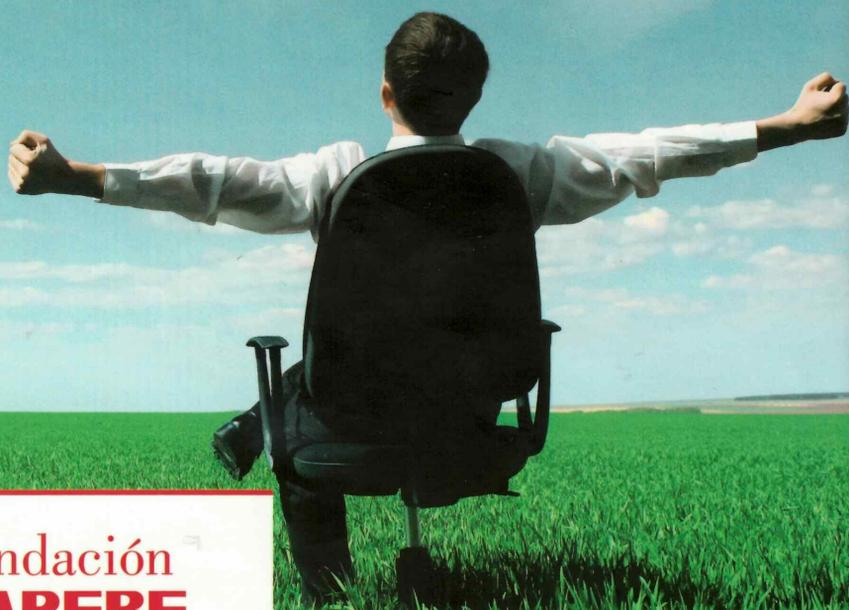


MANUAL DE EMPRESA SALUDABLE



Fundación
MAPFRE



MANUAL
DE
**EMPRESA
SALUDABLE**



Fundación
MAPFRE

Fundación MAPFRE no se hace responsable del contenido de esta obra, ni el hecho de publicarla implica conformidad o identificación con las opiniones vertidas en ella.

Se autoriza la reproducción parcial de la información contenida en este manual siempre que se cite su procedencia.

Foto de cubierta: ThinkStock
Maquetación e impresión: Edipack Gráfico
Edición de textos: Miriam López

© De los textos: sus autores
© De esta edición:
2016, Fundación MAPFRE
Paseo de Recoletos, 23
28004 Madrid
www.fundacionmapfre.org
Tel.: 91 581 23 39

ISBN: 978-84-9844-587-9
Depósito Legal: M-5758-2016

Reservados todos los derechos. Está prohibido reproducir o transmitir esta publicación, total o parcialmente, por cualquier medio, sin la autorización expresa de los editores, bajo las sanciones establecidas en las leyes.

PRESENTACIÓN

Desde Fundación MAPFRE hemos trabajado en la difusión y generación de conocimiento en seguridad y salud laboral desde su creación en el año 1975. Fuimos pioneros en España, con profesionales dedicados a la prevención de riesgos años antes de la creación de la categoría profesional de Técnico de Prevención. También, anteriormente a la publicación de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, pusimos en marcha programas formativos como el Máster en Seguridad Integral, que contemplaba todos estos aspectos. Fuimos, asimismo, pioneros en Latinoamérica, sembrando el germen de la seguridad y salud ocupacional al otro lado del Atlántico a principios de los años ochenta.

En paralelo a nuestras acciones de fomento de la investigación y formación, desarrollamos una intensa actividad editorial, con la publicación de la revista *MAPFRE Seguridad* en el año 1981, y de diversas monografías que han sido referencia para muchos profesionales de la prevención y la salud laboral, como los manuales de seguridad en el trabajo, el de higiene industrial y el de ergonomía, que hemos actualizado recientemente a su segunda edición.

La seguridad laboral ha evolucionado mucho en los últimos años, avanzando hacia otros aspectos más allá del mero cumplimiento de las disposiciones legales. Los departamentos de prevención y los organismos públicos están poniendo cada vez más atención al cuidado de la salud del trabajador de forma integral, más allá del lugar de trabajo. El concepto de que no hay dos o tres “saludes” distintas, sino de que esta es única, parece estar calando en las organizaciones.

Es por ello que en los últimos años se están desarrollando las intervenciones en materia de promoción de la salud en y desde la empresa, en lo que se han llamado entornos de trabajo o empresas saludables. Existen evidencias muy claras del impacto de estas acciones no solo en la salud y calidad de vida de los trabajadores, sino también en la mejora de la competitividad de las empresas y de su supervivencia, en entornos tan cambiantes como el actual.

Como en ocasiones anteriores, hemos querido ayudar a los profesionales que abordan intervenciones en esta materia, con la edición de este *Manual de empresa saludable*, que aporta contenidos técnicos basados en la evidencia científica y las últimas tendencias. Queremos que este manual contribuya a mejorar la organización de programas de salud en la empresa que tengan en cuenta actuaciones a todos los niveles, tanto individual como organizativo y del entorno social.

Queremos agradecer muy especialmente a todos los especialistas que han participado en la elaboración de este manual y, como no, a todos los profesionales que día a día consiguen que nuestra salud mejore en todos los ámbitos. Juntos podemos conseguirlo.

Antonio Guzmán Córdoba

Director

Área de Promoción de la Salud

Fundación MAPFRE

ÍNDICE

1. Las enfermedades del siglo XXI

1.1. Tendencias demográficas y esperanza de vida con salud María del Mar Pardos Ordovás.....	13
1.2. Evolución de las enfermedades María del Mar Pardos Ordovás	23
1.3. Las enfermedades crónicas Fernando J. Rosado Martín	33
1.4. Enfermedades de origen psicosocial José Manuel Álvarez Zárate	53
1.5. Abuso de sustancias adictivas Antonio Meléndez López.....	57

2. Principios de una vida saludable

2.1. Concepto de salud Antonio Moreno Villena	71
2.2. Los pilares del bienestar social. El Estado de bienestar Javier Gracia Rivera.....	91
2.3. Estrategias para mejorar la calidad de vida: envejecimiento activo Antonio Moreno Villena.....	101
2.4. Determinación de la forma física José Carlos Ramos Ciuró	115
2.5. Ejercicio físico José Carlos Ramos Ciuró	129
2.6. Alimentación saludable Michèle Doporto Haigh.....	143
2.7. Actividades de la vida diaria Mercedes García Gregorio	155

3. Empresa promotora de salud / empresa saludable: la salud integral en la empresa

Francisco Javier Doñas Beleña	
3.1. Definición, concepto y aplicabilidad	173
3.2. Protección y promoción de la salud: OMS, OIT y ENWHP	179

3.3.	Establecimiento de una política de empresa saludable y promotora de salud: núcleo principal y origen necesario	183
3.4.	Puntos clave del enfoque de los modelos OMS-ENWHP	191

4. Seguridad y salud en el trabajo

4.1.	Principios, objetivos y políticas José Manuel Álvarez Zárate	199
4.2.	Daños a la salud. Absentismo y presentismo Luis Caballero Montanary.....	207
4.3.	Productividad empresarial, satisfacción y compromiso laboral Roberto Sánchez Caballero	221
4.4.	Seguridad y salud en el trabajo. Prevención primaria, secundaria y terciaria Fernando J. Rosado Martín.....	229
4.5.	Funciones y responsabilidades. La integración en el sistema general de gestión de la empresa José Manuel Álvarez Zárate	245
4.6.	Espacios de trabajo saludables José Manuel Álvarez Zárate	255
4.7.	La ergonomía en el lugar de trabajo. Diseño para todos Juan Carlos Tena Minguillán.....	261
4.8.	Seguridad vial y movilidad Gabriel Rodríguez del Río.....	273

5. Los factores psicosociales en el trabajo

	José Manuel Álvarez Zárate	
5.1.	Definición e importancia	285
5.2.	El estrés	289
5.3.	La violencia en el trabajo. Acoso laboral y acoso sexual	297
5.4.	Inseguridad contractual	303
5.5.	El <i>burnout</i> o desgaste profesional	307
5.6.	Conflictos familia-trabajo	311
5.7.	Posibles deficiencias en la organización. Cómo identificarlas y abordarlas	315
5.8.	La persona como foco de la actuación preventiva	323
5.9.	Prevención terciaria	327

6. Recursos de salud

- 6.1. **Definición de los recursos de salud: salud laboral, extralaboral y comunitaria**
José Manuel Gómez López 331
- 6.2. **Salud integral y promoción de la salud en el lugar de trabajo: dos vías hacia un único fin**
Natalia Venero Galindo y Jesús José Otones Pérez 341
- 6.3. **Definición y establecimiento de estrategias, programas y campañas en una empresa promotora de salud o empresa saludable: importancia del modelo epidemiológico**
Gema Mancebo Espinosa 357
- 6.4. **Las capacidades funcionales y los hábitos de vida como factores correctores o compensadores del envejecimiento**
José Antonio Díaz García 369
- 6.5. **La vigilancia de la salud como parte esencial de las acciones de una empresa promotora de salud**
Alejandro Flaquer Ayala 383

7. Participación de la empresa en la comunidad

- 7.1. **Contribución de las empresas a la salud y seguridad de la comunidad. Áreas de interés compartido**
Sara Díaz González 399
- 7.2. **Principio de responsabilidad social empresarial**
Sara Díaz González 405
- 7.3. **Políticas de contratación y de subcontratación**
Marta Veracruz Mas 415
- 7.4. **Política medioambiental**
Beatriz Ramos Alonso 425
- 7.5. **Posibles acciones desde la empresa hacia la comunidad**
M.^a Isabel del Mazo y Nayra del Mar Baños 439
- 7.6. **Conciliación y relaciones como elementos de acción hacia la salud**
Sara Díaz González 459
- 7.7. **Empresa familiarmente responsable**
José Manuel Álvarez Zárate 469
- 7.8. **La empresa como núcleo promotor de la salud en la comunidad**
M.^a Pilar Vega Ramiro 475

LAS ENFERMEDADES DEL SIGLO XXI

1.1. TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS Y ESPERANZA DE VIDA CON SALUD

María del Mar Pardos Ordovás

Doctora en Medicina y Cirugía.
Especialista en Medicina del Trabajo.
Instituto de Ergonomía

Resumen

La prolongación de la esperanza de vida al nacer y el descenso de la natalidad, con el consiguiente envejecimiento de la población, constituyen las tendencias demográficas más recientes.

La disminución simultánea de la natalidad y de la mortalidad ha modificado el perfil de la pirámide de población, con un incremento en la población de más de 65 años, lo que lleva a reconsiderar la importancia y el tipo de patologías a prevenir mediante la adopción de hábitos más saludables.

Este capítulo aborda una reflexión sobre la repercusión del nuevo panorama demográfico, lo que plantea nuevos retos en el campo de actuación de las empresas, en las que deberán producirse cambios para adaptarse a las características de una población senescente.

1. Introducción

Actualmente viven en el planeta unos 7.300 millones de personas, y según la ONU, en 2100 se podría llegar a 11.200 millones. No obstante, un número cada vez mayor de países ven estancarse o, incluso, reducir su población. La principal causa de este descenso es el envejecimiento progresivo de la población y la caída de la natalidad por debajo de la tasa de reemplazo y que el flujo migratorio apenas llega a compensar.

La esperanza de vida al nacimiento es el indicador más extendido para medir la mortalidad de una población. De manera global, para todo el mundo, la esperanza de vida en el momento del nacimiento es de 70 años. Existen diferencias notables entre países. A principios del siglo XX la esperanza de vida más alta se daba en Nueva Zelanda; a mitad de siglo, en los países escandinavos; y en la actualidad, en Japón (en el caso de las mujeres), y Japón, Suiza e Islandia (en el caso de los hombres).

En el caso de Japón, donde ha habido una disminución constante de la natalidad y un progresivo envejecimiento de la población, la esperanza de vida era de 40 años en 1900, pero después de todas las mejoras conseguidas en el campo de la salud, en 2015 ha pasado a ser la más alta del mundo, 83,4 años.

El motivo de este comportamiento demográfico, en el que unos países tienen unas tasas de crecimiento de la población mucho más elevadas, radica en la llamada Teoría de la Transición Demográfica, que explica el proceso de transformación de una sociedad preindustrial, caracterizada por unas tasas de natalidad y de mortalidad altas, a una sociedad industrial o postindustrial, con ambas tasas bajas. Es decir, se pasa de un régimen demográfico con altas tasas de natalidad y de mortalidad a otro en el que se llega a una cierta estabilidad, como resultado del control de la mortalidad mediante mejoras en las condiciones de vida, lo que conlleva un aumento de la esperanza de vida, es decir, de la media de la duración de la vida de un individuo.

Al comienzo de la historia de la especie humana, sólo un pequeño porcentaje de los nacimientos llegaba a reproducirse, el resto había fallecido antes de tener la oportunidad. Nacían "de más" para compensar la mortalidad precoz en los primeros años de vida, y así poder garantizar una reproducción mínima necesaria para que la especie no se llegase a extinguir. La fecundidad era muy superior a los dos hijos por mujer que teóricamente eran necesarios para el reemplazo generacional. Por lo tanto, se puede deducir que las pirámides poblacionales que han caracterizado la historia de la humanidad, con gran presencia de niños, escasez de adultos y presencia residual de las edades avanzadas, eran una expresión de la ineficiencia del sistema reproductivo. Con el progreso económico, llegó un momento en que se alcanzó el umbral y se rompió esta dinámica, siendo los países europeos los primeros en modificarla en el siglo XVIII.

En el proceso de transformación se diferencian varias etapas:

- a) Antiguo régimen demográfico, con alta natalidad y mortalidad (tasas del 40-50%). Los motivos principales eran, más que las guerras, epidemias y

hambrunas, la falta de higiene, una mala alimentación y las escasas infraestructuras sanitarias existentes. En las poblaciones se traían nuevas vidas al mundo con diferente intensidad en función de lo elevada que fuese la mortalidad. El crecimiento total de la población, en ausencia de migraciones, era escaso o nulo.

- b) Transición, a partir de la mitad del siglo XVIII, con una fase inicial, en la que la mortalidad disminuye mucho (los avances en medicina reducen considerablemente la mortalidad infantil, y hay mejoras en la producción y distribución de los bienes económicos básicos como alimentación, vestido y vivienda), pero la natalidad se mantiene en niveles altos, produciéndose un crecimiento demográfico muy acelerado; y otra fase final, en la que la natalidad desciende, debido al acceso a los métodos anticonceptivos y a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, lo que retrasa su calendario de fecundidad, reduciéndose, por tanto, el ritmo de crecimiento poblacional.
- c) Nuevo régimen demográfico, con baja mortalidad y natalidad, y con escaso o nulo crecimiento. El aumento de la supervivencia permite “ahorrar” nacimientos y mantener, pese a ello, la misma población.

Así, todos los países del mundo o han experimentado, o van a experimentar, este proceso de transformación. El diferente ritmo de crecimiento actual de cada país depende de la fase de la transición demográfica en que se encuentre.

Por lo tanto, conseguir que los que nazcan vivan más años parece ser el método más efectivo de reproducción demográfica. Aunque, en ocasiones, no es fácil conseguir la mejora de la salud de los adultos, ya que se padecen enfermedades escasamente conocidas o investigadas debido a que hasta hace poco eran pocas las personas que las padecían (por ejemplo, el caso del Alzheimer).

Otro aspecto a considerar es que el aumento de la esperanza de vida por encima de los 65 años durante la última década del siglo XX ha coincidido con el aumento de la mortalidad de los jóvenes, causada por accidentes de tráfico y enfermedades relacionadas con el consumo de drogas.

2. Tendencias demográficas

El envejecimiento demográfico y el aumento de la esperanza de vida no deben confundirse con la longevidad, siendo esta algo predeterminado por la biología de la especie, es decir, las mejoras relativas a la mortalidad resultan de evitar muertes “tempranas”, pero no alteran los límites biológicos en cuanto a la duración máxima de un ser vivo. Todavía no se ha conseguido determinar un límite biológico teórico para la supervivencia, ya que conforme aumenta la duración media de la vida, se dan más casos de longevidad extraordinaria. Además, todos los estudios que han tratado de encontrar ese límite han errado en sus predicciones, las cifras propuestas siempre han sido superadas después de su publicación.

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las afecciones respiratorias son responsables de una gran parte de la morbilidad y la mortalidad. Por lo tanto, los factores de riesgo (tabaco, dietas poco saludables y falta de actividad física) frenan el avance en materia de esperanza de vida. El padecimiento de estas enfermedades y la discapacidad que conllevan, junto al aumento de la esperanza de vida, generan un conflicto entre la calidad de vida con la que estos años “añadidos” son vividos y vivir durante más tiempo.

Por otra parte, el aumento de la prevalencia de los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso también incide de manera negativa en la esperanza de vida, en la calidad de vida de los que las padecen y, sobre todo, en las personas que los cuidan.

La esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que viviría un recién nacido en el caso de que se mantengan los patrones de mortalidad vigentes en el momento de su nacimiento. El promedio mundial de la esperanza de vida de una niña nacida en 2012 es de 73 años, mientras para un niño varón es de 68 años; para un niño nacido en 1990 es de seis años menos.

La esperanza de vida de las mujeres en el pasado era más corta que la de los hombres, ya que había muchos fallecimientos por los riesgos derivados del embarazo y el parto. Pero a medida que las sociedades se han ido modernizando, la esperanza de vida femenina ha crecido más rápidamente que la masculina. En la actualidad, en cualquier parte del mundo, las mujeres viven más que los hombres. Esta diferencia puede atribuirse a factores biológicos, estilos de vida y conductas de riesgo. No obstante, esta diferencia ha ido disminuyendo en los últimos años, ya que las mujeres han ido adoptando actitudes que antes sólo estaban permitidas a los hombres (beber alcohol, fumar, trabajar fuera de casa, etc.).

A escala mundial, las mujeres representan el 55% de la población mayor de 60 años y superan en número a los hombres en unos 70 millones. Es evidente que, debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, su número y peso relativo en las edades avanzadas será mayor.

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer de los hombres y las mujeres, en 2012, en los 10 países mejor clasificados (OMS, 2014)

Hombres			Mujeres		
Clasificación	País	Esperanza de vida	Clasificación	País	Esperanza de vida
1	Islandia	81,2	1	Japón	87,0
2	Suiza	80,7	2	España	85,1
3	Australia	80,5	3	Suiza	85,1
4	Israel	80,2	4	Singapur	85,1
5	Singapur	80,2	5	Italia	85,0
6	Nueva Zelanda	80,2	6	Francia	84,9
7	Italia	80,2	7	Australia	84,6
8	Japón	80,0	8	República de Corea	84,6
9	Suecia	80,0	9	Luxemburgo	84,1
10	Luxemburgo	79,7	10	Portugal	84,0

A escala mundial, la proporción de personas mayores de 60 años aumentó del 9% en 1994 al 12% en 2014. Las personas de ese grupo de edad superan ahora en número al de los menores de 5 años y se espera que alcancen el 21% en 2050 (Naciones Unidas, 2013).

En España, que es uno de los países más envejecidos de Europa, el Instituto Nacional de Estadística (INE) prevé que en el año 2020 la población mayor de 64 años no discapacitada sea del 20% (véase figura 1).

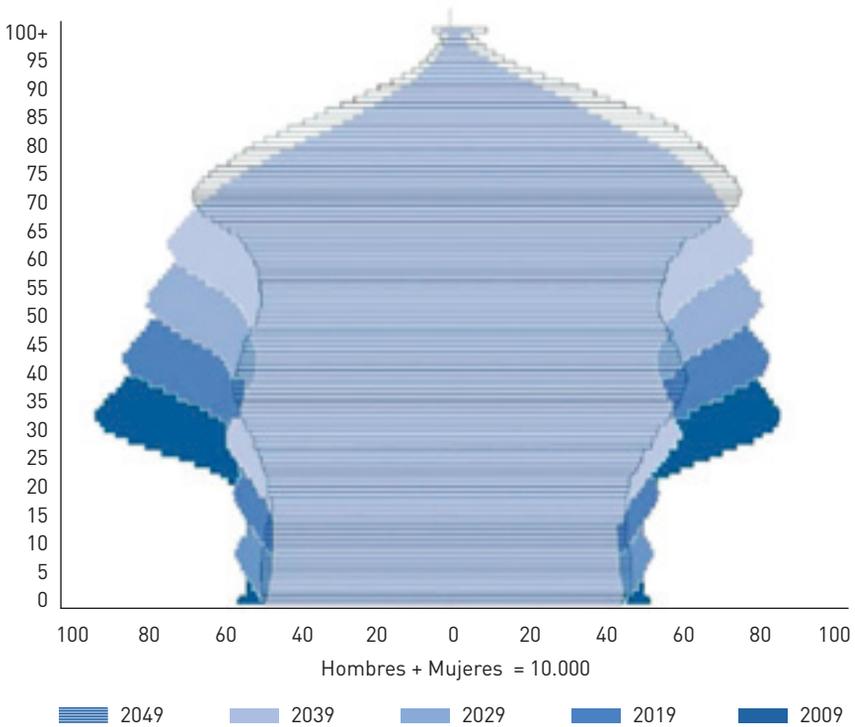


Figura 1. Pirámide de población española (proyecciones a largo plazo)

3. Impacto de la tendencia demográfica en las empresas

La población económicamente activa o fuerza laboral comprende a todas las personas de ambos sexos que pueden aportar mano de obra para la producción de bienes y servicios durante un periodo especificado de tiempo, que cada Estado fija para entrar y salir del mundo laboral. Está, por tanto, integrada por quienes están trabajando y por los desempleados.

En todo el mundo, aproximadamente el 65% de la población mayor de 15 años de edad forma parte de la fuerza laboral. Se calcula que en 2020 la cifra superará los 3.600 millones.

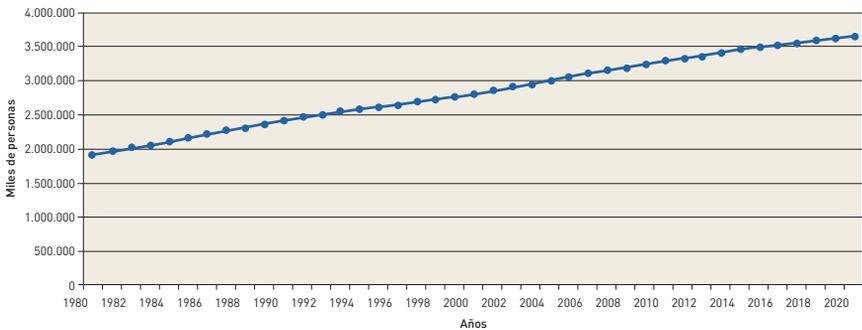


Figura 2. Estimación de la población mundial económicamente activa en miles de personas

El envejecimiento de la población inevitablemente implica que la cantidad de fuerza laboral disminuya; en las próximas décadas se espera una disminución al menos de un 10%. Esto se verá acrecentado por el incremento de las discapacidades y las jubilaciones, sobre todo las de las personas que nacieron durante la explosión de natalidad (*baby boom*) después de la Segunda Guerra Mundial (1948-1960).

Habrà que prestar especial atención a los trabajadores mayores de 55, que suelen ser los que tienen los accidentes de mayor gravedad, y también es la edad en la que empieza a haber mayor incidencia de algunas enfermedades profesionales que tardan en manifestarse, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares (los trabajadores más jóvenes tienden a desarrollar más alergias o enfermedades infecciosas).

Por otra parte, el proceso natural de envejecimiento causa la disminución de algunas capacidades funcionales, sobre todo sensoriales y físicas. Pero hay que tener en cuenta que los trabajadores de edad avanzada no son un grupo homogéneo, y estos cambios no son uniformes, debido a las diferencias personales en cuanto a estilo de vida, nutrición, condición física y predisposición genética a la enfermedad.

La evaluación de riesgos deberá tener en cuenta estos cambios, prestando especial atención a trabajos que impliquen mucha carga física, trabajos a turnos y puestos de trabajo expuestos a ruido, temperaturas extremas. La evaluación de riesgos deberá contemplar las exigencias del trabajo en relación con las capacidades funcionales y el estado de salud de las personas.

4. Medidas para enfrentarse al cambio demográfico

Nuestra sociedad se enfrenta a un descenso de la población laboral activa, un fuerte aumento de la esperanza de vida y un incremento en los gastos por pensiones públicas y asistencia sanitaria. Aumentar la tasa de empleo entre los trabajadores de edad avanzada será de vital importancia para promover el crecimiento económico, salvaguardar los sistemas de recaudación tributaria y garantizar unas pensiones razonables.

Ante la transición desde una industria con necesidad de realizar un trabajo físico pesado hacia una industria con mucha automatización y mecanización de las tareas, así como un sector servicios y sectores basados en el conocimiento, habrá que valorar cada vez más las capacidades y aptitudes asociadas con las personas mayores, como por ejemplo el asesoramiento.

Habrá que impulsar medidas de reintegración y rehabilitación que permitan que los trabajadores vuelvan al trabajo rápidamente tras un accidente o una enfermedad, a fin de evitar su exclusión permanente del mercado de trabajo.

Los resultados de distintos estudios muestran que es posible conseguir una mayor participación en el mercado laboral y una mayor tasa de empleo entre la población de edad avanzada si se crean las condiciones especiales de seguridad y salud en el lugar de trabajo, de organización y gestión de recursos humanos y de aprendizaje, y se ponen en marcha estrategias idóneas. El informe *Working conditions of an ageing workforce* (Viloso *et al.*, 2008) sostiene que, para intervenir y limitar la salida anticipada del mercado laboral de los trabajadores maduros, la edad clave en las medidas de prevención e intervención constituye la de aquellos que están en el tramo entre los 45 y los 54 años.

Otras soluciones propuestas (Morschhäuser, 2006) son: fomentar hábitos de vida saludables, potenciar el intercambio intergeneracional de experiencia y conocimiento entre jóvenes y mayores, tener en cuenta las circunstancias de edad en las políticas de conciliación e incentivar la tasa de natalidad, aunque esta actuación podría afectar a la igualdad entre géneros en cuanto al acceso al mercado laboral si no van acompañadas de políticas de conciliación laboral y familiar.

Disfrutando de una vida más saludable y de un trabajo con menores requerimientos físicos, es muy probable que en el futuro resulte más sencillo de lo que ha sido para nuestros mayores sobrevivir hasta edades avanzadas. Nos enfrentamos a un envejecimiento poblacional sin precedentes, con nuevos patrones de mortalidad,

fecundidad y migración, por ello es fundamental el diseño de programas de promoción de hábitos de vida saludable para asegurar la productividad, motivación y bienestar en el empleo hasta una edad avanzada.

5. Bibliografía

Eurofound. *Fifth european working conditions survey*. Luxembourg. Publications Office of the European Union, 2012.

European Commission. *The 2015 Ageing report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*. Luxembourg. Publications Office of the European Union, 2015.

Goerlich Gisbert, F. J. *Esperanza de vida y causas de muerte: un análisis de descomposición (1975-2009)*. Madrid. Fundación BBVA, 2012.

Instituto Nacional de Estadística. *Movimiento natural de la población*. Madrid. INE, 2014.

Morschhäuser, M., Söchert, R. *Healthy work in an ageing Europe. Strategies and instruments for prolonging working life*. European Network for Workplace Health Promotion, 2006. [Citado 7 septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.enwhp.org>.

Naciones Unidas. *La situación demográfica en el mundo*. Nueva York, 2014.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014*. [Citado 16 septiembre 2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Crear lugares de trabajo saludables y equitativos para hombres y mujeres*. Serie Protección de la salud de los trabajadores, n° 11. [Citado 12 septiembre 2015]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/Protecting_Workers_Health_Series_No_11.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. "World Population Prospects: The 2012 revision. Highlights and advance tables". *Working Paper* No. ESA/P/WP.228. New York. United Nations, 2013. [Citado 10 septiembre 2015]. Disponible en: <http://ourworldindata.org/>.

Viloso, C., Di Pierro, D., Giordanengo, A., Pasqua, P., Richiardi, M. *et al.* *Working conditions of an ageing workforce*. Luxembourg. Office for Official Publications of the European Communities, 2008.

World Health Organization (WHO). *Global health and aging*. Geneva. WHO, 2011. [Citado 14 septiembre 2015]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf.

1.2. EVOLUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES

María del Mar Pardos Ordovás

Doctora en Medicina y Cirugía.
Especialista en Medicina del Trabajo.
Instituto de Ergonomía

Resumen

El concepto de enfermedad ha ido variando según los paradigmas dominantes en cada uno de los periodos históricos. Debido a la industrialización y a las mejoras económicas, sociales y médicas de las últimas décadas se ha producido un cambio en la incidencia y morbimortalidad de las enfermedades, así como en los factores de riesgo de las mismas. La implantación de sistemas de gestión de la salud en el trabajo contribuye significativamente a la prevención de las enfermedades relacionadas con el trabajo.

1. Evolución del concepto de enfermedad

El concepto primitivo de enfermedad tenía fundamentos mágicos o divinos. En Asiria y Babilonia la enfermedad se veía como un reproche del más allá, un castigo de los dioses y suponía la posesión por espíritus malignos. En China, los médicos propusieron una doctrina cosmológica con dos principios contrapuestos, el yin y el yan, de cuya relación de equilibrio dependían los procesos biológicos naturales. El hombre se hallaba formado por cinco elementos cósmicos: agua, tierra, fuego, madera y metal, y en su desequilibrio tiene su origen la enfermedad.

En el siglo V a. C. Hipócrates afirma que la enfermedad es causa de las realidades terrestres, y no un castigo, y que "para conocer la salud y la enfermedad, es necesario estudiar al individuo en su estado normal y en relación con el mundo en que vive, y al mismo tiempo las causas que han perturbado el equilibrio entre él y el medio exterior y social".

Galeno en el siglo II d. C. aproxima la medicina al terreno de la ciencia y describe la enfermedad como “un estado del cuerpo, contrario a su naturaleza, por el que padecen inmediatamente las funciones vitales”, considerando que fuera del cuerpo no puede haber enfermedad propiamente dicha.

En el siglo IV d. C. se ve la enfermedad como una vía de acceso a la salvación eterna, y el dolor se considera o bien un castigo por los pecados cometidos, o bien una prueba a superar para poder salvarse.

A partir del siglo XVI aparece la idea de que la enfermedad puede contagiarse, y aunque todo está sometido a Dios, no actúa de modo directo, sino que necesita de los miasmas (los microbios de hoy).

El descubrimiento de la vacuna de la viruela, la consideración de la dieta equilibrada como medio de acceder a una vida sana y la preocupación por la higiene hacen que se comience a hablar de la prevención de la enfermedad.

Surge el modelo mecanicista en el que el hombre se considera como una máquina que puede ser analizada desde el punto de vista de las partes de una manera independiente, y la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de alguna de esas partes.

En el siglo XIX, el desarrollo industrial y la desenfadada carrera tecnológica, unido a la escasa protección sanitaria de la época, originan las grandes epidemias (tuberculosis, cólera, tifus), cobrándose un alto precio en vidas humanas, y que de forma gradual fueron perdiendo protagonismo en favor de las enfermedades infectocontagiosas crónicas (paludismo, fiebre tifoidea y enfermedades de transmisión sexual).

Después de la Segunda Guerra Mundial, hay una creciente incidencia de cáncer, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y diabetes, pero las investigaciones sobre el cáncer empiezan a ir por buen camino, las enfermedades infecciosas se combaten con antibióticos, y se puede hacer un diagnóstico precoz de ciertas enfermedades congénitas, con lo que parece que se está a punto de llegar a la total erradicación de la enfermedad.

En 1973 comienza a tomar relevancia el modelo holístico (Laframboise), y en 1974 Marc Lalonde propone que el nivel de salud está influido por cuatro grupos de determinantes: estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios);

la biología humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento); el medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural), y el sistema de asistencia sanitaria (mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas y burocratización de la asistencia).

Así pues, a la vez que persiste el modelo mecanicista, el modelo holístico concibe el organismo humano como un sistema viviente en el que sus componentes están relacionados entre sí y son interdependientes, es decir, la naturaleza de un todo es diferente a la suma de las partes y el cuerpo es considerado como un sistema dinámico integrado en otros (familiar, laboral, social...).

En la actualidad, la enfermedad, a pesar de todos los avances y en sus manifestaciones más variopintas, sigue constituyendo una de las principales fuentes de sufrimiento de la humanidad.

2. Desarrollo de las enfermedades y riesgos

En los países industrializados se ha producido un importante cambio de tendencia en los últimos cien años. Actualmente, las causas más importantes de muerte son las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias malignas. En cambio, en los países no industrializados persisten las enfermedades transmisibles y la desnutrición como causa de morbilidad y mortalidad, observándose simultáneamente un importante aumento de la mortalidad por enfermedades no transmisibles. No obstante, la separación entre enfermedades transmisibles y no transmisibles no es tan clara. Algunas enfermedades originalmente clasificadas como no transmisibles han demostrado tener un origen infeccioso.

El control y, en ocasiones, erradicación de las enfermedades transmisibles han sido posibles gracias a los efectos de la industrialización, el desarrollo de antibióticos y vacunas, y sistemas de vigilancia epidemiológica. No obstante, el empleo indiscriminado de antibióticos ha provocado que gérmenes que causaban pocos problemas desde el punto de vista terapéutico se hayan vuelto resistentes al tratamiento.

Otro factor a tener en cuenta es la "transferencia internacional de riesgos", debido al aumento de los viajes internacionales, el comercio y la migración, lo que genera miles de contactos potencialmente infecciosos (por ejemplo, el síndrome respiratorio agudo severo y la gripe aviar). Pero la globalización va más allá de

las enfermedades y los riesgos, la posibilidad de adquirir medicamentos a través de Internet tiene importantes implicaciones para la prescripción irracional y el favorecimiento de resistencias microbianas. Además, no solamente las personas y los microbios viajan de un país a otro, también lo hacen las ideas y los estilos de vida.

Frente a los factores de riesgo tradicionales en el desarrollo de enfermedades, como por ejemplo, la alimentación inadecuada o la insalubridad del agua, emergen actualmente otros ligados a la globalización como el sobrepeso y el tabaco (véase figura 1).

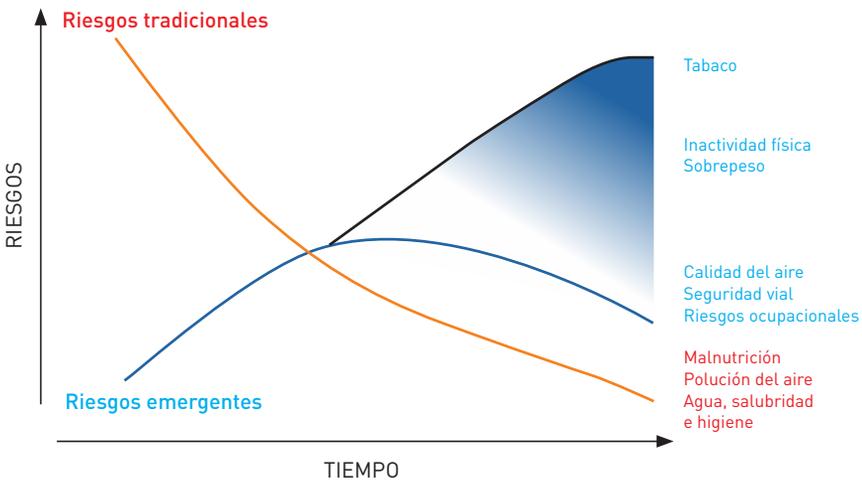


Figura 1. Evolución de los riesgos

Los riesgos se consideran emergentes cuando están causados por nuevos procesos, tecnologías, lugares de trabajo, cambios sociales u organizativos; o bien eran ya conocidos pero se consideran como nuevos riesgos debido a descubrimientos científicos o a un cambio en su percepción.

Así, los riesgos clásicos no dejan de existir, pero están siendo relegados a un segundo plano. Algunos de los riesgos emergentes suelen estar vinculados a estilos de vida y conductas inadecuadas (consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, dietas peligrosas, estrés, ansiedad, etc.), y se empiezan a equiparar en gravedad a los riesgos clásicos.

En las últimas décadas se ha ido cambiando de las intervenciones terapéuticas a la “gerencia preventiva del riesgo”, constituyendo un aliado en las nuevas estrategias de promoción de la salud. La prevención se transforma en la anticipación de una probable aparición de enfermedades o comportamientos desviados que deben ser minimizados, y de comportamientos saludables que deben ser maximizados; así, no se trata tanto de crear estrategias de protección contra situaciones concretas, sino de prever y anticipar la aparición de conductas indeseables. Aparece una nueva percepción sobre los riesgos, y se empieza a considerar que la prevención está en manos del individuo (por ejemplo, podría controlar el estrés o los niveles de colesterol).

3. Evolución de las enfermedades relacionadas con el trabajo y riesgos emergentes en el trabajo

Las enfermedades relacionadas con el trabajo han existido desde que el hombre tuvo que enfrentarse a la supervivencia diaria. Sobre las civilizaciones antiguas, de la que más información documentada se dispone es la egipcia. Entre las dolencias descritas destacan: la artrosis de rodilla en trabajos sedentarios, la cifosis en músicos que tocaban el arpa, la silicosis en trabajadores de canteras de granito y las alteraciones de la columna vertebral debidas al transporte de cargas.

En Roma, en los lugares como puertos, canteras, minas, propiedades agrícolas, etc., había médicos permanentes. Cabe destacar las intoxicaciones por plomo (saturnismo) debidas al uso extensivo en canalizaciones de agua y en la industria.

En la Edad Media se prestó poca atención a los efectos del trabajo sobre la salud. Se han encontrado documentadas las osteoartritis de codo debidas al uso continuado de herramientas y las intoxicaciones por monóxido de plomo contenido en las pinturas que utilizaban los monjes en los monasterios.

En el siglo XVI aparece la primera monografía sobre las enfermedades profesionales de los trabajadores de las minas y fundiciones, escrita por el suizo Paracelso, quien empezó a relacionar algunas enfermedades con el desarrollo industrial.

En el siglo XVII se empiezan a describir enfermedades derivadas del trabajo con fibras textiles (seda, cáñamo, lino...), y con mercurio en los espejeros de Murano, que Bernardino Ramazzini describiría más tarde (1700) y que constituyó el punto de inflexión a partir del cual se empieza a tener conciencia de unos enfermos muy específicos, los trabajadores. Todo esto influyó en que se pusiera la atención

en el medio laboral, en la vivienda y en la higiene, y empezaron a aparecer estudios sobre las condiciones de vida de los obreros para explicar las enfermedades y epidemias que azotaron las zonas de desarrollo industrial en Europa. Se había comenzado a entender la importancia de la calidad de las condiciones de vida para la salud y la enfermedad.

En los siglos XVIII y XIX, en Europa, se dan una serie de cambios en los procesos de producción, caracterizados por la introducción de máquinas, y los oficios artesanales van siendo reemplazados por la producción en serie. Se comienza a introducir nuevas sustancias químicas, sin considerar sus posibles efectos nocivos en los trabajadores.

En la actualidad, muchos trabajadores siguen pensando que su trabajo pone en peligro su salud. A pesar de la industrialización, los riesgos tradicionales en el lugar de trabajo persisten y el número de enfermedades relacionadas con el trabajo sigue siendo elevado, vinculándose últimamente con las nuevas tecnologías.

Según el Observatorio Europeo de Riesgos, los riesgos nuevos y emergentes en el trabajo en la Unión Europea pueden ser provocados por:

- La innovación técnica y los nuevos procesos productivos que recurren, por ejemplo, a la nanotecnología.
- El cambio social u organizativo, debido a mayores cargas de trabajo, recortes de la plantilla, la economía sumergida o la subcontratación, etc.
- La resistencia a los antibióticos, particularmente grave en los trabajadores del sector sanitario (OIT, 2010).
- Una gran cantidad de productos químicos que se utilizan en la industria y que la mayoría de ellos no han sido probados de forma conveniente.
- Las diferencias en relación con el género, en función de las exigencias físicas del trabajo, las condiciones ergonómicas y la duración de la jornada laboral.

Los principales riesgos emergentes se engloban en cuatro áreas: riesgos psicosociales, físicos, químicos y biológicos.

- a) **Riesgos psicosociales:** su emergencia está relacionada con la economía globalizada y la competitividad mundial, existe una manera distinta de entender

el mundo laboral, hay que adaptarse a unas nuevas condiciones de empleo, de versatilidad constante y cambian las expectativas que cada trabajador tenía en cuanto al carácter integrador que suponía en la vida el concepto de trabajo. Muchos trabajadores sienten que no tienen el tiempo necesario para poder adaptarse a estos cambios tan rápidos.

Los problemas psicosociales que últimamente se están acentuando son el estrés laboral y la violencia física y psicológica (acoso laboral o *mobbing*). Su frecuencia es dos veces superior en los sectores de la educación y los servicios sociales y de salud. Su aparición no se debe tanto a la exposición a un riesgo específico como a un conjunto de factores (las relaciones jerárquicas, la precariedad en el empleo, los horarios irregulares, la intensificación del ritmo de trabajo, la complejidad de tareas, la sensación de inseguridad, etc.). Otro aspecto importante es el incremento de la cifra de mujeres que acceden al mercado de trabajo, lo que conlleva una incompatibilidad de horarios de trabajo con la vida familiar. Otro colectivo a considerar es el de los trabajadores inmigrantes, con sus riesgos asociados de precariedad, problemas de comunicación, acoso y discriminación que les hacen más vulnerables.

- b) **Riesgos físicos:** los trastornos musculoesqueléticos constituyen los problemas de salud relacionados con el trabajo que más afectan a la población trabajadora en Europa y la primera causa de absentismo laboral. Casi el 24% de los trabajadores de la Unión Europea afirma sufrir dolor de espalda y el 22% se queja de dolores musculares.

Otros riesgos físicos a considerar son la falta de ejercicio físico, la adopción de posturas forzadas, el estrés térmico y la exposición a radiación ultravioleta y a campos electromagnéticos.

- c) **Riesgos químicos:** aunque la exposición a sustancias peligrosas suele producirse en la industria química, también se puede dar en la construcción, por el uso de disolventes y pinturas, y en la agricultura, con el uso de insecticidas, que pueden actuar como disruptores endocrinos.

Una mención aparte merece la exposición a nanomateriales. Aunque ya se utilizaba la nanotecnología en las vidrieras de las catedrales góticas, o en las espadas de Damasco, hoy en día los científicos todavía no pueden predecir cómo los nanomateriales se comportarán y cómo afectarán a la salud, aunque ya se empieza a conocer, por ejemplo, que los nanotubos de carbono tienen un efecto similar al asbesto [Krug, 2014].

e) **Riesgos biológicos:** han surgido sectores industriales nuevos, como el del tratamiento de residuos, en los que los principales problemas de salud están causados por bioaerosoles que contienen microorganismos transmitidos por vía respiratoria, como mohos y endotoxinas, y compuestos orgánicos volátiles. También han aparecido nuevos microorganismos patógenos, como los causantes del síndrome respiratorio agudo severo, y de la gripe aviar. Y otros se han hecho resistentes debido al uso indebido de antibióticos, como *staphylococcus aureus* y *mycobacterium tuberculosis*, que pueden afectar a trabajadores sanitarios. La manipulación de residuos médicos y objetos afilados puede causar otras infecciones, como hepatitis o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

4. Gestión de la salud en el trabajo

La implantación de sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo han contribuido significativamente a la prevención de las enfermedades relacionadas con el trabajo. Una buena gestión implica la reducción de los factores de riesgo y el desarrollo del bienestar del trabajador. Hay que adoptar un planteamiento que integre dimensiones físicas, morales y sociales. Es necesaria la implantación de una verdadera cultura de prevención que permita anticipar y controlar los riesgos, y que no se limite únicamente a la prevención de riesgos específicos, fomentando cambios de comportamiento entre los trabajadores. Para ello, habrá que sensibilizar a las partes interesadas e intensificar la información, formación y participación de todos los trabajadores. Los medios de comunicación como Internet, las aplicaciones *on line* y las redes sociales parecen ser más eficaces que los enfoques convencionales para llegar a los trabajadores más jóvenes.

Los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo son un medio efectivo de promocionar hábitos saludables. Pequeñas modificaciones de conducta pueden reducir la incidencia de enfermedades. La evidencia científica también ha demostrado su utilidad, sobre todo en lo relativo al control del tabaquismo y del consumo de alcohol, a la mejora de la alimentación y del incremento del ejercicio físico, al dolor de espalda y de otros problemas musculoesqueléticos y al control del estrés.

Por otra parte, la prevención eficaz de las enfermedades relacionadas con el trabajo requiere anticiparse a los posibles efectos negativos de los riesgos nuevos y emergentes, y, consecuentemente, facilitar una rápida implantación de las medidas preventivas adecuadas en cada caso, teniendo en cuenta que los riesgos que afectan a grupos de edad determinados, a los trabajadores con discapacidad y a las mujeres merecen especial atención y requieren medidas específicas.

Se ha comprobado que las organizaciones que invierten en la protección de la salud de sus trabajadores obtienen resultados objetivables tales como: reducción de los costes debidos al absentismo, disminución de la rotación del personal, mayor satisfacción de los clientes, incremento de la motivación, aumento de la calidad y mejor imagen de la empresa. Esos efectos positivos pueden reforzarse animando a los trabajadores, en un entorno de trabajo sano, a adoptar hábitos de vida que mejoren su estado de salud general.

5. Bibliografía

Álvarez, J. M., Pardos, M., Hueso, R. (coord.). *Manual de ergonomía y psicología*. Fundación MAPFRE. 2ª edición. Madrid. COLEX, 2013.

Brant-Rauf, P. W. "History of occupational medicine: relevance of Imhotep and the Edwin Smith Papyrus". *British Journal of Industrial Medicine*, 44, 1987: 68-70.

Eurofound. *Fifth european working conditions survey*. Luxembourg. Publications Office of the European Union, 2012.

Goerlich Gisbert, F. *Esperanza de vida y causas de muerte: un análisis de descomposición (1975-2009)*. Madrid. Fundación BBVA, 2012.

González Pérez, U. "El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud". *Rev. Cubana Salud Pública*, 2002, 28(2).

Health and safety at work. Strategic Framework sets out EU objectives for 2014-2020. [Citado 16 septiembre 2015]. Disponible en: <http://ec.europa.eu>.

Krug, H. F. "Nanosafety research-are we on the right track?". *Angew Chem Int Ed Engl*. 2014, 53(46): 12.304-12.319.

Laframboise, H. L. [1973]. "Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments". *Canadian Medical Association Journal*, 108: 388-393.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada.

Organización Internacional del Trabajo. *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación*. Ginebra. OIT, 2010.

1.3. LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Fernando J. Rosado Martín

Médico especialista en Medicina del Trabajo.
Sociedad de Prevención de FREMAP

Resumen

Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan en la actualidad la principal causa de muerte a nivel mundial. Además, suponen un coste económico que supera más del 60% del gasto sanitario mundial.

Si no se toman medidas urgentemente, la creciente carga económica asociada a estas enfermedades alcanzará niveles que superarán incluso los medios con los que cuentan los países más ricos del mundo para manejarlas.

Del conjunto de patologías incluidas en la denominación de "enfermedades no transmisibles (ENT)", son las enfermedades cardiovasculares las responsables del mayor número de las defunciones por ENT (17,3 millones/año), seguidas del cáncer (7,6 millones/año), las enfermedades respiratorias (4,2 millones/año) y la diabetes (1,3 millones/año).

Son, pues, estos cuatro grupos de enfermedades los causantes del 80% de todos los fallecimientos, constituyendo hoy en día la principal amenaza para la salud de la población, previéndose, además, un incremento creciente para los próximos decenios.

En septiembre de 2011, los dirigentes mundiales, tras reconocer el devastador impacto de las ENT desde el punto de vista social, económico y de la salud pública, adoptaron una declaración política conteniendo compromisos firmes para hacer frente a la carga mundial de las ENT, encomendando a la Organización Mundial de la Salud la elaboración del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles.

Este plan de acción, que abarca el periodo comprendido entre 2013 y 2020, es conocido como "Plan de Acción Mundial de la OMS sobre las ENT" y sus propuestas adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2013.

1. Introducción

Las enfermedades crónicas más conocidas en la actualidad, con el término de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), suponen hoy en día la principal causa de mortalidad mundial. Se estima que aproximadamente el 60% de las muertes totales son debidas a dichas enfermedades.

De los 57 millones de defunciones que se produjeron en 2008 en todo el mundo, 36 millones, casi las dos terceras partes, se debieron principalmente a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas.

Contrariamente a lo esperado, la mayor incidencia de estas enfermedades corresponde a los países con los ingresos más bajos y alrededor de una cuarta parte de la mortalidad mundial relacionada con las ENT afecta a personas menores de 60 años.

Esto significa que las enfermedades crónicas conllevan un desafío de gran envergadura para los sistemas sanitarios. Además, supone un gasto asociado a la sanidad difícil de solucionar con un consumo de los recursos de más del 60% del gasto sanitario.

Un gran porcentaje de ENT son prevenibles. Tienen en común factores de riesgo comportamentales modificables tales como el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol. Estos factores de riesgo contribuyen, además, al sobrepeso y la obesidad, a la hipertensión y la hipercolesterolemia.

Para reducir la carga y el impacto de las ENT, existen intervenciones viables y costo-efectivas, y la adopción de medidas sostenidas para prevenir los factores de riesgo y mejorar la atención de la salud puede permitir que se eviten millones de muertes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) invita a los Estados miembros a "desarrollar políticas centradas en el paciente para la promoción de la salud, la prevención primaria y secundaria, el tratamiento y la atención de las enfermedades

crónicas, en cooperación con los responsables políticos y, especialmente, con las asociaciones de pacientes”, así como a identificar e intercambiar información sobre las mejores prácticas en este ámbito, y a evaluar la incidencia, prevalencia y el impacto de este conjunto de enfermedades.

2. Definición y características de las enfermedades crónicas

Según la definición dada por la OMS, las enfermedades no transmisibles, también conocidas como enfermedades crónicas, son enfermedades que no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente.

Clásicamente los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son:

- Las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares).
- El cáncer.
- Las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma).
- La diabetes.

Las ENT representan con diferencia la causa de defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales.

3. Datos epidemiológicos de las enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles son responsables del 63% de las muertes que se producen en el mundo (36 de 57 millones de muertes globales).

Las ENT afectan ya desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran casi el 80% de las muertes por estas enfermedades (29 millones). Son la principal causa de mortalidad en todas las regiones excepto en África, pero según las estimaciones actuales en 2020 los mayores incrementos de la mortalidad por ENT corresponderán a ese continente.

Las ENT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 9 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 60 años de edad; el 90% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medios.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ENT, 17,3 millones cada año, seguidas del cáncer (7,6 millones), las enfermedades respiratorias (4,2 millones) y la diabetes (1,3 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de alrededor del 80% de las muertes por ENT.

3.1. ¿Qué impacto socioeconómico tienen las ENT?

Las ENT amenazan los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. La pobreza está estrechamente relacionada con las ENT. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades será un obstáculo para las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco o alimentos poco saludables, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud.

En los entornos con pocos recursos, los costos de la atención sanitaria para las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas pueden agotar rápidamente los recursos de las familias y abocarlas a la pobreza. Los costos desorbitados de las ENT, en particular el a menudo prolongado y oneroso tratamiento y la desaparición del sostén de familia, están empujando a millones de personas a la pobreza cada año, sofocando el desarrollo.

Las consecuencias para las sociedades y las economías son devastadoras en todas partes, pero sobre todo entre las poblaciones pobres, vulnerables y desfavorecidas. Estas personas enferman y mueren antes que las de las sociedades más ricas.

En amplias zonas del mundo en desarrollo las enfermedades no transmisibles son detectadas tardíamente, cuando los pacientes necesitan una atención hospitalaria intensa y costosa como consecuencia de complicaciones graves o episodios agudos. La mayor parte de esa atención la pagan los pacientes directamente de su bolsillo, lo que puede traducirse en gastos médicos catastróficos.

Por todas estas razones, las ENT suponen un doble revés para el desarrollo. Año tras año causan pérdidas de miles de millones de dólares en la renta nacional y empujan a la gente por debajo del umbral de pobreza.

3.2. Impacto de las enfermedades crónicas en Europa

La epidemia rebasa ya con mucho la capacidad de los países de ingresos bajos para afrontarla. Si no se toman medidas urgentemente, la creciente carga económica asociada a estas enfermedades alcanzará niveles que superarán incluso los medios con que cuentan los países más ricos del mundo para manejarlas.

Los Estados miembros de la UE se enfrentan a cada vez más desafíos comunes debido a la creciente carga que suponen las enfermedades crónicas. Estas representan el 86% de la mortalidad en la región europea, según la OMS, lo que conlleva importantes implicaciones económicas.

Está claro que las enfermedades crónicas no transmisibles representan ahora mismo uno de los retos más importantes en los Ministerios de Salud, primero porque son una gran carga de morbimortalidad, y segundo porque representan una carga económica impresionante.

Siendo enfermedades crónicas, el tratamiento es a muy largo plazo y los sistemas de salud tienen aquí un gran desafío para sostener su coste.

Un reciente estudio publicado en la revista científica *BMJ Supportive & Palliative Care*, bajo el título "The burden of non-acute dying on society: dying of cancer and chronic disease in the European Union", ha estimado la tasa de mortalidad por cáncer y enfermedades crónicas en la Unión Europea. Aunque el estudio ha sido publicado en el ejemplar de la revista de septiembre del año 2012, los datos están tomados del año 2007. Los resultados de dicho estudio correspondiente a los 27 países de la Unión Europea han sido los siguientes:

- 480 millones de personas es el número total de fallecidos en 2007.
- 202 millones de personas murieron debido al cáncer y a enfermedades crónicas, es decir, el 42% de la cifra total de fallecidos.
- Por enfermedades cardíacas murieron el 5,7%.

- Por enfermedades respiratorias el 3%.
- Por insuficiencia hepática crónica el 1,8%.
- Por enfermedades neurológicas el 0,8%.

La conclusión del estudio es que la muerte por cáncer y enfermedades crónicas es una carga elevada para los Estados de la Unión Europea. Además, aconsejan que los responsables políticos europeos tengan en cuenta las diferencias entre unos países y otros, dentro de Europa, a la hora de desarrollar estrategias a corto y largo plazo en la atención sanitaria de la población.

4. Factores de riesgo de las enfermedades crónicas

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud publicó su *Informe anual sobre la salud en el mundo*, dedicado en esta ocasión a la reducción de los riesgos y a la promoción de una vida sana.

Este informe analiza en detalle un conjunto de 25 grandes riesgos evitables, aquellos de más relevancia en cuanto a su morbilidad a nivel mundial, destacando entre otros puntos el impacto de aquellos riesgos más comúnmente relacionados con las sociedades ricas, como son:

- Tabaquismo.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Hipertensión arterial.
- Inactividad física o sedentarismo.
- Hipercolesterolemia.
- Sobrepeso-obesidad.
- Dietas no saludables.
- Altos niveles de glucosa en sangre.

Estos riesgos y las enfermedades asociadas a ellos, tradicionalmente de claro predominio en países de ingresos medios y altos, están experimentando una prevalencia cada vez mayor en el mundo en desarrollo, en donde originan una doble carga al sumarse a las enfermedades infecciosas y a otros riesgos aún sin erradicar.

En los últimos años, el tema de los factores determinantes de la salud de las poblaciones y su impacto en el desarrollo de enfermedades crónicas ha motivado

una creciente preocupación en los responsables sanitarios de la mayoría de los países y organismos internacionales.

Existe un consenso entre todos los investigadores del tema en que los determinantes de la salud de las poblaciones son un conjunto de factores complejos que actúan de manera combinada determinando los niveles de salud de los individuos y de las comunidades. Se refiere a las interacciones entre características individuales, factores sociales y económicos, y entornos físicos, en estrecha relación con la distribución de la riqueza en la población.

Así, los factores de riesgo pueden ser propios de la condición biológica de cada persona (edad, sexo, grupo étnico), de las condiciones de vida (situación socioeconómica, vivienda, ocupación, escolaridad) o de los comportamientos individuales o estilos de vida (hábitos alimentarios, religión, adicciones), todos ellos determinados por el ambiente físico y por otros elementos del sistema sociocultural entre los que se cuenta el propio sistema de atención de salud (accesibilidad, calidad).

La Agencia de Salud Pública de Canadá, organismo colaborador con la OMS en políticas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, distingue entre los riesgos de las personas y aquellos otros de las comunidades:

1. **En las personas**, es posible clasificar los factores de riesgo de la siguiente manera:
 - *Factores de riesgo básicos*: edad, sexo, nivel de educación y genética.
 - *Factores de riesgos conductuales o comportamentales*: tabaquismo, dietas malsanas, inactividad física.
 - *Factores de riesgo intermedios*: niveles altos de lípidos en la sangre, diabetes, hipertensión arterial y sobrepeso/obesidad.
2. **En las comunidades**, los principales factores que pueden tener un efecto en el estado de salud son los siguientes:
 - *Contexto socioeconómico*: la pobreza, el empleo y la composición de la familia.
 - *Medio ambiente*: el clima o la contaminación.

- *Cultura*: prácticas, normas y valores.
- *Urbanización*: impacto sobre la vivienda, acceso a productos y servicios.

La siguiente figura describe la relación entre los factores de riesgo, factores de riesgo intermedios y enfermedades desarrolladas.

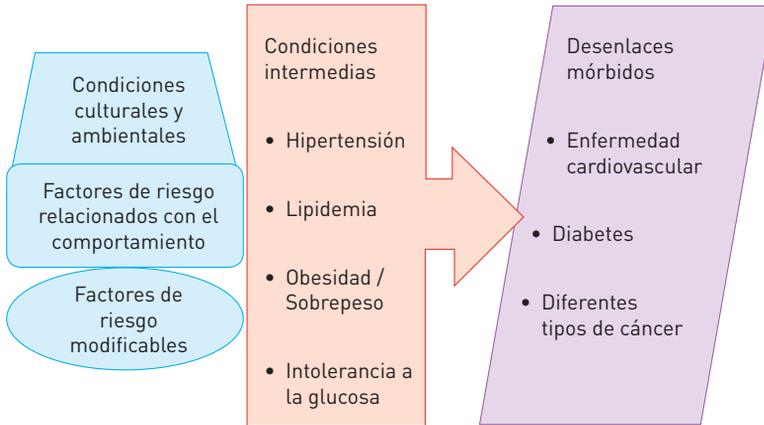


Figura 1. Relación entre factores de riesgo, factores de riesgo intermedio y desarrollo de enfermedades. (Canadá Public Agency. Centre for Chronic Diseases Prevention and Control Integrated approach to diseases, 2003)

Las enfermedades crónicas no transmisibles son el resultado de la interacción entre factores de riesgo y condiciones comunes. Aunque algunos factores de riesgo tales como edad, sexo y nuestra constitución genética son imposibles de cambiar, sí es posible modificar muchos factores de riesgo relacionados con el comportamiento, así como otros factores intermedios como la hipertensión arterial, el sobrepeso o la obesidad, la alta tasa de lípidos en la sangre y la prediabetes. Las condiciones sociales, económicas y el entorno físico jugarían un papel indirecto influyendo o condicionando nuestros comportamientos.

Los factores de riesgo comportamentales propician cambios metabólicos y/o fisiológicos (condiciones intermedias), como hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) e hiperlipidemia (niveles altos de lípidos en la sangre), responsables del riesgo de padecer una enfermedad crónica no transmisible.

4.1. Factores de riesgo comportamentales modificables y su relación con los factores de riesgo intermedios

El consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de la mayoría de las ENT o las causan directamente.

- El tabaco es la principal causa prevenible de muerte prematura. Es responsable de la muerte de casi seis millones de vidas cada año (más de 600 mil por la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra aumente hasta ocho millones en 2030. Fumar contribuye a la obstrucción arterial, reduce el contenido en oxígeno de la sangre y aumenta la presión arterial incrementando el riesgo de cardiopatía y accidente cerebrovascular.
- Un consumo de alcohol elevado se asocia con el padecimiento de más de 60 enfermedades agudas o crónicas. Estos incluyen cáncer, enfermedades gastrointestinales, trastornos nerviosos, enfermedades cardiovasculares (incluido el accidente cerebrovascular) y, en mujeres embarazadas, efectos negativos sobre el feto. De los 2,3 millones de muertes anuales ocasionadas por el uso nocivo del alcohol, la mitad está relacionada con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Aproximadamente 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente. Hay claras evidencias de que la inactividad física y el incremento del sedentarismo causan un gran deterioro de las funciones físicas y el desarrollo de patologías comunes y severas como la enfermedad coronaria, la hipertensión arterial, la obesidad, los problemas de columna vertebral, la ansiedad y la depresión. La inactividad física, asociada a otros factores como tabaco, consumo de una dieta desordenada o el consumo excesivo de alcohol, duplica el riesgo de padecer cardiopatías y accidentes cerebrovasculares.
- Las dietas poco sanas, además de tener efectos directos sobre el riesgo de cáncer, enfermedad cardíaca coronaria y accidente cerebrovascular, también influyen en el riesgo de un gran número de comorbilidades, incluyendo hipertensión, diabetes y obesidad, que a su vez se relacionan con el riesgo de otras enfermedades crónicas. Las frutas y verduras frescas son una ingesta de fibra dietética y contienen antioxidantes, sustancias que impiden el desarrollo de obstrucciones arteriales.

4.1.1. Factores de riesgo intermedios: constituidos principalmente por los niveles altos de lípidos en la sangre, diabetes, hipertensión arterial y sobrepeso/obesidad

- La hipertensión es uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades del corazón constituyendo un factor directamente relacionado con el riesgo de accidente cerebrovascular.
- La hipertensión arterial y la hipercolesterolemia guardan estrecha relación con el consumo excesivo de alimentos grasos, azucarados o salados. Provocan más muertes todavía cuando se conjugan con los efectos nocivos del tabaco y del consumo excesivo de alcohol.
- El peso excesivo y la obesidad dan lugar a hipertensión arterial, niveles de colesterol desfavorables y una mayor resistencia a la insulina. Aumenta el riesgo de cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes y numerosas formas de cáncer.
- La diabetes aumenta el riesgo de hipertensión arterial, enfermedades coronarias y derrames cerebrales, especialmente cuando el nivel de azúcar en la sangre está mal controlado.

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo de ENT a nivel mundial es el aumento de la presión arterial (a lo que se atribuye el 16,5% de las defunciones a nivel mundial), seguido por el consumo de tabaco (9%), el aumento de la glucosa sanguínea (6%), la inactividad física (6%), y el sobrepeso y la obesidad (5%). En los países de ingresos bajos y medios se está observando un rápido incremento del número de niños con sobrepeso.

4.2. Factores de riesgo en la comunidad

Aproximadamente 1.200 millones de personas en el mundo viven en la pobreza. Este grupo es menos saludable y tiene mayor exposición a los riesgos que los grupos económicamente favorecidos y, por tanto, son más vulnerables a las enfermedades crónicas. Pero, por otro lado, se establece un círculo vicioso, la pérdida de los ingresos, los costos del tratamiento y la marginación debido a los problemas de salud crónicos afectan negativamente el estado económico de aquellos con enfermedades crónicas.

Para comprender la relación entre la salud y la pobreza, se debe considerar una serie de factores socioambientales que son determinantes críticos del estado de salud:

- Ingreso y estatus social-gradiente social.
- Empleo y desempleo-enfermedades de trabajo.
- Desarrollo infantil saludable.
- Educación.
- Medio ambiente físico.
- Acceso a la asistencia sanitaria.
- Cultura.

El reconocimiento de todas estas condiciones y de los factores de riesgo comunes es fundamental para realizar un enfoque integrado en la prevención de las enfermedades crónicas. Esta actividad preventiva tendrá que ir dirigida no solamente al individuo, sino también a todas aquellas condiciones sociales y de vida que propician y mantienen estos patrones individuales de comportamiento.

5. Prevención de las enfermedades crónicas. Estrategias de actuación

Como ya se ha apuntado previamente en el apartado de epidemiología, las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de mortalidad en todo el mundo.

Hay dos hechos fundamentales u objetivos en torno a los cuales se definen las políticas de prevención, las estrategias y se diseñan los diferentes planes de acción tendentes a la consecución de los objetivos preventivos propuestos.

- La eliminación de los riesgos más importantes permitiría prevenir la mayoría de las ENT.
- De eliminarse los principales factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónicas, se podrían prevenir cerca de tres cuartas partes de la carga atribuible a las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes de tipo 2, y un 40% de los casos de cáncer.

En diciembre de 2012 fue publicado en la revista *Lancet* el estudio *The Global Burden of Disease Study 2010*, en él se realiza un profundo análisis para describir la distribución global y las causas de una amplia gama de enfermedades graves, lesiones y factores de riesgo para la salud.

Según el informe, de los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en 2008, 36 millones, casi dos tercios del total, se debieron a las enfermedades crónicas no transmisibles y principalmente a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares.

Son, pues, estos cuatro grupos de enfermedades los causantes del 80% de todos los fallecimientos por enfermedades crónicas no contagiosas, constituyendo hoy en día la principal amenaza para la salud de la población a nivel mundial, previniéndose un incremento creciente para los próximos decenios.

Además, estas cuatro enfermedades comparten un conjunto de factores de riesgo comportamentales prevenibles, como son el consumo de tabaco, una vida sedentaria, el abuso de alcohol y la alimentación inadecuada.

Estos cuatro factores de riesgo comportamentales se han generalizado a nivel mundial acompañando a los cambios de estilo de vida propios del progreso, de la modernización y del desarrollo económico de las comunidades. Los principales efectos de estos factores de riesgo afectan cada vez más a comunidades de ingresos medios y bajos y especialmente en las personas más pobres de estas comunidades en las que se establece un círculo vicioso entre pobreza, exposición a factores de riesgos y padecimiento de enfermedad.

A fin de reducir el impacto de las ENT en los individuos y en la sociedad, hay que aplicar un enfoque integral del problema y promover las intervenciones más eficientes que permitan prevenir las y controlarlas.

La principal medida para reducir las enfermedades no transmisibles consiste en reducir los factores de riesgo asociados a ellas. Hay soluciones de bajo costo para reducir los factores de riesgo modificables más comunes (principalmente, el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol).

Otra opción para combatir las ENT son algunas intervenciones esenciales que pueden aplicarse a nivel asistencial primario para reforzar la detección precoz y el tratamiento oportuno.

La evidencia muestra que este tipo de actuaciones son una excelente inversión económica, dado que, si se instauran tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más costosos. Estas medidas pueden aplicarse además en contextos con distintos niveles de recursos.

Para conseguir el máximo efecto hay que formular políticas públicas saludables que promuevan la prevención y el control de las ENT, y reorientar los sistemas de salud para que cubran las necesidades de las personas que sufren estas enfermedades.

5.1. Respuestas de la OMS: Estrategias de prevención

5.1.1. Antecedentes

Ya en el año 2000, la publicación de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud, se hace eco del problema epidemiológico que constituyen estas enfermedades, previniendo sobre el rápido crecimiento experimentado a nivel mundial y alertando sobre su repercusión en la mortalidad, prevalencia y costes tanto económicos como sociales.

Se insistía en la necesidad de crear estrategias de prevención específicas y en la importancia de poner en marcha programas de prevención que disminuyesen su incidencia.

En función de lo anterior, se definieron los tres objetivos principales, que siguen estando en vigor actualmente. Dichos objetivos fueron:

1. Cartografiar las epidemias emergentes de enfermedades no transmisibles y analizar los factores sociales, económicos, comportamentales y políticos determinantes de estas, con particular referencia a las poblaciones pobres y desfavorecidas, para facilitar una orientación normativa, legislativa y financiera relacionada con el establecimiento de un entorno favorable al control.
2. Reducir el nivel de exposición de los individuos y las poblaciones a los factores comunes de riesgo de ENT, como el consumo de tabaco, una dieta malsana y la falta de actividad física, y sus determinantes.
3. Intensificar la atención sanitaria dispensada a las personas con estas enfermedades elaborando normas y directrices para la realización de intervenciones eficaces con relación al costo, atribuyendo prioridad a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.

El Plan de Acción 2008-2013 de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles de la OMS, elaborado en el año

2008, traduce en medidas concretas aquellos principios fijados en la citada Estrategia, indicando a los Estados miembros, la OMS y los asociados internacionales los pasos a seguir para el adecuado abordaje en la lucha contra las ENT en sus respectivos ámbitos de aplicación.

En este plan de acción se pone de relieve los seis objetivos claves, y para cada uno de ellos se esbozan las medidas a aplicar. Los objetivos establecidos fueron los siguientes:

- Elevar la prioridad acordada a las enfermedades no transmisibles en el marco de las actividades de desarrollo en los planos mundial y nacional e integrar la prevención y el control de estas enfermedades en la política de todos los departamentos gubernamentales.
- Establecer y fortalecer el desarrollo de políticas y planes nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.
- Fomentar intervenciones que reduzcan los principales factores de riesgo comunes modificables: consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol.
- Impulsar las investigaciones en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.
- Realizar un seguimiento de las ENT y sus determinantes y evaluar los progresos en los ámbitos nacional, regional y mundial.

En relación con los objetivos señalados, en estos últimos años hemos sido testigos de importantes avances a nivel global tanto con nuevas políticas e iniciativas en la lucha contra estas enfermedades, como con medidas específicas encaminadas a reducir los factores de riesgo asociados. Las principales medidas han sido:

- La aplicación de las establecidas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
- La Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.
- La Estrategia Mundial de la OMS para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol.

En abril de 2011 se presentó el *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*, con el que se da cumplimiento al sexto punto del Plan de Acción 2008-2013. El citado informe, dirigido a responsables de las formulaciones de políticas sanitarias, funcionarios de salud de los diferentes Estados miembros y de las estructuras de la OMS, pretendía:

- Proporcionar a los países una referencia inicial acerca de la situación actual de las enfermedades no transmisibles y de sus factores de riesgo.
- Ofrecer el panorama de las medidas adoptadas por los países para el abordaje de las ENT incluyendo políticas, planes, infraestructuras de vigilancia e intervenciones a nivel individual y poblacional.
- Difundir una visión compartida y una guía para la prevención y control de las enfermedades no compartidas.

Es el primer informe mundial sobre el estado de estas enfermedades y los métodos para trazar el mapa de la epidemia. En él se ofrece una descripción detallada a nivel mundial de las ENT, de sus factores de riesgo y de sus determinantes; subraya las oportunidades para hacer frente a la epidemia en todos sus entornos mediante un enfoque amplio que incluye la vigilancia de estas enfermedades, la prevención poblacional, el fortalecimiento de la atención de salud y la capacidad de los países para responder a la epidemia. Viene a recalcar la necesidad de una acción intensiva en cada uno de los tres objetivos definidos en la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de Enfermedades no Transmisibles.

Este informe fue presentado justamente antes de la reunión de alto nivel celebrada en Naciones Unidas, en septiembre de 2011, para examinar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, con asistencia de los jefes de Estado y representantes de gobiernos de los diferentes países.

5.1.2. Estado actual

La reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, celebrada en Nueva York en septiembre de 2011, ha supuesto un acontecimiento de gran importancia en el futuro de la lucha contra las ENT; en ella, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Resolución 66/2 relativa a la Declaración Política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control

de las enfermedades no transmisibles, en virtud de la cual se exhortaba a la OMS a que antes de finalizar el año 2012:

- Se elaborase un marco mundial amplio de seguimiento que comprendiera un conjunto de indicadores, aplicable a diversas situaciones regionales y nacionales, para realizar el alcance de las tendencias y evaluar los progresos que se lograrán en la aplicación de las estrategias y los planes nacionales relacionados con las ENT.
- Se preparasen recomendaciones para establecer un conjunto de objetivos mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.

La Declaración Política instaba además a los Estados miembros a considerar la posibilidad de establecer objetivos e indicadores nacionales basados en la situación de cada país, con arreglo a la orientación que proporcione la OMS.

Siguiendo el espíritu de lo establecido en esta declaración:

- La reunión oficial de Estados miembros para ultimar los trabajos relativos al marco mundial de vigilancia integral, incluidos un conjunto de indicadores y otro de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las ENT, celebrada en noviembre de 2012 en Ginebra, culminó con la aprobación por consenso de:
 - El denominado marco mundial de vigilancia integral de las ENT, que incluye un conjunto de 25 indicadores para seguir las tendencias y evaluar los progresos en la aplicación de las estrategias y planes sobre estas enfermedades.
 - Las metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las ENT, compuestas de un conjunto de nueve metas de aplicación voluntaria para que las consideren los Estados miembros. El logro de esas metas de aquí al año 2025 supondrá un notable progreso en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

El marco mundial de vigilancia para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, incluidos los indicadores y el conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria, integrado en las actividades para la elaboración del proyecto de Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las ENT, que abarcará el periodo 2013-2020, fue presentado y ratificado en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud, de mayo de 2003.

Con la aprobación de la resolución relativa a las enfermedades no transmisibles (Resolución A66/A/CONF./1Rev.1), se aprueba un plan de acción mundial para la prevención y control de las ENT (incluyendo enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas), que ofrecerán al mundo un nuevo camino para alcanzar nueve objetivos mundiales acordados para enfermedades no transmisibles, entre los que figuran una reducción del 25% de la mortalidad prematura por estas enfermedades para 2025.

El plan de acción contiene un marco de monitoreo que cuenta con 25 indicadores para dar seguimiento a la mortalidad, morbilidad, así como también para evaluar programas que se enfoquen en los factores de riesgo y la implementación de estrategias y planes nacionales.

La OMS deberá desarrollar el borrador de los términos de referencia para un mecanismo de coordinación global, a través de un proceso consultivo que terminará en una reunión formal de los Estados miembros en noviembre de 2013. La OMS también deberá dar apoyo técnico a los países y desarrollará una serie de indicadores del plan de acción para informar sobre los progresos alcanzados durante su implementación.

Tabla 1. Proyecto de Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020

Visión: Un mundo libre de la carga evitable de enfermedades no transmisibles.	
Objetivo: Reducir la carga prevenible y evitable de morbilidad, mortalidad y discapacidad debidas a las enfermedades no transmisibles mediante la colaboración y la cooperación multisectoriales en el ámbito nacional, regional y mundial, de modo que las poblaciones alcancen el grado más alto posible de salud y productividad a todas las edades y esas enfermedades dejen de suponer un obstáculo para el desarrollo socioeconómico.	
Principios generales:	<ul style="list-style-type: none"> • Consideración de todo el ciclo de vida • Empoderamiento de las personas y las comunidades • Estrategias basadas en evidencias • Cobertura sanitaria universal • Gestión de los conflictos de intereses reales, percibidos o potenciales • Derechos humanos • Equidad • Acción nacional, cooperación y solidaridad internacionales • Acción multisectorial
Objetivos	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Otorgar más prioridad a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las agendas mundial, regional y nacional, y en los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, mediante el fortalecimiento de la promoción y la cooperación internacional. 2. Reforzar la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de ENT. 3. Reducir la exposición a factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles y los determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que fomenten la salud. 4. Fortalecer y reorientar los sistemas de salud para abordar la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y los determinantes sociales subyacentes mediante una atención primaria centrada en las personas y la cobertura universal. 5. Fomentar y apoyar la capacidad nacional de investigación y desarrollo de calidad en relación con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 6. Vigilar la evolución y los determinantes de las ENT y evaluar los progresos hacia su prevención y control. 	
Metas mundiales de aplicación voluntaria	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducción relativa del riesgo de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25%. 2. Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10%, según proceda, en el contexto nacional. 3. Reducción relativa de la prevalencia de actividad física insuficiente en un 10%. 4. Reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal o sodio en un 30%. 5. Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30% en las personas de 15 años o más. 6. Reducción relativa de la prevalencia de hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de hipertensión, en función de las circunstancias del país. 7. Detención del aumento de la diabetes y la obesidad. 8. Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesitan para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. 9. 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados. 	

