

Promoción de la salud en los lugares de trabajo: un camino por recorrer

Workplace Health Promotion: a path to follow

Luzetty Chaves Bazzani ¹
Alba Idaly Muñoz Sánchez ¹

Abstract *It is necessary to transcend barriers with respect to the conceptual development and implementation of Workplace Health Promotion (WHP), given that workplaces are priority settings for health promotion. This study consists of a qualitative analysis that adopts a hermeneutic approach using a state-of-the-art technique. A total of 131 documents consisting of guidelines produced by national and international organizations and articles contained in the Embase, ScienceDirect, and Scielo databases were analyzed. Three main categories emerged from this analysis: conceptual development, study methodologies, and measurement of the results and impacts of WHP. Research output was concentrated mainly in North America, Europe, and Brazil. The studies document the positive impacts of WHP interventions on health, productivity and costs. The reach of WHP interventions is restricted to the formal sector. The working environments of informal workers are minimally addressed. WHP interventions should be geared towards improving work organization, working conditions, active participation and worker personal development; however, research has tended to focus on specific actions that address risk reduction, disease prevention, and workers' habits.*

Key words *Health promotion, Workplace, Occupational health*

Resumen *Es necesario trascender en el desarrollo conceptual y en la aplicación de la promoción de la salud en los lugares de trabajo (PSLT), ya que éstos han sido considerados como un espacio propicio y prioritario para la promoción de la salud. Se realizó un estudio cualitativo con aproximación hermenéutica que emplea como técnica el estado del arte, para lo cual se estudiaron 131 documentos de organismos nacionales e internacionales y de las bases de datos Embase, Science Direct y SciELO. Emergieron tres categorías principales: desarrollo conceptual de la PSLT, metodologías en el estudio de la PSLT y medición de resultados de la PSLT. La producción científica se genera principalmente en Norteamérica, Europa y Brasil en América Latina. Se han documentado impactos positivos en salud, productividad y costos. La amplitud de acción de la PSLT se restringe al ámbito empresarial formal, con mínimos acercamientos a entornos laborales de trabajadores informales. La PSLT debe ser orientada a la mejora de las condiciones de la organización, condiciones de trabajo, participación activa y desarrollo individual de los trabajadores, sin embargo, las investigaciones se han limitado en acciones puntuales relacionadas con reducción de algunos factores de riesgo, programas de prevención de enfermedades e intervención sobre hábitos individuales.*

Palabras clave *Promoción de la salud, Lugar de trabajo, Salud laboral*

¹ Facultad de Enfermería,
Maestría en Salud y
Seguridad en el Trabajo,
Universidad Nacional de
Colombia. Carrera 30 N°45
- 03. Bogotá Colombia.
lcbazzani@unal.edu.co

Introducción

Ante las adversas condiciones sociales y de salud que atraviesan amplios sectores de la población trabajadora en el mundo, los estudios relacionados con la promoción de la salud en los lugares de trabajo se hacen necesarios para identificar y describir las intervenciones realizadas a éste nivel.

Los lugares de trabajo han sido considerados como un espacio propicio y prioritario para la promoción de la salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la PSLT como “la realización de una serie de políticas y actividades en los lugares de trabajo, diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores en todos los niveles, a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas y contribuyendo al desarrollo económico y social de los países”¹. Son diversos los organismos internacionales y autoridades académicas quienes han defendido la iniciativa de la promoción de la salud en los lugares de trabajo (en adelante PSLT), al considerar que a partir de ambientes de trabajo saludables será posible favorecer la salud de los trabajadores y aportar a la productividad y a la calidad de vida general de las personas. Principalmente, hay experiencias de programas centrados en el autocuidado, considerando los principales factores de riesgo que se asocian al aumento de mortalidad y morbilidad en el mundo. La Organización Mundial de la Salud, señala que la prevalencia mundial de la obesidad en 2014 es más del doble que en 1980². En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, señala que corresponden a la mayoría de las defunciones por enfermedades no transmisibles con 17,5 millones cada año y que se encuentran seguidas por el cáncer (8,2 millones), las enfermedades respiratorias (4 millones) y la diabetes (1,5 millones)³.

Por otra parte, la OMS afirmó que en América Latina la economía informal en el sector no agrícola fue mayor al 55% en los años 90. Aunque señaló que los servicios de salud y seguridad en el trabajo abarcaban principalmente a las grandes empresas del sector estructurado, mientras que más del 85% de los trabajadores del sector no estructurado, como el sector agrícola y los migrantes de todo el mundo no tenían ningún tipo de cobertura para el año 2014⁴.

Estas cifras muestran la evidente relación entre la salud y el trabajo puesto que, como lo señala Betancourt, de acuerdo a las condiciones en las cuales se desarrolle, el trabajo puede generar impactos positivos o negativos en la salud

de las personas⁵. Por ello la importancia del desarrollo conceptual de la PSLT, al ser su principal objetivo el de *contribuir al mejoramiento del ambiente de trabajo físico y psicosocial, el estado de salud, la capacidad para tener valores y estilos de vida y de trabajo más saludables y el bienestar general de los trabajadores, con el fin de avanzar hacia el desarrollo sostenible con equidad y justicia social*¹.

Método

Se realizó un estudio desde el paradigma cualitativo, con una aproximación hermenéutica, que hace referencia a la interpretación y comprensión de los textos y al entendimiento crítico y objetivo del sentido. Al respecto, Gadamer señala que quien comprende reconoce la necesidad de poner a prueba una supuesta verdad propia, situación que hace parte de cualquier acto comprensivo. Por lo tanto, afirma que “el comprender contribuye siempre a perfeccionar la conciencia histórica – efectiva”⁶. Un aspecto fundamental en el proceso de comprensión es que el sentido de lo particular, de lo peculiar, siempre se da como resultado del contexto, tal como lo señala Minayo. Para comprender se requiere interpretar, establecer relaciones, extraer conclusiones en todas las direcciones y estar expuesto a errores y anticipaciones de juicios⁷.

