

Pertinencia de los Compromisos del Sector Salud en la Política Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Joven Trabajador

Lídice Álvarez Miño¹ y Román Vega²

¹Terapeuta Ocupacional. M. Sc. Salud Pública. Observatorio sobre Infancia. E-mail: lidice@eudoramail.com

²Médico. Ph. D. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. E-mail: vega@saludcapital.gov.co

RESUMEN

Objetivo Evaluar los compromisos que el sector salud asumió en la política nacional para la erradicación del trabajo infantil se examina la pertinencia de lo formulado por dicho sector en relación con el contexto, los alcances del sistema y sobre todo, las necesidades sentidas de los niños, niñas, jóvenes trabajadores y sus familias.

Metodología Para realizar esta evaluación se utiliza el enfoque sistémico desde, por una parte, se comparan los compromisos con el contexto social, económico, político del momento en el cual el sector salud definió sus compromisos. Por otra parte, se llama a todos los involucrados alrededor del tema. A partir de ellos se genera una estrategia de comparación o triangulación de discursos para obtener los aspectos en los cuales coinciden y en los que hay conflicto, analizando las diversas posturas.

Resultados Se evidencian dificultades en el sector en cuanto a la toma de decisiones, así como el desconocimiento de la infancia y la juventud en cuanto sujetos sociales de derecho.

Conclusiones En el sector de salud se presentan limitaciones para comprender el fenómeno del trabajo infantil así como el papel del sector en la solución del problema y las barreras estructurales establecidas desde la Ley 100 de 1993

Palabras Claves: Trabajo de menores, salud, política, Colombia (*fuentes: DECS, BIREME*).

ABSTRACT

Evaluation of the obligations of the health sector in the public policy for eradication of child labor and protection for young working people

Objective As part of the evaluation of the obligations which the health sector acquired within the national policy for eradication of child labor, it is necessary to analyze their pertinence in relation to the context, the goals of the system and, overall, the needs felt by children of both sexes, young workers and their families.

Methods For this evaluation the systemic approach is used where one side the commitments are compared with the social, political and economic context in which they were formulated and, on the other side, all those involved in the subject are called. From this a comparative strategy or triangulation is generated in order to obtain the coincident aspects as well as the conflicting ones, analyzing the different positions.

Results Difficulties become evident in the sector regarding decision taking, as well as the ignorance of children and youths as social subjects of rights.

Conclusions In the health sector limitations are present for the understanding of the phenomenon of child labor, as well as of the role of the health sector in the solution of the problem and the structural barriers created by the Law 100 of 1993.

Key Words: Child labor, healthcare sector, public policy (*source: MeSH, NLM*).

Colombia desde 1995 ha formulado e implementado una Política Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Joven Trabajador con el fin de darle respuesta al problema de la inserción temprana de niños y niñas al mercado del trabajo, a través de la confluencia de diversos sectores, entre los que se encuentra salud.

Alrededor del tema se han congregado múltiples actores desde las instituciones del Estado, los empresarios, las organizaciones de trabajadores y la sociedad civil organizada en ONG, quienes, después de una ardua labor de lobby político desde la OIT, se han sensibilizado frente al tema (1).

Desde que se diseñó e implementó la política, en 1996 con el primer Plan Nacional de Acción, el sector salud, a través del Ministerio de Salud, se comprometió a actuar articuladamente con otros sectores y a su vez, a realizar algunas acciones propias del sector dentro de lo que el Sistema General de Seguridad Social le estableció.

Esta Política se ha convertido en dos Planes Nacionales de carácter indicativo que cuentan con cinco líneas de acción: análisis de situación, sensibilización y transformación de patrones culturales, desarrollo de políticas públicas, desarrollo legislativo e intervención directa.

En el Segundo Plan Nacional de Acción (2000 – 2002) (2), que enmarca la presente investigación, el sector salud adquirió compromisos con base en el siguiente objetivo: Diseñar y poner en marcha los mecanismos necesarios para garantizar el desarrollo más preciso y focalizado de las políticas públicas relacionadas con la prevención y erradicación del trabajo infantil, especialmente aquellas formas referidas a la educación básica y media, la formación para el trabajo, la promoción del empleo adulto, la recreación y el deporte, la salud y la nutrición y la protección de la familia y la infancia.

En la Tabla 1 se indican los compromisos adquiridos frente a las líneas de acción con el fin de cumplir con el objetivo.

La política nacional se ha planteado actuar en torno a tres ejes orientadores de estrategias que tienden a solucionar el problema. Estos ejes son: prevención, rescate y protección.

Para los niños y niñas menores de 14 años se habla principalmente de erradicar toda forma de trabajo en la que este grupo poblacional participe, enfatizando en las denominadas peores formas (3), ya sea a través de evitar que ingresen más niños y niñas a conformar la fuerza de trabajo infantil o de rescatar los que se encuentran trabajando.

Para los jóvenes mayores de 14 años se ha establecido que pueden trabajar siempre y cuando la labor desempeñada cumpla con la reglamentación establecida y se generen así puestos de trabajo protegidos. Para este grupo de 14 a 17 años también se enfatiza en el rescate de los que se encuentren en las denominadas peores formas.

Los sectores que concurren en la política proponen acciones en torno a estos tres propósitos.

Prevención

La prevención en general se refiere a la anticipación de los hechos, es decir, actuar antes de que aparezcan los problemas. En el tema del trabajo infanto juvenil se entiende como evitar que ingresen personas menores de 14 años al trabajo.

Tabla 1. Compromisos del sector salud según las líneas de intervención del plan nacional de acción