6. Bibliografía

Álvarez Alva, Rafael; Kuri Morales, Pablo A. *Salud pública y medicina preventiva*. 4ª Edición. México. Ediciones Manual Moderno, 2012.

Barceló, A., Luciani, S.; Agurto, I., Orduñez, P., Tasca, R., Sued, O. *Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 2012.

Barragan, H. L., Moiso, A., Mestorino, M.^a A., Ojea, O. A. *Enfermedades crónicas no transmisibles: el desafío del siglo XXI. Fundamentos de salud pública*. Argentina. Editorial La Plata, 2007, capítulo 10: 265-290.

Lim SS, Vos T; Flaxman AD; Danaei G; Shibuya K; Adair-Rohani H et al. *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. Lancet, 2012, 380: 2.224-2.260.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre la salud en el mundo; Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, 2002.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra, 2012.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: actividades complementarias de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*. 130ª reunión. Ginebra, enero de 2012.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Marco mundial de vigilancia integral, con inclusión de indicadores y un conjunto de objetivos mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles*. Documento de debate revisado de la OMS. Ginebra, 2012. <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. Reunión oficial de Estados miembros para ultimar los trabajos relativos al marco mundial de vigilancia integral, incluidos un conjunto de indicadores y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. 66ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, marzo de 2013.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Proyecto de Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020*. Informe de la secretaría. 66ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, mayo de 2013.

Piédrola Gil, Gonzalo. *Medicina preventiva y salud pública*. 11ª Edición. Barcelona. Editorial Masson, 2008.

1.4. LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN PSICOSOCIAL

José Manuel Álvarez Zárate

Director del Instituto de Ergonomía

Resumen

Según las diferentes encuestas europeas sobre condiciones de trabajo, muchos de los problemas de salud que afectan a los trabajadores están en cierta forma relacionados con los riesgos psicosociales. Es el caso del dolor de espalda (25%), los dolores musculares (23%), la fatiga (22%), el estrés (22%), dolor de cabeza (22%), irritabilidad (10%), problemas relacionados con el sueño (9%) y ansiedad (8%)¹. En general, las principales consecuencias se traducen en enfermedades cardiovasculares, trastornos psicológicos y, en algunos casos, también se han referenciado trastornos musculoesqueléticos.

1. Introducción

Tal vez el estrés es la causa más comúnmente considerada en el estudio de los factores psicosociales. Una situación de estrés puede ser causa de diversas enfermedades. Se han encontrado fuertes evidencias de relación, tanto etiológicas como de factor pronóstico de la evolución de enfermedades, en relación con enfermedades cardiovasculares².

¹ Porcentajes aproximados de trabajadores afectados. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/100517.pdf> a 1 de noviembre de 2015.

² El estrés constituye una de las causas relevantes en las muertes derivadas de enfermedades cardiovasculares, AA.VV.: *Social factors, stress and cardiovascular disease prevention in the European Union*. Bruselas (European Herat Network), 1998.

Cuando el organismo trata de mantener el equilibrio durante mucho tiempo defendiéndose de determinadas presiones crónicas, acaba produciendo cambios que pueden producir diferentes enfermedades cardiovasculares, respiratorias, inmunológicas, inmunitarias y gastrointestinales.

La ansiedad, la depresión, el malestar físico y la fatiga crónica, los trastornos adaptativos, los trastornos del sueño y los dolores de cabeza están asociados en ocasiones a la reacción del cuerpo ante el estrés o ante otros factores psicosociales, incluidos el síndrome de estar quemado y el acoso en el trabajo.

2. Problemas de salud relacionados con el estrés

Como se ha mencionado anteriormente, los trastornos de salud que pueden ocasionar determinadas situaciones de estrés son múltiples. A continuación se mencionan algunos de los problemas de salud más comunes asociados al estrés:

- Trastornos cardiovasculares, desde arritmias o palpitaciones ocasionales hasta infartos de miocardio.
- Trastornos respiratorios de base inmunitaria (como por ejemplo, en el caso de la artritis reumatoide).
- Trastornos gastrointestinales (colitis ulcerosa, dispepsia, úlceras, síndrome del intestino irritable, enfermedad de Crohn).
- Dermatológicas (entre las que se puede mencionar la soriasis y la neurodermitis).
- Trastornos endocrinos (hipoglucemia, diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, etc.).
- Dolor de espalda y trastornos musculoesqueléticos, así como tics, calambres y contracturas, rigidez, dolores musculares y alteraciones en los reflejos.
- Trastornos sexuales (impotencia, eyaculación precoz, vaginismo, alteraciones de la libido).
- Trastornos adaptativos. La American Psychiatric Association los define como reacciones desadaptativas ante estresantes psicosociales identificables que

ocurren en un espacio de tiempo breve y que se manifiestan por un deterioro funcional, social u ocupacional, o por síntomas como la depresión o ansiedad.

- **Ansiedad.** Se trata de una situación de intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Provoca un estado de angustia que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad.
- **Depresión.** La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave, se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional³.
- **Adicciones** (tabaco, alcohol, drogas, etc.).

Como manifestación específica, el estrés “postraumático” se consideró por primera vez con entidad clínica en la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* en 1980. Su etiología es desconocida y su nombre hace referencia a aquellas situaciones duras y amenazantes que provocan temor, desesperanza, horror y una hiperactivación del sistema nervioso⁴.

3. Tecnoestrés

El tecnoestrés es un concepto asociado a los efectos psicosociales adversos producidos por el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Fue acuñado por primera vez por el psiquiatra norteamericano Craig Brod en 1984, quien lo definió como “una enfermedad de adaptación causada por la falta de habilidad para tratar con las nuevas tecnologías del ordenador de manera saludable”⁵. Por lo tanto, está relacionado con las características del individuo

³ <http://www.who.int/topics/depression/es/> a 1 de noviembre de 2015.

⁴ Orós Muruzábal, M. “Riesgos psicosociales”, cit., p. 639.

⁵ Brod, C. *Technostress: The Human Cost of the Computer Revolution*. New York (Addison-Wesley), 1984.

en cuanto a conocimientos y habilidades y los requisitos específicos de las tareas relacionadas con las TIC que le son exigidas. Así pues, se trata de un desajuste entre demandas de las tareas y los recursos disponibles.

La tecnoansiedad es el tipo de tecnoestrés más conocido, en donde la persona experimenta altos niveles de activación fisiológica no placentera, y siente tensión y malestar por el uso presente o futuro de algún tipo de TIC. La misma ansiedad lleva a tener actitudes escépticas respecto al uso de tecnologías, a la vez que pensamientos negativos sobre la propia capacidad y competencia con las TIC. Un tipo específico de tecnoansiedad es la tecnofobia, que se focaliza en la dimensión afectiva de miedo y ansiedad hacia la TIC. Jay (1981) define la tecnofobia en función de tres dimensiones: resistencia a hablar sobre tecnología o incluso pensar en ella, miedo o ansiedad hacia la tecnología y pensamientos hostiles y agresivos hacia ella⁶.

4. Bibliografía

Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., Nogareda, C. *El tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial*. Nota técnica de prevención, 730, 2007.

Salanova, M., Cifre, E., Martín, P. (1999). "El proceso de 'tecnoestrés' y estrategias para su prevención (II)". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo* (2): 4-12.

Selva, J. M. M. *Tecnoestrés: ansiedad y adaptación a las nuevas tecnologías en la era digital*. Grupo Planeta Spain, 2011.

Serrano, M. Á., Salvador, A. *Psicobiología del estrés: dentro de la psicología del trabajo y las organizaciones*, 2015.

Silla, J. M. P., Rodríguez, I. "Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional". *Papeles del Psicólogo*. 2008, 29(1): 68-82.

⁶ NTP 730. *Tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial*.

1.5. ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

Antonio Meléndez López

Especialista en Medicina del Trabajo.
Coordinador del área de Medicina del Trabajo.
Dirección Regional de Andalucía Occidental

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas es un elemento consustancial en el desarrollo del hombre y presente desde el primer momento en el medio laboral. En la actualidad, supone uno de los principales problemas de salud pública a los que se enfrenta la sociedad actual. A pesar del impacto y alarma social que crea el consumo de drogas ilegales, son las llamadas drogas legales (alcohol y tabaco) las de mayor prevalencia, según la última encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2012). El efecto del consumo de sustancias psicoactivas provoca en el trabajador un cuadro clínico diferenciado en función de la sustancia consumida y a su vez conlleva unas consecuencias laborales en la empresa. Todo esto hace necesario la puesta en marcha de programas de intervención sobre el consumo de sustancias en nuestras empresas.

1. Introducción

El consumo de sustancias adictivas y la problemática que plantea en la población general es uno de los inconvenientes fundamentales a los que se enfrenta el sistema sociosanitario en la actualidad. Los daños en la salud que plantea el consumo de drogas y la existencia de conductas adictivas suponen un importante problema de salud pública que afecta a todos los sectores de la sociedad y, entre ellos, de forma significativa, el entorno laboral.

El desarrollo de las adicciones discurre de manera consustancial al desarrollo del hombre, el consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas en pócimas

y hojas de coca son ejemplos claros del consumo ligado a la historia. En muchos casos, este consumo va directamente relacionado con el sentido del trabajo. Los curanderos van a utilizar tóxicos para ritualizar sus curaciones, los agricultores andinos se servían de la hoja de coca y adormideras para afrontar las duras condiciones del terreno en sus prácticas laborales, al igual que el betel se utilizaba en el Extremo Oriente. De igual forma y hasta nuestros días, ha llegado la creencia del uso del alcohol para mitigar las condiciones climatológicas extremas en los entornos de trabajo.

En la actualidad, junto a las sustancias históricamente tradicionales, asistimos a un complejo abanico de nuevas adicciones (Becoña y Cortés, 2011). Unas ligadas a sustancias químicas y sus derivados: heroína, cocaína, LSD, drogas de diseño, cannabis, entre las más significativas. Por otro lado, nos encontramos un número cada vez mayor de conductas adictivas sin consumo de sustancias. Son adicciones comportamentales surgidas como consecuencia del desarrollo tecnológico de la sociedad y que, sin consumo de sustancias, son capaces de producir una dependencia a través de mecanismos neurofisiológicos similares a las drogas y reproducir las mismas características que definen las adicciones químicas. Juego patológico, internet, compras, teléfono y sexo se encuentran entre las más significativas.

El consumo de drogas y el mantenimiento de conductas adictivas son una causa frecuente de consulta en la práctica diaria en salud laboral; su trascendencia no estriba tan sólo en los problemas de salud a corto, medio y largo plazo sobre el paciente, sino que conlleva de forma añadida unas consecuencias sociales, familiares y laborales, por lo que su afrontamiento requiere una actuación combinada que abarque al paciente y a su entorno.

Es necesario resaltar que la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 refiere, en relación con el impacto que sobre la salud tiene el consumo de sustancias, el papel decisivo que tienen los accidentes laborales y su alteración en el rendimiento del trabajo. Establece a la población laboral como población diana de actuación, reconociéndole un conjunto de características que favorecen la actividad preventiva, la cual debe entroncarse como parte del desarrollo de las actividades marcada por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Defiende asimismo la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes, conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales y la relaciona con la Responsabilidad Social Corporativa de las empresas (Estrategia Nacional sobre Drogas, 2009).

En el desarrollo de sus dos planes de acción recoge expresamente la actuación en el entorno laboral. El Plan de Acción 2013-2016 establece, dentro del objetivo tendente a reducir la demanda (Plan de Acción sobre Drogas, 2013), la “elaboración de un plan de prevención en el ámbito laboral, creando plataformas de coordinación con sindicatos y asociaciones empresariales en las comunidades autónomas que no dispongan de ellas. Se elaborará un modelo marco de intervención integral en el lugar de trabajo para la prevención, asistencia e inserción social, y se fomentará la implicación de grandes empresas en proyectos de reducción de la demanda de drogas a través de sus programas de Responsabilidad Social Corporativa [RSC]”. De igual forma, y dentro del objetivo de fomento y mejora del conocimiento, establece que “se fomentará la investigación y el análisis de datos sobre consumo de drogas en áreas como: el género, el ámbito laboral, los policonsumos, etc.”.

Abordaremos, por tanto, en el presente capítulo las características clínicas de las adicciones, sus datos de consumo y los programas de intervención en adicciones en la empresa.

2. Características de las adicciones

A pesar de la amplia variedad de sustancias y conductas adictivas y su diferente expresión clínica en cada paciente (Becoña y Cortés, 2011), existen un conjunto de características comunes que nos permiten definir las adicciones, las más significativas son:

- **Compulsión:** El primer elemento central y aglutinador de las adicciones es la compulsión o pérdida de control sobre la propia conducta adictiva. Este deterioro aparente del control se pone de manifiesto de forma fundamental cuando no existe la posibilidad de repetir la conducta.
- **Síndrome de abstinencia:** Se corresponde con el conjunto de síntomas físicos y/o psíquicos que se manifiestan tras la supresión brusca del consumo o de la conducta.
- **Tolerancia:** Expresa la necesidad de incrementar la cantidad de sustancia necesaria para alcanzar el efecto deseado.

La expresión de estas tres variables conforman el concepto de dependencia, el cual, según la CIE 10, sería el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales

y cognoscitivas en el que el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.

En función de estas características, el DSM-IV-TR establece los criterios para el diagnóstico de la dependencia de sustancias en los siguientes:

Un patrón *desadaptativo de consumo* de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de doce meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes casos:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
 - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra) o en la recuperación de los efectos de la misma.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

3. Clasificación de las sustancias

La clasificación de las sustancias adictivas se puede llevar a cabo en función del tipo de sustancia y sus efectos sobre el sistema nervioso central y de la permisividad en su uso.

Según el tipo de sustancia, se pueden clasificar en:

- **Sustancias depresoras:** enlentecen su funcionamiento en un proceso que abarca desde la desinhibición hasta el coma. Las más características son el alcohol, opiáceos, tranquilizantes e hipnóticos.
- **Sustancias estimulantes:** aceleran su funcionamiento, activando el estado de alerta y vigilia con aumento del tono vital (respiratorio y cardíaco). Dentro de este grupo se encuentran la cocaína, anfetaminas, nicotina y xantinas.
- **Sustancias alucinógenas:** distorsionan el funcionamiento cerebral dando lugar a alteraciones perceptivas de tipo sensorial o alucinatorio. Como más representativas encontramos el LSD, derivados del cannabis, drogas de síntesis y disolventes volátiles.

Por su permisividad, se clasifican en:

- Drogas legales: tabaco, alcohol y psicofármacos.
- Drogas ilegales: cannabis, heroína, cocaína, drogas de síntesis.

4. Datos de consumo

Hoy en día, los datos más representativos del consumo de drogas en nuestro país los podemos obtener del Programa de Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), promovido dentro del Plan Nacional de Drogas, que se lleva a cabo de forma bienal desde 1995. La serie desarrollada hasta 2011 nos permite analizar de forma temporal los datos de prevalencia y las pautas en el consumo en la población española. En el año 2011 la muestra analizada es de 22.128 personas con una edad entre 15 y 64 años y distribuidas en todo el territorio español, lo que nos permite obtener datos aceptables para conocer el consumo de drogas en la población española.

Tabla 1. Prevalencia del consumo de drogas en los últimos doce meses en la población española de 15 a 64 años (%)

	1995	2001	2005	2007	2009	2011
Tabaco		46	42,4	41,7	42,8	40,2
Alcohol	68,5	78,1	76,7	72,9	78,7	76,6
Cannabis	7,5	9,2	11,2	10,1	10,6	9,6
Cocaína	1,8	2,5	3	3,1	2,7	2,3
Heroína	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Hipnosedantes*			5,1	8,6	7,1	11,4

Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OED). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España* (EDADES, 1995-2011).

A pesar de que son las drogas llamadas ilegales las que más preocupan a la sociedad, si observamos los datos de prevalencia de consumo, son las legales, alcohol y tabaco, las que presentan una mayor prevalencia en el total de indicadores temporales que disponemos. En cuanto al consumo de drogas ilegales, es el cannabis, con un consumo en los últimos doce meses del 9,6% el que presenta una mayor prevalencia, seguido de la cocaína con una prevalencia del 2,3%. Es importante reseñar la evolución que ha seguido el consumo de hipnosedantes, grupo en el que se incluyen los tranquilizantes y los somníferos, en los últimos años. Por primera vez en la serie temporal observamos cómo el consumo de estos supera el de cannabis y se convierte en la tercera sustancia adictiva de mayor consumo en nuestro país, sobre todo debido al incremento en uso de tranquilizantes por parte de la población española.

5. Aspectos clínicos de las principales drogas en el entorno laboral

Los efectos que el consumo de sustancias adictivas produce en el sujeto se deben valorar siempre desde una doble variante. En primer lugar, los efectos a nivel individual, derivados directamente del consumo específico de la sustancia y en relación directa con la composición química de la misma. En segundo lugar, no por ello menos trascendente, los efectos sociales de la adicción, que en el tema que nos ocupa lo constituyen las consecuencias laborales del consumo, que, a su vez, presentan una doble vertiente: la afectación individual al trabajador y la colectiva, a la propia empresa como organización.

Desde la perspectiva individual y en función de la sustancia de consumo, los efectos son:

5.1. Alcohol

En la esfera psíquica su efecto es paradójico: en un primer momento provoca desinhibición, euforia y relajación; sin embargo, el uso continuado termina generando dificultades para la comunicación, asociaciones cognitivas y descoordinación motora. El uso prolongado provoca la aparición de trastornos de personalidad, irritabilidad y alteraciones psicóticas. En el aspecto laboral, el alcohol facilita un falso estado de euforia, seguridad y confianza en sí mismo que implican una sobrevaloración de la propia capacidad y una subestimación de los riesgos. Conlleva un aumento de la fatiga física, con alteraciones perceptivas, de la atención y del manejo de la información; una dificultad en la conducción de vehículos y de cualquier tipo de maquinaria, así como problemas con compañeros, mandos intermedios y el público y, en general, todo aquello que requiera ciertas dosis de atención y reacción.

5.2. Tabaco

Su participación de forma directa o indirecta en la génesis de la patología respiratoria, cardiovascular y un gran número de neoplasias está claramente demostrado y su desarrollo excede el objetivo de este capítulo; sin embargo, es fundamental el efecto coadyuvante en la patología laboral cuando existen en el ambiente sustancias volátiles e incluso en suspensión, potenciando los ya de por sí efectos tóxicos de agentes químicos presentes en el ámbito laboral, como en el caso del amianto.

5.3. Psicofármacos (tranquilizantes e hipnóticos)

Deprimen la actividad del sistema nervioso central, producen sedación, disminuyen la ansiedad, miorelajación e inducen al sueño. Orgánicamente provocan una sedación generalizada y disminución de la ansiedad. Su uso continuado provoca adicción o dependencia física, con tolerancia cruzada con el alcohol, ansiedad crónica, fuerte inestabilidad afectiva y riesgo de conductas suicidas. En el ámbito laboral, afectan a la conducción de maquinarias y la realización de tareas complejas.

5.4. Cannabis

Los principales efectos orgánicos que produce son el aumento de las pulsaciones cardíacas, hipotensión, sudoración, somnolencia y descoordinación motora con disminución de la fuerza muscular y enrojecimiento de los ojos, en pequeñas dosis tiene efecto relajante. En la esfera psíquica, facilita cierta desinhibición e hilaridad, seguida de somnolencia y decaimiento general, con alteraciones perceptivas, sensoriales y dificultades en cuanto a la expresión, concentración, medida del tiempo y aprendizaje. Puede dar lugar a reacciones de pánico y a crisis de confusión mental y ansiedad, con delirios confusionales y de despersonalización. En personalidades premórbidas puede desencadenar sintomatología psicótica e incluso auténticos cuadros esquizofrénicos. Un abuso continuado puede generar un síndrome caracterizado por apatía, astenia, postración, ansiedad, depresión, cambios de carácter e inestabilidad emocional y trastornos en el área de la sexualidad. Su uso durante o de manera inmediata a la actividad laboral dificulta la realización de tareas complejas, reduce la atención y la capacidad de reacción, así como también es especialmente importante la incidencia que sobre el trabajo tiene la alteración de la percepción y la dificultad para el recuerdo de órdenes. Incide de manera directa en la conducción de vehículos y de otro tipo de maquinarias.

5.5. Cocaína

Como principales efectos orgánicos, genera disminución de la fatiga, reducción del sueño e inhibición del apetito. A su vez aumenta la tensión arterial, pérdida de peso, incremento del riesgo cardiovascular, hemorragias cerebrales y hepatopatías. En la esfera psicológica provoca euforia y locuacidad, facilitando las relaciones sociales e insomnio, dando lugar a una aceleración mental y a hiperactividad física,

ya que provoca la sensación de aumento de la fuerza; en ocasiones, provoca una fuerte desinhibición con conductas agresivas. Como principal problema psicológico que genera, se encuentra la depresión, que da lugar a un mayor mantenimiento del consumo facilitando la aparición de ideas de carácter paranoide con comportamiento antisocial grave, psicosis paranoide y alucinaciones. En el ámbito laboral, propicia un aumento de los errores y facilita una disminución de las medidas de seguridad al producir una sensación de falsa seguridad bastante ostensible.

5.6. Heroína

Potente depresor del sistema nervioso central. Como síntomas orgánicos cabe destacar el incremento del riesgo cardiovascular, hepatopatías, estreñimiento crónico, pérdida de peso, amenorrea, pérdida de libido, alteraciones inmunitarias e infecciones frecuentes asociadas al modelo de consumo. Provoca un deterioro cognitivo severo que prácticamente lo hace incompatible con la actividad laboral.

El abordaje de los efectos laborales lo debemos entender desde una doble vertiente: individual y organizacional.

Desde el aspecto individual, el consumo de sustancia provoca en el trabajador una clara disminución del rendimiento del trabajo, mayor cansancio físico, dificultad para el cumplimiento de los horarios, necesidad de descansos más prolongados, incremento de patologías con el aumento proporcional del absentismo laboral, situación de aislamiento con relación a sus compañeros e incremento del riesgo de accidentabilidad.

En el aspecto organizacional conlleva una mala calidad del trabajo con un descenso en la capacidad productiva y un incremento en los costes de producción, así como en los daños a los equipos, aumento de los problemas disciplinarios y la conflictividad laboral, mal clima laboral, incremento del absentismo, aumento de la rotación laboral y deterioro de la imagen de la empresa.

6. Intervención en la empresa sobre el consumo de sustancias adictivas

Tal como hemos visto con anterioridad ya en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2006-2013 se refleja la necesidad de intervención en el entorno laboral tanto por sus repercusiones como por la idoneidad del medio para el establecimiento de modelos de intervención en el área de la prevención. En relación con la repercusión

que tiene sobre el entorno, el propio plan establece la influencia del consumo de drogas en la accidentabilidad laboral, los accidentes de tráfico y el rendimiento laboral del trabajador. Según la Organización Internacional del Trabajo, un tercio de los accidentes laborales mortales están relacionados con el consumo de sustancias. La tasa de accidentes aumenta de dos a tres veces y se triplican las bajas laborales y el absentismo. En lo que respecta a la idoneidad del medio, pone de manifiesto que además de abarcar a una gran parte de la sociedad, el medio laboral mantiene una particularidades en cuanto a su estructuración cerrada desde una perspectiva social, temporal y espacial y cuenta con recursos humanos, técnicos y económicos. Todo esto hace que sea un medio que favorece la intervención preventiva, permite que la actuación llegue al resto de la comunidad y se favorezca la integración social del paciente.

Para conseguir esta intervención se necesita el esfuerzo de todos los agentes del entorno de trabajo, empresa, trabajadores y sus representantes, servicios de prevención y administración, y que dicha intervención forme parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, así como su integración en los sistemas de gestión de la prevención en la empresa.

De esta forma, un programa de intervención sobre el consumo de sustancias debe seguir los mismos planteamientos que cualquier otra actuación en educación y promoción de la salud en la empresa. Se debe partir de un conocimiento de los posibles factores de riesgo relacionados con el objeto de la intervención en el medio, marcar los objetivos de la intervención, establecer un programa de actuaciones y definir los indicadores de evaluación para el mismo.

La OIT en 1996 ya hizo un planteamiento acerca de las características de los modelos de intervención sobre el consumo de drogas en el trabajo, donde establece, entre otras consideraciones, las líneas generales de actuación en un programa de intervención que aborde el consumo de sustancias en el medio laboral:

- Los problemas relacionados con el consumo de drogas deberían considerarse como problemas de salud y tratarse como cualquier otro problema de salud en el trabajo, sin ningún tipo de discriminación.
- Las organizaciones empresariales, en colaboración con los trabajadores y sus representantes, deberían adoptar disposiciones que sean razonablemente factibles para identificar condiciones de trabajo que influyen en los problemas relacionados con el consumo de drogas y adoptar medidas de prevención o corrección.

- El sector empresarial debería aplicar las mismas limitaciones con relación al alcohol tanto entre el personal de dirección como con el resto de las personas trabajadoras.
- Con el objeto de fomentar la seguridad y la salud en el lugar de trabajo, se deberían realizar programas de información, instrucción y capacitación sobre las drogas que deberían integrarse, en la medida de lo posible, en programas de salud más amplios.
- El sector empresarial debería establecer un sistema para asegurar el carácter confidencial de toda la información comunicada en lo relacionado a los problemas por consumo de drogas. Habría que informar a las personas trabajadoras sobre las excepciones a la confidencialidad.
- El trabajo es un factor importante para facilitar la superación de los problemas relacionados con el consumo de drogas. Todas las partes implicadas deben reconocer que el lugar de trabajo tiene un papel importante para ayudar a las personas con problemas de este tipo de consumo.
- El sector empresarial debería aplicar el principio de no discriminación a las personas trabajadoras que consumen o consumían drogas, de conformidad con la legislación interna de cada Estado.

7. Bibliografía

Bastida, N. "Problemas laborales asociados al consumo de alcohol". *Adicciones*. 2002, 14, supl. 1.

Becoña, E., Cortés, M. *et al.* *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona. Socidrogalcohol, 2011.

Becoña, E., Cortés, M. *et al.* *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona. Socidrogalcohol, 2008.

Benavides, F., Ruiz-Fores, N., Delclos, J. *et al.* "Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España". *Gaceta Sanitaria*. 2013, 27(3): 248-253.

Cabrero, E., Luna, A. "Alcohol y drogas en las empresas de la Unión Europea". *Adicciones*. 2011, 13(3): 247-252.

Cashman, C. M., Ruotsalainen, J. H., Greiner, B. A. *et al.* "Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury". *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009, Issue 2. Art. No.

Delcy, I., Varela, M., Tovar, J. *Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales*. Univ. Psychol. Bogotá, 2006, 5(3): 521-534.

Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Fransson, E. I. *et al.* "Job Strain and Alcohol Intake: A Collaborative Meta-Analysis of Individual- Participant Data from 140,000 Men and Women". *PLoS ONE*. 2012 7(7).

Martínez, R., González, J. A., Toledo, F. *Guía para las actuaciones de la inspección de trabajo en materia de seguridad vial en las empresas*. Madrid. Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2011.

Ministerio de Sanidad y Política Social. *Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas, 2009.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013.

Ochoa, E., Madoz, A. "Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral". *Med. Secur. Trab.* 2008, 54 (213), octubre-diciembre.

Organización Internacional del Trabajo. *Alcohol y drogas. Programas de asistencia a los trabajadores (informes)*. Madrid. AGISA, 1989.

Pereiro, C. *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Barcelona. Socidrogalcohol, 2010.

Philip, L., Reed, C. L., Storr, J. C. A. "Drug dependence enviromics: job strain in the work environment and risk of becoming drug-dependent". *American Journal Epidemiology*. 2006, 163(5): 404-411.

Pincus, H. A.; APA (American Psychiatric Asso.). *DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - IV - Texto revisado*. Barcelona. Elsevier Masson, 2011.

PRINCIPIOS DE UNA VIDA SALUDABLE

2.1. CONCEPTO DE SALUD

Antonio Moreno Villena

Doctor en Medicina y Cirugía.
Especialista en Medicina del Trabajo, coordinador
del área sanitaria de Grandes Clientes de la Sociedad
de Prevención de FREMAP

Resumen

A continuación, se fijarán las bases que definen el concepto de salud y cómo este ha ido evolucionando en el tiempo. Se explicarán los principales condicionantes y la forma de abordarlos en medicina, así como los campos y áreas que puede abarcar.

1. Introducción

Desde el concepto mágico-religioso de enfermedad, el más antiguo conocido, hasta el actual modelo ecológico de salud, el concepto de *salud* ha evolucionado a lo largo de los años acompañado, principalmente, de la conquista del conocimiento científico, humanístico y tecnológico, entre otros.

En contrapunto, la definición de *salud* “oficial” no ha sufrido “una adaptación real” paralela a dichas conquistas, logros y evolución. Cuando se han realizado propuestas con matizaciones significativas, que si bien se han ido integrando en diferentes y progresivas declaraciones en las que la OMS ha participado, estas no han ocasionado una “redefinición” de forma clara ni específica.

Los distintos modelos de salud, si bien están basados en un “núcleo conceptual común” (contemplado en los modelos iniciales), aportan diferentes características, matizaciones y enfoques que, valorados y estudiados de forma individual

y profunda, nos permiten enriquecer el abordaje de los factores de riesgo o determinantes de salud de una forma más integral y complementaria.

El modelo de salud de mayor relevancia o aplicabilidad, en el momento actual, es el que se conoce como “modelo ecológico” y que, entre otras características, permite estudiar la salud como un binomio capacidades-demandas que se encuentra en equilibrio.

Los determinantes de salud, que en una concepción inicial y global se definen como cuatro, pero que en el momento actual y de forma particularizada son muchos más los identificados de forma individual, permiten, a través de su conocimiento y análisis, establecer estrategias preventivas y de promoción de la salud más eficientes, específicas, viables y sostenibles.

El envejecimiento, que es una “evolución fisiológica natural”, se ha convertido, debido al entorno socioeconómico actual y al incremento de la longevidad de la población, en un determinante de salud “emergente” de elevada relevancia, ya que se asocia, de forma inevitable, a un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas, con lo que esto supone desde el punto de vista de la econometría sanitaria.

Como veremos, la participación en la tasa de morbimortalidad de algunos determinantes de salud y su relación con el porcentaje de “gasto”, en parámetros de inversión económica que se realiza en ellos, demuestran que la situación actual del modelo NO es la adecuada y que los esfuerzos que se están realizando, en clave de recursos económicos invertidos, podrían optimizarse de forma significativa y, sobre todo, mejorar su eficacia, dado que epidemiológicamente se ha demostrado el grado de participación de cada uno de ellos en el modelo de salud y su eficacia como elementos de acción preventiva.

Dada la situación socioeconómica actual y la que se prevé en el futuro, es de enorme relevancia establecer estrategias preventivas y de promoción de la salud que, basadas en criterios de econometría sanitaria y a través de correctos estudios epidemiológicos, permitan la optimización de los recursos a través de un incremento en su eficiencia y especificidad, de tal manera que se garantice, en la medida de lo posible, la viabilidad y sostenibilidad de las mismas.

2. Concepto de salud (OMS, 1946, 1985, 1986, 1998, 2002)

La *salud* no es un concepto teórico inalcanzable, sino la situación resultante de un estado biológico cambiante y relacional en el que la persona vive un estado subjetivo de bienestar.

La definición de salud por la OMS, realizada en 1946 y repetida hasta la actualidad cuando se habla de la SALUD como sustantivo, lejos de ser conocida por todos, debido a esa reiteración en su definición, es una gran “desconocida a medias”, dado que sólo es repetida y leída una parte de la misma.

Pero es en la parte “no tan conocida” en la que el concepto de salud recupera su definición más amplia, profunda y relevante, “perdiendo parte de su carácter medicalizado” y siendo la base de la necesaria instauración e interacción entre los estados y las personas que los integran, como único vehículo para conquistar y mantener un estado de salud real y duradero.

La salud no se puede alcanzar a través de enfoques o acciones individuales, sino de la integración social de estrategias que tengan, como objetivo último, la salud de los individuos que forman parte y constituyen esa sociedad (la Carta de Otawa de 1986 recoge estos aspectos desarrollándolos de forma más amplia y específica, como veremos más adelante).

Por ello, vamos a exponer, de forma completa, el contenido de la misma en su integridad:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente en la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad, depende de la cooperación más estrecha posible entre los Estados y los individuos.”

Posteriormente, la propia OMS, en el año 1985 y ante la necesidad de adaptar dicha definición a los criterios de muchos grupos de investigación y autores, y al propio avance de los conocimientos científicos y cambios sociales acaecidos desde el año 1946, amplía la definición en los términos siguientes:

“Salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente.”

La Carta de Ottawa, en 1986, ya recoge una definición mucho más amplia e integrada en una concepción nueva, con aspectos de índole social, de relación, de integración e incluso de “gestión de la Salud” proyectada a diferentes actividades y sectores de la sociedad, yendo mucho más allá de los primeros conceptos de la definición primigenia de la OMS y que, además, contempla y “desarrolla” la ampliación que la propia OMS hizo en 1985 [justo un año antes] de su declaración inicial.

De esta forma, se recoge en dicha carta el siguiente concepto de salud:

“La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y de asegurar que la sociedad en la que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.”

“La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo.”

Esta misma Carta de Ottawa resalta la necesidad de “desmedicalización” del concepto general de salud, ya citado anteriormente, llegando a definir y establecer:

“El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud. La promoción de salud exige la participación activa de todos los implicados: gobiernos, sectores sanitarios, sectores sociales, económicos, la sociedad y los medios de comunicación.”

Además...

“Se requiere una participación protagónica de la población para que esta ejerza un mayor control sobre su salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud... La gente no podrá alcanzar su plena salud a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud.”

“La promoción de salud radica en la participación efectiva de la comunidad, en la fijación de prioridades, la toma de decisiones para alcanzar un mejor nivel de salud.”

A través de esta misma Carta de Ottawa, la OMS (1986) establece como prerrequisitos de la salud, dentro del concepto general de promoción de la salud, los siguientes:

- Paz
- Educación
- Vivienda
- Alimentación
- Renta
- Ecosistema saludable
- Justicia social
- Equidad

Pero todo lo expuesto hasta ahora no deja de ser definiciones que, por sí mismas, no indican qué acciones se han de desarrollar y en qué forma han de aplicarse para que las políticas o estrategias de salud que se definan sean eficientes y alcancen su objetivo.

Para conseguir un verdadero estado de salud para la población en general, hemos de conocer qué factores inciden sobre ella, cuáles ponen en peligro su mantenimiento y, a partir de ahí, establecer las estrategias preventivas necesarias, los recursos sociopolíticos, técnicos, económicos y humanos que permitan alcanzarla y mantenerla.

Desde el conocimiento de los aspectos más relevantes de los diferentes modelos de salud que se han ido sucediendo o han coexistido, cada uno con sus pros y sus contras, y de los parámetros y determinantes que constituyen el modelo de salud actualmente en desarrollo y aplicación, podremos establecer dichas estrategias sanitarias, a través de las cuales nos vayamos aproximando a un estado de salud lo más "universal" y "duradero" posible, con criterios de eficiencia, especificidad y sostenibilidad.

3. Salud y enfermedad: conceptos, punto de partida y evolución

(OMS, 1946, 1985, 1978, 1986, 1998, 2002; Terris, 1982; Ottawa, 1986; Nutbeam, 1998; Piédrola, 2001)

Para comprender la esencia multifactorial "y cambiante" de la salud y, por consiguiente, la "forma de luchar" por ella, hemos de analizar cómo ha ido evolucionando esta, a la luz de la conquista del conocimiento, la evolución de la sociedad y su actividad a través del tiempo.

Durante mucho tiempo, la salud fue definida, y entendida, como la ausencia de enfermedad e invalidez, lo que no se ha correspondido con la realidad, casi desde un principio.

A través de los diferentes periodos de la historia de la humanidad, el concepto de salud y enfermedad ha sido cambiante, adaptándose en cada momento al conocimiento existente en cada una de esas etapas y a la necesidad de “dar explicación” o racionalizar el sufrimiento y la muerte como situaciones que afectan a los seres vivos.

Desde la concepción inicial de carácter místico-religioso, en el que la enfermedad y el sufrimiento eran un castigo de los dioses, hasta nuestros días, en que el conocimiento se basa en fundamentos científicos y tecnológicos, la salud y la enfermedad han pasado por diferentes modelos de razonamiento en busca de la comprensión de sus mecanismos de producción, para con ello encontrar acciones de alivio del sufrimiento cuando este se ha producido, obtener la curación y, en la actualidad, para el establecimiento de acciones y estrategias de carácter preventivo que ayuden a mejorar y mantener el mayor estado de salud posible.

En este sentido, y de forma previa a la exposición evolutiva, cabría resaltar que, en la Conferencia de Alma-Ata, celebrada en 1978, se definieron las actuaciones sanitarias como una continua acción preventiva subdivida en tres fases de desarrollo y aplicación, a saber:

- Prevención primaria, cuyo fin esencial es evitar que se produzca la enfermedad.
- Prevención secundaria, que es aquella que, habiéndose producido la enfermedad, busca la recuperación del estado de salud. Es lo que consideramos como acción asistencial propiamente dicha.
- Prevención terciaria, que actuando cuando no se ha podido conseguir la restitución completa de la salud, procura minimizar las secuelas o daños debidos a la enfermedad padecida. En esta fase tendría cabida la acción rehabilitadora y de adaptación o readaptación.

La observación de la realidad –la naturaleza tal como existe– y la organización racional de esas observaciones para describir, explicar, predecir, intervenir, controlar y modificar la realidad es el fundamento de la ciencia. Esta forma de percibir la realidad y, con ella, la generación de conocimiento, se ve necesariamente influenciada por las concepciones dominantes en cada tiempo y lugar, los llamados paradigmas.

Estos paradigmas, con sus elementos objetivos y subjetivos, postulan modelos y valores que forman un marco teórico y proveen una estructura coherente para entender la realidad.

A lo largo de la “evolución histórica del conocimiento”, los paradigmas han influido, como en otros tantos aspectos, en el diseño del modelo de salud a aplicar, en función de un lugar y tiempo determinados.

Para comprender la evolución de dichos conceptos y de los propios “paradigmas” que se han ido sucediendo, hagamos un rápido repaso de los modelos de salud que, manteniendo una “esencia” común, han ido variando y ampliando su propia concepción y los elementos que en ellos eran integrados.

Es en el siglo V a. C., con Hipócrates como elemento fundador de la concepción naturalista de la salud y la enfermedad, cuando comienza a promoverse que la salud es un estado de equilibrio entre los elementos fundamentales de toda materia –agua, fuego, aire y tierra– y los humores responsables de la vida –sangre, bilis y flema–.

En el siglo XVIII comienza a difundirse el conocido como “Principio Vital”, que consistiría en una fuerza (de la cual los individuos no son conscientes), que dirige el desarrollo y conservación de los seres, manteniendo los procesos fisiológicos en armonía y, por tanto, a los individuos saludables.

Durante la primera mitad del siglo XIX, y conforme se iban “conquistando” descubrimientos científicos, se va modificando el concepto de salud hacia un nivel celular y biológico.

Rudolf Virchow, médico alemán, define en este periodo a la *salud* como “el estado en el cual todas las células del organismo cumplirían adecuadamente su función y nada las perturbaría”.

En la segunda mitad de ese siglo XIX, Pasteur y Koch definen el Principio de Causalidad, considerando la enfermedad como una consecuencia específica de la causa que la determina.

Durante mucho tiempo, el término “salud” ha estado medicalizado y asociado a un patrón ajustado a determinados estándares físicos, biológicos y psicosociales que debe cumplir un determinado individuo o grupo de individuos, para ser considerado “saludable”, es decir, dentro del rango llamado “normalidad biológica”.

Ya en el siglo XX, en concreto en 1946, la OMS, tal y como ya se ha reseñado con anterioridad, establece una definición de *salud* basada, esencialmente, en que es el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”, definición que fue ampliada en 1985 en términos de capacidades de realización personal y relación positiva con el entorno de la propia persona, tal y como ya hemos citado.

De esta forma, la “definición oficial”, más conocida por todos, es ampliada contemplando las consideraciones de otros autores, entre los que se encuentra Terris, quien sugirió, ya en 1972, definir la *salud* como “un estado de bienestar físico y mental, con capacidad de funcionamiento (o productiva y de relación), y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque”, de tal manera que se integren la subjetividad y objetividad en el binomio estado de salud-enfermedad.

Para finalizar, la Carta de Otawa de 1986 culmina un “proceso de evolución conceptual” que hace que el término “salud” englobe amplios y diferentes aspectos que, siendo parte relevante de la vida de las personas, no eran contemplados en los enfoques anteriores, ampliando el número y características de los factores determinantes de salud, de tal manera que, de forma inevitable, la salud haya de ser entendida como “un conjunto de factores” que han de ser abordados de forma integral u holística desde la sociedad y con la participación de los diferentes actores sociales, desde los gobiernos hasta los sectores financieros pasando, como no, por los medios de comunicación.

4. Modelo de salud y sus determinantes epidemiológicos como elementos de la acción preventiva

(OMS, 1946, 1985, 1986, 1998, 2002; Lalonde, 1974, 1977, 1986; Armijo, 1978; Terris, 1982; Susser, 1996; Nutbeam, 1998; Schwartz, 1999; Piédrola, 2001; Huber, 2011; Gomes, 2005)

Para poder actuar sobre el estado de salud deberemos conocer qué factores inciden sobre la misma y cuáles son los aspectos que conforman un determinado modelo de salud, de tal forma que podamos establecer las diferentes posibles actuaciones a desarrollar, encaminadas a mejorar esta y, una vez mejorada, mantener el estado de salud alcanzado.

A partir de la definición inicial de la OMS (1946), que establece un marco tridimensional de actuación (el físico, el mental y el social), se plantearon nuevas perspectivas epidemiológicas sobre la salud poblacional. Una de las más importantes, por

su carácter integrador y su repercusión internacional sobre las políticas de salud pública, fue la perspectiva canadiense de Lalonde y Laframboise (1974), quien definió un marco conceptual completamente nuevo para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria.

Dicho modelo contemplaba cuatro campos o áreas de salud (globales) que, a su vez, comprenderían diferentes factores determinantes de la salud, algunos de ellos muy significativos e influenciados por factores de índole social y de hábitos de vida o personales.

El español Salleras Sanmartí, otro de los pioneros en la definición de los modelos tradicionales, al igual que Lalonde, definió un modelo que, con similares características y sólo leves matices diferenciadores, compartía y recogía los campos o áreas de salud "globales" del enfoque canadiense.

Estas áreas o campos de la salud quedaron definidas de la siguiente forma:

- Biología humana: constituyen, entre otros, este grupo:
 - Herencia
 - Desarrollo, maduración y envejecimiento
 - Sistemas orgánicos internos: individuales y complejos
- Medio ambiente: forman parte de este grupo los ambientes:
 - Físico
 - Químico
 - Biológico
 - Psicosocial
 - Cultural
- Estilo de vida: han de contemplarse, entre otros posibles:
 - Toma de decisiones
 - Hábitos de vida
- Sistema de asistencia sanitaria: abarca aspectos como:
 - Prevención primaria
 - Prevención secundaria (asistencial-curativo)
 - Prevención terciaria (rehabilitación-readaptación/integración)

Tanto Lalonde como Salleras incluyeron en su modelo una concepción holística de la persona, influenciada y con capacidad de influir sobre el medio ambiente, que en ocasiones “no se ha sabido ver de forma completa” y que, de analizarse desde otras perspectivas, generaría diferentes y nuevos determinantes que, hasta no hace mucho, no habían sido tan siquiera considerados.

En la búsqueda de integrar “las consecuencias o efectos” de esa evidente interrelación, junto a las dimensiones biológica, socioeconómica y política, al enfoque epidemiológico, comienza a surgir un nuevo paradigma: la *ecoepidemiología* (Susser y Susser, 1996), que pone énfasis en la interdependencia de los individuos con el contexto biológico, físico, social, económico e histórico en el que viven y, por tanto, establece la necesidad de examinar múltiples niveles de organización, tanto en el individuo como fuera de él, para poder definir una correcta causalidad epidemiológica.

Este nuevo (y último) paradigma ha dado lugar a un nuevo enfoque de los posibles determinantes de la salud y, con ello, a un nuevo modelo de salud (uno más, pero más integral) que analizaremos a continuación: el modelo ecológico.

De esta forma, los determinantes de la salud no “son los cuatro campos de salud” (aunque se confundan con frecuencia) que originariamente, y de forma clara, establecían los modelos canadiense y español anteriormente referidos, sino que, como ya se podía discernir al realizar un estudio conceptual más profundo de dichos modelos, son otros los posibles determinantes que, al estar comprendidos en dichos campos, han de ser tenidos en cuenta para el establecimiento de una determinada acción preventiva.

Entenderemos como *determinantes de la salud* a aquellos factores que influyen en la salud individual, que al interactuar en diferentes niveles de la organización, determinan el estado de salud de la población.

En el momento actual existen determinantes claramente definidos, unos tradicionales y otros de nueva definición, pero en un futuro, conforme siga avanzando el conocimiento científico y la conquista tecnológica, deberán tenerse en consideración nuevos determinantes que se irán definiendo por su “progresiva emergencia”.

Un ejemplo de este “enfoque multinivel” de los determinantes de salud, en cuanto a los dos posibles extremos del modelo, podrían ser:

- Determinantes proximales o microdeterminantes: estos están asociados a variables de nivel individual y, entre ellos, y como ejemplo, podríamos citar el

Proyecto del Genoma Humano que está estimulando el progreso de la epidemiología genética y molecular con la identificación de las relaciones causales entre los genes y la presencia o desarrollo de ciertas enfermedades en los individuos.

- Determinantes distales o macrodeterminantes: asociados a variables del nivel de grupo y/o sociedad, es decir, de ámbito poblacional. En este contexto, es de especial mención las nuevas investigaciones sobre el impacto de la desigualdad socioeconómica entre grupos poblacionales, las desigualdades de género, de etnia, culturales, etc., lo que está dando origen a la epidemiología social, que tiene como finalidad la identificación de los sistemas causales que generan patrones de enfermedad en la población.

Como se puede desprender de todo lo reseñado anteriormente, no existe un “único” modelo de salud en su concepto más estricto, sino diferentes modelos, todos ellos válidos, basados en un “núcleo conceptual común”, pero interpretado según diferentes escuelas y realidades socioculturales diferenciadoras.

Todas las consideraciones realizadas hasta ahora son de gran importancia para el conocimiento de qué parámetros constituyen el “conjunto de determinantes” que, de forma directa o indirecta, van a actuar sobre el mantenimiento o la pérdida de la salud, no sólo en el momento actual sino en un futuro cercano y medio, ya que, como se puede observar, dichos determinantes no se han mantenido estáticos desde un inicio, sino que han ido evolucionando de forma paralela al desarrollo social, industrial, tecnológico y del conocimiento humanístico y científico.

El incremento de la prevalencia en el número de enfermedades crónicas, secundario al aumento de la longevidad y al “deterioro fisiológico” debido al envejecimiento (fenómeno *aging*), ha provocado que un grupo de expertos, coordinados por el Dr. Huber (Huber, 2011, BMJ 2011: 343), hayan planteado la necesidad de modificación de la definición realizada por este organismo, proponiendo la siguiente definición:

“La salud es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”

Con este enfoque se incluye el concepto de valoración de capacidades, que en algunos grupos de trabajo ya ha calado, valorando la salud y la aptitud para la

realización de actividades como el trabajo, el equilibrio (o ajuste) en el binomio demandas-capacidades.

Epidemiológicamente y para el correcto establecimiento de un modelo de salud que nos permita definir estrategias preventivas de tipo integral y holístico a desarrollar en el marco de un proyecto de empresa saludable o promotora de la salud, deberemos estudiar, de entre aquellos modelos existentes y aceptados en la actualidad, los de mayor relevancia epidemiológica y, a partir de ellos, adoptar uno en concreto o uno “nuevo” resultante de la intersección de los existentes, de tal manera que contemple la “multidimensionalidad” de los determinantes de salud actuales y, a través de ello, nos permita definir y desarrollar acciones preventivas eficientes que, además, ayuden a incrementar el seguimiento o adherencia a las mismas por parte de la población a las que van dirigidas.

Un ejemplo que muestra la situación actual en la que nos encontramos es la siguiente relación comparativa entre el peso de los determinantes globales de salud en concepto de índice de mortalidad y el gasto dedicado a cada uno de ellos (véase tabla 1).

Tabla 1. Relación mortalidad-gasto / Recurso económico de los determinantes globales de salud

Determinante global de salud	Peso en la mortalidad	Gasto / Recurso Económico
Sistemas de asistencia sanitaria	11%	90,6%
Estilo de vida	43%	1,2%
Medio ambiente	19%	1,5%
Biología humana	27%	6,9%

Adaptado de: Lalonde, M. *A new Perspective on the Health of Canadians*, *Health Promot. Int.* (1986) 1 (1): 93-100,1974.

Por otro lado, hemos de tener en cuenta que, debido a la realidad epidemiológico-demográfica (inversión de la pirámide poblacional), al acceso al trabajo más tardío por parte de los jóvenes, al retraso en la edad de jubilación secundario, al incremento de la longevidad y la influencia de esta sobre aspectos económicos y de sostenibilidad, el envejecimiento y su relación con el trabajo, conocido como *aging*, sin ser una enfermedad, sino la “consecuencia fisiológica de vivir”, se está convirtiendo en un “neo-determinante de salud emergente” (encuadrado dentro del grupo de determinantes biológicos), tanto en el momento actual como, con toda seguridad, en las futuras décadas.

5. Análisis de las características que poseen los diferentes modelos de salud más ampliamente aceptados: aspectos de mayor relevancia a tener en consideración y que conviene conocer (Armijo, 1978; Terris, 1982; Piédrola, 2001; Parkes, 2009)

5.1. Modelo probabilístico de salud

Este modelo comprende al conjunto de individuos sanos con parámetros biológicos normales y anormales, dentro de un estado probabilístico de salud y los valores extremos que les clasifican como enfermos o sanos.

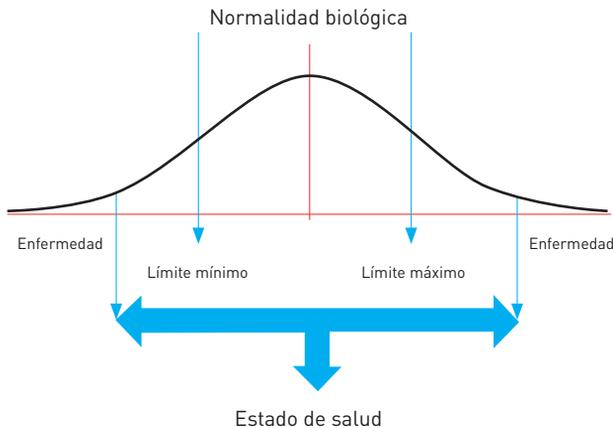


Figura 1. Modelo probabilístico de salud
(*Medicina Preventiva y Salud Pública*. Piédrola, 2001)

En él se definen criterios de normalidad biológica, sus límites mínimo y máximo, los rangos en los que, estando fuera de dichos límites de normalidad biológica, se sigue manteniendo un estado de salud "aceptable" y, por último, los límites en los que se ha de considerar situación de enfermedad.

5.2. Aspectos subjetivos y objetivos del binomio salud-enfermedad

En este otro modelo se integran los aspectos subjetivos y objetivos en el concepto de salud y contempla las consideraciones de Terris como "ampliación" de la definición inicial de salud de la OMS.

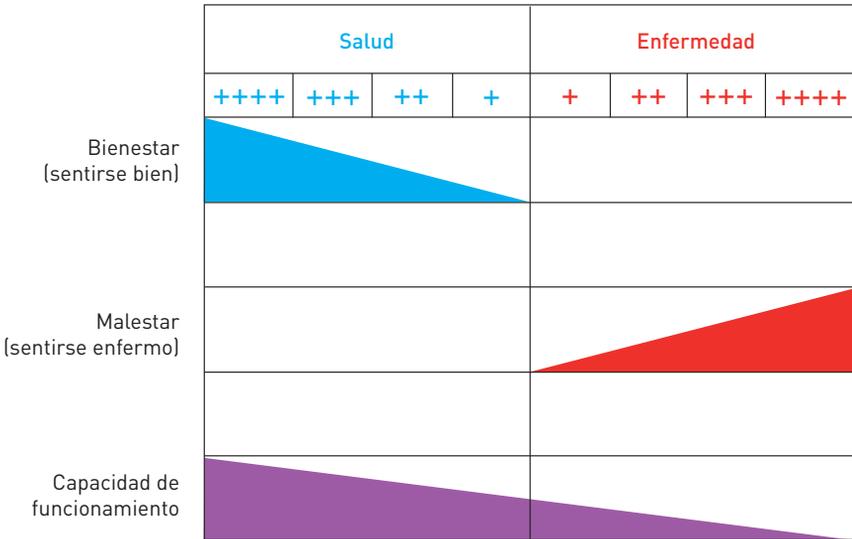


Figura 2. Modelo binomial: binomio salud-enfermedad
(*La revolución epidemiológica y la medicina social*. Terris, 1982)

En este modelo podemos observar que, si bien están claramente establecidos los conceptos de salud y enfermedad, estos poseen aspectos definitorios de intensidad y percepción que son variables y, dentro del propio estado de salud, las personas pueden sentir una pérdida de su bienestar (sentirse bien), y de su capacidad de funcionamiento o productividad sin llegar al estado de enfermedad, lo que supondría una situación de “salud no plena o incompleta”.

5.3. Continuo operativo salud-enfermedad: bipolaridad

En este modelo se establece la existencia de una “zona neutra” en la que no es posible distinguir lo normal de lo patológico, o lo que sería lo mismo, de asegurar si la persona está sana o enferma en su concepción más estricta desde un punto de vista “objetivo”.

Contempla el concepto de “salud positiva” y establece la pérdida de la salud como una consecución de signos, síntomas e incapacidad de aparición progresiva que tendría como desencadenante último una situación de muerte prematura.

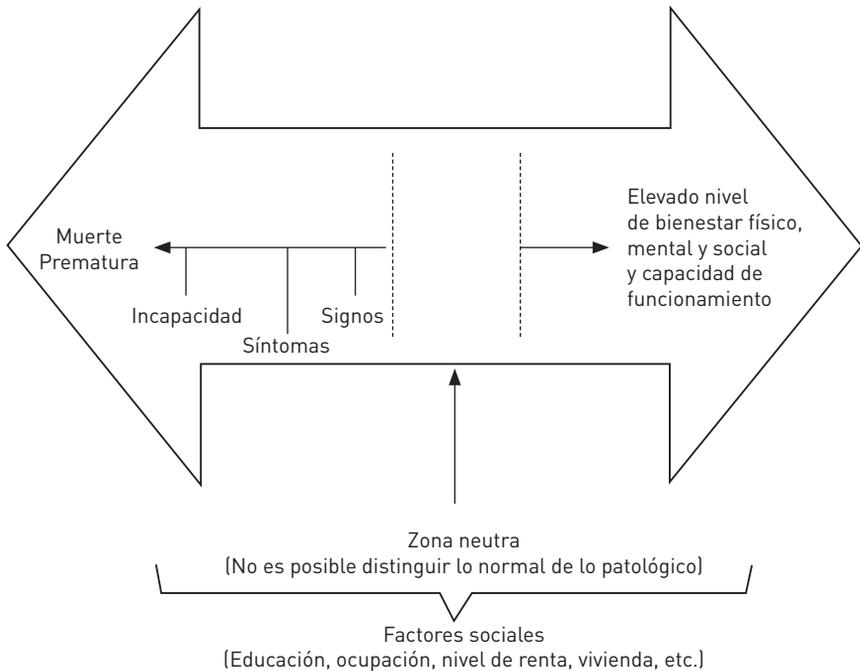


Figura 3. Continuo operativo salud-enfermedad: bipolaridad (Piédrola, 2001)

En él se contemplan factores determinantes de tipo social como la educación, ocupación, nivel de renta y vivienda, entre otros, ampliando ya algunos de los tradicionales determinantes de salud a través de su consideración específica.

5.4. Concepto ecológico de enfermedad

Conocido como modelo ecológico o triadaecológico y desarrollado a mediados del siglo XX, se basa en el equilibrio entre el agente productor de enfermedad (o de pérdida de salud), el hospedador (en esta caso el ser humano) y el medio ambiente, entendido este como el conjunto de condiciones externas que afectan a la vida y desarrollo de un organismo, la conducta humana y la propia sociedad.



Figura 4. Concepto ecológico de enfermedad
 (Adaptado de *Epidemiología*. Armijo, 1978)

Este modelo contempla como determinantes globales:

- Los agentes de enfermedad: parasitarios, nutritivos, químicos, físicos, mecánicos, la naturaleza y características de dichos agentes, su resistencia y labilidad, reservorios de los mismos, condiciones de diseminación, etc.
- El hospedador-humano: interacción con los agentes externos, hábitos individuales o costumbres de un determinado grupo, la edad, género y características sociales de las personas expuestas, los mecanismos de defensa operativos, la constitución y la herencia y las características psicológicas del hospedador.
- El ambiente: en él se contemplan, como factor, las condiciones externas que afectan a la vida y desarrollo de un organismo, la conducta humana y la propia sociedad, entre otras.

Este modelo es el de mayor vigencia en el momento actual y se integra y adapta perfectamente con las propuestas de nueva "redefinición" de salud. Los aspectos

de capacidades (de respuesta y adaptativas) contemplados en la nueva concepción de salud y la valoración de las mismas, desde el punto de vista del establecimiento de estrategias preventivas, así como todo lo concerniente al envejecimiento, están contemplados y tienen cabida en este modelo.

6. Conclusiones

Si bien el concepto de "salud" se ha ido adaptando en función de los diferentes avances científicos, sociales, humanísticos y tecnológicos, entre otros, la definición de salud no ha variado desde su concepción inicial, si bien se han producido declaraciones, desde la propia OMS y sus diferentes convenciones y reuniones internacionales, que han ido permitiendo dicha adaptación progresiva.

Existen grupos de trabajo y comités de expertos que solicitan a la OMS una revisión de su declaración primigenia de 1946 y su posterior "ampliación" de 1985, dado que aquella "antigua definición", si bien contempla los "elementos esenciales" del concepto de salud, es diacrónica y está desfasada para el momento actual.

El modelo de salud más "completo" o adaptado a la situación actual es el denominado modelo ecológico, que contempla la salud como un estado de equilibrio en el binomio capacidades-demandas que se produce entre la persona y su entorno o medio ambiente y entre las necesidades o demandas de esta y sus capacidades para establecer una respuesta o adaptación a dichas demandas, ya sean internas o externas.

Todos los modelos coinciden o se basan en el establecimiento de cuatro campos de la salud definidos ya en los modelos de Lalonde en 1974 que, a su vez, incluyen diferentes determinantes de la salud, entendidos estos como aquellos factores que inciden sobre la salud individual y que, interactuando en distintos niveles de organización, determinan el estado de salud de la población.

La situación actual de desequilibrio, desde el punto de vista del peso de los diferentes determinantes globales de la salud (campos de la salud) en las tasas de morbimortalidad en relación con el "esfuerzo" de inversión económica en la acción preventiva, demuestra que no sólo no es la adecuada sino que dista mucho de serlo, sirviendo de ejemplo el hecho de que se destina al área de sistemas de asistencia sanitaria el 90,6% de los recursos económicos y sólo el 102% a la correspondiente a estilos de vida, siendo esta última la que ha demostrado mayor eficacia preventiva en todos los modelos existentes.

El envejecimiento y con él la coexistencia de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas están haciendo que aquel se convierta en un determinante de salud emergente en el momento actual, previéndose un mayor peso epidemiológico a corto y medio plazo. Por ello, las estrategias de promoción de la salud han de contemplar esta situación como uno de los elementos más importantes a tener en consideración.

La epidemiología y su aplicación al establecimiento de determinantes de salud específicos para una determinada población, objetivo de una estrategia preventiva, son de vital importancia para garantizar que se cumplan criterios de eficiencia, viabilidad y sostenibilidad de la acción preventiva.

La aparición y con ella la correcta identificación y evaluación de posibles nuevos determinantes de salud, emergentes en función de la evolución social, económica, ambiental, industrial y tecnológica, entre otras, han de ser uno de los pilares básicos de una posible "nueva epidemiología predictiva", que nos permitiera establecer planes estratégicos de prevención y promoción de la salud que, con el tiempo de antelación suficiente para obtener resultados tras su implantación, nos permitiera evitar la aparición de nuevas enfermedades y evitar el incremento en la prevalencia de las ya existentes.

7. Bibliografía

Armijo, R. R. *Epidemiología*. Buenos Aires. Intermédica Edit., 1978.

Gomes, M. A. *Monitoreo y análisis de los procesos de cambio de los sistemas de salud: determinantes de la salud*. Taller San Juan de Puerto Rico. OPS/OMS. Nicaragua, agosto de 2005.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., et cols. "Analysis: How should we define health?". *BMJ*. 2011, 343: d4163. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4163> doi: 10.1136/bmj.d4163 (Published 26 July 2011).

Lalonde, Beyond. "Looking back at 'A New Perspective on the Health of Canadians' ". *Health Promot. Int.* 1986, 1(1): 93-100.

Lalonde, M. "Guest editorial: A more positive approach to health promotion". *Can Nurse*. 1974, 70: 19-20.

Lalonde, M. "Social values and public health". *Can J Public Health*. 1974, 65: 260-268.

Lalonde, M. "The physician and health promotion". *Can Med Assoc J.* 1977, 116: 1.040-1.045.

Nutbeam, D., Harris, E. *Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion.* Sydney. National Centre for Health Promotion, 1998.

OMS. Alma-Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Serie Salud para todos. Suiza, 1978.

OMS. The World Health Report 2002: reducing risk, promoting healthy life. Ginebra. OMS, 2002.

OMS. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*, 1986. Disponible en: www.who.int/es.

Parkes, M. W., Horwitz, P. "Water, ecology and health: ecosystems as settings for promoting health and sustainability". *Health Promot Int.* 2009, 24: 94-102.

Piédrola, G. G.; Gálvez, V. R.; Domínguez, R. V. *Medicina preventiva y salud pública.* 10ª edición. Barcelona. Edit. Masson, 2001.

Schwartz, S., Susser, E., Susser, M. "A future for epidemiology?". *Annu Rev Public Health.* 1999, 20: 15-33.

Susser, M., Susser, E. "Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms". *Am J Public Health.* 1996, 86: 668-673.

Susser, M., Susser, E. "Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology". *Am J Public Health.* 1996, 86: 674-677.

Terris, M. *La revolución epidemiológica y la medicina social.* 2ª Ed. México DF. Edit. Siglo XXI, 1982.

Vignolo, J., Macri, M., Bálsamo, A. *Salud y enfermedad: determinantes de salud. Noción de riesgo.* Departamento de Medicina Preventiva y Social. Montevideo, marzo de 2007. Disponible en: <http://www.slideshare.net/hamel/salud-y-enfermedad-determinantes-de-salud-nocin-de-riesgo>.

2.2. LOS PILARES DEL BIENESTAR SOCIAL. EL ESTADO DE BIENESTAR

Javier Gracia Rivera

Enfermero especialista en Enfermería del Trabajo.
Adjunto a coordinador del área de Medicina del Trabajo. Dirección Regional
de Andalucía Occidental. Sociedad de Prevención de FREMAP

Resumen

El bienestar social se puede definir como el conjunto de factores presentes en la vida de las personas que dan lugar a la tranquilidad y satisfacción humana. Para estudiar el bienestar social de un país es necesario utilizar indicadores económicos objetivos (IBES, IPR, IDH) e indicadores subjetivos de bienestar a partir de la Encuesta Mundial de Valores.

Los pilares del bienestar social sobre los que se sustenta la sociedad española son: el sistema educativo, el sistema sanitario, el sistema de pensiones y los servicios sociales.

El Estado de bienestar social en España tiene como objetivo mejorar el bienestar social y, por lo tanto, la calidad de vida de la población a partir de una serie de actuaciones socioeconómicas a nivel central, autonómico y local.

1. Introducción

El bienestar social se puede definir como el conjunto de factores presentes en la vida de las personas que dan lugar a la tranquilidad y satisfacción humana. Aunque el bienestar social es un concepto abstracto que depende de la percepción de las personas (bienestar subjetivo) y de factores eminentemente subjetivos, también está correlacionado con multitud de factores económicos objetivos

(bienestar económico), que a lo largo de los años han sido utilizados para el estudio del bienestar social de los diferentes países.

Por lo tanto, para el estudio pormenorizado del bienestar social de un país no se debe analizar aisladamente esos factores económicos que nos darían una información simplemente del bienestar económico del mismo, sino que también hay que relacionarlo con el bienestar subjetivo de la población, entendido este como la cantidad de bienestar percibido por las personas de un país (Rayén Quiroga, 2001).

Para el análisis del bienestar subjetivo de un país se utiliza el índice de bienestar subjetivo elaborado a partir de encuestas donde se calcula el porcentaje de personas que se consideran felices o muy felices menos el porcentaje de personas que se consideran no muy felices. Para ello, se utiliza la Encuesta Mundial de Valores, formada por una serie de indicadores que nos proporciona una aproximación sobre el bienestar subjetivo o felicidad tanto de los individuos como de la sociedad en su conjunto. Esta encuesta mundial se realiza cada cinco años (Iglesias Vázquez *et al.*, 2013).

El estudio del bienestar económico ha sido objeto de controversias, ya que en un principio se tomaba como medida el PIB per cápita (cantidad de bienes materiales y servicios útiles producidos por un país dividido entre el número de habitantes). Ahora bien, se trata de un cálculo estadístico, un promedio, que nos va a mostrar con datos fríos el crecimiento del país, pero no el desarrollo económico que va a tener el país y como éste influye en la calidad de vida. Por tanto, y según los economistas, el PIB como indicador de desarrollo tiene varias limitaciones, ya que no tiene en cuenta las enfermedades, la destrucción ecológica, el desarrollo social, variables estas que pueden afectar negativamente en el bienestar social de las personas.

Así pues, hay que buscar instrumentos de medida más adecuados que nos ofrezcan una visión más amplia y completa del nivel de bienestar social de un país. Los indicadores más idóneos son (Iglesias Vázquez *et al.*, 2013):

a) Índice de bienestar económico sostenible (IBES)

El índice de bienestar económico sostenible (IBES) es un indicador, diseñado originariamente por Daly y Coob (1989) y revisado por Coob (1994), que nos va a medir la sostenibilidad de los niveles de bienestar que la población de un país

experimenta a lo largo del tiempo al integrar variables de índole económica, distributivas, sociales y ambientales, constituyendo de esta forma un indicador potente para la evaluación de las políticas de desarrollo.

b) Índice de progreso real (IPR) o índice de progreso genuino (IPG)

El índice de progreso real o progreso genuino (IPR/IPG) es similar al IBES pero incluye más variables. Es un indicador que evalúa, a través del estudio de variables económicas, sociales y medioambientales, la situación del bienestar social. Este índice tiene en cuenta, por una parte, el consumo personal, el tiempo de trabajo doméstico, cuidados familiares, voluntariado, y por otra parte, los gastos defensivos, gastos derivados de la degradación del medio ambiente (pérdida de superficies de cultivo, forestales, contaminación), y los costes sociales (divorcios, delitos).

c) Índice de desarrollo humano (IDH)

El índice de desarrollo humano (IDH) es un índice creado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y que tiene en cuenta tres parámetros:

1. Salud: esperanza de vida al nacer.
2. Educación: alfabetización en adultos y matriculación escolar.
3. Riqueza: PIB per cápita.

Ahora bien, el IDH, por sí mismo, no es suficiente para medir el nivel de desarrollo de un país, ya que no refleja la participación política ni las desigualdades de género.

d) Índice Fordham de salud social

El índice de salud social fue publicado por primera vez por el Instituto de la Universidad de Fordham y analiza hasta 16 indicadores sociales con objeto de evaluar el bienestar social de la población. Estos indicadores son:

- Niños: mortalidad, abuso y pobreza infantil.
- Juventud: suicidio, abuso de drogas y abandono de la escuela.

- Adulto: desempleo, salarios medios semanales y cobertura del seguro de salud.
- Envejecimientos: pobreza y costes de salud (personas de más de 65 años).
- Todas las edades: homicidios, accidentes de tráfico relacionados con el alcohol, cobertura de cupones de alimentos, acceso a vivienda asequible y la desigualdad de ingresos.

Por tanto, como hemos visto, para el estudio del bienestar social de una población no se puede analizar de manera aislada los índices anteriormente señalados, sino que hay que estudiar también el bienestar social subjetivo a través de la Encuesta Mundial de Valores.

2. Los pilares del bienestar social

Los pilares del bienestar social (Sedano Romera, 2008) son aquellos soportes verticales fundamentales, responsables de la estabilidad y sostenibilidad de las estructuras sociales, sobre los que se deben apoyar las políticas que sustentan el Estado de bienestar.

Para garantizar la estabilidad de estos pilares, es necesario que se apoyen en unos niveles de desarrollo económico adecuados, un sistema fiscal y una administración pública moderna y eficaz, así como una gran voluntad política por parte de todos los partidos en asuntos relacionados con el bienestar social de la población.

Así pues, los pilares del bienestar social se pueden definir como el conjunto de políticas sectoriales dirigidas a los ciudadanos de una población y que tienen como objeto garantizar, mantener y mejorar el bienestar social.

Los pilares del bienestar social sobre los que se sustenta la sociedad española para conseguir el bienestar social son el sistema educativo, el sistema sanitario, el sistema de pensiones y los servicios sociales amparados estos últimos por la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situaciones de Dependencia.

Ahora bien, cada uno de estos pilares, que van a determinar el bienestar social de una población, va a depender de la financiación o partidas presupuestadas

asignadas a partir de los Presupuestos Generales del Estado. Como bien sabemos, la actual situación económica mundial no pasa por los mejores momentos y la crisis económica a nivel mundial y a nivel estatal ha hecho mella sobre el Estado español sufriendo, a nivel de educación, sanidad, pensiones y servicios sanitarios, unos recortes presupuestarios que van a influir de una manera negativa sobre el Estado de bienestar.

En relación con el pilar de la educación, el artículo 27 de la Constitución española recoge el derecho a la educación, la gratuidad y obligatoriedad de la enseñanza, la homologación de la educación y la participación de profesores, padres y alumnos en el control y gestión de los centros docentes tanto públicos como privados y la autonomía universitaria.

La idea del Estado español es invertir en educación, ya que una educación de calidad va a permitir a los ciudadanos ser más competitivos y ser capaces de adaptarse con mayor facilidad a las exigencias del mercado laboral a nivel internacional.

En cuanto al pilar de la sanidad, el artículo 43 de la Constitución española establece que se reconoce el derecho a la protección de la salud y que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, así como la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, la Ley General de Sanidad (14/1986) concreta la financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.

Las pensiones en nuestro país han sido objeto de conflicto permanente entre las fuerzas políticas y sociales. El artículo 50 de la Constitución española establece que los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad.

El sistema de pensiones es uno de los pilares fundamentales del Estado de bienestar, cuyo objetivo es garantizar los ingresos a las personas que ya no tienen vinculación con el mercado laboral a partir de tres vías: a) contribuciones a la Seguridad Social realizadas por empresas y trabajadores, que dan derecho a la jubilación, invalidez, viudedad y orfandad; b) la pensión no contributiva que corre a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, cuyo objetivo es garantizar un nivel mínimo de ingresos a personas sin ingresos y que no han tenido vinculación con el mercado laboral; y c) planes privados de pensiones.

Ahora bien, la crisis económica del país ha obligado al sistema político a reformar las pensiones adaptándolas a la esperanza de vida y a los ingresos y gastos de la Seguridad Social, con objeto de garantizar la sostenibilidad del sistema de pensiones y desempleo del país.

En cuanto a la creación del sistema de servicios sociales, se inició en España en 1980 con la firma de la Carta Social Europea. Asimismo, en 1985, con la Ley de Bases de Régimen Local, se obliga a los municipios de más de 20.000 habitantes a prestar los servicios sociales a su población. Será a partir de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley de la Dependencia) cuando surja el cuarto pilar de bienestar de servicios sociales, cuyo objetivo es dar cobertura al mayor número posible de ciudadanos en una situación de dependencia, a través de la financiación de servicios sociales a aquellas personas que por sufrir una enfermedad, incapacidad o vejez no pueden realizar por sí mismas actividades de la vida diaria.

La Ley de la Dependencia establece tres tipos de dependencia:

- Grado I. Dependencia moderada.
- Grado II. Dependencia severa.
- Grado III. Gran dependencia.

El grado y niveles de dependencia, a efectos de su valoración, se determinarán mediante la aplicación de un baremo basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), adoptada por la Organización Mundial de la Salud y acordada a través del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Cada uno de los grados de dependencia señalados se clasificará en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.

Por lo tanto, el objetivo de cualquier política social debe ser el de aumentar el bienestar social de los ciudadanos a través del fortalecimiento de los cuatro pilares anteriormente mencionados. Ahora bien, para conseguir este objetivo es necesaria una adecuada financiación que, debido a la crisis económica actual, obliga a todo el sistema social racionalizar y optimizar los recursos disponibles. Lógicamente a menor financiación, consecuencia de los recortes sanitarios, sociales y educativos, hay una disminución en la cantidad de prestación de servicios, una menor cobertura y, por ende, una disminución del bienestar social de los ciudadanos.

3. El Estado de bienestar

La Unión Europea, a través de los acuerdos de Lisboa (2000) y de Niza (2005), propuso alcanzar la cohesión social de todos los Estados miembros a través de un modelo social europeo con tres objetivos fundamentales: equidad de oportunidades de todas las personas de la UE, reducir las desigualdades y luchar contra la pobreza (Cordero del Castillo, 2009).

Ahora bien, hay que tener en cuenta que la gestión de las políticas sociales y gasto público es responsabilidad de cada Estado y, en el caso de España, las prestaciones sociales están gestionadas a través del Estado, gobiernos autonómicos, organizaciones sociales y ONG y empresas privadas, lo que produce una fragmentación de las políticas sociales y una complejidad en su coordinación.