Es de resaltar que históricamente el estudio de la relación salud – trabajo se ha sustentado principalmente en enfoques cuantitativos, desde un paradigma positivista, prevaleciendo un abordaje que vincula ésta temática con un enfoque médico tradicional ligado a la cuantificación de los riesgos. Al reconocer la naturaleza de la relación salud - trabajo como un proceso histórico social, se requiere promover estudios que empleen la hermenéutica como herramienta que permita su comprensión. Esto lo reafirma Lacaz al señalar que los límites epistemológicos del abordaje tradicional de la relación salud - trabajo hacen que “escape la posibilidad de considerar y aprehender otras relaciones” y que a partir de la visión empirista y positivista traída de la clínica impide que “considere y opere sobre nexos más complejos”⁸.

Para este estudio se emplearon herramientas cuantitativas como apoyo al proceso descriptivo. Se empleó como técnica el estado del arte, definido como “una investigación documental que tiene un desarrollo propio cuya finalidad es dar cuenta de construcciones de sentido sobre bases de datos que apoyen un diagnóstico y un pronós-

tico en relación con el material documental sometido a análisis⁹⁹. Se abordaron como unidades de análisis artículos científicos en bases de datos seleccionadas, además de directrices de organismos nacionales e internacionales referentes a la PSLT. La búsqueda en la producción científica acerca del objeto de estudio se realizó a través de los artículos publicados en las revistas indexadas que se encontradas en texto completo. Se emplearon como descriptores (DeCs y MESH): “Promoción de la salud”, “Lugar de trabajo”, “Salud laboral” y “Trabajo”, en inglés “Health promotion”, “Workplace”, “Occupational health” y “Work” y en portugués “Promoção da saúde” y “Trabalho”. Se delimitó a artículos escritos en inglés, español y portugués publicados entre los años 2004 a 2014 (Figura 1).

Resultados

A partir de este proceso de búsqueda y selección se definieron 131 documentos (41 documen-

tos normativos y lineamientos relacionados con PSLT y 90 artículos científicos) que constituyeron las unidades de análisis de este estudio. Para el caso de las bases de datos, luego de la eliminación de las publicaciones repetidas en las tres bases seleccionadas se encontró un total de 1.425 publicaciones con las cuales se realizó lectura de títulos y abstracts para verificar la relación de pertinencia con el tema objeto de estudio. De allí fueron seleccionados 90 documentos. Se identificó que la producción científica es publicada principalmente en Europa y Norteamérica con 38 y 28 publicaciones respectivamente, seguidas de Suramérica con 13 y finalmente Asia y Oceanía con 11 publicaciones. Respecto al idioma de publicación 66 documentos se encuentran en inglés, 14 en portugués y 10 en español. De la totalidad de artículos de las bases de datos, 58 documentos son resultados de investigación. A nivel de Suramérica, se destaca Brasil por el desarrollo de investigación en el área. A partir de las lecturas de los documentos repetidas a profundidad emergieron tres categorías principales: desarrollo

OBJETIVOS	METODOLOGÍA (FASES DE LA CONSTRUCCIÓN DEL ESTADO DEL ARTE)		SUBPRODUCTOS
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 1. Describir la producción a nivel mundial en lo referente a la PSLT, desde las bases de datos Embase, ScienceDirect y Scielo en documentos y directrices de organismos nacionales e internacionales.</p>	Preparatoria	Acercamiento a: PSLT, Metodología, Estados del arte	Problematización del objeto de estudio Marco metodológico
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2. Categorizar e interpretar de manera integrada las temáticas relevantes en relación a la PSLT abordadas en los documentos analizados.</p>	Descriptiva Interpretativa	Revisión documental Acciones inductivas: De lo particular a lo general	Matriz de factores e indicadores Descripción de la producción relativa a PSLT
<p>OBJETIVO GENERAL: Construir el estado del arte de laPSLT a partir de la revisión de la literatura de organismos nacionales e internacionales y de las bases de datos Embase, ScienceDirect y Scielo, en el período comprendido entre los años 2004 y 2014.</p>	Construcción teórica global	De lo global a lo particular Comprensión del sentido de los núcleos temáticos Planteamiento de relaciones	Resultados: Categorías emergentes de la PSLT
	Extensión y publicación	Divulgación de resultados	Discusión, Conclusiones, recomendaciones: estado del arte de la PSLT
			Publicación y socialización

Figura 1. Relación entre objetivos, metodología y subproductos para este estudio.

Fuente: Elaboración propia.

conceptual, metodologías en el estudio y medición de resultados e impactos de la PSLT.

Desarrollo conceptual de la PSLT

El análisis de los documentos seleccionados mostró el surgimiento y desarrollo de la estrategia PSLT. En 1974, Lalonde señaló que el campo de la salud involucra todos los aspectos que se relacionan con la salud: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización del cuidado médico, además de resaltar la influencia de las condiciones de trabajo en la salud de las poblaciones¹⁰. En 1986 con la Primera conferencia de Promoción de la salud Creación de ambientes saludables, se promulgó la Carta de Ottawa, con la cual se destacaron las condiciones necesarias para la salud y presentaron estrategias básicas para promover la salud. Las diversas conferencias de promoción de la salud han sustentado y ampliado estas posturas, enfatizando en la importancia de alianzas intersectoriales y afirmando que los entornos sociales y físicos se convierten en factores potenciadores de la salud, con un abordaje de los determinantes de la salud, planteamiento de medidas específicas y compromisos de los gobiernos, comunidad, sociedad civil y del sector empresarial.

Posterior a la Conferencia de Sundsvall, en 1996, fue creada la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP por sus siglas en inglés). En 1997 con la Declaración de Luxemburgo promovida por la ENWHP, se definió la Promoción de la Salud en los lugares de trabajo como: “el esfuerzo conjunto de empresarios, trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el trabajo combinando actividades dirigidas a mejorar la organización y las condiciones de trabajo, promover la participación activa y fomentar el desarrollo individual”¹¹.