Líneas	Compromisos
Análisis de situación o subsistema nacional de información	La Red de instituciones prestadoras de servicios de salud iniciaran actividades de recolección de información sobre morbilidad y mortalidad infantil asociadas a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ATEP), a través del Sistema de información Integral en Salud SIIS. Las direcciones territoriales realizarán el diagnóstico de las condiciones de salud de los niños y niñas trabajadoras
Sensibilización	No se encuentra compromiso explícito
Desarrollo de políticas públicas y fortalecimiento institucional	Se incrementarán cupos en la cobertura del régimen subsidiado a las familias de los niños, niñas y jóvenes trabajadores Se incorporarán a las políticas de protección de la salud de los trabajadores del sector informal un capítulo sobre atención a jóvenes trabajadores entre 15 y 17 años Se ampliarán coberturas en riesgos profesionales para jóvenes trabajadores entre 15 y 17 años (conjuntamente con el Ministerio de Trabajo) Se gestionará ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud la aprobación de la atención por accidente de trabajo a niños y niñas trabajadoras que no se encuentran en el régimen subsidiado. Se incluirá en el Plan de Atención Básica las acciones dirigidas especialmente a los jóvenes trabajadores entre 15 y 17 años del sector informal. Se definirán protocolos para que el personal de urgencias identifique, atienda y notifique los ATEP de los niños, niñas y jóvenes trabajadores. Definir e impulsar normas técnicas para la aplicación de acciones de promoción y prevención a través de visitas a los sitios donde habitualmente se encuentran los niños, niñas y jóvenes trabajando Se incluirá en los lineamientos metodológicos para el proceso de planeación local de salud, las variables referentes a la población laboral menor de edad y las acciones para su desvinculación y la protección de la salud
Desarrollo legislativo	No se encuentra compromiso explícito
Intervención directa	Las secretarías territoriales de salud garantizarán la vinculación y acceso de las familias de los niños, niñas y jóvenes trabajadores, al Sistema general de Seguridad Social en Salud. Los inspectores de trabajo en coordinación con las secretarías territoriales de salud realizarán las gestiones para asegurar afiliación de los jóvenes trabajadores entre 15 y 17 años en actividades no riesgosas, al Sistema de Seguridad Social Integral

Según el primer Plan Nacional de Acción (4) la prevención es el conjunto de acciones que desde los diversos sectores se desarrollan para evitar la vinculación de niños y niñas a cualquier tipo de trabajo, así como impedir que los jóvenes se vinculen a actividades de alto riesgo (las que son presentadas en el segundo Plan Nacional de Acción como “peores formas”).

La prevención en la política se termina reduciendo a la posibilidad de incidir sobre las poblaciones que se encuentran en riesgo de ingresar al trabajo infantil ya sea por condiciones de pobreza, falta de acceso a educación y salud o porque las tradiciones, valores e imaginarios culturales obligan a los niños, niñas y jóvenes a trabajar.

Sin embargo, esta forma de prevenir el trabajo infantil se queda tratando de incidir sobre los determinantes próximos y sobre poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, pero no alcanza a abarcar un punto de vista más amplio como es el de afectar las condiciones estructurales que producen el fenómeno a través de garantizar los derechos a la población infanto juvenil.

Rescate

Se refiere a la capacidad de los diversos actores para desligar a los niños y niñas trabajadores de su actividad laboral y restituirles los derechos. Dentro de los Planes Nacionales de Acción, este rescate hace referencia a abolir, en general, las prácticas laborales de niños y niñas menores de 14 y 15 años y en particular, las “peores formas” de trabajo que realice cualquier persona menor de 18 años.

En la política la erradicación es la sumatoria de tres acciones:

- la prevención, evitar que nuevos niñas y niños ingresen al trabajo
- el rescate, desvincular del trabajo a niños y niñas que se encuentren laborando
- la atención transitoria, satisfacer temporalmente las necesidades de estos niños, niñas, jóvenes y sus familias mientras que son desvinculados por completo o mientras que se mejoran sus condiciones de trabajo (jóvenes)

En los planes nacionales, el rescate va ligado a una serie de acciones que pretenden satisfacer los derechos que han sido vulnerados, principalmente el acceso a la educación, salud y nutrición a través de las cinco líneas de acción anteriormente presentadas.

Vale la pena anotar que toda acción de prevención o rescate debería ser coherente con la situación política, social, cultural y económica en la que se encuentre el país para no caer en estrategias asistencialistas y transitorias que generen frustración en la población. Por esto es importante analizar desde la formulación de los planes si los compromisos que cada sector plantea pueden realmente afectar la situación de los niños, niñas y jóvenes que trabajan en a vía de garantizar o restituir derechos respectivamente.

Protección

La OIT se ha referido al trabajo protegido principalmente para la población discapacitada entendiendo este como un puesto de trabajo que “no solamente sea útil y remunerado, sino que además presente oportunidades de adaptación al empleo y de ascenso”(5) Un trabajo protegido debe contar con condiciones adecuadas para las capacidades de los trabajadores que allí se encuentran, en este sentido se convierte en un espacio de aprendizaje de habilidades para luego poder avanzar a empleos mejor remunerados y con mayor reconocimiento.

Desde la Política Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección de Joven Trabajador se concibe la protección como el conjunto de estrategias que permite a los jóvenes mayores de 15 años y menores de 18 realizar actividades laborales bajo unas condiciones especiales como son (6):

- máximo 6 horas diarias de trabajo
- únicamente en jornada diurna
- en trabajos donde no haya riesgos o donde se cuente con la debida protección
- con vinculación al Sistema General de Seguridad Social
- no en actividades de alto riesgo

El Trabajo protegido se concibe como una estrategia mediante la cual las y los jóvenes mayores de 15 años se pueden insertar a trabajos siempre y cuando estos tengan las condiciones especiales de acuerdo con la edad y las capacidades, cuya finalidad es prepararlos para el trabajo en la edad adulta.

Los diversos sectores y actores que conforman el Comité Nacional han realizado dos Planes Nacionales de Acción para erradicar el trabajo infantil y proteger a los jóvenes trabajadores. Durante los 6 años de realización de estos Planes, se ha avanzado en aspectos como la visibilidad que ha adquirido el tema del trabajo infanto juvenil, la sensibilización de los funcionarios, las ONG, las centrales obreras, entre otros. Pero la erradicación del trabajo realizado por niños y niñas y la protección de los jóvenes no se evidencia. Al contrario, cada vez se pueden ver más niños, niñas y jóvenes en múltiples actividades. Ante esto surgen muchas inquietudes sobre donde se puede encontrar la debilidad de la política.

Se podría pensar en múltiples elementos que afectan las acciones que se están realizando, pero inicialmente se considera prioritario analizar la formulación y diseño en términos de que la pertinencia de lo que allí se plantea. Es decir, determinar que tanto de lo comprometido se puede cumplir en la vía de erradicar el trabajo realizado por niños y niñas y proteger a los jóvenes trabajadores.

La presente investigación se centra en evaluar la pertinencia de los compromisos adquiridos por el sector salud para darle respuesta al fenómeno del trabajo infanto –

juvenil, teniendo en cuenta que el actuar de éste se suscribe al marco de la Ley 100 de 1993 y que el problema del trabajo infantil juvenil congrega a múltiples sectores y disciplinas en su solución. Cabe entonces preguntarse sobre la pertinencia de lo planteado para erradicar del trabajo infantil y la proteger el trabajo juvenil desde el sector salud que se rige por la Ley 100, principalmente contemplando los capítulos de salud y riesgos profesionales.