Europa ha sufrido en los últimos años una serie de cambios socioeconómicos (Espadado, 2013; Barroso, 2013; Moreno, 2009; Domínguez, 2005; Navarro, 2004) que han obligado a todos los Estados reprogramar sus políticas sociales. Estos cambios son:

- **Sociales:** aumento de la esperanza de vida y disminución de la natalidad con el consiguiente envejecimiento de la población y aumento en la demanda de los servicios sociales y sanitarios, la incorporación de la mujer al mercado laboral (dificultad para atender hijos menores, enfermos y ancianos) y desempleo.
- **Económicos:** aumento del gasto público en protección social (pensiones, desempleo, sanidad) y disminución de los ingresos derivados de los impuestos directos de los trabajadores, debido al desempleo, para hacer frente a la protección social.

Si nos centramos en la política social y el Estado de bienestar en España, las primeras medidas sociales tuvieron su origen en las cofradías o hermandades de socorro a través de ayuda económica para casos de enfermedad. Posteriormente, a finales del siglo XVIII, aparecen los montepíos con una función muy similar al anterior. A partir de este periodo, se crean medidas de asistencia, apareciendo los hospicios con objeto de recoger ancianos, mendigos y enfermos.

En el siglo XIX y aunque la Iglesia pierde el control de la asistencia social, gran cantidad de órdenes religiosas se dedican a atender a los pobres y necesitados y será a finales del mismo siglo cuando se propuso una actuación social entre la Iglesia, el Estado y grupos sociales.

El bienestar social en España se inicia con los Pactos de la Moncloa, firmados en 1977, permitiendo la transición de la dictadura a la democracia y una política de concentración social.

Con la Constitución española de 1978, España se convierte en un Estado social y democrático de derecho con la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, social y cultural del país (art. 9.2), y será a partir de la entrada de España en la Unión Europea en 1986 cuando se produce la consolidación de España en un Estado de bienestar caracterizado este por un:

- Sistema de Seguridad Social relacionado con el trabajo.
- Régimen mixto de bienestar: Iglesia y Estado.
- La centralidad de la familia.
- Descentralización de la política social.
- Europeización de las políticas sociales.
- Diálogo social como instrumento de reforma.

El Estado de bienestar social en España comprende todas aquellas intervenciones a nivel central, autonómico y local que tienen como objetivo mejorar el bienestar social y, por tanto, la calidad de vida de la población. Estas intervenciones, que más afectan a los ciudadanos, se realizan a través de:

- Servicios públicos: donde se engloba la sanidad, la educación, las pensiones y los servicios sociales.
- Intervenciones normativas: actuaciones con objeto de proteger al ciudadano en su condición de trabajador, consumidor o residente (salud ambiental).
- Intervenciones públicas: actuaciones encaminadas a producir puestos de trabajo.

Por lo tanto, el objetivo del Estado de bienestar es mejorar las coberturas sociales, sanitarias y educativas, así como garantizar la sostenibilidad del sistema de pensiones a partir de una racionalización, optimización de los recursos financieros destinados a potenciar los pilares del bienestar social.

4. Bibliografía

Barroso González, M., Castro Vadillo, N. Estado del bienestar y crisis económica. <http://www.usc.es/congresos/xiiirem/pdf/32.pdf>. [Último acceso: 2 de noviembre de 2013].

Cordero del Castillo, P. "El Estado de bienestar español en el contexto europeo". *Humanismo y Trabajo Social*. 2009, 8: 131-154.

http://es.wikipedia.org/wiki/Bienestar_social. [Último acceso: 2 de noviembre de 2013].

Domínguez Sánchez-Pinilla, M., Navarrete Moreno, L. *Estado, bienestar e ideología. Un análisis de las teorías sociales del bienestar*. Madrid. Ed. Universidad Complutense, 2005.

Iglesias Vázquez, E., Pena López, J. A., Sánchez Santos, J. M. "Bienestar subjetivo, renta y bienes relacionales. Los determinantes de la felicidad en España". *Revista Internacional de Sociología*, 2013.

Moreno, L. *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Siglo XXI de España Editores, 2009.

Navarro, V. *Globalización económica, poder político y Estado del bienestar*. Ciudad. Editorial Ariel, 2004: 31-167.

Rayén Quiroga, M. *Indicadores de sostenibilidad ambiental y de desarrollo sostenible: estado del arte y perspectivas*. CEPAL, septiembre de 2001: 77-86.

Sedano Romera, J. P. *Los pilares del sistema de bienestar social*. Disponible en: <http://www.ideal.es/granada/20081003/opinion/pilares-sistema-bienestar-social-20081003.html>. [Último acceso: 9 de noviembre de 2013].

Spadaro, A. *Fundamentos económicos y sociales para un Estado de bienestar social*. <http://www.uib.es/depart/deaweb/webpersonal/amedeospadaro/Primeraparte.pdf>. [Último acceso: 2 de noviembre de 2013].

2.3. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA: ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Antonio Moreno Villena

Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina del Trabajo, coordinador del área sanitaria de Grandes Clientes de la Sociedad de Prevención de FREMAP

Resumen

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. En primer lugar, se plantea la relación entre calidad de vida y renta per cápita; en segundo lugar, se introduce el concepto del bienestar subjetivo y satisfacción, para pasar a explicar las estrategias para mejorar la calidad de vida y el denominado envejecimiento activo.

1. Introducción [OMS, 1998; Urzúa, 2012; Inglehart, 2001; BM, 2013; Bognar, 2005; Campbell, 1981; Meeberg, 1993; Campbell, 1976; Haas, 1999; Smith, 1999; Cummins, 2004]

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros similares, siendo frecuentemente mal utilizado (Urzúa, 2012), probablemente debido a cómo comenzaron los primeros estudios e investigaciones en este área.

Uno de los indicadores más utilizados, si bien no el único a este respecto, ha sido el Índice de Desarrollo Humano (IDH) para los diferentes países y que fue establecido por las Naciones Unidas en su Programa General para el Desarrollo (PNUD). Este índice comprende, como variables, la esperanza de vida, el nivel de educación alcanzado (entendido este como la tasa de alfabetización de adultos y

la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior) y el producto interior bruto (PIB) per cápita o renta per cápita (RPC).

El último de los parámetros citado, la renta per cápita, es un indicador comúnmente usado para estimar la riqueza económica de un país, si bien muchos investigadores y un elevado número de evidencias demuestran que la renta per cápita está positivamente correlacionada con la calidad de vida de los habitantes de un país o área socio-geográfica con una cierta renta per cápita (desde un punto de vista macroeconómico); esto comienza a separarse de la realidad cuando el país tiene una renta per cápita muy elevada.

Es decir, en países muy pobres un incremento de la renta per cápita, en general, va relacionado con un aumento del bienestar general de la población, especialmente si la distribución de la renta no es muy desigual. Sin embargo, en los países de renta más alta existe menos relación entre los indicadores de salud, educación y satisfacción general manifestada por los encuestados y, por ello, la RPC va perdiendo utilidad para medir el bienestar de la población en estos casos (Inglehart, 2001; BM, 2013).

Pero este tipo de indicador, muy usado en la década de los sesenta y setenta, no llegaba a concretar, según diferentes autores y grupos de investigación, dado que sólo llegaba a explicar un 15% en la varianza de la calidad de vida (CV) individual (Bognar, 2005).

La utilización del concepto de calidad de vida puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Campbell, 1981; Meeberg, 1993).

Por otro lado, investigadores del área de la psicología plantearon que mediciones subjetivas, expresadas por las personas, podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la CV de las mismas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban casi un 50% de la varianza observada (Campbell, 1976; Haas, 1999).

Hoy en día y para muchos autores, el concepto de CV tiene su vinculación, justificación y origen no sólo en el hecho económico en sí, sino en la posibilidad de identificar y obtener resultados relevantes para las investigaciones en el área de la salud, siendo de mayor peso específico las investigaciones en cuanto al

concepto del bienestar subjetivo y satisfacción de las personas con la vida que desarrollan. En la actualidad, son tres las ramas de saber que estudian la calidad de vida desde sus posibles múltiples aspectos, a saber, la economía, la medicina y las ciencias sociales, lo que provoca, por un lado, hallazgos y conceptos multidisciplinarios, pero, por otro, aspectos que, en ocasiones, son difíciles de agrupar en un único enfoque (Smith, 1999; Cummins, 2004).

Debido a toda esta disparidad de criterios y a que nuestro enfoque se basa principalmente, aunque no de forma única, en la salud, vamos a reseñar lo que a este respecto refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El grupo de estudio de calidad de vida de la OMS ha definido a esta como “la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en el contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (OMS, 1998).

Este concepto, como casi todas las declaraciones o definiciones globales, abarca un amplio abanico de aspectos, entre los que podemos destacar, como no, la salud física, la anímica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente en el que la persona desarrolla su actividad diaria.

Se puede caracterizar cada una de las facetas de la calidad de vida definidas por la OMS como una descripción de una conducta, un estado, una capacidad o potencial o una percepción o experiencia subjetivas. Por ejemplo, el dolor es una percepción o experiencia subjetiva; se puede definir la fatiga como un estado; o la movilidad como una capacidad (para moverse) o como un comportamiento (el de caminar propiamente). Según la OMS, se ha descrito una definición de cada una de las facetas de la calidad de vida según su evaluación.

Pero quizá, de forma más sencilla y “popular”, podríamos decir que la calidad de vida es un concepto subjetivo, basado en necesidades objetivas, que son diferentes para cada persona, en tipo e intensidad, en función de su evolución y edad, y que dependen de cómo cada una interpreta su “estándar de vida”.

2. Parámetros a considerar en relación con la calidad de vida (OCDE, 2011, 2013; Schalock, 1997)

La calidad de vida no se percibe de igual forma si se evalúa o intenta definir desde una perspectiva económica, cultural, demográfica o de salud, entre otras posibles.

La calidad de vida está compuesta de factores o determinantes dispares que no permiten definir un índice específico y satisfactorio para su medición, máxime cuando la misma tiene una importante carga de subjetividad. La selección de los parámetros o factores que deben constituir dicho índice y el peso específico que cada uno ha de tener en la hipotética ecuación del mismo dependen, en buena medida, de la capacidad que se tenga para que puedan ser medidos de forma homogénea y con criterios similares de aplicabilidad para poder realizar, a partir de sus resultados, un correcto seguimiento, estimaciones ajustadas a la realidad y que posibilite el establecimiento de valoraciones comparativas correctas.

Entonces... ¿Tenemos algún instrumento que nos permita medir realmente nuestra calidad de vida?

En 2011, la Organización para Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), con sede en París, publicó los resultados sobre un estudio que realizó entre los habitantes de sus 34 países miembros, en relación con la calidad de vida, creando una herramienta "online" para acceder a dicha información y poder realizar valoraciones comparativas (OCDE, 2011).

En este estudio se señalaron como factores de medición de la calidad de vida los siguientes: vivienda, ingresos, empleo, confort, seguridad, comunidad, educación, medio ambiente, gobernanza o salud, la satisfacción que a cada uno le produce su vida y el equilibrio entre el trabajo y vida privada.

De entre estos 34 miembros, los países que obtuvieron los mejores resultados fueron Australia, Canadá, Dinamarca, Nueva Zelanda, Noruega y Suecia, mientras que los más alejados fueron Chile, Estonia, Hungría y México.

Según estos datos, las estrategias enfocadas a la obtención y mantenimiento sostenible de un determinado nivel de calidad de vida deberán contemplar los aspectos reseñados en dicho estudio de la OCDE, lo que significaría que no hay un único campo de actuación, sino que han de ser varios, y lo que es más importante, algunos de ellos requerirán actuaciones combinadas y de tipo sinérgico.

Según Robert L. Schalock, experto mundial en el campo de la discapacidad intelectual y la calidad de vida, siempre se ha hablado de calidad de vida, si bien, lo que es ahora nuevo es “nuestro intento de utilizar este concepto como un proceso y un principio organizativo para mejorar las vidas de las personas con discapacidad y para evaluar los resultados y la validez social de las prácticas actuales de rehabilitación” (Schalock, 1997).

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva; es decir, que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Esto ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez.

En la infancia y la adolescencia los estudios consideran, en función de la edad, cómo repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica particularmente: asma, diabetes, por ejemplo) en la satisfacción percibida con la vida.

En la tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la calidad de vida las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física y los servicios que reciben las personas mayores (Denis, 1994).

En este sentido, la Comisión Europea ha dado un paso importante con la puesta en marcha del proyecto piloto sobre envejecimiento activo y saludable. La finalidad de este proyecto es conseguir que los ciudadanos vivan más tiempo de forma independiente y con buena salud, incrementando en dos el número medio de años que se vive saludablemente. Asimismo, se pretende mejorar la sostenibilidad y la eficiencia de nuestros sistemas sociales y de asistencia sanitaria y crear un mercado de la Unión Europea y mundial de productos innovadores con nuevas oportunidades para las empresas europeas (UE, 2010).

De todos los aspectos tratados con anterioridad, sólo el abordaje de alguno de ellos puede hacerse desde aquí por las características de esta obra. Considerando los datos expuestos hasta ahora y los determinantes de esa “calidad de vida”, tanto subjetiva como objetiva, hay uno de ellos cuyo análisis es especialmente complejo y, por ello, es el tema principal de este trabajo: el envejecimiento de la población.

El envejecimiento de la población y la longevidad alcanzada aportan parámetros y aspectos de gran relevancia e incidencia en el mantenimiento de la calidad de vida. De entre los existentes, destacaremos tres que tienen mayor relación con el tema que nos ocupa.

Uno de tipo económico relacionado con las prestaciones sociales de jubilación, que se ven incrementadas con la mayor esperanza de vida alcanzada en la actualidad.

Otro de tipo sanitario que, a su vez, se ve agravado con los elevados costes económicos asociados a los procesos crónicos, que son los de mayor prevalencia en esta etapa de la vida.

Por último, junto a los dos anteriores, pero de forma complementaria a ellos, la “pérdida de capacidades” debida al propio envejecimiento, haciendo que tengamos que hacer adecuaciones del sistema para que este permita el desarrollo y la realización de las personas mayores tanto social, personal y laboralmente.

3. Estrategias para mejorar la calidad de vida: envejecimiento activo

El ser humano tiende a envejecer de forma inevitable. El envejecimiento es parte del ciclo biológico de la vida y, con él, se alteran nuestras capacidades de relación con nuestro entorno, en mayor o menor grado.

Según palabras de la directora general de la OMS, Gro Harlem Brundtland, en una exposición en 1999, “El envejecimiento de la población es, ante todo y sobre todo, una historia del éxito de las políticas de salud pública, así como del desarrollo social y económico...”.

Aunque parezca una paradoja, que la población del mundo esté envejeciendo rápidamente ha de ser motivo de celebración. Por una parte, este fenómeno evidencia que hemos conseguido grandes logros contra las enfermedades, en general, incrementando la longevidad, y contra la mortalidad infantil y maternal, en particular.

Por otro lado, el descenso de la natalidad, como efecto del control de la mujer sobre su propia maternidad, ha contribuido a dicho envejecimiento poblacional global.

Durante el siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que realizan una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades (UN).

La tasa de envejecimiento de la población mundial está aumentando a una significativa velocidad. Según los cálculos de la OMS, entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará (en valor relativo), pasando del 11 al 22%, lo que en valor absoluto supone que este grupo de personas pasará de 605 millones en el año 2000 a 1.200 millones en 2015 y a 2.000 millones en 2050.

Cuando en 1995 la OMS modificó el nombre de su "Programa de Salud de las Personas Mayores" por el de "Envejecimiento y Salud", marcó un importante cambio de orientación. El nuevo nombre consideraba una perspectiva de todo el curso vital: todos envejecemos, y la manera mejor de asegurar una buena salud para las futuras generaciones de personas mayores es prevenir las enfermedades y promover la salud durante todo el ciclo vital. Por el contrario, sólo puede comprenderse bien la salud de aquellos que actualmente se encuentran en la vejez si se tienen en cuenta los acontecimientos de la vida por los que han pasado (OMS, 2002b).

El "Año Internacional de las Personas de Edad" (1999) marcó un hito en la evolución del trabajo de la OMS sobre el envejecimiento y la salud. Ese año, el tema del Día Mundial de la Salud fue "el envejecimiento activo marca la diferencia" y la directora general de la OMS, la Dra. Gro Harlem Brundtland, puso en marcha el "Movimiento global para el envejecimiento activo". Con tal ocasión, la Dra. Brundtland comentó: "Conservar la salud y la calidad de vida durante toda la vida será una valiosa contribución para lograr vidas plenas, una comunidad intergeneracional armoniosa y una economía dinámica. La OMS se ha comprometido a fomentar el envejecimiento activo como un componente indispensable de todos sus programas de desarrollo" (OMS, 2002b).

En el año 2000, la OMS volvió a cambiar el nombre del programa a "Envejecimiento y Ciclo Vital", para reflejar así la importancia de una perspectiva que abarque todas las fases de la vida. Posteriormente, se ha agregado una mejora ulterior al concepto de "envejecimiento activo" y se ha trasladado a todas las actividades del programa, entre las que se incluyen la investigación y la formación, la diseminación de la información, la defensa y el desarrollo de las políticas (OMS, 2002b).

La Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid (España) del 8 al 12 de abril de 2002, adoptó por unanimidad la llamada "Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002". Entre las contribuciones aportadas por la OMS a la Asamblea, cabe citar la presentación de un marco normativo (OMS,

2002) y la formulación de planes de acción regionales para la ejecución del Plan Internacional, en particular por la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa, la Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico y la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe.

En la 55ª Asamblea Mundial de la Salud se presentaron informes sobre el contenido del marco normativo, las conclusiones de la Segunda Asamblea Mundial y de las aportaciones hechas por la OMS desde 2002 para la ejecución del Plan de Acción Internacional, así como los resultados de la difusión del marco normativo sobre el envejecimiento activo, todo lo cual se recogió en el acta de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud de 2005 (OMS, 2005).

La OMS define el *envejecimiento activo* como “el proceso de optimización de las oportunidades en relación con la salud, la participación y la seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que se envejece” (OMS, 2005).

“El marco normativo, que tiene en cuenta los determinantes de la salud a lo largo de la vida, ha contribuido tanto a la formulación de políticas sobre el envejecimiento a escala nacional y regional como a orientar la investigación científica sobre el envejecimiento; también ha influido en la aplicación práctica de políticas en el plano comunitario. Los responsables de la formulación de políticas a distintos niveles han adoptado los enfoques conceptuales del marco. Ahora se están preparando indicadores básicos para vigilar la aplicación de las políticas relativas al envejecimiento activo, que deberían estar a punto en 2005” (OMS, 2005).

La Sexta y Séptima Conferencias Mundiales de la Federación Internacional de la Vejez (celebradas en Perth, Australia, del 27 al 30 de octubre de 2002 y en Singapur del 4 al 7 de septiembre de 2004, respectivamente) y el XVIII Congreso Mundial de Gerontología (que se celebró en Río de Janeiro, Brasil, del 26 al 30 de junio de 2005), incorporaron a sus respectivos programas el enfoque conceptual del envejecimiento activo. Dicho enfoque contempla tres pilares principales: salud, participación y seguridad (véase figura 1).

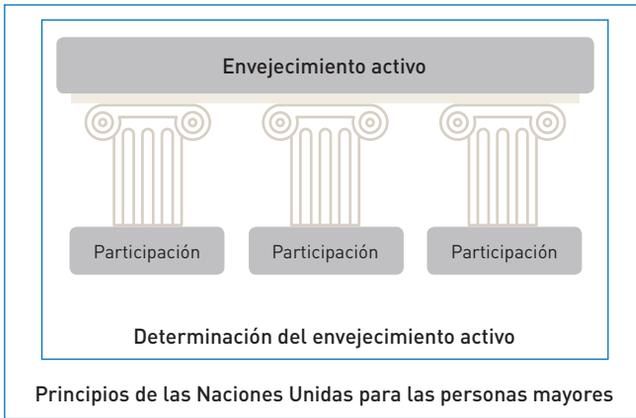


Figura 1. Los tres pilares de un marco político para el envejecimiento activo
(*Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(S2): 74-105)

La buena salud es fundamental para que las personas mayores mantengan su independencia y sigan siendo útiles para sus familias y comunidades. En el Plan de Acción Internacional de Madrid se atribuye prioridad al acceso a la atención primaria de salud y, por consiguiente, la OMS ha situado esta cuestión en un primer plano, a fin de facilitar los contactos y la atención periódicos y continuos que necesitan las personas de edad para prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas que, a menudo, son discapacitantes (OMS, 2005).

La OMS ha puesto en marcha diversos proyectos complementarios centrados en la prestación de una atención integrada que aspira a estar al alcance de todos los interesados, ser de fácil acceso, tener un amplio alcance, ser eficaz y tener en cuenta tanto el género como la edad (OMS, 2004a).

El Centro OMS para el Desarrollo Sanitario, Kobe (Japón), ha publicado un glosario sobre atención de salud basada en la comunidad para las personas de edad que contiene terminología y definiciones normalizadas (OMS, 2004b).

El enfoque del envejecimiento activo busca eliminar la discriminación por razón de la edad y reconocer la diversidad de las poblaciones ancianas. Las personas mayores y sus cuidadores necesitan involucrarse activamente en la planificación, la aplicación y la evaluación de políticas, programas y actividades de desarrollo del conocimiento relacionadas con el envejecimiento activo.

El Día Mundial de la Salud del 2012 se dedicó al envejecimiento y la salud, y el lema que marcó ese día fue “La buena salud añade vida a los años”. Dicha campaña quiso mostrar cómo el gozar de buena salud durante toda la vida puede ayudarnos en la vejez a tener una vida plena y productiva, y a desempeñar un papel activo en nuestras familias y en la sociedad, resaltando que el envejecimiento nos afecta a todos, jóvenes o viejos, hombres o mujeres, ricos o pobres, con independencia de dónde vivamos.

Pero para llegar a tener buena salud a través de los años, hemos de establecer, previamente, estrategias y acciones preventivas que nos ayuden a conseguir ese fin.

Desde un punto de vista fisiológico, la realización de una actividad o tarea conlleva una serie de demandas que producen y evocan una respuesta en la persona en función de sus capacidades individuales. Dichas capacidades estarán influenciadas por el estado de salud de la persona, por sus características físicas y anímicas, por sus habilidades, su formación, su experiencia en el puesto, como no, por la edad...

El término “envejecimiento activo” fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los noventa con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable” y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones (Kalachea, 1997).

Según la OMS, “El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen [...] incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia” (OMS, 2002b).

El envejecimiento activo se fundamenta en los derechos humanos de las personas mayores y en el reconocimiento de los Principios Universales de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, siendo estos la independencia, la participación, la dignidad, la asistencia y la realización de sus propios deseos.

En este marco, el envejecimiento activo viene a sustituir el paradigma basado en las necesidades y en percibir a la personas mayores como sujetos pasivos, pasando a ser el eje principal de las actuaciones encaminadas a garantizar el reconocimiento de las personas mayores como objetos y sujetos de sus derechos (OMS, 2002b).

“Para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad” (OMS, 2002b).

Para dicho fomento a través del establecimiento de estrategias, desde un punto de vista epidemiológico, han de conocerse cuáles son los determinantes que influyen en dicha potencial pérdida de la salud. En este caso, para establecer estrategias de envejecimiento activo que sean eficientes y ayuden a mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, hemos de tener presente que existen determinantes económicos, sociales, conductuales, personales, del entorno físico y los correspondientes a la sanidad y los servicios sociales (véase figura 2).

El género y la cultura son lo que podríamos definir como “determinantes mayores” que pueden modificar e incluso dificultar la aplicación de las estrategias establecidas, en función de las características socioculturales.

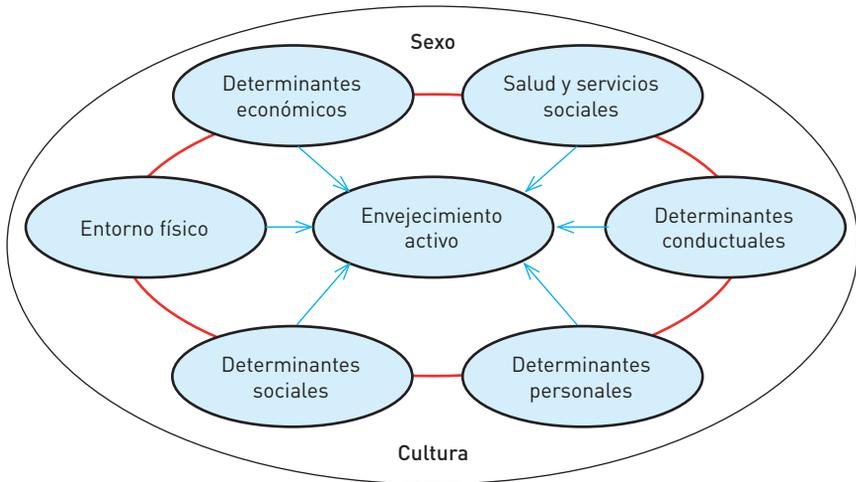


Figura 2. Determinantes del envejecimiento activo (adaptado de la definición de la OMS)

La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades son dos elementos básicos del modelo de envejecimiento activo.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas controlar y mejorar su salud. La prevención de las enfermedades incluye la prevención y el tratamiento de las patologías que son especialmente frecuentes a medida que las personas envejecen: las enfermedades no transmisibles y las lesiones. La prevención se refiere tanto a la prevención “primaria” (por ejemplo, evitar el tabaquismo), como a la prevención “secundaria” (por ejemplo, la detección selectiva precoz de las enfermedades crónicas), o a la prevención “terciaria”, por ejemplo, el tratamiento clínico apropiado de las enfermedades. Todo esto contribuye a reducir el riesgo de discapacidades.

Las estrategias de prevención de las enfermedades, que también pueden abordar las enfermedades infecciosas, ahorran dinero a cualquier edad. Por ejemplo, se calcula que vacunar a los adultos ancianos contra la gripe, en las campañas anuales que están establecidas desde las acciones de salud hacia la población en este rango de edad, ahorra entre 30 y 60 dólares en los gastos de tratamiento por cada dólar gastado en dichas vacunas (HD&HHRR, 1999).

4. Bibliografía

BM (Banco Mundial): Indicador PIB, 2013. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD>.

Bognar, G. “The concept of quality of life”. *Social and Practice*. 2005, 31: 561-580.

Campbell, A., Converse, P., Rodgers, W. *The Quality of American Life*. New York. Russell Sage, 1976.

Campbell, A. *The sense of well-being in America*. New York. McGraw-Hill, 1981.

Cummins, R. A. “Moving from the quality of life concept to a theory”. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2004, 49: 699-706.

Dennis, R., Williams, W., Giangreco, M., Cloninger, Ch. “Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad”. *Siglo Cero*. 1994, 25(155): 5-18.

Haas, B. “Clarification and integration of similar quality of life concepts”. *Journal of Nursing Scholarships*. 1999, 31: 215-220.

HD&HHRR. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. *An Ounce of Prevention... What Are the Returns?* Atlanta: Departamento de Salud y

Servicios Humanos de los EE. UU., Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 1999.

Inglehart, R.: *Modernización y postmodernización*, CSIC & Ed. Siglo XXI. Madrid, 2001.

Kalachea, A., Kickbusch, I. "A global strategy for healthy ageing". *World Health*. 1997: 4-5.

Meeberg, G. A. "Quality of life: A concept analysis". *Journal of Advanced Nursing*. 1993, 18: 32-38.

NU. *El envejecimiento de la población: desafíos para las políticas y los programas en los países desarrollados y en vías de desarrollo*. Fondo de Población de las Naciones Unidas y Centro de Estudios CBGS de la Población y la Familia. Nueva York. Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2001.

OCDE. *Better Life Index*, 2011 (web específica de la OCDE publicada el 25 de mayo de 2011). Disponible en: <http://www.oecdbetterlifeindex.org>. Versión en castellano: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/>.

OCDE. How's life? 2013. Measuring Well-being. OECD, 2013. Disponible en: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/media/bli/documents/ExecutiveSummary.pdf>.

OMS. *58ª Asamblea Mundial de la Salud. Informe de Secretaria. Evolución estratégica de las acciones sobre envejecimiento*. Documento A58/19, abril de 2005.

OMS. *Active ageing: a policy framework*. Documento WHO/NMH/NPH/02.8, 2002.

OMS. Documentos A55/17 y A55/17 Add.1, 2002.

OMS. "Envejecimiento activo: un marco político. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital". *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002, 37(S2): 74-105; 2002(b).

OMS. *Glossary of terms for community health care and services for older persons*. Kobe, Centro OMS para el Desarrollo Sanitario, 2004(b).

OMS. *Health Systems: Improving Performance (World Health Report)*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2000(a).

OMS. *Manual de instrucciones de la OMS sobre la calidad de vida*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1998: 61-71. Reproducido de *WHOQOL user manual*,

documento inédito WHO/MNH/MHP/98.3; se puede solicitar al Programa de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27 (Suiza), 1998. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4930s/9.10.html>.

OMS. *Towards age-friendly primary health care*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2004(a).

Schallock, R. L. "Three decades of Quality of Life". *Siglo Cero*. 1997, 28(2): 25.

Smith, K., Avis, N., Assman, S. "Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis2. *Quality of life research*. 1999, 8: 447-459.

UE, Comunicacion de la Comisión Europea COM(2010) 2020. Europa 2020: una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador. Disponible en: http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/president/news/documents/pdf/20100303_1_es.pdf.

Urzúa, A. Caqueo-Urizar, A. "Calidad de vida: una revisión teórica del concepto". *Rev. Terapia Psicológica*. 2012, 30(1): 61-71.

2.4. DETERMINACIÓN DE LA FORMA FÍSICA

José Carlos Ramos Ciuró

Médico del Trabajo y Medicina de la
Educación Física y Deporte. PREMAP Seguridad y Salud

Resumen

La determinación de la forma física implica la valoración de los múltiples componentes que conforman la condición física, ya sea desde un punto de vista de la salud o del rendimiento deportivo. El estudio de la composición corporal mediante la cineantropometría, la resistencia cardiovascular, para calcular el consumo máximo de oxígeno de forma directa, o su estimación de forma indirecta mediante pruebas de campo. La valoración de la fuerza muscular con el test de repetición máxima y de otros componentes como la flexibilidad, la velocidad y el equilibrio completan la determinación de la forma física. Existen pruebas más complejas con la necesidad de supervisión médica como la ergometría o la ergoespirometría para valorar el consumo de oxígeno y la dinamometría isocinética para estudiar la fuerza muscular.

1. Introducción

Uno de los pilares básicos para conseguir un estilo de vida saludable es la realización de actividad física o la práctica de deporte, reforzado por la existencia de evidencias científicas de los beneficios producidos en la salud en aquellas personas que realizan dichas actividades. La determinación de la forma física o condición física del sujeto puede ser utilizada para la valoración funcional de la persona y para la prescripción del ejercicio para mejorar la salud. Conocer el estado de forma física del sujeto constituye un importante predictor de la expectativa y calidad de vida.

Nos encontramos con multitud de definiciones para el término de “condición física” (*physical fitness*) propuestas por diferentes autores e instituciones. La OMS la define como la capacidad de una persona para realizar satisfactoriamente el trabajo muscular. El American College of Sports Medicine define la forma física como la capacidad para realizar la actividad física a niveles de moderados a vigorosos, sin que aparezca fatiga, y con suficiente energía para disfrutar del tiempo libre u ocio y para afrontar emergencias inesperadas.

La prescripción del ejercicio intenta mejorar e incrementar el nivel de actividad de una persona con distintos objetivos: mejorar la condición física, reducir los factores de riesgo de determinadas enfermedades crónicas y realizar el ejercicio físico con un menor riesgo. La duración e intensidad del ejercicio necesario para reducir el riesgo de presentar una enfermedad de forma significativa es considerablemente menor que el necesario para adquirir y mantener una buena condición física. Lo ideal sería promover directamente la mejora de la condición física del sujeto, pero es preferible en primer lugar estimular a esa persona a ser físicamente activo, ya que es previsible que en los sujetos previamente sedentarios alcancen la forma física adecuada si primero realizan actividad física.

La medición de la condición física es fundamental en el control de los deportistas de competición para valorar su progresión y respuesta a las cargas de entrenamiento. En el caso de aquellos sujetos que inician una actividad deportiva o actividad física, es necesario evaluar el estado inicial de forma física, unido a un examen médico previo para poder identificar y excluir a aquellas personas con contraindicaciones médicas al ejercicio o con dolencias clínicamente significativas que requieren un control médico de supervisión, y con todo ello poder establecer una programación física personalizada (“prescripción de ejercicio para la salud”) y establecer las cargas de trabajo de inicio. La realización de ejercicio requiere una evaluación periódica para valorar la consecución de los objetivos propuestos y conseguir de esa forma una mejora progresiva de la forma física.

Dependiendo de las pruebas o test a realizar, algunas necesitarán salas preparadas y dotadas de material y personal especializado, en otras pueden ser realizadas por los preparadores físicos.

La condición física engloba todas las capacidades o cualidades que una persona requiere para la práctica de ejercicio. Los componentes de la condición física se pueden dividir en dos grupos: uno relacionado con la salud y otro con el rendimiento deportivo.

1.1. Condición física relacionada con la salud

Se refiere a aquellas capacidades o componentes de la condición física relacionados con el estado de la salud. La práctica de ejercicio físico provoca adaptaciones que mejoran o mantienen la condición física. Estas capacidades, por tanto, mejoran con el entrenamiento adecuado y están asociadas a un bajo riesgo de presentar enfermedades derivadas del sedentarismo.

La resistencia es la capacidad física y psíquica para soportar esfuerzos relativamente prolongados. La resistencia cardiorrespiratoria o capacidad aeróbica representa una medida directa del estado general de salud y es el elemento más relacionado con la salud cardiovascular; nos aporta la capacidad para realizar tareas que requieren la utilización de grandes grupos musculares para un esfuerzo de intensidad leve o moderada durante un tiempo prolongado. El consumo máximo de oxígeno (VO₂ máx.) es la variable que mejor define esta capacidad. Se puede mejorar la resistencia cardiovascular con actividades continuas, como correr, nadar, ciclismo, etc. La progresión debe ser gradual a medida que se mejora la forma física y la actividad debe ser de fácil acceso y seleccionada por el sujeto para facilitar la adherencia al programa de ejercicios, sobre todo de aquellas personas previamente sedentarias.

La resistencia muscular es la capacidad para realizar un esfuerzo de intensidad elevada durante un tiempo relativamente largo. El entrenamiento de la resistencia muscular fortalece los músculos y mejora la perfusión muscular. Las reservas de glucógeno intramuscular aumentan en personas entrenadas en actividades de resistencia. La fuerza muscular es la capacidad del músculo para generar tensión y superar una fuerza contraria. La fuerza muscular es una cualidad física fundamental para el rendimiento deportivo, para el mantenimiento de la salud y para la mejora de la calidad de vida de las personas; es un predictor de calidad de vida y de expectativa de vida independiente.

La composición corporal estudia los diferentes componentes corporales. La flexibilidad es la capacidad de realizar movimientos con la mayor amplitud posible, está compuesta por la movilidad articular y la elasticidad muscular, siendo un elemento favorecedor del resto de capacidades.

1.2. Condición física relacionada con el rendimiento deportivo

Busca obtener un rendimiento en un deporte determinado, cada deporte necesita un equilibrio de los diferentes componentes de la condición física como la agilidad, el equilibrio, la coordinación, la velocidad, la potencia, el tiempo de reacción, la resistencia cardiovascular, la resistencia muscular, la fuerza muscular, la composición corporal y la flexibilidad. Intenta lograr maximizar el potencial genético del deportista con un entrenamiento físico y mental apropiado con el objetivo de preparar la competición. Las ciencias aplicadas al deporte utilizan el conocimiento científico en beneficio del estado físico y psicológico de la población en cualquier nivel de desarrollo deportivo. La base ha sido la medicina del deporte, al que se han ido incorporando progresivamente distintas ciencias como la psicología del deporte, la nutrición, la biomecánica, etc., con la finalidad de mejorar el rendimiento deportivo de los atletas.

Desde el punto de vista laboral, hay profesiones con un alto requerimiento físico para ejercer sus tareas, por lo que el trabajador debe obtener y mantener una buena condición física a lo largo de toda su vida laboral. Los aspirantes a estas profesiones deben someterse a fases de entrenamiento para mejorar las capacidades físicas implicadas en su profesión (fuerza, velocidad, etc.). En los procesos de selección de personal, los aspirantes se someten a pruebas para valorar su condición física. En el caso de una disminución de la forma física de estos trabajadores, aumentarán los riesgos de sufrir un accidente laboral.

En el ámbito de la empresa, existen otras razones para obtener y mantener una correcta forma física, ya sea para mejorar la salud o la calidad de vida de los trabajadores o para obtener un rendimiento profesional. Las personas con mejor forma física pueden realizar su trabajo diario con mayor facilidad, pudiendo incluir actividades recreativas en su día a día sin la aparición de agotamiento.

2. Valoración de la condición física

La valoración de la condición física permite tomar decisiones a partir de los resultados obtenidos. En las últimas décadas han evolucionado las baterías de pruebas diseñadas para valorar la situación del sujeto y poder compararlo con respecto al grupo. Los primeros protocolos estaban dirigidos a valorar la capacidad física relacionada con el rendimiento deportivo de la condición física: AAHPERD (1958, modificada en 1976 y 1980), Batería de Fleishman (1964), Batería de la CAHPER (1966), Batería de la ICSPFT (1970), todas ellas orientadas al rendimiento deportivo.

A mediados de los noventa, se incluyen pruebas claramente orientadas con la condición física relacionada con la salud, comienzan a publicarse distintos test, entre ellos: la Batería Eurofit para adultos (Oja, Tuxworth, 1995), la Batería AFISAL-INEFC (Rodríguez *et al.*, 1995), la Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal (1996) y la Health-Related Fitness Test Battery for adults UKK (Suni *et al.*, 1996).

La Batería Eurofit para adultos está dirigida expresamente a la población en edad laboral (de 18 a 65 años). Sobre la base de la Batería Eurofit para niños aprobada en 1987, se genera esta batería en el marco del Comité para el Desarrollo del Deporte del Consejo de Europa, concebida con el objeto de promover la salud, las capacidades funcionales y el bienestar de los individuos y de las poblaciones, mediante un instrumento de medición y evaluación de las dimensiones de la condición física relacionada con la salud, dentro de un proyecto con la voluntad de aplicar el principio del Deporte para Todos. La batería está estructurada con un orden, estableciéndose pruebas de prioridad 1, 2 y 3, en función de la importancia relativa de las dimensiones de la aptitud valorada en relación con la salud.

En la actualidad existen multitud de estudios que combinan diferentes test o pruebas para la determinación de la condición física que pueden ir dirigidas a la población general o a un colectivo específico.

A continuación describiremos distintos métodos para evaluar las variables que componen la condición física.

2.1. Valoración de la composición corporal

El estudio de la composición corporal resulta imprescindible para comprender el efecto que tienen la dieta, el crecimiento, el ejercicio físico, la enfermedad y otros factores del entorno sobre el organismo (Valtueña *et al.*, 1996). Existe una gran diversidad de métodos y técnicas para la evaluación de la composición corporal, la elección dependerá del grado de precisión y exactitud que requiera la evaluación y de los recursos que dispongamos. Desde los métodos más sencillos hasta los análisis más complejos con medición de pliegues cutáneos y diámetros o el uso de instrumental específico para determinar el porcentaje de los distintos tejidos corporales.

La medición de la talla y el peso nos permite obtener el índice de masa corporal (IMC), peso en kilogramos dividido por la talla en metros al cuadrado. Este método tiene el inconveniente de no especificar el componente graso o magro de la

composición corporal; es decir, no distingue si el sobrepeso se debe a la hipertrofia muscular fisiológica de los deportistas o a un aumento de la grasa corporal.

El índice cintura-cadera es una medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intraabdominal. Se calcula dividiendo el perímetro abdominal en la cintura entre el perímetro de la cadera. Nos informa de la distribución de la grasa corporal. Un aumento del valor del índice (1 en hombres y 0,8 en mujeres) indicaría obesidad abdominovisceral, asociado a un aumento de riesgo cardiovascular y otras enfermedades metabólicas relacionadas con la obesidad.

La combinación de una serie de medidas antropométricas como el peso, la estatura, los pliegues cutáneos de grasa, los diámetros óseos y los perímetros musculares nos sirven como variables dependientes predictoras de la masa grasa y masa libre de grasa, así como de otras fracciones como la masa muscular esquelética, basadas en variables antropométricas siempre y cuando se proceda de forma estricta en la toma de la medida.

La bioimpedancia eléctrica es un método rápido, barato y no invasivo para la evaluación de la composición corporal. La impedancia eléctrica mide la oposición al flujo de una corriente por el cuerpo entero. La resistencia o impedancia será más grande en individuos con grandes cantidades de tejido adiposo. Los tejidos acuosos con gran disolución de electrolitos (tejido muscular) serán grandes conductores eléctricos y no así la grasa y el hueso. Las medidas de impedancia están estrechamente relacionadas con la cantidad de agua corporal total.

2.2. Test de campo

A continuación se describe una serie de test para la valoración de la condición física, la mayoría incluida en alguna de las baterías publicadas. Las pruebas deben realizarse escrupulosamente y con el máximo empeño, se debe informar al sujeto sobre la naturaleza de la prueba y su objetivo.

2.2.1. Prueba de resistencia cardiorrespiratoria

El indicador de la resistencia cardiorrespiratoria más reconocido es el consumo máximo de oxígeno. Su medición directa precisa de un esfuerzo de intensidad máxima con los riesgos que supone, y requieren de una infraestructura material y personal especializado. Las pruebas submáximas son más seguras y permiten

estudiar el consumo máximo de oxígeno a costa de una pérdida de validez y fiabilidad. Estas pruebas calculan de manera indirecta el consumo máximo de oxígeno en la población general y en deportistas de todas las edades y sexos.

El test de Cooper se basa en recorrer la mayor distancia posible en doce minutos a una velocidad constante. En el test de Course-Navette, el sujeto va desplazándose de un punto a otro situados a 20 metros de distancia y realizando un cambio de sentido al ritmo indicado por una señal sonora que va acelerándose progresivamente. El momento en que el individuo interrumpe la prueba es el que indica su resistencia cardiorrespiratoria. El test de la marcha de seis minutos consiste en medir la distancia máxima que puede recorrer un sujeto durante los seis minutos.

También se puede utilizar el test de Banco de Astrand, que consiste en subir y bajar en cuatro tiempos un escalón de 33 cm para las mujeres y de 40 cm para los hombres. El ritmo a seguir se fija en 22,5 ciclos completos por minuto. Se mide la frecuencia cardíaca del sujeto en el minuto 5. A partir de este dato se lee el VO_2 máx. en el nomograma de Astrand y Ryhming, que consta de cinco escalas; en la escala 3 nos da la lectura del VO_2 máx. estimado.

2.2.2. Test de flexibilidad

Existe un nivel de flexibilidad general en función de la edad, sexo y características individuales. El grado de flexibilidad es relativamente específico para cada articulación. Se selecciona para su estudio las articulaciones más relevantes para la salud. Se puede utilizar un goniómetro para valorar en grados los límites articulares. Para medir la flexibilidad a través de pruebas indirectas, la prueba más conocida es el test de sit and reach, cuya finalidad es la valoración de la capacidad de extensión de la musculatura dorsal e isquiosural mediante la flexión hacia delante del tronco. Se ha encontrado una relación entre la cortedad isquiosural y los dolores lumbares. Hay que tener en cuenta que el entrenamiento de la fuerza y determinados deportes pueden producirla (carrera de fondo, de velocidad, ciclismo). Consiste en la medición de la distancia existente entre la punta de los dedos de la mano y el suelo o la tangente a la planta de los pies al realizar la máxima flexión del tronco activa con rodillas extendidas.

2.2.3. Test de fuerza-resistencia muscular

La fuerza muscular la podemos medir con el test de repetición máxima (1RM), dinamómetros o con test indirectos de tren inferior o superior. El test de repetición máxima es el método más simple para determinar la fuerza máxima de un grupo muscular. La prueba consiste en el peso máximo que se puede cargar en un determinado ejercicio en una única repetición. En adultos sedentarios se puede usar el 10 RM, que evita una carga demasiado elevada; existen tablas para el cálculo a partir de estas cargas submáximas. La realización de diferentes ejercicios permitirá la medición de la fuerza muscular de los distintos grupos musculares; prensa de piernas, press de banca, prueba de bíceps, etc.

La dinamometría manual consiste en la medición de la fuerza de la mano. Los test de salto nos permiten medir la fuerza explosiva del tren inferior, el salto puede ser vertical o longitudinal sin impulso. El lanzamiento del balón medicinal sirve para medir la fuerza explosiva general, con predominio de la musculatura de brazos y tronco.

Para medir la resistencia muscular se estudia la musculatura abdominal, importante por descargar el dorso en los levantamientos y estabiliza la columna vertebral. Con el sujeto tendido supino, con piernas flexionadas a la anchura de los hombros y las manos entrelazadas detrás de la cabeza, se comienza el ejercicio flexionando el tronco tocando con ambos codos sobre las rodillas, se repite este movimiento tan rápido como sea posible durante un minuto.

Otra forma de medir la fuerza-resistencia de manera indirecta consiste en flexiones de brazos suspendido de una barra horizontal, colgado de una barra sin que los pies toquen el suelo, elevar el cuerpo flexionando los brazos hasta que el mentón suba por encima de la barra. Repetir esta acción tantas veces como se pueda, hasta el agotamiento. Otra prueba consiste en realizar la mayor cantidad de "push up", el sujeto con el cuerpo en decúbito ventral realiza flexiones en los codos hacia el suelo.

2.2.4. Pruebas de velocidad

Para valorar la velocidad se utilizan carreras de velocidad de 20 metros, 50 metros, etc. Otras modalidades son carreras de ida y vuelta 10x5, carreras de ida y vuelta de 5 metros de distancia a máxima velocidad, efectuando cinco ciclos. El *tapping test* o golpeo de placas mide la velocidad de la extremidad superior,

el sujeto se coloca delante de la mesa con dos placas en su superficie, tras la señal de inicio debe tocar alternativamente los dos círculos 25 veces con la mano dominante tan rápido como pueda.

2.2.5. Pruebas de equilibrio

La prueba más popular es el test del equilibrio flamenco, que consiste en mantener el equilibrio en apoyo de un pie sobre una barra de tamaño previamente determinado, con la pierna libre debe flexionar la rodilla y coger con la mano del mismo lado el dorso del pie. Se contabiliza el número de ensayos que necesita el sujeto para lograr mantener el equilibrio durante un minuto.

2.3. Pruebas específicas con supervisión médica para la valoración funcional

2.3.1. Pruebas de esfuerzo

La prueba de esfuerzo consiste en la valoración de la respuesta del organismo durante la realización de un esfuerzo controlado, permitiendo el análisis integrado de la respuesta al ejercicio, evaluar la reserva funcional de los sistemas implicados en la misma y el grado de limitación de la tolerancia al ejercicio. En la prueba el sujeto se somete a un ejercicio físico creciente. Existen diversos protocolos publicados para la realización de la prueba, el más empleado es el protocolo de Bruce en tapiz rodante. La dureza del protocolo debe individualizarse según la resistencia del sujeto. La prueba se realiza con control electrocardiográfico y de presión arterial, para ello es preciso que un médico entrenado supervise la realización de la prueba. La prueba de esfuerzo es un proceso considerado habitualmente seguro, las posibles complicaciones son poco frecuentes; con el fin de evitar la aparición de estas, es fundamental tener presente las contraindicaciones para su realización, así como los criterios de detención de la prueba. Ante la posibilidad de presentarse complicaciones eléctricas graves, es imprescindible disponer de desfibrilador y material para una reanimación cardiopulmonar avanzada.

La finalización de la prueba de esfuerzo depende de varios factores: la más común es cuando se alcanza el límite de tolerancia al ejercicio; esto sucede cuando la capacidad de transporte y utilización de oxígeno no cubre el incremento de demanda energética producida, llegando al límite de la tolerancia al ejercicio.

El sujeto puede finalizar la prueba por presentar síntomas no tolerables como fatiga muscular e incluso dolor muscular y/o disnea. Además habría que detener la prueba ante la presencia de determinados síntomas o la aparición de datos electrocardiográficos que aconsejen suspenderla. También finalizará la prueba cuando se alcance el objetivo establecido de frecuencia cardiaca (máxima o submáxima).

La prueba de esfuerzo será máxima cuando el sujeto alcance el límite de tolerancia al esfuerzo o la frecuencia cardiaca máxima. Se considerará submáxima cuando se detiene al alcanzar el 85% de la frecuencia cardiaca máxima, esta última es de gran utilidad para determinar la condición física en sujetos aparentemente sanos. Durante la realización de un ejercicio submáximo, la capacidad de transporte de oxígeno cubre la demanda de oxígeno requerido por el metabolismo celular, los síntomas de disnea y fatiga muscular son tolerables y el ejercicio puede mantenerse durante un periodo relativamente prolongado, nos encontramos por debajo del umbral láctico. Una prueba de esfuerzo submáxima sirve para valorar la evolución de la condición física del sujeto, en este sentido destaca la determinación del umbral anaeróbico.

El consumo de oxígeno se expresa en MET (equivalentes metabólicos) que corresponden a 3,5 ml/kg/min de VO₂ y que permiten la comparación entre los diferentes protocolos de prueba de esfuerzo existentes. La mayoría de los protocolos disponen de fórmulas para estimar el consumo máximo de oxígeno.

La prueba de esfuerzo realizada con tapiz rodante proporciona un ejercicio más fisiológico y es mejor tolerado. El protocolo de Bruce es el más empleado, se compone de estadios de 3 minutos de duración en los que se va incrementando tanto la velocidad de la cinta como la inclinación de la misma. En la prueba de esfuerzo con cicloergómetro, el paciente pedalea en una bicicleta estática contra una resistencia controlada y creciente cada 2 o 3 minutos, medida en vatios. Requiere menos espacio y es más económica que el tapiz rodante, pero tiene peor adaptación al esfuerzo y se subestima la capacidad funcional máxima. En otros deportes, para la valoración específica del deportista, se han diseñado ergómetros específicos que emulan el gesto deportivo: ergómetro de piragua, remoergómetro o piscinas ergométricas.

Es recomendable la realización de la prueba de esfuerzo en sujetos mayores de 35 años asintomáticos que desean comenzar a realizar ejercicio físico intenso, especialmente si eran sedentarios. En el caso de un deportista, es una herramienta fundamental para la valoración de su salud y apoyo a su entrenamiento.

2.3.2. Ergoespirometría

Esta prueba se realiza con un analizador de gases espirados, consta de un neumotacómetro que mide las características de los volúmenes y flujos del ciclo ventilatorio y un segundo dispositivo que analiza el aire espirado en cada respiración y lo compara con el aire ambiente, lo que nos proporciona el valor de oxígeno consumido y de dióxido de carbono producido por nuestro organismo. Estos parámetros nos aportan información acerca del comportamiento de los aparatos cardiovascular y respiratorio y del metabolismo energético durante el ejercicio físico, de gran utilidad y aplicación en diferentes áreas de la medicina (cardiología, neumología, medicina deportiva y medicina del trabajo).

Del análisis de estos valores obtenemos el umbral anaeróbico, este es el punto en el que nuestro organismo obtiene la energía de una forma metabólicamente diferente, según la intensidad del ejercicio, provocando la acumulación de ácido láctico y, por tanto, la aparición de fatiga en los ejercicios intensos. Si la prueba se lleva al máximo, nos permite medir de forma directa el consumo máximo de oxígeno ($\text{VO}_2 \text{máx.}$), que nos aporta información objetiva del nivel de condición física del sujeto, señala la capacidad de una persona para sintetizar ATP de forma aeróbica.

2.3.3. Láctico en sangre

Se puede realizar en laboratorio o como prueba de campo, realizando una disciplina deportiva específica. Se determinan secuencialmente los valores de ácido láctico en sangre durante un ejercicio progresivo. Para la muestra es suficiente la obtención de una gota de sangre, habitualmente del pulpejo del dedo de la mano o del lóbulo de la oreja. Conforme aumenta la intensidad del ejercicio, la obtención energética pasa de un metabolismo aeróbico a un metabolismo anaeróbico, momento en el cual el acumulo de ácido láctico es de forma exponencial. Este aumento de ácido láctico provoca la aparición de fatiga muscular. A este punto se le denomina umbral anaeróbico láctico, importante para la determinación de la condición física. Además de una causa genética, existe una diferencia entre personas entrenadas y no entrenadas en el punto de aumento brusco del lactato sanguíneo. Un deportista de resistencia de alto nivel puede ejercitarse a intensidades del 85-90% de su capacidad aeróbica máxima.

2.3.4. Valoración isocinética

Los avances tecnológicos en los últimos años han diseñado la dinamometría isocinética, utiliza la tecnología informática y robótica para obtener y procesar en datos la capacidad muscular, es el método más objetivo de medir la fuerza muscular. La técnica consiste en estudiar la fuerza muscular ejercida dinámicamente en un rango de movimiento determinado y a una velocidad constante y programable. Nos sirve para valorar los programas de entrenamiento de deportistas y rehabilitación e incluso como máquina de musculación para ejercicios de potenciación. Permite cuantificar la capacidad de un grupo de músculos para generar una fuerza.

3. Bibliografía

Alvero, J. R. *et al.* "Protocolo de valoración de la composición corporal para el reconocimiento médico-deportivo. Documento de consenso del grupo español de cineantropometría de la Federación Española de Medicina del Deporte". *Archivos de Medicina del Deporte*, 26(131): 166-179.

Arós F. *et al.* "Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en pruebas de esfuerzo". *Rev Esp Cardiol*. 2000, 53: 1.063-1.094.

Ayala, F. *et al.* "Fiabilidad y validez de las pruebas sit-and-reach: revisión sistemática". *Rev Andal Med Deporte*. 2012, 5(2): 57-66.

Aznar, S., Webster, T. *Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación*. Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia, 2006.

Caspersen, C. "Physical Activity, Exercise, and Physical fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research". *Public Health Rep*. marzo-abril 1985; 100(2): 126-131.

Castillo, M. J. "La condición física es un componente importante de la salud para los adultos de hoy y del mañana". *Selección*. 2007, 16(1): 2-8.

Dunn A. L. *et al.* "Lifestyle physical activity interventions. History, short and long-term effects, and recommendations". *Am J Prev Med*. 1998, 15(4): 398-412.

Ferreira, I. J. "Las pruebas de esfuerzo". *Clin Invest Arterioscl*. 2002, 14(1): 41-50.

Huesa, F. *et al.* "Dinamometría isocinética". *Rehabilitación (Madr)*. 2005, 39(6): 288-296.

- Jiménez, A. "La valoración de la aptitud física y su relación con la salud". *Journal of Human Sport and Exercise*. Vol. II, nº II (julio de 2007): 53-71.
- Latorre, P. A., Herrador, J. A. "Valoración de la condición física para la salud". *Apunts. Educación Física y Deportes*. 2003, 73: 32-41.
- Mateo J. "¿Medir la forma física para evaluar la salud?". *Apunts, Educación Física y Deportes*. 1993 (31): 70-75.
- McArdle, W. D., Katch, F. I., Katch, V. L. *Fundamentos de fisiología del ejercicio*. 2ª ed. Ed McGraw-Hill, 2004.
- Roca J. et al. "Pruebas de ejercicio cardiopulmonar. Normativa SEPAR". *Arch Bronconeumol*. 2001, 37: 247-268.
- Rodríguez, F. "Prescripción de ejercicio para la salud (I). Resistencia cardiorrespiratoria". *Apunts, Educación Física y Deportes*. 1995 (39): 87-102.
- Rodríguez, F. "Valoración de la condición física saludable en adultos (I): antecedentes y protocolos de la batería AFISAL-INEFC". *Apunts, Educación Física y Deportes* (52): 54-75.
- Shephard R. J., Astrand, O. *La resistencia en el deporte*. Ed. Paidotribo, 1996.

2.5. EJERCICIO FÍSICO

Jose Carlos Ramos Ciuró

Médico del Trabajo y Medicina de la
Educación Física y Deporte. PREMAP Seguridad y Salud

Resumen

El ejercicio físico es una de las mejores maneras de fomentar la salud y el bienestar de las personas. Los efectos beneficiosos producidos alcanzan a todo el organismo. Existen distintos tipos de ejercicio, la clasificación más frecuente es en función de la vía metabólica empleada: aeróbico o anaeróbico. La dosis de ejercicio físico a realizar va a depender de la combinación de unos factores que caracterizan la actividad física, entre ellos la intensidad, con distintas formas de valorar su nivel, mediante la frecuencia cardiaca, el consumo de oxígeno o por métodos subjetivos. Existen multitud de métodos de medir la actividad física realizada o el gasto energético producido, los avances tecnológicos de los últimos años van a facilitar dicha tarea y favorecer su amplia difusión.

1. Introducción

La salud se define como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. La salud no se mantiene constante durante el transcurso del tiempo, pudiendo variar desde un alto nivel de bienestar a un bajo nivel de salud. La práctica de un ejercicio físico de manera regular, estructurada y adaptada a las condiciones personales del sujeto conlleva claros beneficios físicos, psíquicos y sociales, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del sujeto.

El cuerpo humano tiene la necesidad de moverse pero la sociedad actual no lo favorece, factores como el incremento del uso del transporte motorizado, el ocio sedentario, la facilidad para disponer de alimentos o la mejora en las empresas

disminuyen la actividad física a realizar por los sujetos en su día a día, fomentando de esa forma el sedentarismo.

La relación entre la actividad física y la salud se encuentra en los anales de la civilización occidental, ya en la Grecia clásica encontramos vínculos entre la práctica física y un buen estado de salud. En la actualidad, encontramos evidencias científicas donde la inactividad es causa de enfermedad y existe una relación dosis/respuesta entre la actividad física y la mortalidad global. Aquellas personas que mantienen a lo largo de su vida un nivel aceptable de ejercicio físico tienen una menor probabilidad de padecer enfermedades crónicas o una muerte prematura.

El sedentarismo se considera un factor de riesgo para un gran número de patologías. Afecta a dos tercios de la población española, con un aumento progresivo de la prevalencia, esto ha generado una estrategia de las instituciones europeas para la promoción de la salud que incluye la realización de ejercicio físico. Una persona sedentaria es aquella que realiza menos de tres veces a la semana alguna actividad física de predominio aeróbico leve o moderado; no obstante, es necesario valorar la actividad laboral, así como el conjunto de actividades cotidianas que realiza esa persona.

Se considera una persona activa aquella que es capaz de realizar programas de actividad física aeróbica de 30 minutos de forma continuada y con una frecuencia de cuatro a cinco veces por semana; la intensidad de la actividad dependerá del estado de salud y la condición física del sujeto. La actividad física engloba a los movimientos de la vida diaria que incrementen el gasto energético por encima de los niveles de reposo, incluyendo la actividad laboral, las recreativas y el ejercicio físico, ya sea dirigida a la competición, el ocio, la salud, etc.

El ejercicio físico es un término más específico, que implica un tipo de actividad física planificada, estructurada y controlada, con el objetivo de mejorar o mantener uno o más componentes de la condición física. La forma física o condición física (*physical fitness*) se puede definir como la capacidad de llevar a cabo las tareas diarias con vigor y vivacidad sin excesiva fatiga y con suficiente energía para disfrutar del tiempo libre u ocio y para afrontar emergencias inesperadas. El nivel de condición física es proporcional al nivel de salud que posee una persona. El deporte son aquellas actividades físicas estructuradas, con reglas y con un componente competitivo que implica un entrenamiento físico.

La realización de forma habitual de ejercicio físico, una correcta alimentación, hábitos higiénicos y sociales, entre otros, son los factores que van a determinar

que el sujeto adquiera o no un estilo de vida saludable. En la literatura médica encontramos estudios que establecen la relación significativa de la práctica de ejercicio físico con otras conductas saludables, es decir, contribuye a una correcta alimentación, o a una menor frecuencia de hábitos nocivos como el tabaco o el exceso de alcohol.

La persona tiene, por tanto, dos grandes opciones de vida: llevar una vida activa o una vida sedentaria. La actividad física puede ser "informal", dentro de sus actividades cotidianas, como subir y bajar escaleras en vez del ascensor, acudir a su trabajo andando o bicicleta en vez de vehículo, o como actividad "formal", con la realización de ejercicio físico planificado. Las actividades realizadas pueden acumularse en diferentes momentos durante el día o en periodos más cortos pero más intensos de actividad.

La mayoría de los estudios indican que las intervenciones sobre la actividad física del estilo de vida pueden aplicarse a cualquier sujeto, teniendo en cuenta que la efectividad en personas mayores es menor, pero aun así consigue una respuesta favorable.

2. Factores que caracterizan la actividad física

Al practicar una actividad física, nuestro organismo se somete a una serie de estímulos que generarán a su vez unas adaptaciones fisiológicas. Si se realiza un entrenamiento en función de las características de cada persona, conseguiremos que estas adaptaciones repercutan positivamente sobre la salud.

Para la prescripción médica o el inicio de la actividad física por parte de una persona, previamente hay que tener en cuenta los siguientes parámetros: edad, sexo, estado de salud de la persona y la condición o forma física previa al inicio de un programa de ejercicios.

A la hora de diseñar y programar el ejercicio de forma individualizada es necesario y recomendable la supervisión médica, que tenga en cuenta los parámetros anteriores. Esta valoración debe recoger una historia clínica con antecedentes patológicos personales y familiares con especial énfasis en antecedentes cardiovasculares, hábitos higiénicos, exploración física y electrocardiograma de reposo, pudiendo contener además una analítica sanguínea y una espirometría basal.

La dosis a prescribir de ejercicio físico que una persona debe realizar va a depender de la combinación de una serie de factores: la frecuencia o nivel de

repetición, que refleja la cantidad de veces que la persona realiza las actividades físicas, normalmente expresadas en número de veces por semana, se aconseja un mínimo de tres veces por semana, mientras que en algunas indicaciones la frecuencia deberá ser diaria como en la rehabilitación cardiaca, la diabetes o en la pérdida de peso. La duración es el tiempo de la sesión de actividad física, esta sesión de ejercicio se divide en tres fases: ejercicios de calentamiento, la parte principal del entrenamiento y la vuelta a la calma. El tipo específico de ejercicio consiste en la actividad física a realizar. Y por último, la intensidad, definida como el nivel de esfuerzo que conlleva la actividad física o ejercicio a realizar. La intensidad se puede considerar como el componente más importante de la actividad física.

Para conseguir una mejora de la forma física, es necesario ir elevando la intensidad del ejercicio a la que el organismo esté acostumbrado. Este incremento debe ser progresivo y gradual, con un aumento de la frecuencia, la intensidad, el tiempo o la combinación de los tres factores.

En función de la combinación de estos factores se va a producir diferentes consecuencias en la salud. Existe una relación curvilínea entre la actividad física y el estado de salud, de forma que incrementos realizados en la actividad física y la condición física provocan mejoras adicionales en el estado de salud.

El volumen total del ejercicio físico engloba la cantidad total de actividad realizada. Se puede expresar en consumo de calorías gastadas. El efecto cardiosaludable es evidente con gastos energéticos mayores a 1.000 kcal/sem. La cuestión se plantea si tiene el mismo efecto sobre la salud gastar esas calorías con una actividad ligera o con una actividad intensa. Desde el punto de vista cardiovascular, se acepta que las actividades físicas moderadas e intensas producen un efecto beneficioso.

2.1. Tipos de ejercicio

La actividad física puede ser clasificada en función de diferentes criterios si nos fijamos en el tipo de contracción muscular: si la fibra muscular además de contraerse modifica su longitud, tendremos la contracción isotónica, que se divide a su vez en concéntrica y excéntrica; será concéntrica cuando la contracción del músculo provoca un acortamiento de su origen e inserción; la contracción será excéntrica cuando la tensión desarrollada en el músculo es menor que la resistencia externa y por tanto el músculo se alarga. Si el músculo permanece

estático, no hay movimiento como resultado de la contracción, tendremos la contracción isométrica, la resistencia supera la fuerza ejercida.

La contracción muscular requiere energía, y el ATP es la fuente inmediata de energía para dicha contracción. El músculo esquelético utiliza tres fuentes de energía: aeróbica, anaeróbica láctica y anaeróbica aláctica, obteniendo la energía a partir de la utilización de sustratos energéticos (hidratos de carbono, lípidos y proteínas). Los diferentes sistemas energéticos no participan de forma independiente, en función del tipo de ejercicio y de la intensidad va a predominar uno sobre otro.

El ejercicio aeróbico es la vía con mayor capacidad energética. Tiene como base una intensidad del ejercicio de leve a moderada. El organismo, a través de las vías metabólicas aeróbicas, con la participación de oxígeno, puede utilizar los tres macronutrientes (lípidos, hidratos de carbono y proteínas) para la obtención de energía; el predominio de uno u otro es en función de la intensidad del ejercicio y del estado de sus reservas. En el ejercicio de baja intensidad predomina el aporte de los lípidos como sustrato energético; a medida que la intensidad aumenta, se incrementa el aporte de los hidratos de carbono. Las proteínas se utilizarán lo menos posible como recurso energético. Las actividades aeróbicas pueden mantenerse durante largos periodos de tiempo sin la aparición de fatiga, debido a que los productos finales no producen fatiga, hay escasa producción de ácido láctico. Las fibras musculares tipo 1 de contracción lenta son las principalmente implicadas en este tipo de ejercicio. El ejercicio aeróbico está indicado su prescripción en la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades degenerativas crónicas y de sus factores de riesgo.

El ejercicio anaeróbico aparece cuando el organismo necesita una gran cantidad de energía de forma rápida para ejecutar una actividad de alta intensidad, utiliza las vías metabólicas anaeróbicas, sin la participación de oxígeno, empleando como única fuente de energía los hidratos de carbono. No puede mantenerse durante mucho tiempo debido a un rápido consumo de las reservas de glucógeno, además esta vía produce una gran cantidad de ácido láctico que origina la aparición de fatiga. Las fibras musculares tipo 2 de despolarización rápida son las implicadas. Existe una vía metabólica anaeróbica aláctica que utiliza el creatín fosfato como fuente de energía, predominando en actividades físicas muy intensas y de duración muy corta (entre 8 y 15 segundos).

2.2. Valoración de la intensidad de actividad física

De todos los factores referidos anteriormente, la intensidad es probablemente el más difícil de medir. Los métodos más empleados son la frecuencia cardiaca y el consumo de oxígeno (VO₂), la primera mediante un pulsómetro se puede controlar de manera continua, mientras que el VO₂ necesita métodos más complejos.

2.2.1. Frecuencia cardiaca

La frecuencia cardiaca se puede medir fácilmente. Hay factores que la pueden modificar, como la comida, el estrés, la temperatura, etc. Encontramos diferencias entre deportistas y los no deportistas, el entrenamiento consigue una frecuencia cardiaca menor y a medida que mejora su entrenamiento, para realizar una misma carga de trabajo, necesita una frecuencia cardiaca menor. La mejor forma de medir la frecuencia cardiaca de reposo es en el momento del despertar por la mañana. En un adulto sano y activo la frecuencia cardiaca de reposo suele oscilar entre los 60-80 latidos por minuto, mientras que los practicantes de deportes de resistencia con el entrenamiento logran disminuir los valores de frecuencia cardiaca a 32-48 latidos por minuto; en otras disciplinas deportivas o en aquellos sujetos que practican ejercicio aeróbico regularmente, los valores suelen oscilar entre los 40-60 latidos por minuto.

Cuando una persona comienza a realizar ejercicio físico, la frecuencia cardiaca va a aumentar conforme aumenta la intensidad del mismo. Se observa una correlación directa entre la frecuencia cardiaca y el consumo de oxígeno, que solo se pierde al alcanzar niveles de consumo máximo de oxígeno.

Para poder valorar la intensidad del ejercicio necesitamos conocer la frecuencia cardiaca máxima. Esta la podemos obtener directamente mediante una prueba de esfuerzo si conseguimos alcanzar el nivel máximo, o mediante distintas fórmulas, una de ellas muy fácil de obtener es la propuesta por la OMS: donde la FC máxima estimada = $220 - \text{edad}$, con un margen de error, las personas entrenadas tendrán una frecuencia cardiaca máxima más elevada para su grupo de edad.

En función del nivel alcanzado de la frecuencia cardiaca al realizar el ejercicio con respecto a la frecuencia cardiaca máxima, estimamos un nivel de intensidad, de forma que una intensidad leve estaría por debajo del 75% de la frecuencia cardiaca máxima. Un ejercicio físico con unos valores de FC entre el 50-60% de la FCmáx corresponde a un ejercicio aeróbico ligero. El sustrato energético

predominante son los lípidos. Estas intensidades en deportistas entrenados no produce adaptaciones. Si la frecuencia cardíaca oscila entre el 60-75% de la FCmáx, el sustrato energético utilizado son las grasas e hidratos de carbono. Una intensidad moderada comprende valores de frecuencia cardíaca entre el 75 y 85% de la frecuencia cardíaca máxima; corresponde a un ejercicio aeróbico con una intensidad alta; la obtención de energía es a expensas de hidratos de carbono; está recomendada para deportistas con buena condición física, ya que se consiguen adaptaciones importantes para la mejora de la forma física. Cuando los valores de la frecuencia cardíaca se encuentran entre el 85 y 90% de la frecuencia cardíaca máxima, la vía metabólica empleada será anaeróbica. El entrenamiento a este nivel de intensidad mejora la capacidad para metabolizar el ácido láctico, aumentando de esta forma el tiempo que podemos aguantar el ejercicio a estos niveles de intensidad. Una intensidad con la frecuencia cardíaca entre el 90-100% de la FCmáx exige un consumo de oxígeno por encima de nuestras posibilidades generando la denominada deuda de oxígeno.

Otro método para calcular la intensidad del ejercicio en función de la frecuencia cardíaca y que nos sirve para planificar el entrenamiento es la fórmula de Karvonen, donde necesitamos conocer la frecuencia cardíaca de reposo, la frecuencia cardíaca máxima y la frecuencia cardíaca de reserva, que es la diferencia entre FCmáx y la FC de reposo.

$$\text{FC de entrenamiento} = (\text{FC reserva} \times \% \text{ intensidad}) + \text{FC reposo}$$

La frecuencia cardíaca también nos sirve para medir la recuperación tras el ejercicio. Una persona entrenada recupera su frecuencia cardíaca de reposo más rápido que una persona sedentaria tras realizar un ejercicio a intensidades similares.

2.2.2. Consumo de oxígeno (VO₂)

Para realizar un ejercicio físico se produce una necesidad energética. El organismo a través del sistema de transporte de oxígeno será el encargado de satisfacer esa demanda, aportando el oxígeno necesario. El consumo de oxígeno (VO₂) es la cantidad de oxígeno que una persona consume durante la realización de un ejercicio físico dinámico que involucre a gran parte de la masa muscular total. Se expresa en valor absoluto como litros por minuto, o en forma relativa considerando el peso corporal en unidades metabólicas o MET (equivalente metabólico de oxígeno). Un MET es la cantidad de energía (oxígeno) que el cuerpo gasta cuando está en reposo; equivale al consumo de oxígeno relativo a la masa corporal total,

al que se le atribuye el valor de 3,5 ml de oxígeno por kg de masa corporal por minuto.

La intensidad del ejercicio se puede medir como un múltiplo de este valor, a medida que sube la intensidad de la actividad física, más elevado es el nivel MET al que se está trabajando. Existen tablas tipificadas que definen multitud de actividades físicas y sus niveles MET correspondientes. Las actividades menores de 3,5 MET se consideran de baja intensidad, de 4 a 8 MET de intensidad moderada, las que requieren de 8 a 12 MET de intensidad media y las superiores a 12 MET de intensidad elevada.

A partir de la frecuencia cardiaca se puede predecir el consumo de oxígeno, al tener una correlación directa. Hay factores que influyen sobre el consumo de oxígeno: la edad (disminuye a mayor edad), el sexo (menor en mujeres), el entrenamiento físico (lo aumenta), la herencia genética y el estado clínico cardiovascular.

El consumo máximo de oxígeno es la cantidad máxima de oxígeno que el organismo puede absorber de la atmósfera, transportar a los tejidos y consumir por unidad de tiempo. Se puede obtener de forma directa mediante analizadores de gases o de forma indirecta mediante una prueba de esfuerzo o test de campo. En una prueba de esfuerzo se va incrementando la carga de trabajo con el tiempo, aumentando la VO₂ en proporción directa, hasta que llega un momento en el que la carga sigue subiendo pero la VO₂ deja de aumentar, presentando una meseta en una gráfica que representa los valores de VO₂, alcanzando de esta forma el nivel máximo de consumo, que representa el límite de la potencia aeróbica. La intensidad de un ejercicio se puede expresar como porcentajes del consumo máximo de oxígeno.

La relación entre la producción de CO₂ exhalado y el consumo de O₂ tisular es el cociente respiratorio, y viene a reflejar el tipo de sustrato metabólico empleado para suministrar energía al cuerpo. Un valor de 0,7 indica que la grasa es la fuente de combustible predominante y un valor de 1 o superior indica a los hidratos de carbono como fuente energética.

2.2.3. Métodos subjetivos. Cuestionarios

La escala de esfuerzo percibido o escala de Borg se ha mostrado útil para cuantificar la intensidad de la actividad física de forma subjetiva (desde ningún esfuerzo a esfuerzo máximo). Los valores de la escala se incrementan linealmente al aumentar

la intensidad del ejercicio. Un esfuerzo percibido como intenso (entre 12 y 13 de la escala) se corresponde con un 65-75% de la FCmáx, un ejercicio percibido como muy intenso (entre 14 y 17 de la escala) equivale a un 85% de la FCmáx.

3. Efectos beneficiosos de la actividad física

Para fomentar la salud y el bienestar de una persona posiblemente no haya mejor manera de hacerlo que estimular la práctica de ejercicio físico de forma regular y planificada. Se ha constatado los efectos del ejercicio como un agente con propiedades hipolipemiantes, antihipertensiva, inotrópica positiva, cronotrópica negativa, vasodilatadora, diurética, anorexígena, reductora de peso, hipoglucemiante, tranquilizante, hipnótica y antidepresiva. El ejercicio, además, disminuye el consumo de tabaco y alcohol. Disminuye por tanto la frecuencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades tumorales, etc.

3.1. A nivel del sistema cardiovascular

Los efectos que produce el ejercicio físico sobre el sistema cardiovascular son los más estudiados y difundidos, pero no los únicos. El ejercicio físico induce una serie de adaptaciones fisiológicas que varían según la influencia de factores propios de la persona como externos. Las personas de todas las edades van a experimentarlas. La adaptación puede ser periférica, con una ampliación de la capacidad del lecho vascular para acoger la mayor cantidad de sangre circulante, o una adaptación central, encaminada a incrementar la capacidad de transportar el oxígeno a la musculatura en activo y aumento del gasto cardíaco.

La interrupción temporal o definitiva del entrenamiento da lugar a una regresión rápida de las adaptaciones, disminuyendo si al cabo de dos semanas la actividad se reduce y desaparecen transcurridos de dos a ocho meses si la actividad no se reanuda.