En 1998 se divulga el documento *Health Promoting Workplace: Making it happen*¹² con el cual la OMS considera los lugares de trabajo como prioridad para la promoción de la salud en el siglo XXI. Reconoce que, a pesar de los demostrados beneficios, a la fecha de publicación de dicho documento los esfuerzos de PSLT habían alcanzado un número limitado de lugares de trabajo y trabajadores alrededor del mundo. Define la PSLT como la “realización de una variedad de políticas y actividades en el lugar de trabajo que están diseñados para ayudar a los empleadores y empleados en todos los niveles para aumentar el control y mejorar su salud”.

En general, en los documentos analizados, tanto de organismos internacionales como en los artículos científicos, se identificaron principios como la integralidad, la participación y la justicia social. Por ejemplo, un estudio realizado en Rio de Janeiro por Ferreira et al.¹³, evidenció la participación de trabajadores quienes expresaron sus necesidades relacionadas con la salud, buscando incorporar ampliamente en el proceso a los “protagonistas de las actividades”. En el mismo Estado, Borges y Azevedo¹⁴ realizaron una investigación cualitativa con trabajadores rurales, quienes atribuyeron los significados de libertad y satisfacción a su trabajo, asociado con la autogestión, la autonomía y la organización política, los cuales reportaron como elementos claves para la salud. De otro lado, en 2011 de Souza Soares et al., investigaron el conocimiento acerca de los servicios portuarios especializados relacionados con seguridad y salud en el trabajo por parte de un grupo de trabajadores. Los autores señalan que el conocimiento acerca de los servicios y sus funciones puede favorecer la coparticipación social que permita “viabilizar los cambios necesarios para tornar el ambiente portuario menos insalubre y peligroso”¹⁵.

Desde el punto de vista del proceso de trabajo, Silva y Tamminger¹⁶ señalan que la discusión acerca de los efectos negativos de las condiciones de trabajo inadecuadas sobre la salud de los trabajadores, muchas veces lleva a ocultar la función del trabajo como promotor de la salud. Las autoras afirman que esta función que debe ser rescatada, colocando el proceso de trabajo como eje del análisis en la relación salud – trabajo, en lugar de centrarse únicamente en el individuo, quien más que un objeto de atención en salud debe considerarse como sujeto activo del proceso salud enfermedad.

Particularmente en los documentos de organismos internacionales, se enfatiza en que las acciones de prevención dirigidas a enfermedades o factores de riesgo específicos corresponden tan solo a una fracción de los aspectos abordados desde la integralidad de la PSLT. Se evidencia que hay un importante desarrollo conceptual que involucra además elementos metodológicos para facilitar la puesta en marcha de la estrategia.

Metodologías en el estudio de la PSLT

Según Minayo¹⁷ la metodología es “el camino del pensamiento y de la práctica ejercida en el abordaje de la realidad”. Se plantea entonces, el camino o los pasos que han seguido los investiga-

dores para el estudio de la promoción de la salud en los lugares de trabajo, a partir de las unidades de análisis identificadas. En este apartado se analizaron únicamente los documentos correspondientes a los 58 artículos de las bases de datos que corresponden a resultados de investigaciones.

Respecto al enfoque, Gianella¹⁸ define las disciplinas científicas como “formas de organización del conocimiento que pueden justificarse por criterios temáticos u ontológicos, así como por criterios históricos y también socio institucionales o por una combinación de los tres”. En este estudio se encontró que el 55% de las investigaciones fueron abordadas desde la disciplina Salud y Seguridad en el Trabajo, en muchos casos identificada como Salud Ocupacional o Salud y Seguridad Ocupacional. Desde Salud Pública se identificaron 12 documentos (13,3%) y desde Enfermería 9 documentos (10%). Otras disciplinas que se identificaron en menor medida en las unidades de análisis fueron: Nutrición, Psicología, Medicina preventiva, Medicina del deporte, Ingeniería y Administración.

Para el análisis de paradigma de investigación se tuvo en cuenta la propuesta de Minayo¹⁷. De los 58 resultados de investigación, un 81% corresponden a estudios desde el paradigma positivista, principalmente en Estados Unidos, Europa y Brasil. El 19% restante (12 estudios) fueron desarrollados desde la sociología comprensiva, estos últimos publicados en mayor número en Brasil, seguido de Reino Unido, Estados Unidos, Noruega e Irán (Figuras 2 y 3).

En los documentos analizados se evidenció un interés particular por los trabajadores de la salud estudiados en 10 de las 58 investigaciones (incluyendo personal de la salud, servicios generales y administrativos). De acuerdo a la caracterización presentada, 55 investigaciones fueron realizadas con trabajadores del sector formal de la economía (94,8%), mientras que solo en 3 casos (5,2%) se abordaron trabajadores informales (dos estudios con trabajadores agrícolas y un estudio con artesanos y tejedores).

En cuanto a las líneas de acción para la implementación de procesos relacionados con la PSLT, se tienen en cuenta los elementos o aspectos en los que se centra la intervención (Figura 4). Los resultados evidenciaron diversos estudios enmarcados en la PSLT con una orientación hacia la prevención de la enfermedad. Principalmente se encontraron estudios orientados a la prevención de factores de riesgo cardiovascular¹⁹⁻²⁴ y dirigidos a eventos que causan alteraciones en la salud, como es el caso de Palucci y De Jesús²⁵ quienes realizaron una revisión integrativa de la literatura de modelos explicativos y de intervención para la promoción de la salud del trabajador, en lo relacionado con la prevención de accidentes de trabajo con material biológico. En los estudios identificados se evidencia en general una orientación de la intervención hacia el individuo a través de estrategias educativas.