La evaluación de la pertinencia aquí planteada hace referencia a cuatro elementos:

- Las contribuciones del sector salud para erradicar efectivamente el trabajo infantil y proteger a las(os) jóvenes trabajadores desde los compromisos planteados en la Política Nacional;
- La coherencia entre los compromisos asumidos por el sector y el contexto socio político presente en el momento de toma de decisiones para la construcción del Plan Nacional
- La articulación entre los compromisos de salud en el Plan Nacional con lo planteado por la Ley 100 en salud y riesgos profesionales;
- Y la Ley 100 como facilitadora o limitante del actuar del sector salud frente a la erradicación del trabajo infantil y la protección del joven trabajador.

Todo esto visto desde la dinámica local de Bogotá y con énfasis en lo planteado en el segundo Plan Nacional de Acción, presentado anteriormente.

En Colombia para 1996 se hablaba de 1 425 400 niños, niñas y jóvenes entre los 12 y 17 años y de 33 000 entre los 7 y 11 años trabajando (7). Recientemente el DANE ha difundido la cifra de 1 587 847 niños, niñas y jóvenes entre 5 y 17 años trabajando (en el servicios doméstico, como obreros, ayudantes e independientes), lo cual corresponde al 14,5 % de la población en estas edades. UNICEF Colombia, por su parte, ha estimado una participación de aproximadamente 2,7 millones de niños, niñas y jóvenes colombianos (8), 1 200 000 más que la cifra del DANE debido a que incluye las denominadas “peores formas”, cifra que, a pesar de no ser precisa, brinda una idea del crecimiento del fenómeno debido principalmente al empobrecimiento masivo de la sociedad colombiana, al aumento del desempleo de los adultos, los problemas del sistema educativo y la falta de acceso a servicios básicos.

La situación se ha convertido en un problema de salud pública no solamente por la magnitud sino además por la relación perversa de salud – trabajo de la infancia, leída desde el enfoque de los derechos de la niñez, donde por una parte la salud es un derecho

de supervivencia de todos los niños y las niñas, y por otra, es un derecho prevalente, lo cual significa que tiene una connotación de mayor importancia frente a los derechos de los demás grupos poblacionales. La infancia y la juventud son momentos del ciclo vital donde se goza plenamente de derechos y en esa forma se puede alcanzar el bienestar. Sin embargo, en un Estado capitalista, inmerso en un modelo neoliberal y con un modelo de producción diseñado desde el enfoque de flexibilización laboral, se genera un caldo de cultivo propicio para que el trabajo infantil se presente, no como una decisión de los propios niños y sus familias sino como una condición que expulsa a estos niños, niñas y jóvenes a la calle, a empresas informales, a contribuir de una u otra forma con los ingresos familiares para poder subsistir. Todas esas circunstancias impiden que esta población infanto juvenil se integre a actividades propias de su edad que le permitirían tener una condición saludable, desde lo que la salud colectiva denomina: Producir socialmente salud.

La relación salud – trabajo infantil se puede analizar desde el maltrato infantil, como una situación donde los adultos (padres o cuidadores) explotan a una persona menor de edad para beneficio propio impidiéndole que se inserte en actividades escolares o lúdicas (9). También se puede leer la situación desde la salud ocupacional la exposición de un sujeto, que por su condición de crecimiento y desarrollo, se encuentra en una mayor vulnerabilidad frente a los riesgos laborales a los que se expone y por esto el resultado de la exposición de un niño, niña o joven a unos determinados riesgos va a afectar significativamente su salud y vida (10). Pero además, desde el enfoque de los derechos, articulado con el enfoque de la ocupación humana, se puede analizar esta relación donde cada sujeto en la sociedad cuenta con elementos de diversa índole, que le permiten (o le impiden) desde un “impulso interno”, denominado voluntad, provocar actos humanos para desempeñarse de acuerdo con sus capacidades. Luego, si ese impulso existe (ya sea por el gusto o interés) se generan procesos de aprendizaje, desde los contextos en los que vive, que le permiten desarrollar las habilidades, potencialidades y destrezas necesarias para que finalmente pueda ejecutar procesos ocupacionales acordes al momento de su ciclo vital en el que se encuentre.

Desde esa mirada, el trabajo infanto juvenil se convierte en una “disfunción socio-ocupacional” en la medida que niega un punto de partida igual para la población infantil al impedir que sea desde un impulso de la voluntad que se generen procesos de aprendizaje que preparen adecuadamente a los niños, niñas y jóvenes para el trabajo en sus vidas adultas. Esta disfunción se convierte en un determinante de las condiciones de salud de la población que se encuentra sometida a realizar labores precozmente. Se considera entonces el trabajo infanto juvenil como un problema poblacional/ ocupacional, y no sectorial, que debe ser atendido desde un enfoque integral de infancia

MÉTODOS Y MATERIALES

Se realizó un estudio cualitativo de caso en Bogotá acogiendo la postura ética de los derechos de la niñez.

Se partió del enfoque sistémico y específicamente desde la teoría crítica de límites (11-13) un modelo teórico postulado por Gerard Midgley (13), un investigador y científico social inglés, de la Universidad de Hull, quien, junto con un grupo de investigadores diseñó una metodología para el análisis y evaluación de políticas, partiendo de un análisis sistemático del origen y desarrollos de la teoría general de sistemas producidos por autores como Bertalanfy, Maturana, Churchman, Fuenmayor y Uldrich entre otros, desde quienes retomó elementos para construir su enfoque propio, al que han denominado teoría de la “crítica de los límites – boundary critique”.

Desde el pensamiento sistémico se encuentran que “el mundo puede ser descrito como una jerarquía de sistemas, cada uno de los cuales contiene y es contenido por otros sistemas”(11). Frente a esa magnitud de relaciones sistémicas los pensadores sistémicos necesitan establecer límites para hacer posible su comprensión y análisis. Los límites se constituyen en el concepto central del enfoque sistémico. Al respecto, Midgley recoge a Churchman (12) quien plantea que “los límites son construcciones sociales o personales que definen los límites del conocimiento que se considera pertinente en un análisis”.