Como consecuencia de estas adaptaciones, se evidencia una disminución de las patologías coronarias, explicado por diversos mecanismos como los efectos antitrombóticos, el aumento de la vascularización del tejido miocárdico y una mejor estabilidad de los impulsos eléctricos del corazón. Tiene una repercusión sobre la tensión arterial, donde previene o retrasa el desarrollo de la hipertensión y mejora la situación de las personas que ya la padecen. Después de un ejercicio aeróbico, disminuye la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica en pacientes hipertensos de categoría leve o moderada. Por el contrario, en los ejercicios isométricos a partir

del 60% de la fuerza muscular máxima voluntaria se incrementa la FC, así como la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica. Este tipo de ejercicios puede desencadenar una respuesta hipertensiva en pacientes que la padecen, por tanto, en pacientes hipertensos la realización de ejercicios isométricos intensos, sobre todo de miembros superiores, están contraindicados.

3.2. A nivel respiratorio

La práctica de ejercicio físico produce un aumento de la capacidad vital unido a un incremento de la fuerza y resistencia de los músculos respiratorios, así como una mejora de la difusión del oxígeno de los alvéolos a los capilares por el aumento de la superficie de contacto y su permeabilidad, lo que provoca un mejor trabajo respiratorio con menor gasto energético.

3.3. A nivel neuroendocrino y metabólico

El ejercicio físico se considera una situación de estrés. La actividad física provoca un aumento de las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina); esta reacción se ha descrito en el pasado para actividades como pelear o huir. Provoca efectos beneficiosos como mayor frecuencia cardíaca y volumen sistólico, así como un incremento de la lipólisis y la glucogenólisis hepática y muscular. El cortisol, conocida como la "hormona del estrés", también se modifica con el ejercicio. Una de sus funciones es regular la concentración de glucosa en sangre; sin embargo, los niveles elevados de cortisol de forma crónica tienen efectos perjudiciales, se utiliza esta hormona para detectar el sobreentrenamiento del deportista.

El ejercicio es capaz de prevenir la aparición de la diabetes tipo 2 o de mejorar el curso de la enfermedad, aumenta la sensibilidad de los receptores a la insulina, siendo por tanto necesario niveles de insulina menores para producir el mismo efecto. El ejercicio mejora el perfil de los lípidos, con una disminución del colesterol total, LDL-c y triglicéridos, y un aumento del HDL-c. Rebaja el porcentaje de grasa corporal facilitando su movilización y utilización energética.

3.4. A nivel musculoesquelético

La actividad física con carga de peso es fundamental para el desarrollo y mantenimiento de un esqueleto sano. El ejercicio produce un incremento de la masa

muscular y disminuye la grasa intramuscular, lo que incide en la composición corporal del sujeto, provocando un aumento del peso magro y una disminución del peso graso corporal. Se mejora la transmisión del impulso nervioso a la unidad motora, y a nivel de las fibras musculares, estas mejoran su función de generar movimiento.

La pérdida de masa muscular asociada con el envejecimiento, denominada sarcopenia, trae consigo una disminución en la producción de fuerza máxima, lo que dificulta la realización de tareas, disminuyendo la independencia de estas personas. Para evitar la pérdida de la masa muscular se incide actualmente en el entrenamiento de la fuerza.

A nivel óseo se produce un aumento de la mineralización y densidad ósea con mayor depósito de calcio. La actividad física es esencial para mantener la masa ósea adecuada en la edad adulta, disminuyendo el riesgo de fracturas. A nivel articular se mantiene en mejor estado el cartílago y se fortalecen los tendones con un aumento del depósito de colágeno.

3.5. Relación entre actividad física y enfermedades tumorales

La realización de actividad física previene el desarrollo de tumores. Se ha evidenciado un menor riesgo de cáncer de mama y cáncer de colon. La actividad física mejora la función inmune y la capacidad de reparación del ADN, mejora el tránsito intestinal, modula los niveles de hormonas (estrógenos y progesterona relacionados con el cáncer de mama), y regula la síntesis de prostaglandinas entre otros mecanismos.

3.6. A nivel psicológico

La actividad física a nivel psicológico se relaciona con el bienestar y la mejora de la calidad de vida, disminuyendo los niveles de estrés y mejorando los estados de ánimo, descendiendo de esta forma los niveles de ansiedad y depresión. Se relaciona la práctica de ejercicio físico con la mejora de la autoestima.

4. Métodos de medida de la actividad física o gasto energético

Todos los métodos de evaluación de la actividad física presentan sus limitaciones, el método a emplear dependerá de la información que queramos obtener. Según la clasificación realizada por Lamonte y Ainsworth en 2001, existen métodos directos e indirectos.

4.1. Métodos directos

El método del agua doblemente marcada es el considerado como patrón para medir el gasto energético diario. La técnica consiste en administrar una solución de agua enriquecida con deuterio y oxígeno 18 y determinar al cabo de un tiempo la eliminación diferencial de los isótopos en muestras de agua corporal (saliva, orina, plasma). Requiere el empleo de equipos relativamente sofisticados. Este método es seguro y preciso, pero la necesidad de que los individuos investigados ingieran isótopos radioactivos puede dar lugar a un rechazo por parte de los mismos.

Un instrumento sencillo y asequible serían los podómetros. Son pequeños dispositivos que registran el número de pasos dados. Puede hacer una estimación de la distancia recorrida introduciendo la longitud del paso. Se considera a una persona sedentaria cuando da menos de 5.000 pasos al día y activa si da más de 10.000 pasos al día. El podómetro permite que las personas sedentarias tomen conciencia de su nivel de actividad física, siendo un método motivador que permite incrementar el número de pasos realizados cada día.

Los acelerómetros son instrumentos electrónicos más sofisticados; miden el ritmo y magnitud con el que el centro de gravedad corporal se desplaza durante el movimiento, y pueden estimar el gasto energético total en función de la edad, el sexo, la talla y el peso del individuo. Los acelerómetros triaxiales utilizan tres planos.

4.2. Métodos indirectos

La calorimetría indirecta estima el gasto energético midiendo el intercambio gaseoso y las tasas de oxidación de sustratos. Puede ser utilizada para medir el metabolismo basal y el cociente respiratorio. El desarrollo de equipos portátiles ha permitido estudiar el consumo de oxígeno en pruebas de campo.

En función de la monitorización de la frecuencia cardiaca es posible estimar el gasto energético a partir de determinaciones continuadas de la frecuencia cardiaca. Otra forma de valorar la actividad física es mediante cuestionarios, que evalúan dicha actividad realizada durante un periodo de tiempo. Este método es apropiado para estudios poblacionales, con tamaño de muestras grandes. Tiene un valor limitado por la presencia de sesgos debido a la subjetividad del mismo. Uno de los cuestionarios más empleados es el International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), validado en varios idiomas, y posteriormente el Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ), que incluye toma de datos sobre la intensidad, frecuencia y duración de las actividades físicas que el sujeto realiza en una semana. Existen tablas muy completas de valoración en MET de cada actividad que permiten determinar el gasto energético procesando los datos de los cuestionarios.

4.3. Aplicaciones tecnológicas

El rápido avance en los últimos años de la tecnología y el desarrollo de aplicaciones móviles y dispositivos externos nos permiten monitorizar la actividad física realizada. Estos dispositivos pueden asociar distintos métodos, equilibrando defectos y aprovechando sus capacidades. Están equipados con acelerómetros, monitorizan la frecuencia cardiaca, usan GPS que les permite medir distancias, velocidad, o desniveles y pueden llevar instalados un podómetro. La combinación con sistemas informáticos les permite la estimación del gasto calórico efectuado.

5. Bibliografía

Abellán, J., Sainz, P., Ortín, E. "Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular". José Alemán, Pilar Sainz de Baranda Andújar y Enrique J. Ortín. *Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial*, 2010.

Ainsworth, B.E., Haskell, W. L., Whitt, M. C. *et al.* "Compendium of Physical Activities: an update of activity codes and MET intensities". *Med Sci Sports Exerc.* 2000, 32 (suppl): S498-S516.

American College of Sport Medicine Position Stand (ACSM). "The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults". *Med Sci Sports Exerc.* 1998, 30(6): 975-991.

Arós F. *et al.* "Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en pruebas de esfuerzo". *Rev Esp Cardiol* 2000, 53: 1063-1094.

Aznar, S., Webster, T. *Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación.* Madrid. Ministerio de Educación y Ciencia, 2006.

Boraita A. "Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular". *Rev Esp Cardiol.* 2008, 61: 514-528.

Caspersen, C. J., Powell, K. E., Chirstenson, G. M. "Physical-Activity, Exercise, and Physical-fitness-definitions and distinctions for health-related research". *Public Health Reports.* 1985, 100(2): 126-131.

Castillo, I., Balaguer, I., García-Merita, M. "Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género". *Rev de Psicología del Deporte.* 2007, 16(2), 201-210.

Castillo, M. "La condición física es un componente importante de la salud para los adultos de hoy y del mañana". *Selección.* 2007, 17(1), 2-8.

Elosua, R. "Actividad física. Un eficiente y olvidado elemento de la prevención cardiovascular, desde la infancia hasta la vejez". *Rev Esp Cardiol.* 2005, 58(8): 887-890.

Kraus, W. E. *et al.* "Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins". *N Engl J Med.* 2002, 347(19): 1.483-1.492.

Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R. "Obesity in children and young people: a crisis in public health". *Obes Rev.* 2004, 5 Suppl 1: 4-104.

López Chicharro, J., López, L. M. *Fisiología clínica del ejercicio.* Ed. Panamericana, 2008.

Márquez, S., Rodríguez, J., De Abajo, S. "Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física". *Apunts Ed Fis Dep.* 2006, 83: 12-24.

McArdle, W. D., Katch, F. I., Katch, V. L. *Fundamentos de fisiología del ejercicio.* 2ª edición. Madrid. Ed McGraw-Hill, 2004.

Pancorbo, A. E., Pancorbo, E. L. *Actividad física en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiometabólica. La dosis del ejercicio cardiosaludable.* Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2011.

Phelps, J. "Physical Activity and Health Maintenance - Exactly what is known?". *West J Med.* 1987, 146(2): 200-206.

Serratos, L. "Adaptaciones cardiovasculares del deportista". *Scvc.* 2001.

2.6. ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Michèle L. Doporto Haigh

Médico especialista en Medicina del Trabajo;
experta universitaria en Nutrición; directora del área
de Organización Sanitaria, SP FREMAP

Resumen

Una alimentación saludable es primordial para alcanzar o mantener un buen estado de salud, no sólo en lo referente a mantener un peso estable y adecuado a la edad y características biológicas del individuo, sino también en lo referente a procurar la cantidad necesaria de nutrientes adecuada y específica para cada perfil individual (edad, sexo, gestación, deporte, enfermedades crónicas, etc.).

El objetivo de este capítulo es hacer una descripción sencilla de los principales nutrientes y necesidades calóricas de un adulto y esbozar líneas de intervención desde la empresa para facilitar una alimentación saludable en las instalaciones de la misma. Además, se va a hacer referencia a la evolución en el tiempo de los principios establecidos desde diversos organismos y asociaciones profesionales hasta llegar a las recomendaciones actuales.

1. Introducción

La alimentación es uno de los pilares básicos que soportan un estilo de vida saludable, pero existen muchos mitos y creencias equivocadas sobre qué supone alimentarse de forma sana. El conocimiento de la nutrición y el metabolismo humano evoluciona lentamente, y generalmente va en dirección opuesta a las modas y fenómenos impulsados por las redes sociales o la popularidad de dietas milagro seguidas por personajes famosos.

El objetivo de este capítulo es explicar las bases de la nutrición moderna, des-terrando algunos mitos afianzados en la cultura popular por años de tradición.

La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición determinó en 2013 que la obesidad y el sobrepeso afectan a más del 40% de niños españoles en edad escolar, y según un artículo publicado en 2011 en la *Revista Española de Cardiología* la obesidad mórbida había aumentado un 200% en España desde mediados de los años noventa. Además de estos datos, hay que tener en cuenta que una alimentación poco saludable no sólo afectará al peso (con todos los problemas asociados que conlleva), sino también al estado nutricional del individuo que pudiendo estar dentro de los límites de peso considerados óptimos puede encontrarse en un estado carencial.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud que aparecen en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la obesidad y el sobrepeso han alcanzado en el siglo XXI características de epidemia mundial y más de mil millones de adultos se clasifican dentro del grupo de sobrepeso y/o obesidad.

El problema del sobrepeso y la obesidad no es únicamente estético, es más, este es el menor de los problemas. La obesidad se relaciona con el síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial, algunos tipos de cáncer, problemas de articulaciones y movilidad, patología respiratoria crónica, etc.

No sólo se trata de un problema individual, sino que es un problema que ha llegado a una dimensión social debido a la carga económica en tratamientos e ingresos hospitalarios que conlleva. A nivel laboral se traduce en días de baja y, en ocasiones, menor rendimiento del empleado. En cuanto a servicios sociales, supone una sobrecarga de los sistemas de apoyo a la dependencia y además suele suponer un acortamiento de la esperanza de vida.

Como decíamos, el único problema no es la obesidad y el sobrepeso. Una alimentación saludable debe procurar además una ingesta adecuada de nutrientes y grupos alimentarios que van a contribuir a disminuir la prevalencia de enfermedades como el cáncer de colon (fibra), hiperinsulinemia y diabetes (alimentos de bajo índice glucémico) o dislipemias (grasas no saturadas).

La crisis económica contribuye a realizar una alimentación poco saludable, ya que los productos frescos sin procesar como frutas y verduras, los pescados, carnes magras y lácteos desnatados son generalmente más caros que los alimentos procesados de alto contenido calórico y repleto de grasas y azúcares. Los cereales de desayuno "basura" cuestan una fracción de lo que valen los cereales integrales sin azúcares, el pan blanco de molde es mucho más barato que un pan integral, de cereales o semillas de obrador, el chopped en relación con un embutido más

sano, los preparados para hamburguesa en relación con carne magra picada en el momento..., los ejemplos son innumerables.

El otro gran enemigo de la alimentación saludable es la publicidad engañosa unida a la falta de conocimientos fundados de nutrición de gran parte de la población. No hay más que pasearse por un lineal de galletas en cualquier gran superficie comercial donde se pueden encontrar auténticas bombas nutricionales con alto contenido en grasas vegetales hidrogenadas y azúcar, eso sí, empaquetadas con frases como “con avena” o “con trigo integral”, que resultan al consumidor preocupado por su salud más atractivas que las galletas tradicionales. El concepto de que las grasas vegetales son más sanas que las animales sí parece que ha calado en la población, pero no se llega a diferenciar entre aceites de oliva o girasol y aceites de palma, por ejemplo.

Aunque el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) llevaba desde 1980 emitiendo recomendaciones de hábitos saludables, la primera pirámide de alimentos se difundió en 1992. En ella se hace referencia a la necesidad de que todos los estadounidenses mayores de 2 años deben ingerir de 6 a 11 raciones de carbohidratos como pan, cereal, arroz y pasta; de 5 a 9 raciones de frutas y verduras y de 4 a 6 porciones de proteínas, la mitad de ellos lácteos.



Figura 1. Pirámide alimentaria

Fuente: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS); disponible en: <http://www.cnpp.usda.gov/Publications/MyPyramid/OriginalFoodGuidePyramids/FGP/FGPFlyerSolidSpan.pdf>

2. Nociones generales

2.1. Energía

Los seres humanos deben mantener un equilibrio entre la energía ingerida por los alimentos que consumimos y el gasto energético. Este último se reparte en tres grandes grupos: el gasto producido por la actividad física, el producido para el mantenimiento de la temperatura corporal y el que se produce por el metabolismo basal, que se define como la energía necesaria para el mantenimiento de las funciones fisiológicas básicas como la respiración. El metabolismo basal varía de una persona a otra; está en relación con la masa corporal libre de grasa o masa magra, y a su vez con la edad, sexo, talla y peso de cada individuo.

Según un informe conjunto de la FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations) y la OMS, se define "necesidades energéticas" como la cantidad de energía proveniente de los alimentos necesaria para mantener el equilibrio con el gasto energético en orden a mantener el tamaño y la composición corporal y la actividad física necesaria y deseable para el mantenimiento de la salud a largo plazo.

La energía es un concepto físico que indica la capacidad de realizar un trabajo. Se suele medir en nuestro entorno en calorías, siendo la definición de caloría "la cantidad de energía necesaria para que 1 gramo de agua aumente su temperatura 1 grado centígrado". Popularmente hablamos indistintamente de kilocalorías o calorías [1 Caloría = 1 kilocaloría = 1.000 calorías]. De forma simplificada, 1 gramo de proteína o de carbohidrato aporta 4 kcal, 1 gramo de grasas 9 kcal y 1 gramo de alcohol 7 kcal.

Tradicionalmente se ha dado prioridad absoluta a la diferencia entre energía ingerida y gastada en el mantenimiento de un peso adecuado saludable, pero desde finales del siglo XX y con mayor fuerza en el siglo XXI se viene haciendo referencia al origen de las calorías ingeridas como dato a tener en cuenta para el mantenimiento del peso. De este modo, se está demostrando que, para el mismo ingreso calórico, los azúcares y grasas tienden a producir aumentos de peso que no se darán si esas mismas calorías provienen mayoritariamente de proteínas y carbohidratos de bajo índice glucémico.

Como ejemplo, en una serie de 35 pacientes de una consulta de nutrición y dietética, pudimos observar directamente cómo no existía necesariamente relación directa entre el promedio de calorías ingeridas en relación con el cálculo de la necesidad energética individual y los índices de masa corporal que mostraban.

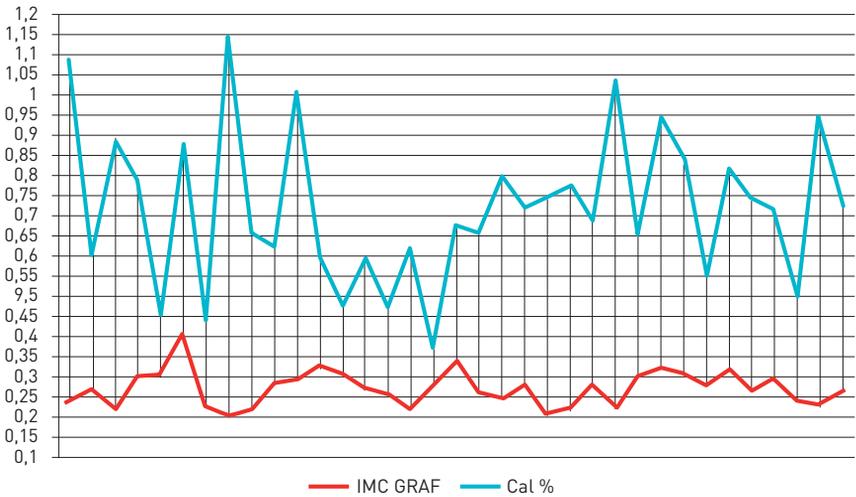


Figura 2

Como vimos, a la hora de calcular el gasto energético necesario para mantener un peso saludable debe tenerse en cuenta distintos aspectos del individuo: los relacionados con el mantenimiento del metabolismo basal y, además, los relacionados con su actividad física. En el contexto en el que nos encontramos, la actividad física no sólo debe hacer referencia al estilo de vida y deporte, sino también debe tenerse en cuenta el gasto energético realizado en el entorno laboral (fuerza física, actividad aeróbica mantenida, sedentarismo, condiciones extremas de temperatura, etc.).



Figura 3

2.2. Proteínas

La palabra proteína deriva del griego "prot(o)", que significa "primero" y del sufijo "ina" que significa "sustancia", en referencia a que se considera elemento primero o fundamental.

Las proteínas están compuestas por aminoácidos unidos entre sí por enlaces, y la diferencia fundamental que tienen con carbohidratos y lípidos, los otros dos grandes grupos de alimentos, es la presencia de nitrógeno en su molécula.

Los aminoácidos son a su vez moléculas formadas por un grupo carboxilo y uno grupo amino. Algunas pueden sintetizarse por el organismo humano, pero otras sólo pueden obtenerse a través del alimento, siendo estas las que llamamos "esenciales". La mayor o menor presencia de aminoácidos esenciales en una proteína determina directamente su valor nutritivo.

Para que el cuerpo humano pueda sintetizar una proteína en concreto deben estar presentes los aminoácidos que la constituyen en la cantidad precisa en ese momento de síntesis. Las proteínas de origen animal son proteínas completas que contienen todos los aminoácidos esenciales, mientras que las proteínas de origen vegetal necesitan combinarse entre ellas para ser completas (por ejemplo, las legumbres con el arroz).

Tradicionalmente, se ha mantenido que el aporte calórico de las proteínas deba suponer entre el 10 y el 15% del total para poder hablar de una dieta equilibrada. En la actualidad, este valor se está viendo aumentado en muchos tratados y artículos de expertos, pero generalmente la recomendación no supera el 30%, además de hacerse distinción entre el tipo de proteínas, favoreciéndose la introducción de proteínas vegetales provenientes sobre todo de las legumbres, incluida la soja. Debemos hacer hincapié en que hablamos de porcentajes del aporte calórico, no de porciones ni de cantidades volumétricas ni de peso.

2.3. Carbohidratos

Los carbohidratos o hidratos de carbono están compuestos por carbono, hidrógeno y oxígeno. Según su complejidad pueden clasificarse en azúcares (monosacáridos o disacáridos), oligosacáridos, polisacáridos e hidratos de carbono hidrogenados o polioles.

Los carbohidratos tienen múltiples funciones, además de la consabida de aporte de energía; intervienen en el ahorro de proteínas, en la regulación del metabolismo de las grasas, en la constitución de moléculas de importancia biológica y tienen efecto regulador de las funciones gastrointestinales y sobre la saciedad.

Tras la ingesta de hidratos de carbono se produce una variación de los niveles de glucosa en sangre; esta variación está en relación con el conocido como Índice Glucémico (IG) y puede considerarse un índice válido del valor biológico de los hidratos de carbono.

La recomendación clásica se basaba en que el 60% del aporte calórico total diario debía provenir de los carbohidratos, recomendación que se está matizando en cuanto al tipo de carbohidrato y también en cuanto a la cantidad. Algunos autores están disminuyendo la recomendación hasta el 40%, siempre combinado con proteínas y grasas saludables.

Se debe favorecer el consumo de carbohidratos de índice glucémico bajo, por ejemplo de cereales integrales antes que harinas refinadas o azúcares.

2.4. Lípidos

Bajo este término se engloban diferentes sustancias solubles en disolventes orgánicos: grasas y aceites, colesterol, fosfolípidos y otros compuestos. A grandes rasgos, existen dos grandes grupos de lípidos: los de reserva (triglicéridos o grasas neutras) y los estructurales (colesterol y fosfolípidos).

Los lípidos son fundamentales para la vida y no puede haber una vida saludable ni una dieta completa ni balanceada sin lípidos, y por otro lado, existen ácidos grasos que no podemos sintetizar y, por tanto, es indispensable que se encuentren en los alimentos que consumimos en la cantidad y proporción correcta.

Además de suponer aporte energético, los lípidos intervienen en la regulación y control de la presión arterial, la coagulación de la sangre y la inflamación de los tejidos del cuerpo, y ayudan al cuerpo a transportar y digerir las vitaminas A, D, E y K.

El denostado colesterol es una molécula esencial para la vida, precursora de distintas hormonas y otros compuestos, que interviene en la estructura y función de la membrana celular, la división y proliferación de las células, la síntesis de ácidos biliares y la síntesis de vitamina D.

3. Pautas para una alimentación sana

En España, la pirámide nutricional de mayor referencia es la elaborada por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Tiene la característica de que combina en un único gráfico recomendaciones tanto para efectuar una alimentación saludable como sobre la realización de actividad física.



Figura 4

3.1. La base de la pirámide: las frutas, verduras y los cereales

Las frutas y verduras son dos grupos de alimentos de los que se tiene evidencia en la prevención de numerosas enfermedades crónicas, entre ellas, las de mayor incidencia en nuestro país, las cardiovasculares y el cáncer.

Además, son alimentos saludables por su composición en fibra, vitaminas y minerales y compuestos antioxidantes.

La Organización Mundial de la Salud y el Instituto Americano para la Investigación del Cáncer (AICR) recomiendan, para conseguir sus efectos protectores, un consumo igual o superior a 600 gramos diarios de frutas, hortalizas y verduras. Según la Asociación "5 al día", una ración de frutas equivale a 140-150 gramos en crudo y limpio, por lo que la cantidad diaria que se debe consumir sería de 420-450 gramos.

En cuanto a la preparación de las frutas y verduras, ha de decirse que tendrán mayor valor nutritivo las de temporada, que no hayan pasado largo tiempo en cámaras frigoríficas o en transporte, sobre todo si se ingieren crudas o al vapor (siempre "al dente"), y que es mejor no cortarlas mucho antes de cocinarlas para disminuir la pérdida de nutrientes por evaporación.

Los cereales tendrán mayor valor nutritivo si son integrales, ya que al retirarles la cáscara se retira también su contenido en minerales y vitaminas, además de eliminar gran parte de la fibra.

Es importante además hacer hincapié en el consumo de la mayor variedad de alimentos posible, en este caso no limitando el consumo al trigo, al arroz y al maíz, sino abarcando también cereales menos conocidos como la avena, el centeno, la cebada, el mijo y la espelta; y a semillas como el lino, el trigo sarraceno o la quinoa.

3.2. Las legumbres

Las legumbres vuelven a ser reconocidas como alimento a promocionar dentro de una dieta saludable, tanto por su contenido en carbohidratos de índice glucémico bajo como por su contenido en proteínas vegetales. Tienen además un alto contenido en fibra, en minerales y en vitaminas del grupo B.

Los efectos beneficiosos sobre la salud incluyen la disminución del colesterol, regulación del tránsito intestinal y regulación de la glucemia.

Como hemos visto, las proteínas de las legumbres tienen menor valor biológico que las de origen animal, ya que pueden carecer de algunos aminoácidos esenciales, por tanto es interesante la combinación con otros alimentos vegetales como los cereales integrales o frutos secos y semillas.

Tradicionalmente se han preparado siempre en estofado o guiso, acompañadas de grasas animales saturadas resultando algo pesadas para todos los gustos. La nueva cocina está explorando formas más adaptadas a los gustos actuales, en ensalada o como lasaña, "paté", guarnición, etc.

3.3. Proteínas animales

Se da preferencia a los pescados y carnes blancas sobre las carnes rojas y los embutidos. De esta forma se obtiene la proteína sin el añadido de la grasa animal saturada.

Los pescados también aportan grasas como el ácido linolénico (omega 3), con efectos beneficiosos sobre el sistema cardiovascular.

Además, debe hacerse mención a los lácteos, siempre desnatados en edad adulta, preferiblemente sin azúcares añadidos ni conservantes ni colorantes. En cuantos a los quesos, mejor los curados ya que proporcionalmente al peso contienen menos grasas saturadas, más calcio, y al tener un sabor más intenso, suelen consumirse en menor cantidad.

3.4. Aceites de oliva o girasol y frutos secos

Las grasas han sido prácticamente erradicadas de algunas dietas occidentales, sin distinción entre el origen de las mismas, con efectos perjudiciales sobre la salud. Buscando un supuesto beneficio para la salud cardiovascular se han eliminado tanto grasas saturadas como insaturadas, dándose el caso de que los ácidos grasos monoinsaturados (aceite de oliva) y poliinsaturados (frutos secos), lejos de perjudicar, tienen efectos beneficiosos sobre los factores de riesgo cardiovasculares.

Un consumo racional y variado de aceites de origen vegetal (oliva, maíz, soja, girasol, nuez, sésamo) no solo aportan diversidad y gusto al resto de alimentos saludables, sino que tienen efectos sobre la coagulación sanguínea, la circulación y los triglicéridos.

En cuanto a los frutos secos, su consumo debe ser moderado por su aporte calórico pero frecuente, y siempre dando preferencia a los consumidos naturales, sin freír y sin sal añadida.

3.5. Azúcares

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha propuesto disminuir los índices de obesidad mundial y las enfermedades derivadas de la misma y el deterioro dental; recientemente ha publicado sus recomendaciones básicas sobre la cantidad máxima diaria de consumo de azúcar que no debería superar el 5% de la ingesta calórica diaria total. Esta cifra supone reducir a la mitad el consumo de azúcar recomendado por la propia OMS en 2002, pero además resulta que en España las cifras actuales son de algo menos del 17% de las calorías ingeridas al día para la población adulta y cerca del 25% en el caso de los niños.

4. Alimentación saludable en la empresa

Teniendo en cuenta que en horario laboral solemos realizar una sino dos de las comidas principales, desde la empresa se debe promocionar y favorecer la salud del trabajador mediante una alimentación saludable, lo que repercutirá en el clima y la eficiencia de la misma.

Algunas actuaciones que se pueden realizar son:

- Revisión de los menús de empresa por un especialista en nutrición en caso de haber comedor en la misma. De esta forma, se adecúa el alimento ofrecido a las necesidades energéticas del grupo de trabajadores en concreto.
- Establecimiento de instalaciones adecuadas que favorezcan el consumo in situ de comida casera, evitando que deban desplazarse a establecimientos de comida rápida o menú del día inapropiado.
- Adecuación de horarios que permitan realizar una ingesta pausada.
- Instalación de máquinas de alimentación sana, desterrando la bollería industrial a favor de frutos secos naturales, frutas y hortalizas, lácteos desnatados, etc.
- Fuentes de agua de acceso fácil para todos los trabajadores.

5. Bibliografía

Basterra-Gortari, F. J, Beunza, J. J., Bes-Rastrollo, M., Toledo, E., García-López, M., Martínez-González, M. A. "Tendencia creciente de la prevalencia de obesidad mórbida en España: de 1,8 a 6,1 por mil en 14 años". *Rev Esp Cardiol.* 2011, 64: 424-426. vol. 64, nº 05, DOI: 10.1016/j.recesp.2010.06.010.

Estudio ALADINO 2013: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2013. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014.

<http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/csym/piramide/>

Human energy requirements. *Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation.* Rome, 17-24 October 2001. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/007/y5686e/y5686e04.htm#bm04.1>

2.7. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Mercedes García Gregorio

Grado en Enfermería. Enfermera
especialista en Enfermería del Trabajo.
PREMAP Seguridad y Salud

Resumen

Adoptar un estilo de vida saludable supone reducir al mínimo la presencia de factores de riesgo para nuestra salud y, como contrapartida, incorporar en nuestro día a día factores de protección que nos aporten bienestar y un mejor estado de salud. Se explicará a continuación cómo incorporar un estilo de vida saludable dentro de las actividades de la vida diaria.

1. Introducción

Según establece la Carta de Ottawa, "La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana". Partiendo de esta afirmación, nuestro objetivo ha sido centrarnos en los principales factores de riesgo detectados por la OMS, así como en los hábitos de salud que se pueden adoptar para luchar contra ellos y cómo incorporar los mismos a las actividades de la vida diaria.

Parece evidente que uno de los valores más importantes en nuestra vida es la salud. Sin embargo, no es frecuente pensar en la influencia que tienen en nuestro estado de salud las diferentes acciones y comportamientos que adoptamos en el día a día. Nuestra forma de alimentarnos, el modo en que ocupamos nuestro tiempo libre, nuestros hábitos de actividad física, etc., todo ello, condiciona y determina nuestro estado de salud. Y no sólo el nuestro: el hecho de ser referentes de nuestros hijos e hijas hace que con nuestro quehacer diario estemos también condicionando la salud del resto de los miembros de la familia.

Para alcanzar un buen estado de salud es imprescindible adoptar un estilo de vida saludable. Si entendemos estilo de vida como el “conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona”, tal como establece Henderson, Hall y Lipton (1980), es imposible hablar de las actividades de la vida diaria sin referirnos a ellos. Es imposible hablar de vida saludable sin tener en cuenta qué es lo que hacemos en nuestra vida diaria, y sobre todo, cómo lo hacemos. Se trata de actividades que se repiten a diario y que son una herramienta fundamental a la hora de intentar conseguir nuestro objetivo: la salud.

Las sociedades desarrolladas, entre ellas la española, se han visto afectadas en las últimas décadas por importantes cambios sociales y culturales que tienen consecuencias directas en la salud de las personas. El desarrollo tecnológico de los últimos siglos y los cambios en los estilos de vida propios de la vida moderna han cambiado muchos de nuestros comportamientos individuales, así como la forma de relacionarnos con las otras personas y con nuestro entorno ambiental.

Si en la primera parte del siglo XX los principales problemas de salud pública estaban provocados por las enfermedades transmisibles, como la peste, el cólera, la viruela o la tuberculosis, en la actualidad el principal problema de salud son las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Entre esas patologías se encuentran las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión, la obesidad y el cáncer.

Las estadísticas permiten entender la magnitud del problema. Estas enfermedades causaron 35 millones de muertes y supusieron el 60% del total de fallecimientos en el mundo en el año 2005. En España, las enfermedades crónicas no transmisibles causaron el 64,6% de las muertes en el año 2007; es decir, dos de cada tres muertes.

Además, al tratarse de enfermedades crónicas, no sólo provocan muerte, sino también pérdida de calidad de vida. Aumenta la cantidad de personas que viven más años con un peor estado de salud, con lo que esto significa en términos de pérdida de bienestar, menor productividad laboral y aumento del gasto sanitario.

Más allá de estos datos estadísticos, lo verdaderamente importante es comprender qué es lo que está provocando el aumento de estas enfermedades. De los diez factores de riesgo identificados por la OMS como clave para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Además de la obesidad, se incluye el sedentarismo, la hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras.

Como puede verse, la alimentación poco saludable y no practicar actividad física con regularidad son las principales causas de las enfermedades crónicas más importantes, y ambas son susceptibles de modificarse. Por lo tanto, vamos a centrarnos en ellas y vamos a ver cómo podemos integrarlas en las actividades de nuestra vida diaria.

En resumen, adoptar un estilo de vida saludable supone reducir al mínimo la presencia de factores de riesgo para nuestra salud y, como contrapartida, incorporar en nuestro día a día factores de protección que nos aporten bienestar y un mejor estado de salud.

2. Promoción de la salud

Siguiendo los criterios establecidos en la Carta de Ottawa (1986) emitida por la OMS, se define el término *promoción de la salud* como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud. Y en consecuencia, mejorarla”.

Autores como Petlenko y Davidenko (1998), entre otros, coinciden al señalar cuatro variables, interaccionadas entre sí, como parámetros *determinantes de la salud* de la persona:

- Biología humana: genética, envejecimiento, etc.
- Medio ambiente: contaminación ambiental, ruido, etc.
- Sistema de atención sanitaria: hospitales, médicos, etc.
- *Estilo de vida*: Determinado por los hábitos de comportamiento, siendo el factor más influyente en la salud pública.

La clave para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, en el siglo XXI, es crear un entorno que favorezca los comportamientos positivos y un estilo de vida saludable.

Partiendo de esta afirmación, repasaremos el concepto estilo de vida saludable para destacar cuáles son los estilos de vida que se consideran, según distintos autores, los más favorables para la salud.

3. Estilo de vida saludable

Henderson, Hall y Lipton (1980) definen los estilos de vida como el “conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona”. Mendoza (1994) aporta una definición sustancialmente parecida al afirmar que el estilo de vida puede definirse como el “conjunto de patrones de conducta que caracteriza la manera general de vivir de un individuo o grupo”.

En ambas definiciones aparece el concepto de conducta o comportamiento y los hábitos frecuentes en la vida de las personas.

Según el glosario de promoción de la salud (Junta de Andalucía, 1986: 6), “... no existe un estado ideal de salud, no hay tampoco estilos de vida prescritos como óptimos para todo el mundo. La cultura, los ingresos, la vida familiar, la edad, la capacidad física, las tradiciones y el ambiente del trabajo y del hogar hacen que algunos modos y condiciones de vida sean más atractivos, factibles y apropiados”.

No obstante, y según diferentes autores (Stephard, 1984; De la Cruz y cols., 1989...), parece que entre los hábitos que se consideran más favorables para la salud podemos destacar una alimentación correcta y la práctica de ejercicio físico frecuente.

4. Estrategia global sobre régimen alimentario, actividad física y salud de la OMS (2004) (Rabe, Ramírez y Casas Forero, 2007)

De los diez factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Además de la obesidad, se incluye el sedentarismo, la hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras.

Como puede verse, la alimentación poco saludable y no practicar actividad física con regularidad son las principales causas de las enfermedades crónicas más importantes, y ambas son susceptibles de modificarse. Por lo tanto, vamos a centrarnos en ellas y vamos a ver cómo podemos integrarlas en las actividades de nuestra vida diaria.

La estrategia global sobre régimen alimentario, actividad física y salud de la OMS, presentada en el año 2004, insta a los Estados miembros a que elaboren, apliquen

y evalúen las acciones recomendadas en esta estrategia, adecuándola a su realidad nacional. Esta perspectiva promueve el fortalecimiento del sector salud y la coordinación con otros sectores de la sociedad para la implementación de políticas y planes de acción integrales, sostenibles en el tiempo y que permitan la participación de los ciudadanos en la solución del problema, en torno a la promoción de estilos de vida saludables a través de todo el ciclo vital (WHO, 2003 y 2005; OMS, 2003; Salinas, 2002; Vio, 2000)

En España, en enero de 2004, haciendo eco de esta estrategia, se plantean, en el *Boletín Oficial del estado*, las directrices para la elaboración de un Plan Integral de Obesidad, Nutrición y Actividad Física, bajo las directrices del Ministerio de Sanidad y Consumo, que ve la luz un año más tarde, bajo en nombre de "Estrategia Naos. Invertir la tendencia de obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad". Tiene como finalidad mejorar los hábitos alimentarios e impulsar la práctica regular de la actividad física de todos los ciudadanos, poniendo especial atención en la prevención durante la etapa infantil, dada la demostrada alta probabilidad de que un niño obeso sea en el futuro un adulto obeso.

5. Estrategia Naos

En el año 2005, el Ministerio de Sanidad, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), puso en marcha la Estrategia Naos o Estrategia para la Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad.

El objetivo de la Estrategia Naos es invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad mediante el fomento de una alimentación saludable y de la práctica de la actividad física, con intervenciones en distintos ámbitos (familiar, educativo, empresarial, sanitario, laboral, comunitario), que contribuyan a provocar cambios en nuestros estilos de vida.

5.1. Actividad física

La capacidad de movimiento e interacción con el mundo que nos rodea permite que la actividad física sea una práctica humana permanente en cualquier acción de nuestra vida como el trabajo, la escuela, el tiempo libre, las tareas cotidianas y familiares durante toda la existencia del hombre, de ahí su gran importancia y que constituya un factor a tener en cuenta a la hora de valorar la salud de las personas (Devis, 1992).

Desde épocas primitivas la actividad física ha sido inherente al hombre, debido a que de ella dependía su supervivencia (caza, pesca, agricultura...); con el paso de los años, la tecnología ha sustituido a todas estas actividades en las que el hombre precisaba de una gran energía. Además de dicha mecanización del trabajo, se han automatizado las tareas domésticas, se han reducido las dimensiones de la vivienda y han disminuido los juegos populares y tradicionales de las calles, sustituyéndose por el uso de videojuegos y largos periodos de tiempo frente a la televisión. Y no hay que olvidar el uso generalizado de la informática, que ha favorecido un aumento del sedentarismo de la población, tanto en la jornada laboral como en sus desplazamientos y en el tiempo libre.

Se sabe ya que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo. La inactividad física aumenta en muchos países, y esto influye considerablemente en la prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT) y en la salud general de la población mundial (*Recomendaciones mundiales para la realización de actividad física*, OMS).

La OMS calcula que para el año 2020 las enfermedades no transmisibles serán la causa de más del 70% de la carga mundial de morbilidad; por este motivo, ha invitado a los gobiernos a promover y reforzar programas de actividad física para erradicar el sedentarismo como parte de la salud pública y política social, y como un medio práctico para lograr numerosos beneficios sanitarios, ya sea de forma directa o indirecta. Desde esta perspectiva, los objetivos se centran en involucrar a todos los actores y sectores de las comunidades para apoyar la realización de programas de promoción, crear los espacios y las condiciones requeridas y orientar a la población para realizar actividades físicas que produzcan los efectos fisiológicos y psíquicos esperados para la salud.

Las definiciones de actividad física coinciden en determinar que es toda acción motriz que ocasiona un gasto calórico. Incluye, por lo tanto, un amplio abanico de actividades que comprende desde cualquier movimiento corporal realizado en la vida cotidiana de cualquier persona, hasta las exigentes sesiones de entrenamiento.

En general las actividades físicas están reflejadas en las siguientes acciones motrices:

- Movimientos corporales que forman parte de la vida cotidiana de cada persona, relacionados además con el desempeño laboral, como caminar, cargar objetos, subir escaleras, conducir, realizar oficios caseros, etc.

- Actividades recreativas.
- Los ejercicios físicos sistemáticos.
- El entrenamiento deportivo (deporte).

Llegados a este punto, es importante diferenciar tres conceptos que en la actualidad se intercambian como sinónimos: actividad física, ejercicio físico y deporte.

5.1.1. Conceptualizando: actividad física, ejercicio físico y deporte

No fue hasta la publicación del artículo de Caspersen, Powell y Christenson (1985), donde se propuso una definición estándar para los conceptos de actividad física, ejercicio y deporte (Programa de actividades físicas que contribuya a mejorar los niveles de condición física-salud en las amas de casa).

Actividad física es cualquier movimiento voluntario realizado por músculos esqueléticos, que produce un gasto de energía adicional que nuestro organismo necesita para mantener las funciones vitales (respiración, circulación de la sangre, etc.).

Por tanto, actividad física es andar, transportar un objeto, jugar al fútbol, bailar, limpiar la casa, etc.

Cuando la actividad física se planifica, se organiza y se repite con el objetivo de mantener o mejorar la forma física le llamamos *ejercicio físico*.

Si, además, este ejercicio físico se realiza dentro de unas reglas que conjugan actividades físicas con otras características de la persona, se llama *deporte*.

Según estas definiciones y dado el propósito de este tema, nosotros nos centraremos en el concepto de *actividad física*.

5.1.2. Definición de actividad de la vida diaria

La primera definición de *actividades de la vida diaria* (AVD) fue elaborada por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) en 1978, donde la definían como “los componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio” (Ávila *et al.*, 2010).

Posteriormente, la AOTA estableció que existen varios tipos de actividades de la vida diaria en las que la gente se ocupa, incluidas las:

- **Actividades básicas de la vida diaria:** son las actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo, por lo que también son conocidas como actividades personales de la vida diaria. Incluye las actividades de bañarse, ducharse, vestirse, comer, etc.
- **Actividades instrumentales de la vida diaria:** son las actividades destinadas a la interacción con el medio, que son a menudo complejas y que generalmente su realización es opcional (adaptado por Rogers & Holms, 1994). Incluye: cuidado de otros, cuidado de mascotas, crianza de los niños, gestión y mantenimiento de la salud, establecimiento y gestión del hogar, etc.
- **Descanso y sueño:** son las actividades relacionadas con la obtención del sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación.
- **Educación.** Incluye las actividades necesarias para ser un estudiante y participar en el medio educativo.
- **Trabajo:** referido a las actividades necesarias para conseguir un empleo remunerado o actividades de voluntariado (Mosey, 1996). Incluye: interés y búsqueda de empleo, encontrar y conseguir un empleo, desempeño del trabajo, etc.
- **Juego:** cualquier actividad espontánea u organizada que provea disfrute, entretenimiento, pasatiempo o diversión (Parham & Fazio, 1997).
- **Ocio o tiempo libre:** una actividad no obligatoria elegida voluntariamente y desempeñada durante un tiempo que no entre en conflicto con la dedicación a ocupaciones obligatorias como trabajar, el cuidado personal o dormir (Parham & Fazio, 1997).
- **Participación social:** actividades asociadas con la organización de patrones de comportamiento que son característicos y esperados en una interacción individual o colectiva con otros dentro de un sistema social dado (adaptado por Mosey, 1996).

5.1.3. Recomendaciones mundiales para la realización de la actividad física (OMS)

Al tener claro que son muchas y variadas las posibilidades para realizar actividad física, es de interés general identificar cuáles son las más adecuadas para producir los beneficios relevantes en términos de salud, promoviendo una regulación de los procesos metabólicos y de adaptación que aseguren la prevención y el tratamiento de enfermedades.

Aunque las recomendaciones deben adaptarse a cada edad y persona, podemos considerar que en una persona adulta la actividad física beneficiosa para la salud es aquella de intensidad moderada que se realiza diariamente, o casi todos los días, con una duración mínima de 30 minutos.

La duración aconsejada depende de la intensidad. Si no se puede realizar actividad física de intensidad moderada (aumenta la sensación de calor y se inicia una ligera sudoración, el ritmo de la respiración y de los latidos del corazón se incrementa, pero aún nos permite hablar), podemos realizar 60 minutos de intensidad suave (inicio de sensación de calor y ligero aumento del ritmo de la respiración y del ritmo de los latidos del corazón).

Los 30/60 minutos aconsejados pueden distribuirse en periodos de 10 a 15 minutos a lo largo del día. Un mayor nivel de actividad (es decir, más de 150 minutos semanales) reporta beneficios adicionales para la salud. Sin embargo, no hay evidencia que indique que los beneficios aumentan a partir de los 300 minutos semanales.

Hay evidencia científica clara de que, en comparación con las personas inactivas, las personas físicamente activas presentan una mejor forma física, un menor perfil de riesgo de diversas dolencias discapacitantes y una menor tasa de enfermedades no transmisibles crónicas.

5.1.4. Cómo incorporarlo a las actividades de la vida cotidiana

Según la OMS, para los adultos (18-64 años), la actividad física incluye las actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Hay diversas maneras de totalizar 150 minutos de actividad física a la semana. En particular, mediante varias sesiones breves distribuidas a lo largo de la semana: por ejemplo, 30 minutos de ejercicio moderado cinco veces por semana.

Los efectos demostrados de la actividad física sobre los marcadores biomédicos indican que aquella debería realizarse a lo largo de toda la semana (por ejemplo, cinco o más veces semanales). Para facilitar su realización, el mínimo diario puede integrarse en actividades cotidianas tales como:

- Juega activamente con tus hijos e hijas.
- Comienza con un paseo de 10 minutos y aumenta el tiempo de forma progresiva.
- Camina siempre que puedas. Bájate del autobús antes de llegar a tu parada y utiliza las escaleras.
- Reduce los periodos de inactividad, tales como ver la televisión.
- Procura pasear o montar en bicicleta durante trayectos cortos.
- Descubre itinerarios para andar o ir en bicicleta por los alrededores de tu casa y utilízalos.
- Asiste como observador a una clase de actividad física para ver si deseas participar.
- Realiza las actividades que llevas a cabo en la actualidad, pero más a menudo.
- Levántate del sofá cada hora y realiza estiramientos y ejercicios de flexibilidad.

Este mínimo de actividad física diaria es esencial. Los ejercicios y actividades de menor frecuencia, 2-3 veces por semana, pueden mejorar la forma física pero tienen efectos menos importantes para la salud.

5.2. Alimentación

Al mismo tiempo que millones de personas mueren de hambre en el mundo, la obesidad adquiere, según la OMS, caracteres de epidemia.

La obesidad y el sobrepeso son perjudiciales para la salud, tanto por sí mismas como por ser factores predisponentes para otras enfermedades crónicas, y acortan la esperanza de vida.

Los principales desencadenantes en el aumento de la obesidad son los cambios en la alimentación y los nuevos estilos de vida más sedentarios:

- Nuestro país ha sufrido grandes cambios en las últimas décadas, que han repercutido drásticamente en la manera de alimentarse de nuestros ciudadanos. Las dietas tradicionales han sido reemplazadas rápidamente por otras con una mayor densidad energética, lo que significa más grasa, principalmente de origen animal, y más azúcar añadido a los alimentos, unido a una disminución de la ingesta de carbohidratos complejos y de fibra. Tenemos menos tiempo para cocinar, comemos más fuera de casa, compramos más veces alimentos precocinados, olvidamos los productos de temporada, etc. Estos cambios alimentarios se combinan con cambios de conductas que suponen una reducción de la actividad física en el trabajo y durante el tiempo de ocio.
- La otra causa de la obesidad es la inactividad física. Reconocido como un determinante cada vez más importante de la salud, este problema es el resultado del cambio de patrones de conducta que derivan hacia estilos de vida más sedentarios, cuyas causas últimas son la vida en las ciudades, las nuevas tecnologías, el ocio pasivo y el mayor acceso a los transportes. Casi no hacemos ejercicio, nuestro trabajo es a menudo sedentario, salimos poco a pasear, etc.

5.2.1. Cómo incorporar a nuestra vida una alimentación saludable

Los hábitos dietéticos en sociedades culturalmente desarrolladas como la nuestra han evolucionado desde la dieta mediterránea tradicional hacia patrones alimentarios más propios de las sociedades originarias del norte de Europa, caracterizadas por una mayor contribución de la grasa de origen animal al consumo energético total en perjuicio de los hidratos de carbono complejos y la fibra vegetal. Además, el cada vez más frecuente consumo de alimentos precocinados en detrimento de los frescos, así como el hábito de comer fuera del hogar, hace que nos alejemos de nuestra saludable dieta mediterránea tradicional.

Según los datos de los que se dispone en la actualidad, en España la alimentación es deficitaria en frutas, verduras y hortalizas, así como en cereales integrales, lácteos bajos en grasa y pescado. Por el contrario, necesitamos moderar el

consumo de carnes, embutidos, alimentos ricos en grasas saturadas, bollería industrial y bebidas edulcoradas.

El aumento del consumo de grasa de origen animal, asociado a una baja actividad física, se ha relacionado con un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, algún tipo de cáncer, obesidad, trastornos del metabolismo glicémico, caries dental, osteoporosis y algunas alteraciones del sistema inmunitario.

Contrariamente, la incorporación abundante de frutas y verduras a nuestra alimentación se ha correlacionado como un marcador protector para padecer muchos de estos problemas crónicos.

Según la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), existe una serie de consejos que debemos seguir en nuestra vida diaria a la hora de alimentarnos.

- Come despacio y mastica bien.
- Utiliza métodos sencillos para la preparación de los alimentos, con poca grasa y poca sal.
- Mantén una adecuada hidratación mediante el consumo abundante de agua, infusiones, caldos, etc. El agua es imprescindible para el mantenimiento de la vida. El consumo recomendado es de 1 a 2 litros/día.
- Practica diariamente actividad física moderada y ajusta la ingesta de alimentos al nivel de ejercicio habitual.
- Los alimentos que deben ser ingeridos diariamente y que se incluyen en la base de la pirámide de la alimentación son: cereales y derivados de cereales (pan, pasta, arroz), patatas, verduras, hortalizas, frutas, leche, derivados lácteos y aceite de oliva.
- Modera el consumo de carnes grasas, embutidos, pastelería, bollería, azúcares y bebidas azucaradas.
- Modera el consumo de alcohol.
- Realiza al menos 5 comidas al día. El hecho de comer más veces a lo largo del día y en menor cantidad contribuye al mantenimiento de un peso estable, mejora la digestión y mantiene los niveles de glucosa y lípidos en sangre.

- Evita el “picoteo”.

Es importante conservar y aprovechar al máximo las propiedades nutritivas de cada alimento, disfrutar de platos ricos y sanos y cuidar nuestra salud mediante el uso de técnicas culinarias saludables. Es imprescindible, por tanto, seguir estos consejos a la hora de preparar los alimentos:

- Verduras y hortalizas: El calor de la cocción destruye parte de los nutrientes de las hortalizas y verduras y el agua diluye también vitaminas y minerales. Es por ello importante que consumamos hortalizas crudas como mínimo una vez al día, además de las que tomamos cocidas.

Para evitar la pérdida de nutrientes durante la cocción es conveniente:

- Lavarlas, cortarlas en grandes trozos y no dejarlas en remojo. Si es posible, cocinarlas con su piel.
- Utilizar la menor cantidad de agua posible en las cocciones, en olla tapada y con un poco de sal, con rápidos tiempos de cocción.
- Aprovechar el líquido de cocción, rico en sustancias solubles para elaborar otros platos como cocidos, sopas, purés, salsas, etc.
- Frutas: Al consumirlas crudas, aprovechamos al máximo las vitaminas y minerales de las frutas. También es preferible consumirlas con su piel, lavándolas bien con abundante agua potable. Los zumos de frutas son una buena y saludable opción, aunque pierden parte de su potencial nutritivo.
- Carne: Las carnes se pueden cocinar de muchas formas, pero las técnicas culinarias que requieren menos aceite son plancha, hervido, asado, horno, guiso y estofado.

6. Algo importante que conviene recordar

Tanto los hábitos alimentarios como los comportamientos sedentarios se desarrollan en la infancia y adolescencia, siendo luego muy difíciles de modificar. La influencia del ámbito familiar en el desarrollo de estos comportamientos es decisiva: los niños observan nuestra manera de comer, decidimos la oferta de alimentos en casa, estimulamos el comportamiento activo o sedentario de los

hijos, el dinero que los niños tendrán para golosinas, bollos refrescos, helados, etc. Los padres/madres estamos en una posición privilegiada para poder ayudarles y es por ello que sea un objetivo primordial fomentar los buenos hábitos en la edad pediátrica.

7. Bibliografía

Actividad física beneficiosa para la salud. Disponible en: <http://www.conade.gob.mx/biblioteca/documentos/articulo03.pdf>.

AESAN. Estrategia Naos, 2005. Disponible en: http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/estrategia/que_es/.

Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, R., Matilla Mora, R., et al. *Marco del trabajo para la práctica de la terapia ocupacional. Dominio y proceso*. 2ª Edición (Traducción). www.Terapia-ocupacional.com [portal internet]. 2010 [Consultado 18 de noviembre de 2013]; (85 pp.). Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2ª ed.), 2008.

CEAPA. *Guía para la promoción de hábitos saludables y prevención de la obesidad en la edad infantil* (CEAPA). Disponible en: http://www.ceapa.es/c/document_library/get_file?uuid=e28090fc-69d2-4f0e-890a-86fda3845a7f&groupId=10137.

Consejos para una alimentación saludable de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Disponible en: http://www.semfy.com/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/guia_alimentacion.pdf.

De la Cruz, J. C. y cols. *Educación para la salud en la práctica deportiva escolar. Higiene de la actividad física escolar*. Málaga. Unisport, 1989.

Guía para el fomento de la alimentación saludable y la actividad física. Disponible en: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST462ZI101941&id=101941>.

Henderson, J., Hall, M., Lipton, H. "Changing self destructive behaviors". En Sánchez Bañuelos. *Actividad física orientada hacia la salud*. Madrid. Biblioteca Nueva, 1980, p. 23.

http://www.juntadeandalucia.es/turismocomercioydeporte/documentacion/apuntes/23756/23756_1.pdf

Mendoza, R., Sagrera, M. R., Batista, J. M. *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*. Madrid. Consejo Superior de Deportes, 1994.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Actividad física*. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/actividad_fisica.htm.

OMS. Recomendaciones mundiales para la realización de actividad física. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf.

Programa de actividades físicas que contribuya a mejorar los niveles de condición física-salud en las amas de casa. Placetas. Villa Clara. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos88/actividades-mejorar-niveles-condicion-fisica/actividades-mejorar-niveles-condicion-fisica2.shtml>.

Rabe, G.; Ramírez, C., Casas Forero, N. "Formar en un estilo de vida saludable. Otro reto para la ingeniería y la industria". *Educ.* 2007, 10(2). Chia julio/diciembre.

Stephard, R. J. "Physical activity and 'wellness' of de child". En R. A. Boileau (ed.). *Advances in Pediatric Sport Sciences*, vol. 1, Human Kinetics Champaign, 1984: 1-27.

EMPRESA PROMOTORA
DE SALUD / EMPRESA SALUDABLE:
LA SALUD INTEGRAL EN LA
EMPRESA

3.1. DEFINICIÓN, CONCEPTO Y APLICABILIDAD

Francisco Javier Doñas Beleña

Enfermero del Trabajo, máster en Higiene Industrial,
Seguridad y Ergonomía. Dirección Adjunta Medicina del Trabajo,
PREMAP Seguridad y Salud

Resumen

El capítulo siguiente trata de mostrar las principales líneas rectoras de la promoción de la salud en el lugar de trabajo, su importancia y beneficio, así como los distintos enfoques encontrados en las diferentes organizaciones europeas y mundiales y su posible puesta en práctica y ámbito de aplicación en el mundo de la empresa.

1. Introducción

La evidencia ha demostrado la importancia y utilidad de promover la salud en los lugares de trabajo. Los trabajadores pasamos en nuestro entorno laboral una parte más que considerable de nuestro tiempo, de manera que los hábitos y estilos de vida que mostramos en nuestro lugar de trabajo tienen una repercusión clara en nuestra salud y bienestar.

La promoción de la salud en el trabajo es una estrategia fundamental de salud pública que promueve tanto la capacidad de los individuos como la actuación de los grupos y comunidades de forma colectiva para controlar los determinantes de salud.

Sin embargo, y antes de entrar en materia, es conveniente realizar un repaso histórico al concepto y su evolución en el tiempo.

Para tener una perspectiva histórica adecuada podríamos remontarnos miles de años atrás y ya encontraríamos en Galeno la primera relación entre estilos de vida y salud, pasando por Bernardo Ramazzini, al que se considera fundador de la Medicina del Trabajo, con sus estudios sobre enfermedades profesionales y la promoción de medidas de protección para los trabajadores.

A pesar de estos inicios, el primero en usar el término *promoción de la salud* fue un médico e historiador del siglo XX, Henry Sigerist, que en 1945 definió las cuatro grandes tareas de la medicina –prevención de la enfermedad, restablecimiento del enfermo, rehabilitación y promoción de la salud– diciendo “la salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación”.

Pero la primera definición propiamente dicha de “promoción de la salud del trabajo” (PST) surge por parte de Parkinson y cols. en 1982 como una combinación de actividades educativas, organizativas y ambientales para reforzar comportamientos saludables en los trabajadores y sus familias.

Siguiendo por este recorrido histórico, en 1989 Wynne adaptó al entorno de trabajo los principios generales de promoción de la salud basados en el modelo propuesto por la OMS en 1984, afirmando que la promoción de la salud en el lugar de trabajo “apunta a las causas determinantes de la mala salud, combina diversas maneras de abordarlas, propone una participación efectiva de los trabajadores, y no es principalmente una actividad médica, sino que debe formar parte de la organización del trabajo y de las condiciones laborales”.

En 1993 Grossman y Scala sugirieron que una PST eficaz debería tener en consideración también los problemas de la organización, especialmente de marketing y económicos, no solamente los relativos a la salud. Así, deberían conectarse las necesidades de salud de los trabajadores y la situación económica de la organización.

Posteriormente, en 1997, la Red Europea definió la *promoción de la salud en el trabajo* como la unión de “los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo”, constituyendo la base de la Declaración de Luxemburgo, a la que se han adherido los 28 países que conforman actualmente la Red y múltiples empresas europeas.

En la declaración de Luxemburgo, los miembros de la ENWHP consensuaron la definición de PST como: “Aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores

y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo”.

Esta definición abarca a todos los posibles actores implicados dotándola de una visión social resaltando la importancia de trabajadores y empresarios y buscando la participación y colaboración de la sociedad.

En la última década, las intervenciones de este tipo, en diferentes países y empresas, se han multiplicado dando como resultado múltiples evidencias positivas no sólo en la salud y estilos de vida de los trabajadores, sino también en la productividad, competitividad y sostenibilidad de las propias empresas.

Este capítulo está dirigido a dotar de información a todos aquellos interesados en el tema y dar suficientes datos para actuar como guía en una posible actuación encaminada a la implantación de programas de empresa saludable.

2. Definición, concepto y aplicabilidad

En el complejo contexto actual del mundo empresarial puede afirmarse sin ningún género de dudas que la conciencia y el compromiso social constituyen un valor añadido a los productos o servicios ofrecidos.

Es más, son significativas las nuevas tendencias detectadas en los consumidores hacia productos y servicios de aquellas compañías con prácticas saludables.

Las empresas más competitivas son aquellas que poseen la habilidad de anticiparse a las nuevas tendencias que presentarán los escenarios de mañana.

Aparte, por supuesto, del valor ético o moral que supone el cuidado de la salud de los trabajadores impulsado por la propia empresa desde el mismo lugar de trabajo, esta preocupación supone además una serie de beneficios fácilmente cuantificables. Entre ellos, destacan los siguientes:

1. La rentabilidad de la inversión en prevención y promoción de la salud.

Entre un 3 y un 10% del volumen de facturación de una empresa puede perderse por las consecuencias de un entorno no saludable. Por cada euro invertido en la buena salud de los trabajadores se obtiene un beneficio de tres.

2. La reducción del absentismo.

Toda iniciativa en la mejora de los hábitos de los trabajadores reduce el absentismo hasta en un 36%.

3. La mejora de la productividad y de la motivación de los trabajadores.

Toda iniciativa para el incremento de la salud en los trabajadores se traducirá en productividad y constancia en el puesto de trabajo.

En definitiva, la inversión en promoción de la salud beneficia a las empresas por el valor de la acción en sí misma, y desde un punto de vista estrictamente económico, es también rentable tanto por la reducción de los costes indirectos, como por el valor comercial que deriva del prestigio de un producto o servicio sustentado sobre esta conciencia laboral. Además de que en la mayoría de los países existe cumplimiento normativo específico que protege a los trabajadores.

Si a esto le añadimos el hecho de que la mitad de la población global es trabajadora, se pone de relieve la importancia del tema tratado no sólo para los trabajadores y sus familias, sino también para la productividad, competitividad y sostenibilidad de las empresas, así como para las economías nacionales y, por ende, para la economía global.

De esta manera, y teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, la promoción de la salud en la empresa es uno de los grandes objetivos definidos en el Plan de Acción Mundial de la Organización Mundial de la Salud.

Y para terminar, la OMS define una empresa saludable como aquella que integra la promoción de la salud en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, el bienestar de todos los empleados y la sostenibilidad del puesto de trabajo.

Siguiendo estos principios vertebradores de actuación, y como adaptación a nuestro entorno laboral europeo, Premap Seguridad y Salud, AENOR y el Instituto Europeo de Salud y Bienestar definen una empresa promotora de la salud como:

Aquella que trabaja con responsabilidad social empresarial y tiene (entre otros) como objetivo la reducción de los problemas de salud en la población trabajadora. Este objetivo se traduce no sólo en el esfuerzo por disminuir los accidentes laborales y las enfermedades llamadas profesionales, sino

también en la implantación de una serie de conductas y hábitos saludables entre los trabajadores de las empresas. La mejora en el estado de salud de sus trabajadores necesariamente redundará en un beneficio adicional, que constituye la otra gran meta de cualquier entidad: el aumento de la productividad, la efectividad y la calidad de estas empresas.

Este modelo así como el marco de actuación que brinda la OMS son aplicables a cualquier contexto y entorno, siendo igualmente válido para cualquier sector de actividad, tamaño de la plantilla, localización o cualquier otro factor.

3.2. PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: OMS, OIT Y ENWHP

Francisco Javier Doñas Beleña

Enfermero del Trabajo, máster en Higiene Industrial,
Seguridad y Ergonomía. Dirección Adjunta Medicina del Trabajo,
PREMAP Seguridad y Salud

Resumen

Antes de entrar a estudiar las bases para establecer una política de empresa saludable y promotora de la salud, se definirán los conceptos de promoción y protección de la salud.

1. Promoción de la salud (OMS)

Cuando se hace referencia a la promoción de la salud, no podemos separarla de la denominada "Carta de Ottawa", que surge a raíz de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud llevada a cabo en 1986, así como de la Declaración de Yakarta, que confirma lo expuesto en Ottawa e identifica prioridades.

La Carta de Ottawa contiene la integración de los diferentes enfoques de promoción de la salud; en ella manifiesta:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.

Se trata, por tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.

Las líneas estratégicas que marca la Carta de Ottawa son cinco:

- Construir políticas públicas saludables.
- Crear ambientes que favorezcan la salud.
- Fortalecer la acción comunitaria.
- Desarrollar habilidades personales.
- Reorientar los servicios de salud.

La Declaración de Yakarta sobre la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI (julio de 1997) confirma que estas estrategias y áreas de acción son esenciales para todos los países e identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud.
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud.
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos.
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

Aparece el concepto de *empowerment* o empoderamiento para la salud como definición, siendo esta:

Un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, de las organizaciones y de las comunidades para ganar control respecto a sus vidas en su comunidad y en el conjunto de la sociedad. Un proceso de colaboración en pos de un objetivo común.

2. Protección de la salud

Como concepto integrador y multidisciplinar, la protección de la salud ha de tener en cuenta aspectos del ámbito laboral (medidas tomadas en el lugar de trabajo

para evitar la exposición de los trabajadores a diferentes riesgos que provoquen distintas patologías), así como del extralaboral, estableciendo estrategias de actuación a diferentes niveles.

Pasando a las organizaciones estrictamente laborales, para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la promoción de la salud en el lugar de trabajo es eficaz cuando complementa las medidas de seguridad y la salud en el trabajo, integrándola en las prácticas de gestión para prevenir accidentes y enfermedades, y cuanto contribuye a proteger y mejorar la salud y el bienestar de los hombres y las mujeres en el trabajo.

Es decir, la OIT hace suyos los principios y estrategias de la promoción y protección de la salud dadas por la OMS, pero adaptándolas al ámbito laboral e integrándolas dentro de una estrategia global de seguridad y salud en el trabajo.

Ya en el ámbito europeo, encontramos la ENWHP (Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo), que es una red informal de institutos nacionales de seguridad y salud en el trabajo, así como otras instituciones del ámbito de la salud pública de diferentes países europeos (miembros o no de la UE). Esta red se encarga de recopilar y difundir ejemplos de prácticas saludables en el lugar de trabajo. Haciendo suyos los principios generales de la promoción de la salud de la OMS, define tres directrices generales de actuación para conseguir ambientes de trabajo saludables y seguros:

- La prevención de riesgos laborales.
- La cultura de la organización, en referencia a la existencia de una serie de valores que dirigen la forma de interactuar de las personas tanto dentro como fuera de la organización.
- Acciones voluntarias, para ir más allá de un ambiente laboral seguro fomentando la creación de hábitos saludables.

3.3. ESTABLECIMIENTO DE UNA POLÍTICA DE EMPRESA SALUDABLE Y PROMOTORA DE SALUD: NÚCLEO PRINCIPAL Y ORIGEN NECESARIO

Francisco Javier Doñas Beleña

Enfermero del Trabajo, máster en Higiene Industrial, Seguridad y Ergonomía. Dirección Adjunta Medicina del Trabajo, PREMAP Seguridad y Salud

Resumen

Existen diversos modelos de puesta en marcha de políticas saludables en el entorno de trabajo; sin embargo, nos vamos a centrar en el modelo de empresa saludable, basado en los criterios de la OMS (modelo de ambientes de trabajo saludables) y en ciertas características propias. Se trata de un modelo realizado por AENOR con la colaboración del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social (centro colaborador de la OMS en España) y de Premap Seguridad y Salud, empresa líder y pionera en medicina del trabajo y prevención de riesgos laborales en España.

1. Modelo de Deming

El modelo que se plantea combina protección de la salud con promoción de la misma. Este modelo se establece sobre la metodología denominada ciclo de Deming o espiral de mejora continua o círculo PDCA (del inglés *plan-do-check-act*, esto es, planificar-hacer-verificar-actuar). Es una estrategia de mejora continua en cuatro pasos muy utilizada en sistemas de gestión de la calidad. Este ciclo se puede describir brevemente como:

- **Planificar.** Se buscan las actividades susceptibles de mejora y se establecen los objetivos a alcanzar dentro del plan global de empresa saludable.
- **Hacer.** Se realizan cambios para implantar las mejoras propuestas.
- **Verificar.** Una vez implantada la mejora, se deja un periodo de prueba para verificar su correcto funcionamiento.
- **Actuar.** Cuando finaliza el periodo de prueba, se deben estudiar los resultados y compararlos con el funcionamiento de las actividades antes de implantar esas mejoras.

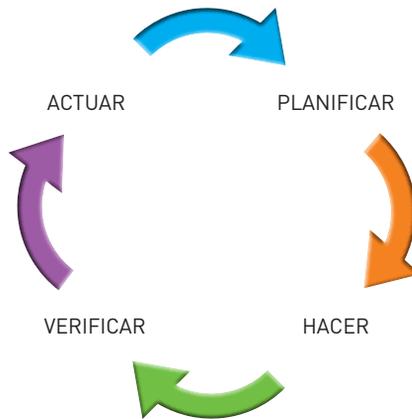


Figura 1. Espiral de mejora continua

Sin embargo, todas las acciones encaminadas al establecimiento de una política de empresa saludable deben guiarse sobre unos principios establecidos por la OMS, admitidos de forma unánime con independencia del tamaño, sector o características propias de la empresa. Estos son:

- Ética empresarial.
- Interés empresarial.
- Obligación legal.

Que a su vez son argumentos de implantación de este tipo de políticas como decíamos en epígrafes anteriores.

Estos principios generales podrían y deberían complementarse con otros objetivos a tener en cuenta:

1. El fomento de hábitos saludables entre los trabajadores.
2. Influencia en las políticas empresariales.
3. Mejoras en las condiciones y en la organización del trabajo.
4. La mejora en la calidad de la vida laboral.

La vertebración, implantación e implementación de este programa puede hacerse de varias maneras teniendo en cuenta los principios que guían estas políticas saludables dependiendo del tamaño y sector de actividad de la empresa, entre otras características.

La realización de todas las fases del programa, puesta en marcha del mismo, asesoramiento, formación y todo aquello que pudiera derivarse de la implantación de este, será efectuado por personal de la propia compañía en el caso de que contara con personal especializado y con formación para ello o bien por personal externo en los casos en que fuera necesario.

Fase previa: Requisitos para adscribirse al programa

1. Compromiso de la alta dirección/gerencia

Es necesario firmar la carta-compromiso para la implantación del programa por la gerencia de la compañía. El compromiso por escrito es fundamental y previo, así como la asignación de un alto directivo de la empresa con funciones de responsabilidad y autoridad.

2. Cumplimiento de la normativa vigente en materia de prevención de riesgos laborales

Debe estar adecuadamente documentada y ser accesible. Si no hubiera cumplimiento adecuado de la normativa se establecería un periodo, a determinar junto con la empresa, para normalizar la situación. La promoción de la salud sólo es efectiva cuando la prevención de la empresa es gestionada adecuadamente. No tiene sentido implantar un programa de estas características sin un cumplimiento normativo previo, ya que este programa pretende ir más allá de los requisitos legales, pero estableciendo estos como base.

3. Disposición de una organización preventiva

No es posible la implantación de un programa de esta envergadura sin el apoyo práctico y logístico de la organización de la empresa. Lo ideal sería la asociación del departamento de prevención y de sus actividades con nuestro programa.

4. Apoyo de los trabajadores o sus representantes

Fase I: Comunicación trabajadores-empresa

Se comunicaría la implantación del programa de empresa saludable, a través de los medios que se consideren adecuados (internet, folletos, charlas, etc.) a toda la organización de nuestra empresa cliente, a la Dirección no implicada directamente, a la sección de Recursos Humanos, al Servicio de Prevención, al Comité de Seguridad, etc.

La información a toda la empresa debe versar acerca de la naturaleza de la certificación, sus objetivos, implantación y desarrollo, y sobre los beneficios esperados tanto individual como colectivamente.

Fase II: Identificación y análisis de necesidades

1. Recopilación de la información

- Relativa a siniestralidad. Esta información debe facilitarla la propia empresa.
- Relativa a condiciones de trabajo (ER). Esta información engloba la medición de ruido, de humedad o de iluminación, la identificación de los puestos de trabajo, etc.
- Relativa a necesidades y preferencias percibidas por los trabajadores y la Dirección. Esta información se recogería a través de cuestionarios o un buzón de sugerencias.
- Relativa a la atención sanitaria por enfermedad común. Esta información se recogería a través de cuestionarios o de cualquier otro medio. La metodología de recogida de información se adecuaría a los criterios estandarizados.

2. Registro de la información recopilada mediante el formato adecuado y accesible para su consulta

3. Análisis de necesidades y preferencias de la empresa cliente

Este análisis se llevaría a cabo junto con la Dirección de la empresa.

4. Resultados

Tras las fases anteriores, se elaboraría un primer informe para el conocimiento y la aprobación de la Dirección de empresa. A partir de dicho informe se plantearía la elaboración de un diseño de programa adaptado.



Figura 2. Aprobación/Implantación

Fase III: Implantación del programa empresa saludable/promotora de salud

El asesoramiento, la formación y las diferentes actividades planificadas en el programa serían llevados a cabo por el personal de la propia compañía o personal externo, como hemos señalado en nuestro preámbulo. En esta fase se realizaría la puesta en marcha de las líneas marcadas en el diseño de trabajo aprobado por la Dirección de la empresa.

Fase IV: Auditoría y certificación

Una vez implantado el programa, y quedando constancia documental de ello a través de documentos para tal fin, se verificará su cumplimiento a través de una auditoría. Esta se llevaría a cabo por personal especializado sin relación con las actividades de la empresa cliente, como, por ejemplo, una entidad certificadora acreditada con un programa específico para ello si lo hubiera.

Esta entidad certificadora podría emitir un certificado dejando constancia tanto para los propios trabajadores de la empresa como para la sociedad en general de la implantación de estas políticas en determinada empresa.

Podría realizarse una preauditoría antes del término de dicho periodo para identificar posibles deficiencias y llevar a cabo las mejoras necesarias.

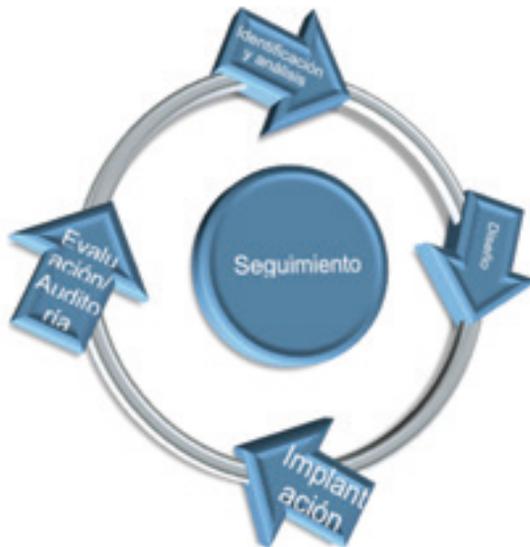


Figura 3. Seguimiento

Fase V: Medida de la satisfacción del cliente

Una vez lograda la certificación del programa (si la hubiera), se debería analizar la satisfacción de los trabajadores y de la gerencia de la empresa cliente a través de encuestas con las opiniones sobre los servicios ofrecidos y la adecuación de sus expectativas y de la realidad del programa. Se podrían emplear algunas de las múltiples formas existentes aceptadas para medir la satisfacción del cliente, que validarían la certificación de este programa.

Sería conveniente, por otro lado, establecer un sistema de diálogo frecuente con los propios trabajadores acerca del programa para poder modificarlo o mejorarlo de manera continua.

3.4. PUNTOS CLAVE DEL ENFOQUE DE LOS MODELOS OMS-ENWHP

Francisco Javier Doñas Beleña

Enfermero del Trabajo, máster en Higiene Industrial, Seguridad y Ergonomía. Dirección Adjunta Medicina del Trabajo, PREMAP Seguridad y Salud

Resumen

A continuación se indican los puntos clave en el enfoque del modelo de la Organización Mundial de la Salud para la gestión de la empresa saludable.

