elaboración de descripciones gráficas de sus posibles causas y efectos. En la figura 4 se presenta el mapa de problemas, en particular respecto a la poca asistencia a servicios de salud por parte de los trabajadores informales. Las causas enunciadas son la falta de credibilidad con los servicios de salud, por fallas de oportunidad en la atención y limitación en la resolución de las problemáticas de salud; ausencia de programas de promoción de la salud, pese a que se encontró compromiso con el trabajo y la sobrevivencia diaria por encima de la asistencia a servicios de salud. Se entiende que este problema lleva a que esta población no conozca su estado de salud y no controle las enfermedades crónicas, y que, además, acuda a farmacias o al uso de medicina tradicional para resolver sus problemas de salud.

Con el fin de identificar problemas que requirieran ser priorizados para resolverlos, se utilizó la *comparación pareada*, una especie de encuesta flexible sobre el grado de interés de una persona entre diferentes aspectos a elegir. Los problemas priorizados finalmente fueron tomados como objetivos centrales de los *mapas de objetivos*, actividad central para la construcción del *plan de salud*. En estos mapas se enunciaron de forma positiva los problemas prioritarios; en este sentido, se identificaron los objetivos centrales, los medios para lograrlos y los fines para conseguirlos.

En la figura 5 se muestra como *mapa de objetivos* el manejo adecuado de las basuras, con los fines de evitar la contaminación de los productos, malos olores, presencia de plagas o roedores, mejorar la presentación de los productos y aumentar la confianza de los clientes. El equipo señala que estos fines se pueden lograr por medio del orden y aseo en los lugares de trabajo, y promover un espacio limpio, a partir de disponer de recipientes de recolección, generación de cronogramas de aseo colectivo y acciones de mejoramiento de los lugares de trabajo.

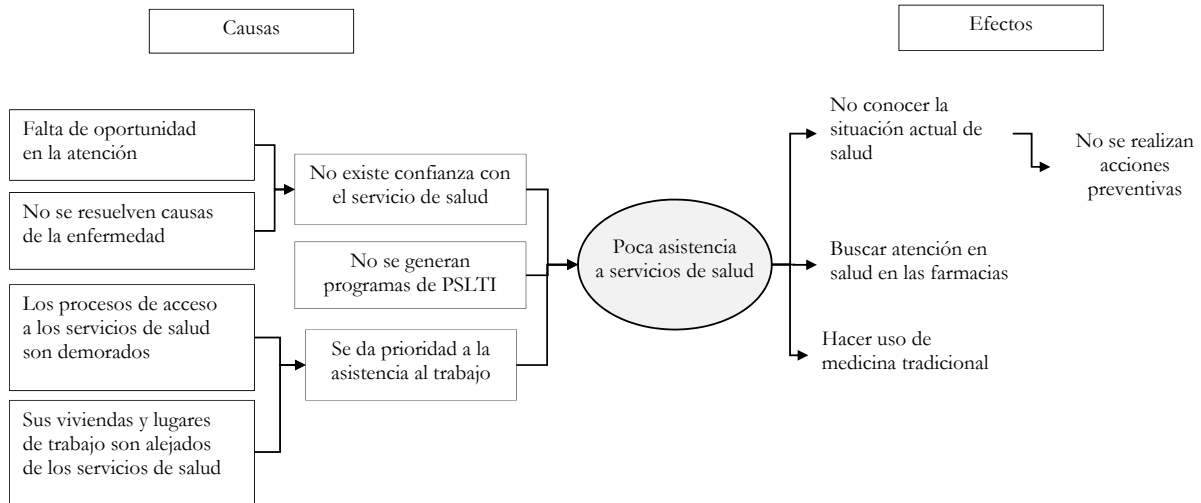


Figura 4. Mapa de problemas para poca asistencia a servicios de salud, construido con trabajadores informales en Corabastos, Bogotá, 2016-2017. PSLTI: Promoción de la salud en los lugares de trabajo informales.

Fuente: Elaboración a partir de archivo fotográfico de la investigación.