Al introducir el concepto de límites, los autores pretenden identificar cómo los diversos actores que confluyen en la arena política tienen relaciones desde sus sistemas de valores, creencias, intereses e historias particulares que les han establecido una serie de límites, que se convierten en puntos comunes o en puntos en conflicto cuando se trata de decidir, implementar o evaluar las políticas. Estos puntos son los que se pretenden identificar a través de la “teoría de crítica de límites” ya que, el establecimiento de dichos límites lleva a incluir o excluir actores o acciones.

Desde este enfoque se plantea la evaluación de los *stakeholder* (actores) que permite identificar los actores relevantes y hacer comparaciones entre lo que ellos consideran debería haber sido la política y lo que realmente es.

Tabla 2. Matriz de la población participante en la investigación

Población total	Actividad	Información	Lugar y Fechas
95 niños y niñas entre 6 y 12 años	Actividad lúdica "las elecciones presidenciales":	Conceptos de salud y trabajo Propuestas verbales y escritas frente a lo que se debería hacer en salud para ayudar a los niños y niñas que trabajan	Las Ferias, Kennedy y Engativá Marzo 22, 29 y 30 Abril 1 y 2 de 2003
67 jóvenes	Rincones expresivos "murales"	Conceptos salud, trabajo, política. Papel del sector salud.	Kennedy y Engativá Marzo 29 Abril 5 y 8 de 2003
55 madres y padres de familia	Plenaria	Conocimiento y problemática del sistema de salud. Crítica frente a los compromisos del sector para la erradicación del trabajo infantil	(El Triunfo y Britalia) Kennedy Abril 3 y 8 de 2003
7 funcionarios	Actividad grupal con matrices de información Debate abierto	Perspectiva del papel del sector salud frente al tema. Relaciones de poder en la toma de decisiones. Percepciones frente a los compromisos	Ministerio de Salud Marzo 10 de 2003
7 expertos	Entrevista semiestructurada individual	Lectura externa del papel de salud frente al tema. Análisis de cada compromiso desde la Ley 100 de 1993	Diversos lugares y fechas

Las categorías de análisis se definieron para dos momentos

1. Análisis documental: desde el material producido por el sector en el marco de esta política se hizo un análisis de acuerdo a las categorías que se presentan en la Tabla 3.
2. Análisis desde los actores sociopolíticos: se comparan los discursos de los grupos de actores antes presentados a partir de las categorías establecidas en la Tabla 4.

Tabla 3. Categorías para el análisis documental

Categoría	Indicador
Contexto socio – político	<p>Situaciones sociales específicas de cada momento</p> <p>Lógica política de gobierno</p> <p>Modelo de gestión (relación Estado – mercado)</p> <p>Resultados esperados (premisas desde las que partían)</p> <p>Asignación de responsabilidades</p> <p>Distribución de recursos y beneficios</p>
Concepto de niñez De acuerdo a como se conciban los niños, niñas y jóvenes menores de 18 años se hará posible el avance hacia la reivindicación plena de los derechos de esta población.	<p>Se identificará el concepto de infancia en la Política y en la Ley 100 a través de la utilización de términos como:</p> <p>Menor: niega el carácter de ciudadano</p> <p>Objeto de protección: pasivo, no participe,</p> <p>Beneficiario: objeto de beneficencia o sujeto de beneficios</p> <p>Sujetos sociales de derechos</p>
Concepción de trabajo infante – juvenil: De acuerdo a como el sector conciba el problema definirá su actuar articulado o desarticulado frente a los demás sectores	<p>Problema de la pobreza: carácter netamente económico del problema.</p> <p>Situación normal de los países pobres: actividad necesaria para la sobrevivencia de niños, niñas y jóvenes de familias pobres.</p> <p>Problema de las familias: las familias son las responsables de que los niños, niñas y jóvenes trabajen por no ser capaces de satisfacer sus necesidades básicas (salud, educación, recreación).</p> <p>Problema social: la estructura estratificada de la sociedad acepta que existan personas excluidas.</p> <p>Problema cultural: el valor que se le asigna al trabajo como formador y protector.</p> <p>Problema sectorial: existen sectores con roles diferentes que deben promover un trabajo multisectorial para solucionar este problema.</p> <p>Problema poblacional (estructural): la participación prematura de niños, niñas y jóvenes en el mercado laboral significa que existen fallas estructurales que afectan la producción - reproducción social, lo cual trasciende al proceso salud – enfermedad de la población. Frente a esto se plantea la intersectorialidad e interdisciplinariedad como alternativa de solución</p>
Percepción de la salud en la infancia-juventud trabajadora	<p>Opuesto a la enfermedad</p> <p>Condición individual</p> <p>Proceso salud – enfermedad</p> <p>Condición colectiva</p> <p>Condición que tiene íntima relación con las formas de producción</p>
Papel del sector salud en la erradicación del trabajo infantil, en la prevención de ingreso de nuevos niños y niñas al mercado de trabajo y en la protección de los jóvenes de 15 a 17 años en el trabajo	<p>No tiene ningún papel: simplemente puede apoyar las acciones que se realicen con campañas de vacunación, desparasitación, etc.</p> <p>Tiene un papel secundario: le corresponde incluir la población infante - juvenil trabajadora, al sistema de salud y disminuir los riesgos a los que se encuentra expuesta esta población.</p> <p>El papel del sector es fundamental: al construir conjuntamente con los demás sectores alternativas de solución que afecten las condiciones estructurales que generan el pro-</p>

	<p>blema, a través de acciones claras de promoción de la salud.</p> <p>El compromiso del sector en la erradicación del trabajo infantil y protección del joven trabajador se identifica por asignación de recursos y la inclusión de variables que tengan que ver con el trabajo infanto – juvenil en su sistema de información.</p> <p>Se ha delegado su labor a salud ocupacional: por ser este un problema que tiene que ver únicamente con la relación salud y trabajo</p> <p>Salud pública ha asumido un rol protagónico al definir lineamientos de PAB y la definición de acciones de promoción de la salud</p>
Integralidad	Cobertura a todas las contingencias
Universalidad	Criterios de inclusión de toda la población a las acciones planteadas en la Política y al SGSS en Salud y en Riesgos profesionales
Solidaridad	Ayuda entre actores sociopolíticos
Unidad	Articulación entre políticas, sectores, instituciones
Participación	Posibilidad de los actores sociopolíticos para incidir en las decisiones políticas

Tabla 4. Categorías de Pertinencia

	Sector Salud	Actores
Categorías de pertinencia	Coherencia con el contexto socio - político	Percepciones frente a la cotidianidad
	Coherencia con la planeación central – marco legal (Ley 100 de 1993)	Percepciones frente a la cotidianidad
	Integración entre sectores	Integración entre actores
	Supuestos políticos desde los que parte	Percepciones – supuestos desde los que actúa
	Compromisos desde los aportes a la solución del problema	Percepción de los compromisos frente a los aportes en la solución del problema
	Compromisos formalmente asumidos SER	Deseos de la población beneficiaria DEBER SER

Procesamiento y análisis de la información

El análisis de información se realizó desde la comparación de información encontrada ya fuera en la parte documental o desde los actores involucrados. En esa medida, respondiendo a las categorías previamente establecidas se compararon las diferentes fuentes de información para responder a los elementos que finalmente permitieron responder sobre la pertinencia de los compromisos del sector.