1. Introducción

La ENWHP, creada en 1996, ha sido una entidad puntera en la promoción de la salud en el trabajo en Europa. Esta red informal tiene como fin recopilar y difundir métodos de salud y ejemplos exitosos de prácticas saludables empresariales. En la actualidad está copresidida por Karl Kuhn (fundador) y María Dolores Solé (INSHT).

En la Declaración de Luxemburgo los miembros de la ENWHP consensuaron la definición de PST (Promoción de la Salud en el Trabajo) como "aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo".

Siguiendo la misma declaración, los puntos principales en los que se debe incidir son:

- Mejorar la organización y las condiciones de trabajo.
- Promover la participación activa.
- Fomentar el desarrollo individual.

La PST es una estrategia empresarial moderna que aspira a la prevención de riesgos profesionales (incluyendo enfermedades relacionadas con el trabajo, accidentes, lesiones, enfermedades profesionales y estrés) y al aumento de la capacidad individual de la población trabajadora para mantener su salud y calidad de vida: “Trabajadores sanos en empresas saludables.”

Existen tres líneas clave de actuación para conseguir entornos seguros y saludables y que apoyen a los trabajadores en el cuidado de la salud. Estas líneas son:

- La prevención de riesgos laborales.
- La cultura de la organización.
- Acciones voluntarias.

El concepto de PST, de este modo, tiene una visión integral y social, y una participación explícita del empresario y del trabajador, lo que fomenta el desarrollo personal.

Según el modelo planteado por la OMS en la Carta de Ottawa, las estrategias principales a considerar en los programas de PST son:

- Sensibilización, información: informar de que existe determinado riesgo.
- Formación, habilidades: formar sobre cómo hacer frente a determinado riesgo.
- Creación de entornos promotores de salud: creación de unas condiciones de trabajo que permitan hacer frente a un determinado riesgo con facilidad.
- Desarrollo de una política empresarial: puesta en marcha de políticas que reduzcan determinado riesgo o que faciliten el control por parte de los trabajadores.

Esta misma declaración contiene la síntesis de los enfoques orientados a la promoción de la salud; en ella se declara:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata,

por tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

También se sostienen cuatro principios fundamentales cuando se trata de realizar acciones orientadas a la promoción de la salud:

1. La acción multidisciplinar

“[...] la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación.”

2. La participación activa de la población

“[...] se incrementen las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.”

La participación, entonces, debería entenderse como un proceso que comienza con la realización de actividades promovidas por otros, pero que progresivamente lleva a tomar parte en la capacitación, la difusión, la evaluación, el planeamiento y la toma de decisiones.

3. La acción comunitaria:

“La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.”

4. La coordinación de políticas “saludables”:

Este tipo de estrategias saludables provoca la elección de opciones saludables. Políticas tales como la educación y empleo.

En definitiva, ambos enfoques focalizan la actuación de la PST, tanto en el desarrollo normativo, que debiera favorecer la protección de la salud en el entorno de trabajo, así como en el fomento de entornos saludables y no sólo la ausencia de riesgo, y por otra parte en la acción voluntaria del propio trabajador, haciéndolo partícipe y consciente de sus propias conductas.

2. Definición, concepto y aplicabilidad

El ámbito donde pueden desarrollarse y materializarse los objetivos de una empresa saludable/promotora de salud puede ser muy amplio y personalizado en función de la compañía y del desarrollo en ella de dicha política. Sin embargo, podemos realizar una agrupación de posibles ámbitos de actuación. Según la red europea de promoción de la salud en el trabajo ENWHP, los ámbitos de actuación de una empresa promotora de salud son tres: la prevención de riesgos laborales, la cultura de la organización y las acciones encaminadas a apoyar elecciones saludables (como fomentar el abandono del tabaco).

Actualmente, por ejemplo, está en marcha el programa “Gana en salud, 12 temas, 12 meses”, con el que se establecen actuaciones sobre diferentes aspectos como adicciones, VIH, gestión del tiempo, higiene postural, etc.

Según la OMS y su definición de entorno saludable, la actuación debe llevarse a cabo en cuatro grandes ámbitos:

- El ambiente físico de trabajo. Se refiere al entorno material de un puesto de trabajo, como el aire acondicionado, los materiales empleados o el mobiliario, entre otros.
- El ambiente psicosocial del trabajo, que incluye la organización del trabajo y la cultura empresarial de la compañía. Estos elementos se traducen en valores y actitudes por parte de la empresa y trabajadores expresados diariamente.
- Los recursos personales de salud. Hace referencia a los recursos y flexibilidad que da una empresa en el lugar de trabajo a sus trabajadores con el objeto de apoyar o incentivar las prácticas saludables de sus empleados.
- Participación de la empresa en la comunidad. Conocimientos y actividades que aporta la compañía a la comunidad.

Otra posible clasificación de ámbitos de actuación podría ser mucho más genérica y basada en una cartera de servicios de la que podría disponer la empresa:



Figura 1. Educación sanitaria

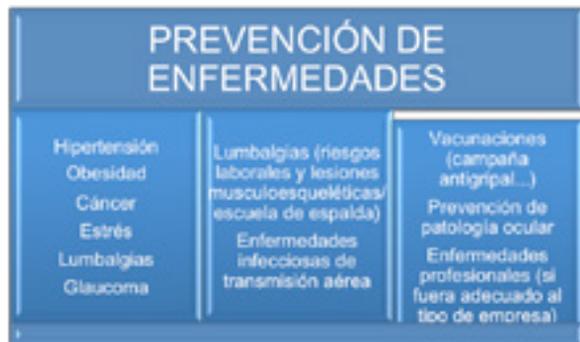


Figura 2. Prevención de enfermedades



Figura 3. Prevención de accidentes

3. Bibliografía

Ambientes de trabajo saludables: un modelo para la acción. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces_spanish.pdf (2014).

Empresas saludables. Disponible en: <http://www.institutoeuropeo.es/empresas-saludables-healthy-workplace> (2014).

Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf (2014).

Modelo de empresa saludable. Aenor Ediciones, 2014.

Portal de promoción la salud en el trabajo. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/PromocionSalud/menuitem.084224e92eb1cbede435b197280311a0/?-vgnextoid=5a2f43c305234310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=2fd15a20753c4310VgnVCM1000008130110aRCRD> (2014).

Promoción de la Salud. Glosario de términos. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf> (2014).

Protección y Promoción de la Salud. *Enciclopedia de seguridad y salud en el trabajo*. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/15.pdf> (2014).

Red Europea para la Promoción de la Salud en el Trabajo. Disponible en: <http://www.enwhp.org/> (2014).

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

4.1. PRINCIPIOS, OBJETIVOS Y POLÍTICAS

José Manuel Álvarez Zárate
Ingeniero. Instituto de Ergonomía

Resumen

La Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) es la ciencia de la anticipación, reconocimiento, evaluación y control de los riesgos que pueden afectar a la salud y el bienestar de los trabajadores, teniendo en cuenta el posible impacto en las comunidades de los alrededores y el medio ambiente general. La SST abarca un gran número de disciplinas y alcanza a los entornos y lugares de trabajo y a los peligros ambientales [Alli, 2008].

Los conocimientos en SST han evolucionado a lo largo del tiempo, en particular en el pasado siglo, en respuesta al avance tecnológico y a los cambios sociales, políticos y económicos. En los últimos años, el proceso de globalización supone un gran cambio en el mundo cuyas consecuencias, indudablemente, van a repercutir positiva o negativamente en la seguridad y salud en el trabajo. A los avances tecnológicos se unen cambios a nivel organizativo y nuevas y diferentes modalidades de empleo. La industrialización, los cambios demográficos y los movimientos de población también tienen una influencia sobre el medio ambiente que pueden afectar a la seguridad y salud en el mundo del trabajo.

1. Principios y objetivos

Sobre la base del artículo 153 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (antiguo artículo 137, TCE), se han adoptado diversas medidas comunitarias en el ámbito de la salud y la seguridad. La Directiva Marco, con su amplio ámbito de aplicación, así como otras directivas que rigen aspectos específicos sobre la salud y la seguridad en el trabajo, constituyen las normas básicas del Derecho comunitario en materia de salud y seguridad.

Estas directivas establecen unos requisitos mínimos y principios fundamentales, como el principio de prevención y evaluación de riesgos, así como las responsabilidades de los empresarios y de los trabajadores. Asimismo, se han emitido directrices comunitarias destinadas a facilitar la aplicación de las directivas comunitarias y de las normas europeas, adoptadas por las organizaciones europeas de normalización.

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 15, establece como principios generales de la acción preventiva los siguientes:

- Evitar los riesgos.
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar el trabajo a la persona, sobre todo en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la prevención buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones laborales, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

Según el mismo artículo, el empresario deberá tomar en consideración las capacidades profesionales de los trabajadores en materia de seguridad y de salud en el momento de encomendarles las tareas y adoptar las medidas necesarias a fin de garantizar que sólo los trabajadores que hayan recibido información suficiente y adecuada puedan acceder a las zonas de riesgo grave y específico. Lo que significa asegurarse de que la formación y las competencias de los trabajadores asignados a determinadas tareas sean las adecuadas.

La efectividad de las medidas preventivas dependerá de las distracciones o imprudencias no temerarias que pudiera cometer el trabajador. Para su adopción, se tendrán en cuenta los riesgos adicionales que pudieran implicar determinadas medidas preventivas, que sólo podrán adoptarse cuando la magnitud de dichos riesgos sea sustancialmente inferior a la de los que se pretende controlar y no existan alternativas más seguras.

Dentro del marco europeo, se entiende por “fomento de la salud en el trabajo” al conjunto de acciones y esfuerzos de los agentes sociales (empresarios, trabajadores y la sociedad civil) que tiene por finalidad la mejora de la salud y el bienestar de las personas en el ámbito laboral. Esto se logra mejorando la organización y el entorno laborales, fomentando la participación de los trabajadores, ofreciendo opciones saludables y animando al desarrollo personal de cada individuo¹.

Por regla general, el fomento de la salud en el trabajo aborda distintos temas y, en la práctica, se asocia estrechamente a la evaluación de riesgos. Algunos de los aspectos del fomento de la salud en el trabajo son:

- La participación de los trabajadores en la mejora continua y en la organización del trabajo.
- La información, consulta y participación de los empleados (directamente o a través de sus representantes) en todas las actividades relacionadas con las condiciones de trabajo.
- Todas las acciones están encaminadas a aumentar la seguridad, salud y el bienestar en el trabajo (por ejemplo, compatibilizando la vida laboral, personal y familiar).
- La preocupación por los hábitos saludables de vida.
- La preocupación por la salud psicosocial de las personas.
- La vigilancia del estado de la salud, ofreciendo revisiones médicas periódicas en función de las características de las personas y de los riesgos inherentes a su puesto de trabajo.

¹ Extracto de <https://osha.europa.eu/es/topics/whp>.

2. Políticas

La Directiva Marco sobre Salud y Seguridad en el Trabajo (Directiva 89/391, CEE), adoptada en 1989, constituyó un hito fundamental para la mejora en este ámbito. La Directiva garantiza unos requisitos mínimos en materia de salud y seguridad en toda Europa y, al mismo tiempo, permite a los Estados miembros mantener esos mínimos o establecer medidas más restrictivas.

En 1989, algunas disposiciones de la Directiva Marco aportaron considerables innovaciones, que incluían, entre otros, los siguientes aspectos:

- El término “entorno de trabajo” se estableció de conformidad con lo dispuesto en el Convenio nº 155 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y define un enfoque moderno que tiene en cuenta la seguridad técnica y la prevención general de enfermedades.
- La Directiva tiene por objetivo establecer un mismo nivel de seguridad y salud a favor de todos los trabajadores (con algunas excepciones, como es el caso del trabajo doméstico y de determinados servicios públicos, fuerzas de seguridad y militares).
- La Directiva obliga a los empresarios a adoptar las medidas preventivas adecuadas para garantizar una mayor seguridad y salud en el trabajo.
- La Directiva introduce como elemento fundamental el principio de evaluación de riesgos y define sus principales elementos (por ejemplo, la identificación del riesgo, la participación de los trabajadores, la adopción de medidas adecuadas que otorguen carácter prioritario a la eliminación del riesgo en su origen, la documentación y la reevaluación periódicas de los peligros en el lugar de trabajo).
- La nueva obligación de adoptar medidas pone implícitamente de manifiesto la importancia de las nuevas formas de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo en el marco de los procesos generales de gestión.

En el ordenamiento jurídico español, el artículo 5 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales indica los objetivos de la política en materia de prevención. En primer lugar, dice que tendrá por objetivo la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo dirigida a elevar el nivel de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo. Por tanto, introduce un importante concepto de cualquier sistema de gestión y que debería ser el objetivo de cualquier

política de prevención: “la mejora continua”. En este caso, hablamos de la mejora continua de las condiciones de trabajo y de la salud de los trabajadores.

La ley indica que la política española en materia de prevención de riesgos laborales se deberá llevar a cabo por medio de las normas reglamentarias y de las actuaciones administrativas que correspondan; lo que ha dado lugar a la transposición de diversas directivas europeas y a la elaboración por parte de diferentes Administraciones de un amplio abanico de recomendaciones y normativas estatales, autonómicas y locales.

En la ley se introduce también el principio de participación de los agentes sociales, al indicar que la elaboración de la política preventiva se llevará a cabo con la colaboración de los empresarios y de los trabajadores a través de sus organizaciones empresariales y sindicales más representativas. Con este fin, la ley solicita a las Administraciones públicas que promuevan la mejora de la educación en materia preventiva en los diferentes niveles de enseñanza y, de manera especial, en la oferta formativa correspondiente al sistema nacional de cualificaciones profesionales, así como la adecuación de la formación de los recursos humanos necesarios para la prevención de los riesgos laborales.

En el ámbito de la Administración General del Estado, se estableció a través de la Ley 31/1995 una colaboración permanente entre el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y los ministerios correspondientes, en particular los de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo.

La Ley Orgánica 3/2007 introdujo alguna modificación en la política que incluye temas relacionados con la igualdad, como es el caso del artículo 4, donde se promueve que las Administraciones públicas impulsen la efectividad del principio de igualdad entre mujeres y hombres, considerando las variables relacionadas con el sexo tanto en los sistemas de recogida y tratamiento de datos, como en el estudio e investigación generales en materia de prevención de riesgos laborales, con el objetivo de detectar y prevenir posibles situaciones en las que los daños derivados del trabajo puedan aparecer vinculados con el sexo de los trabajadores.

La Ley 25/1009 añadió el artículo 5 de la Ley 31/1995 para introducir el concepto de que la política en materia de prevención de riesgos laborales deberá impulsar, además, la integración eficaz de la prevención de riesgos laborales en el sistema de gestión de la empresa. Otro concepto importante a la hora de plantear cómo implantar un sistema de prevención en la empresa e integrarlo con los demás sistemas de gestión ya establecidos.

Hasta aquí se ha resumido la política en materia de prevención dentro del marco legal comunitario y español. Ahora nos centraremos en la política en materia de seguridad y salud a nivel de empresa. En este caso, que la alta dirección de la empresa establezca unos principios para la mejora de las condiciones de trabajo, elevando el nivel de prevención y de seguridad en todos sus aspectos y promoviendo la mejora constante de las condiciones de salud para todos y cada uno de los trabajadores. Esta política empresarial será la que deban asumir todos los niveles jerárquicos de la organización. De acuerdo con lo indicado en el apartado 4.1. del estándar OHSAS 18001:2007, la política debería:

1. Ser apropiada a los riesgos laborales que la organización debe gestionar.
2. Acorde a otras políticas de la organización (como por ejemplo, la de calidad, medio ambiente, etc.).
3. Comprometerse con el cumplimiento, al menos, de los requisitos legales establecidos; aspecto que debería superarse ya que, en general, las legislaciones son de mínimos y lo que se busca con el establecimiento de una certificación es la excelencia.
4. Concretar la forma de cumplir con los requisitos de seguridad y salud.
5. Proporcionar el marco de referencia para establecer y revisar los objetivos.
6. Ser comunicada a las partes interesadas y a todas las personas que trabajan en la organización.
7. Ser sometida a una revisión periódica por parte de la dirección para garantizar que continúa siendo apropiada y coherente y que cumple con los objetivos previstos.

En el borrador de la futura norma ISO 45001², que está previsto que se publique en 2016, se establecen básicamente los mismos requisitos que en el estándar OHSAS 18001. La ISO 45001 dice que la alta dirección debe establecer una política de seguridad y salud en el trabajo:

² ISO/CD 45001 - *Occupational health and safety management systems - Requirements with guidance for use (Systèmes de management de la santé et de la sécurité au travail - Exigences et lignes directrices pour son utilisation).*

- Adecuada al propósito de la organización y a la naturaleza de los riesgos de STT de la organización y oportunidades.
- Proporcione un marco para establecer y alcanzar objetivos de seguridad y salud de la organización.
- Incluya el compromiso de cumplir con los requisitos legales aplicables y otros que la organización suscriba.
- Incluya un compromiso con el control de los riesgos priorizando las acciones preventivas.
- Incluya un compromiso de mejora continua del sistema de gestión de la SST para mejorar así el rendimiento de la organización.
- Incluya un compromiso de participación de los trabajadores y la consulta (en su caso, de los representantes de los trabajadores).

Asimismo, establece que la política en materia de SST deberá:

- Estar disponible como información documentada.
- Ser comunicada dentro de la organización a las personas que están bajo el control de la organización.
- Estar a disposición de las partes interesadas.
- Ser revisada periódicamente para garantizar que continúa siendo pertinente y apropiada.

Hoy en día, en muchas organizaciones se han establecido los conceptos de “misión, visión y valores corporativos” como pilares de la organización y faro o guía de todas sus actuaciones. Por ello, es interesante que las empresas introduzcan sus políticas en materia de seguridad y salud en el trabajo dentro de estos conceptos. De esta manera, cualquier persona dentro de la organización podrá valorar su importancia y desarrollarlos con la conciencia necesaria.

En el término “misión” se hace referencia a la razón de ser de una organización, su esencia misma, el motivo de su existencia en el mercado.

En el concepto “visión” se define la situación futura que se desea alcanzar en la organización; tiene que ser una situación realmente plausible y definir, implantar y establecer las políticas necesarias para llegar a ella. Hay algunas marcas líderes de sus sectores que redactan la visión como un compromiso dividido en los diferentes factores a los que ellos más valor otorgan; como por ejemplo, hacer referencia a personas, productos, socios, planeta, beneficio y productividad, etc.

En cuanto a valores corporativos, son aquellos juicios éticos hacia los que se inclina la organización, ya sea por su utilidad empresarial o social. Los valores de la empresa constituyen los pilares sobre los que se asienta la organización. Con ellos se define a sí misma, porque los valores de una organización son los valores que deberán respetar sus miembros, y especialmente sus dirigentes.

Cuando se definen los valores, en ocasiones se entremezclan los valores con las ventajas competitivas, cuando se trata de cosas diferentes. Los valores corporativos son el reflejo de la idiosincrasia de la organización y de los principios éticos y/o morales de sus dirigentes.

Si es el caso, y si la empresa cuenta con ello, la importancia de la política en materia de seguridad y salud en el trabajo o en materia de empresa saludable, también debería reflejarse en otros documentos de la organización como pueden ser:

- El código de buenas prácticas.
- El código de ética y de conducta.
- Los manuales de gestión.
- El código de buen gobierno.
- Etc.

En resumen, resulta muy beneficioso para toda organización tomarse su tiempo para definir bien su política y establecer los mecanismos necesarios para llevarla a la práctica.

3. Bibliografía

healthy-eating-positive-experience/.

[http://www.eufic.org/article/en/health-and-lifestyle/healthy-eating/artid/.](http://www.eufic.org/article/en/health-and-lifestyle/healthy-eating/artid/)

[http://www.eufic.org/index/en/.](http://www.eufic.org/index/en/)

4.2. DAÑOS A LA SALUD. ABSENTISMO Y PRESENTISMO

Luis Caballero Montanary

Médico del Trabajo de la Sociedad
de Prevención FREMAP

Resumen

Actualmente, el absentismo laboral entraña un grave problema en las empresas públicas y privadas e, incluso, para la Administración sanitaria de un país, por la gran trascendencia social que conlleva; además, genera una disminución de la productividad laboral, un empeoramiento en la calidad del servicio prestado y, lo que es más llamativo y valorable, importantes incrementos de los costes laborales. Desde siempre ha estado relacionado con actitudes fraudulentas por parte de los trabajadores y la forma de abordaje para su control ha estado vinculada, casi exclusivamente, con la adopción de medidas coercitivas impulsadas desde los departamentos de recursos humanos y dirección de las empresas, con la consiguiente conflictividad laboral y deterioro del clima social dentro de la organización de las mismas.

Pretendemos dar un enfoque diferente al análisis del absentismo laboral y las medidas que se deban acometer para su gestión global y posterior control, entendiéndolo como un problema de salud laboral. La manera de abordarlo debe ser mediante una actuación dentro de la promoción de la salud en las empresas y no sólo una corrección de supuestas actitudes fraudulentas.

Analizaremos el concepto de presentismo laboral, definiéndolo y buscando las causas que están provocando su aparición y aumento en los últimos años. Para finalizar, estableceremos unas pautas generales de actuación con las que tomar medidas correctivas.

1. Introducción

Toda empresa tiene como finalidad principal generar productos y/o servicios para la obtención de beneficios que pueden ser económicos o sociales. Todo aquello que merme o disminuya la obtención de los mismos (factores desestabilizantes) desencadena una gran preocupación en la gestión de la empresa. Si, además, el balance final es de pérdidas, saltan todas las alarmas.

Hay factores desestabilizantes que se pueden cuantificar y determinar. Con estos se sabe cómo actuar para solventarlos: con medidas empresariales, aunque no sea siempre factible (por ejemplo, el aumento de los costes de las materias primas, de los de mantenimiento, de distribución, etc.). Pero hay otros que, aunque se puedan cuantificar, las causas que lo ocasionan no son tan fácilmente determinables, por lo que se desconoce por dónde y cómo actuar para solventarlos. Aquí nos encontramos con el absentismo laboral.

Con el absentismo laboral la empresa tiene un problema importante, que lo sabe cuantificar y, por tanto, es posible compararlo al de otras empresas, pero no sabe cómo actuar, ya que desconoce, inicialmente, la/s causa/s que lo ocasionan. No existe un patrón empresarial estándar establecido que lo gestione, controle y lo disminuya. Por ello comienza una búsqueda de soluciones internas (tras analizar el problema) o externas (contratación de empresas especializadas en este tema).

El absentismo laboral no es un problema solo y exclusivamente médico. Representa la actitud individual y colectiva que los trabajadores adoptan ante el trabajo que realizan. La mejora de esta actitud conllevará la reducción significativa del mismo.

Se trata de un problema laboral que se debe gestionar desde la perspectiva de la prevención de los riesgos laborales (PRL) como causa de un riesgo laboral latente que es desencadenado por problemas que pueden estar (y de hecho lo están) relacionados con la disconformidad laboral, incidiendo en la organización laboral de una empresa.

El absentismo laboral está, en la actualidad, asociado a un concepto negativo, peyorativo y su análisis es, en muchas ocasiones, rechazado por los trabajadores y sus representantes sindicales e incluso por muchos médicos y enfermeros del trabajo. Su abordaje está claramente vinculado a la idea de fiscalización de los trabajadores.

En realidad, sólo se trata de un indicador efectivo del ausentismo laboral, de las pérdidas de jornadas, pero sin asumir, en su concepto, ninguna causa que lo origine. Es más, el análisis de sus causas nos puede dar una visión de una serie de riesgos laborales que están generando patologías en los trabajadores.

Así, la primera causa de absentismo laboral está relacionada con los trastornos músculoesqueléticos (sobre todo problemas de espalda). Estos suponen en torno al 85% de las enfermedades profesionales que se originan en nuestro país y pueden implicar problemas de tipo ergonómicos en los puestos de trabajo. La segunda causa está relacionada con los trastornos psíquicos y/o psiquiátricos en donde la actividad laboral desempeña un papel preponderante (conciliación de la vida familiar y laboral, turnicidad, relación con los compañeros, mandos, etc.).

Ante este panorama intentaremos aclarar conceptos y fijaremos líneas generales de actuación para conseguir atajar este fenómeno sociolaboral que se da en las empresas y del que tanto se habla en estos últimos años.

2. Definición. Clasificación

El primer problema con el absentismo surge a la hora de intentar definirlo. No existe una definición acordada ni una fórmula estándar para calcularlo. Existen muchas, pero quizás la que lo describe de forma más simple y clara es: "Aquella parte del tiempo contratado en que el trabajador está ausente (con motivo justificado o sin él)". Genéricamente se entiende por absentismo la no presencia del trabajador en el puesto de trabajo debido a alguna de las siguientes causas: enfermedad, maternidad, accidentes, retrasos, faltas, permisos, conflictos laborales, horas sindicales. Las vacaciones o los días festivos no son absentismo. También hay que diferenciarlo del "abstencionismo" o "presentismo", en donde la presencia física del trabajador se da pero omite su participación en el desempeño laboral.

Podemos clasificar el absentismo en:

1. Absentismo legal o involuntario. Se caracteriza porque supone un coste para la empresa y el trabajador sigue percibiendo su remuneración (absentismo retribuido). Lo componen: la enfermedad común, el accidente laboral, las licencias legales y otros (inclemencias del tiempo, catástrofes, etc.).
2. Absentismo personal o voluntario. También supone un coste para la empresa pero el trabajador no sigue percibiendo su remuneración (absentismo no

retribuido). En este grupo están incluidos: los permisos particulares, las ausencias no autorizadas y los conflictos laborales.

En general, la causa más frecuente de absentismo laboral la constituye la enfermedad común, muy por delante de los demás motivos de ausencia del puesto de trabajo.

3. Indicadores para su gestión

Como hemos referido anteriormente, no existe una única fórmula aceptada por todos para calcularlo; de ahí las dificultades para realizar comparaciones entre unas empresas y otras. No obstante, daremos a continuación una serie de índices que creemos suficientes para poder gestionar cualquier tipo de absentismo laboral en una empresa y aquellos que nos van a aportar una información útil a la hora de buscar soluciones.

$$\text{Índice absentismo} = \frac{\text{Índice absentismo} \cdot 100}{\text{Horas teóricas a trabajar}}$$

$$\text{Índice absentismo legal (IAL)} = \frac{\text{Horas de trabajo retribuidas (*)} \cdot 100}{\text{Horas teóricas a trabajar}}$$

(*) Horas no trabajadas retribuidas: accidente, enfermedad, licencia legal, otros.

$$\text{Índice absentismo personal (IAP)} = \frac{\text{Horas no trabajadas No retribuidas (*)} \cdot 100}{\text{Horas teóricas a trabajar}}$$

(*) Horas no trabajadas no retribuidas: permisos, ausencias no autorizadas, conflictos laborales.

$$\text{I.A.M.} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de ausencias} \cdot 100}{\text{n}^\circ \text{ de trabajadores}}$$

IAM = Índice de absentismo momentáneo o medio (según se valoren las ausencias que se dan en un momento determinado o a lo largo de un periodo de tiempo).

$$\text{I. Frecuencia} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de ausencias} \cdot 100}{\text{n}^\circ \text{ de trabajadores en un periodo determinado (plantilla media)}}$$

$$I. \text{ Gravedad} = \frac{\text{Jornadas perdidas}}{\text{n}^\circ \text{ ausencias}}$$

$$I. \text{ Incapacidad} = \frac{\text{n}^\circ \text{ Jornadas perdidas}}{\text{Plantilla media}}$$

Estos tres índices se pueden relacionar entre sí:

$$100 \times I. \text{ Incapacidad} = I. \text{ Frecuencia} \times I. \text{ Gravedad}$$

Otros índices de interés para la gestión de absentismo por incapacidad temporal son los que utiliza el INSALUD habitualmente:

$$\% \text{ de bajas} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de trabajadores que están de baja a final de mes} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de trabajadores}}$$

$$\text{Índice de bajas mensual (IBM)} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de nuevas bajas iniciadas en el mes} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de trabajadores}}$$

$$\text{Duración media de las bajas (DMB)} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de días de baja (*)}}{\text{n}^\circ \text{ de altas dadas en ese mes}}$$

$$\text{Duración media de las bajas por trabajador} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de días de baja (*)}}{\text{n}^\circ \text{ de trabajadores}}$$

(*) Número de días de baja que han estado los trabajadores que han sido alta durante ese mes o durante un periodo determinado.

4. Importancia del absentismo laboral

Ya hemos definido y clasificado el absentismo laboral pero intentemos, brevemente, desglosar los motivos por los que el absentismo laboral es muy importante para el sector empresarial de una población, así como para la Administración sanitaria:

- Origina problemas organizativos.
- Es origen de pérdida de eficacia y calidad.

- Para el responsable operativo supone un problema inmediato.
- Para el responsable supone la existencia de problemas de seguridad o salud o de incumplimiento de la normativa laboral.
- Para la dirección es una variable que incide en los costes laborales.
- Para los demás empleados, un incremento de la carga de trabajo o disponer de un colaborador menos fiable.
- Para el empleado absentista puede ser una estrategia para reducir el estrés laboral, una manifestación de insatisfacción o de falta de compromiso con sus obligaciones laborales.

Hemos de tener en cuenta que, la mayoría de las veces, el absentismo es un indicador de “salud de la organización” y en muchas ocasiones expresa un sentimiento de huida de la empresa. Y ¿por dónde se huye? Pues por la vía más fácil, menos conflictiva y que menos repercusión tiene para el bolsillo de cada uno: la vía sanitaria, la de la baja médica. Es fácil de conseguir de cualquier médico ya que éste, en pocos minutos de consulta, debe constatar una enfermedad y la posible incapacidad temporal para el desempeño del trabajo que viene realizando el trabajador, desconociendo casi siempre las características específicas de dicho puesto de trabajo y otras circunstancias sociolaborales.

5. Abordaje del absentismo laboral en las empresas

Llegamos al punto fundamental del absentismo laboral y donde nos surgen todas las dudas: cómo acometemos ese problema y, lo que es más importante, cómo lo solucionamos.

Intentemos, de una forma clara y concisa, enumerar las líneas fundamentales que, a nuestro parecer, se deben dar siempre para la buena gestión de este problema laboral.

En primer lugar, debemos tener claro que existen cuatro tipos de factores a la hora de explicar el absentismo: el entorno institucional, el empleado o trabajador, la empresa y las características del trabajo realizado.

Una vez abordado, seguiremos una serie de directrices:

1. **Análisis.** Es imprescindible un análisis previo antes de abordar el problema del absentismo. Debe ser exhaustivo. Se deberán analizar las pirámides de edad, características de los puestos de trabajo, convenio colectivo, estructura organizativa de la empresa, etc.
2. **Investigación.** La causa del absentismo laboral es, siempre, multifactorial. Pueden aparecer unas con mayor peso específico que otras, pero nunca obedece a una sola causa. Así pues, no nos debemos conformar con encontrar la más importante. En la gestión global del absentismo, el olvido de las causas menos importantes puede ser motivo del fracaso del resultado final.
3. **Multidisciplinar.** El control-gestión del absentismo laboral hay que abordarlo, en todas las ocasiones, de forma conjunta entre el departamento de recursos humanos de las empresas, el servicio de prevención (propio o ajeno), mutuas, dirección, mandos y representantes de los trabajadores (comité de empresa y comité de seguridad y salud). Todos, de una u otra forma, deben implicarse en la búsqueda de soluciones. Hay que establecer un modelo de gestión común a todas estas áreas. Las pautas de actuación deben ser complementarias y estar suficientemente coordinadas. Es un gran error creer que, actuando sobre una causa concreta, solventaremos el absentismo. Lo podremos reducir a corto-medio plazo, pero al cabo de un tiempo tendrá un "efecto rebote" volviendo a situaciones iniciales.
4. **Motivación.** Es muy importante reforzar la cultura corporativa y generar motivación para que el empleado se sienta identificado con la empresa. Para ello se requiere la creación de un buen canal de información y comunicación en todos los niveles de la empresa.
5. **Seguimiento.** Debe establecerse un seguimiento en el que, de forma periódica, sean analizadas las pautas adoptadas y si han aparecido otras que puedan incidir en la evolución del absentismo.
6. **Simplicidad.** Las soluciones deben ser simples en su desarrollo y encaminadas directamente a solucionar los aspectos detectados en el análisis inicial. Las soluciones más eficaces no son las más costosas a corto-medio plazo.
7. **Diferenciación.** Es fundamental que las empresas sepan diferenciar el absentismo laboral justificado del que no lo es. Que vean el fenómeno de absentismo como algo más amplio de la actitud fraudulenta o no fraudulenta.

8. **Actuación.** El enfoque de actuación debe ser global. Una vez analizado el problema y las causas que lo provocan, se deben involucrar a todas las partes implicadas y asignar tareas y responsabilidades claras dentro de la planificación establecida destinada a controlarlo.

Hay que pretender mejorar la gestión global del absentismo con criterios empresariales, con un doble fin: el conocimiento de los focos de mayor absentismo y análisis de sus causas y la reducción del absentismo de forma progresiva y mantenida.

Siempre es mejor el análisis y la gestión preventiva “a priori” (mejora del absentismo a medio y largo plazo y no empeora el clima sociolaboral en la empresa) que el control del absentismo “a posteriori” –medidas coercitivas– (sólo mejora el absentismo a corto y medio plazo y enrarece el clima sociolaboral en la empresa).

No es lo mismo el control del absentismo que la gestión del absentismo. En el control del absentismo, la dirección y el departamento de RR. HH. de una empresa adoptan medidas exclusivamente empresariales y en la gestión, se crea un equipo multidisciplinar dentro de la empresa para la “mejora de la salud global” de la misma. Por ello entendemos que la gestión del absentismo de una empresa puede y debe abordarse, sin tapujos, dentro de la perspectiva de la promoción de la salud. Una empresa saludable no tiene el absentismo alto.

Entendemos que el absentismo laboral se debe administrar, desde la prevención de riesgos laborales, como causa de un riesgo laboral latente que es desencadenado por agentes estresores, que están relacionados con la disconformidad laboral e inciden muy directamente sobre la organización laboral de una empresa.

Las soluciones o medidas a adoptar pueden ser muy diferentes y con un grado de efectividad variable según el nivel de análisis previo efectuado en el abordaje del problema.

Ejemplos de medidas a adoptar:

- Aplicación de medidas tras estudios ergonómicos específicos.
- Evaluaciones de riesgos más definidas incluyendo las del área psicosocial.
- Fisioterapia en la empresa.
- Charlas formativas.

- Programas de promoción de la salud.
- Conciliación de la vida familiar y laboral.
- Potenciación de medidas preventivas (educación sanitaria, campañas preventivas, vacunación antigripal, reconocimientos médicos iniciales, periódicos y específicos).
- Realización de pruebas complementarias específicas que permitan adelantar los diagnósticos y, por tanto, los tratamientos a iniciar.
- Detección precoz de patologías, de carácter permanente, incapacitantes y/o invalidantes.
- Orientación a la mejor adaptación de los trabajadores a los puestos de trabajo.

Por último, indicaremos las ventajas de una correcta y adecuada gestión del absentismo:

- Mejora de los costes laborales y, por tanto, de la producción.
- Mejora del clima laboral y, por ende, de los riesgos psicosociales.
- Reducción de los índices de accidentalidad (se detectan “focos de riesgo”).
- Mejora de la salud de los trabajadores al tener una visión de esta más integrada dentro de la empresa. Es lo que denominamos “integración del valor salud” (promoción de la salud en la empresa).
- La empresa adquiere un valor añadido que cada vez se valora más como empresa saludable, más allá del cumplimiento de las disposiciones legales.

6. Presentismo laboral

La reducción del absentismo laboral, sobre todo durante un periodo de crisis económica como el actual, ha supuesto un aumento (se habla de un 40% en los últimos años) de lo que llamamos “presentismo laboral, absentismo presencial o síndrome de la silla caliente”, que no es más que la situación que se produce cuando un trabajador, estando en su trabajo habitual, sufre una merma considerable de su

rendimiento, o lo que es lo mismo, disminuye su productividad. También abarca a aquellos casos en los que el empleado alarga su jornada laboral pero sin por ello aumentar la producción, con el fin de que se note su presencia en la organización.

Estas actitudes repercuten negativamente en el ámbito personal del individuo y en el entorno laboral, suponiendo una merma considerable en la productividad, eficacia y eficiencia de una empresa.

El presentismo se puede manifestar de cuatro formas:

- a) Alargamiento de la jornada laboral simulando trabajar más.
- b) Aumento del tiempo en solventar y resolver los problemas o incremento de la dificultad de su trabajo de forma innecesaria.
- c) Queja continua del volumen de trabajo que se tiene cuando, en realidad, su productividad es más bien baja.
- d) Acudir al trabajo estando enfermo o en malas condiciones de salud. No acuden a su médico de atención primaria para evitar la baja laboral por temor al despido o a la posible sustitución de su puesto por otra persona. Esto se da sobre todo en los contratos eventuales, tan frecuentes en la actualidad, pero también están apareciendo en personal fijo con contratos indefinidos.

El presentismo supone una disfunción evidente entre “la motivación” y “la productividad”. Y esto conlleva a una insatisfacción laboral mantenida. Obviamente la motivación es particular y específica para cada persona, ya que depende de los deseos que le impulsan para desarrollar su trabajo. Pero hay parámetros bastante comunes entre las personas que integran un grupo de trabajo. La productividad la entendemos aquí como la habilidad de fijar para uno objetivos laborales por encima de lo normal.

El absentismo laboral y el presentismo no son más que dos caras de la misma moneda y ambos tienen una cosa en común: la desmotivación de los trabajadores.

Este fenómeno no se suele dar tanto en las cadenas de montaje y plantas automatizadas donde tiene que darse una producción final determinada, y si esta no se consigue, se buscan las causas. Se suele dar en profesionales con cierta capacidad de autonomía en la gestión de su trabajo y en la toma de decisiones, por lo que generalmente se trata de mandos intermedios y jefes. También se

produce básicamente en dos tipos de colectivos: aquellos con dificultades para hacer valer sus derechos laborales y los que padecen inseguridad en el trabajo.

Y ante toda esta encrucijada, ¿qué hacer? Lo primero de todo es reconocer que estamos ante una problemática nueva, actual, a la que debemos enfrentarnos. También debemos cuantificar cuánto supone de impacto sobre la productividad y accidentalidad. Finalmente, tendremos que desarrollar programas dirigidos sobre todo a la prevención de sus causas. Utilizando un símil médico: no debemos dar una aspirina para el dolor, hemos de buscar el/los motivos/s que originan ese dolor para actuar sobre ellos. Es mucho más efectivo y duradero en el tiempo.

También surge un problema. No existen indicadores específicos para cuantificar el presentismo tal y como ocurre con el absentismo, por lo que no tendremos ese tipo de herramientas para su análisis. Por ello es muy importante la recogida de datos, relacionados con el tema, entre los trabajadores.

Establezcamos una serie de pautas generales que creemos que son fundamentales para abordar cualquier estudio sobre el supuesto presentismo de una empresa y la adopción de medidas para evitarlo:

- **Transparencia.** Los trabajadores deben estar informados de la evolución de la empresa y de las medidas que se van adoptando para evitar situaciones que mermen su productividad.
- **Participación.** Involucrar a los trabajadores en los resultados de la empresa, integrándolos en los objetivos del proyecto. Es muy importante preguntarles y escucharles sobre los factores que son susceptibles de mejora. Todo ello ayuda a mejorar la productividad.
- **Motivación.** Es imprescindible el establecimiento de objetivos y metas específicas para los trabajadores con el fin de fomentar su motivación y mejorar su eficiencia en su trabajo diario. Lo importante no es realizar tareas, sino conseguir objetivos.
- **Educación/aprendizaje.** Hay que instruir a los trabajadores sobre las pautas de comportamiento que deben realizar para garantizar una adecuada sintonía entre salud y trabajo. Para ello deberán marcarse objetivos realistas en el trabajo, priorizar las tareas, pedir apoyo a compañeros y mandos, mantener una comunicación fluida con los superiores, realizar una alimentación correcta y hacer ejercicio de forma regular.

Como resumen podemos establecer que tanto el absentismo como el presentismo laboral suponen dos causas muy importantes de disminución de la productividad de una empresa, que deben ser abordadas específicamente para cada organización o empresa, a raíz de un profundo análisis de su situación actual, con el fin de establecer una diagnosis de las causas que lo motivan y poder generar pautas de actuación correctas y efectivas.

7. Bibliografía

Alcover de la Hera, C. M., Moriano León, J. A., Osca Segovia, A., Topa Cantisano, G. *Psicología del trabajo*. Librería UNED, 2012.

Ariño Lecina, E. *Presentismo laboral*. 2012. Disponible en: <http://buscountrabajo.es/presentismo-laboral>.

Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT). *Informe "Incapacidad temporal por contingencias comunes"*, 2009.

Bengoia, J. *Consultas Price WaterhouseCoopers*. Seminario "Gestión del absentismo en la empresa".

Blasco de Luna, F. J., Blázquez Agudo, E. M., Díez-Ordás, E. et al. *I Informe Adecco sobre absentismo laboral*. Garrigues, Fremap, 2011.

Blasco de Luna, F. J., Rodríguez de Galarza, D. Aguado, G. et al. *II Informe Adecco sobre absentismo laboral*. Garrigues, Fremap, 2012.

Caballero Montanary, L. ERGA-Noticias, nº 103, p. 3. INSHT, 2008. Disponible en:

Club Cecot. *Absentismo laboral*. Terrasa. Recursos humanos, 2005.

EFE. "Del absentismo laboral al presentismo laboral". 2012. Disponible en: <http://www.abc.es/salud/noticias/absentismo-laboralal-presentismo-laboral-12407.html>.

"El presentismo, nuevo fenómeno laboral ante el temor a perder el empleo". 2010. Disponible en: <http://www.elmundo.es/mundodinero/2010/11/04/economia/1288885926.html>.

Fernández García, R. "El presentismo laboral. Una amenaza silenciosa". *Revista Gestión Práctica de Riesgos Laborales*. 2011, nº 83.

García Carro, A. "Presentismo laboral. Insatisfacción laboral contra productividad y competitividad". 2013. Disponible en: <http://www.mvpasesores.com/revista/presentismo-laboral.aspx>.

"Gestión y control del absentismo laboral". *Revista Gestión Práctica de Riesgos Laborales*. 2007, nº 35.

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/Erga-Noticias/Ficheros/2008/ErgaNot103.pdf>.

Ministerio de Trabajo. Encuesta de Coyuntura Laboral realizada por el Ministerio de Trabajo. Encuesta trimestral de coste laboral realizada por el Instituto Nacional de Estadística, 2012.

Molinera Mateos, J. F. *Absentismo laboral*. FC Editorial, 2006.

Observatorio de Riesgos Psicosociales UGT. *Presentismo laboral. Fichas de Prevención*. 22/2012.

OECD. *Health Data*, 2011.

"Pautas para evitar el absentismo laboral". *Cinco Días*, 15 de noviembre de 2006.

Peiró, J. M., Rodríguez, I., González, M. G. *El absentismo laboral. Antecedentes, consecuencias y estrategias de mejora*. Universitat de Valencia. UMIVALE, 2008.

Ribaya, F. J. "La gestión del absentismo laboral". *Capital Humano*. 1998, nº 111. Suplemento Empleo.

Ribaya Mallada, F. J. R. La gestión del absentismo laboral en las empresas españolas. Atenea: Publumatic, 2004. Disponible en: <http://www.revistainterforum.com/espanol/pdfes/Absentismo-Laboral-empresas-esp.pdf>.

Sánchez Gallo, D. *El absentismo laboral en España*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Madrid. Universidad Rey Juan Carlos, 2012-2013.

Vera Calzaretta, A. "Presentismo laboral". *Ciencia & Trabajo*. 2007, 9(24), abril-junio de 2007.

4.3. PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL, SATISFACCIÓN Y COMPROMISO LABORAL

Roberto Sánchez Caballero

Director del área Desarrollo
y Compensación de RR. HH. de PREMAP
Seguridad y Salud

Resumen

Las organizaciones han de entender que los tiempos cambian, las sociedades y sus necesidades también. Conseguir que una compañía evolucione, se adapte o, mejor aún, se anticipe, se plantee nuevos retos y continúe avanzando, única forma de sobrevivir, no se obtiene con cambios en las metodologías ni en las herramientas, sino por las personas que conforman la compañía, que cedemos la balanza hacia el éxito o el fracaso. Y no es fácil encontrar el camino, las relaciones entre empresa y empleados, la gestión de las normas internas, las retribuciones, políticas y filosofías, el día a día, etc., todo forma parte del clima organizacional con el que se pretende conseguir crear un ambiente en el que la gente se encuentre feliz realizando su trabajo, se sienta motivada y comprometida, y pueda aportar al proyecto común lo mejor de sí mismo.

1. Introducción

No hay una receta única para conducir a una empresa hacia el éxito, o dicho de otra forma, lo que en una organización puede ser adecuado, no tiene por qué funcionar en otra, puesto que los entornos, las ideas, la cultura grupal, etc., nunca son idénticos. Pero sí hay factores comunes en las empresas que encuentran el éxito; en ellas la búsqueda del conocimiento, el talento y la capacidad de las personas de unirse frente a los retos, sentirse comprometidos y motivados y alcanzar un nivel de rendimiento alto y sostenible en su trabajo son, a pesar de no ser tangibles, su activo más valioso. Es el capital invisible de la compañía, pero

imprescindible y necesario. Capital que las empresas han de gestionar, desarrollar, encauzar y alienar con sus propios objetivos.

¿Y cómo podemos reconducir nuestra organización hacia este camino?, pues mediante la aplicación de políticas, filosofías y principios éticos y coherentes, basados en el ejemplo, aplicando estilos de liderazgo participativos que fomenten la investigación y premien el trabajo inteligente, que nos hace sentirnos reconocidos, necesarios e importantes, y sin perder de vista que tan importante es lo que se da, como cómo se da. Y la implantación de programas de desarrollo de personas y gestión del talento, que permitan dar a conocer a cada colaborador qué es lo que se espera de él y cómo avanzar juntos.

2. Políticas y filosofías

La irrupción, ya hace muchos años, de normas y procedimientos de gestión en materias como pueden ser la calidad, el medio ambiente, la prevención o la RSC, entre otros, hizo proliferar documentos que recogían las políticas y principios de la empresa, y que no siempre se materializaban en algo más allá del marco en que cuelgan en un vestíbulo o en un despacho, ¿en qué vestíbulo está colgado la política de gestión y de control del gasto?

Es la parte inherente de la forma de operar y la cultura empresarial, aun no estando escrita, la que de una u otra forma se aplica, se respira y se manifiesta en el trato con nuestros colaboradores, clientes y proveedores, y componen las señas de identidad de la compañía, y son estos valores los que generan motivación o desánimo, impulsan el desarrollo o nos conducen al desastre, y en consecuencia, los que hay que identificar para persistir en el empeño o reconducir.

Ya no cabe duda de que un buen clima laboral tiene repercusiones positivas, pero en algunas ocasiones se adoptan medidas hacia lo urgente. En estas circunstancias la compañía tiene la difícil tarea de equilibrar la balanza con la aplicación de acciones (coherentes con la situación) que cultiven el buen ambiente, que mantengan la ilusión y la identificación con el proyecto. De lo contrario, estaremos olvidándonos de los empleados que irán perdiendo la moral.

Las políticas y filosofías son abordadas de una u otra forma en los diferentes capítulos, por lo que no pretendemos profundizar, pero sí resaltar, que no son políticas aisladas e independientes, sino que se integran y transmiten unos valores de la organización que afectan al bienestar de la persona en el seno de la

organización, e influyen en su compromiso y satisfacción, su productividad y, en consecuencia, sobre su salud.

3. Liderazgo

Toda compañía requiere que sus directivos y mandos intermedios tengan conocimiento del negocio, comprendan el mercado en el que se mueven, tengan capacidad de análisis de los datos de la compañía según los cuales establecer la estrategia, y está claro que si se trata de una persona comprometida con la empresa y su trabajo, su elección como jefe sólo puede tener éxito. Por desgracia, es habitual olvidarse un parámetro esencial: el liderazgo.

Se necesitan líderes, capaces de influir en las emociones de un colectivo, generando confianza y motivando a las personas para que trabajen con intensidad, alcancen los resultados deseados, innoven e implementen cambios, y todo ello compartiendo ideales y propósitos que den una identidad grupal e induzca a actuar libres de restricciones, con el convencimiento de que las líneas establecidas son las más adecuadas, de forma que todos estén implicados con la causa, y no necesite directivas ni recompensas ni que les digan lo que tienen que hacer.

En definitiva, es tan importante el conocer hacia dónde hay que ir y el querer ir, como el acertar con el recorrido y la forma en la que vamos a llegar a los objetivos, incluso cuando no se alcanzan, conseguir que el colectivo se levante nuevamente, involucrando a todos para volver a intentarlo.

Y es ese nivel de carisma, conocimientos de la actividad de la empresa y esfuerzo, el que alcanza la credibilidad necesaria y crea las condiciones para obtener el mayor compromiso que hace trabajar a todos por el placer del triunfo.

La buena noticia es que uno puede conseguir ser líder en una empresa, no es necesario ser un superhombre. Eso sí, en algunas personas el liderazgo es más natural, aunque no suficiente, para el resto, se nos requiere más esfuerzo, tiempo y confianza en uno mismo.

¿Y cómo ha de actuar un líder?, pues aplicando la escucha activa de las ideas de su equipo, teniéndolas en cuenta siempre que sea posible, y de no serlo, explicando, aclarando y justificando el porqué. Dando confianza a los colaboradores para tomar decisiones, y respaldando y asumiendo, especialmente en los errores, las decisiones consensuadas, predicando con el ejemplo y dentro de un

marco coherente y ético que haga sentirse a los miembros del equipo reconocidos, necesarios e importantes.

4. El empleado como principal activo

Hubo un tiempo en el que pensaba que la frase “el empleado es el principal activo” era aplicable casi en exclusividad a las empresas de sectores no industrializados, ya que las materias primas, los procesos, etc., ocupan su propio espacio y, en consecuencia, se reducían el de las personas. Pensaba que las compañías de estos sectores sólo lo decían de cara a la galería. Con el paso de los años, me doy cuenta de que es aplicable a todo tipo de empresas, pues todos los empleados pueden aportar mejoras, y el valor de estas aportaciones tienen múltiples beneficios sobre la productividad, el compromiso y la felicidad de las personas y su rendimiento.

Algunas de las organizaciones que publicitan como eslogan interno y externo que el empleado es el principal activo, paradójicamente en situaciones en las que los resultados no son los deseables, las evidencias demuestran todo lo contrario. Estos valores, políticas y principios, forman parte de un todo, y se hace difícil explicar que cuando nos interesa es blanco, y cuando no, hay que salvar la cuenta de gestión reduciendo la plantilla. Es evidente que una compañía no ha de esperar a que los problemas se resuelvan por sí solos, pero antes de tomar algunas medidas se ha de valorar otras alternativas, analizar la totalidad del impacto, desde la moral de los que quedan, a la pérdida de conocimiento o imagen de la compañía de cara a los clientes; ¿y si se reconducen los recursos para tapar las debilidades?

5. Planes de desarrollo y gestión del talento

Alcanzar los objetivos de productividad, el compromiso laboral y la satisfacción por el trabajo bien hecho requiere abordar con transparencia las decisiones y el porqué de las cosas que a cada uno de nosotros nos incumbe en nuestro trabajo para ejecutarlas, y ante situaciones adversas, poder analizar las diferentes causalísticas y tomar decisiones dentro de sus capacidades con la mayor información posible; de lo contrario, no se obtiene pasión, ni ganas.

Se detallan a continuación los aspectos básicos para elaborar un plan de desarrollo y gestión del talento.

5.1. Planes de carrera y de sucesiones

Al hablar de planes de carrera, nos referimos a la ruta congruente por la cual una persona puede, partiendo de una posición concreta, avanzar en el seno de la empresa, mientras que al hablar de un plan de sucesiones, nos referimos a las diferentes vías por las que se puede alcanzar una posición concreta desde una posición de menor responsabilidad. En definitiva, se trata de lo mismo, pero visto desde otra perspectiva, la del origen (plan de carrera) frente a la del destino (plan de sucesiones).

Con la elaboración de los planes de carrera y de sucesiones se pretende dar a conocer las rutas congruentes (no exclusivas) por las que una persona puede avanzar y crecer en el seno de la empresa y difundir los conocimientos, habilidades y competencias requeridas.

5.2. Catálogo de cualificaciones

No cabe duda de que otro de los aspectos básicos en todo plan de desarrollo es el de definir para cada puesto de trabajo las habilidades, capacidades, cualidades, conocimientos y aptitudes que la organización establece como requisitos claves para el éxito.

Y a partir de este catálogo de cualificaciones (competencias más conocimientos), establecer un sistema que enfrente el nivel requerido con el nivel en el que se encuentra el individuo.

5.3. Evaluación del desempeño

La evaluación del desempeño es un proceso de valoración y análisis periódico del rendimiento y el talento del empleado y nos permite elaborar un plan de desarrollo personalizado que contribuya a la progresión del empleado.

Para ello se requiere identificar múltiples factores como pueden ser:

- Desde los objetivos institucionales hasta los objetivos particulares que afectan al individuo y su equipo.
- La misión, responsabilidades y dependencias que tiene uno mismo, como las de sus colaboradores y jefes.

- O las potenciales trayectorias que a lo largo de su carrera profesional puede desarrollar en el seno de la empresa (plan de carrera y sucesiones).

El detenerse por un momento y pensar de forma individual en cada uno de los colaboradores te permite asentar y estructurar ideas para transmitir el mensaje adecuado, con un enfoque positivo y motivador, que oriente hacia los objetivos y ayude con herramientas, directrices y líneas a seguir para poder alcanzarlos.

Pero este tiempo dedicado a la reflexión no es suficiente para abordar al colaborador y comunicar “de memoria” el mensaje. Es necesario dar importancia al propio proceso, crear el clima adecuado y escuchar. Permitir que nos aporte información sobre sus propios gustos y sus ideas y su punto de vista sobre el resultado de su trabajo, conformando el entorno de análisis que nos ha de permitir no sólo elaborar un plan de desarrollo personalizado para cada uno, que integre los objetivos profesionales y personales del individuo con los de la empresa, sino también conseguir su implicación y compromiso para afrontar los retos, e incluso aportarnos nuevos enfoques e ideas que puedan llegar a cambiar el rumbo de la empresa.

De esta forma uniremos la gestión por objetivos en la que se valora el rendimiento medible:

- Dimensión del trabajo realizado: lo que hay que hacer.
- Lo que se hace: qué y cuánto.
- El resultado de lo que se hace en términos de calidad.

Con la gestión del talento:

- Qué puede hacer: aptitud.
- Qué sabe hacer: conocimientos.
- Cómo lo aborda: actitud.

Y nos ayude a identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora, proponiendo para cada uno de los empleados y de forma personalizada los aspectos en los que avanzar (ya sea a través del estudio, la formación, desarrollar habilidades, etc.), para alcanzar los objetivos de desarrollo, promoción y evolución en el seno de la empresa.

Es importante tener presente que es habitual buscar debilidades para corregirlas, más que identificar fortalezas para después acercarlas a la excelencia. Mejorar

las debilidades significativas tiene impactos positivos, pues no serán una rémora, pero eso no te llevará mucho más allá. Si se invierte el tiempo en corregir debilidades, las fortalezas no llegarán a excepcionales. Hemos de pasar de buscar el no estar por debajo de la media en nada a sobresalir en unas pocas, eso sí, las que tengan impacto sobre los objetivos de la organización. Además, hay muchas diferencias en la motivación en corregir debilidades y potenciar fortalezas.

La productividad empresarial y la satisfacción laboral residen en la implicación, el compromiso, el convencimiento y la implicación de todos, especialmente de los mandos, y requiere además de transmitir objetivos, de animar para alcanzar los retos y escuchar propuestas, plantear hitos de control para analizar la evolución de los indicadores y reflexionar sobre cómo se han afrontado los retos para modificar, adaptar o reconducir los planteamientos y las conductas. El desarrollo de personas es una carrera de fondo en la que se requiere continuidad, sin olvidarnos de evolucionar y refrescar el proyecto con las novedades y tendencias.

4.4. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA

Fernando J. Rosado Martín

Médico especialista en Medicina del Trabajo.
Sociedad de Prevención de FREMAP

Resumen

La importantísima repercusión sanitaria y social y el enorme coste económico que suponen las enfermedades y muertes producidas por accidentes y enfermedades laborales han propiciado que, desde las diferentes organizaciones internacionales y organismos estatales involucrados, se hayan adoptado diferentes medidas de actuación, encaminadas por un lado a la identificación y cuantificación del problema, y por otro lado, a la adopción de medidas preventivas con las que intentar evitar o reducir las consecuencias derivadas del problema.

En el desarrollo del presente capítulo destacamos aquellas medidas, de ámbito internacional y comunitario, que han tenido una mayor repercusión, no sólo en la cultura preventiva de la población laboral, sino también en la actualización de la legislación española en materia de prevención de riesgos laborales y de seguridad y salud de los trabajadores.

Dos grupos de esas medidas son la que parecen haber tenido una mayor repercusión en el desarrollo de la prevención laboral española.

Nos referimos, en primer lugar, a los convenios y recomendaciones de la OIT sobre la materia, ratificados por los Estados miembros, incluida España, cuyas directrices sirvieron de base para el desarrollo de nuestra normativa interna. Entre estos, queremos destacar la publicación del Convenio OIT nº 155, sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, en el que se

dictaron los principios que debían regir en las políticas nacionales de actuación en materia de seguridad y salud laboral.

En segundo lugar, el ingreso de España como país miembro de la Unión Europea trajo como consecuencia la necesidad de trasponer a nuestro ordenamiento jurídico todas aquellas disposiciones europeas en materia seguridad y salud de los trabajadores.

La transposición de la Directiva Marco 89/391/CEE, en la que se establecieron los principios generales de la acción preventiva en la empresa, incluidos los derechos y deberes de empresarios y trabajadores, trajo como consecuencia la publicación en el año 1995 de nuestra actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece como objetivo la promoción de la seguridad y salud de los trabajadores a través de la prevención. En esta concepción de la prevención podemos aplicar aquellos “niveles de prevención”, definidos por la OMS dentro del marco general de la Salud Pública, pero que como veremos más adelante, pueden ser perfectamente adaptados al ámbito de la Salud Laboral.

1. Introducción

Cada año mueren unos dos millones de personas a causa de enfermedades y accidentes del trabajo. Se estima que unos 160 millones de personas sufren enfermedades relacionadas con el trabajo y que cada año se producen unos 270 millones de accidentes laborales mortales y no mortales vinculados con el trabajo.

Para prevenir los daños a la salud ocasionados por el trabajo se constituyó la Organización Internacional del Trabajo (OIT), principal organismo internacional encargado de la mejora permanente de las condiciones de trabajo. La constitución de la OIT establece el principio de protección de los trabajadores respecto de las enfermedades y de los accidentes del trabajo.

Las normas de la OIT sobre seguridad y salud en el trabajo proporcionan instrumentos esenciales para que los gobiernos, los empleadores y los trabajadores instauren dichas prácticas y prevean la máxima seguridad en el trabajo.

La Convención de 1981 de la OIT sobre la Seguridad y Salud nº 155 y sus recomendaciones nº 164 dispone que se adopten medidas políticas nacionales de

seguridad y salud en el trabajo y estipula las actuaciones necesarias tanto a nivel nacional como a nivel empresarial para impulsar la seguridad y salud en el trabajo y la mejora del medio ambiente.

La Convención de 1985 de la OIT sobre Seguridad y Salud nº 161 y sus recomendaciones nº 171 dispone la creación de servicios de salud laboral que contribuyan a la implantación de las medidas políticas de seguridad y salud en el trabajo.

En Europa, la Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo estableció las normas básicas en materia de protección de la salud y la seguridad de los trabajadores. Las medidas adoptadas pretendían sobre todo eliminar los factores de riesgo de enfermedad y de accidentes de trabajo. Esta Directiva fue transcrita al ordenamiento jurídico español por medio de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales publicada en 1995.

La Ley de Prevención y el Reglamento de los Servicios de Prevención de 1997 establecen en nuestro país el marco jurídico de referencia sobre el que se desarrolla todo el entramado preventivo necesario para el cumplimiento de sus objetivos como es el de promover la seguridad y la salud de los trabajadores, estableciendo como principios generales, entre otros, la prevención de los riesgos profesionales y la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo.

2. El concepto de salud. La salud en el trabajo

Sin duda, la definición más conocida de la salud es la que ha realizado la OMS: "Salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades". La misma OMS en uno de sus informes anuales señala: "La salud no es algo que se posea como un bien, sino una forma de funcionar en armonía con su medio (trabajo, ocio, forma de vida en general). No solamente significa verse libre de dolores o enfermedades sino también la libertad de desarrollar y mantener sus capacidades funcionales. La salud se mantiene por una acción recíproca entre el genotipo y el medio total. Como el medio ambiente de trabajo constituye una parte importante del medio total en que vive el hombre, la salud depende de las condiciones de trabajo".

Para concretar esta relación entre la salud y el trabajo surge el concepto de salud ocupacional no tanto como distinción del concepto global de salud, sino como

una disciplina cuyo objetivo es el mantenimiento de la salud en el medio ambiente laboral.

Así, la OIT señala en su definición aquellos objetivos que han dado lugar a su concepción y que deben de guiar sus actuaciones.

“La salud ocupacional debe tener como objetivo la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y el bienestar social de los trabajadores en todas las ocupaciones, la prevención entre los trabajadores de las desviaciones de salud causadas por sus condiciones de trabajo, la protección de los trabajadores en su empleo contra los riesgos resultantes de factores adversos a la salud; la colocación y el mantenimiento del trabajador en un entorno de trabajo adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas y, para resumir: la adaptación del trabajo al hombre y cada hombre a su puesto de trabajo.” (OIT y OMS, 1950)

Por tanto, no debemos interpretar que exista una salud laboral y otra extralaboral. Cuando utilizamos el término de salud laboral nos referimos a aquellos estudios o acciones que tienen como finalidad conocer la importancia del trabajo en las alteraciones de la salud en una población, así como las medidas preventivas que se pueden realizar en el marco laboral. No podemos olvidarnos de la gran importancia que tienen los factores de riesgo laborales para la salud, ya que en el trabajo pasamos muchas horas de nuestra vida y, además, pueden existir riesgos que normalmente no están presentes en el ambiente extralaboral.

3. El riesgo laboral y la protección de la salud

Como hemos visto anteriormente, debemos considerar la importancia de los factores de riesgo en el trabajo como causantes de la pérdida de salud.

El trabajo puede considerarse en determinados aspectos como una fuente de salud, en tanto a que con el mismo las personas pueden conseguir una serie de aspectos positivos y favorables para la misma.

Por ejemplo, con el salario que se percibe se pueden adquirir los bienes necesarios para la manutención y bienestar general. En el trabajo las personas desarrollan una actividad física y mental que revitaliza el organismo al mantenerlo activo y despierto. Mediante el trabajo también se desarrollan y activan las relaciones

sociales con otras personas a través de la cooperación necesaria para realizar las tareas y el trabajo permite el aumento de la autoestima porque permite a las personas sentirse útiles a la sociedad.

Sin embargo, el propio trabajo también entraña peligros y riesgos cuya materialización pueden ser causa de daños de tipo psíquico, físico o emocional, según sean las condiciones sociales y materiales donde se realice el trabajo.

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), en su artículo 4, define el "riesgo laboral como la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo". Este concepto existe en el ámbito laboral porque la actividad laboral lleva implícito un cierto nivel de riesgo que, cuando coexiste con otras circunstancias adversas o en definitiva con malas condiciones de trabajo, favorece que el riesgo se materialice y se produzca un daño.

Los daños a la salud producidos como consecuencia de las malas condiciones de trabajo engloban dos términos diferentes: accidentes de trabajo y enfermedades del trabajo.

El término "accidentes de trabajo", desde su concepción legislativa, hace referencia a aquellos que se producen bajo una relación laboral y originan lesiones corporales en el trabajador. Esta definición ha sido ampliada por la jurisprudencia, incluyendo las lesiones psíquicas dentro de las lesiones corporales.

Son los indicadores inmediatos y más evidentes de unas malas condiciones de trabajo. De hecho, según las cifras propuestas por la OIT mueren 200.000 trabajadores en el mundo cada año por esta causa.

El término "enfermedades del trabajo" hace referencia a dos concepciones:

- Enfermedades profesionales: aquellas causadas directa y exclusivamente por un agente de riesgo propio del medio ambiente de trabajo. Se trata de un concepto legal, ligado a la indemnización que implica causalidad directa entre actividad laboral y patología.
- Enfermedades vinculadas o relacionadas con el trabajo: aquellas en las que las condiciones de trabajo son un elemento entre otros en la etiopatogénesis de una enfermedad multifactorial. Es decir, son inespecíficas y el trabajo puede causarlas en parte, agravarlas o acelerar su evolución.

De la propia existencia del riesgo y de sus consecuencias en la generación de accidentes y enfermedades, nace el consecuente proteccionismo laboral enfocado al concepto preventivo.

La OIT, organismo especializado de las Naciones Unidas, es el que se ocupa de los asuntos relativos al trabajo y las relaciones laborales.

La publicación del Convenio 155 de la OIT, convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, de 1981, establece los principios para el desarrollo de políticas nacionales en materia de seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, por parte de los países adheridos.

Estas políticas tendrían por objeto prevenir los accidentes y los daños para la salud que sean consecuencia del trabajo, guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante el trabajo, reduciendo al mínimo, en la medida en que sea razonable y factible, las causas de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo.

La Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo establece normas básicas en materia de protección de la salud y la seguridad de los trabajadores. Las medidas que prevé pretenden sobre todo eliminar los factores de riesgo de enfermedad y de accidentes de trabajo. Esta Directiva fue transcrita al ordenamiento jurídico español por medio de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales publicada en 1995.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales nace con el objeto de promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo, estableciendo los principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud.

En definitiva, en todo el ordenamiento laboral reseñado, el fin de "protección de la salud" gira en torno a un concepto principal, el de prevención.

4. La prevención del riesgo. Los niveles de prevención

Antes de abordar los niveles de actuación preventiva, debemos repasar la definición de algunos conceptos que nos van a ser de utilidad.

Entendemos como “prevención” el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas, en todas las áreas y fases de una empresa, con el fin de evitar los riesgos derivados del trabajo o minimizar sus consecuencias sobre los trabajadores.

Con la publicación de la Ley 31/1995, del 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, se estableció el marco general del mandato constitucional que obliga a los poderes públicos a velar por la seguridad y la salud en el trabajo. El objeto de la normativa es la de “promover la seguridad y la salud de los trabajadores”.

Promover la seguridad supone evitar la producción de accidentes. Promover la salud de los trabajadores supone velar por la salud física o ausencia de enfermedad, pero también evitar otras enfermedades que puedan afectar a la salud psíquica y emocional del trabajador ocasionadas por las condiciones del trabajo.

Al hablar de prevención de riesgos queremos referirnos a una actividad preventiva dirigida a evitar o anticiparse a la materialización de un riesgo previamente identificado, cuyas consecuencias podrían ser la generación de un daño a la salud. Adoptando las medidas necesarias, evitaríamos que este riesgo se materializara y con ello sus consecuencias o bien contribuiríamos a que en el caso de que se materializase, sus consecuencias fuesen las menores posibles.

Esta última definición introduce un matiz en las modalidades preventivas que conviene diferenciar. Por un lado, estamos hablando de acciones con un claro significado anticipatorio, es el caso de la prevención de los factores de riesgo para evitar la ocurrencia de un daño, o el caso de la promoción de la seguridad como medida de evitación del accidente. En ambos casos estaríamos previniendo la ocurrencia del daño.

Por otro lado, estamos hablando de que dentro del concepto preventivo se puede dar la posibilidad de que no podamos evitar el riesgo, o de que no podamos evitar el accidente o el desarrollo de una enfermedad laboral, y de que como consecuencia de ello, se produzca el daño. En estos casos, la acción preventiva tendría que ir encaminada a la minimización de las consecuencias del mismo, a la minimización del daño.

Estas diferencias “de finalidad” en el objetivo a conseguir son las que nos permiten establecer diferentes tipos o niveles de prevención.

Entendemos como tipos de prevención, según la OMS, a los distintos niveles en los que se atiende una enfermedad que afecta a la salud de los seres humanos.

Los denominados “niveles de prevención” fueron definidos por la OMS dentro del marco general de la salud pública, para su aplicación en la prevención de las enfermedades a nivel general.

En el ámbito de la salud pública, el concepto de *prevención*, según la definición de la OMS (1998), es el del conjunto de “medidas destinadas no sólo a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance, a atenuar sus consecuencias una vez establecidas”. De este modo, las acciones dirigidas a la prevención de la enfermedad deben ocupar un lugar preponderante en los sistemas asistenciales con la finalidad de incrementar los niveles de salud de la población.

Siguiendo estos principios y atendiendo a los diferentes periodos en la historia natural de la enfermedad (definidos por Leavell y Clark en 1958), la OMS vino a definir los tres niveles preventivos conocidos: prevención primaria, secundaria y terciaria, que están íntimamente ligados a cada uno de los periodos de la enfermedad que ahora veremos.

5. La prevención primaria, secundaria y terciaria. **Aplicación en salud laboral**

5.1. Historia natural de las enfermedades

Como hemos apuntado anteriormente, en la historia natural de las enfermedades se pueden distinguir tres periodos: prepatogénico, patogénico y de resultados.

- **Periodo prepatogénico:** comienza con la exposición a factores de riesgo o etiológicos, y en él desempeñan un papel importante los elementos que favorecen la susceptibilidad del huésped para padecer la enfermedad. Estos factores de riesgo pueden ser no modificables (edad, sexo) o, por el contrario, ser susceptibles de cambios inducidos por actuaciones de prevención primaria, que es posible llegar a eliminarlos o, al menos, conseguir un descenso significativo de la exposición del sujeto a ellos.
- **Periodo patogénico:** se distinguen habitualmente dos estadios o fases: pre-sintomática (sin síntomas ni signos de la enfermedad) y clínica. Durante la primera ya se han iniciado los cambios anatomopatológicos inducidos por el agente causal y en la segunda estas alteraciones orgánicas ya son lo suficientemente importantes como para dar lugar a manifestaciones en el paciente.

- **Periodo de resultados:** son las consecuencias del avance de la enfermedad inducida por los agentes causales (muerte, incapacidad, situación de enfermedad crónica o curación).

5.2. Niveles de prevención

Los distintos niveles de prevención que están en íntima relación con las fases de la historia natural de las enfermedades, enunciadas anteriormente, son:

- Prevención primaria frente a las causas.
- Prevención secundaria frente a la enfermedad en sus fases precoces.
- Prevención terciaria o rehabilitación, dado que previene la incapacidad.

Las actividades de *prevención primaria* son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo será disminuir la incidencia de la enfermedad.

Este tipo de prevención puede lograrse con la promoción de la salud y con la protección específica.

La promoción de la salud, según la Carta o Conferencia de Ottawa (OMS, 1986), se define como el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla.

La promoción de la salud se alcanza con un conjunto de medidas educativas, económicas y sociales tales como la educación sanitaria, la disponibilidad de alimentos que garanticen una buena nutrición, las condiciones adecuadas del trabajo, la disponibilidad de una vivienda apropiada y el desarrollo de hábitos saludables personales que mejoren el estado de bienestar psíquico, físico y emocional y, en definitiva, de salud.

Cualquier actitud, recomendación o intervención que haya demostrado su capacidad para mejorar la calidad de vida de las personas o de disminuir su morbi-mortalidad es, en sí misma, una medida de promoción de la salud.

La protección específica se refiere a todas aquellas medidas que de forma directa previenen el desarrollo de la enfermedad, por ejemplo el caso de las inmunizaciones, el desarrollo de programas específicos o la eliminación de sustancias ambientales nocivas.

Actúan en el periodo prepatogénico, es decir, antes de que la interacción entre los distintos factores y el individuo de lugar a la aparición de la enfermedad.

La *prevención secundaria* se refiere al conjunto de medidas que tiene como fin lograr un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y adecuado, además de limitar, en lo posible, la incapacidad y las posibles secuelas.

La prevención secundaria busca eliminar la enfermedad en sus primerísimas fases. Por ello, decimos lucha contra la prevalencia, por cuanto la enfermedad ya está entre nosotros.

Tiene lugar en la fase presintomática del periodo patogénico de la historia natural de la enfermedad. El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman los programas de cribado o detección (*screening*, tamizado, detección precoz), que consisten en el conjunto de procedimientos (pruebas de laboratorio, exploraciones radiológicas, etc.) que ofrece el sistema sanitario para detectar una enfermedad.

Las actividades de *prevención terciaria* se definen como aquellas que están dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida. Buscan enlentecer la progresión de la enfermedad y, con ello, evitar la aparición o agravamiento de complicaciones e invalideces, intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Como anteriormente hemos comentado, estos niveles de prevención fueron definidos para su aplicación, dentro del concepto genérico de salud, y en el ámbito de la salud pública, a la población general.

Sin embargo, la población trabajadora, además de estar sometida a todas las variables y factores que intervienen en la salud de las poblaciones, está expuesta a otros factores de riesgo de tipo biológico y químico, y a factores psicosociales y ergonómicos que causan accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y otras relacionadas con su actividad.

Dichos factores de riesgo pueden además actuar de forma simultánea, potenciando sus efectos y facilitando el desarrollo de la enfermedad o agravando estados preexistentes.

No sólo los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales son el resultado directo de las condiciones y exposiciones laborales, sino que las enfermedades

comunes, a cuyo estado puede ser agravado por estas condiciones de trabajo, también adquieren gran importancia en el incremento de los índices de prevalencia de la enfermedad y de la mortalidad general.

Para hacer frente a los accidentes y a las enfermedades relacionadas con el trabajo no podemos conformarnos con la idea de tener una red asistencial excelente, con prestaciones sociales para trabajadores enfermos o incapacitados, o con numerosos centros hospitalarios y de rehabilitación, ya que este plan es muy costoso y, además, no resuelve la problemática de los trabajadores.

Por ello, aunque los principios preventivos y los niveles de prevención definidos para la salud pública general siguen siendo válidos también para la población trabajadora, convendría adecuarlos al ámbito laboral y matizar algunas de las medidas preventivas de aplicación particular en seguridad y salud laboral.

A continuación, veremos cuáles deberían ser las adaptaciones de las definiciones de prevención primaria, secundaria y terciaria para la salud ocupacional relacionando, a modo de ejemplo, algunas de las actividades que podrían incluirse de cada uno de los tres niveles de prevención.

Las actividades que a continuación relacionamos, ordenadas por áreas de actuación, son aquellas que pueden formar parte de cualquier programa de prevención en salud laboral.