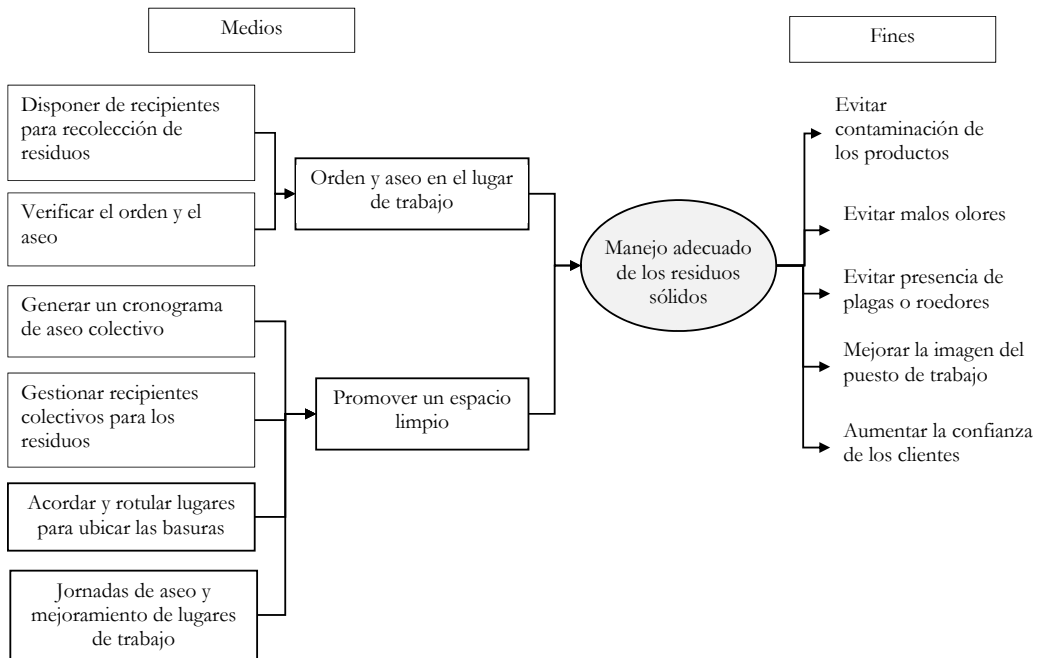


Figura 5. Mapa de objetivos para manejo adecuado de las basuras, construido con trabajadores informales en Corabastos, Bogotá, 2016-2017.

Fuente: Elaboración a partir de archivo fotográfico de la investigación

Por lo tanto, el *plan de salud* se conforma de los objetivos planteados en los mapas de problemas. Estos mapas ofrecen una idea de qué medios se pueden implementar para lograr estos objetivos y con qué fines se quieren lograr. Para nuestro caso, el plan de salud se planteó con cinco objetivos: manejo adecuado de las basuras, defensa de los lugares de trabajo informal, mejoramiento de la calidad de los productos a vender, aumentar la asistencia a los servicios de salud y establecer alternativas económicas de trabajo.

4. *Actuar*: se desarrollaron acciones sencillas, basadas en las posibilidades económicas de la investigación; sin embargo, se enseñó que desde la generación de pequeñas acciones de transformación se pueden producir grandes cambios en las condiciones de trabajo de esta población, lo que denota mejores condiciones de salud. Así, se desarrollaron acciones para el mejoramiento de los lugares de trabajo y el mejoramiento de conocimientos en salud.

El mejorar los lugares de trabajo llevó además a un aumento de las ventas y, por lo tanto, mejores ingresos económicos. El mejoramiento se centró en la presentación del puesto de trabajo, en la calidad de los productos y en el aseo. De esta manera, se gestionaron recipientes para recolectar las basuras y se elaboró un cronograma colectivo para barrer y recoger residuos que estén cercanos a los puestos.

Por otro lado, se llevaron a cabo sesiones educativas sobre primeros auxilios, enfermedades crónicas, seguridad social y jornadas de toma de tensión arterial.

Muchas veces, esta población, más allá de la imposibilidad económica para cotizar a salud, pensión y riesgos laborales, desconoce qué significa cada uno de estos ítems y las formas de poder acceder a ellos como trabajador independiente. Se entiende que el mejoramiento de los conocimientos de salud de esta población es fundamental para prevenir o tratar a tiempo enfermedades crónicas.