A nivel de hábitos individuales de los trabajadores, uno de los principales aspectos abordados por las investigaciones en torno a la PSLT cor-

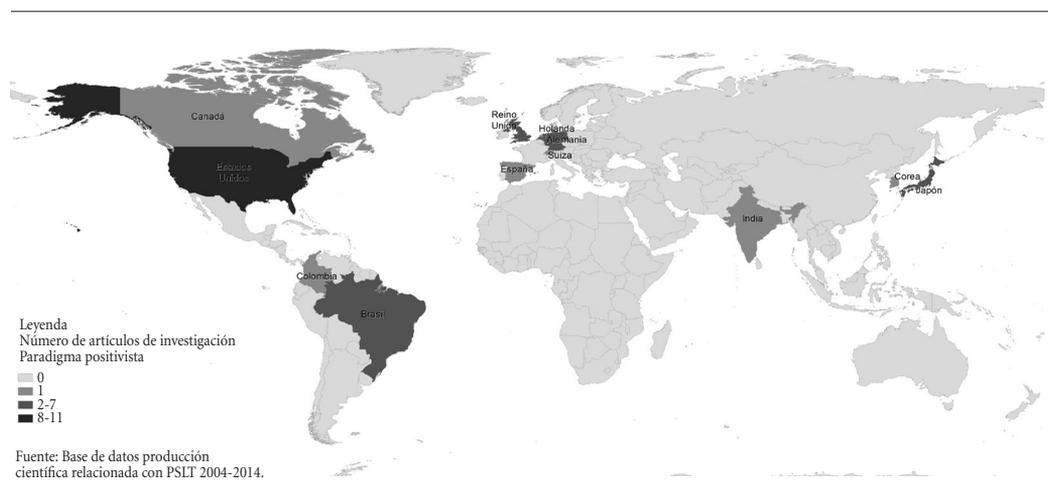


Figura 2. Distribución de investigaciones sobre PSLT desde el paradigma conceptual positivista por país de publicación.

Fuente: Elaboración propia.

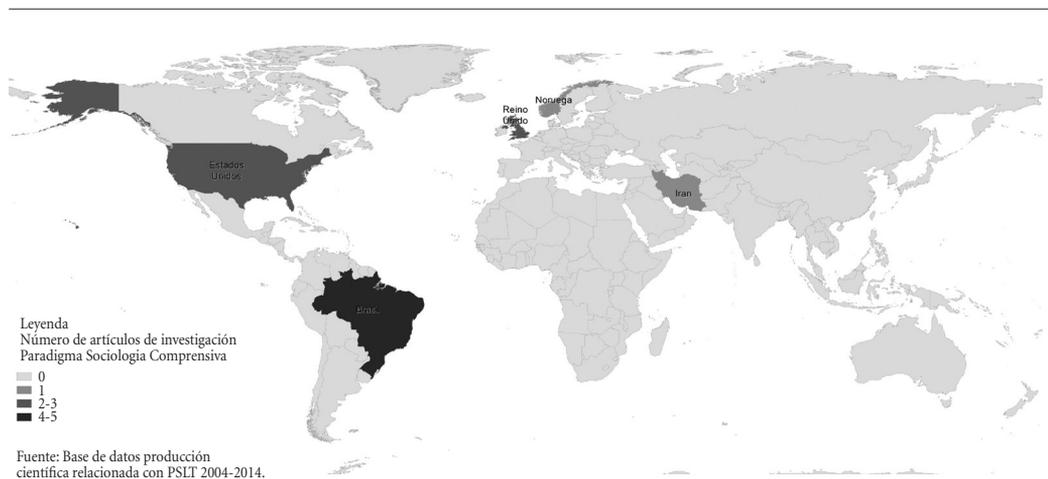


Figura 3. Distribución de investigaciones sobre PSLT desde el paradigma conceptual sociología comprensiva por país de publicación.

Fuente: Elaboración propia.

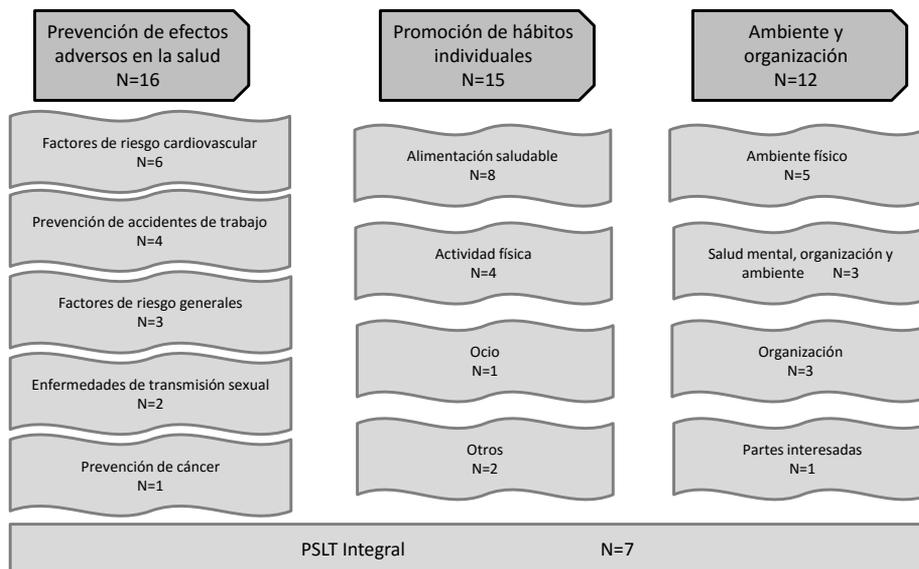


Figura 4. Número de artículos según aspectos de la PSLT estudiados.

Fuente: Elaboración propia.

respondió a la alimentación saludable desde los lugares de trabajo²⁶⁻³³. El segundo aspecto contemplado en los estudios sobre PSLT centrados en hábitos individuales corresponde a la actividad física³⁴⁻³⁸.

Respecto a la línea de acción ambiente y organización, Inauen et al.³⁹ plantearon un mar-

co de principios para el diseño de proyectos de PSLT que faciliten el análisis organizacional. Por su parte, Holmqvist⁴⁰ hace referencia a la PSLT enmarcada en la responsabilidad social corporativa. En general se observa que en la producción científica es creciente el abordaje de los aspectos organizacionales y ambientales, que se genera

principalmente en países europeos y en Brasil. A manera de ejemplo, Leão y Minayo Gomez⁴¹ afirman que la salud mental es frecuentemente considerada como un asunto de los sujetos, siendo necesario visibilizar los elementos de la organización del trabajo (división de tareas, jerarquía, modalidades de gestión, jornadas, turnos, ritmo, intensidad de las tareas, pausas) dentro de los procesos de vigilancia de salud del trabajador, para lo cual proponen un análisis integrado del proceso de trabajo.