5.2.1. Prevención primaria en salud laboral

La prevención primaria en salud laboral estaría constituida por el conjunto de actividades orientadas a promocionar y preservar la salud de la persona en su ambiente de trabajo. Y las actividades que podrían formar parte de este nivel serían:

- A nivel de infraestructuras:
 - Definición de los objetivos del programa de salud laboral.
 - Definición de las características de los ambientes físicos requeridos para la ejecución de las actividades del programa.
 - Determinación de los procedimientos y normas del programa.

- Determinación del perfil requerido para el personal que va a desarrollar el programa de salud ocupacional.
- Determinación de las funciones del personal que desarrollará el programa.
- A nivel de atención al trabajador:
 - Selección del perfil de la población a incluir según los criterios previamente establecidos en el programa y de acuerdo a los objetivos previstos.
 - Realización de la historia laboral y evaluación de la salud del trabajador a su ingreso a la empresa.
 - Realización de las correspondientes pruebas complementarias de agudeza visual, auditiva, capacidad respiratoria, controles biológicos de exposición, etc.
 - Realización de estudios estadísticos de enfermedades, de actividades preventivas realizadas tales como inmunizaciones, separación de ambientes nocivos, adaptaciones a las tareas del puesto de trabajo y recomendaciones de salud.
- A nivel de las condiciones del puesto de trabajo:
 - Realización de la evaluación de riesgos del puesto de trabajo. Mediciones ambientes laborales.
 - Visitas de inspección y reconocimiento a las áreas de trabajo.
 - Identificación de las necesidades de instrucción o educación en salud laboral.
 - Desarrollo de programas formativos o de intervención en salud laboral.
- En el área de investigación:
 - Diseño de programas de investigación sobre riesgos ambientales.
 - Identificación de las necesidades de investigación en salud ocupacional.
 - Impartición de educación y asesoramiento según los resultados de las investigaciones.

5.2.2. Prevención secundaria

La prevención secundaria en salud laboral es el conjunto de actividades orientadas a establecer el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad. Las actividades que se desarrollan por cada área de atención son:

- A nivel de infraestructuras:
 - Supervisión de las condiciones de orden, limpieza y ambiente en general.
 - Adquisición de aparataje de dotación de las consultas (audiómetro, espirómetro, electrocardiógrafos, etc.) y mantenimiento permanente y adecuado de los existentes.
 - Obtención de la adecuada y suficiente dotación para prestar primeros auxilios y tratamientos.
 - Distribución y utilización adecuada del personal en su medio de trabajo.
 - Actualización técnica y científica del personal profesional.
 - Promoción para la elaboración y actualización de manuales de procedimiento para urgencias médico-quirúrgicas y toxicológicas.
- A nivel de atención al trabajador:
 - Prestar los primeros auxilios en caso de accidentes o enfermedades repentinas.
 - Realización de evaluaciones periódicas anuales de salud.
 - Realización de controles periódicos de vigilancia de la salud.
- A nivel de las condiciones del puesto de trabajo:
 - Evaluación de las medidas de higiene y seguridad industrial.
 - Realización de visitas de reconocimiento a áreas de trabajo.
 - Efectuar mediciones ambientales.
 - Efectuar control de saneamiento ambiental (suministro de agua potable, limpieza y alimentación).
 - Tomar medidas preventivas ante los riesgos existentes.

- A nivel de formación en salud laboral:
 - Ejecución de programas que instruyan al trabajador sobre manifestación precoz de signos y síntomas de enfermedad.
 - Programa de cursos de primeros auxilios.
 - Instrucciones sobre uso adecuado y conservación de protectores de seguridad.
 - Asesoría al trabajador en la interpretación de normas acerca de higiene y seguridad.
 - Organización de campañas educativas de prevención contra incendios y accidentes.
 - Asesoría, con el fin de orientar a los trabajadores inscritos en programas médicos acerca del tratamiento adecuado, en caso de enfermedades como: sordera profesional, diabetes, silicosis, etc.
- En el área de investigación:
 - Recolección de información y su clasificación en cuanto a morbilidad y riesgos ambientales.
 - Realización de estadísticas sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, la parte del cuerpo afectado, gravedad de la lesión, limitaciones, etc.
 - Utilización de los resultados de la investigación para planear o desarrollar programas.
 - Comunicación de los resultados de las investigaciones a los directivos o dueños de la empresa para la toma de decisiones.

5.2.3. Prevención terciaria

La prevención terciaria en salud laboral es el conjunto de actividades orientadas a la recuperación de la salud y rehabilitación de la persona. Las actividades que se desarrollan por cada área de atención son:

- A nivel de infraestructuras:
 - Gestión de la atención interprofesional al trabajador.
- A nivel de atención al trabajador:
 - Prevención de complicaciones, invalidez y búsqueda de la disminución del ausentismo del trabajador en su sitio de trabajo.
 - Puesta en marcha de programas médicos, orientados a establecer el equilibrio psicosomático y readaptación del individuo a su situación y medio ambiente laboral.
- A nivel de las condiciones del puesto de trabajo:
 - Búsqueda de la adaptación a las condiciones laborales que faciliten y mejoren el trabajo del rehabilitado (diseño de nuevos puestos de trabajo), etc.
- Educación en salud ocupacional:
 - Elaboración de programas informativos de apoyo relacionados con la condición final del trabajador en la empresa. Producción de material didáctico y desarrollo de programas educativos.
 - Asesoramiento y orientación al trabajador sobre la continuidad de los servicios médicos y de prestaciones sociales.

6. Bibliografía

Álvarez Alva, R., Kuri Morales, P. A. *Salud pública y medicina preventiva*. 4ª Edición. México. Ediciones Manual Modeno, 2012.

Boletín Oficial del Estado (BOE). *Ley 31/1995. de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. BOE, nº 269, noviembre de 1995.

Collado Luis, S. "Prevención de Riesgos Laborales: Principios y Marco Normativo". *Revista de Dirección y Administración de Empresas*. 15, diciembre de 2008.

Directiva 89/391/CEE del Consejo de 12 de junio de 1989 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. EUR-Lex. El acceso al derecho de la Unión Europea.

<http://eur-lex.europa.eu/browse/summaries.html> (20 de septiembre de 2015).

Oficina Internacional del Trabajo (OIT). *Convenio n° 155 sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores* (1981). 67ª Reunión de la Conferencia General del Organización Internacional del Trabajo Ginebra, junio de 1981.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT). *Recomendación n° 164 sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores*. 67ª Reunión de la Conferencia General del Organización Internacional del Trabajo Ginebra, junio de 1981.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT). *Convenio n° 161 sobre los Servicios de Salud en el Trabajo*. 71ª Reunión de la Conferencia General del Organización Internacional del Trabajo Ginebra, junio de 1985.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT). *Recomendación n° 171 sobre los servicios de salud en el trabajo*. 71ª Reunión de la Conferencia General del Organización Internacional del Trabajo Ginebra, junio de 1985.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT). *Estrategia Global en Materia de Seguridad y Salud en el Trabajo* (2003). Conclusiones adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo en su 91ª reunión. Ginebra, 2004.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT). *La prevención: una estrategia global*. Informe de la OIT para el Día Mundial sobre la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Ginebra, 2005.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT). *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación*. Informe de la OIT para el Día Mundial sobre la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Ginebra, 2010.

Piédrola Gil, G. *Medicina preventiva y salud pública*. 11ª Edición. Barcelona. Editorial Masson, 2008.

4.5. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES. LA INTEGRACIÓN EN EL SISTEMA GENERAL DE GESTIÓN DE LA EMPRESA

José Manuel Álvarez Zárate
Ingeniero. Instituto de Ergonomía

Resumen

De acuerdo con la legislación vigente, la seguridad y salud en el trabajo debe integrarse en el conjunto de actividades y decisiones de la empresa, sea cual sea la modalidad de la organización preventiva. Esto supone la definición y asignación por parte del empresario de funciones y responsabilidades en materia de prevención de riesgos laborales a todos los niveles jerárquicos de la organización, abarcando todas las actividades y procesos que se lleven a cabo e integrando estas funciones y responsabilidades con las propias de cada puesto o función. Asimismo, implica que cada persona dentro de la organización conozca y asuma las funciones y responsabilidades en materia de prevención que le han sido asignadas por la dirección y que las integre en su ámbito de decisión.

Es evidente que las funciones y responsabilidades deben ser compatibles con las propias de cada persona dentro de la organización y, además, que cada persona requerirá de una formación y de unas competencias suficientes y adecuadas por poder asumirlas. También será necesario comunicar a las partes interesadas las consecuencias prácticas y legales que tendría actuar con negligencia en este sentido.

1. Concepto de integración

Contra la vieja creencia de que la prevención la hacía el médico o el técnico de la empresa, en la actualidad se trabaja con la idea de que la prevención es cosa de todos, en primer lugar, de las personas a las que se trata de proteger. Así, los

departamentos de prevención de riesgos o servicios de prevención se convierten en un órgano asesor en materia preventiva, pasando a ser responsabilidad de todos los implicados (directivos, gerentes, mandos intermedios, encargados o supervisores y empleados en general) los responsables de cumplir con las políticas, procedimientos, instrucciones y normas que se hayan establecido y, en cada caso, de asumir las funciones y responsabilidades que le han sido asignadas, integrándolas en todas las tareas que debe realizar, junto con las correspondientes a su puesto de trabajo.

También se habla de integración de sistemas de gestión. Típicamente se han ido integrando los sistemas de gestión de la calidad y del medio ambiente y, menos frecuentemente, a estos sistemas también se ha integrado el de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Además, en un sistema realmente integrado, podríamos sumar el sistema de gestión de empresa saludable y otros sistemas auditables, como los de responsabilidad social empresarial, empresa familiarmente responsable, etc.

Uno de los beneficios de la integración de los sistemas de gestión es la reducción y simplificación de la gestión documental, facilitando su mantenimiento y control. Además, se reducen los costes de auditorías internas y externas, ya que una parte importante de los diferentes sistemas puede auditarse a la vez, reduciendo así el tiempo, lo que reduce también los costes de personal propio dedicado a estas labores. También se reducen los tiempos de formación, puesto que existen menos procedimientos que explicar.

La integración de los sistemas de gestión favorece la integración de la prevención de riesgos laborales, ya que las personas acaban viendo este tema como una parte más de su trabajo y no como una actividad estanca que es responsabilidad de otras personas.

No sólo las personas sino también los diferentes departamentos de la empresa pueden y deben integrar la prevención dentro de sus funciones y ámbito de responsabilidad. En un departamento de compras, por ejemplo, se pueden integrar, parcial o totalmente, la coordinación de actividades empresariales cuando se contratan empresas externas o trabajadores autónomos, la inclusión de las condiciones de compra que tenga relación con la prevención de riesgos en la compra de equipos de trabajo o de equipos de protección individual, la inclusión en los pliegos de compra o licitación en relación con el diseño de instalaciones, mobiliario, etc. En el departamento de recursos humanos (de personal o de personas), se pueden llevar a cabo funciones de coordinación con las empresas de trabajo

temporal y gestión de su documentación, labores de información y formación, implantación de medidas para la mejora de los factores psicosociales, gestión de denuncias de acoso, etc., y, por supuesto, un gran número de actividades relacionadas con la gestión de una empresa saludable.

Los departamentos productivos son los principales involucrados en temas de prevención, tanto desde el punto de vista de hacer cumplir la normativa en materia de prevención, como en la gestión de las personas, los controles periódicos de las condiciones de trabajo y de la actividad de los trabajadores, el control de estado y uso de equipos de protección individual, el correcto uso de las máquinas y de los equipos puestos a disposición, la investigación de los incidentes y accidentes, etc. Mantenimiento, como unidad, se encarga de la gestión del mantenimiento preventivo y correctivo de todas las instalaciones, máquinas y equipos necesarios para llevar a cabo el proceso productivo de forma eficiente y segura.

Así, podríamos seguir mencionando a otras áreas o departamentos dentro de cualquier organización con funciones y responsabilidades en materia de seguridad y salud en el trabajo. Cada organización debe reflexionar sobre la forma más práctica y rentable de integrar la gestión de la prevención, sin incurrir en el error de creer que esta actividad se puede externalizar en su totalidad y que subcontratando la "prevención" está eximido de integrar la prevención en la empresa. En el caso de la prevención, se puede externalizar parcial o totalmente el servicio de prevención o ciertas actividades, pero la obligación de integrar la gestión de la prevención en el sistema de gestión de la empresa sigue siendo obligatoria y necesaria.

2. Funciones y responsabilidades en materia de prevención

En función del tipo de negocio, el tamaño y actividad de la empresa, los conocimientos y capacidades de las personas con las que trabajo, etc., la dirección de cada organización debe estudiar la forma más práctica de asignar las funciones y responsabilidades.

En el artículo 16 de la Ley 31 de Prevención de Riesgos Laborales, se establece que en el plan de prevención es donde debe incluirse la estructura organizativa, las responsabilidades, las funciones, las prácticas, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para realizar la acción de prevención de riesgos en la empresa. Y en el artículo 42 de la misma ley se dice que el incumplimiento por parte de los empresarios de sus obligaciones en materia de prevención de

riesgos laborales dará lugar a responsabilidades administrativas, así como, en su caso, a responsabilidades penales y a las civiles por los daños y perjuicios que puedan derivarse de dicho incumplimiento. Las responsabilidades administrativas que se deriven del procedimiento sancionador serán compatibles con las indemnizaciones por los daños y perjuicios causados y de recargo de prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social que puedan ser fijadas por el órgano competente de conformidad con lo previsto en la normativa reguladora de dicho sistema. En la sección 2ª del Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, se especifican las infracciones y sanciones en materia de prevención de riesgos laborales.

En el caso de los trabajadores en general, la ley de prevención, en su artículo 29, establece las siguientes obligaciones:

1. Corresponde a cada trabajador velar, según sus posibilidades y mediante el cumplimiento de las medidas de prevención que en cada caso sean adoptadas, por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad profesional, a causa de sus actos y omisiones en el trabajo, de conformidad con su formación y las instrucciones del empresario.
2. Los trabajadores, con arreglo a su formación y siguiendo las instrucciones del empresario, deberán en particular:
 - Usar adecuadamente, de acuerdo con su naturaleza y los riesgos previsibles, las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte y, en general, cualesquiera otros medios con los que desarrollen su actividad.
 - Utilizar correctamente los medios y equipos de protección facilitados por el empresario, de acuerdo con las instrucciones recibidas de este.
 - No poner fuera de funcionamiento y utilizar correctamente los dispositivos de seguridad existentes o que se instalen en los medios relacionados con su actividad o en los lugares de trabajo en los que esta tenga lugar.
 - Informar de inmediato a su superior jerárquico directo y a los trabajadores designados para realizar actividades de protección y de prevención o, en su caso, al servicio de prevención, acerca de cualquier situación que, a su juicio,

entrañe, por motivos razonables, un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores.

- Contribuir al cumplimiento de las obligaciones establecidas por la autoridad competente, con el fin de proteger la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo.
- Cooperar con el empresario para que este pueda garantizar unas condiciones de trabajo que sean seguras y no entrañen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores.

En el mismo artículo se indica que el incumplimiento por parte de los trabajadores de las obligaciones en materia de prevención de riesgos tendrá la consideración de incumplimiento laboral a los efectos previstos en el artículo 58.1 del Estatuto de los Trabajadores.

En el caso de los delegados de prevención, en el artículo 36 de la Ley 31/1995 se indican sus derechos y competencias:

- Colaborar con la dirección de la empresa en la mejora de la acción preventiva.
- Promover y fomentar la cooperación de los trabajadores en la ejecución de la normativa sobre prevención de riesgos laborales.
- Ser consultados por el empresario, con carácter previo a su ejecución, acerca de las decisiones a que se refiere el artículo 33 de la presente Ley.
- Ejercer una labor de vigilancia y control sobre el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales.
- Acompañar a los técnicos en las evaluaciones de carácter preventivo del medio ambiente de trabajo, así como, en los términos previstos en el artículo 40 de esta Ley, a los inspectores de trabajo y Seguridad Social en las visitas y verificaciones que realicen en los centros de trabajo para comprobar el cumplimiento de la normativa sobre prevención de riesgos laborales, pudiendo formular ante ellos las observaciones que estimen oportunas.
- Tener acceso, con las limitaciones previstas en el apartado 4 del artículo 22 de esta Ley, a la información y documentación relativa a las condiciones de trabajo que sean necesarias para el ejercicio de sus funciones y, en particular, a la

prevista en los artículos 18 y 23 de esta Ley. Cuando la información esté sujeta a las limitaciones reseñadas, sólo podrá ser suministrada de manera que se garantice el respeto de la confidencialidad.

- Ser informados por el empresario sobre los daños producidos en la salud de los trabajadores una vez que aquel hubiese tenido conocimiento de ellos, pudiendo presentarse, aun fuera de su jornada laboral, en el lugar de los hechos para conocer las circunstancias de los mismos.
- Recibir del empresario las informaciones obtenidas por este procedentes de las personas u órganos encargados de las actividades de protección y prevención en la empresa, así como de los organismos competentes para la seguridad y la salud de los trabajadores, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 40 de esta Ley en materia de colaboración con la inspección de trabajo y Seguridad Social.
- Realizar visitas a los lugares de trabajo para ejercer una labor de vigilancia y control del estado de las condiciones de trabajo, pudiendo, a tal fin, acceder a cualquier zona de los mismos y comunicarse durante la jornada con los trabajadores, de manera que no se altere el normal desarrollo del proceso productivo.
- Recabar del empresario la adopción de medidas de carácter preventivo y para la mejora de los niveles de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, pudiendo a tal fin efectuar propuestas al empresario, así como al Comité de Seguridad y Salud para su discusión en el mismo.
- Proponer al órgano de representación de los trabajadores la adopción del acuerdo de paralización de actividades a que se refiere el apartado 3 del artículo 21.

Todo lo mencionado anteriormente deberá tenerse en consideración a la hora de definir las funciones y responsabilidades a nivel de trabajadores y de sus representantes.

A nivel de dirección, las funciones y responsabilidades podrían ser, entre otras, las siguientes:

- Definir, elaborar y revisar periódicamente la política en materia de salud y seguridad y bienestar.
- Definir y asignar las funciones y responsabilidades a todos los niveles de la organización, velando por su cumplimiento y asignando las responsabilidades propias de cada nivel jerárquico, de forma clara e inequívoca.

- Garantizar la seguridad y la salud de todas las personas que ingresan en las localizaciones de la empresa o que trabajan para la organización.
- Asignar los recursos humanos y materiales necesarios para la consecución de los objetivos establecidos.
- Establecer la estructura organizativa necesaria para la realización de las actividades preventivas legalmente establecidas y las relacionadas con la gestión de empresa saludable, integrándola en la organización existente.
- Consultar a los trabajadores en la adopción de decisiones que puedan afectar a la seguridad, la salud, el bienestar y las condiciones de trabajo.
- Promover y participar en reuniones periódicas para analizar y discutir temas de seguridad, salud y bienestar, procurando tratar también estos temas en las reuniones normales de trabajo.
- Realizar o intervenir en auditorías internas, controles o revisiones periódicas.
- Participar en las actividades preventivas y de promoción de la salud y del bienestar incluidas en los procedimientos establecidos.
- Visitar periódicamente los lugares de trabajo para estimular comportamientos eficientes, detectar deficiencias y demostrar interés por su solución.
- Reconocer a las personas los logros obtenidos en relación con los objetivos y con las actuaciones realizadas.
- etc.

Los responsables de los diferentes departamentos o unidades funcionales de la empresa son los encargados de impulsar, coordinar y controlar que todas las actuaciones llevadas a cabo en sus respectivas áreas sigan las directrices establecidas por la dirección sobre prevención de riesgos laborales. Para ellos, la NTP 565¹ del INSHT define las siguientes funciones y responsabilidades:

¹ NTP 565 sobre *Sistema de Gestión Preventiva: organización y definición de funciones preventivas*.

- Prestar la ayuda y los medios necesarios a los mandos intermedios de su unidad funcional a fin de que estos puedan desempeñar correctamente sus cometidos. A tal fin deberán asegurar que tales mandos intermedios estén debidamente formados.
- Cumplir y hacer cumplir los objetivos preventivos establecidos, definiendo los específicos para su unidad, según las directrices recibidas.
- Cooperar con las distintas unidades funcionales de la empresa a fin de evitar duplicidad o contrariedad de actuaciones.
- Integrar los aspectos de seguridad y salud laboral y bienestar, así como de calidad y medio ambiente en las reuniones de trabajo con sus colaboradores y en los procedimientos de actuación de la unidad.
- Revisar periódicamente las condiciones de trabajo de su ámbito de actuación de acuerdo al procedimiento establecido.
- Participar en la investigación de todos los incidentes y accidentes con y sin baja acaecidos en su unidad funcional e interesarse por las soluciones adoptadas para evitar su repetición.
- Participar en las actividades planificadas, de acuerdo al procedimiento establecido.
- Promover y participar en la elaboración de procedimientos de trabajo en aquellas tareas críticas que se realicen normal o ocasionalmente en su unidad funcional.
- Efectuar un seguimiento y control de las acciones de mejora a realizar en su ámbito de actuación, surgidas de las diferentes actuaciones preventivas.

Y, para mandos intermedios, la misma NTP propone entre sus cometidos los siguientes:

- Elaborar y transmitir los procedimientos e instrucciones referentes a los trabajos que se realicen en su área de competencia.
- Velar por el cumplimiento de los procedimientos e instrucciones de los trabajadores a su cargo, asegurándose de que se llevan a cabo en las debidas condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

- Informar a los trabajadores afectados de los riesgos existentes en los lugares de trabajo y de las medidas preventivas y de protección a adoptar.
- Analizar los trabajos que se llevan a cabo en su área detectando posibles riesgos o deficiencias para su eliminación o minimización.
- Planificar y organizar los trabajos de su ámbito de responsabilidad, considerando los aspectos preventivos a tener en cuenta.
- Vigilar con especial atención aquellas situaciones críticas que puedan surgir, ya sea en la realización de nuevas tareas o en las ya existentes, para adoptar medidas correctoras inmediatas.
- Investigar todos los accidentes e incidentes ocurridos en su área de trabajo de acuerdo al procedimiento establecido y aplicar las medidas preventivas necesarias para evitar su repetición.
- Formar a los trabajadores para la realización segura y correcta de las tareas que tengan asignadas y detectar las carencias al respecto.
- Aplicar en la medida de sus posibilidades las medidas preventivas y sugerencias de mejora que propongan sus trabajadores.
- Transmitir a sus colaboradores interés por sus condiciones de trabajo y reconocer sus actuaciones y sus logros.

3. Bibliografía

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/501a600/565w.pdf>.

4.6. ESPACIOS DE TRABAJO SALUDABLES

José Manuel Álvarez Zárate
Ingeniero. Instituto de Ergonomía

Resumen

En el XVIII Congreso sobre Seguridad y Salud en el Trabajo en Seúl (Corea) en 2008, los participantes firmaron la Declaración de Seúl sobre Seguridad y Salud en el Trabajo, que afirma específicamente que un ambiente de trabajo seguro y saludable es un derecho humano fundamental¹.

Es un imperativo ético y moral establecer un ambiente de trabajo sano que no haga daño a la salud física o mental de los trabajadores y que promueva la seguridad, la salud y el bienestar de la personas, preservando el medio ambiente, colaborando con la comunidad, haciendo una adecuada gestión de los recursos y contribuyendo al crecimiento de la empresa y de la sociedad.

La Unión Europea resalta que la falta de salud y seguridad en el trabajo no sólo tiene una considerable dimensión humana, sino también un gran impacto en la economía. El enorme costo económico de los problemas asociados con la seguridad y la salud en el trabajo reduce la competitividad de las empresas e inhibe el crecimiento económico de ellas y de la sociedad.

La OMS, basándose en el Plan Global de Acción de Salud en el Trabajo, 2008-2017, lanzó el Marco Global de Lugares de Trabajo Saludables en abril de 2010. Se trata de recopilar un conjunto de buenas prácticas y herramientas adecuadas que se ajusten al Marco de la OMS de Lugares de Trabajo Saludables para su aplicación práctica.

¹ <http://www.seouldeclaration.org/index.php> a 3 marzo de 2015.

1. La importancia de crear ambientes de trabajo saludables

La OIT (OMS, 2010) estima que cada año mueren dos millones de hombres y mujeres como resultado de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo. Esta organización estima que cada año existen 160 millones de casos nuevos de enfermedades relacionadas con el trabajo y estipula que la condiciones de trabajo generan que un tercio de ellos presenten dolor de espalda, 16% de pérdida de audición, 10% de cáncer de pulmón y 8% de depresión atribuida a riesgos de trabajo. Cada tres minutos y medio muere alguien en la Unión Europea por causas relacionadas con el trabajo. Esto quiere decir que casi 167.000 muertes tan sólo en Europa son resultado de accidentes relacionados con el trabajo (7.500) o enfermedades profesionales o relacionadas con el trabajo (159.500). Cada cuatro segundos y medio, una persona en la Unión Europea protagonizará un accidente que la obligará a permanecer sin trabajar al menos durante tres días. El número de accidentes que causan tres o más días de ausencia es impresionante: más de 7 millones al año.

Estos datos nos demuestran, tanto desde un punto de vista humano como económico y de justicia social, la importancia de crear entornos de trabajo saludables.

2. Qué es un entorno de trabajo saludable

Cualquier definición de entorno de trabajo saludable debe ajustarse a la definición de salud de la OMS: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de la enfermedad". Las definiciones de entorno de trabajo saludable han evolucionado durante los últimos años, desde un enfoque centrado casi exclusivamente en el ambiente físico de trabajo (esquema tradicional de la salud y seguridad), hasta abarcar la ergonomía y los factores psicosociales (concepto moderno de seguridad y salud en el trabajo), y llegando a incluir los estilos de vida saludable (concepto de empresa promotora de la salud) o estableciendo nexos con la familia y la comunidad (empresa familiarmente responsable y responsabilidad social empresarial).

La Oficina Regional del Pacífico Oeste de la OMS define un entorno de trabajo saludable de la siguiente manera: "Un entorno de trabajo saludable es un lugar donde todos trabajan unidos para alcanzar un visión conjunta de salud y bienestar para los trabajadores y la comunidad. Esto proporciona a todos los miembros de la fuerza de trabajo, condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud y la seguridad. Esto permite a los jefes

y trabajadores tener cada vez mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices” (OMS, 2010).

El Instituto Nacional Americano para la Salud y Seguridad Ocupacionales (NIOSH) estableció una iniciativa para la vida de trabajo, que “tiene la visión de que existan espacios de trabajo libres de peligros previamente reconocidos, con políticas sustentables, programas y prácticas de promoción de la salud, y empleados con franco acceso a programas y servicios efectivos que protejan su salud, seguridad y bienestar”².

Algunos autores (Lowe, 2004) hacen una diferencia entre “entorno de trabajo saludable” y “organización saludable”. El término entorno de trabajo saludable lo asocian más al bienestar físico y mental, mientras que se entiende como organización saludable aquella que pone el énfasis en la salud y el bienestar del trabajador con objeto de lograr sus objetivos estratégicos.

3. Las bases de un espacio de trabajo saludable

Un lugar de trabajo saludable es aquel en que los agentes sociales colaboran mutuamente en un proceso de mejora continua para proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de todas las personas que trabajan en y para la organización, así como la sostenibilidad empresarial.

En un entorno de trabajo saludable hay varios aspectos que deben abordarse:

- La salud y seguridad en lo que respecta al entorno físico de trabajo.
- La salud, seguridad y el bienestar en relación con el entorno psicosocial de trabajo, incluyendo la organización del trabajo y la cultura organizacional.
- Los recursos personales de salud en el lugar de trabajo (apoyando y estimulando estilos de vida saludables).
- Los sistemas de participación en la comunidad para mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y miembros de la comunidad.

² <http://www.cdc.gov/niosh/worklife/> a 3 de marzo de 2015.

Es fundamental en el diseño de los lugares de trabajo seguros respetar, promover y aplicar las normas de seguridad e higiene en el trabajo, así como los criterios ergonómicos legales. Pero hablando de entornos saludables, hay que ir un paso más allá, y diseñar entornos que incidan positivamente en la salud y bienestar de las personas. El tipo y calidad de la iluminación, el ambiente cromático y visual, unas adecuadas condiciones ambientales, el uso y diseño de los espacios (centros de trabajo, espacios comunes, salas de descanso, etc.), el diseño de los métodos y la organización del trabajo y otros muchos elementos más contribuirán a una mejora notable en la calidad de vida en el trabajo.

La OMS define la salud mental positiva como “un estado de bienestar en el que cada individuo desarrolla su propio potencial, tiene capacidad para afrontar al estrés normal de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir con su comunidad”. Los trabajadores con una buena salud mental obtienen mejores resultados en su trabajo. Se trata, por tanto, de la forma de pensar, sentir y comportarse. Muchas personas no se sienten cómodas expresando sus sentimientos, pero es sano compartirlos con los demás y ayuda a comprenderlos. También hay otras medidas que pueden tomarse para promover la salud mental positiva y reducir el estrés.

No cabe duda también de que las organizaciones pueden contribuir de diferentes formas a la mejora o mantenimiento de la salud de las personas. Desde la alimentación, ya sea mediante la gestión de los comedores de empresa o de las máquinas de vending, o informando a las personas sobre hábitos saludables de alimentación, mediante el fomento del deporte, la organización de actividades, la facilidad de acceso a gimnasios u otras actividades deportivas extralaborales, o instalación de ambientes adecuados para realizar ejercicio o hacer deporte en la propia empresa, etc.

Las empresas colaboran o pueden colaborar en una adecuada vigilancia de la salud mediante la medicina del trabajo o facilitando el acceso a especialistas de diferentes disciplinas; puede llegarse a hacer un seguimiento del estado de salud individualizado, en función no sólo de los riesgos inherentes al puesto de trabajo sino también ir más allá, personalizándolo según los resultados de los controles y de la edad y del sexo, ofreciendo campañas de vacunación, facilitando el acceso a programas de control de drogodependencias, facilitando la ayuda psicológica, realizando pruebas diagnósticas, etc.

Cuando un sistema está maduro, este debe repercutir necesariamente en el entorno inmediato de los trabajadores (familia, amigos, etc.) y por ende en la

sociedad. A través de convenios, organizaciones empresariales, organizaciones no gubernamentales, colegios, universidades, etc., las empresas pueden llevar a cabo un gran número de actividades o colaboraciones puntuales en aras del bienestar y del progreso de la sociedad en la que radican sus centros de trabajo, sin olvidar, sin duda, el respeto y la protección del medio ambiente.

4. Bibliografía

http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf.

<http://www.cdc.gov/niosh/worklife/>.

Lowe, G. *Healthy workplace strategies: creating change and achieving results*. 8, 2004.

OMS. *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización*, 2010.

4.7. LA ERGONOMÍA EN EL LUGAR DE TRABAJO. DISEÑO PARA TODOS

Juan Carlos Tena Minguillán

Ingeniero, PREMAP Prevención y Salud

Resumen

Parece claro que no es posible diseñar un puesto de trabajo sin tener en cuenta al usuario. Esto requiere el conocimiento profundo de sus dimensiones y capacidades. La ergonomía trata de diseñar los sistemas trabajo según estos conocimientos, con el fin de prevenir accidentes y enfermedades profesionales, mejorar la productividad y aumentar la calidad del producto y de las condiciones de trabajo.

El objetivo teórico es claro, se trata de diseñar unas condiciones, unos lugares y unos puestos de trabajo que se adapten a toda la población. Evidentemente, esto no es posible en todos los casos y en todas las situaciones y, por lo tanto, previamente habrá que definirse el grupo de usuarios a quienes estará destinado el diseño.

Se dice que un diseño es ergonómico cuando se consigue un óptima adaptación entre las capacidades humanas y las exigencias del puesto para el 90% de los usuarios; pero también cuando la adaptación se hace para una persona o un grupo de personas en particular, como puede ser el caso de adaptar un puesto para ser ocupado por una persona con algún tipo de minusvalía.

Bajo el término de "diseño para todos", se entiende aquel diseño cuya finalidad consiste en conseguir entornos, productos o servicios y, en general, sistemas que puedan ser utilizados por el mayor número posible de personas. Como la ergonomía, es un concepto basado en la variabilidad humana pero, también o además, hace referencia a la inclusión social y a la igualdad.

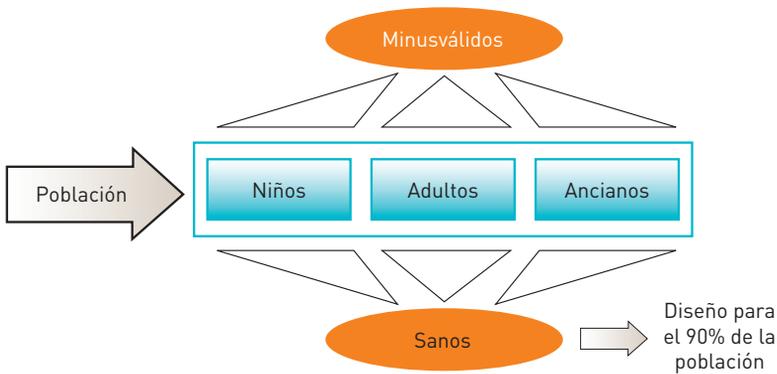


Figura 1

1. Definiciones de ergonomía y campos de aplicación

La Asociación Internacional de Ergonomía (IEA) entiende por ergonomía la disciplina científica sobre el conocimiento de las interacciones entre el hombre y otros elementos de un sistema, así como la profesión que aplica principios teóricos, datos y métodos para el diseño de cara a optimizar el bienestar humano y el rendimiento general del sistema.

Según la Asociación Española de Ergonomía (AEE), la ergonomía es el conjunto de conocimientos de carácter multidisciplinar aplicados para la adecuación de productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de sus usuarios, optimizando la eficacia, la seguridad y el bienestar.

El objetivo general de la ergonomía es adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del ser humano y puede ser aplicada a todos los aspectos de la actividad humana y, por tanto, podrán considerarse factores físicos, cognitivos, sociales, organizacionales, ambientales y cualesquiera otros que se consideren relevantes en un caso concreto.

Las áreas de la ergonomía son, según la AEE:

- Ergonomía de puestos/ergonomía de sistemas
- Ergonomía de concepción y ergonomía de corrección
- Ergonomía geométrica

- Ergonomía ambiental
- Ergonomía temporal o cronoergonomía
- Ergonomía informática

Y según la IEA, las áreas que se pueden distinguir serían:

- **Ergonomía física:** que incluye anatomía, fisiología y características biomecánicas referidas a la actividad física. Los tópicos relevantes abarcan las posturas de trabajo, el manejo manual de cargas, los movimientos repetitivos, los trastornos musculoesqueléticos, el diseño del puesto de trabajo y la seguridad y salud en el trabajo.
- **Ergonomía cognitiva:** relacionada con los procesos mentales tales como la percepción, la memoria, razonamiento y respuesta motora en tanto en cuanto afectan a las interacciones entre el hombre y otros elementos del sistema. Los temas relevantes incluyen la carga mental, la toma de decisiones en situaciones comprometidas, la interacción hombre-máquina, incluido el ordenador, fiabilidad humana, estrés en el trabajo y cómo se relacionan con el diseño del sistema.
- **Ergonomía organizacional:** trata de la optimización de los sistemas socio-técnicos, incluyendo sus estructuras organizativas, políticas y procesos. Los tópicos relevantes incluyen la comunicación en la empresa, diseño del tiempo de trabajo, trabajo en equipo, diseño participativo, cooperación en el trabajo, nuevas formas de organización del trabajo, cultura organizacional, organizaciones virtuales, teletrabajo, etc.

Hemos de indicar que la ergonomía, junto con la psicología aplicada, es una de las cuatro áreas o especialidades que integran la prevención de riesgos laborales, pero el concepto puede ampliarse más allá del mundo del trabajo y de la empresa e incluir el diseño de productos teniendo en cuenta su usabilidad y las personas que los han de emplear, es decir, los usuarios potenciales de los mismos, así como los ambientes y entornos en que han de emplearse.

2. Diseño para todos

El primer impulso para el desarrollo de este modelo deriva de las políticas europeas de accesibilidad y del Instituto Europeo de Diseño (EIDD). En la Declaración de Estocolmo del EIDD (2004) se afirma que el diseño para todos es un planteamiento

holístico e innovador, que constituye un reto ético y creativo para todos los diseñadores, empresarios, administradores y dirigentes políticos (EIDD. Declaración de Estocolmo de 2004).

En el caso de España, la Ley 51/2003 sobre Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad considera el diseño para todos como imprescindible para conseguir la accesibilidad universal, y lo define como:

“La actividad por la que se concibe o proyecta, desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible.”

El concepto de “diseño para todos” está muy relacionado con el conocido como “diseño universal” y el de “diseño inclusivo”. Estos, en ocasiones, se emplean como definiciones o términos equivalentes, pero hay matices que los diferencian. El diseño para todos se refiere fundamentalmente al ámbito de la accesibilidad sin barreras para personas con discapacidad, pero sus beneficios alcanzan a una población mucho más amplia.

El diseño universal tiene por objetivo simplificar la forma de llevar a cabo las tareas cotidianas mediante el diseño de productos o servicios y de entornos mucho más simples de utilizar por todas las individuos con un mínimo de esfuerzo o de demandas. Está orientado a todas las personas, independientemente de sus edades y habilidades. Alcanza todos los aspectos de la accesibilidad, y se dirige a toda la población, incluidas las personas con discapacidad. Resuelve el problema con una visión holista, partiendo de la idea de la diversidad humana.

Tradicionalmente, se empezó a incluir en el diseño a las personas con discapacidad motriz. El diseño universal es más amplio. Trata también de considerar otras posibles variables en la vida de una persona, como son los cambios que se producen con el envejecimiento (capacidad visual y auditiva, pérdida de fuerza, etc.) u otras discapacidades o enfermedades, como pueden ser la ceguera o la sordera. En el mundo laboral se habla de aplicar la ergonomía considerando el envejecimiento en el trabajo, así como en la vida cotidiana, de adaptar los hogares para las personas mayores.

Según algunas estimaciones, la proporción de trabajadores de edad avanzada en la Unión Europea aumentará en las próximas décadas. Las tendencias de la

población activa en la Unión Europea de los 27 apuntan a que el grupo de edades de 55 a 64 años aumentará en un 16,2% (9,9 millones) entre 2010 y 2030. Todos los demás grupos de edades muestran una tendencia a la baja, que va del 5,4% (40-54 años) al 14,9% (25-39 años). Este acusado cambio demográfico se debe al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de las tasas de fecundidad. Como consecuencia, la edad media de los trabajadores europeos será más alta que nunca.

En muchos países, los trabajadores de edad avanzada representarán el 30% o más de la población activa. Las tasas de empleo de estos trabajadores (55-64 años) en la UE de los 27 no llegan en la actualidad al 50%. Sólo en quince países en todo el mundo se supera esa cifra. Más de la mitad de estas personas dejan el trabajo antes de la edad de jubilación obligatoria por una u otra razón. Urge, pues, mejorar y prolongar la carrera profesional para financiar y apoyar la mayor longevidad de los ciudadanos europeos.

2012 fue el *Año Europeo del Envejecimiento Activo* y tuvo por objetivo promover la calidad de vida y el bienestar de la población europea, especialmente de las personas de edad avanzada, y fomentar la solidaridad intergeneracional. Una buena vida laboral es una importante plataforma para promover el envejecimiento activo. Por consiguiente, la seguridad y la salud en el trabajo son decisivas para garantizar un envejecimiento activo a través de una vida laboral mejor y más prolongada. Un buen trabajo promueve además la cooperación entre las generaciones jóvenes, las de mediana edad y las de edad avanzada.

Esto conlleva un buen diseño no sólo de los sistemas y entornos de trabajo, sino también de todas las condiciones en que se realiza el trabajo, incluyendo los aspectos ergonómicos, organizacionales y psicosociales. Es el campo en donde la ergonomía y psicopsicología aplicada entran de lleno.

El denominado modelo de "casa" describe las diferentes dimensiones que afectan a la capacidad de trabajo humana. La capacidad de trabajo es el equilibrio entre el trabajo y los recursos individuales y, además del lugar de trabajo, influyen en ese equilibrio la familia y la comunidad inmediata¹.

¹ Basado en Ilmarinen, 2006. Instituto de Salud en el Trabajo de Finlandia, El poder de la edad, diseño gráfico de Milja Ahola. Lundell y cols., 2011 (en finés). <https://osha.europa.eu/es/publications/articles/promoting-active-ageing-in-the-workplace> a 22 de enero de 2014.

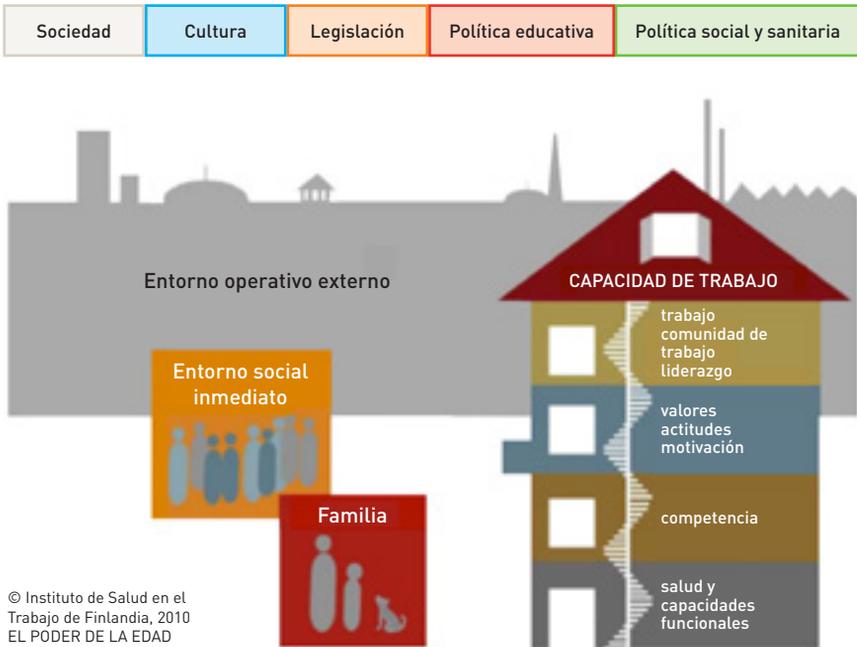


Figura 2

3. Diseño centrado en el usuario. Usabilidad

La palabra “usabilidad” es un término que no está incluido en el Diccionario de la Real Academia Española. A partir de la introducción masiva de la informática, es una palabra bastante utilizada en este campo y en el de la tecnología. Usabilidad (del inglés *usability*: facilidad en la utilización o facilidad de uso) hace referencia a la facilidad con que las personas son capaces de utilizar una determinada herramienta, máquina, equipo o, en general, cualquier producto con la finalidad de alcanzar un objetivo concreto, previsto y definido bajo determinadas condiciones.

La usabilidad tiene como objetivo crear sistemas:

- a) Eficientes
- b) Efectivos
- c) Seguros

- d) Útiles
- e) Fáciles de aprender
- f) Fáciles de recordar

La usabilidad es un atributo cualitativo que se refiere a la facilidad de uso de un producto o servicio.

El modelo conceptual de la usabilidad nace en el diseño centrado en el usuario y no puede considerarse completo sin incluir la idea de utilidad. En inglés, "utilidad + usabilidad" es lo que se conoce como *usefulness*.

La usabilidad también puede referirse al examen y estudio crítico y sistemático de los principios de eficacia percibida de un objeto, o sistema, encaminado a evitar el error humano.

En informática, la usabilidad se refiere a la forma en la que se diseña la interacción entre el ser humano y el *software*, tanto desde el punto de vista de la presentación visual, como en la facilidad de utilización. Podemos referirnos también a la usabilidad cuando se trata de un producto electrónico o de objetos que transmiten algún conocimiento (como por ejemplo un documento) y al diseño eficiente de sistemas mecánicos.

El grado de usabilidad de un determinado producto u objeto es una medida empírica y relativa de la usabilidad del mismo; lo cual debe medirse mediante pruebas empíricas y relativas. Decimos que es empírica porque no se basa en opiniones o sensaciones, sino en pruebas de usabilidad realizadas en laboratorio u observadas mediante trabajo de campo. Y decimos que es relativa porque el resultado no es ni bueno ni malo, sino que depende de las metas planteadas (por ejemplo, que al menos un 90% de usuarios de un determinado grupo o tipo definido puedan utilizar con éxito el producto durante un determinado tiempo sin más ayuda que la guía o las instrucciones que se le han facilitado antes de la prueba), o de un determinado producto cuando lo comparamos con otros productos o sistemas similares.

El concepto de usabilidad se refiere a una aplicación (informática) de (*software*) o un aparato (*hardware*), aunque también puede aplicarse a cualquier sistema hecho con algún objetivo particular.

De la norma ISO 9126 (ISO/IEC 9126-1:2001 Software engineering. Product quality. Part 1: Quality model) puede extraerse como definición que usabilidad es la capacidad de un producto, servicio o sistema para ser entendido, aprendido y

utilizado por el usuario, y de ser atractivo para el mismo cuando se emplea bajo unas determinadas condiciones especificadas. También puede entenderse como la eficacia, eficiencia y satisfacción con la que un producto permite alcanzar objetivos específicos a determinados usuarios en un contexto concreto.

Es una definición centrada en el concepto de calidad en el uso, es decir, se refiere a cómo el usuario realiza tareas específicas en escenarios concretos y con efectividad.

De acuerdo con lo indicado en la norma UNE-EN ISO 8402:1995 (UNE-EN ISO 8402:1995 Gestión de la calidad y aseguramiento de la calidad. Vocabulario), el concepto de calidad abarca la totalidad de las características de una entidad que influyen en su aptitud para satisfacer las necesidades establecidas e implícitas.

Por consiguiente, nuestro producto debería cumplir con unos determinados objetivos de usabilidad y de calidad y, por tanto, se hace necesario establecer objetivos en cuanto a:

- a) Funcionalidad referida a la capacidad del producto para proporcionar funciones declaradas e implícitas cuando se usa bajo condiciones específicas.
- b) Fiabilidad de adecuación, o lo que es lo mismo, capacidad del producto para proporcionar un conjunto apropiado de funciones para tareas y objetivos de usuarios especificados.
- c) Fiabilidad de exactitud, es decir, capacidad del producto para proporcionar los resultados o efectos correctos o acordados con el grado necesario de precisión.
- d) Funcionalidad referida a la seguridad de acceso, que indicaría la capacidad del producto para proteger información y datos de manera que las personas o sistemas no autorizados no puedan leerlos o modificarlos, al tiempo que no se deniega el acceso a las personas o sistemas autorizados.
- e) Usabilidad o capacidad del producto para ser entendido, aprendido, usado y ser atractivo para el usuario, cuando se usa bajo condiciones especificadas.
- f) Eficiencia, es decir, la capacidad del producto para proporcionar prestaciones apropiadas relativas a la cantidad de recursos usados bajo condiciones

determinadas. Esto incluye la capacidad del producto para mantener un nivel especificado de prestaciones cuando se usa bajo condiciones definidas, así como la capacidad de proporcionar tiempos de respuesta, tiempos de proceso y potencia apropiados bajo condiciones especificadas.

- g) Mantenibilidad, que se refiere a la capacidad del producto para ser reparado, modificado o actualizado. Las modificaciones podrían incluir correcciones, mejoras o adaptación del *software* a cambios en el entorno y requisitos y especificaciones funcionales.
- h) Portabilidad o capacidad del producto para ser transportado sin riesgo para la salud y seguridad de las personas y del propio producto.

El diseño centrado en el usuario se refiere al proceso dirigido hacia el colectivo de personas que va a hacer uso del objeto, producto o sistema. Como señala Norman (Norman, 1983), la imagen del sistema debe guiar al usuario en la adquisición y construcción de un modelo mental ajustado al modelo conceptual creado por el diseñador. Es decir, el usuario debería comprender con exactitud lo que el diseñador ha tratado de transmitir (véase figura 3).

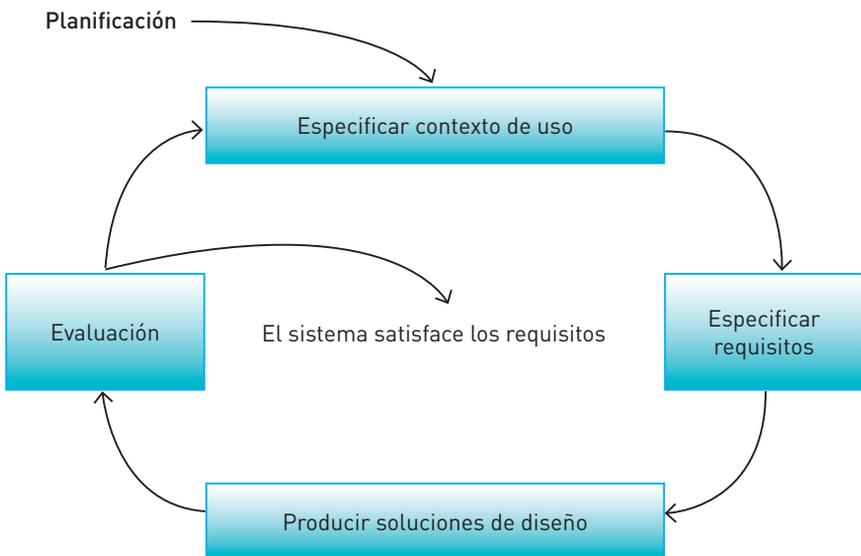


Figura 3

El diseño centrado en el usuario constituye un proceso cíclico en el que las decisiones de diseño están dirigidas por el usuario y los objetivos que pretende satisfacer el producto, y donde la usabilidad del diseño es evaluada de forma iterativa y mejorada incrementalmente. De acuerdo con la norma ISO 13407 (UNE-EN ISO 13407:2000 Procesos de diseño para sistemas interactivos centrados en el operador humano), el proceso puede dividirse en cuatro fases:

1. Entender y especificar el contexto de uso, identificando a las personas a las que va dirigido el producto (usuarios), conociendo para qué lo utilizarán y bajo qué condiciones, así como las posibles limitaciones o características de estas.
2. Especificar requisitos, identificando aquellos objetivos del usuario y del proveedor del producto que deberán satisfacerse.
3. Producir soluciones de diseño. Esta fase se puede subdividir en diferentes etapas secuenciales, desde las primeras soluciones conceptuales hasta la solución final de diseño.
4. Evaluación. Es la fase más importante del proceso, en la que se validan las soluciones de diseño (el sistema satisface los requisitos) o, por el contrario, se detectan problemas de usabilidad, normalmente a través de test con usuarios.

El diseño centrado en el usuario constituye, además, un enfoque para desarrollar la idea del producto y para resolver los problemas de su utilidad. Es decir, diseñar centrándonos en el usuario no sólo implica entender cómo será usado el producto y evaluar las soluciones de diseño a partir de los usuarios, sino también analizar el valor del producto que pretendemos crear, su capacidad para resolver las necesidades reales que viene a cubrir y para las que está siendo creado.

La forma básica de detectar y analizar las necesidades del usuario por medio de la observación, la investigación y la indagación del usuario, tanto en su actividad como en el entorno y el contexto en los que tendría lugar el uso del producto. En nuestro caso concreto, el término "necesidad" puede resultar ambiguo o confuso, ya que la necesidad principal es detectar capacidades o habilidades del usuario, pero este, en principio, no tiene ninguna necesidad de hacerlo, salvo en determinadas circunstancias o en usos concretos del producto. Quien en realidad podría tener una necesidad para la prueba sería, generalmente, el examinador. Por lo tanto, el término "necesidad" podría ser entendido de diferentes formas, dándole hasta tres sentidos diferentes: deseos, necesidades instrumentales y necesidades

fundamentales. Diseñar atendiendo a las necesidades, implica proteger a los usuarios de posibles daños, frustraciones y confusiones.

La relación entre necesidades y producto es, no obstante, más compleja que lo expuesto. Hay ocasiones en las que el diseño no cumple la función de resolver necesidades, sino de generar e impulsar nuevas necesidades. En otras ocasiones, el diseñador “impregnará” de unos objetivos al producto orientándolo hacia unas necesidades específicas, pero el usuario terminará usándolo intentando satisfacer necesidades no contempladas en el diseño.

4. Normativa nacional

- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social (BOE n.º 289, de 3 de diciembre de 2013).
- Código Técnico de la Edificación, Documento Básico de Seguridad de Utilización y Accesibilidad (DB-SUA-9).

El articulado de este documento básico fue aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo (BOE, 28 de marzo de 2006) y posteriormente ha sido modificado por las siguientes disposiciones:

- Real Decreto 1371/2007, de 19 de octubre (BOE, 23 de octubre de 2007).
- Corrección de errores y erratas del Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo (BOE, 25 de enero de 2008).
- Orden VIV/984/2009, de 15 de abril (BOE, 23 de abril de 2009).
- Corrección de errores y erratas de la orden VIV/984/2009, de 15 de abril (BOE, 23 de septiembre de 2009).
- Real Decreto 173/2010, de 19 de febrero (BOE, 11 de marzo de 2010).
- Sentencia del Tribunal Supremo, de 4 de mayo de 2010 (BOE, 30 de julio de 2010).

5. Bibliografía

Álvarez, J., Pardos, M., Hueso, R. *Manual de ergonomía y psicología social*. Madrid. Fundación Mapfre, 2012.

Bascuas, H. J., Álvarez, J. M. *Ergonomía. 20 preguntas básicas para aplicar la ergonomía a la empresa*. Madrid. Fundación Mapfre, 2012.

Cortés, L. L. H., Casallas, J. A. F. "Metodología de evaluación de usabilidad de interfaces humano-máquina". *Revista Tecnura*, 2014: 103-114.

Lillo, J., Moreira, H. "Envejecimiento y diseño universal". *Anuario de Psicología*, 35(2004): 493-506.

4.8. SEGURIDAD VIAL Y MOVILIDAD

Gabriel Rodríguez del Río

Director del área de Seguridad en el
Trabajo de la Sociedad de Prevención de FREMAP

Resumen

El objeto de este capítulo es analizar el tratamiento que desde el ámbito laboral se le está dando a la seguridad vial, realizando una propuesta de contenidos que ayuden a las empresas a minimizar los aspectos críticos que motivan los accidentes de tráfico.

1. Introducción

En el año 1995 se publicó la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en España, en esta ley se definen unas obligaciones para los empresarios tales como evaluar los riesgos que tienen los trabajadores en el desempeño de sus funciones, impartir formación para minimizar dichos riesgos e investigar todos los accidentes de trabajo con el objeto de evitar que se repitan.

Dentro de estas obligaciones de los empresarios, debe considerarse el accidente de tráfico laboral, y se deben evaluar los riesgos teniendo en cuenta la organización de la empresa, que afecta al factor humano y del entorno, así como la evaluación de los vehículos como equipos de trabajo y su correcto mantenimiento.

En la práctica observamos que las empresas sí recogen el riesgo de accidente de tráfico en las evaluaciones, pero sólo en aquellos puestos que para su desempeño requieren desplazarse dentro de la jornada laboral, omitiéndolo en aquellos otros donde el vehículo sólo lo utilizan para los desplazamientos al ir o volver del trabajo (desplazamientos *in itinere*).

Con respecto al accidente de tráfico al ir y volver del trabajo, no suele considerarse hasta la fecha en las evaluaciones de riesgo. Con independencia de la obligación legal del empresario, hacer prevención del accidente *in itinere* es una de las actuaciones más rentables para la empresa y para la sociedad en general. Si vemos los informes de accidentabilidad en el trabajo en la última década vemos que el 71,4% de los accidentes de tráfico laborales son al ir o volver del trabajo, por lo que omitirlos supone dejar de actuar sobre el foco principal del problema.

Cuando la prevención ha fallado y se produce el accidente, pasa a ser un aspecto fundamental el análisis de lo ocurrido, con el único fin de evitar que se repita el accidente. Si nos centramos en las causas más habituales, estas son las distracciones. Es necesario analizar en qué contexto se ha producido el accidente, de forma que podamos determinar si el trabajador realizaba las pausas recomendables, si estas están establecidas en la empresa, si las exigencias del trabajo le permitía realizar estas pausas, si la empresa fomenta que se realicen, o si por el contrario envía mensajes contrapuestos como establecer incentivos que sólo se pueden cumplir eludiendo las normas de seguridad vial. En definitiva, reflexionar sobre aspectos organizacionales de la empresa que influyen de forma decisiva en los accidentes de tráfico.

2. Planes de movilidad y seguridad vial en las empresas

El Plan Movilidad Vial dentro del marco del Plan de Prevención de Riesgos Laborales se constituye con el objetivo de minimizar el riesgo de accidentes laborales *in misión e in itinere*. A estos efectos, desarrolla las acciones y criterios de actuación para la mejora integral de la seguridad en todos los modos de transporte, aumentando la protección de las personas y los bienes.

Existen numerosas guías y estudios que establecen criterios para realizar un plan de movilidad y seguridad vial en las empresas; no obstante, todas ellas se basan en la valoración de tres factores sobre los que puede actuar la empresa para gestionar correctamente la actuación:

1. Factor humano
2. Factor entorno
3. Factor vehículo

2.1. Factor humano

Aunque es un factor concurrente en el 90% de accidentes de tráfico con víctimas, según la DGT, a menudo forman un riesgo no percibido. Puede parecer que las distracciones como tales no pueden evitarse, pero lo cierto es que se pueden aplicar una serie de estrategias para minimizarlas tales como impartir las siguientes instrucciones a los trabajadores:

- Regular la temperatura y la ventilación en el interior del vehículo y sentirse cómodo. La no adecuación de las condiciones ambientales puede aumentar el riesgo de fatiga y somnolencia en la conducción.
- En la utilización de los aparatos de música se recomienda presintonizar las emisoras de radio con las teclas de selección rápidas antes de iniciar la marcha. Si circula solo, manipular el equipo de música cuando el vehículo esté parado, y si circula acompañado, dejar a otro pasajero la manipulación del equipo de música durante la marcha, manteniendo siempre el volumen del aparato en niveles bajos o moderados.
- En el uso del navegador se debe introducir siempre los datos con el vehículo parado; es preferible que el navegador incorpore un mecanismo que impida introducir datos cuando el coche está en marcha. Se debe tratar de recibir instrucciones vía voz, la pantalla estará en un lugar de fácil acceso para la vista y que no suponga tener que desviarla de la carretera, la vista sobre la carretera tiene que quedar libre, el soporte del navegador no debe quedar cerca del volante, ni tampoco de la palanca de cambio. Hay que dejar libres los espacios del airbag y nunca consultar mapas de papel ni guías o atlas de carreteras en plena conducción.
- No ingerir comidas copiosas o ricas en grasas antes del viaje.
- Vigilar los efectos secundarios de los medicamentos que se hayan tomado.
- Descansar si se está física o mentalmente agotado.
- Acordar la realización de turnos al volante si fuera posible.
- Transportar paquetes o bolsas en el maletero, en caso de llevarlos en el interior del vehículo, deben ir en el suelo, bien encajados y que no puedan moverse.

- Preparar antes del viaje para tener a mano gafas de sol, pañuelos, tarjetas de crédito, monedas y cualquier otro objeto que sea necesario utilizar.
- Si siente somnolencia, parar lo antes posible en un lugar seguro y que no entorpezca la circulación, y dormir unos minutos.
- Realizar paradas con frecuencia, no conduciendo más de dos horas seguidas, parar a descansar, hidratarse y tonificar los músculos (andar, realizar estiramientos del cuello, hombros, brazos, espalda y piernas).
- Recordar que las comidas durante el trayecto han de ser ligeras y sin alcohol.
- Evitar pensar en trabajos pendientes, en problemas familiares o en cualquier otro tema que pueda absorber la atención y desviarla de la tarea de conducir.
- No fumar en el interior del vehículo.
- Llevar las ventanillas cerradas para impedir la entrada de insectos.
- Esperar a las paradas de descanso para comer o beber; nunca hacerlo al volante.
- Utilizar sistemas automáticos (climatizador, limpiaparabrisas, encendido de luces...).
- El uso de teléfonos móviles es uno de los elementos que más distracciones provoca, existen diversos estudios que confirman que conducir y hablar por teléfono al mismo tiempo aumenta notablemente las probabilidades de sufrir un accidente, incluso con dispositivos de "manos libres", debido a la disminución del grado de atención sobre las vías y la señalización. Por lo que se debe prohibir el uso del teléfono móvil cuando se conduce y restringir el uso de los "manos libres" a las situaciones estrictamente necesarias, procurando limitar la duración de las conversaciones por este medio.

El consumo de alcohol y drogas afecta de manera muy importante a las capacidades psicofísicas necesarias para desarrollar las tareas de conducción de manera segura.

Un debate muy recurrente en el ámbito de la prevención de riesgos laborales es la obligación y capacidad que tienen los empresarios para controlar el consumo

de alcohol y drogas de sus trabajadores. En este sentido, es clarificador lo comentado recientemente por la Inspección de Trabajo en una guía donde se dan criterios al respecto, y donde sobre este tema se indica literalmente:

- “1. Con carácter general, no existe fundamento normativo claro que permita exigir al empresario la realización de pruebas dirigidas a controlar el consumo de los trabajadores-conductores de dichas sustancias o productos, estando como está limitada la intromisión en la intimidad de los trabajadores, tanto legalmente como en la doctrina jurisprudencial, salvo las excepciones que se señalan a continuación.
2. Dicha obligación empresarial sí podrá ser exigida por el inspector actuante en los siguientes supuestos:
 - a) Cuando así se establezca en un convenio colectivo que sea de aplicación a la empresa.
 - b) Cuando en el contrato de trabajo el trabajador acepte la realización de pruebas o controles del consumo de dichas sustancias o productos.
 - c) Cuando lo contemple la planificación de la actividad preventiva de la empresa, formando parte de la vigilancia de la salud, cuando esta se considere necesaria en virtud de los resultados de la evaluación de riesgos laborales, sea la inicial, periódica o la realizada tras la existencia de un incidente o un accidente de trabajo. En todo caso, si del resultado de la investigación de un accidente de tráfico o de la actuación preventiva de los cuerpos policiales se desprende que un trabajador conducía habiendo consumido dichas sustancias, consideramos que tal circunstancia justificaría la exigencia del empresario al trabajador que se someta a las pruebas necesarias para comprobar con posterioridad que no se repite la situación.
3. Además de los casos anteriores, aunque no se hayan producido incidentes o accidentes de trabajo, el empresario debe impedir el desarrollo de la actividad al trabajador, y le puede exigir la realización de pruebas que permitan verificar su aptitud psicofísica para la conducción de un vehículo, cuando sea manifiesto, esto es, visible, ostensible o notorio que existen alteraciones de la conducta debido a que se ha producido el consumo de alcohol u otras sustancias como las señaladas.”

2.2. Factor entorno

La vía es el tercer factor multicausal de los accidentes sobre el que la empresa puede y debe actuar. Una mala señalización, un asfaltado deteriorado o la existencia de condiciones climáticas adversas deben tenerse en cuenta a la hora de realizar actuaciones preventivas en la empresa.

2.2.1. Estado de la vía

La empresa, en ocasiones, se ve impotente o no sabe cómo actuar ante situaciones de riesgo existentes en la vía pública. En un estudio realizado por el RACC y la Sociedad de Prevención de Fremap se efectuó una consulta sobre las posibles actuaciones que llevaría a cabo la empresa ante un riesgo evidente en las vías y entorno del centro de trabajo; el 26% de las empresas indican iniciar actuaciones de comunicación externa para solventar el problema, mientras que el 45% restringe la comunicación de forma interna informando a sus propios trabajadores sobre la existencia del riesgo. El resto de las empresas o no lo consideraban como un riesgo propio del centro de trabajo o no sabían cómo debían actuar.

2.2.2. Planificación de rutas

La planificación de rutas es otro aspecto susceptible de actuación para evitar los “puntos negros” y “tramos de concentración de accidentes” (TCA), así como para eludir carreteras afectadas por inclemencias meteorológicas u organizar el trabajo para intentar evitar horas del día con mayor densidad de tráfico o condiciones de iluminación o temperatura adversas. Por ejemplo, parece lógico planificar el horario de una ruta de entregas en una zona en la que se prevé presencia de nieve o hielo en horas centrales del día, donde la temperatura es más favorable ante esta inclemencia.

2.3. Factor vehículo

Siguiendo el texto establecido en la Guía para las Actuaciones de la Inspección de Trabajo en materia de Seguridad Vial en las Empresas, se considera al vehículo, independientemente de sus características y de su titularidad, como equipo de trabajo, y como tal, es de aplicación la normativa vigente en relación con equipos de trabajo, estableciendo obligaciones y deberes al empresario usuario del vehículo.

La propia guía establece que “al efecto de esta obligación, es intrascendente la titularidad del vehículo, siempre y cuando se ponga al servicio de la actividad productiva empresarial”.

3. Planes de formación en seguridad vial

Las acciones preventivas orientadas a influir sobre el factor humano/conductor pasan por realizar unas campañas informativas de sensibilización y un plan de formación con cursos teóricos y prácticos adaptados a las necesidades de la empresa.

Esta formación supone un complemento y una actualización formativa necesaria para todos los conductores. La experiencia nos dice que cuando una persona obtiene el carnet de conducir, la formación recibida tiene el objetivo de conseguir en el menor número de clases posibles que el conductor consiga tener un dominio del vehículo y un conocimiento de las normas de circulación suficiente para poder superar un examen. Las situaciones de emergencia y las reacciones ante estas solo son comentadas en la teoría, pero no hay una experiencia real que sí se consigue con los cursos prácticos de conducción segura.

De la misma forma, las personas que obtuvieron el carnet de conducir hace muchos años necesitan una actualización en referencia a las mejoras de seguridad incluidas en los vehículos, así como la actualización normativa.

Destacamos cuatro aspectos fundamentales que deberán considerarse en las formaciones prácticas de seguridad vial:

3.1. El manejo del volante

El manejo del volante y la posición de las manos es muy importante para una conducción segura. Cuando circulemos en línea recta o tracemos curvas rápidas y amplias, debemos colocar las manos en una posición que oscila entre las “dos menos diez” y las “tres menos cuarto” del reloj. Gracias a esto conseguiremos mayor aplomo de nuestro vehículo en cualquier tipo de vías y mayor precisión en el trazado de curvas. En el caso de curvas más cerradas, deberemos anticiparnos colocando la mano del lado de la curva en la parte superior del volante. Así iniciaremos el giro tirando con esa mano. Al enderezar deberemos terminar con las manos nuevamente en la posición inicial, gracias a esto conseguiremos mayor

soltura en los giros y estaremos preparados ante imprevistos. Por último, si el giro es muy cerrado, deberemos cruzar las manos para que este sea rápido y preciso, emplearemos toda la mitad superior del volante intentando hacer movimientos lo más amplios posibles y nunca meteremos las manos por el interior del volante. El volante debe llegar de extremo a extremo de su recorrido lo más rápido posible; para ello utilizaremos las manos desde lo más “lejos” posible hasta el final del recorrido, alternándolas como si se tratara de una carrera de relevos.

El problema, si existe, ha de estar entre la rueda y el suelo, NO entre nuestras manos y el volante.

3.2. La frenada

La distancia de frenada es el resultado de la suma del tiempo de reacción y la distancia de parada. Estos dos factores pueden variar en función del estado del conductor, del vehículo y de la carretera. Es importante diferenciar lo que es una frenada normal de una frenada de emergencia.

Una frenada normal es aquella en la que el conductor decide cómo y cuándo quiere frenar y además dispone de espacio y tiempo suficiente. En una frenada de este tipo sólo se pisa el pedal de freno y se emplea una intensidad acorde con nuestro estilo de conducción en cada momento. El embrague se pisa justo cuando el coche está a punto de pararse para que el motor no se cale. En este tipo de frenadas no hay diferencias entre un coche con o sin ABS, ya que no deberíamos llegar a frenar tan fuerte como para activarlo o bloquear las ruedas si no dispusiéramos de él.

Por otra parte, *una frenada de emergencia* es aquella en la que algo obliga a frenar al conductor cuando no está “preparado” para ello. En este caso, lo más probable es que aplique demasiada presión sobre el freno y aquí aparecen las diferencias entre un coche con ABS y otro sin este sistema. Tanto con ABS como sin él, en una frenada de emergencia debemos pisar el embrague al mismo tiempo que el freno mientras dure la frenada.

Con ABS debemos aplicar la máxima presión, cuanto más fuerte frene, antes se parará el coche. No debemos asustarnos ante movimientos y ruidos raros en el pedal, y tendremos que continuar frenando a fondo mientras dure la situación de emergencia. El ABS permite maniobrar con el volante de forma suave aunque se esté frenando a fondo.

Sin ABS la situación es mucho más delicada. Si frenamos a fondo, se bloquearán las ruedas y el coche dejará de obedecer a la dirección, por lo que, aunque gire el volante para evitar un posible obstáculo, el coche seguirá recto contra él. En el momento en que quiera que el coche gire, se deberá soltar el freno por completo, girar suavemente el volante y volver a frenar a fondo una vez que haya esquivado el obstáculo. Se trata de una maniobra compleja.

3.3. La pérdida de control del vehículo

Las pérdidas de control o derrapajes son una de las situaciones más delicadas en la conducción y que en caso de accidente provocan las lesiones más graves. Lo ideal sería que no ocurrieran, y para ello debemos intentar hacer bien nuestro "trabajo", es decir, ir bien sentados, manejar correctamente los mandos, volante y pedales, y trazar adecuadamente las curvas; pero si aun así sucede un derrapaje, lo primero es identificar si son las ruedas delanteras o las traseras las que están patinando. En el primer caso, hablaremos de subviraje (el coche sigue recto en una curva), y en el segundo, de sobreviraje (el coche gira demasiado).

Subviraje. Para corregirlo debemos cargar peso sobre las ruedas delanteras para que recuperen la adherencia. Tenemos dos maneras de hacerlo: dejando de acelerar o pisando el freno (mucho cuidado si no tenemos ABS). Es muy importante en estos casos vencer al instinto de girar demasiado volante, lo que sólo ayudaría a que el coche siguiera deslizando.

Sobreviraje. En este caso quitaremos el pie del acelerador al mismo tiempo que hacemos contravolante, esto es, que giramos las ruedas delanteras hacia el lugar a donde queremos llevar el coche. Igual de importante que hacer contravolante es deshacerlo a tiempo para evitar rebotes. Tanto si sufrimos un sobreviraje como un subviraje, jamás debemos acelerar.

3.4. El trazado de curvas

La mayoría de los conductores tiene dudas de cómo deben tomar una curva o les cuesta hacerlo. Los pasos a seguir para trazar una curva son:

Adecuar nuestra velocidad para iniciar la entrada en la curva con seguridad (frenar y luego reducir la marcha si es necesario). Iniciar el giro dirigiéndonos tranquilamente hacia el interior siempre que podamos ver el final de la curva. Si esto

no fuera posible por tratarse de una curva más cerrada o por la existencia de árboles, etc., deberemos mantenernos en el exterior de la curva hasta que veamos el final, y así dirigirnos hacia el interior. En este recorrido mantendremos la velocidad constante (es fundamental recordar la posición correcta de las manos). Aceleraremos una vez negociada la curva totalmente. No hemos de precipitarnos; en caso de duda, deberemos esperar un poco más antes de acelerar.

Todos estos pasos son sencillos de realizar si conseguimos lo más difícil: mirar lejos. No olvidemos que el mejor momento para comenzar a acelerar será cuando podamos empezar a enderezar la dirección.

Si tenemos que reducir alguna marcha, hay que hacerlo antes de entrar en la curva, y si queremos subir alguna marcha, hay que esperar a salir de la curva. No efectúe el cambio de marcha ni pise el embrague en pleno trazado del giro. Otro aspecto que debe tener en cuenta es el estado de la carretera, preste especial precaución si el asfalto está mojado, hay grava o presenta irregularidades.

Por último, quiero indicar que aunque todas las referencias del presente capítulo van ligadas al mundo de la empresa, el concepto de seguridad vial es indivisible, como lo es la persona; trabajador y ciudadano es uno, y la prevención debe ser única y coordinada. Las actuaciones preventivas que hemos propuesto sobre el trabajador indudablemente le serán útiles en sus desplazamientos de vacaciones o de fin de semana, de la misma forma que las campañas que realiza la Dirección General de Tráfico dirigida a los ciudadanos tendrá un beneficio en la reducción de accidentes laborales.

4. Bibliografía

Estudio de seguridad vial en el ámbito laboral. Sociedad de Prevención de Fremap y RACC, 2012.

Guía para las actuaciones de la Inspección de Trabajo en materia de seguridad vial en las empresas. Madrid. INSHT, 2011.

Manual de técnicas de conducción segura. Sociedad de Prevención de Fremap y RACC, 2008.

LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO

5.1. DEFINICIÓN E IMPORTANCIA

José Manuel Álvarez Zárate

Ingeniero. Instituto de Ergonomía

Resumen

La atención a los temas psicosociales, el balance entre trabajo y familia, los temas de salud mental y su impacto en la seguridad y salud de los trabajadores es un aspecto fundamental a tener presente y no siempre son objeto de suficiente atención por parte de las organizaciones.

La Organización Mundial de la Salud establece que un entorno de trabajo saludable es aquel en el que todos los miembros de la organización colaboran en un proceso de mejora continua con objeto de promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de las personas y la sustentabilidad del ambiente de trabajo. En este contexto, se hace necesario asegurar la salud, la seguridad y el bienestar mediante un adecuado estudio y gestión de los factores psicosociales, incluyendo la organización del trabajo, la cultura organizacional y los recursos de salud.

El estrés, el desgaste profesional y la violencia en el trabajo constituyen también una seria amenaza tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. La inseguridad contractual y la ambigüedad de rol entre familia y trabajo son, además, factores importantes que pueden influir adversamente sobre la salud de las personas.

1. Introducción

En España, la introducción oficial de la relevancia de los factores psicosociales se hace probablemente a partir del RD 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. En el anexo VI del reglamento se describe la formación necesaria para el técnico superior en Prevención de Riesgos Laborales y

es donde explícitamente se hace mención a la formación necesaria en ergonomía y factores psicosociales; y el artículo 34 establece cuatro especialidades, una de ellas es ergonomía y psicología aplicada, reconociendo así los factores psicosociales como factores de riesgo para la salud del trabajador.

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales establece en su artículo 18 la obligación del empresario de informar a sus trabajadores sobre los riesgos que puedan afectar a su salud y las medidas preventivas que deben aplicar para evitarlas. Esta ley establece que: se entenderá por “condición de trabajo” cualquier característica que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador.

Quedan específicamente contempladas en esta definición todas aquellas características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación del tiempo de trabajo, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.

En la actualidad, se han producido una serie de cambios económicos, sociales y organizacionales, apareciendo un entorno empresarial cambiante, dinámico, afectado por la crisis a nivel mundial y por la globalización económica. Estos cambios y la conceptualización de la salud como un “estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente como la ausencia de enfermedad” (OMS) han contribuido a que los factores de riesgo psicosocial cobren una importancia creciente en el mundo de la prevención de riesgos laborales.