Discusión

Como se anotó anteriormente, los intereses de la comunidad deben prevalecer como eje central de todo el proceso; sin embargo, el nivel organizativo de la comunidad o grupo de trabajadores informales va a determinar el compromiso y el interés de estas personas por llevar a cabo acciones en pro de mejorar su salud. Por lo tanto, se recomendó que una estrategia para hacer frente a esta situación es hacer contacto con colectivos de la comunidad o líderes sociales, ya que estas personas ya tienen influencia, disposición, actitud y apoyo de la comunidad para realizar acciones colectivas.

Otros estudios también hacen referencia a la importancia de contar con este apoyo. Por ejemplo, en

Brasil estudiaron la percepción de los trabajadores de la construcción sobre los riesgos y la carga de trabajo. Allí hicieron partícipes a las agremiaciones de trabajadores como una estrategia para volverlos multiplicadores de las actividades de promoción de la salud que se realizaban, lograr una inserción al campo más fácil, contar con mayor disposición para las actividades y disponer de mayor interés por parte de los trabajadores en los objetivos de la investigación [23]. Igualmente, en este mismo país se realizó una investigación con una comunidad de pescadores. Se estableció, como un paso metodológico de las fases iniciales de la investigación, el hacer contacto y lograr el apoyo de un líder comunitario, como una forma de que esta persona fuese la encargada de establecer un pequeño grupo que aceptara hacer parte de aquella. Este estudio refiere que parte del éxito de sus resultados dependió de este primer contacto, pues el interés y el compromiso de la comunidad fue mayor [24].

Adicionalmente, en nuestro caso se recomendó la idea de identificar un problema incipiente y darle resolución, para persuadir a los participantes de que la realidad es susceptible de ser transformada, hacer frente al desinterés por participar y mejorar el compromiso en la investigación. Este supuesto se origina en la IAP y supone que cada comunidad conserva en su interior un poder transformador, el que es necesario potenciar para lograr llevar a buen término estos procesos. En cuanto a la literatura, un estudio desarrollado en Estados Unidos se ocupó de la creación de grupos denominados de “reacción inmediata”, con el propósito de generar acciones para prevenir trastornos musculoesqueléticos mediante el cambio de herramientas, capacitación y el establecimiento de programas de acondicionamiento físico; lo anterior, como una forma de ir dando resolución a problemas de mayor envergadura y no esperar hasta tener una etapa de identificación de problemas completa para realizar una acción [25].

Ahora bien, acerca del denominado principio de “no delegación” de la IAP, se destaca este, en el sentido de materializar este postulado en la generación del *equipo de entorno laboral saludable*, que trabajara por el cambio en este contexto. Otras investigaciones también hacen referencia a la importancia de contar con ese grupo gestor; por ejemplo, en Tailandia se llevó a cabo un plan de mejora en SST con trabajadores informales, donde consideraron prioritario elaborar un modelo organizativo a partir de la creación de redes locales de estos trabajadores, como una estrategia para que se apropiaran de la investigación y asumieran el control en las diferentes actividades de la investigación [14]. También en Estados Unidos se desarrolló un proceso para mejorar las condiciones del aire al interior de los salones de belleza; en este caso, se implementó una metodología con el propósito de mejorar la organización del trabajo al interior de estos negocios y, a su vez,

establecer medidas para disminuir el uso de sustancias tóxicas presentes en los productos utilizados para esta labor. En este sentido, al mejorar la organización al interior de los negocios, se contribuye a fortalecer las condiciones de trabajo [26].

En general, la consolidación de grupos de la misma comunidad permite potenciar los conocimientos populares de estos trabajadores y lograr la consolidación de procesos participativos; así que, en el trabajo informal, la PSLT no puede depender de niveles directivos, porque, en primer lugar, no existen, y en segundo lugar, la inserción y la dinámica de trabajo es, en su mayoría, individual. Por esta razón, en estos escenarios se debe propender por el establecimiento de algún grupo o referente organizativo como símbolo del accionar colectivo y del interés mutuo; de allí el valor de la IAP para este tipo de estudios [27]. Así, la mayor o menor organización que se logre en las primeras etapas de las investigaciones dependerá del grado de compromiso de los participantes, el interés, la viabilidad de la inserción al campo de investigación, la calidad y la veracidad de los resultados, y el éxito a largo plazo de los programas de promoción de la salud [12].