Se evidencia un progresivo interés por los aspectos organizacionales y en algunos casos los estudios han abordado modificaciones al ambiente físico de los lugares de trabajo (Figura 4).

Finalmente, en cuanto a la línea de acción de la PSLT integral, Shain e Kramer⁴² señalaron que los programas de promoción de la salud son efectivos si consideran simultáneamente al individuo y al ambiente, teniendo en cuenta una concepción integral de la salud. En Norteamérica, Hymel et al.⁴³ señalan que, a partir de la revisión de la evidencia, hay mayores resultados en la realización de actividades que en conjunto incluyan la promoción y la protección de la salud, lográndose un mayor impacto en la salud de los trabajadores como en la productividad. Otras experiencias relacionadas con la PSLT integral corresponden a estudios realizados por Thakur et al.⁴⁴, Byrne et al.⁴⁵, Larsson et al.⁴⁶ y Buerkert et al.⁴⁷. La PSLT integral considera factores organizacionales que promueven la participación de los diversos actores involucrados y es a partir de la integralidad que se llevan a cabo programas más efectivos. En general, las experiencias documentadas respecto a la PSLT integral se orientan a una mirada comprehensiva de los abordajes previos (persona, ambiente y organización) además de todo lo concerniente los principios que paulatinamente surgieron desde el desarrollo de los conceptos de promoción de la salud y su posterior abordaje en los lugares de trabajo.

Medición de resultados e impactos de la PSLT

La medición de resultados ha de considerarse como el punto de partida para la toma de decisiones. Muñoz et al., a partir de una revisión realizada en el año 2010, señalaron que “son escasas las valoraciones cuantitativas y más aún los estudios con abordaje cualitativos relacionados con efectos en productividad”. Las autoras afirman que en el caso de Colombia, existe la tendencia a mostrar resultados de PSLT con indicadores

tradicionales cuantitativos de accidentalidad y enfermedad laboral⁴⁸.

En un metaanálisis realizado en Norteamérica⁴⁹ en el año 2013, se analizaron 18 estudios que describieron 21 intervenciones. Las investigaciones de alta calidad a nivel metodológico reportaron bajos efectos de los programas de PSLT. Se encontró además que los programas fueron más efectivos cuando hubo al menos un contacto semanal, enfatizando en la necesidad de programas intensivos de PSLT. Los programas que fueron desarrollados con población joven fueron más efectivos. Renaud et al.⁵⁰ midieron las tasas de participación y su relación con el ausentismo, encontrando relación entre estos aspectos.

De otro lado, la medición de los impactos económicos se evidencia en estudios como el de Carpintero et al.⁵¹ respecto al costo efectividad de los programas de PSLT, quienes encontraron resultados estadísticamente significativos en aspectos puntuales como gastos de salud y disminución del número de indemnizaciones por enfermedad. Sin embargo, concluyeron que son necesarios más estudios para establecer el impacto de los programas. Otros estudios realizados por Aldana et al.⁵² y Cherniack e Lahiri⁵³ identificaron beneficios financieros a partir de los programas de PSLT.

A partir de los estudios analizados se identificó el desarrollo de diversas alternativas para la medición de resultados de PSLT (Cuadro 1). De acuerdo a los intereses y necesidades particulares, se han planteado indicadores relacionados con las condiciones de salud, productividad, aspectos organizacionales e impactos económicos de los programas que se han puesto en marcha y que han permitido evidenciar sus beneficios. Sin embargo, han sido empleados en forma limitada y falta articulación de los diferentes componentes en la generalidad de los estudios de PSLT.

Discusión de resultados

La importancia del estado del arte de la PSLT radica en la posibilidad de identificar los aspectos que se han considerado relevantes en la producción del conocimiento, así como los vacíos que de una u otra forma pueden impedir o dificultar el desarrollo desde los puntos de vista de los conceptos y las prácticas. Es preciso enfatizar en que tal interpretación y entendimiento crítico del estado del conocimiento relacionado con la PSLT, se limita a los textos seleccionados de las directrices de organismos nacionales e internacionales referentes a la PSLT y los artículos científicos de

Cuadro 1. Indicadores que se han empleado para la medición de resultados de la PSLT.

<p>Medición de resultados en condiciones de salud y aspectos relacionados</p> <p>Indicadores globales de salud Indicadores cuantitativos de accidentalidad y enfermedad laboral Perfil de riesgo de alteraciones en salud (Ej. Perfil de factor de riesgo cardiovascular) Niveles de obesidad Signos de estrés, depresión Variación del riesgo de mortalidad Incidencia de enfermedad crónica Variación en hábitos personales: Disminución del tabaquismo, mejora en la actividad física, cambios en el consumo de frutas y verduras en el lugar de trabajo, disminución del tiempo de permanecer sentado en el trabajo, cambios en el uso de elementos de protección individual Salud auto percibida Mediciones fisiológicas, biomarcadores (Ej. presión arterial, colesterol, variabilidad de la frecuencia cardíaca, cortisol en la saliva) Habilidades personales de salud Percepciones de trabajadores acerca de sus condiciones de salud y trabajo</p>
<p>Medición de resultados en productividad y aspectos organizacionales</p> <p>Niveles de productividad en el trabajo Tasas de participación Ausentismo global, ausentismo debido a enfermedad Rendimiento en el trabajo Habilidades en el trabajo Cumplimiento (Ej. con entrenamiento, coaching, consumo de fruta y otros aspectos propuestos) Fidelidad (Ej. adherencia a protocolos de entrenamiento y coaching y sus barreras) Satisfacción en el trabajo Compromiso con el trabajo Contexto (barreras y facilitadores a nivel individual, social, organizacional, de los proveedores y de la intervención) Actitudes hacia el lugar de trabajo Incremento en cualidades de liderazgo Mejora en otros factores psicosociales y organizacionales Indicadores de responsabilidad social Percepciones acerca de los cambios en el ambiente</p>
<p>Medición de impactos económicos</p> <p>Gastos de salud Variación del número de indemnizaciones por enfermedad Costos de atención de la salud Ahorro de costos respecto a valor invertido Días de trabajo perdidos Retorno de la inversión</p>

Fuente: Elaboración propia.

las bases de datos y descriptores mencionados en este documento.