Los factores psicosociales pueden definirse como aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo (INSHT).

Siguiendo una clasificación del Instituto Navarro de Salud Laboral, los riesgos psicosociales incluyen:

a) Características de la tarea:

Cantidad de trabajo, desarrollo de aptitudes, sencillez/complejidad, monotonía/repetitividad, automatización, ritmo de trabajo, precisión, responsabilidad, iniciativa/autonomía, formación requerida, aprendizaje de la tarea, prestigio social de la tarea en la empresa.

b) Estructura de la organización:

Definición de competencias, estructura jerárquica, canales de comunicación e información, relaciones personales, desarrollo profesional, ayudas sociales, estilo de mando.

c) Características del empleo:

Diseño del lugar de trabajo, salario, estabilidad en el empleo, condiciones físicas del trabajo.

d) Características de la empresa:

Tamaño, actividad de la empresa, ubicación, imagen social.

e) Organización del tiempo de trabajo:

Duración y tipo de jornada, pausas de trabajo, trabajo en festivos, trabajo a turnos y nocturno.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), entre los principales factores de riesgo psicosocial, menciona:

- a) El estrés.
- b) La violencia en el trabajo.
- c) El acoso laboral y el acoso sexual.
- d) La inseguridad contractual.
- e) El *burnout* o desgaste profesional.
- f) Los conflictos familia-trabajo.
- g) El trabajo emocional.

Los factores psicosociales como tales pueden ser positivos o negativos. Hay factores psicosociales inherentes a cualquier tipo de organización y tienen que ver con la cultura empresarial, la organización del trabajo y el estilo de gestión. Una organización en donde estén abiertos y accesibles todos los canales de comunicación, disponga de un liderazgo que facilite la participación y el desarrollo tanto personal como profesional y favorezca un clima laboral de apoyo y cohesión está facilitando un ambiente psicosocial adecuado y, por tanto, contribuyendo a la salud de las personas.

Los factores psicosociales pueden constituir un riesgo laboral. Cuando en una organización están presentes factores disfuncionales, estos pueden dar lugar a fatiga mental, falta de productividad, situaciones de estrés, etc.

La violencia en el trabajo, el acoso laboral o sexual u otros factores de riesgo no dependen directamente de los factores psicosociales de riesgo, sino que constituyen situaciones críticas que pueden estar asociadas a ellos. Por su propia naturaleza, los riesgos psicosociales podrán producir situaciones de estrés agudo o crónico, lo que repercute directamente sobre la seguridad y salud de los trabajadores, afectando de forma directa a los mecanismos adaptativos.

2. Consecuencias y efectos sobre la salud

Los factores psicosociales pueden influir adversamente sobre la salud física y mental de las personas. Algunas de sus consecuencias directas pueden ser el estrés, las adicciones o los trastornos psicosomáticos.

Entre los efectos perjudiciales para las empresas pueden mencionarse la insatisfacción laboral, una menor implicación en las tareas o conductas contra-productivas. También pueden encontrarse una mayor rotación del personal, disminución de la calidad, aumento del absentismo, costes económicos de los accidentes, pérdidas materiales, falta de productividad, etc.

Por tanto, una buena gestión de los riesgos psicosociales será fundamental para el desarrollo de la empresa y para la salud de los trabajadores.

3. Bibliografía

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *BOE*, nº 269, de 10 de noviembre de 1995. Última modificación: 28 de septiembre de 2013.

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf><http://www.insht.es/portal/site/PromocionSalud>.

<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/85A8B216-6068-459B-A6F9-E9A3D101AEDA/146996/RiesgosPsicoDefinicion.pdf>.

Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, del INSHT. *BOE*, 31 de enero de 1997.

5.2. EL ESTRÉS

José Manuel Álvarez Zárate

Ingeniero. Instituto de Ergonomía

Resumen

Es importante gestionar el estrés en el trabajo para poder evitar los problemas de salud asociados. Según datos de la UE (OSHA Europa), aproximadamente unas dos terceras partes de los trabajadores están expuestos a factores de riesgo psicosocial que pueden provocar estos problemas. El estrés afecta tanto sobre la productividad como sobre la salud de las personas, por lo que debe ser tratado en profundidad.

Uno de los pilares de una empresa saludable deber ser la gestión y el control de los riesgos psicosociales y uno de sus objetivos debería ser crear un ambiente física y psicológicamente saludable que fomente el bienestar personal y social, creando un clima de trabajo favorable y disponiendo de las herramientas de gestión necesarias para abordar esta problemática.

1. Introducción

El estrés aparece cuando alguien no se siente o no es capaz de afrontar por sus propios medios determinadas situaciones a las que está expuesto. Las personas experimentarán estrés laboral siempre que se presente un desequilibrio entre las exigencias de las tareas o la situación que debe afrontar, tanto en el trabajo como en su vida personal y familiar, y los recursos físicos y psicológicos de los que dispongan para hacer frente a estas exigencias.

Cuando se habla de recursos, estos pueden tratarse simplemente de tiempo disponible y adecuado o de disponer de las competencias cognitivas y emocionales necesarias para hacer frente a las tareas encomendadas o a los problemas a los

que se enfrentan los individuos. Aunque el estrés es una manifestación psicológica, también puede afectar a la salud física de los trabajadores.

El ambiente de trabajo y el clima psicosocial pueden influir de forma significativa sobre la salud y la productividad, tanto de forma positiva como negativa. Un adecuado clima laboral puede contribuir a un adecuado desarrollo personal y social, así como para la mejora de las habilidades personales (Declaración de Luxemburgo). Un clima laboral adverso puede ocasionar enfermedades crónicas y pérdida de productividad.

El lugar de trabajo es un escenario idóneo para el desarrollo de actividades de promoción, ya que se cuenta con las estructuras necesarias y porque ofrece un potencial enorme para llegar a un gran número de personas y dar información y asistencia para mejorar su salud y bienestar.

En ocasiones, cuando se habla de estrés se hace referencia a las exigencias y desafíos a los que se enfrentan las personas, cuando en realidad eso es a lo que se llama presión o carga de trabajo. El estrés no es lo mismo que la presión a la que estamos sometidos en determinadas situaciones o momentos, ya que esto es habitual en la vida de las personas. La presión puede deberse a diversas circunstancias, tanto en el trabajo como en la vida personal y familiar, y puede adoptar diferentes formas. Puede ser una presión autoimpuesta (por ejemplo, terminar un trabajo lo antes posible) o externa (por ejemplo, plazos establecidos por otras personas).

El nivel adecuado de exigencia varía en función de las personas y también en función de la naturaleza del trabajo. En general, todos los individuos necesitan una cierta presión para desarrollar adecuadamente sus actividades, pero no todas las personas soportan de la misma forma determinada presión.

Además de hacer un diseño organizacional adecuado para cada empresa, el desarrollo de las habilidades necesarias para gestionar el estrés será uno de los objetivos básicos en cualquier programa de mejora en el marco de una organización saludable.

Otro objetivo importante en el marco de una empresa promotora de la salud será establecer los mecanismos necesarios para detectar aspectos de mejora, así como para detectar y prevenir aquellas situaciones problemáticas que puedan influir adversamente en el clima psicosocial de la organización. Por lo tanto, la organización deberá definir las herramientas y los mecanismos adecuados con

objeto de detectar y prevenir los riesgos psicosociales e implantar los canales apropiados de comunicación y gestión.

Para no cometer errores, es necesario discriminar los comportamientos recibidos por parte de clientes, pacientes, alumnos, proveedores, etc., es decir, por parte de personas ajenas a la organización, de aquellos recibidos por parte de personal de la propia organización. En el primer caso, se trata de tomar acciones que tienen que ver con la prevención de riesgos laborales, mientras que en el segundo, con la gestión de personas.

También es imprescindible saber discriminar entre las conductas de acoso de aquellas situaciones que pueden generar conflictos, discrepancias o discusiones en relación con cuestiones relacionadas con el trabajo, la política, el deporte, etc., aunque puedan resultar problemáticas y sea necesario tomar acciones que solucionen la situación de conflicto creada.

2. Significado del estrés y factores relacionados

La Unión Europea define el estrés relacionado con el trabajo como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación.

Estrés es una de esas palabras que todos utilizamos, pero a la que a menudo dotamos de distintos significados. El estrés aparece cuando se experimenta un desequilibrio entre la percepción que una persona tiene acerca de los acontecimientos que le impone su entorno y la percepción de sus propios recursos para enfrentarse a esas situaciones. Aunque el proceso de evaluación recursos-demandas sea de orden psicológico, los efectos del estrés no son únicamente de naturaleza psicológica. El estrés afecta igualmente a la salud física, el bienestar y la productividad.

Cada individuo puede reaccionar de manera distinta a una determinada demanda física, cognitiva o emocional o a una situación estresante. La reacción dependerá de la forma en la que percibimos las demandas y de los recursos y disposición para hacerle frente.

Existen tres aspectos importantes a tener en cuenta para abordar el tema:

- Los factores causantes; es decir, las situaciones de trabajo que pueden provocar estrés.
- La persona.
- Las consecuencias (sobre el comportamiento, la salud o la productividad).

Entre los factores relacionados con el trabajo encontramos:

- Exigencias cuantitativas de la tarea (carga de trabajo, rendimiento, presión de tiempo, exagerado volumen de información, etc.).
- Exigencias cualitativas (nivel de responsabilidad –sobre personas, dinero, instalaciones, etc.–, calidad, precisión, atención o concentración, etc.).
- Características de la tarea (repetitividad o monotonía, por ejemplo).

Existen otros factores ligados a la organización del trabajo:

- Falta de control sobre la organización del trabajo.
- Falta de definición o delimitación en las tareas asignadas.
- Falta de definición clara de objetivos o de lo que la organización espera de una persona.
- Ambigüedad de roles.
- Exigencias en ocasiones contradictorias, como por ejemplo hacer algo rápido y bien o satisfacer al cliente y ganar dinero.
- Horarios de trabajo incompatibles con la vida personal y familiar y con el ritmo circadiano.
- Polivalencia.
- Inestabilidad en el empleo.

También encontraremos otros factores importantes a considerar en las relaciones con el puesto de trabajo:

- Falta de apoyo por parte de compañeros, subordinados o superiores jerárquicos.
- Dirección por participativa, autoritaria, deficiente, etc.
- Falta de reconocimiento al trabajo realizado o al cumplimiento de los objetivos conseguidos.
- Impacto de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (tecnostrés).
- Diseño ergonómico del sistema laboral, incluidos los factores ambientales.
- Estatus social.
- Estado económico de la empresa (incertidumbre e inseguridad laboral).

A continuación, explicaremos a qué nos referimos cuando hablamos de estrés y cómo encaja esta definición con el uso que se hace de este término.

Ciertos individuos manifiestan estar expuestas al estrés, asimilándolo a algún tipo de carga o exigencia. Otros entienden el estrés como si se tratase de una enfermedad o de una respuesta a esas exigencias, a las que podríamos denominar "factores de estrés". Ninguna de estas percepciones es errónea, simplemente son diferentes.

Cuando una persona se enfrenta a una exigencia física, su cuerpo responde. Si tiene que darse prisa para coger un medio de transporte, su ritmo cardiaco y su presión sanguínea aumentan. Si además es un día de mucho calor, entran en acción los mecanismos de termorregulación del organismo. Otra respuesta menos manifiesta será la liberación de mensajeros químicos (hormonas) en la sangre. Esta respuesta tiene su origen en los tiempos en los que era más probable tener que huir de un animal peligroso que correr para subirse a un tren. Si se enfrenta a exigencias de tipo cognitivas, como tener que realizar un informe en un tiempo escaso, también se producirá una respuesta del organismo, que los fisiólogos denominan "activación".

Cuando se trata de un desafío de tipo mental, no necesariamente se produce una actividad física. Algunas personas se refieren a esta respuesta como "estrés" o "reacción al estrés". Nuevamente, esta denominación no es errónea, solamente diferente. Pero está demostrado que se trata tan sólo de una respuesta natural a las exigencias a las que nuestro organismo se ve sometido.

La activación se produce como una respuesta a cualquier exigencia, tanto si podemos hacerle frente como si no. Esto no es lo mismo que el "estrés". El "estrés" se produce cuando estas exigencias son excesivas y resulta difícil o imposible hacerles frente.

3. Cómo controlar el estrés en una organización

Una vez definido lo que interpretamos sobre el estrés y descritos los principales factores de riesgo, es necesario comentar algunos aspectos a tener en consideración dentro de la organización para poder crear un clima compatible con el concepto de empresa promotora de la salud.

No siempre resulta sencillo controlar las condiciones de salud y seguridad y, en el caso de los factores psicosociales, puede complicarse más la situación.

Aunque se pueden iniciar acciones y establecer programas de actuación en materia de riesgos psicosociales, es evidente que los esfuerzos de la organización se podrán encausar mejor si se conoce la situación de partida.

La situación de partida podrá conocerse o al menos intuirse cuando se cuenta con una adecuada evaluación de los riesgos psicosociales (exigencia legal en determinados países) y/o con un estudio de clima laboral. Estos estudios no deberían ser mutuamente excluyentes sino complementarios y los resultados obtenidos deberían servir para establecer los programas o acciones de control necesarias, fijar objetivos y controlar su cumplimiento, midiendo periódicamente la situación para comprobar que se mantiene en los términos que consideremos aceptables o convenientes.

Los estudios psicosociales y los de clima laboral son una herramienta esencial para el establecimiento de objetivos y programas, y constituyen un excelente canal de comunicación y participación de los trabajadores.

También resulta fundamental conocer con la mayor exactitud posible las exigencias y demandas de las tareas, los objetivos fijados en relación con la calidad y la productividad o con los costes, la organización del trabajo, la estructura salarial (pago por productividad, incentivos, etc.), las funciones y responsabilidades, etc.

Este es el campo propicio para la psicología industrial organizacional, que es una disciplina científica social cuyo objeto de estudio lo constituye el comportamiento

humano en el ámbito de las organizaciones empresariales y sociales. Por psicología industrial organizacional debe entenderse la aplicación de los conocimientos y prácticas psicológicas aplicadas a las organizaciones, con objeto de comprender científicamente el comportamiento humano en situación de trabajo, así como el empleo de la persona para que realizase con mayor eficacia las tareas encomendadas.

Este análisis, estudio o evaluación de las condiciones de trabajo, debe estar encaminado a encontrar respuestas a los numerosos y complicados problemas generados en el ambiente laboral, activar el potencial de realización del factor humano, propiciar el bienestar y la satisfacción de los trabajadores y contribuir al desarrollo técnico y económico de la empresa. Los estudios deberían llevarse a cabo bajo el marco de un enfoque orientado a los sistemas.

No se trata sólo de estudiar e intervenir sobre la selección de las personas, la formación, el entrenamiento, las funciones y responsabilidades, incentivos, condiciones de trabajo, etc., sino también sobre el comportamiento de los grupos y subsistemas de trabajo y de la respuesta de la organización en su conjunto ante estímulos internos y externos en un mundo cambiante.

Si bien es cierto que es necesario buscar personas con las habilidades y competencias necesarias para las tareas a desarrollar, tanto desde el punto de vista meramente técnico y profesional, pero también con las habilidades y capacidades necesarias para adaptarse y responder efectivamente a las demandas psicosociales del trabajo. Esto no exime a la organización para establecer, implantar y mantener los mecanismos necesarios para garantizar la salud y seguridad de sus trabajadores y una mejora continua de las condiciones de trabajo.

4. Bibliografía

OSHA Europa. *Guía electrónica para la gestión del estrés y de los riesgos psicosociales*, s. f. Recuperado el 7 de enero de 2015, de <http://eguides.osha.europa.eu/stress/ES-ES/>.

5.3. LA VIOLENCIA EN EL TRABAJO. ACOSO LABORAL Y ACOSO SEXUAL

José Manuel Álvarez Zárate
Ingeniero. Instituto de Ergonomía

Resumen

Los trabajadores sometidos a un hostigamiento psicológico presentan síntomas psicosomáticos y reacciones anómalas hacia el trabajo y el ambiente laboral. Algunas de estas manifestaciones coinciden con la definición de *mobbing*, término utilizado internacionalmente para describir una situación en la que una persona o un grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema de forma sistemática y durante un tiempo prolongado. En castellano, se podría traducir como “hostigamiento psicológico en el trabajo”.

Según el LIPT (“Leymann Inventory of Psychosocial Terrorization”) (Leymann, 1990), podemos hablar de *mobbing*, entre otros, en los siguientes casos:

- Actividades de acoso para reducir la posibilidad de la víctima de comunicarse adecuadamente con otros.
- Actividades de acoso para evitar que la víctima tenga la posibilidad de mantener contactos sociales.
- Actividades de acoso dirigidas a desacreditar o impedir a la víctima mantener su reputación personal o laboral.
- Actividades de acoso dirigidas a reducir la ocupación de la víctima y su empleabilidad mediante la desacreditación profesional.
- Actividades de acoso que afectan a la salud psíquica y física de la víctima.

La definición del término acoso sexual es importante en cuanto que su formulación determinará tanto las conductas que lo conforman y, por tanto, el rango de comportamientos prohibidos, como la magnitud del fenómeno. En la Recomendación de las Comunidades Europeas 92/131, de 27 de noviembre de 1991, relativa a la Dignidad de la Mujer y el Hombre en el Trabajo, se abordaba el acoso sexual definiéndolo como una “conducta de naturaleza sexual u otros comportamientos basados en el sexo que afectan a la dignidad de la mujer y el hombre en el trabajo, incluido la conducta de superiores y compañeros, que resulta inaceptable si:

- a) dicha conducta es indeseada, irrazonable y ofensiva para la persona que es objeto de la misma,
- b) la negativa o el sometimiento de una persona a dicha conducta por parte de empresarios o trabajadores (incluidos los superiores y los compañeros) se utiliza de forma explícita o implícita como base para una decisión que tenga efectos sobre el acceso de dicha persona a la formación profesional y al empleo, sobre la continuación del mismo, el salario o cualesquiera otras decisiones relativas al empleo y/o
- c) dicha conducta crea un entorno laboral intimidatorio, hostil y humillante para la persona que es objeto de la misma; y de que dicha conducta puede ser, en determinadas circunstancias, contraria al principio de igualdad de trato”.

1. Introducción

El *mobbing* podría considerarse como una forma característica de estrés laboral, que presenta la particularidad de que no ocurre exclusivamente por causas directamente relacionadas con el desempeño del trabajo o con su organización, sino que tiene su origen en las relaciones interpersonales que se establecen entre los distintos individuos (NTP 476). Se trata de un conflicto asimétrico entre dos partes, donde la parte hostigadora tiene más recursos, apoyos o una posición superior o privilegiada frente a la persona que padece el hostigamiento.

Normalmente, el agresor o agresores se valen de algún argumento de poder como pueden ser la fuerza física, la antigüedad, la fuerza del grupo, la popularidad en el grupo o el nivel jerárquico para llevar a cabo estos comportamientos hostigadores.

Como pauta general, se considera que existe *mobbing* cuando una persona o grupo de personas ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática

y recurrente (al menos una vez por semana y durante un tiempo prolongado, típicamente de seis meses), sobre otra persona o grupo de personas en el lugar de trabajo.

Cuando hablamos de acoso sexual, nos referimos a un concepto bastante amplio, ya que en las conductas de naturaleza sexual están comprendidas las conductas físicas, verbales o no verbales, que causen molestia (NTP 507, INSHT).

El contacto físico no deseado (conducta física de naturaleza sexual) puede ir desde tocamientos innecesarios hasta conductas delictivas, como es el caso de un intento de violación y la coacción para las relaciones sexuales.

La conducta verbal de naturaleza sexual puede incluir insinuaciones sexuales molestas, proposiciones o presión para mantener relaciones sexuales.

En la conducta no verbal de naturaleza sexual quedarían incluidas la exhibición de fotos sexualmente sugestivas o pornográficas de objetos o materiales escritos, miradas impúdicas, determinados gestos, etc.

En el caso del acoso sexual, también es importante diferenciar las conductas de acoso de las conductas de cortejo. Lo que hace distintos a unos comportamientos de otros es que la conducta en cuestión tenga una buena acogida por la persona a la que se dirige. La atención sexual es acoso sexual cuando se convierte en desagradable. Por ello, a cada persona le corresponde determinar el comportamiento que aprueba o tolera, y de parte de quién. Es esto lo que imposibilita el hacer una relación de conductas vejatorias que deban ser prohibidas.

Por sus propias características, en muchas ocasiones es difícil de detectar e incluso de demostrar una situaciones como las descritas. En estos procesos es el afectado quien debe percibir que los hostigadores tienen la intención explícita de causarle daño o perjuicio y, en segundo término, debe tener la oportunidad y la valentía de comunicar o denunciar los hechos y las herramientas necesarias para poder demostrarlo. El individuo no siempre es capaz de afrontar estas situaciones ni de modificar su entorno social, ni conoce cómo controlar sus reacciones emocionales. Si no consigue afrontar la situación y controlar la ansiedad aparecerá una patología propia del estrés, que se hará crónica y agravará paulatinamente.

Generalmente, la persona ve amenazada su integridad al no recibir un trato equitativo; y los hechos atentan contra sus necesidades básicas, como la de mantener relaciones cordiales con sus compañeros y de ser respetado.

2. Cómo abordar el acoso

Una organización debería establecer los procedimientos y mecanismos necesarios para gestionar estas situaciones de conflicto.

Los agentes sociales de la organización deben plantear la forma de implantar los procedimientos adecuados para gestionar los conflictos, definiendo los canales de comunicación y los organismos de gestión apropiados. Esto incluye la forma y los canales para comunicar o denunciar las conductas anómalas garantizando la confidencialidad, las instrucciones para recopilar la información, la composición y las normas de funcionamiento de los órganos o comités que se formen para estudiar el caso, etc. Asimismo, la organización debe estar dispuesta a tomar las medidas necesarias para resolver de forma rápida y definitiva cualquier tipo de situación de acoso.

Para prevenir cualquier situación de acoso, es necesario partir de una declaración de principios para demostrar la implicación y compromiso por parte de la dirección de la organización de no tolerar este tipo de conducta y de estar en disposición de erradicar de forma inmediata cualquier tipo de acoso, prohibiendo de forma explícita cualquier comportamiento que atente contra la integridad de las personas y defendiendo el derecho de todos los trabajadores a ser tratados con dignidad. Debe quedar claramente manifestado que las conductas de acoso ni se permitirán ni perdonarán, explicitando el derecho de los trabajadores a comunicar este tipo de conductas impropias.

Es necesario que todos los miembros de la organización comprendan qué se entiende por comportamientos inapropiados y por acoso, tanto si se trata de *mobbing* como de acoso sexual.

La organización debe garantizar que los mandos tienen la responsabilidad de velar y hacer cumplir los protocolos establecidos, y de aplicar el procedimiento establecido, protegiendo a la víctima de acoso de posibles represalias y asegurando la confidencialidad.

La responsabilidad de asegurar un entorno de trabajo respetuoso con los derechos de quienes lo integran es de todos los trabajadores, recomendando a los mandos que tomen acciones positivas para promocionar la política de no acoso, empezando por dar ejemplo de ello.

Siendo que en la mayoría lo que más interesa es que acabe el acoso, deben existir procedimientos tanto formales como informales que garanticen que la víctima no continúe expuesta tras la denuncia.

En algunos casos, la resolución del conflicto puede pasar por la confrontación directa entre las partes interesadas o a través de un intermediario. En otros, puede ser conveniente llevar a cabo una investigación formal de los hechos denunciados, incluyendo a los interesados y a posibles testigos y/o verificando las pruebas que hayan podido recabarse. El resultado de la investigación debe concluir en la solución del conflicto.

3. Bibliografía

INSHT. *NTP 476 El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998.

INSHT. *NTP 507 Acoso sexual en el trabajo*, s. f.

Leymann, H. "Mobbing and Psychological Terror at Workplaces". *Violence and Victims*, 5[2], 1990.

5.4. INSEGURIDAD CONTRACTUAL

José Manuel Álvarez Zárate
Ingeniero. Instituto de Ergonomía

Resumen

No es novedad que el desempleo es malo para la salud de una persona. Pero resulta que sólo la amenaza del desempleo es mala también.

En un estudio publicado en la revista *Journal of Occupational and Environmental Medicine* se indica que la inseguridad laboral percibida está vinculada a bajos niveles de salud, incluso entre aquellas personas que tenían puestos de trabajo durante la recesión. Los investigadores encontraron que la inseguridad laboral percibida estaba vinculada con “probabilidades significativamente mayores” de percepción de salud regular o mala, así como síntomas recientes que sugieren ataques de depresión y ansiedad.

Como resultado de la globalización, la subcontratación, la deslocalización, la aparición de nuevas tecnologías o formas de comercialización, la crisis económica y la recesión, e incluso a veces por los desastres naturales, la seguridad en el empleo puede parecer una cosa del pasado.

Las personas que están entrando actualmente en el mercado laboral seguramente pasen por varias empresas o trabajos antes de jubilarse, incluso la alternativa del autoempleo se está convirtiendo en la única opción para muchas personas.

La falta de seguridad en el empleo es un hecho al que deben hacer frente muchas personas en un momento u otro de su vida laboral, y aprender a hacer frente a ello es esencial para poder ser feliz y mantener el estrés a distancia; el problema es cómo lidiar con esta incertidumbre, máxime cuando se trata de personas mayores

que han tenido siempre el mismo empleo y que no se ven en situación de poder reintegrarse al mercado laboral, al menos en similares condiciones.

En primer lugar, es necesario aprender a manejar la presión psicológica y el estrés. Es importante darse cuenta de que no todo el mundo reacciona de la misma manera a la inseguridad laboral. Su vida en el hogar, la voluntad de adaptarse a los cambios y la situación financiera son muy diferentes entre las personas que trabajan en una organización, así que cada uno puede reaccionar de diferente forma.

Es imposible saber lo que deparará el futuro, así que la preparación de antemano puede ayudar a reducir las preocupaciones.

1. Cómo actuar ante un clima de inseguridad

Vivir en una situación de constante inseguridad suele ser estresante. No tener posibilidad de planificar el futuro, no saber si embarcarse o no en determinados proyectos o inversiones y, sobre todo, no tener la seguridad de volver a conseguir un empleo y, por ende, de hacer frente al mantenimiento de la familia, es una cuestión que puede generar alarma y preocupación.

Algunos estudios sugieren que vivir con la inseguridad laboral (el "miedo" de perder su trabajo) puede ser más perjudicial para la salud que realmente perder el trabajo. En este caso, mantener una actitud positiva puede hacer toda la diferencia.

Hacia la empresa, los empleados pueden reaccionar de forma diversa. Puede existir una situación de pasividad e indiferencia (hago mi trabajo hasta que dure...), puede asumirse una situación de derrota o desilusión (aunque me esfuere me despedirán, por lo que no me esforzaré más por esta empresa) o de presentismo (trabajo a todas horas para demostrar que soy un buen empleado, incluso puedo permanecer en la empresa haciendo que trabajo). En cualquier caso, esta situación no es beneficiosa para las empresas.

Las organizaciones deberían ser conscientes de que algunos procesos de externalización, deslocalización o de reestructuración mal explicados generan una incertidumbre en sus empleados que a la larga es perjudicial para la organización, porque las personas pierden el compromiso con la empresa y dejan de identificarse con ella. Cualquier proceso que elimine puestos de trabajo debería ser convenientemente razonado y explicado de forma transparente a los empleados.

Un empleado que dedica todos sus esfuerzos a buscar trabajo antes de que lo despidan no resulta productivo. Tendrá su mente en cualquier sitio menos en su empresa. En ciertos casos se pueden presentar situaciones de estrés, como resultado de la sensación de que el empleado ya no tiene control sobre su situación ni sobre su vida.

Una empresa saludable debería ser capaz de dejar expresar a los empleados sus temores y frustraciones, evitando que la incertidumbre se apodere del grupo de trabajo y de la empresa. Por tanto, tener una discusión abierta sobre el tema y explicar los planes de negocio y las expectativas de forma honesta y razonada puede contribuir a que todos centren sus esfuerzos en seguir adelante y hacer frente a las situaciones de crisis.

En algunos casos, por ejemplo, una empresa con recursos que se vea inmersa en una reestructuración y se disponga a prescindir de parte de sus trabajadores debería intentar ayudar a las personas despedidas en la búsqueda de un nuevo empleo, o en la formación necesaria para reorientar su vida laboral, además de ofrecer apoyo psicológico durante determinado tiempo para asumir y afrontar la nueva situación. Esto es parte del compromiso de una empresa saludable.

Desde el punto de vista empresarial, fomentar la flexibilidad, la formación profesional continua, el uso de nuevas tecnologías, el aprendizaje de idiomas, la creatividad, etc., pueden ser formas adecuadas para mantener la competitividad con el tiempo y aumentar con ello la seguridad laboral. Las decisiones empresariales no deberían buscar sólo la maximización de los beneficios, sino también el mantenimiento de los puestos de trabajo.

Evaluar periódicamente y de forma objetiva el desempeño de las personas y comunicar los resultados puede contribuir a disminuir la incertidumbre y el estrés de aquellos que mejores resultados consiguen. Que los mandos reconozcan el trabajo de las personas puede dar confianza y seguridad. Como estrategia empresarial, no debería utilizarse nunca la amenaza del despido para obtener un mayor rendimiento y menos aún de forma colectiva.

La organización debería ser capaz de comunicar con precisión y realismo qué se espera de cada persona o grupo de personas y apoyarlas en todo momento para la consecución de los objetivos establecidos.

En épocas de bonanza económica, las organizaciones pueden colaborar con sus empleados a fin de facilitarles las herramientas necesarias para invertir

adecuadamente el dinero y fomentar el ahorro. Una persona que tiene algo de dinero ahorrado y saldadas sus deudas tiene mayor capacidad de resistir a una situación temporal de desempleo.

2. Bibliografía

Burgard, S., Kalousova, L., Seefeldt, K. "Perceived Job Insecurity and Health: The Michigan Recession and Recovery Study". *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2012; Volume 54: 1.101-1.106.

5.5. EL *BURNOUT* O DESGASTE PROFESIONAL

José Manuel Álvarez Zárate

Ingeniero. Instituto de Ergonomía

Resumen

El *burnout*, o desgaste profesional o síndrome de estar quemado, es un tipo especial de estrés en el trabajo caracterizado por el estado de agotamiento físico, emocional o mental combinado con dudas de la persona acerca de su competencia y el valor de su trabajo.

El agotamiento del trabajo puede ser el resultado de varios factores, incluyendo:

- La falta de control, lo que significa una incapacidad para influir en las decisiones que afectan al trabajo –como la gestión del calendario, tareas o carga de trabajo–, podría dar lugar a desgaste profesional. Lo mismo ocurriría con la falta de los recursos necesarios para hacer el trabajo.
- Expectativas laborales poco claras. Si la persona no está segura sobre el grado de autoridad que posee o de quién depende o no conoce lo que los demás esperan de ella, es probable que el individuo no se sienta cómodo en el trabajo.
- Dinámicas de trabajo disfuncionales. Procesos, procedimientos o tareas que no agregan ningún valor al trabajo y que suponen una pérdida de tiempo, baja productividad, etc.
- Diferencias en los valores. Cuando los valores personales difieren de la forma en que el empleador hace negocios o atiende las quejas.
- Pobre ajuste de empleo. Si el trabajo no se ajusta a los intereses y habilidades de las personas, la situación puede resultar estresante en el tiempo.

- Los extremos de la actividad cuando un trabajo es siempre monótono o caótico puede conducir a la fatiga y el agotamiento.
- La falta de apoyo social. Sentirse aislado en el trabajo o en la vida personal.
- Desequilibrio entre trabajo y vida personal/familiar.

De acuerdo con lo indicado en la NTP 704:

- El *burnout* es consecuencia de la exposición a estresores laborales. Esta interacción del trabajador con unas determinadas condiciones laborales de riesgo puede provocar el síndrome, siendo, por tanto, una consecuencia sobre la salud de la persona que se deriva del trabajo.
- Es preciso que en el desarrollo del trabajo se dé un intercambio intenso y duradero entre trabajador-cliente, trabajador-paciente o trabajador-usuario. Esta respuesta se encuentra más en trabajos de “servicios humanos” de ayuda. No obstante, se ha identificado en otros profesionales como directivos, mandos intermedios, deportistas, entrenadores, etc.
- La comunidad científica acepta conceptualmente el planteamiento empírico de la tridimensionalidad del síndrome (Maslach y Jackson, 1981), que se sintomatiza en cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal.

Los conceptos de estrés y *burnout* son constructos diferentes.

En la NTP anteriormente mencionada, también se indica que en el proceso de *burnout* pueden destacarse cinco fases:

1. Fase inicial, de entusiasmo. Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.
2. Fase de estancamiento. No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, definitoria de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.
3. Fase de frustración. Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo

carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

4. Fase de apatía. En la cuarta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (enfrentamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un enfrentamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.
5. Fase de quemado. Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

1. Prevención y control

Para prevenir el síndrome de *burnout* entre los trabajadores, la organización debe diseñarse, preferiblemente, con las siguientes características:

- Estructura de la organización poco jerarquizada y flexible.
- Apoyo instrumental por parte de la organización.
- Mínima burocracia.
- Participación activa de los trabajadores y posibilidades de toma de decisiones.
- Coordinación entre los departamentos o unidades funcionales.
- Formación práctica de los trabajadores en nuevas tecnologías.
- Desarrollo de carrera.
- Adecuado estilo de dirección.
- Adecuada gestión de personas.
- Sistema de evaluación y/o reconocimiento del trabajo realizado.

Los trabajadores deben ser conscientes de su propia capacidad de lograr y disponer de la posibilidad de ejercer un cierto control sobre sus metas, objetivos y tareas. Las personas que tienen un mayor nivel de autoeficacia percibida experimentan menos estrés en situaciones difíciles (Bandura, 1989).

El establecimiento de objetivos y metas con un alcance realista es un incentivo para las personas y su consecución genera confianza y autoestima, identificando las expectativas de la empresa hacia el individuo, siendo éste consciente de lo que se espera de él y del valor de su trabajo.

Las organizaciones deben identificar los puntos fuertes de los empleados y asignar tareas acordes con sus capacidades y habilidades o, al menos, asignar tareas acordes con la categoría laboral y profesional de las personas. Evitar las tareas monótonas, repetitivas, sin contenido o carentes de valor añadido.

La estructura debe apoyar al empleado y suministrarle la ayuda y los medios necesarios para hacer frente al trabajo en cualquier circunstancia.

Otras acciones que pueden emprenderse para minimizar la probabilidad de que este síndrome se produzca pueden ser:

- Fomentar la armonía y la comunicación.
- Establecer los canales de comunicación adecuados.
- Dar solución a los problemas técnicos que dificulten el trabajo.
- Priorizar las actividades cuando hay mucho trabajo o demanda.
- Respetar las pausas y los tiempos de descanso.
- Ajustar adecuadamente la carga de trabajo.
- Reconocer los esfuerzos grupales y personales.
- Aceptar las quejas y sugerencias de los empleados y responder a las mismas.
- Programar con antelación suficiente los cambios de procedimientos o tecnológicos y asegurarse de que las personas poseen la capacidad y competencia para asumir estos cambios.
- Evitar que el trabajador asuma con los clientes compromisos que la organización no tiene intención o no es capaz de cumplir (calidad, plazos de entrega, etc.).
- Proporcionar la formación adecuada para resolver conflictos.

2. Bibliografía

INSHT. *NTP 704 Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación*, s. f.

5.6. CONFLICTOS FAMILIA-TRABAJO

José Manuel Álvarez Zárate
Ingeniero. Instituto de Ergonomía

Resumen

La mayoría de las personas, independientemente de su sexo, manifiestan que lo más importante para sus vidas es su familia, sus amigos y su desarrollo personal, por encima de su desarrollo profesional, aunque pueda haber excepciones y siendo conscientes de que en ocasiones la respuesta puede depender de la edad y de la situación profesional del individuo. No obstante, la realidad puede ser bastante diferente ya que, en general, las personas dedicamos mayor tiempo y energía a nuestro trabajo que a nuestra vida familiar y personal. Esta situación de discrepancia entre lo que queremos y lo que efectivamente hacemos crea desequilibrios e insatisfacción. En la mayoría de los casos, no siempre resulta fácil la conciliación entre la vida laboral, familiar y personal.

El conflicto trabajo-familia puede verse generado por una serie de presiones en el trabajo, tales como las características del horario laboral, los estresores, el estatus dentro de la organización o las características de la tarea. Si las fuentes del conflicto surgen en la familia (conflicto familia-trabajo), se ha encontrado que los estresores pueden ser los asociados a la evolución natural del ciclo familiar, como el nacimiento de un hijo, las tareas domésticas o la muerte de algún miembro de la familia. Existe un tercer tipo de conflicto bidireccional, el conflicto interrol, que surge en la familia y el trabajo, y que afecta tanto a la familia como al trabajo.

El estrés suele ser el síntoma más común cuando se produce un desajuste o un conflicto trabajo-familia. Este conflicto influye negativamente con el bienestar psicológico y, en concreto, en la salud mental. También puede ser fuente de insatisfacción laboral y de insatisfacción con la vida, conducir a la depresión o al *burnout*.

Los valores personales y los objetivos profesionales, familiares y personales, así como las capacidades individuales, condicionan de forma significativa la forma de afrontar el conflicto. El justo equilibrio entre el tiempo y el esfuerzo dedicados a la familia, al trabajo y a la persona no siempre es sencillo de encontrar. Es relativamente subjetivo y normalmente varía a lo largo de la vida de una persona, anteponiendo unas necesidades a otras dependiendo del momento que toca vivir. No es lo mismo por ejemplo el tiempo que debemos dedicar cuando los niños son pequeños que cuando son mayores, o la atención que necesitan unos padres jóvenes y sanos que unos mayores o enfermos. Las circunstancias de la vida van cambiando y, por tanto, las condiciones para la conciliación, idealmente, deberían poder ajustarse a estos cambios.

1. Conciliación de la vida laboral, familiar y personal

Desde la empresa no siempre se puede actuar todo lo necesario con objeto de poder facilitar a los empleados la conciliación de la vida laboral, familiar y personal. Hay muchos obstáculos que pueden limitar a la organización tales como los turnos de trabajo para amortizar las máquinas e instalaciones, los horarios comerciales (bares, restaurantes, etc.), servicios que hay que brindar las 24 horas del día (hospitales, bomberos, policía, etc.). No obstante, siendo que la familia es la célula de una sociedad y ámbito natural para el desarrollo de la persona, las organizaciones deberían apostar por facilitar al máximo posible la conciliación, ya que esto redundará automáticamente sobre la satisfacción del individuo y su productividad, evitando también situaciones de estrés o bajas por depresión.

Entre las acciones que una empresa puede abordar para favorecer la conciliación cabe mencionar:

- Favorecer la flexibilidad horaria siempre que sea posible.
- Establecer una jornada de trabajo continua.
- Dar la posibilidad de trabajar media jornada durante determinados periodos de tiempo.
- Permitir la disposición de tiempo para asuntos familiares.
- Facilitar la disposición de periodos de excedencia.
- Posibilidad de establecer una bolsa de horas extras anuales. Por ejemplo, que todo el personal que realiza horas extras pueda tener la opción de elegir entre

percibir una compensación económica o de un tiempo de descanso, bien en horas sueltas o bien en días completos.

- Establecer ayudas para el cuidado de los niños (por ejemplo, ayudas económicas para la guardería o disponer de guardería en el centro de trabajo).
- Establecer convenios con empresas externas facilitadoras (por ejemplo, para hacer trámites, determinadas compras, etc.).
- Permitir el fraccionamiento y favorecer la libre disposición de las vacaciones.
- Reducir el tiempo de reuniones y evitar viajes innecesarios.
- Si es posible, favorecer y permitir el trabajo a distancia.
- Intentar eliminar las horas extras.
- Distribuir equitativamente el trabajo entre los empleados, evitando sobrecargar siempre a las mismas personas.
- Estar cerca de los trabajadores y responder con sensibilidad a sus necesidades, que variarán a lo largo de la vida laboral.
- Fomentar el desarrollo personal y la utilización del tiempo libre, ya sea en los estudios, en el deporte, la lectura, etc.
- Organizar periódicamente jornadas de puertas abiertas para que la familia tenga la posibilidad de conocer lo que hace el trabajador y su lugar de trabajo.
- Crear nexos de comunicación entre la empresa y las familias (revista, apps, actividades lúdicas o deportivas para los niños o la familia, etc.).

2. Bibliografía

Díaz, E. L. "La conciliación de la vida laboral y familiar". *Revista Jurídica del Notariado*. 2014(88): 669-703.

Estrada, M. R. B., Arfelis, M. B. *Conciliación familiar, laboral, social y personal: una cuestión ética*. Edicions Universitat Barcelona, 2014.

La conciliación de la vida laboral y familiar en la Universitat Jaume I. Publicacions de la Universitat Jaume I, Servei de Comunicació i Publicacions, 2014.

5.7. POSIBLES DEFICIENCIAS EN LA ORGANIZACIÓN. CÓMO IDENTIFICARLAS Y ABORDARLAS

José Manuel Álvarez Zárate

Ingeniero. Instituto de Ergonomía

Resumen

Las organizaciones suelen estar bastante acostumbradas a utilizar diferentes procedimientos, técnicas, diagramas e indicadores para detectar deficiencias en términos de calidad y productividad. No siempre es así cuando se trata de identificar incumplimientos legales, fallos u oportunidades de mejora en materia de prevención de riesgos laborales y promoción de la salud.

1. Sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo (SGSST)

En la actualidad, el SGSST más utilizado es el que está basado en el estándar OHSAS 18001:2007, en el que se establecen los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo para que las organizaciones puedan controlar eficazmente los riesgos asociados con sus actividades, mejorando su desempeño de forma continua. La implantación de este tipo de sistemas de gestión permite:

- Mejorar el desempeño de la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo y demostrar su compromiso con el cumplimiento de las exigencias de la legislación aplicable.
- Identificar situaciones potencialmente peligrosas o dañinas para la salud, determinar deficiencias en el sistema de gestión y facilitar la integración de sistemas de gestión de la calidad, ambiental y de seguridad y salud en el trabajo.

- Llevar a cabo una mejora continua de las condiciones de trabajo.

La norma se basa en el denominado “ciclo de Deming” (de Edwards Deming), también conocido como círculo PDCA (del inglés *plan-do-check-act*, esto es, planificar-hacer-verificar-actuar) o espiral de mejora continua, que es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos, basada en un concepto ideado por Walter A. Shewhart.

El estándar define como salud y seguridad ocupacional a las condiciones y factores que afectan o podrían afectar a la salud y seguridad de empleados, trabajadores temporales, contratistas, visitas y cualquier otra persona en el lugar de trabajo. Asimismo, aclara que las organizaciones pueden tener un requisito legal para la salud y seguridad de personas más allá del lugar de trabajo inmediato, o para quienes se exponen a las actividades del lugar de trabajo.

Uno de los puntos fuertes del estándar es que obliga a las organizaciones que se certifiquen a resultados medibles de la gestión que hace la organización para llevar a cabo una medida del desempeño del SGSST, incluyendo la medición de la efectividad de los controles de la organización.

En el contexto de los sistemas de gestión de salud y seguridad ocupacional, los resultados pueden medirse respecto a la política de seguridad y salud, los objetivos del SGSST u otros requisitos de desempeño.

La organización certificada bajo este estándar debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para monitorear y medir a intervalos regulares el desempeño de seguridad y salud ocupacional. Estos procedimientos deben proporcionar:

- Mediciones cualitativas y cuantitativas apropiadas a las necesidades de la organización.
- Seguimiento del grado de cumplimiento de los objetivos de la organización.
- Seguimiento de la efectividad de controles (tanto para la salud como para la seguridad).
- Medidas proactivas de desempeño para monitorear el cumplimiento del programa de controles y criterios operacionales.

- Medidas de desempeño reactivo para el seguimiento de enfermedades, incidentes y otras evidencias históricas de desempeño deficiente.
- Registro de datos y resultados de seguimiento y medición suficientes para facilitar el análisis de acciones preventivas y acciones correctivas subsecuentes.

En la gestión de los riesgos psicosociales debe darse prioridad a las intervenciones que reduzcan los riesgos en su origen identificando los problemas en la fuente. Sin embargo, muchas de las actuaciones se centran más en los individuos. Si esto no es posible, actuaciones tales como una mayor o mejor formación y el conocimiento sobre la gestión del riesgo pueden ser suficientes para la mejora de las relaciones interpersonales, la gestión del tiempo, la comunicación, etc. También son de aplicación las políticas y los procedimientos tendentes a hacer frente a la violencia, el acoso y la intimidación en el trabajo, entre otros. Por último, en aquellos casos en que las personas ya han sufrido los efectos de los riesgos psicosociales sobre su salud (agotamiento, ansiedad, depresión, etc.), se hace necesario que la organización apoye a las personas afectadas, asesorándolas y facilitando las terapias adecuadas.

2. Evaluación de los riesgos psicosociales

La evaluación de riesgos es el elemento central del proceso de gestión que proporciona información sobre la naturaleza y la gravedad del problema y sobre los aspectos positivos del trabajo que deberían promoverse y potenciarse. En la evaluación de riesgos psicosociales se incluyen normalmente temas relacionados con el estrés, la violencia, la intimidación y el acoso en el trabajo. En ocasiones, también temas vinculados a las consecuencias psicológicas relacionadas con el peligro de atraco o con la conducción de vehículos, mientras que la carga mental se suele estudiar desde el punto de vista de las demandas cognitivas asociadas a las tareas.

Los factores psicosociales pueden influir positiva o negativamente sobre la salud del individuo. En otras palabras, los factores psicosociales pueden contribuir al desarrollo de la persona y, por tanto, de la organización, o bien constituir un riesgo para la salud y seguridad de los trabajadores. En este último caso, hablaremos de factores de riesgo psicosocial o de estresores que tienen el potencial de causar un daño psicológico, físico o social. Las interacciones entre los estresores (trabajo, ambiente, organización, etc.) y las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, pueden influir en su salud, rendimiento y satisfacción.

En materia de salud y seguridad en el trabajo, la legislación exige a las organizaciones llevar a cabo la evaluación de los riesgos psicosociales. A pesar de ello, no existe en la actualidad un consenso claro sobre lo que constituye una verdadera evaluación de estos riesgos. Se han abordado diferentes enfoques no exentos de dificultades a la hora de enfrentarse con el problema, tanto desde el punto de vista de la detección de los peligros como de su evaluación y control.

De acuerdo con los criterios actuales, en el caso de los riesgos psicosociales no se puede separar la identificación de los peligros de la evaluación de riesgos. Por la propia naturaleza intangible del riesgo, se hace imposible su identificación mediante la observación o la utilización de listas de chequeo por parte de un técnico. Por ello, se hace necesario tomar en consideración lo que manifiesten las personas expuestas. Además, la metodología a aplicar deberá tener en cuenta las características particulares de cada empresa.

En la actualidad, existe una amplia gama de instrumentos de medida, que permite realizar una aproximación cuantitativa a la evaluación de los riesgos psicosociales. Existen métodos generales y específicos de evaluación. Los generales se utilizan para la identificación y evaluación de riesgos psicosociales, con el objetivo de llevar a cabo un diagnóstico de la organización analizando características generales de la organización y mediante la cumplimentación de un cuestionario por parte de los trabajadores. Los métodos específicos analizan una variable o conjunto de variables psicosociales (como por ejemplo: estrés laboral, *burnout*, etc.).

La evaluación de los factores psicosociales, como toda evaluación de riesgos, es un proceso complejo que conlleva un conjunto de actuaciones o etapas sucesivas interrelacionadas. En general, se pueden distinguir las siguientes fases¹:

- Identificación de los factores de riesgo.
- Elección de la metodología y técnicas de investigación que se han de aplicar.
- Planificación y realización del trabajo de campo.
- Análisis de los resultados y elaboración de un informe.
- Elaboración y puesta en marcha de un programa de intervención.
- Seguimiento y control de las medidas adoptadas.

Las tres primeras fases constituyen la etapa de análisis de los factores de riesgo psicosocial o dimensión cognitiva de la evaluación. Si a esta etapa se le une

¹ NTP 702: *El proceso de evaluación de los factores psicosociales* (INSHT).

la fase de análisis de los resultados, se accede a la dimensión evaluativa. Las conclusiones del estudio deben incluir necesariamente un juicio de valor –son buenas o no son buenas estas condiciones de trabajo de carácter psicosocial, son adecuadas o no para los que realizan el trabajo– y una definición de las prioridades de intervención. Por último, el conjunto de todas las fases, considerando también las de intervención y control, se incluye en el concepto de gestión de los riesgos.

El esquema se completa destacando la importancia de la participación de todos los implicados. Para afianzar la viabilidad y validez del proceso, es crucial la implicación y compromiso de los trabajadores y sus representantes, de los mandos intermedios y de la alta dirección en cada fase del proceso.

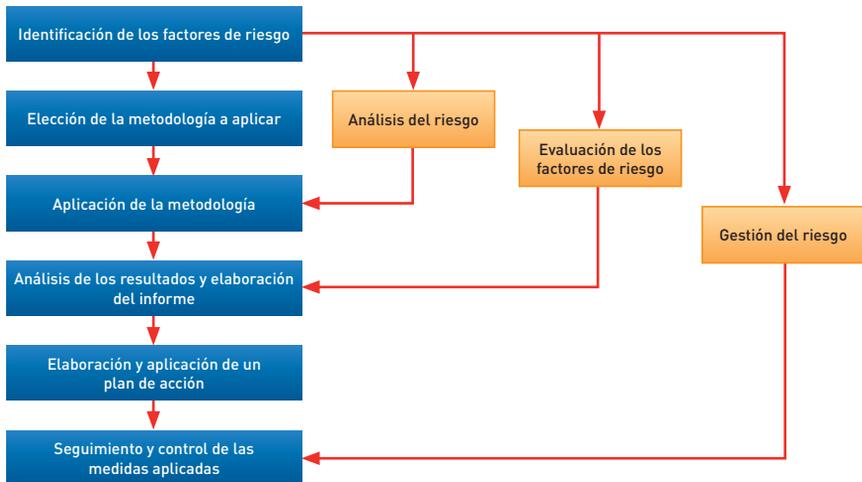


Figura 1. Fases de la evaluación de los factores psicosociales²

En la primera fase, identificación de los factores de riesgo, es necesario definir de la forma más precisa y menos ambigua posible el problema o problemas que se han de investigar y sus diferentes aspectos o facetas. Como en toda evaluación de riesgos, hay que tener presente que los diferentes aspectos del trabajo interactúan

² NTP 702: *El proceso de evaluación de los factores psicosociales* (INSHT).

entre sí, que están interrelacionados y que es necesario afrontar el tema o temas de estudio conociendo sus implicaciones o relaciones con el resto de los factores intervinientes. Este enfoque es fundamental para llegar a conocer las causas reales de los problemas planteados y la mejor estrategia para su supresión o control. Se trata de determinar de forma precisa los objetivos del estudio.

Por otra parte, desde la perspectiva psicosocial, en muchas ocasiones es muy difícil definir una situación de trabajo, tomada aisladamente, como una situación intrínsecamente nociva para la salud de los trabajadores. Como ya se ha mencionado, esto dependerá de la percepción que el colectivo o los individuos tengan de sus posibilidades para dar respuesta a las múltiples exigencias, con frecuencia contradictorias, del trabajo.

Así, para partir de un conocimiento preciso de la situación que ayude a conseguir una definición de los aspectos que se han evaluar, se debe intentar conseguir toda la información posible que nos oriente en nuestro objetivo. Por otra parte, el conocimiento del contexto nos ayudará en las fases posteriores de interpretación de los datos y de determinación de acciones de mejora.

Es importante tener en cuenta que, por una parte, deben incluirse las características de los diferentes puestos de trabajo y, por otra, información sobre los factores que pueden moderar o influir en las consecuencias de estos, a fin de tomar en consideración las distintas variables que pueden estar interviniendo en una determinada situación psicosocial.

Nos encontramos en una primera fase de definición y delimitación del problema o problemas a evaluar, por lo que se requiere estar atento a todos los posibles factores que estén asociados a él de manera directa o indirecta. Para ello, en esta fase es conveniente aplicar técnicas poco estructuradas (entrevistas semi-dirigidas, observación poco estructurada, grupos de discusión, etc.). Una vez delimitado el conjunto de factores en los que vamos a centrar nuestro estudio, y a partir de los datos reunidos anteriormente, debemos precisar qué sector, departamento, puestos de trabajo, etc., se van a analizar. De esta manera, podremos determinar el colectivo de trabajadores y puestos de trabajo que serán objeto de análisis. Dicho análisis, a partir de los datos obtenidos tras la aplicación de la metodología y técnica o técnicas de estudio elegidas, permitirá realizar un diagnóstico de la situación.

Además de la evaluación de riesgos, otra herramienta de diagnóstico importante lo constituyen las denominadas encuestas de clima laboral. La teoría e investigación

en lo referido al clima organizacional establece como premisa que el ambiente social puede estar caracterizado por un número limitado de dimensiones. Las variables que configuran el clima de una organización, a través de la percepción que de ellas tienen sus miembros, son variables del ambiente físico, estructurales, del ambiente social, personales y variables propias del comportamiento organizacional.

Se han desarrollado diferentes instrumentos de medición basados en la aplicación de encuestas con el objetivo de medir las percepciones de los trabajadores respecto de las dimensiones que cada organización considera. En consecuencia, existe una variedad de escalas de medición del clima laboral que dependen de las dimensiones consideradas para la evaluación, por lo que para obtener información relevante sobre la realidad de la empresa, es importante elegir la escala que más se adapte a la organización estudiada.

En función de los resultados obtenidos tanto de la evaluación de los riesgos psicosociales como de la aplicación de encuestas de clima laboral, se puede hacer necesario la adopción de medidas correctivas y preventivas.

Son muchas las acciones que se pueden llevar a cabo para la mejora del ambiente psicosocial de trabajo pero, en general, estas medidas suelen estar relacionadas con el liderazgo, las relaciones interpersonales, la organización del trabajo, los medios y el reconocimiento. Aunque no se pueden dar soluciones generales, a continuación se indican unos comentarios generales sobre cada uno de estos aspectos.

Muchos expertos coinciden en que, en la actualidad, cuando el cambio es lo único que permanece constante, lo mejor es contar con un liderazgo flexible y adaptable.

Es importante buscar que las relaciones entre las personas de la organización sean sanas, sinceras y abiertas, pues esto afecta a su vez al clima laboral de la empresa.

La organización empresarial puede ser estudiada y mejorada en todas sus facetas: gestión de personas (proceso de selección, información y formación, remuneración, evaluación de desempeño, etc.), tiempos de trabajo, beneficios sociales, incentivos, organización de los recursos, organización industrial, procedimientos y métodos de trabajo, etc.

3. Bibliografía

Álvarez Zárate, J. M. *Manual de ergonomía y psicología social*. Madrid. Fundación Mapfre, 2012.

Bascuas Hernández, J., Hueso Calvo, R. (coords.). *Ergonomía. 20 preguntas básicas para aplicar la ergonomía en la empresa*. Madrid. Fundación Mapfre, 2012.

Gil-Monte, P. R. *Manual de psicología social aplicada al trabajo y a la prevención de los riesgos laborales*. Ediciones Pirámide, 2014.

5.8. LA PERSONA COMO FOCO DE LA ACTUACIÓN PREVENTIVA

José Manuel Álvarez Zárate
Ingeniero. Instituto de Ergonomía

Resumen

En todas las actuaciones, más aún en las de tipo psicosocial, no debemos olvidarnos que el centro de atención debe ser siempre la persona, con objeto de fomentar sus capacidades y asegurar su salud y seguridad. Desde este punto de vista, podemos definir la prevención de riesgos laborales como una actividad antropocéntrica.

El antropocentrismo es la doctrina que en el plano de la epistemología sitúa al ser humano como medida de todas las cosas, y en el de la ética defiende que los intereses de los seres humanos es aquello que debe recibir atención moral por encima de cualquier otra cosa.

1. La empresa y el factor humano

Desde una perspectiva puramente empresarial, se puede definir como empresa a un sistema que interacciona con su entorno materializando una idea, de forma planificada, dando satisfacción a unas demandas y deseos de clientes, a través de una actividad económica. Requiere de una razón de ser, una misión, una estrategia, unos objetivos, unas tácticas y unas políticas de actuación. En esta definición economicista o tecnócrata no se explicita el fin último de lo que significa el trabajo humano en el contexto de una empresa.

Cualquier iniciativa empresarial concebida para aumentar la productividad y, consecuentemente, maximizar los beneficios al fin y al cabo no debería tener otra

razón de ser que el servicio a las personas. Si el beneficio existe, debería servir para reducir desigualdades, combatir las discriminaciones, librar al hombre y hacerle capaz de ser por sí mismo agente responsable de su mejora material, de su progreso moral y de su desarrollo espiritual. Decir desarrollo es, efectivamente, preocuparse tanto por el progreso social como por el crecimiento económico de la persona, la familia, la empresa y la comunidad. No basta con aumentar la productividad empresarial para que la riqueza generada sea repartida equitativamente entre los agentes sociales, ni basta promover la técnica para que el progreso resulte más humano. Economía y técnica no tienen sentido si no es por y para el hombre, a quien deben servir. El hombre no es verdaderamente hombre más que en la medida en que, dueño de sus acciones y juez de su valor, se hace él mismo autor de su progreso, asumiendo libremente las posibilidades y las exigencias.

En una empresa moderna y saludable, los cometidos deberían sobrepasar el papel tradicional de creación de riqueza, debido a la existencia de múltiples interrelaciones sociales entre los distintos agentes, que provocan la aparición de mayores responsabilidades para las compañías y, en definitiva, mayores esfuerzos para conseguir cubrirlas. Las empresas pueden incidir en la sociedad provocando cambios en la misma a través de su propia configuración y exigencias.

Desde hace algunos años y con diferentes matices se ha acuñado el término responsabilidad social corporativa (RSC) o empresarial (RSE), términos asociados a la sostenibilidad, para incluir los tres pilares que se consideran componentes básicos de la responsabilidad social: económico, social y medioambiental. En una empresa promotora de la salud, un componente adicional orientado a las personas debería ser el que desarrolla la empresa en materia de prevención de riesgos laborales, lo cual, en términos de RSC, hay que hacer extensivo a la sociedad.

Por tanto, una empresa promotora de la salud debería prestar especial atención a la elaboración e implantación de programas destinados a mejorar la salud y seguridad tanto de las personas que trabajan en la propia organización como las de su entorno (familiares, contratistas, sociedad). Entre estas acciones pueden mencionarse, entre otras, las siguientes:

- Aplicar la ergonomía en el diseño de puestos de trabajo.
- Adaptar las instalaciones y los puestos de trabajo a personas con discapacidad o movilidad reducida.

- Fomentar el deporte y otras actividades que ayuden a mantener la salud física y mental de los empleados.
- Colaborar con la comunidad en la formación o entrenamiento de trabajadores con baja cualificación, jóvenes, inmigrantes y personas con discapacidad.
- Llevar a cabo campañas de seguridad vial.
- Fomentar el diálogo y el entendimiento con los diferentes agentes sociales.
- Hacer un justo reparto de los beneficios, pensando en que parte ellos debería retornar directa o indirectamente a las personas que han contribuido a generar la riqueza.
- Respetar escrupulosamente los principios medioambientales.

2. Bibliografía

García, F. N. *Responsabilidad social corporativa: teoría y práctica*. EsiC Editorial, 2012.

Sánchez-Bayón, A. *Filosofía del aula inteligente del s. XXI: críticas urgentes y necesarias*. Bajo Palabra, 10, 2015.

5.9. PREVENCIÓN TERCIARIA

José Manuel Álvarez Zárate
Ingeniero. Instituto de Ergonomía

Resumen

La prevención terciaria la deberemos poner en marcha una vez que hemos agotado todas las medidas de control primarias y secundarias, y el problema de salud ya es una realidad. La intervención terciaria tendrá por objeto minimizar las consecuencias de la exposición o las situaciones de estrés. La persona necesitará atención especializada y entrar en determinados programas de ayuda al empleado de la organización, que deberá intentar reducir el impacto físico, mental, social o profesional.

Determinadas empresas han desarrollado programas de asistencia para el empleado, que se centran fundamentalmente en atención secundaria y terciaria.

Las intervenciones de carácter terciario y secundario son importantes, aunque deben utilizarse como complemento de la intervención primaria, ya que la verdadera intervención es la que se realiza en el entorno laboral sobre los propios riesgos psicosociales.

1. Actuaciones en prevención terciaria

La prevención terciaria implica la aplicación de un tratamiento o rehabilitación a los trabajadores que ya están enfermos o están expuestos a una situación de riesgo psicosocial. Incluye las intervenciones que se realizan después de la afectación del problema de salud y está dirigida al personal que ha sufrido algún daño o enfermedad, y a situaciones de trabajo con un nivel de riesgo importante

o intolerable. Se trata de una intervención reactiva que intenta reparar el daño y evitar recaídas. Son actuaciones que se realizan tras un accidente laboral o una enfermedad relacionada con el trabajo.

Los problemas pueden estar originados en el propio lugar de trabajo (personal sanitario, profesores, etc.) o fuera del mismo (crisis familiares, fallecimiento de un ser querido, traumas tras un accidente, etc.).

Los riesgos psicosociales y sus repercusiones sanitarias, sociales y económicas pueden resultar muy importantes. Tras el diagnóstico de una enfermedad o detección de un problema relacionado con los riesgos psicosociales, se debe actuar de forma más o menos directa sobre la persona. La resolución de estos problemas concretos tiene como finalidad principal mejorar la salud laboral, así como potenciar el desarrollo personal y la calidad de vida laboral de las personas.

Entre las actuaciones a desarrollar por parte de la empresa está la de prestar ayuda psicológica o médica gratuita a las personas afectadas, proporcionando el tiempo y los medios necesarios para afrontar y superar el problema. Algunas de estas actuaciones pueden incluir:

- Tratamiento psicológico o médico.
- Mediación, negociación y resolución de situaciones de conflicto.
- Formación/entrenamiento para afrontar el estrés.
- Formación/entrenamiento para superar una situación de *burnout*.
- Acompañamiento a víctimas de *mobbing*.
- Ayuda psicológica para la reincorporación al trabajo.

La *Guía de Actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social sobre Riesgos Psicosociales* indica como medidas de intervención terciaria las siguientes:

- Adaptar el puesto a la persona (art. 15.1.d) LPRL) mediante cambios funcionales o mejora de los recursos materiales y personales para realizar las tareas.
- Adscribir a la persona a un puesto compatible (art. 25.1 LPRL).

2. Bibliografía

http://www.empleo.gob.es/itss/ITSS/ITSS_Descargas/Atencion_ciudadano/Normativa_documentacion/Docum_ITSS/Guia_psicosociales.pdf.

RECURSOS DE SALUD

6.1. DEFINICIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD: SALUD LABORAL, EXTRALABORAL Y COMUNITARIA

José Manuel Gómez López

Médico especialista en Medicina del Trabajo.
FREMAP Seguridad y Salud

Resumen

Las acciones en salud suponen una importante cantidad de elementos que se ponen a disposición de las personas, y no sólo cuando están enfermas. Estas acciones, por tanto, comprenden muchos campos que van más allá de lo que a todos nos viene a la mente cuando hablamos de recursos sanitarios. Así pues, la definición de “recursos sanitarios” debe ser amplia, de forma que permita recoger todo lo que socialmente sea necesario para atender la salud de los ciudadanos y la comunidad.

1. Introducción

En el capítulo 2 se ha definido la salud como una situación resultante de un estado biológico cambiante y relacional. Desde esa situación cambiante y teniendo en cuenta que no es un asunto individual, es necesario poner a disposición de la comunidad y de las personas medios para ofrecer ese estado de salud. En este sentido, debemos considerar *recurso sanitario* a todo aquel medio que de forma individual o colectiva se pone por parte de la sociedad para conseguir salud.

El recurso sanitario es uno de los elementos que conforman un sistema sanitario y que abarca el contacto, información, atención a los usuarios, personal, equipo, materiales, programas, unidades, tangibles y no tangibles, que conlleva a una actividad sanitaria dirigida a un sector poblacional de la cual es responsable en área de salud.

La medición de los recursos sanitarios y de la actividad sanitaria acoge un amplio espectro de indicadores y de fuentes, como pueden ser: información estadística sobre recursos materiales y humanos, en el ámbito hospitalario y extrahospitalario, dedicados a la asistencia sanitaria; también sobre las actividades asistenciales más frecuentes y las causas de atención; información estadística sobre la prevención y vacunación, además de indicadores básicos de alta comparabilidad internacional.

El recurso sanitario abarca tanto las necesidades informativas de los usuarios en general, como de los trabajadores (sanitarios y no sanitarios) relacionados con la sanidad en una región. Sirve de plataforma para realizar actividades de formación a distancia basadas en el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, fomenta el uso y acceso de la investigación sanitaria.

Vamos a analizar todo lo que se pone a disposición de la sociedad para conseguir un estado de salud adecuado a los requerimientos y usos sociales.

Para conseguir un verdadero estado de SALUD para la población en general, hemos de conocer qué factores inciden sobre ella, cuáles ponen en peligro su mantenimiento y, a partir de ahí, establecer las estrategias preventivas necesarias, los recursos sociopolíticos, técnicos, económicos y humanos que permitan alcanzarla y mantenerla.

2. Evolución de la acción sanitaria

La actividad médica tiene su origen junto a la magia y a la religión, relacionada con el concepto de enfermedad, como algo sobrenatural, mágico o divino, y puede considerarse que los primeros datos escritos los tenemos en la civilización mesopotámica, donde más de 3.000 años antes de Cristo se encuentran los primeros testimonios sobre la posición del médico en la sociedad, sus conocimientos y su práctica profesional. Es el primer recurso que para la salud se pone a disposición de la comunidad. El papel del médico a lo largo de la historia ha variado mucho, siendo su papel principal en Egipto, durante las grandes dinastías, la conservación de la salud del faraón, en Roma era cuidar la salud de los patricios, mientras que en la Edad Media y gran parte de la Edad Moderna ha sido cuidar a la nobleza, los dignatarios y la burguesía. Sólo en la Época Contemporánea la importancia de la salud de las clases trabajadoras ha motivado la creación de un sistema de Seguridad Social, donde se ha universalizado los cuidados a la salud de toda la población.

El modelo histórico de referencia es la “medicina liberal”, que durante los siglos que lleva la práctica médica como profesión ha sido el esquema básico en la relación médico-paciente: el individuo percibe unos síntomas o tiene una preocupación por su salud que, al rebasar un dintel, le lleva a buscar a un profesional de la medicina, que le atiende, y como contrapartida le solicita unos honorarios.

Este modelo sanitario cambia a partir de los años ochenta, donde cobra importancia la salud de la comunidad, y no sólo la curación de la enfermedad. Para ello es necesario hacer un cambio en los recursos que se dedican a este fin. Ya no es sólo la acción del profesional médico lo que importa, sino que es necesario el concurso de otros profesionales relacionados con la salud de las personas y la comunidad.

3. Recursos extracomunitarios. Sistemas públicos de salud

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible. Una mujer que recibe una carta recordándole que su hijo debe vacunarse contra una enfermedad potencialmente mortal está obteniendo un beneficio del sistema de salud. Lo mismo ocurre con una familia que finalmente puede acceder al agua potable gracias a la instalación en su aldea de una bomba de agua financiada por un proyecto de saneamiento del gobierno, o con una persona con VIH/SIDA que obtiene medicamentos antirretrovíricos, asesoramiento nutricional y exámenes periódicos en un ambulatorio asequible.

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias.

El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo.

La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de

salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

Los sistemas sanitarios tanto públicos como privados se crean, bien directamente (mercado liberal) o a través de los gobiernos (mercado público), para operar directa e indivisiblemente con los modelos sanitarios teóricos diseñados y planificados por los gobernantes, a través de la legislación sanitaria.

En la mayoría de los países de la OCDE, la atención sanitaria y los sistemas sanitarios son considerados como parte del Estado de bienestar, entendiéndose la atención sanitaria y el cuidado de la salud como un bien social. Los sistemas sanitarios son producto de la historia y de la cultura de las sociedades en que se desarrollan, y expresan los valores predominantes en las mismas.

Una de las fuentes principales del Estado de bienestar de un país lo constituye la salud, necesidad básica e ineludible y también irrenunciable del ser humano que constituye un derecho fundamental primario, junto con la educación, la cultura, la defensa y la seguridad, y para su logro se requiere de la planificación y la asignación de manera eficiente y eficaz, a través de impuestos o de los presupuestos generales del Estado, de los recursos económicos necesarios (recursos económicos susceptibles de un uso alternativo social) para la obtención de los niveles de salud demandados por la sociedad.

Otra característica importante de los sistemas sanitarios es que a pesar de todo lo que ofrecen tienen una limitada capacidad de producir salud, aproximadamente un 11%, frente al 89% de capacidad que tienen la carga genética (biología humana), los estilos de vida y el medio ambiente (entorno)¹; esto significa que no por invertir grandes cantidades de recursos en un sistema, el nivel de salud de la población necesariamente aumenta en la misma proporción, sino que, paradójicamente, incluso puede disminuir.

Esto nos lleva a la conclusión de que hay que invertir más a nivel de país en materias de educación sanitaria y prevención que lo que actualmente se está haciendo.

¹ Denver GEA.Soc.Ind Res 1976.

3.1. Sistema de salud español actual

Desde la Ley General de Sanidad de 1986 el sistema de salud español se estructura de la siguiente forma: un gobierno central a través del Ministerio de Sanidad que asume la responsabilidad de áreas estratégicas como:

- la coordinación general y la legislación sanitaria básica;
- la definición de la cartera de servicios básica del SNS;
- la política farmacéutica;
- la educación sanitaria de pre y posgrado;
- la gestión, es decir, el Ministerio tiene el Poder Legislativo, establece los sistemas de información y asegura la cooperación entre las diferentes comunidades autónomas.

Las 17 comunidades autónomas tienen a su vez poderes de planificación y capacidad para organizar sus servicios de salud, respetando la cartera de servicios básica fijada por el gobierno central. Dentro del Ministerio, y con participación de todas las comunidades autónomas, se crea el Consejo Interterritorial del Sistema Público de Salud con la finalidad de promover la cohesión y la calidad del sistema, principios básicos de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS del año 2003. El Ministerio es responsable directamente de la planificación, gestión y administración de las comunidades autónomas de Ceuta y Melilla en materia sanitaria por medio del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

Todas las comunidades autónomas deciden cómo organizar y proporcionar los servicios sanitarios y configuran su mapa sanitario con divisiones territoriales en las mencionadas Áreas Sanitarias, que tienen la responsabilidad de dar cobertura sanitaria a la población adscrita a su Área. Esta distribución recientemente está siendo cambiada en alguna de las comunidades autónomas, como la de Madrid, a favor de la creación de un Área Única Sanitaria de gestión y planificación. Las autoridades locales (ayuntamientos) tienen un papel muy limitado de funciones quedando estas relegadas a la salud ambiental e higiene y vacunaciones.

En relación con la financiación, todos los gastos sanitarios públicos se cubren con los impuestos generales del Estado (este modelo cambió en el 2001 sustituyendo al de financiación a través de la Seguridad Social y contribución de empresarios

y trabajadores). La cobertura es universal, con cobertura al 99,8% de la población, incluyendo indigentes y población inmigrante. Los funcionarios pueden optar libremente a la asistencia dentro de la asistencia pública del SNS o por la asistencia sanitaria privada a través de alguna de las aseguradoras concertadas. Existen aseguradoras privadas que ofrecen cobertura adicional complementaria, que a menudo se compra para paliar las largas listas de espera diagnóstica y quirúrgica del SNS. En el 2003 el 18,7% de la población tenía contratado algún tipo de seguro privado.

La asistencia primaria en España es predominantemente pública y los médicos de asistencia primaria actúan, en teoría, como llave de acceso al resto de la asistencia sanitaria y son el primer punto de contacto con el sistema. En el año 2001 había 50 médicos de asistencia primaria por 100.000 habitantes. La asistencia especializada se realiza en hospitales, la mayoría públicos.

Algunos datos de salud sobre la España de 2007, de una población de 43,6 millones de habitantes; una esperanza de vida de 77,6 años los hombres y de 84,1 años las mujeres; un crecimiento anual de la población (2010-2015) de 0,82%; población menor de 15 años de 14,8%; población mayor de 60 años de 22,2%; tasa de fertilidad por mujer de 1,6; tasa bruta de natalidad de 11; tasa bruta de mortalidad de 8,7; con un PIB (en miles de millones de euros) de 1.050; con un crecimiento medio anual del PIB (2002-2007) de 3,8%; y un PIB per cápita de 32.020 \$; tiene un gasto sanitario (% del PIB) de 8,4; 3,1 médicos por cada 1.000 habitantes y 3,5 camas de hospital por 1.000 habitantes.

4. Recursos en salud laboral

Podemos encontrar referencias de recursos en salud laboral en escritos del antiguo Egipto, Mesopotamia, así como en los tratados de la Antigua Grecia (Hipócrates). Desde ahí, y a lo largo de la historia, la disponibilidad de recursos sanitarios dedicados a los trabajadores ha ido aparejada a la importancia de las actividades que realizaban, y sobre todo a las obras de construcción.

Centrándonos en España y en los últimos dos siglos, la creación de sistemas de Seguridad Social en la Europa de finales del siglo XIX tiene en la protección de la salud de los trabajadores uno de sus puntos de arranque. En España en 1900 se promulga la Ley de Accidentes de Trabajo (Ley Dato), en 1919 el primer seguro social denominado el "Retiro Obrero", en 1932 se hace obligatorio el aseguramiento del accidente de trabajo en todas las actividades. Esta normativa es la

que da origen a las mutuas y mutualidades de accidentes de trabajo, que siguen funcionando a día de hoy, constituyendo un importante recurso sanitario dedicado al tratamiento y rehabilitación de los trabajadores, dentro de nuestro sistema de Seguridad Social. En 1942 se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad, que aun siendo la base de nuestro actual sistema sanitario público, está basado en una filosofía de curación de trabajadores.