Para la etapa de “construir” en nuestra investigación, fue fundamental contar con herramientas de información de fácil comprensión y aplicación, que posibilitaran un modo rápido y dinámico de sistematizar la información y establecer hallazgos o resultados, como lo fueron los diagramas de Venn, de araña, los mapas de problemas y objetivos, que resultaron bastante provechosos y exitosos. Al revisar la literatura, se encontró que, para el propósito de garantizar la participación real del grupo, es crucial la creatividad para la recolección y el análisis de la información; así, diferentes estudios realizaron actividades de grupos de discusión [28], uso de imágenes, recorridos guiados, representaciones teatrales, creación de canciones y elementos pictóricos [24], como medios para que los participantes representaran y expresaran sus problemáticas reales. En Bangladés, con el propósito de determinar el uso de los sistemas de salud y, a su vez, saber cuánto podrían pagar los trabajadores informales por una serie de paquetes de servicios de salud, usaron la metodología denominada “juego de ofertas”, actividad que se asemeja a una subasta, en donde se oferta un producto y precio, y el participante acepta o rechaza; a través de este se logró establecer cuánto dinero podrían cubrir estos trabajadores para un seguro de salud [29]. Adicionalmente, la IAP requiere de un pluralismo metodológico, por lo que se deben incluir métodos tanto cualitativos como cuantitativos (levantamiento de mapas, encuestas de opinión, testimonios, clasificación según importancia y debates de grupos focales, entre otros) [18], como herramientas que permitan dilucidar con mayor claridad la realidad de estos trabajadores, y ante todo poder ofrecer resultados con mayor veracidad.

Acerca de lo encontrado en la investigación con este grupo de trabajadores informales, se hallaron algunas problemáticas consideradas como prioritarias para resolver por este grupo de trabajadores informales, para promover la salud en sus entornos de trabajo, plasmadas en el *plan de salud*. Para la identificación de esas problemáticas se tuvo como referente a las denominadas “avenidas de influencias”: el espacio físico de trabajo, el entorno psicosocial de trabajo, los recursos personales de salud y la relación con la comunidad.

Es de resaltar que la literatura consultada no hace alusión a estas avenidas de influencia, por lo cual se hace el ejercicio de darle contenido a cada una de estas, desde la experiencia aquí presentada y la de otras investigaciones. Así las cosas, con relación al ambiente físico de trabajo informal, estos trabajadores se ubican en espacios o escenarios sociales y culturales al interior de las comunidades [14]; en este sentido, el *espacio físico de trabajo* desborda la noción de “lugar” y se inserta en la dinámica social del *territorio*, entendiendo que este es representado por la organización geopolítica, intereses económicos, culturales y políticos que determinan las acciones y las prácticas de grupos y actores del territorio [30].

Con respecto al *entorno psicosocial de trabajo*, se logra abstraer que el nivel organizativo de la comunidad [31], el nivel del compromiso de los líderes de los trabajadores informales y el desarrollo de procesos en el marco de políticas públicas [22] son fundamentales para el éxito de los procesos de salud de este grupo de trabajadores, siendo, para efecto de los sujetos participantes, una de las principales barreras, dado su bajo nivel organizativo.

En cuanto a los *recursos personales de salud* en el espacio de trabajo informal, se reconoce que la precaria situación socioeconómica de este sector se asocia con inadecuadas condiciones de salud y de acceso a estos servicios [32]. Sumado ello a las deficientes condiciones de trabajo, exposición a diversos factores de riesgo [33] y que, además, suponen en muchos casos una pérdida de derechos laborales [15], como el bajo acceso a la seguridad social integral [34-35], entre otros.