El análisis desde los actores se hace a través de una “triangulación de actores”, que se entiende como la comparación entre por lo menos tres actores frente a los mismos tópicos:

1. El discurso desde el SER (discurso hegemónico) de los funcionarios se compara con el DEBER SER (posturas de los beneficiarios) planteadas por los niños, niñas y los jóvenes;
2. Frente a cada compromiso se comparan las percepciones de los funcionarios, expertos y familiares de los niños, niñas y jóvenes

RESULTADOS

Análisis documental

Inicialmente desde el análisis documental, donde se compararon los documentos que mostraban la situación del momento en que salud asumió los compromisos en 1999 con

los datos encontrados desde el contexto sociopolítico para ese año, con el fin de evidenciar la coherencia entre lo que se pretendía hacer y lo que ocurría. Los hallazgos generales fueron los siguientes: Problemas en cobertura del sistema: no se había llegado ni al 50% de cobertura de la población y se planteaba ampliar cobertura para las familias de los niños, niñas y jóvenes trabajadores. No se evidenciaron compromisos que impidieran el ingreso de nuevos niños, niñas y jóvenes al trabajo, a pesar de que la pobreza había aumentado significativamente. No se formularon compromisos articulados con otros sectores claves como el de educación a pesar de que este sector se encontraba ampliando coberturas para los niños y niñas más pobres y allí el sector salud se habría podido apoyar para generar otros mecanismos de búsqueda de los niños, niñas y jóvenes trabajadores. Ante el desconocimiento del problema y la falta de información el sector planteó la necesidad de contar con un sistema de información, aunque desconoció las fallas que se habían presentado anteriormente en este aspecto. Por otra parte determinó la necesidad de hacer diagnósticos de las condiciones de salud y trabajo desde las direcciones territoriales, lo cual ha sido un avance en la caracterización del problema. La afiliación de jóvenes trabajadores al sistema de riesgos profesionales era incoherente por la formalidad sobre la que se estableció este sistema. Se hizo más énfasis en la atención a los eventos del trabajo que en estrategias de promoción de la salud y prevención para erradicar el trabajo infantil, impedir el ingreso de nuevos niños, niñas y jóvenes al trabajo y proteger a los jóvenes

Frente a los supuestos políticos que se evidenciaron en los documentos se encontró que el sector salud tiene diversas miradas frente a los temas de infancia, lo cual se podría potenciar en generar posturas pluralistas, sin embargo, estas posturas pueden ser recogidas en las decisiones que se adoptan frente al tema del trabajo infantil. Por un lado, por que la Ley 100 de 1993 tiene una visión frente a la infancia basada en el paradigma de situación irregular que impide reconocer a la población infanto juvenil como ciudadanos con derechos prevalentes. Pero además, porque al plantear soluciones frente al tema no se consulta a la población “beneficiaria” -niños, niñas, jóvenes y sus familias.

La perspectiva tradicional desde la que salud ha tratado de responder al problema del trabajo infanto juvenil es la de reconocer a la población desde su condición de trabajadores, por lo cual ha sido desde riesgos profesionales que se atiende el problema. Esto a llevado a que los funcionarios que tienen a su cargo los temas de infancia consideren que no tienen nada que hacer dentro de la política para erradicar el trabajo infanto juvenil.

Por otro lado, el sector salud se ha preocupado más por dar respuestas formales frente a la solución del problema del trabajo infantil, produciendo documentos y cumpliendo con las tareas que le pide el Comité Técnico.

No existe una lógica clara de trabajo intersectorial para comprender a la infancia desde la universalidad, Integralidad y corresponsabilidad de los derechos. En parte porque los demás sectores tampoco han logrado generar claridades ni estrategias con relación a este tema, lo cual tiene que ver con la lógica sectorial desde la que se formuló la política nacional. Pero además, porque al interior del sector se le ha delegado la responsabilidad a unos pocos funcionarios que tienen otra cantidad de tareas que cumplir.

Análisis desde los actores socio-políticos

Desde los jóvenes trabajadores la propuesta desarrollada parte de una concepto diferente de salud y en esa medida tiene unas particularidades con relación a la de los más pequeños.

Los niños, niñas y jóvenes trabajadores coinciden con algunos de los compromisos que el sector se propuso en el marco de la política. En primera instancia está la necesidad de conocer las condiciones de salud de esta población, lo cual se relaciona con la necesidad de los niños, niñas y jóvenes a expresar lo que sienten y cómo se sienten como trabajadores, cómo les afecta esto su salud.

Tabla 5. Propuestas desde los niños trabajadores

	Grupo de Derechos	Propuesta
Síntesis de los elementos claves que proponen los niños y niñas trabajadoras por su salud	Supervivencia	Nutrición, Vivienda, Manejo de basuras, medioambiente limpio Resolución del conflicto, paz Salud- Seguridad Social: contar con hospitales, gratuidad, destinar recursos para salud desde el gobierno, solucionar la crisis del sector, ampliar R. Subsidiado
	Desarrollo	Espacios lúdicos Educación
	Participación	Libre expresión Solidaridad
	Protección	Apoyo a la familia en pobreza Empleo para los adultos

Tabla 6. Propuestas desde los jóvenes

	Area de Derechos	Propuesta
Síntesis de los elementos claves que proponen los jóvenes trabajadores por su salud	Supervivencia	Nutrición Salud- Seguridad Social: contar con hospitales, aumentar cobertura de subsidios - ampliar R. Subsidiado. Disminuir- eliminar burocracia.
	Desarrollo	Espacios para recrearse y hacer deporte Educación Tener oportunidades de desarrollo
	Participación	Ser escuchados Ser tenidos en cuenta

En segundo lugar está el aseguramiento que tiene que ver con elementos como la ampliación de la cobertura en régimen subsidiado y el otorgamiento de un carné de ARS para poder acceder a los servicios. Y finalmente se encuentra la asistencia en salud, que hace referencia a lo que el sector plantea como protocolos de urgencias y establecer que los niños, niñas y jóvenes trabajadores sean atendidos por ATEP así no estén en ningún régimen. Los niños, niñas y jóvenes plantean esta necesidad como que haya hospitales y médicos suficientes para que los puedan atender cuando se enfermen.