Respecto al abordaje de los organismos internacionales, el documento Entornos Laborales Saludables publicado por la OMS⁵⁴, examinó la relación entre trabajo, salud física y mental de los trabajadores, la comunidad y la salud de la empresa y la sociedad. Este planteamiento parte del análisis de los factores que afectan la salud, segu-

ridad y bienestar de los trabajadores y el éxito de las empresas y que se encuentran bajo el control de los trabajadores y empleadores, desde el punto de vista de mejora continua del Ciclo Deming. A pesar de mencionar la necesidad de inclusión de trabajadores informales, las metodologías propuestas se adecuan a las estructuras laborales formales. Del mismo modo, en la generalidad de los documentos analizados se evidencia la tendencia

en su orientación a ambientes empresariales formales. Así, aunque hay esfuerzos para el abordaje de la PSLT bajo enfoques alternativos, persiste la prevalencia del enfoque positivista en la investigación de estas temáticas.

El principio de justicia social implica la inclusión de la totalidad de las personas en sus ambientes de trabajo. Con la publicación de la Estrategia de PSLT para América Latina y el Caribe¹ se enfatizó en la necesidad de abordar grupos de trabajadores con necesidades específicas, como: trabajadores agrícolas, mujeres, independientes y adultos mayores, entre otros. Sin embargo, lo identificado en el estudio muestra que únicamente se abordaron estas poblaciones en 4 de las 58 investigaciones analizadas. Se corrobora la perpetuación de un modelo tradicional de exclusión, ya que en la literatura científica relacionada con PSLT no es posible visualizar las problemáticas de precarización y vulnerabilidad del sector laboral informal, desconsiderando sus características particulares, pues han sido mínimamente abordados a pesar de representar la mayor proporción de trabajadores en muchos países de América Latina.

En lo referente a las metodologías empleadas en las investigaciones acerca de la PSLT, un hallazgo interesante de este estudio corresponde a los paradigmas de investigación sobre PSLT identificados en Brasil, país que además de ser el mayor investigador en el área en la región de América Latina y el Caribe, logra un equilibrio en cuanto al desarrollo de estudios desde el positivismo y la sociología comprensiva. Retomando a Robledo y Agudelo⁵⁵ puede considerarse como un claro ejemplo de la fase de consolidación de la promoción de la salud, en donde se articulan con mayor amplitud los paradigmas positivistas y no positivistas. Por lo tanto, Brasil en este aspecto es un modelo de investigación a seguir por parte de los demás países de la región.

Los resultados de este estudio evidenciaron que la mayoría de investigaciones identificadas tienen una orientación hacia el desarrollo de habilidades y responsabilidades individuales, centradas básicamente en la prevención de la enfermedad. Estos resultados coinciden con una investigación realizada en los Países Nórdicos⁵⁶ a partir de 63 publicaciones, en donde se encontró que los estudios revisados se enfocaban principalmente en la prevención de la enfermedad, más que en promover medidas positivas de salud. Adicionalmente, con la mayoría de estudios no se buscaba realizar cambios en el lugar de trabajo, pero si era

visto como un espacio conveniente para orientar a las personas a cambios en sus comportamientos, estilos de vida y prevención de la enfermedad. En cierta manera puede entenderse esta preocupación por parte de quienes han desarrollado los estudios y las intervenciones, orientando de manera prioritaria sus esfuerzos investigativos hacia una necesidad palpable: la realidad mundial de las enfermedades no transmisibles. Considerando que la inactividad física, las dietas inadecuadas el consumo de tabaco y de alcohol aumentan el riesgo de fallecimiento a causa de una de las enfermedades no transmisibles³, se evidencia la necesidad de intervenir en esta problemática, para lo cual los lugares de trabajo han sido los espacios que brindan una alternativa en este sentido.

Sin embargo, en este punto es necesario insistir en que es fundamental, además del énfasis dado a las habilidades y responsabilidades individuales de los trabajadores, se aborde de manera crítica a los lugares de trabajo a través de cambios ambientales e intervenciones organizacionales considerando lo propuesto en las directrices internacionales. Desde estas perspectivas se han realizado algunos acercamientos, pero aún se requiere continuar con los esfuerzos hacia un abordaje integral. Este hecho ha sido también señalado por Carvalho⁵⁷ quien observó, a partir de un análisis de los procesos de abordaje de la salud en Canadá, que los programas y actividades de promoción estaban más orientados a prácticas educativas que pretenden modificar exposición a riesgos generados por “comportamientos inadecuados” de las personas. El autor señala que, aunque estos procesos han tenido efectos positivos en algunos grupos poblacionales, ha sido mínimo el impacto general en las condiciones de vida de la población, por el énfasis en los estilos de vida saludables de forma puntual.

Los estudios analizados arrojaron el empleo de diversos indicadores relacionados con las condiciones de salud, productividad, aspectos organizacionales e impactos económicos de los programas que se han puesto en marcha y que han permitido evidenciar sus beneficios. Por lo tanto, estos resultados invitan a revisar los indicadores actuales propuestos desde ámbitos regionales y nacionales por la normatividad, que pueden estar limitándose a la tradicional medición de niveles de accidentalidad, morbilidad, días de trabajo perdidos y otros, desde una mirada de riesgo y enfermedad. La PSLT facilita medición de aspectos positivos, ya que es la promoción de dichos aspectos la esencia de la estrategia.