Con respecto a la avenida de influencia de *relación con la comunidad*, en nuestra investigación no fue desarrollada por cuestiones de tiempo y recursos; pero se entiende que un programa de PSLT no exige que se aborden las cuatro avenidas de influencia al tiempo; se podría abordar una, dos o tres, dependiendo de los recursos disponibles. Sin embargo, no se desconoce la importancia de esta avenida, puesto que esta relación es fundamental para la construcción de procesos de PSLTI, con acciones de generación de ciudadanía [36], el reconocimiento de los recursos naturales y su aprovechamiento, y la identificación de procesos sociales potenciales para el mejoramiento de las condiciones de esta forma de trabajo [24]. En este sentido, la sociedad en general

debe establecer un compromiso por la promoción de la salud, que pase por: intervenir en el terreno de la política de la salud pública, promover acciones para eliminar las condiciones de trabajo peligrosas, eliminar las diferencias entre las distintas sociedades, tomar medidas contra las desigualdades en términos de salud, reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud, apoyarlos y capacitarlos en todos los niveles para que ellos, sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud y, del mismo modo, se comprometan a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general [4].

Se evidencia que el mejoramiento del acceso a la salud para esta población exige el desarrollo de políticas de promoción desde los diferentes sistemas de salud, de modo que se propone, para el éxito de esta avenida, generar un proceso de reorientación de los servicios de salud adecuados a reales necesidades de estos trabajadores [3], crear redes interinstitucionales en pro de la salud [4] y garantizar la sustentabilidad financiera [6]. Sin embargo, ante sistemas de salud fragmentados, con bajos niveles de supervisión y ausencia de focalización de los trabajadores informales [27], la inclusión de estos trabajadores se convierte en un desafío para los diferentes gobiernos, en especial de los países en desarrollo [16].

Evidenciamos claramente que los procesos comunitarios son fundamentales para la construcción de procesos de PSLTI, con acciones de generación de ciudadanía [36], el reconocimiento de los recursos naturales y su aprovechamiento [24], y la identificación de procesos sociales potenciales para el mejoramiento de las condiciones de esta forma de trabajo [31]; por lo tanto, es decisivo, para el desarrollo de programas de PSLTI, la participación efectiva y concreta de la comunidad. El trabajo se constituye en una potencialidad de desarrollo de actividades y acciones para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo informal; además, se establece espacios de convivencia y solidaridad; se puede convertir en un ámbito para el establecimiento de redes sociales y la realización personal [37]. También se asume que con la implementación de pequeñas acciones se puede influir en las condiciones peligrosas de trabajo informal; por ejemplo, el acceso a un saneamiento adecuado, la instalación de estaciones de lavado de manos, y el uso de guantes y mascarillas serían acciones básicas que contribuyen a mejorar la salud en este sector [38].

Acerca de las limitaciones y las potencialidades del trabajo se tiene, en primer lugar, que esta metodología y los resultados obtenidos aplican para la población participante, con un contexto particular y un nivel organizativo determinado; se constituye en un primer ejercicio, con posibilidad de ser replicado o desmentido. En segundo lugar, se entiende que el desarrollo teórico de la promoción de la salud y entornos de trabajo

saludable de la OMS es pensado en el marco del trabajo formal, por lo que el desafío, en nuestro caso, fue el de darle sentido y ajustarlo a las condiciones del trabajo informal. Podría pensarse, como una limitante, que una vez que en el sector informal los trabajadores autogestionan sus condiciones laborales, dada las dinámicas del mismo, no existe una organización o grupo directivo, como en el sector formal, que apoye las acciones de promoción de la salud en sus entornos laborales. Sin embargo, lo vemos como una potencialidad, en tanto que aquí surge una línea de investigación con bastante campo para trabajar. Además, creemos que la articulación metodología del modelo de entorno laboral saludable y la IAP permitió entender esta dinámica, en cuanto posibilitó la participación de los trabajadores informales y se le dio un contenido desde la SST. Asimismo, se reconoce que, en algunos casos, el acceso a estos escenarios de trabajo informal puede implicar esfuerzos económicos y personales que comprometen la seguridad de los investigadores; sin embargo, el compromiso con la comunidad y el interés de esta permite que estos estudios culminen exitosamente.

Financiación

La presente investigación fue posible por el Programa de Jóvenes Investigadores de Colciencias, a través de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, por medio de la Convocatoria 706 de jóvenes investigadores del año 2015.