Desde la comparación entre las perspectivas de los niños y niñas trabajadoras, jóvenes trabajadores y funcionarios del sector salud:

- Para los niños, niñas y jóvenes trabajadores la salud es un derechos esencial que está íntimamente ligado con su vida
- El empleo de los adultos es reconocido por la población infanto juvenil como un determinante de su condición de salud.
- El sector salud entiende y atiende el problema desde la lectura que hace con los lentes del asistencialismo y del aseguramiento,
- Al comparar estos tres actores surgen como puntos en común la necesidad de tener la información frente a las condiciones de salud de la población infanto juvenil, pero a través de permitir a los niños, niñas y jóvenes expresar lo que sienten. El aseguramiento también es un punto común lo cual permite ver como el discurso hegemónico del sector salud ha penetrado a la sociedad. Y finalmente, la necesidad de contar con hospitales y profesionales de la salud que atiendan a la población es también un punto en común.
- Los demás aspectos presentados ampliamente por los niños, niñas y jóvenes se convierten en puntos críticos de conflicto a los cuales solamente se puede ajustar a través de una estrategia intersectorial.

Desde las perspectivas de Familias, expertos y funcionarios del sector salud

- Coinciden en la necesidad de generar estrategias de información que permita entender el fenómeno del trabajo infanto juvenil, así como hacer seguimiento de su dinámica y conocer mejor las condiciones de salud de esta población. Sin embargo, es claro que solamente a través de información no se puede afectar el problema.
- Para los actores, los demás compromisos tienen lecturas diferentes que dejan ver las tensiones entre lo que viven en su cotidianidad, los análisis desde los que

conocen el funcionamiento del sistema y las urgencias en las que se mueven los funcionarios para dar respuesta a todas sus tareas.

- Para las familias es importante que se les apoye en sus labor para evitar que sus hijos e hijas trabajen. Es principalmente desde la prevención que se debería atender el problema y esta prevención parte de garantizar derechos a la población infanto juvenil. Este elemento se convierte en punto de conflicto ante un sistema que no está pensado ni formulado desde la lógica de los derechos.
- Para los expertos el sector salud se queda corto en sus planteamientos frente al problema y esto se debe en parte a que el sector como tal no ha pensado su papel con relación a la garantía de derechos para la infancia en general, debido a la lógica que le impone la Ley 100, pero además, porque el sector salud se preocupa más por responder formalmente a las tareas que se le han designado y la verticalidad en las relaciones entre lo nacional y lo local que limita a las instancias locales en la generación de acciones más acertadas.
- Para los funcionarios los puntos de conflicto se encuentran en la forma de identificar y atender el problema a través de la focalización, lo cual excluye y genera una ruptura con la garantía de derechos. Pero además está la perspectiva de atender el problema desde las mismas acciones que se hacen para otras poblaciones, negando las particularidades que tiene este problema concreto.

DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación evaluó la pertinencia de los compromisos del sector salud en la Política Nacional para la Erradicación del trabajo Infantil y la Protección del Joven Trabajador. Se usó una metodología cualitativa (evaluación de políticas públicas desde los *stakeholders*- enfoque sistémico), que buscaba encontrar la coherencia entre los compromisos del sector salud con el contexto sociopolítico en el cual fueron asumidos; la articulación de estos compromisos con la Ley 100/93; la integración de salud con los demás sectores para afrontar el problema la claridad en los supuestos políticos desde los que el sector salud orienta su acción frente al tema del trabajo infanto juvenil; los aportes reales de cada compromiso en la vía de erradicar el trabajo infantil y proteger a los jóvenes trabajadores; y finalmente, ubicar puntos en común entre el SER (compromisos del sector salud) y el deber ser (necesidades sentidas de la población beneficiaria de la política: niños, niñas y jóvenes trabajadores)

De acuerdo con lo anterior, los elementos que caracterizan la pertinencia de los compromisos del sector salud se presentan en tres grandes grupos: Los compromisos de cara a la erradicación del trabajo infantil y la protección del joven trabajador, donde se presentan los aciertos y desaciertos frente a la solución del problema del trabajo infanto juvenil desde la respuesta del sector salud. Una mirada al sector salud, que hace referencia a su papel frente a trabajo infanto juvenil en términos de la interdisciplinariedad e intersectorialidad de las acciones, el poder de decisión de sus

funcionarios, los supuestos políticos desde los que parte y su intervención en los fenómenos socioeconómicos. Y finalmente, la articulación de los compromisos con la Ley 100 y sus fortalezas y debilidades frente a la solución del problema.

Los compromisos frente a la erradicación del trabajo infantil y la protección del joven trabajador

Las líneas de acción establecidos por la Política Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Joven Trabajador dentro de los cuales salud estableció compromisos fueron: Análisis de situación o subsistema nacional de información; Desarrollo de políticas públicas y fortalecimiento institucional; e Intervención directa. De acuerdo con los hallazgos solamente dos de los compromisos son pertinentes en el sentido de aportar elementos reales hacia la erradicación del trabajo infantil: El establecimiento de acciones para enfrentar el problema a través del PAB y Establecer acciones para la desvinculación y protección de la salud desde las direcciones territoriales. De los demás compromisos, algunos aportan elementos que no necesariamente afectan el fenómeno y otros definitivamente se consideraron irreales o irrealizables.

Con relación a los compromisos que tienen que ver con generación y manejo de información se puede finalmente decir que:

- Se reconoce la necesidad de contar con información que le permita al sector conocer lo que ocurre con la salud de la población infanto – juvenil trabajadora.
- Se presenta una incoherencia con la dinámica del fenómeno del trabajo infanto juvenil en relación con la forma como se recoge la información para el sistema de información del sector, se desconoce las fallas que ha tenido el sistema de información de salud frente a la inclusión de una variable nueva (ocupación) y frente a la incompatibilidad con los sistemas de información de los demás sectores.
- Es irreal recoger la información de los ATEP que afecten a los niños, niña y jóvenes trabajadores en el sentido de que no existe un sistema de información que permita reconocer la magnitud de estos eventos ni siquiera para la población adulta formal. Además, establecer si los accidentes o enfermedades que sufre la población infanto juvenil se asocian con el desempeño laboral es improbable ya que difícilmente los niños, niñas, jóvenes, sus familias o empleadores van a reconocer el origen laboral del evento
- Frente a la elaboración de diagnósticos de morbimortalidad se presenta el problema de la utilidad de estos estudios, que muchas veces se quedan en gavetas particulares y no se usan; la alta movilidad de la población infanto juvenil trabajadora hace que la información que se recoge a través de diagnósticos pierda validez rápidamente.