Conclusiones

El desarrollo conceptual de la PSLT se ha dado durante cuatro décadas alrededor del mundo, partiendo de las concepciones de la promoción de la salud. Particularmente se ha enfatizado en que las acciones de prevención dirigidas a enfermedades o factores de riesgo específicos corresponden tan solo a una fracción de los aspectos abordados desde la integralidad de la PSLT. Se evidencia que el desarrollo conceptual involucra valiosos elementos metodológicos para facilitar la puesta en marcha de la estrategia, sin embargo, es mucho lo que aún hace falta para llevar a la práctica la PSLT. El modelo económico imperante a nivel global limita el desarrollo de políticas y para la puesta en marcha de procesos integrales de PSLT en los escenarios laborales.

Es necesario promover la generación de políticas e intervenciones referentes a la salud de los trabajadores y su puesta en marcha, considerando las características particulares del sector informal que ha venido siendo excluido o mínimamente abordado.

Finalmente, se requiere el desarrollo de la estrategia de la PSLT en forma integral, fundamentado en los principios de justicia social, interdisciplinaridad, intersectorial y sostenibilidad, más allá del enfoque exclusivo en la reducción de los factores de riesgo. Se hace necesaria la integración de componentes que propendan por la participación de los trabajadores y de los diferentes sectores de la sociedad involucrados y soportados en políticas sociales en beneficio de los trabajadores.

Colaboradores

L Chaves-Bazzani elaboró el artículo a partir de los resultados originales de su Tesis de Maestría, participando en todas las etapas del trabajo. AI Muñoz-Sánchez como directora de Tesis, contribuyó significativamente con la concepción, metodología, interpretación y revisión crítica.

Referencias

- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Estrategia para el fortalecimiento de la promoción de la salud en los lugares de trabajo en América Latina y el Caribe. Anexo 6. Relatoría Taller Estrategia de promoción de la salud en los trabajadores en América Latina y el Caribe [Internet] 2000 [cited 2012 May 8]:[23 p.]. Available from: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva [Internet] 2015 [cited 2016 Jan 15]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva [Internet] 2015 [cited 2015 Nov 5]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Protección de la salud de los trabajadores. Nota descriptiva N°389 [Internet] 2014 [cited 2015 Sep 8]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/es/>
- Betancourt O. *Enfoque alternativo de la salud y seguridad en el trabajo*. Quito: FUNSAD. IESS, Prevención es desarrollo; 2007.
- Gadamer HG. Verdad y método. Colección Hermeneia. [Internet]. [cited 2015 May 18]. Available from: http://www.olimon.org/uan/gadamer-verdad_y_metodo_ii.pdf
- Minayo MC. Hermenêutica - dialética como caminho do pensamento social. In: Fiocruz, editor. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 83-107.
- Lacaz FADC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho- saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(4):757-766.
- Hoyos C. *Un modelo para la investigación documental: Guía teórico-práctica sobre construcción de Estados del Arte*. Medellín: Señal; 2000.
- Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Gobierno de Canadá; 1974.
- Red Europea de la promoción de la salud en el trabajo. España, Ministerio de empleo y seguridad social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Declaración de Luxemburgo. [Internet] 1997 [cited 2012 May 8]. Available from: <http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/Promocion%20Salud%20Trabajo/Documentos%20ENWHP/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *The Health-Promoting Workplace: Making it Happen*. Ginebra: OMS; 1998.
- Ferreira E, Brito J, Neves MY, Athayde M. A Promoção da Saúde a partir das situações de trabalho: considerações referenciadas em uma experiência com trabalhadores de escolas públicas. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(30):107-119.
- Borges JC, Azevedo E. Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Cad Saude Publica* 2013; 29(8):1595-604.
- De Souza JF, Cezar-Vaz MR, Sant'Anna CF. Prevenção de agravos e promoção da saúde: um estudo com trabalhadores portuários. *Texto Contexto Enferm* 2011; 20(3):425-434.
- Silva CO, Tamminger T. O trabalho como operador de saúde. *Cien Saude Colet* 2014; 19(12):4751-4758.
- Minayo MC. *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar; 2003.
- Gianella A. Las disciplinas científicas y sus relaciones. *Anales de la educación común* 2006; 2(3):74-83.
- Prior JO, Van Melle G, Crisinel A, Burnand B, Cornuz J, Darioli R. Evaluation of a multicomponent worksite health promotion program for cardiovascular risk factors - Correcting for the regression towards the mean effect. *Prev Med* 2005; 40(3):259-267.
- Freak-Poli R, Wolfe R, Backholer K, de Courten M, Peeters A. Impact of a pedometer-based workplace health program on cardiovascular and diabetes risk profile. *Prev Med* 2011; 53(3):162-171.
- Cipriano G, Neves LMT, Cipriano GFB, Chiappa GR, Borghi-Silva A. Cardiovascular disease prevention and implications for worksite health promotion programs in Brazil. *Prog Cardiovasc Dis* 2014; 56(5):493-500.
- Cahalin LP, Myers J, Kaminsky L, Briggs P, Forman DE, Patel MJ, Pinkstaff SO, Arena R. Current Trends in Reducing Cardiovascular Risk Factors in the United States: Focus on Worksite Health and Wellness. *Prog Cardiovasc Dis* 2014; 56(5):476-483.
- Muto T, Hashimoto M, Haruyama Y, Fukuda H. Evaluation of a workplace health promotion program to improve cardiovascular disease risk factors in sales representatives. *International Congress Series* 2006; 1294:131-134.
- Cho SW, Kang JY, Park YK, Paek YM, Choi TI. A 12-week worksite health promotion program reduces cardiovascular risk factors in male workers with the apolipoprotein E2 and apolipoprotein E3 genotypes, but not in apolipoprotein E4 genotype. *Nutrition Research* 2009; 29(8):542-550.
- Palucci MH, De Jesus LC. Modelos explicativos e de intervenção na promoção da saúde do trabalhador. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(4):654-659.
- Bejarano JJ, Díaz M. Alimentación laboral: Una estrategia para la promoción de la salud del trabajador. *Rev fac med unal* 2012; 60(Supl.):87-97.
- Korre M, Tsoukas MA, Frantzeskou E, Yang J, Kales S. Mediterranean Diet and Workplace Health Promotion. *Curr Cardiovasc Risk Rep* 2014; 8(12):416.
- Franco AS, De Castro IRR, Wolkoff DB. Impact of the promotion of fruit and vegetables on their consumption in the workplace. *Rev Saude Publica* 2013; 47(1):29-36.
- Thorsen AV, Lassen AD, Tetens I, Hels O, Mikkelsen BE. Long-term sustainability of a worksite canteen intervention of serving more fruit and vegetables. *Public health nutrition* 2010; 13(10):1647-1652.
- Stoia M, Oancea S. Workplace Health Promotion Program on Using Dietary Antioxidants (Anthocyanins) in Chemical Exposed Workers. *Procedia Engineering* 2012; 42:1989-1996.