Conflicto de interés

Los participantes e investigadores no presentaron ningún tipo de conflicto de interés.

Declaración de responsabilidad

Se declara que los puntos de vista expresados son responsabilidad de los autores y no de la Universidad de Antioquia, de la Universidad Nacional de Colombia o de Colciencias.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Bangkok, Tailandia [internet]; 2005. [citado 2018 nov. 10]. Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf.
2. Organización Pan Americana de Salud (OPS). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria

- de Salud, Alma-Ata, URSS [internet]; 1978 [citado 2018 nov. 10]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa, Canadá [internet]; 1986 [citado 2018 ago. 8]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.
 4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Yakarta, República de Indonesia [internet]; 1997 [citado 2018 ago. 8]. Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/yakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf.
 5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial de salud ocupacional para todos: el camino hacia la salud del trabajo. Recomendaciones de la Segunda Reunión de los Centros Colaboradores en Salud Ocupacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Beijing, China [internet]; 1995 [citado 2018 ago. 8]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42109/951802071X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Luxemburgo. Asumida por la Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo en la reunión mantenida en Luxemburgo, Gran Ducado de Luxemburgo [internet]; 1997 [citado 2018 ago. 8]. Disponible en: http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/Promocion%20Salud%20Trabajo/Documentos%20ENWHP/Documentos%20estrategicos/Ficheros/22_1%20Declaracion_%20Luxemburgo.pdf.
 7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de soporte. Seminario Internacional de Promoción de la Salud, Ginebra, Suiza [internet]; 2010 [citado 2018 ago. 8]. Disponible en: https://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf.
 8. Muñoz A. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: teoría y realidad. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 2010;56(220):220-225.
 9. Puerto AH, Torres PE, Roa FA, Hernandez JE. Modo de vida de un grupo de trabajadores informales en Corabastos, Bogotá D. C. 2014. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2016;34(1):80-87. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a10
 10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Empleo informal y seguridad social [internet]. 2018 [citado 2018 ago. 8]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-informal-y-seguridad-social>.
 11. Nastiti A, Prabharyaka I, Roosmini D, *et al.* Health associated cost of urban informal industrial sector: An assessment tool. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012;36:112-22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.03.013>.
 12. Andrade M, Alves A, Andrade P, *et al.* Fatores associados a acidentes de trabalho envolvendo trabalhadores informais do comércio. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(6):1199-212. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00101014>.
 13. Ishimaru T, Arphorn S, Jirapongsuwan A. Hematocrit levels as cardiovascular risk among taxi drivers in Bangkok, Thailand. *Ind. Health*. 2016;54(5):433-8.
 14. Manothum A, Rukijkanpanich J. A participatory approach to health promotion for informal sector workers in Thailand. *Inj Violence Res*. 2010;2(2):111-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.5249/jivr.v2i2.36>.
 15. Vásquez E, Martínez E. Políticas públicas en seguridad social para la protección de los trabajadores informales en Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2013;12(24):87-98.
 16. Khan J, Ahmed S. Impact of educational intervention on willingness-to-pay for health insurance: A study of informal sector workers in urban Bangladesh. *Health Economics Review*. 2013;3(12):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/2191-1991-3-12>.
 17. Breilh, J. La epidemiología crítica latinoamericana. Análisis general del estado del arte, debates y desafíos actuales en la construcción del método, 1991. Citado por: Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú. Lima: Ministerio de Salud, Universidad Norbert Wiene, Organización Panamericana de la Salud Perú; 2005.
 18. Loewenson R, Laurell A, Hogstedt C, *et al.* Investigación acción participativa en sistemas de salud. Una guía de métodos. Ottawa, Canadá: Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET) en asociación con Training and Research Support Centre (TARSC), Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR), World Health Organization (WHO) y el International Development Research Centre (IDRC) Canadá; 2014.
 19. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [internet]; 1964 [citado 2018 ago. 8]. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCI/ES/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>.
 20. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993 oct. 4).
 21. Alcaldía Mayor de Bogotá D. C. Decreto 098, por el cual se dictan disposiciones en relación con la preservación del espacio público y su armonización con los derechos de los vendedores informales que lo ocupan (2004 abr. 12).
 22. Colombia, Corte Constitucional. Sentencia SU 360, dentro de las acciones de tutela instauradas por 1016 vendedores estacionarios y ambulantes de diversas localidades de Santafé Bogotá, contra el Alcalde Mayor del Distrito Capital, Enrique Peñalosa y los Alcaldes Locales de Fontibón, Chapinero, Engativá, Santa Fe, Kennedy, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Suba, según la zona de ubicación de los respectivos solicitantes (1999 may. 19).
 23. Conti M, Cera da Silva R, Cobra L, *et al.* Precarização do trabalho e risco de acidentes na construção civil: um estudo com base na análise coletiva do trabalho (act). *Saúde Soc*. 2012;21(4):976-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400015>.
 24. Ribas C, Sabóia V. Educação popular em saúde com pescadores: uma experiência fora da “zona de conforto” da enfermeira. *J. Res. Fundam. Care*. 2015;7(3):2846-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2846-2852>.
 25. Boatman L, Chaplan D, Teran S, Welch L. Creating a climate for ergonomic changes in the construction industry. *American Journal Of Industrial Medicine*. 2015;58(8):858-69. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajim.22499>.
 26. Garcia E, Sharma S, Pierce M, Bhatia S, Tong S, Hoang K, Quach T. Evaluating a county-based healthy nail salon recognition program. *American Journal of Industrial Medicine*. 2015;58(2):193-202. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajim.22379>.
 27. Quinlan M, Sokas R. Community campaigns, supply chains, and protecting the health and well-being of workers. *Am J Public Health*. 2009;99(Suppl 3):S538-S546. DOI: 10.2105/AJPH.2008.149120.