Frente a los compromisos que hacen referencia al diseño de políticas públicas de salud se resaltan los siguientes elementos:

- Es incoherente responderle a la población infantil con su inclusión al régimen subsidiado si se tiene en cuenta el funcionamiento y cobertura de este régimen. Por una parte, el acceso al sistema de salud es difícil (por la existencia de barreras de acceso) para los pobres. En este sentido el compromiso se convierte en un estímulo para que las familias coloquen a sus hijos a trabajar como estrategia para acceder al sistema.
- El sector se comprometió a incluir a los jóvenes trabajadores al sistema de seguridad social integral, lo cual es poco factible debido a que la mayoría se encuentra en la economía informal. Esto le impide acceder al sistema de salud (por que no cuenta con capacidad de pago para hacerlo como independiente) y de riesgos profesionales (porque el sistema en riesgos profesionales solamente admite a los trabajadores formales). Los que se encuentran en la formalidad tienen un permiso de trabajo que implica tener cobertura en seguridad social (pensiones, salud y riesgos profesionales).
- Es pertinente incluir a los jóvenes dentro de la política de protección a la salud de los trabajadores del sector informal ya que reconoce la existencia de este grupo de trabajadores. La debilidad del compromiso está en que se implemente.
- No es pertinente que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud apruebe la atención por accidente de trabajo (AT) de los niños y niñas trabajadoras que no se encuentran en el régimen subsidiado debido a que la población infantil debe ser atendida por cualquier evento en salud (Art. 44 de la Constitución política de Colombia) independiente del origen del mismo o del régimen de aseguramiento en el que se encuentre. Este compromiso hace evidente la inconsistencia legal que se presenta entre la Constitución Política que recoge la Convención sobre los Derechos de la Niñez, en la cual la población infantil tiene Derecho a la Salud, y La Ley 100
- Es pertinente el establecimiento de acciones para enfrentar el problema a través del PAB ya que este logra concurrir en esfuerzos con otros sectores que tienen que ver con el fenómeno y así poder enfrentar acertadamente el problema.
- Es pertinente la definición de protocolos para que el personal urgencias identifique, atienda y notifique los ATEP puesto que incluye a los funcionarios que realmente están atendiendo en la cotidianidad a la población y por esto puede ser la estrategia que alimenta el sistema de información.
- No es pertinente definir normas técnicas frente al tema del trabajo infantil pues se estaría legalizando el trabajo de esta población;
- Es irreal la realización de acciones de promoción de la salud a través de las visitas a los sitios de trabajo cuando la dinámica laboral es de alta movilidad y cuando no se concurre en esfuerzos con otros sectores y actores locales.

- Es pertinente que sea desde la planeación local que se establezcan acciones para la desvinculación y protección de la salud, ya que es el Distrito Capital donde se conoce lo que ocurre. Son los funcionarios de salud, los coordinadores PAB (que han recorrido las localidades), quienes pueden establecer mecanismos de acción frente al problema con más acierto.

Y finalmente, en relación con la línea de intervención directa se puede decir que:

- Los funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud reconocen que intervenir solamente a través de brigadas de salud en los proyectos que se desarrollan con los niños, niñas y jóvenes trabajadores en las localidades es poco acertado pues no permite la erradicación del trabajo infantil porque no genera estrategias que faculten a la comunidad para reclamar y hacer cumplir sus derechos y restituir los derechos de los niños y niñas.
- Aún persiste una postura moralista de negación del fenómeno que hace más difícil intervenir eficazmente. Es decir, para algunos funcionarios esta “mal” que los niños y niñas trabajen y en esa medida se debe prohibir el que lo hagan y se debe actuar a través de acciones policivas y de seguimiento que terminan por generar miedo en la población fomentando que sea ocultada y dificultando el acceso a ella.
- Las visitas a los lugares donde trabajan los niños, niñas y jóvenes tiene connotaciones policivas para los empleadores quienes prefieren ocultarlos o cambiarlos permanentemente impidiendo el fácil acceso de los funcionarios del sector a la población.
- Además, el ámbito local se encuentra limitado frente a las acciones que se definen en el PAB y aunque es en lo local donde se conoce mejor el fenómeno, difícilmente pueden cambiar los compromisos del nivel central.

Mirada al sector salud

Intersectorialidad e interdisciplinariedad

El trabajo infante - juvenil es un fenómeno social que requiere la intervención interdisciplinaria e intersectorial para poder afectar los diversos determinantes que lo producen. Sin embargo, de acuerdo con lo encontrado en el trabajo, es evidente que aún no se ha logrado generar una estrategia de trabajo intersectorial donde conjuntamente se estudie, analice y comprenda el fenómeno en su complejidad y se construyan soluciones conjuntas y articuladas. Es decir, el sector salud aún sigue actuando aislado de los demás sectores y únicamente tiene algunos momentos de encuentro (reuniones del Comité técnico para la Erradicación del Trabajo Infantil) en los cuales da cuenta de las actividades realizadas y los avances alcanzados. Esto indica que se ha logrado avanzar en un trabajo multisectorial donde cada sector decide lo que va a hacer frente al problema y lo comparte con los otros sectores pero no hay una construcción colectiva.

El cumplimiento de los compromisos por parte del Ministerio de Salud y de SDS recae sobre uno o dos funcionarios, quienes los asumen como una más de sus múltiples funciones y no es clara la generación de un trabajo interdisciplinario, en el cual converjan diversas disciplinas o profesiones en la identificación de los problemas sociales, su investigación, su inclusión en las agendas políticas, su análisis y evaluación para la generación de estrategias comunes para atender el problema del trabajo infante juvenil.

Los supuestos políticos desde los que actúa el sector salud

En el sector existen muchas miradas y posturas frente al tema del trabajo infante juvenil, lo cual afecta la definición de compromisos. El problema está en que no hay espacios de co- construcción y en esa medida, cada cual hace lo que cree debe hacer. Se entiende como un fenómeno de la pobreza y desde esa perspectiva es a través de acciones de beneficencia que se puede disminuir la participación de niños y niñas en el mercado de trabajo.