31. Nakade M, Muto T, Hashimoto M, Haruyama Y. Internet-based education program of nutrition as a workplace health promotion tool – A review of the literature. *International Congress Series* 2006; 1294:135-138.
32. Stewart-Knox BJ. Eating and stress at work: The need for public health promotion intervention and an opportunity for food product development? *Trends in Food Science & Technology* 2014; 35(1):52-60.
33. Maes L, Van Cauwenberghe E, Van Lippevelde W, Spittaels H, De Pauw E, Oppert J-M, Van Lenthe FJ, Brug J, De Bourdeaudhuij I. Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review. *Eur J Public Health* 2011; 22(5):677-682.
34. Pressler A, Knebel U, Esch S, Kolbl D, Esefeld K, Scherr J, Haller B, Schmidt-Trucksäss A, Krčmar H, Halle M, Leimeister JM. An internet-delivered exercise intervention for workplace health promotion in overweight sedentary employees: A randomized trial. *Prev Med* 2010; 51(3-4):234-239.
35. Barene S, Krusturup P, Holtermann A. Effects of the workplace health promotion activities soccer and zumba on muscle pain, work ability and perceived physical exertion among female hospital employees. *PLoS ONE* 2014; 9(12):e115059.
36. Marshall AL. Challenges and opportunities for promoting physical activity in the workplace. *J Sci Med Sport* 2004; 7(1 Supl.):60-66.
37. Conn VS, Hafdahl AR, Cooper PS, Brown LM, Lusk SL. Meta-Analysis of Workplace Physical Activity Interventions. *Am J Prev Med* 2009; 37(4):330-339.
38. Robroek SJ, Polinder S, Bredt FJ, Burdorf A. Cost-effectiveness of a long-term Internet-delivered worksite health promotion programme on physical activity and nutrition: a cluster randomized controlled trial. *Health Educ Res* 2012; 27(3):399-410.
39. Inauen A, Jenny G, Bauner G. Design principles for data- and change-oriented organisational analysis in workplace health promotion. *Health Promot Int* 2011; 27(2):275-283.
40. Holmqvist M. Corporate social responsibility as corporate social control: The case of work-site health promotion. *Scandinavian Journal of Management* 2009; 25(1):68-72.
41. Leão LHC, Minayo Gomez C. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. *Cien Saude Colet* 2014; 19(12):4649-4658.
42. Shain M, Kramer D. Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Occup Environ Med* 2004; 61(7):643-648.
43. Hymel PA, Loeppke RR, Baase CM, Burton WN, Hartenbaum NP, Hudson TW, McLellan RK, Mueller KL, Roberts MA, Yarborough CM, Konicki DL, Larson PW. Workplace health protection and promotion: A new pathway for a healthier-and safer-workforce. *J Occup Environ Med* 2011; 53(6):695-702.
44. Thakur J, Bains P, Kar S, Wadhwa S, Moirangthem P, Kumar R, Wadwalker S, Sharma Y. Integrated healthy workplace model: An experience from North Indian industry. *Indian J Occup Environ Med* 2012; 16(3):108-113.
45. Byrne DW, Goetzel RZ, McGown PW, Holmes MC, Beckowski MS, Tabrizi MJ, Kowlessar N, Yarbrough MI. Seven-year trends in employee health habits from a comprehensive workplace health promotion program at Vanderbilt University. *J Occup Environ Med* 2011; 53(12):1372-1381.
46. Larsson R, Ljungblad C, Sandmark H, Akerlind I. Workplace health promotion and employee health in Swedish municipal social care organizations. *J Public Health* 2014; 22(3):235-244.
47. Buerkert N, Mucken J, Großschädl F, Sprenger M, Rohrauer-Näf G, Ropin K, Martinel E, Dorner T. Good practice models for public workplace health promotion projects in Austria: promoting mental health. *Wien Med Wochenschr* 2014; 164:141-145.
48. Muñoz AI, Castro E. De la promoción de la salud a los ambientes de trabajo saludables *Salud trab* 2010; 18(2):141-152.
49. Rongen A, Robroek SJW, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace Health Promotion: A Meta-Analysis of Effectiveness. *Am J Prev Med* 2013; 44(4):406-415.
50. Renaud L, Kishchuk N, Juneau M, Nigam A, Tetreault K, Leblanc MC. Implementation and outcomes of a comprehensive worksite health promotion program. *Can J Public Health* 2008; 99(1):73-77.
51. Carpintero P, Lago S, Neira A, Terol I. ¿Es coste-efectivo el desarrollo de programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo? *Med segur trab* 2014; 60(236):566-586.
52. Aldana SG, Merrill RM, Price K, Hardy A, Hager R. Financial impact of a comprehensive multisite workplace health promotion program. *Prev Med* 2005; 40(2):131-137.
53. Cherniack M, Lahiri S. Barriers to implementation of workplace health interventions: an economic perspective. *J Occup Environ Med* 2010; 52(9):934-942.
54. Organización Mundial de la Salud. Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo. 2010 [cited 2012 sept 17]:[137 p.]. Available from: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
55. Robledo R, Agudelo C. Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. *Rev salud pública* 2011; 13(6):1031-1050.
56. Torp S, Vinje HF. Is workplace health promotion research in Nordic Countries really on the right track? *Scand J Public Health* 2014; 42(15):74-81.
57. Carvalho SR. Promoción de la salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva* 2008; 4(3):335-347.

Artigo apresentado em 31/01/2016

Aprovado em 30/03/2016

Versão final apresentada em 02/04/2016