28. Hüsken S, Heck S. The 'Fish Trader+' model: reducing female fish traders' vulnerability to HIV. *African Journal of AIDS Research*. 2012;11(1):17-26, DOI: <http://dx.doi.org/10.2989/16085906.2012.671254>.
29. Ahmed S, Hoque E, Razzaque A, *et al.* Willingness-to-pay for community-based health insurance among informal workers in urban Bangladesh. *PLoS ONE*. 2016;11(2):e0148211. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0148211>.
30. Llanos-Hernández L. El concepto del territorio y la investigación en las ciencias sociales / The concept of territory and research in social sciences. *Agricultura, Sociedad y Desarrollo*. 2010;7(3):207-20.
31. Carothers R, Breslin C, Denomy J, *et al.* promoting occupational safety and health for working children through microfinance programming. *Int. J. Occup. Environ. Health*. 2013.
32. Alfers L, Rogan M. Health risks and informal employment in South Africa: Does formality protect health? *Int. J. Occup. Environ. Health*. 2015;21(3):207-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1179/2049396714Y.0000000066>.
33. Cadiz A, Camacho V, Quizon R, *et al.* Occupational health and safety of the informal mining, transport and agricultura sectors in the Philippines. *Southeast Asian J. Trop. Med. Public. Health*. 2016;47(4):833-43.
34. Lkhasuren O, Takahashi K, Onolt D. Occupational lung diseases and the mining industry in Mongolia. *Int. J. Occup. Environ. Health*. 2007;13(2):195-201. DOI: 10.1179/oe.2007.13.2.195
35. Carretero J, Cueva B, Vidal A, *et al.* Economía informal, un problema de salud laboral. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2017;20(1):30-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.12961/apr.2017.20.01.5>.
36. Muñoz A, Castro E. De la promoción de la salud a los ambientes de trabajo saludables. *Salud Trab*. 2010;18(2):141-52.
37. Puello E, Ortega J, Valencia N. Factores sociales asociados a la salud de los trabajadores informales agrícolas de la ciudad de Montería - Córdoba, Colombia. *Universidad y Salud*. 2013;15(2):103-12.
38. Cunningham RN, Simpson CD, Keifer MC. Hazards faced by informal recyclers in the squatter communities of Asunción, Paraguay. *Int. J. Occup. Environ. Health*. 2012;18(3):181-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1179/1077352512Z.00000000027>.