El sector entiende de diversas maneras la infancia y juventud. El problema radica en que aún falta mucho camino para que las decisiones se tomen desde una verdadera perspectiva de los derechos de la infancia. Permanece anquilosado en el paradigma de situación irregular y esto niega la posibilidad de decidir desde el interés superior de la niñez, de reconocerlos y reconocerlas como ciudadanos, y lógicamente, de promover su participación en las políticas que los afectan.

Salud frente a los fenómenos sociales

Debido a la lógica económica de mercado en la que quedó inmerso el sector, su papel frente a fenómenos sociales de esta naturaleza no es claro. La crisis por la cual está atravesando la salud pública desde la implementación de la Ley 100 ha impedido al sector profundizar en el conocimiento de esta población para dimensionar en conjunto las características y dinámicas propias de los determinantes de la salud en este fenómeno, como requisito básico para poder diseñar y ejecutar acciones, interdisciplinarias e intersectoriales, acordes a esta problemática socioeconómica que tiene un impacto importante sobre la salud de la población infante juvenil trabajadora.

La Ley 100 no le facilita al sector atender este problema de carácter socioeconómico que afectan la salud de la población infante juvenil debido al enfoque desde el que mira la infancia (situación irregular), la fragmentación que establece entre poblaciones, la débil consideración de la “ocupación” como determinante de la salud y el planteamiento abstracto de promoción de la salud.

La Ley 100 de 1993 fue construida después de que Colombia adoptara la Convención sobre los Derechos de la Niñez, sin embargo, esta no recogió la perspectiva de derechos y al quedar convertida en el marco legal que orienta el actuar del sector salud se generaron varias inconsistencias que se pueden analizar a través de los siguientes aspectos:

Aseguramiento y Asistencialismo

El aseguramiento para pobres y desprotegidos hace referencia a la necesidad de cubrir el riesgo de manera individual, pero mediante el procedimiento de focalización hacia las personas más pobres, cuyos riesgos son mayores. Desde esta perspectiva, los niños, niñas y jóvenes trabajadores pueden quedar excluidos debido a que a través de su trabajo ellos pueden satisfacer algunas necesidades básicas frente a los más pobres.

Por otra parte, la lógica asistencialista de prestación de servicios de salud continúa estando presente en la Ley 100 donde se promueve principalmente la atención a los eventos en salud (accidentes y enfermedades ocasionadas por la actividad laboral) pero son muy débiles los planteamientos frente a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Riesgo vs. Derechos de los niños

Existe otro factor que afecta el actuar de salud en la Política Nacional para la ETI y PJT. Esta Política fue planteada desde el marco de los derechos de la niñez lo cual se contradice con el enfoque de aseguramiento del riesgo, debido a que el lente desde el cual se mira el problema es diferente. Desde el enfoque de derechos se considera el trabajo infante juvenil como una situación derivada de múltiples circunstancias socioeconómicas que afecta a los niños, niñas y jóvenes, que vulnera su condición de ciudadanos con derechos prevalentes, y por esto el Estado, la sociedad y la familia deben actuar hacia la satisfacción plena de sus derechos que les permita tener una vida digna. Pero, desde el aseguramiento del riesgo se mira el problema del trabajo infante juvenil como una serie de eventos (ATEP) que pueden afectar la salud de individuos menores de 18 años (es decir, aún no ciudadanos).

Protección integral vs. Situación Irregular

La política para la ETI y PJT fue planteada desde el marco de los derechos de la niñez lo cual quiere decir que se incorpora el paradigma de protección integral mientras que la Ley 100 fue formulada desde el paradigma de situación irregular. Esto genera una contradicción compleja en el sentido de que por un lado existen instrumentos legales que promueven la protección integral como son la Constitución y los convenios internacionales ratificados por Colombia; y por otro lado se encuentran los que profundizan la situación irregular como son el Código del Menor, la Ley 100 y sus

decretos reglamentarios donde se sigue negando la condición de ciudadanos a la población menor de 18 años.

Salud Pública y Riesgos profesionales

Desde el SGSS se ha hecho una división entre la salud de la población en general y salud de los trabajadores. Esta división ha impregnado la perspectiva desde la cual se considera el problema del trabajo infantil juvenil, la cual se basa en la condición de “trabajadores” y deja en segundo término la condición de “infancia – juventud”. Esto genera una confusión en el momento de establecer los compromisos porque al ver la población como trabajadores parecieran querer mejorar las condiciones de trabajo de estos niños ♦

REFERENCIAS

1. Álvarez L, Duran E, Torrado M, Vargas E, Wilches R. Análisis de la política Nacional frente al trabajo infantil. Colombia 1996 – 2002. Universidad Nacional de Colombia, OIT; 2003.
2. Comité Interinstitucional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Joven Trabajador. De sol a sol: Plan nacional para la erradicación del trabajo infantil y la protección de los jóvenes trabajadores 2000 – 2002. Colombia; 2000.
3. OIT. Convenio 182 de 1999. Publicación oficial; 1999.
4. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Plan Nacional de acción para la erradicación del trabajo infantil y la protección del joven trabajador. Santa fe de Bogotá. Colombia; 1996.
5. OIT. Recomendación 99 de 1953. Artículo 33.
6. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Manual para conceder autorización de trabajo a menores de edad. Santa fé de Bogotá; 1997
7. Florez C.E, Méndez R. Niñas, Niños y Jóvenes Trabajadores Colombia 1996. CEDE – OIT. Colombia; 1998.
8. UNICEF. En: Tiempos del Mundo. Semana 11 – 17 de Abril de 2002. Año 7 N° 15; 2002.
9. UNICEF. Informe anual. México; 1996.
10. Pitt, D. Child Labour and health. En: Shah, PM. Child Labour: A threat to health and development. Defense for Children International. Ginebra; 1985.
11. Midgley G. Sistemic Intervention: Philosophy, methodology and practice. Contemporary Systems Thinking. KA/PP. United States of America; 2000.
12. Churchman CW. (1968). The System Approach and the Design of Inquiring Systems. In: Midgley G. Sistemic Intervention: Philosophy, methodology and practice. Contemporary Systems Thinking. KA/PP. United States of America; 2000.
13. Midgley G, Boyd A. Systemic Evaluation: Three flexible and inclusive approaches. University of Hull. UK; 2002.