En el Sistema Sanitario y de Seguridad Social española tiene, por tanto, su origen en la salud de los trabajadores. Desde 1900 hasta el año 1962 se establecieron diversos mecanismos de cobertura de riesgos de trabajo y situaciones de necesidad, y se constituyeron los primeros seguros sociales laborales, creándose la primera Ley de Accidentes de Trabajo, aprobada el 30 de enero de 1900, que configura como social el accidente de trabajo y posibilita al empresario la opción de asegurar su responsabilidad. También en esta etapa se crea el Instituto Nacional de Previsión (INP), dando inicio a las medidas reales de protección social, que habrían de ser precursoras de la actual Seguridad Social. En 1919 se creó, también con carácter obligatorio, el seguro de Retiro Obrero para asalariados entre los 16 y 65 años de edad, cuya retribución no superase determinado límite y en el que se concebía la vejez como invalidez por edad. La financiación del seguro era bipartita: participaban las empresas y el Estado. Más tarde, en 1929, las trabajadoras de edades entre 16 y 50 años acogidas al Retiro Obrero quedaron amparadas por un denominado Seguro de Maternidad Obligatorio, que consistía en asistencia médica y monetaria durante el embarazo, y que estaba subvencionado por el Estado, diputaciones, ayuntamientos y, sobre todo, por cuotas obreras y patronales. En 1931 fue creada, a fin de administrar los fondos estatales, la Caja Nacional contra el Paro Forzoso, mediante el otorgamiento de abonos a las entidades aseguradoras por el importe de los subsidios a los desempleados. En 1938 se creó el Fuero del Trabajo, y con esta medida se propició la implantación de un seguro que terminara con la dispersión existente. Después, la Ley de Bases de 1938 ejecutó las declaraciones del Fuero del Trabajo creando un mecanismo de protección familiar: el régimen obligatorio de subsidios familiares. La gestión de estos seguros y subsidios fue asumida por el INP a través de la Caja Nacional de Subsidios Familiares. En 1947 el subsidio se transformó en Seguro de Vejez e Invalidez y solamente podría ser gestionado por el Instituto de Reformas Sociales. De 1953 a 1962 fueron creados también diversos regímenes especiales o seguros sociales de base profesional, como los del sector agrario y del mar, el de los estudiantes y del servicio doméstico, que tuvieron su cobertura reglamentada por leyes, mutualidades y Montepío, respectivamente. Todos ellos fueron contemplados como especiales en la citada Ley de Bases. Por último, de esta etapa precursora merecen destacarse, además, la Protección de la Viudedad en el año 1955; la incorporación de los trabajadores

autónomos al Mutualismo Laboral en 1960; la generalización, en el año 1961, del Seguro de Enfermedades Profesionales a la totalidad de las enfermedades profesionales conocidas; y la creación en el año 1961 del Seguro Nacional de Desempleo.

Entre los años 1956 y 1959 se crean y ponen en marcha los servicios médicos de empresa. La normativa establecía que a partir de los 100 trabajadores, la empresa debía disponer de un servicio sanitario a tiempo parcial, llegando a ser a jornada completa cuando la empresa alcanzaba los 500 trabajadores. Tenía asignadas labores de seguridad e higiene, además de funciones sanitarias. Los servicios médicos de empresa han sido un motor de la Medicina del Trabajo y una referencia para los servicios de prevención actuales.

En 1995 se promulga la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, desarrollo en España de la Directiva 89/391 sobre Seguridad y Salud, conocida como Directiva Marco. Esta ley supone un cambio en la organización de los recursos dedicados a la salud de los trabajadores con la creación de los servicios de prevención. En 1997, se aprueba el RD 39/1997, reglamento de los servicios de prevención, en donde se definen los diferentes tipos de servicios de prevención: propios, ajenos y mancomunados. Los servicios propios o mancomunados deben constituirse a partir de 250 trabajadores en empresas de especial peligrosidad, y a partir de 500 trabajadores en el resto de empresas. No es obligatorio que en la constitución de los mismos se incluyan recursos sanitarios, si bien un tercio de los servicios de prevención propios disponen de personal sanitario²; en caso de no disponer, se garantiza la cobertura preventiva sanitaria de los trabajadores a través de los servicios de prevención ajenos, con quien la empresa está obligada a contratar esa actividad preventiva.

Por tanto, sólo en los ajenos es obligatorio contar con recursos sanitarios, y estos están a disposición de las empresas y los trabajadores, constituyendo un importante grupo de profesionales sanitarios dedicados a la salud de los trabajadores, que en el caso de las sociedades de prevención suponen unos 3.500 profesionales sanitarios en 2011 (informe sectorial 2011. ASPREM). De acuerdo a los datos de la ENGE 2009, en el año 2009 se estima que los SPA daban cobertura a unos 8,8 millones de trabajadores, cuando la población laboral estaba en los 17 millones de trabajadores (dato del Ministerio de Empleo, estadísticas laborales). De acuerdo con los datos de la misma encuesta, el 81% de las empresas ofrecen la realización de reconocimientos médicos a sus trabajadores. Según los datos de la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, el 54,2% de los trabajadores que les ofrecieron

² III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, INSHT 1997.

un reconocimiento se lo hicieron. Con estos datos podemos aproximar que 3,9 millones de trabajadores se hicieron un reconocimiento médico con un SPA.

En el año 2009 había acreditados un total de 790 servicios de prevención ajenos, de los cuales tenían acreditada la especialidad de Medicina del Trabajo 452 (57,2%). Este dato ha subido hasta el 67,6% en el año 2011, si bien hay menos servicios acreditados.

4.1. Las mutuas de accidentes de trabajo

Los orígenes de las actuales mutuas se remontan a las instituciones de estructura mutualista que habían venido funcionando desde el siglo XII, fundamentalmente Hermandades de Socorro Mutuo, Montepíos y Cofradías. Más actualmente podemos centrar el origen de las actuales entidades colaboradoras de la Seguridad Social en la publicación de la Ley de Accidentes (Ley Dato) en el año 1900. Las antiguas mutuas de accidentes de trabajo actuaban con carácter voluntario y sus principios de funcionamiento se basaban en las antiguas instituciones mutualistas. En aquellos momentos sólo se ocupaban del accidente de trabajo y no es hasta 1961 cuando se incluye la cobertura de la enfermedad profesional.

La Ley de Bases de la Seguridad Social, de 1963, incorpora en el régimen público, junto con el resto de los seguros sociales obligatorios, la cobertura del seguro de accidentes de trabajo; por tanto, desde ese momento se prohíbe la actuación de las compañías privadas de seguros.

Se define a las mutuas como asociaciones voluntarias de empresarios privados constituidas con el único objeto de colaborar en la gestión de las contingencias profesionales. En el año 1995 se amplía esta actividad con la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal por contingencia común y con las funciones como servicio de prevención. En 1998 a la cobertura económica por incapacidad temporal por contingencia común para los trabajadores autónomos, que se amplía en 2004 al accidente de trabajo y la enfermedad profesional. En el año 2000 existen 30 mutuas como resultado del proceso de concentración sectorial iniciado a partir de la aparición del sistema de Seguridad Social español.

Las mutuas en 2014 dan cobertura a 12.383.068 trabajadores, lo que supone el 96,05% de los trabajadores afiliados al sistema de Seguridad Social. El número de accidentes de trabajo atendidos en 2014 ha sido 482.578 mientras que el número de enfermedades profesionales es de 17.390.

Las mutuas disponen de una extensa red sanitaria cuyo origen, como hemos visto, está en la atención a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, compuesta de 23 hospitales y 975 centros asistenciales repartidos por toda la geografía nacional. Hay además para todos los trámites administrativos de las contingencias gestionadas por las mutuas un total de 435 centros administrativos, dotado con personal no sanitario. En cuanto al personal sanitario, cuentan con 4.523 médicos y 7.442 profesionales sanitarios no médicos.

5. Bibliografía

Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT). Datos de afiliación 2013 y 2014.

Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT). *Estadística de Accidentes de Trabajo 2013 y 2014*.

Asociación de Sociedades de Prevención de Mutuas (ASPREM), *Informe sectorial 2011*.

Antequera Vinagre, J. M.^ª; Arias Menéndez, Elena. *Sistema sanitario y recursos humanos: manual para gestores y profesionales*. Instituto de Administración Sanitaria. Madrid. Ediciones Díaz de Santos, 2005.

Cabo Salvador, J. *Gestión sanitaria integral: pública y privada: sistemas de salud y reformas sanitarias en España, Canadá y EE. UU.* Madrid. Centro de Estudios Financieros, 2010.

Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas. Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009.

VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2011.

OMS. *Preguntas y respuestas en línea*, noviembre de 2005.

6.2. SALUD INTEGRAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO: DOS VÍAS HACIA UN ÚNICO FIN

Natalia Venero Galindo

Enfermera del Trabajo, Sociedad de Prevención de FREMAP

Jesús José Otones Pérez

Médico del Trabajo, Sociedad de Prevención de FREMAP

Resumen

El lugar de trabajo se considera como un importante escenario para desarrollar actividades de promoción de la salud.

Las actuaciones en salud laboral que establece el marco normativo y la promoción de la salud en el lugar de trabajo abocan en el fin último que es la salud integral del individuo, en este caso, el trabajador.

Dentro del contexto de la promoción de la salud, esta ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

1. Salud integral y promoción de la salud en el lugar de trabajo

El papel predominante que tiene la salud para garantizar el bienestar de las personas es indiscutible, más cuando constituye una condición necesaria para lograr

la productividad y la mejora económica de cualquier organización, así como de la sociedad en su conjunto.

A lo largo de la historia nos hemos encontrado con distintas definiciones del término salud pero lo más adecuado es utilizar aquella definición que está más aceptada por el mayor número de países, que es la fijada por la Organización Mundial de la Salud, que define salud como “el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la OMS, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Este enfoque de la salud daría pie al concepto de salud integral, ya que solamente es posible alcanzar el completo bienestar si se consigue un equilibrio entre los factores físicos, biológicos, emocionales, mentales, espirituales y sociales, que permiten el adecuado desarrollo y crecimiento de la persona en los diferentes ámbitos de su vida.

Durante muchos años se ha priorizado la salud individual, en cambio, nuestras vidas se desarrollan en nuestra comunidad, en el lugar donde trabajamos, en las escuelas y en los lugares en los que disfrutamos de nuestro tiempo de ocio. Es hacia estos contextos a los que deben dirigirse las acciones para proteger y mejorar nuestra salud, así como la de quienes nos rodean y de donde se han de obtener los recursos para implementar medidas de mejora.

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, Ginebra, 1986) se señala: “La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud”.

La promoción de la salud constituye un escalón más dentro del proceso de atención integral, que viene definido por: la asistencia (primaria y especializada), la

prevención (primaria, secundaria y terciaria), la adaptación social a un problema crónico (rehabilitación, cuidados, integración) y finalmente la promoción de la salud (referida a la implicación de los individuos en el desarrollo y disfrute de la salud).

Puede establecerse una distinción entre las acciones de promoción de la salud y las de prevención de la enfermedad. Las primeras pretenderían fomentar la salud de los individuos y colectividades promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, lo que se podría conseguir mediante intervenciones de información y educación sanitaria desarrolladas en las escuelas, a través de los medios de comunicación de masas, en las empresas o en los centros de atención primaria. Para que sean efectivas estas acciones deben recibir el soporte de los grupos organizados de la comunidad y ser apoyadas por las medidas políticas y legislativas que se estimen necesarias. Con la prevención de la enfermedad, en cambio, se trataría de reducir la incidencia de enfermedades específicas mediante intervenciones concretas y puntuales basadas en los conocimientos científicos aportados por las ciencias médicas (vacunaciones, quimioprofilaxis y quimioprevención, cribados), aplicadas por el sanitario en el marco de la atención primaria, aunque en algunos casos también se pueden llevar a cabo en otros ámbitos (escuelas, empresas, etc.). Las acciones de "promoción de la salud", en cambio, pueden ejecutarse tanto sobre una base colectiva (campañas de información y educación sanitaria de la población, campañas de vacunación, cribados masivos) como individual (consejo de enfermería, vacunaciones personalizadas, quimioprofilaxis y quimioprevención, cribados en la modalidad de búsqueda activa de casos, en el ámbito clínico asistencial).

El lugar de trabajo influye en la salud y en la enfermedad de distintas maneras. El trabajo puede ocasionar enfermedades si los trabajadores han de trabajar en condiciones dañinas para la salud, su formación es inadecuada o carecen del apoyo de sus compañeros. En contrapartida, el trabajo puede ser origen del desarrollo personal y de la mejora de las habilidades personales (Declaración de Luxemburgo).

Es, pues, el lugar de trabajo un importante escenario para la actividad de promoción de la salud por las siguientes razones (INSHT, portal de promoción de la salud en el trabajo):

- Las estructuras para promover la salud y la seguridad ya existen, y pueden utilizarse fácilmente para presentar las actividades dirigidas a esta finalidad.
- El lugar de trabajo ofrece un potencial enorme para llegar a un gran número de personas y dar información y asistencia para mejorar su salud y bienestar.

Además, algunas de estas personas están en grupos de riesgo que, de lo contrario, serían de difícil acceso.

- La promoción de la salud en el trabajo (PST) es un interés común de los empresarios y los empleados.
- El reconocimiento, por parte de organizaciones avanzadas, de que la gestión de su capital humano es tanto o más importante que la gestión de sus recursos financieros. La salud de los trabajadores y su aptitud para el trabajo están estrechamente vinculadas, y son factores clave para una mayor eficacia, competitividad y productividad.

Hay que considerar también que existen diferentes tipos de organizaciones, por lo que deberán incorporarse ajustes específicos en función de si son:

- Grandes organizaciones.
- Pequeñas y medianas empresas (pymes).
- Administraciones públicas.
- Centros de salud (ej., hospitales).
- Centros de educación (ej., escuelas).
- Otros.

Finalmente, algunas organizaciones deben considerarse como potenciadoras del impacto de la PST al ámbito regional o nacional en cualquier tipo de empresa. Es el caso de:

- Organizaciones empresariales y sectoriales.
- Sindicatos.
- Cámaras de comercio.
- Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Servicios de prevención de riesgos laborales.

Para que sea posible realizar una buena gestión de la salud en el trabajo, es necesario actuar conjuntamente sobre la reducción de los factores de riesgo y el desarrollo del bienestar físico, mental y social.

Atendiendo a esto, para conseguir la protección y la promoción de la salud de los trabajadores de la empresa tendrán que comprometerse y participar de forma conjunta las dos partes. Por un lado, los empresarios, que deberán propiciar un entorno de trabajo seguro y saludable, y por otro lado, los trabajadores, que deberán velar por su bienestar.

Basada en la definición de promoción de la salud aparecida en la Carta de Ottawa (OMS, Ginebra, 1986), la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP, Declaración de Luxemburgo) consensuó en el año 1997 la siguiente definición:

“La promoción de la salud en el trabajo es aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar del trabajo. Esto se puede conseguir combinando actividades dirigidas a:

1. Mejorar la organización y las condiciones de trabajo.
2. Promover la participación activa.
3. Fomentar el desarrollo individual.”

Esta definición aboga por integrar la promoción de la salud en las actuaciones de prevención de riesgos laborales incluyendo programas de salud en la empresa que actúen a todos los niveles (individual, entorno y organización) y con la colaboración de las administraciones competentes, expertos, empresarios y trabajadores.

La población laboral puede estar expuesta a dos tipos de riesgos para su salud:

1. Los propios del ambiente y de las condiciones del trabajo, bien sean físicos, químicos, biológicos o psicoergonómicos. La prevención de riesgos laborales actuará sobre este tipo de condicionantes.
2. Los propios del individuo, de los cuales unos son modificables, como el estilo de vida (tabaquismo, alimentación, alcohol, etc.), los factores socioeconómicos y el medio ambiente, y otros son inherentes al individuo como la genética. La promoción de la salud en el trabajo estará encaminada a actuar sobre estos riesgos.

El trabajo coordinado sobre estas áreas desde la empresa permitirá contar con una plantilla saludable, que entre otros genere menores índices de absentismo laboral.

Las actuaciones en vigilancia de la salud pueden servirnos de base para la implantación de un programa de PST en la empresa. La memoria anual de vigilancia de la salud nos está aportando importantes datos e indicadores de salud, que nos permiten individualizar un programa de PST en la empresa. El personal sanitario en las empresas realiza promoción de la salud colectiva a través de

cursos de formación, charlas, etc., dirigidos tanto a los trabajadores como a los empresarios y a otros profesionales de la prevención de riesgos laborales. La realización del examen de salud propicia un entorno favorable al personal sanitario para educar para la salud y la promoción de actividades saludables.

El envejecimiento de la población trabajadora en las próximas décadas va a suponer nuevos retos para la prevención de riesgos laborales, donde la promoción de la salud en el trabajo juega un importante papel para conseguir que la población laboral se mantenga sana y por lo tanto productiva el mayor tiempo posible.

De este modo, la promoción de la salud en el trabajo será el paso siguiente a la prevención de riesgos laborales, en cuanto que la actuación en ambos ámbitos permitirá no sólo garantizar la salud en el ámbito laboral, sino también generarla.

2. Normativa de referencia

Para poder poner en marcha aquellas actuaciones que mejoren la ganancia de salud se precisa de un marco normativo que facilite a los diferentes actores de la sociedad un correcto funcionamiento. Las acciones de gobierno, a cualquier nivel, las intervenciones públicas o privadas, tienen en mayor o menor grado repercusiones sobre la salud. De ahí que el enfoque de la salud pública actual se dirige a conformar acciones que rebasan el ámbito de los servicios sanitarios y por tanto requieren nuevas formas de organización.

Esta visión de la salud integral, de acción multidisciplinar y también específicamente de promoción de la salud en el lugar de trabajo viene avalada tanto en la normativa general como en la específica de salud laboral.

La Constitución española de 1978 dio un paso clave en el camino de la mejora de la salud de la población al reconocer en su artículo 43 el derecho a su protección, encomendando para ello a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

“Artículo 43 de la Constitución española:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

Este mandato constitucional tiene su desarrollo fundamental en la Ley General de Salud Pública y la Ley General de Sanidad, y en cuanto a la salud laboral se refiere, en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y a su desarrollo normativo.

A continuación se muestran aquellos artículos de los diferentes textos de la normativa señalada más directamente relacionados con el tema que nos ocupa.

2.1. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública

Se orienta a ordenar y coordinar los esfuerzos que el conjunto de la sociedad debe hacer para asegurar un buen estado de salud mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. En su preámbulo señala:

“Alcanzar las mayores ganancias de salud, objeto de esta ley, requiere que la sociedad se organice de forma que se fomente, proteja y promueva la salud de las personas, tanto en su esfera individual como colectiva, y que ello se haga desde el riguroso conocimiento científico y con la anticipación necesaria. Esta organización de la sociedad requiere un sistema de salud pública que aúne, coordine y medie en tres ámbitos de acción: 1) el propio de los dispositivos de salud pública; 2) las acciones de prevención y promoción de la salud en los servicios sanitarios; y 3) las acciones y programas que, sin ser sanitarios, tienen efecto sobre la salud y que gestionados adecuadamente pueden alcanzar sus objetivos primarios asegurando al tiempo los mejores resultados en salud.”

En otro apartado de su preámbulo:

“Los dispositivos de salud pública, especializados en la salud de la colectividad, vigilan el estado de salud de la población y sus determinantes, advirtiendo de las potenciales ganancias en salud de diferentes políticas o intervenciones; responden a las amenazas sobre la salud de la

población y a las crisis sanitarias; implantan acciones en las áreas de protección de la salud mediante la prevención de los efectos negativos de diversos elementos del entorno tal como consideran la sanidad ambiental, la salud laboral, la seguridad alimentaria o la sanidad exterior; en el área de promoción de la salud, contribuyen a capacitar a la ciudadanía para adoptar de forma informada y libre aquellas decisiones que mejor sirvan a su salud y bienestar; y en el área de la prevención de la enfermedad y de las lesiones, mediante vacunaciones y otras intervenciones poblacionales. Estas actuaciones requieren unas bases comunes de implantación en España que incluya garantías de máxima calidad, una cohesión humana que permita disponer de la mejor inteligencia de salud pública de nuestra sociedad allí donde sea necesaria y una organización que responda a los retos de la salud pública actual.”

Se hace referencia al ámbito de la salud laboral:

“Artículo 32. Salud laboral.

La salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de este en su entorno, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y de rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo.

Artículo 33. La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral.

1. La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral se desarrollará de forma coordinada con los empresarios y los representantes de los trabajadores y comprenderá los siguientes aspectos:
 - a) Promoción, con carácter general, de la salud integral de los trabajadores.
 - b) Vigilancia de la salud de los trabajadores, individual y colectivamente, para detectar precozmente los efectos de los riesgos para la salud a los que están expuestos.
 - c) Desarrollo y actuación en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos laborales.

- d) Promoción de la información, formación, consulta y participación de los profesionales sanitarios, de los trabajadores y sus representantes legales y de los empresarios en los planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la salud laboral.
2. La autoridad sanitaria, de forma coordinada con la autoridad laboral, llevará a cabo las siguientes actuaciones además de las ya establecidas normativamente:
- a) Desarrollar un sistema de información sanitaria en salud laboral que, integrado en el sistema de información de salud pública, dé soporte a la vigilancia de los riesgos sobre la salud relacionados con el trabajo.
 - b) Establecer un sistema de indicadores para el seguimiento del impacto sobre la salud de las políticas relacionadas con el trabajo.
 - c) Impulsar una vigilancia de la salud de los trabajadores a través de la elaboración de protocolos y guías de vigilancia sanitaria específica en atención a los riesgos a los que estén expuestos.
 - d) Desarrollar programas de vigilancia de la salud post-ocupacional.
 - e) Autorizar, evaluar, controlar y asesorar la actividad sanitaria de los servicios de prevención de riesgos laborales.
 - f) Establecer mecanismos para la integración en los sistemas de información públicos del Sistema Nacional de Salud de la información generada por las actividades sanitarias desarrolladas por los servicios de prevención de riesgos laborales y por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social en relación con la salud de los trabajadores.
 - g) Fomentar la promoción de la salud en el lugar de trabajo, a través del fomento y desarrollo de entornos y hábitos de vida saludables.
 - h) Establecer mecanismos de coordinación en caso de pandemias u otras crisis sanitarias, en especial para el desarrollo de acciones preventivas y de vacunación.

- i) Cualesquiera otras que promuevan la mejora en la vigilancia, promoción y protección de la salud de los trabajadores y la prevención de los problemas de salud derivados del trabajo.
- j) Promover la formación en salud laboral de los profesionales sanitarios de los sistemas sanitarios públicos.

Artículo 34. Participación en salud laboral.

Los empresarios y trabajadores, a través de sus organizaciones representativas, participarán en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral en los distintos niveles territoriales.”

2.2. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

Estableció como uno de los principios generales que el sistema sanitario se orientase prioritariamente hacia la prevención y la promoción de la salud.

“Artículo 3.1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

Artículo 6. Las actuaciones de las Administraciones públicas sanitarias estarán orientadas:

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.”

De las actuaciones sanitarias del sistema de salud:

“Artículo 18. Las Administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.
2. La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.”

El capítulo IV está dedicado a la salud laboral:

“Artículo 21.

1. La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral comprenderá los siguientes aspectos:
 - a) Promover con carácter general la salud integral del trabajador.
 - b) Actuar en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos profesionales.
 - c) Asimismo, se vigilarán las condiciones de trabajo y ambientales que puedan resultar nocivas o insalubres durante los periodos de embarazo y lactancia de la mujer trabajadora, acomodando su actividad laboral, si fuese necesario, a un trabajo compatible durante los periodos referidos.
 - d) Determinar y prevenir los factores de microclima laboral en cuanto puedan ser causantes de efectos nocivos para la salud de los trabajadores.
 - e) Vigilar la salud de los trabajadores para detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos.

- f) Elaborar junto con las autoridades laborales competentes un mapa de riesgos laborales para la salud de los trabajadores. A estos efectos, las empresas tienen obligación de comunicar a las autoridades sanitarias pertinentes las sustancias utilizadas en el ciclo productivo. Asimismo, se establece un sistema de información sanitaria que permita el control epidemiológico y el registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional.
 - g) Promover la información, formación y participación de los trabajadores y empresarios en cuanto a los planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la salud laboral.
2. Las acciones enumeradas en el apartado anterior se desarrollarán desde las áreas de salud a que alude el capítulo III del título III de la presente ley.
 3. El ejercicio de las competencias enumeradas en este artículo se llevará a cabo bajo la dirección de las autoridades sanitarias, que actuarán en estrecha coordinación con las autoridades laborales y con los órganos de participación, inspección y control de las condiciones de trabajo y seguridad e higiene en las empresas.

Artículo 22. Los empresarios y trabajadores a través de sus organizaciones representativas participarán en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral en los distintos niveles territoriales.”

En cuanto a la organización del sistema sanitario público se desarrolla en el título III de la ley:

De la organización general del sistema sanitario público:

“Artículo 46. Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

- a) La extensión de sus servicios a toda la población.
- b) La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.”

De las áreas de salud:

“Artículo 56.2. [...] En todo caso, las áreas de salud deberán desarrollar las siguientes actividades:

- a) En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.

Artículo 63. La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud, centros integrales de atención primaria.

Los centros de salud desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica; a cuyo efecto serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función.

Como medio de apoyo técnico para desarrollar la actividad preventiva, existirá un laboratorio de salud encargado de realizar las determinaciones de los análisis higiénico-sanitarios del medio ambiente, higiene alimentaria y zoonosis.

Artículo 68. Los centros hospitalarios desarrollarán, además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada área de salud, con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria.”

2.3. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y Desarrollo Reglamentario

Marco de la actuación en salud laboral. Avala las actuaciones de las Administraciones públicas en lo que compete a la salud laboral en materia sanitaria y arbitra la colaboración, más allá de la específica vigilancia de la salud, a la promoción de la salud en el lugar de trabajo.

“Artículo 10. Actuaciones de las Administraciones públicas competentes en materia sanitaria.

Las actuaciones de las Administraciones públicas competentes en materia sanitaria referentes a la salud laboral se llevarán a cabo a través de las acciones y en relación con los aspectos señalados en el capítulo IV del título I de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y disposiciones dictadas para su desarrollo.

En particular, corresponderá a las Administraciones públicas citadas:

- a) El establecimiento de medios adecuados para la evaluación y control de las actuaciones de carácter sanitario que se realicen en las empresas por los servicios de prevención actuantes. Para ello, establecerán las pautas y protocolos de actuación, oídas las sociedades científicas, a los que deberán someterse los citados servicios.
- b) La implantación de sistemas de información adecuados que permitan la elaboración, junto con las autoridades laborales competentes, de mapas de riesgos laborales, así como la realización de estudios epidemiológicos para la identificación y prevención de las patologías que puedan afectar a la salud de los trabajadores, así como hacer posible un rápido intercambio de información.
- c) La supervisión de la formación que, en materia de prevención y promoción de la salud laboral, deba recibir el personal sanitario actuante en los servicios de prevención autorizados.
- d) La elaboración y divulgación de estudios, investigaciones y estadísticas relacionados con la salud de los trabajadores.

Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención [BOE, nº 27, 31 de enero de 1997].

Capítulo VII. Colaboración con el Sistema Nacional de Salud.

En el artículo 38 de dicho capítulo, en relación con la colaboración de los servicios de prevención con el Sistema Nacional de Salud, se indica que:

De acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales y artículo 21 de la Ley 14/86 General de Sanidad, el servicio de prevención colaborará con los servicios de atención primaria de salud y de asistencia sanitaria, especializada para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades relacionadas con el trabajo, y con las Administraciones sanitarias competentes en la actividad de salud laboral que se planifique, siendo las unidades responsables de salud pública del área de salud, que define la Ley General de Sanidad, las competentes para la coordinación entre los servicios de prevención que actúen en esa área y el sistema sanitario. Esta coordinación será desarrollada por las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias.

Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención.

Artículo 3. Actividades sanitarias de los servicios de prevención.

- e) Impulsar programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, en coordinación con el Sistema Nacional de Salud.”

3. Bibliografía

Comisión de las Comunidades Europeas. *Libro Blanco Juntos por la Salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)*. Bruselas, 2007. COM (2007) 630 final.

De la Vigilancia de la Salud a la Promoción de la Salud en el Trabajo. Pamplona. Prevención Navarra, Sociedad de Prevención de Mutua Navarra, S.L. Unipersonal.

España. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. *BOE*, nº 240, de 5 de octubre de 2011.

España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *BOE*, nº 102, de 29 de abril de 1986.

España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *BOE*, nº 269, de 10 de noviembre de 1995. Última modificación: 28 de septiembre de 2013.

España. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, del INSHT. *BOE*, nº 27, 31 de enero de 1997, p. 3.031.

España. Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención.

Glosario de Promoción de la Salud. World Health Organization. <http://www.who.ch/hep>.

<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/introduccion>

<http://www.insht.es/portal/site/PromocionSalud>

World Health Organization. *Healthy Work Approach*. Geneva. World Health Organization, 1997 (Document WHO/HPR/HEP 97.2).

World Health Organization. *Ottawa Charter on Health Promotion*. Geneva. World Health Organization, 1997 (Document WHO/HPR/HEP/95.1).

World Health Organization. *Constitution*. WHO, 1948.

6.3. DEFINICIÓN Y ESTABLECIMIENTO DE ESTRATEGIAS, PROGRAMAS Y CAMPAÑAS EN UNA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD O EMPRESA SALUDABLE: IMPORTANCIA DEL MODELO EPIDEMIOLÓGICO

Gema Mancebo Espinosa

DUE, especialista en Enfermería del Trabajo, adjunta del área sanitaria de Grandes Clientes de la Sociedad de Prevención de FREMAP

Resumen

Actualmente, el mundo del trabajo está experimentando grandes cambios y este es un proceso que va a continuar en los próximos años. El futuro de las empresas depende, en gran medida, de que su personal esté bien preparado, motivado y sano.

La promoción de la salud en el trabajo (PST) puede jugar un papel fundamental en la preparación y equipamiento de los trabajadores y las organizaciones para afrontar estos cambios. Para ello es fundamental una cooperación multisectorial y multidisciplinar, y sólo puede ser eficaz si hay un compromiso de todos los integrantes de la empresa, y debe estar basada en el establecimiento de estrategias fundamentadas científicamente en estudios específicos, eficientes y eficaces que permitan alcanzar el fin perseguido en cuanto a la mejora de la salud de la población trabajadora, así como a su entorno más cercano.

En la Declaración de Luxemburgo, la PST se definió como el esfuerzo conjunto de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo mediante actividades dirigidas a:

- Mejorar la organización y las condiciones de trabajo.
- Promover la participación activa.
- Fomentar el desarrollo individual.

Los principales objetivos de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo consisten en:

- Favorecer y facilitar el intercambio de información, experiencias y buenas prácticas en promoción de la salud tanto a nivel europeo como nacional.
- Desarrollar estudios de situación y proyectos transnacionales en temas de interés común para sus miembros.
- Poner en marcha y mantener una estructura europea para dar apoyo a las iniciativas europeas y a las correspondientes estructuras nacionales.
- Poner a disposición de los agentes relevantes tanto herramientas y métodos como argumentos y evidencia de la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud.

1. Introducción

Desde hace algunos años, las organizaciones tienden a cambiar la mentalidad y centrar sus esfuerzos y recursos en que la salud de sus trabajadores tenga un alcance más allá del entorno estrictamente laboral y de lo marcado en el cumplimiento de la ley por parte del empresario.

La Organización Mundial de la Salud ha ido elaborando, a través de diferentes convenciones, reuniones y actos, una serie de cartas sobre promoción de la salud que recogen los principales aspectos y principios en relación con este asunto, de entre los que podemos destacar, por su mayor relevancia e importancia:

- Asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combinar métodos o planteamientos diversos pero complementarios que incluyan la comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario en la acción promotora de la salud.
- Buscar y facilitar la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.

- Los profesionales sanitarios, especialmente los dedicados a la atención primaria, desempeñan un papel de la máxima relevancia en el apoyo y facilitación de la promoción de la salud, más allá de las organizaciones e instituciones responsables de la misma de forma global.

Algunos de los desafíos prioritarios en promoción de la salud, según diferentes informes de la OMS, son:

- Implementar políticas integrales en promoción de la salud.
- Incorporar adecuadamente el concepto de determinantes sociales en el quehacer de la promoción.
- Lograr un real trabajo interdisciplinario e intersectorial.
- Desarrollar estrategias que se sostengan en el tiempo, donde las comunidades sean las protagonistas.
- Formar adecuadamente a los profesionales que se desempeñan en este ámbito.
- Desarrollar sistemas de evaluación que permitan dar cuenta del real impacto de estas intervenciones.
- Fortalecer el componente preventivo-promocional en el quehacer del sistema de salud y sus servicios.

Uno de los modelos actuales para el diseño, implementación y evaluación de proyectos y programas en promoción de la salud es el “modelo de mejores prácticas”, en el que se consideran, entre otros y como de gran relevancia, aspectos tales como:

- La necesidad de una definición clara del problema/desafío.
- Los objetivos y resultados esperados.
- La población objetivo.
- Los supuestos-valores-creencias.
- Las teorías.
- La evidencia.
- El ámbito ético.
- La metodología.
- Las formas de evaluación.

La promoción de la salud cuenta con varias estrategias centrales para alcanzar sus objetivos, debiendo estar siempre encuadradas en dichas estrategias de buenas prácticas en promoción de la salud. Algunas de las estrategias a destacar son:

- Abordaje por contextos-entornos para promoción de la salud.
- Comunidad y desarrollo comunitario.
- Trabajo interdisciplinario e intersectorial.
- Educación en promoción de la salud.
- Comunicación en promoción de la salud.
- Políticas públicas saludables e inclusión social.

2. Definición y establecimiento de estrategias en una empresa promotora de salud

La palabra “estrategia” proviene del griego *Stratos* (ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ) = Ejército y *Agein* = conductor o guía.

Desde el punto de vista científico-matemático, es un proceso regulable, conjunto de reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento.

Aunque tiene aplicación en distintas actividades y contextos, la estrategia siempre es un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente, en el tiempo, que se llevan a cabo para conseguir un determinado fin, misión u objetivo.

En nuestro caso, el contexto a aplicar, además del ámbito de la Salud, es el de “planificación estratégica”, entendiéndose por ello el procedimiento de desarrollo e implementación de planes para alcanzar determinados propósitos u objetivos.

3. Definición de programa en una empresa promotora de salud

Como vocablo polisémico que es, son muchos los ámbitos de aplicación del término “programa”, pero en el contexto de salud, y tal y como suele ser usado por la OMS, se entiende por programa un “proyecto ordenado de actividades” que contempla aquellas operaciones necesarias para llevar a cabo un determinado proyecto.

Los programas de salud están creados con distintas misiones y visiones, pero cada uno persigue el mismo objetivo, que es brindar atención eficaz y eficiente

a la población y organizar las acciones para la prevención de enfermedades y fomentar el cuidado de la salud.

Los programas de salud deben incluirse en el plan estratégico de la empresa. Es necesario asumir los objetivos y las iniciativas, integrándolas en una estrategia superior que incluya políticas de conciliación, etc.

El objetivo de los programas y campañas desarrolladas es concienciar a la población acerca de la importancia que tienen los comportamientos en el proceso de enfermar y la necesidad de incorporar hábitos saludables para prevenir, mejorar y mantener su estado de salud.

Para asegurar el éxito y sostenibilidad de los programas implantados en el ámbito de la empresa deben acompañarse de iniciativas dirigidas a fortalecer los recursos, promover la concienciación del trabajador y demandar el desarrollo de estrategias específicas y personalizadas según las necesidades detectadas en la población objeto de estudio.

Por lo tanto, el programa de salud es un instrumento para hacer operativas las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

De esta forma, podríamos entender como ejemplos de programas:

- Programa de protección a la maternidad.
- Programa de salud cardiovascular.
- Programa de prevención del cáncer de mama.
- Etc.

4. Definición de campaña en una empresa promotora de la salud

Es el conjunto de actos o esfuerzos de índole diversa, que se aplican para conseguir un fin determinado, contemplando el periodo de tiempo en el que se realizarán las actividades encaminadas a la consecución del mismo.

La finalidad principal de una campaña de salud pública es “la transmisión de un determinado mensaje”, intentando asegurar que este “llegue a la población objetivo de la misma” y que se obtengan los beneficios o fines en ella definidos, acordes y en consonancia con el programa al que pertenecen.

Las campañas de salud son específicas y conllevan actuaciones muy concretas a todos los niveles del ámbito de la empresa, tanto individual como interpersonal, organizacional, ambiental y social.

Las campañas de salud deben cumplir con unos requisitos que hagan que sean efectivas y nos ayuden a la consecución del fin establecido previamente:

- Ofrecer un enfoque positivo de la salud, poniendo énfasis en los beneficios de adoptar hábitos saludables.
- Actuar sobre los distintos escenarios que influyen en la adopción de hábitos y la formación de valores: la familia, la escuela, el sistema sanitario y el ámbito laboral.
- Proponer un conjunto de acciones novedosas para la promoción y la educación para la salud, que tienen como objetivo alcanzar el máximo grado de participación de los destinatarios.
- Debe contemplar acciones de formación, información, investigación e intervención.

Es importante tener en cuenta que la prevención funciona a medio y largo plazo. Poner en marcha campañas más o menos oportunistas, buscando un efecto inmediato, no suele dar el resultado deseado.

Para ello, se pueden utilizar diferentes recursos que, combinados, forman los elementos constituyentes de cada campaña, pudiendo utilizar uno o varios de los siguientes medios de información-educación-divulgación:

- Pósters.
- Dípticos.
- Trípticos.
- Documentos informativos.
- Documentos monográficos.
- Charlas informativas y/o divulgativas.

Son ejemplos de campañas incluidas en posibles diferentes programas:

Programa	Campaña
Salud de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Detéctalo a tiempo y vence el cáncer de mama. • Osteoporosis NO, huesos sanos SÍ. • Cuida tu salud, cómo prevenir el cáncer de ovario. • Etc.
Prevención cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Toma el control de tu corazón, controla tu tensión arterial. • Dale respiro a tu corazón, deja de fumar. • Alimentación saludable, corazón sano. • Etc.
Prevención ocular	<ul style="list-style-type: none"> • Tus ojos también envejecen, cuídalos. • No juegues con tus ojos, cuida tu diabetes. • Cuida tu presión ocular y ayuda a prevenir el glaucoma. • Etc.

5. Importancia del modelo epidemiológico

El establecimiento de estrategias, programas y campañas en una empresa promotora de salud o empresa saludable debe estar fundamentado en los resultados obtenidos de la Unidad Médica Epidemiológica (UME) como el conjunto de recursos materiales y humanos que tienen como finalidad establecer el modelo, a partir del cual, poder conocer la realidad epidemiológica en un momento dado.

Este modelo deberá evaluar y estudiar la información obtenida en dichos estudios, con la finalidad de establecer las acciones y recomendaciones que se deriven de los hallazgos objetivados.

Para todo ello, es conveniente definir y establecer una unidad de vigilancia epidemiológica (UVE), con la finalidad de asignar los recursos destinados a esta última, que tendrá como objetivo la explotación y estudio de los datos sujetos a investigación para la correspondiente posterior emisión de los informes epidemiológicos.

Esto nos debería llevar a agrupar y reunir, en un sistema "interrogable", los distintos elementos que nos permitan conocer, en un momento dado, los factores que condicionan y determinan una enfermedad concreta y su dinámica de desarrollo

y aparición, así como la situación derivada del desarrollo de nuestra actividad como servicio de prevención ajeno dentro de la disciplina de la Medicina del Trabajo.

Dicho sistema es lo que se conoce como un “sistema de vigilancia epidemiológica”, que se diseña y estructura con la finalidad de mantener bajo observación todos los factores o causas desencadenantes o causales, o lo que es lo mismo, para identificar y observar los agentes etiológicos, fisiológicos y fisiopatológicos de una determinada enfermedad y, además, poder valorar la eficacia de nuestras acciones o recomendaciones médico-preventivas y el nivel de calidad de las mismas.

Podríamos definir la vigilancia epidemiológica como la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos así obtenidos debe proporcionar bases para la toma de decisiones y, al mismo tiempo, ser utilizada para su difusión y posicionamiento de nuestra empresa ante la sociedad, científica y civil.

Los datos que se obtengan a través de este sistema contribuirán a la información necesaria para que, sobre bases precisas y sólidas, puedan establecerse guías de acción, y hacerse recomendaciones adecuadas para adoptar medidas de control y preventivas eficaces, eficientes y ajustadas a una situación preventiva más específica. El estudio y seguimiento de los parámetros o situaciones a evaluar será llevado a cabo por lo que podríamos denominar unidad de vigilancia epidemiológica.

Son muchas las definiciones existentes de vigilancia epidemiológica en función de su ámbito de aplicación, si bien, todas las definiciones identifican la vigilancia epidemiológica como la recolección sistemática de información sobre problemas específicos de salud en poblaciones, su procesamiento y análisis, y su oportuna utilización por quienes deben tomar decisiones de intervención para la prevención y control de los riesgos o daños correspondientes.

La vigilancia epidemiológica se enfoca, principalmente, hacia eventos o casos ya ocurridos, pero cobra cada vez más fuerza la necesidad de hacerlo también sobre los factores de riesgo que son causa o facilitan la ocurrencia de una situación de riesgo o una determinada enfermedad o daño a la salud.

Por tanto, la vigilancia epidemiológica podría quedar definida como el conjunto de actividades que permite reunir la información indispensable para conocer en todo momento la conducta o historia natural de la enfermedad, ya sea fuera o dentro del marco laboral, y a través de ello, detectar o prevenir cualquier cambio

que pudiera ocurrir debido a posibles alteraciones en los factores condicionantes de la misma, con la finalidad de recomendar, de forma correcta y sobre bases firmes, las medidas preventivas más eficaces y eficientes posibles que permitan una correcta prevención y control de la enfermedad.

Esta vigilancia epidemiológica es especialmente importante en el caso de prevenir posibles enfermedades profesionales en situaciones que afecten a trabajadores especialmente sensibles o en los casos de protección a la procreación (maternidad y paternidad).

El propósito de la vigilancia epidemiológica es estar en condiciones de recomendar, sobre bases objetivas y científicas (basadas en una determinada realidad epidemiológica), las medidas de acción más adecuadas a corto, medio y largo plazo, con la finalidad de controlar un problema o de prevenirlo.

La vigilancia epidemiológica es un requisito indispensable en los programas de prevención y control, abarcando todas las actividades necesarias para adquirir el conocimiento sobre el que se deben fundamentar las medidas y actuaciones que vayamos a adoptar.

Para ello, deberá proporcionar una información real y basada en los datos obtenidos a partir de los estudios realizados, debiendo ser recabada y obtenida en el momento y lugar en los que sea necesaria.

De esta forma, la vigilancia epidemiológica constituye el sistema de información (a través de la explotación de datos) que sirve de base para el establecimiento de procedimientos fundamentados en la tríada información-decisión-control sobre las enfermedades, a través del cual poder hacer recomendaciones específicas, realizar control de la eficacia de las medidas preventivas implantadas y establecer planificaciones basadas en una determinada realidad epidemiológica.

6. Conclusiones

La gestión de la salud en el lugar de trabajo es una inversión de futuro y está tomando relevancia en nuestro país en los últimos años.

Las empresas deben dar un salto cualitativo que sitúe la salud de su trabajadores como objetivo de trabajo corporativo incluido en su plan estratégico, que lleve implícito el compromiso de promover un cambio en la actitud de los empleados,

enfocado a mejorar su estado de salud y creando e implantando las medidas y el entorno adecuado para que puedan conseguirlo.

Vivir en salud en el ámbito laboral lleva consigo un conjunto de acciones promovidas y encaminadas a un fin muy concreto, ser empresas promotoras de bienestar, y a través de los recursos y habilidades necesarios que les permita ser capaces de mejorar y mantener la salud y el bienestar físico, psíquico y social de sus trabajadores.

La mentalidad actual debe dirigirse a un concepto muy concreto: "Gente sana en empresas sanas". Esta visión estratégica de la salud de los trabajadores supone un cambio cultural en la organización que debe involucrar a todos los integrantes de la organización, sin excepción.

La seguridad y la salud en el trabajo han contribuido significativamente a la disminución de los accidentes y a la prevención de las enfermedades profesionales. Sin embargo, se ha hecho evidente que la OHS por sí sola no puede hacer frente a los retos mencionados anteriormente.

La promoción de la salud en el lugar de trabajo puede redundar en una disminución de las enfermedades y los costes derivados de ellas, en un incremento de la productividad, así como en una población trabajadora más sana, más motivada, con la moral más alta y con un mejor clima laboral.

La gestión de la salud de los trabajadores dentro de la empresa conlleva un trabajo previo de recogida de información a través de estudios epidemiológicos que permite tener un diagnóstico real de la salud de sus trabajadores y, como consecuencia, una toma de decisiones en función del mismo. Es fundamental que las organizaciones dispongan de sistemas de medición, seguimiento y evaluación de los diferentes programas implantados.

7. Bibliografía

Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA), 2002.

Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Disponible en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/>.

Castellá López, J. L. "Calidad y servicios de prevención de riesgos laborales". *Med Segur Trab* 2009, sep [citado el 17 de mayo de 2010]; 55(216): 10-11. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo>.

Declaración de Yakarta. Promoción de la salud del siglo XXI. Yakarta, julio de 1997.

Instituto Navarro de Salud Laboral. Disponible en: http://iaprl.asturias.es/export/sites/default/es/portada/Empresas_Saludables.pdf.

La Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CNSST).

Manual para la vigilancia epidemiológica del cólera en México. Secretaría de Salud. 3.ª Edición. México, 2001.

Martínez-Navarro, F., et cols. *Vigilancia epidemiológica.* Madrid. Mc Graw-Hill Interamericana, 2004.

Muñoz, F., López-Acuña, D., Halverson, P., Guerra-de-Macedo, C., Hanna, W., Larriou, M., Ubilla, S., Zeballos, J. L. "Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud". *Rev Panam Salud Pública* 2000; 18, n.º 1-2. Washington.

Observatorio Go Fit. Disponible en: http://www.go-fit.es/images/Productividad_empresa_saludable.pdf.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *The Health - Promoting Workplace: Making it Happen.* Documento WHO/HPR/HEP/98.9. p.1 Geneva. OMS, 1998.

Organización Mundial de la Salud (OMS) - Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Estrategia de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT) en América Latina y el Caribe.* San José de Costa Rica, marzo de 2000, p. 4.

PAHO (Pan American Health Organization), OPS-OMS. *Guía para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de lesiones.* Disponible en: <http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es> y www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/guidelines-5-sp.PDF.

Spena, A., Cárdenas, G. L. *Vigilancia epidemiológica: epidemiología y estadística* (Monográfico). Gerencia de Servicios Asistenciales de Salud. Caracas. Universidad Católica "Andrés Bello", febrero de 2010.

The European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP), 1996.

Vigilancia epidemiológica. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos de Primer Nivel de Atención. Décima Unidad Modular. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica.

World Health Organization (WHO). *Declaración de Luxemburgo sobre Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo*. Documento técnico WHO. Luxemburgo, noviembre de 1997.

World Health Organization (WHO). *Declaración de Sundsvall sobre los Ambientes Favorables a la Salud*. Documento WHO. Sundsvall, 1991.

6.4. LAS CAPACIDADES FUNCIONALES Y LOS HÁBITOS DE VIDA COMO FACTORES CORRECTORES O COMPENSADORES DEL ENVEJECIMIENTO

José Antonio Díaz García

Especialista en Medicina del Trabajo, coordinador de área de Medicina del Trabajo de Andalucía Oriental, FREMAP Seguridad y Salud

Resumen

La población está sufriendo un proceso de envejecimiento generalizado que afecta a la mano de obra, generando la aparición de problemas de salud entre la población trabajadora que antes eran más frecuentes en la población mayor que había dejado de trabajar. Sin embargo, existen evidencias científicas de que la modificación de los hábitos de vida puede compensar la aparición de los problemas de salud mencionados. Vamos a analizar ese envejecimiento, sus efectos y cómo compensarlos para mantener la capacidad funcional.

1. Introducción

El envejecimiento de la población se está produciendo en casi todos los países del mundo como resultado de un descenso de la mortalidad y, lo más importante, de una disminución de la fertilidad. Este proceso conduce a una reducción relativa de la proporción de niños y un incremento de la de personas en edad de trabajar y de las personas mayores en la población. La proporción global de gente mayor (de 60 o más años) se ha incrementado de un 9,2% en 1990 al 11,7% en 2013, y continuará creciendo con una proporción en la población mundial que alcanzará en 2050 el 21,1%.

Se prevé que las personas mayores sobrepasarán al número de niños por primera vez en 2047. Actualmente, dos tercios de las personas mayores del mundo viven en países en desarrollo. Dado que la población mayor de las regiones menos desarrolladas está creciendo de forma más rápida que en los países desarrollados, las previsiones son que las personas mayores se concentrarán mayoritariamente en las regiones menos desarrolladas del mundo. En 2050, casi 8 de cada 10 personas mayores vivirán en las regiones menos desarrolladas.

El envejecimiento de la población tiene graves consecuencias sociales y económicas. La "proporción de mayores mantenidos" (número de adultos en edad de trabajar por persona mayor en la población) es actualmente baja en las regiones más desarrolladas y en algunos países en desarrollo, y se espera que continúe cayendo en las décadas venideras, con la resultante presión fiscal para los sistemas de mantenimiento de la gente mayor. Mientras la población vive una vida más larga en casi todas partes, la prevalencia de enfermedades no transmisibles y de las discapacidades aumentan proporcionalmente a la edad.

En el lado positivo, el envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles se originan en las tendencias mayoritariamente positivas de reducción drástica de la mortalidad infantil y de adultos y la disminución de la fertilidad. Además, las personas mayores pueden progresivamente vivir de manera autónoma (solo o con sólo su cónyuge), y en casi todos los países, mantenerse económicamente con sus propios ingresos laborales, ingresos de sus activos, así como a través de las ayudas públicas. En la mayor parte los países con datos adecuados, las personas de más edad hacen contribuciones financieras netas a los miembros jóvenes de la familia, hasta las edades más avanzadas.

En la mayoría de los países desarrollados las poblaciones ya han envejecido. Por el contrario, en un gran número de países en desarrollo se prevé que experimentarán altas ratios de sostenimiento económico que se incrementarán en los próximos años o décadas, y por lo tanto pueden beneficiarse significativamente del "dividendo demográfico", a condición de que un mercado de trabajo adecuado y otras políticas permitan una productiva absorción de la creciente población en edad de trabajar y por el aumento de las inversiones en el capital humano de los niños y jóvenes.

La población de edad está envejeciendo por sí misma. A nivel mundial, la proporción de personas mayores de 80 años o más (la "edad más avanzada") dentro de la población de más edad fue del 14% en 2013 y se espera que alcance el 19% en

2050. Si se realiza esta proyección, habrá 392 millones de personas mayores de 80 años o más para el año 2050, más de tres veces superior a la actual.

La población de más edad es predominantemente femenina. Debido a que las mujeres tienden a vivir más que los hombres, las mujeres mayores sobrepasan a los hombres mayores casi en todas partes. En 2013, a nivel mundial, había 85 hombres por cada 100 mujeres en el grupo de edad de 60 años o más, y 61 hombres por cada 100 mujeres en el grupo de edad de 80 años o más. Se espera que estos ratios de género aumenten moderadamente durante las próximas décadas, lo que refleja una mejora previsible de la mortalidad en la vejez ligeramente más rápida entre los hombres que en las mujeres.

A nivel mundial, el 40% de las personas mayores de 60 años o más viven de forma independiente, eso quiere decir, solo o con el cónyuge. La vida independiente es mucho más común en los países desarrollados, donde las tres cuartas partes de las personas mayores viven de forma independiente, en comparación con sólo una cuarta parte de los países en desarrollo y sólo una octava parte de los países menos desarrollados. Con el desarrollo de los países, sus poblaciones continúan envejeciendo, el vivir solos o con un cónyuge probablemente se convierta en algo mucho más frecuente en las personas mayores en el futuro.

Los ingresos laborales de las personas mayores son las principales fuentes de apoyo económico en la vejez, sobre todo en los países en desarrollo. Las pensiones públicas son una fuente importante de soporte de la vejez en los países desarrollados y en algunos países en desarrollo con importantes coberturas de seguridad social, mientras que los ingresos de los activos financieros son otra parte sustancial del consumo de las personas mayores, especialmente en los países con sistemas de pensiones menos amplios. En la mayoría de los países con datos disponibles, las personas de edad son contribuyentes netos de los ingresos familiares.

En gran parte de África, la prevalencia de la pobreza entre las personas mayores es más baja o sólo un poco más alta que la media de la población total, mientras que en América Latina la prevalencia de la pobreza entre la población de más edad es muy variable, desde niveles mucho más bajos que la media en los países del Cono Sur, hasta niveles mucho más altos que la media en algunos países de Centroamérica. Aunque las personas mayores en muchos países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) están bien cubiertas por los sistemas de protección social, la tasa de pobreza de las personas mayores tiende a ser más alta que en el promedio de la población.

Muchas personas mayores todavía tienen que trabajar en las edades más avanzadas, especialmente en los países en desarrollo. En 2010, la participación en la mano de obra de las personas de 65 años o más fue alrededor del 31% en las regiones menos desarrolladas y del 8% en las regiones más desarrolladas. En ambos tipos de regiones, los hombres eran la gran mayoría de la mano de obra total entre las personas mayores.

En las regiones menos desarrolladas, el 42% de los hombres mayores formaban parte de la población activa en 2010, en comparación con sólo el 11% en las regiones más desarrolladas. También había proporcionalmente más mujeres de mayor edad trabajando en las regiones menos desarrolladas (22%) que en las regiones más desarrolladas (6%). La tasa de actividad entre los hombres de más edad está disminuyendo en las regiones menos desarrolladas, pero va en aumento en las regiones más desarrolladas. Al mismo tiempo, la participación laboral de las mujeres mayores es cada vez mayor, tanto en las regiones más desarrolladas como en las menos. Debido a que los hombres todavía superan a las mujeres, con mucho, en la población activa, especialmente en los países en desarrollo, la participación total en la mano de obra de la población de más edad está disminuyendo en las regiones menos desarrolladas, y va en aumento en las regiones más desarrolladas. Según datos de la OIT (2011), a escala mundial, la participación laboral de la población mayor ha disminuido gradualmente desde 1990 hasta 2005, y se prevé que se mantendrá relativamente estable hasta 2020. La creciente participación en la población activa en las regiones más desarrolladas ha sido en parte debido al aumento de la edad de jubilación. Por el contrario, la disminución de la tasa de actividad en las regiones menos adelantadas se debe a la ampliación de la cobertura de la Seguridad Social en varios países que proporcionan pensiones de jubilación y también por el desplazamiento de las actividades económicas del sector agrícola informal hacia los sectores industriales y de servicios formales, donde la jubilación es más frecuente.

El aumento de la participación laboral femenina entre las personas mayores en las regiones menos desarrolladas va de la mano de la tendencia general de una mayor participación de las mujeres en el mercado laboral en todas las edades. En las regiones más desarrolladas, después de un largo descenso a partir de 1980, la tasa de actividad de los hombres de mayor edad comenzó a aumentar a mediados de la década de 2000, impulsado en parte por la implantación de edades de jubilación más altas en muchos países. Por el contrario, la tasa de actividad de los hombres de más edad en las regiones menos desarrolladas se ha ido reduciendo constantemente.

Por lo general, sin embargo, se espera un aumento de la participación de las mujeres mayores en la mano de obra para compensar la disminución de la participación de los hombres mayores en los próximos diez años más o menos (OIT, 2011).

A nivel europeo, a pesar de la amplia variabilidad de fuerza laboral en los distintos países de la UE, se pueden identificar y resumir algunos rasgos comunes:

- La tasa de participación de los trabajadores varones en edad productiva (25-54 años), en torno al 90%, es la más alta de todos los grupos. Las tasas de participación de hombres de entre 55 y 64 años, que había disminuido en los pasados veinticinco años, muestran signos claros de una reversión en la mayoría de los países desde el cambio de siglo, sobre todo debido al aumento de la edad de jubilación obligatoria en las reformas de las pensiones.
- Las tasas de participación de las mujeres se han incrementado de forma constante en los últimos veinticinco años.
- Las tasas de participación de los jóvenes (entre 15 y 24 años) han disminuido, sobre todo debido a una estancia más larga en el sistema educativo.

Dadas estas tendencias, los principales motores del cambio de la fuerza laboral serán el empleo de las mujeres en edad productiva, los trabajadores de más edad (especialmente hombres) y, en menor medida, los jóvenes.

Una estimación de los efectos de las reformas de las pensiones reflejan el siguiente hecho: aunque los perfiles de edad de la probabilidad de retiro varían entre los países, lo que refleja la heterogeneidad de los sistemas de pensiones, una característica común es que la distribución de las decisiones de jubilación está sesgada marcadamente hacia la edad más temprana posible de retiro. De hecho, la distribución típica de la edad de jubilación es que tiende a ser más frecuente la edad mínima de prejubilación y la edad de jubilación obligatoria. En algunos Estados miembros (Bélgica, Bulgaria, República Checa, Grecia, Dinamarca, Francia, Hungría, Países Bajos y Austria), las nuevas reformas de las pensiones se han legislado después de la finalización de las previsiones de 2012, por tanto, demasiado tarde para ser incorporadas.

La edad media de salida del mercado de trabajo (en 2060) se ve influida por el impacto a largo plazo de todas las reformas de las pensiones que actualmente se están legislando. En la mayoría de los 23 Estados miembros de la Unión Europea que han legislado reformas de las pensiones con un impacto duradero en la fuerza

de trabajo, se prevé que tendrá un impacto considerable en la participación en el mercado laboral de los trabajadores de más edad (55 a 64 años y 55 a 74), que depende de su magnitud y de su introducción progresiva.

En general, en la UE de los 27 se estima que la tasa de participación de las personas mayores (55-64 años) va a ser más alta, cerca de un 8,3% en 2020 y un 14,8% en 2060, debido al impacto previsto de las reformas de las pensiones. En la zona euro, el impacto se estima que va a ser aún más grande: 10 y 16,7%, respectivamente, en 2020 y 2060. También se prevé un aumento considerable para los mayores de entre 55 y 74 años: 5,1% en 2020 y el 10,7% para el año 2060 en la Unión Europea en su conjunto.

En Alemania, Eslovaquia, Eslovenia, Francia, Italia y Hungría, el impacto en las tasas de participación (de 55 a 64 años) se estima en más del 10% para el año 2020. Para 2060, España, Lituania, Dinamarca, Polonia, Austria, Grecia, Malta y la República Checa se unen a este grupo de países.

Cabe recordar que las tasas de participación totales (de 20 a 64 años) son impulsadas principalmente por los cambios en la tasa de participación de los trabajadores en edad productiva (de 25 a 55 años), ya que este grupo representa casi dos tercios de la fuerza laboral total. Por tanto, incluso estas alzas proyectadas significativas en las tasas de participación de los trabajadores de más edad sólo tendrán un impacto más bien limitado en la tasa de participación total. Por ejemplo, el 14,8% de aumento de la tasa de participación de los trabajadores entre 55 y 64 años en la UE dará lugar a un aumento en la tasa global de participación (de 20 a 64 años) de sólo el 3,5% para el año 2060 (hasta el 4,1% al considerar los de 20 a 74 años de edad).

2. Efectos del envejecimiento

Según el informe sobre la salud en el mundo de la OMS de 2002, el 60% de las causas de mortalidad a nivel mundial se deben a enfermedades no transmisibles. Los principales factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles son la HTA, la hipercolesterolemia, la escasa ingesta de fruta y hortalizas, el exceso de peso u obesidad, la falta de actividad física y el consumo de tabaco.

La alimentación poco saludable y la falta de actividad física son las principales causas de las enfermedades no transmisibles más importantes, las cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y determinados tipos de cáncer.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, en los entornos de edad de lo que se considera población mayor (55-74 años):

- El sobrepeso ($25 < \text{IMC} < 30$) y la obesidad ($\text{IMC} > 30$) es más frecuente que en la población general, sobre todo el sobrepeso en hombres es más frecuente que en las mujeres (52% frente al 37%).
- La mayoría son exfumadores en mayor proporción que la población general, incluso el 61% de entre los de 65 a 74 años nunca ha fumado. Los hombres son los que tienen una mayor proporción de exfumadores y las mujeres, sobre todo, del grupo de 65 a 74 años, nunca han fumado (86%). El porcentaje de fumadores diarios es similar a la población general en hombres e inferior en mujeres. La proporción de fumadores diarios de más de 20 cigarrillos es mayor en estos entornos de edad que en la población general. La exposición al humo de tabaco en el lugar de trabajo es similar a la población general.
- En la población mayor el consumo medio diario de alcohol es fundamentalmente semanal (L-D) y entre semana (L-J), el consumo de fin de semana (V-D) es similar a la población general. Sobre todo son los varones los que superan a la población general en este modo de consumo.
- La distribución de las horas de sueño es similar a la población general.
- Tanto en hombres como en mujeres la realización de tareas que requieren gran esfuerzo físico es superior a la población general y es inferior la de sentado la mayor parte del día.
- El sedentarismo es más habitual en los hombres que en los hombres de la población general en este entorno, sin embargo es menos frecuente en las mujeres. Hay una mayor actividad física ligera tanto en hombres como en mujeres que en la población general. El número de días a la semana dedicados a la actividad física es similar a la población general.
- Tanto los hombres como las mujeres siguen una dieta o régimen especial con mayor frecuencia que la población general, aunque la gran mayoría no sigue ninguna dieta. La causa mayoritaria de esa dieta es por una enfermedad o problema de salud.
- En la mayoría de los casos la valoración del estado de salud percibida en los últimos doce meses es "bueno" y en segundo lugar "regular"; en la población

general es "bueno" y en segundo lugar "muy bueno"; por género, la distribución es similar.

- Es más frecuente que refieran alguna enfermedad o problema de salud crónico percibido y sobre todo en las mujeres.
- Los problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución más frecuentes en los últimos doce meses han sido: HTA, artrosis, artritis o reumatismo, seguidos de dolor crónico cervical y/o lumbar, colesterol elevado, después diabetes junto con depresión crónica, ansiedad crónica y migraña o dolor de cabeza frecuente, seguidos muy de cerca por osteoporosis y problemas de tiroides en mujeres.
- La mayoría dice no tener problemas para caminar, aunque con una frecuencia menor que la población general, sobre todo en las mujeres. La mayor parte refiere no tener problemas para lavarse o vestirse, aunque esta proporción baja en el entorno de 65 a 74 años, sobre todo en mujeres. La misma distribución presentan las actividades cotidianas. El dolor o malestar es inexistente en la mayoría de los casos, pero baja considerablemente respecto a la población general y aumenta la frecuencia de dolor o malestar leve sobre todo en las mujeres. La ansiedad o depresión es más frecuente en estas edades, sobre todo en grado leve o moderado y más en mujeres.
- La media de salud mental es similar a la población general, algo peor en las mujeres.
- El porcentaje de accidentes es algo mayor que la población general en mujeres de 65 a 74 años, en el resto es menor a la población general.
- Las restricciones de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas dos semanas son ligeramente superiores a la población general, con una media de días de restricción también ligeramente superior.
- La permanencia en cama por motivos de salud es inferior a la población general, pero con una media de días ligeramente superior a la población general.
- La limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos seis meses es mayor en esta población, siendo un problema físico el causante de la limitación.

Por tanto, los efectos del envejecimiento se resumen en:

- Sobrepeso y obesidad.
- A pesar de que hay fumadores de forma similar a la población general, aumentan los exfumadores.
- El consumo de alcohol es más frecuente en varones y con carácter semanal y entre semana.
- Sedentarismo sobre todo en varones.
- Dieta originada por un problema de salud.
- El estado de salud percibido es “bueno” y después “regular”.
- Problema de salud crónico percibido.
- Los problemas de salud en orden descendente son: HTA, artrosis, artritis o reumatismo, dolor crónico cervical y/o lumbar, colesterol elevado, diabetes, depresión crónica, ansiedad crónica, migraña o dolor de cabeza frecuente.
- Comienzan los problemas para caminar, para lavarse y/o vestirse, ligeras dificultades para llevar a cabo las actividades cotidianas, dolor o malestar leve frecuente, ansiedad o depresión en grado leve o moderado.
- Aumentan los accidentes al final del entorno estudiado.
- Comienzan las restricciones de la actividad habitual por dolores u otros síntomas al igual que las limitaciones para las actividades de la vida cotidiana por problemas físicos.

3. Las capacidades funcionales y los hábitos de vida como factores correctores o compensadores

Según la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, 57ª Asamblea Mundial de la Salud, WHA57.17, un régimen alimentario con una reducción de grasas, azúcares y sal, junto a un incremento en el consumo de frutas y hortalizas, y la práctica de actividad física regular de al menos 30 minutos

de intensidad moderada con una frecuencia casi diaria, actúan de forma conjunta y separadamente. Aunque los efectos de la dieta y la actividad física en la salud suelen interactuar, sobre todo en relación con la obesidad, hay beneficios adicionales sobre la salud que se derivan de la actividad física que son independientes de la nutrición y la dieta, y hay riesgos nutricionales importantes que no están relacionados con la obesidad.

La mayoría de las personas de edad viven en países en desarrollo, y el envejecimiento de la población tiene un fuerte impacto en los patrones de morbilidad y mortalidad. Por ello, muchos países en desarrollo se enfrentan a un aumento de las enfermedades no transmisibles, así como una carga persistente de las enfermedades infecciosas. Además de la dimensión humana, el mantenimiento de la capacidad de salud y funcional de la creciente población de personas mayores será un factor crucial en la reducción de la demanda y el costo de los servicios de salud.

Dada la evidencia científica según la OMS en la publicación *Interventions on diet and physical activity: what works: Summary Report* de 2009, se consideran intervenciones de gran efectividad y, por tanto, compensadores del envejecimiento de la población trabajadora los programas multidisciplinarios que incluyan: espacios para el ejercicio físico, señalización para promover el uso de escaleras, participación de la plantilla en la planificación y desarrollo de actividades, implicación de las familias a través de actividades y la provisión de servicios de asesoramiento individual para el cambio de conducta y el autocuidado.

Es necesaria la accesibilidad a menús saludables, agua y bebidas sin azúcar y la existencia de programas de información sobre la dieta equilibrada para poder intervenir en los centros de trabajo sobre alimentación saludable.

Para realizar intervenciones sobre la actividad física, es necesario informar a los trabajadores de la importancia de la misma, estimular el uso de escaleras en lugar del ascensor, promover el ejercicio físico y la participación en actividades sociales dentro y fuera del trabajo, facilitar el acceso a gimnasios dentro del trabajo o a través de convenios con centros deportivos cercanos, si es posible.

En general, una fuerte evidencia demuestra que en comparación con los hombres y mujeres menos activas, los adultos mayores que son físicamente activos:

- tienen menores tasas de mortalidad por todas las causas, enfermedad coronaria, presión arterial alta, derrame cerebral, diabetes tipo 2, cáncer de colon

y cáncer de mama, un mayor nivel de funcionalidad cardiorrespiratoria y muscular e índices de masa corporal saludable;

- tienen un perfil más favorable para la prevención de la diabetes 2, enfermedad cardiovascular, mejora de la salud del sistema musculoesquelético; y
- tienen niveles más altos de capacidad funcional, un menor riesgo de caídas, una mejor función cognitiva y han reducido el riesgo de limitaciones funcionales moderadas y severas.

La introducción de programas de deshabituación tabáquica junto con incentivos para trabajadores que no fumen o que dejen de fumar es fundamental para poder hacer intervenciones sobre el tabaquismo.

Así pues, existen evidencias científicas que corroboran la necesidad de intervenir sobre los hábitos de vida saludables, ya que actúan como compensadores de los efectos de salud negativos que se dan en la población laboral de mayor edad, mejorando la capacidad funcional y por tanto laboral de esta población. Población laboral que se ha visto incrementada en estos últimos años y que según las previsiones de la ONU, de la UE, de la NIOSH, de la OMS y de la OIT, van a suponer el grueso de la mano de obra activa, dada la baja tasa de fertilidad y de incorporación de los jóvenes al mercado laboral, el aumento en la edad de jubilación obligatoria y el mejor estado de salud de la población de más edad respecto a décadas anteriores.

4. Bibliografía

Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population. Working for a healthier tomorrow. London. Crown TSO, 2008.

Declaración de Barcelona acerca del desarrollo en Europa de buenas prácticas en salud en el trabajo, 2002.

Declaración de Luxemburgo. Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo, 1997.

Encuesta Nacional de Salud. ENSE 2011-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística, 2013.

Global Recommendations on Physical Activity for Health. 18-64 years old. Geneva. WHO, 2011.

Global Recommendations on Physical Activity for Health. 65 years and above. Geneva. WHO, 2011.

Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health WHA57.17. Geneva. WHO, 2004.

"Healthy Aging for a Sustainable Workforce". A Conference Report. Association of Occupational and Environmental Clinics, noviembre de 2009.

Hymel, P. A., Loeppke, R. R., Baase, C. M., Burton, W. N., Hartenbaum, N. P., Hudson, T. W., McLellan, R. K., Mueller, K. L., Roberts, M. A., Yarborough, C. M., Konicki, D. L., Larson, P. W. "Workplace Health Protection and Promotion A New Pathway for a Healthier –and Safer– Workforce". *JOEM* 2011, 53(6): 695-702.

Interventions on Diet and Physical Activity: What Works. Evidence Tables. Geneva: WHO, 2009.

Interventions on Diet and Physical Activity: What Works. Summary Report. Geneva: WHO, 2009.

La promoción de la salud en el lugar de trabajo. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Messite, J., Warshaw, L. J. *Protección y promoción de la salud. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo.* OIT, 1998.

Morschhäuser, M., Sochert, R. *Healthy Work in an Ageing Europe. European Network for Workplace Health Promotion,* 2006.

Promoción de la salud en el trabajo. Una oportunidad empresarial. Mutua Navarra.

Research Compendium. The NIOSH Total Worker Health™ Program: Seminal Research Papers, 2012.

SafeWell Practice Guidelines. An Integrated Approach to Worker Health Version 2.0. Harvard School of Public Health Center for Work, Health and Well-being. Septiembre de 2012.

Sánchez Cruz, J. J., Sánchez Villegas, P., Moya Garrido, M. N., Mayoral Cortés, J. M. *La salud en Andalucía según las encuestas de salud (EAS): EAS-1999, EAS-2003 y EAS-2007.* Escuela Andaluza de Salud Pública, 2010.

Schill, A., Chosewood, L. C. "The NIOSH Total Worker Health™ Program: An Overview". *JOEM* 2013, 55(12 Supplement): S8-S11.

Sorensen, G., Landsbergis, P., Hammer, L., Amick, III B. C., Linnan, L., Yancey, A., Welch, L. S., Goetzel, R. Z., Flannery, K. M., Pratt, C. *et al.* "Preventing chronic disease in the workplace: A workshop report and recommendations". *American Journal of Public Health* 2011, 01:S1.

Sorensen, G., Barbeau, E. *Steps to a healthier US Workforce: Integrating occupational health and safety and worksite health promotion: State of the science.* Harvard School of Public Health. Dana-Farber Cancer Institute, 2004.

The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060). European Commission. Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2012.

Umukoro, P. E., Arias, O. E., Stoffel, S. D., Hopcia, K., Sorensen, G. Dennerlein, J. T. "Physical activity at work contributes little to patient care workers' weekly totals". *JOEM* 2013, 55 (12 Supplement): S63-S68.

United Nations. *World Population Ageing.* Department of Economic and Social Affairs. Population Division. New York. United Nations, 2013.

6.5. LA VIGILANCIA DE LA SALUD COMO PARTE ESENCIAL DE LAS ACCIONES DE UNA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD

Alejandro Flaquer Ayala

Enfermero especialista en Enfermería del Trabajo.
Adjunto a Coordinación Médica de Andalucía Oriental

Resumen

La vigilancia de la salud constituye el punto de partida en las acciones en una empresa promotora de la salud. La implantación de la promoción de la salud se sostiene en las tareas que se lleven a cabo en la vigilancia de la salud individual y la vigilancia de la salud colectiva.

La importancia de la vigilancia de la salud en la empresa y cómo ha de integrarse junto con la promoción de la salud constituyen acciones esenciales en una empresa promotora de la salud.

Para una correcta implantación y desarrollo de la promoción de la salud en el lugar de trabajo es imprescindible partir de la vigilancia de la salud tanto a nivel colectivo como individual. Ambas ponen en práctica iniciativas para mejorar la salud de las personas que trabajan e incrementar su propio control sobre la salud en los espacios de trabajo.

1. Introducción

La interacción del trabajo sobre la salud del individuo puede ser perjudicial o beneficiosa para el individuo. La salud no sólo se defiende de las agresiones externas, también puede beneficiar a la persona favoreciendo su integración social, satisfacción laboral y no laboral, aumentando su autoestima; una afectación negativa en la esfera laboral implica una disminución de la salud en el individuo.

Es un bien primordial al que todos los ciudadanos, cualquiera que sea sus condiciones, deben tener derecho. Esta importancia queda recogida como derecho constitucional en nuestro país gracias al artículo 40.2 de la Constitución, que recomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo y el artículo 43.1 que reconoce a todos el derecho a la protección de la salud.

La vigilancia de la salud es uno de los instrumentos que utiliza la Medicina del Trabajo para controlar y hacer el seguimiento de la repercusión de las condiciones del trabajo sobre la salud de la población trabajadora. Como tal es una técnica complementaria de las correspondientes a las disciplinas de Seguridad, Higiene y Ergonomía y Psicología, que no tiene sentido como instrumento aislado de prevención: ha de integrarse en el plan de prevención global de la empresa.

La vigilancia de la salud juega un papel imprescindible en la salud del individuo no sólo porque garantiza el más completo estado de bienestar físico, social y mental, sino porque el trabajador es la fuente fundamental de la productividad y desarrollo económico en cualquier organización y en la sociedad en su conjunto.

Consiste en la recogida de forma sistemática y continua de datos acerca de problemas específicos de salud, mediante su análisis, interpretación y utilización en la planificación, implementación y evaluación de los programas de salud. En la vigilancia de la salud existen unas técnicas con objetivos y metodologías en el área individual y colectiva.

Una de las principales aportaciones de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales es la de establecer un marco legal de actuación y especificar una serie de directrices a las empresas para que garanticen la salud y seguridad a todos sus trabajadores de forma eficaz, documentada e integrada en todos los niveles productivos y actividad empresarial. Para ello la empresa tiene un amplio abanico de posibilidades para establecer un diseño y estructura de su sistema preventivo.

Los avances tecnológicos junto con las exigencias de la sociedad por vivir en mejores condiciones de salud exigen que se desarrollen no sólo políticas en prevención de riesgos laborales, sino estrategias para fomentar la promoción de la salud en la empresa, por lo que requiere que se trabaje en diferentes ámbitos.

Actualmente, numerosas empresas avanzan en seguridad y salud de sus trabajadores estudiando formas para proporcionar a sus empleados los medios necesarios para mejorar su propia salud y ejercer un mayor control sobre la misma, utilizando como base la vigilancia de la salud en sus dos modalidades: individual y colectiva.

Tanto los factores relacionados con el trabajo como los que no contribuyen conjuntamente a la aparición de problemas de salud y seguridad que se enfrentan los trabajadores junto con sus familias. La estrategia en vigilancia de la salud se debe centrar en garantizar que la persona haga suyas nuevas habilidades, formas de actuar y pensar con el objetivo de asumir y desarrollar un estilo de vida más sana y equilibrada que incida en todos los ámbitos del individuo.

La eficacia de la promoción de la salud en el lugar de trabajo debe estar combinada con la integración de la vigilancia de la salud.

2. La vigilancia de la salud: concepto y características

La vigilancia de la salud es uno de los instrumentos que utiliza la Medicina del Trabajo para realizar un control y seguimiento de cómo repercuten las condiciones de trabajo sobre la salud de la población trabajadora.

Consiste en una recogida sistemática y continua de datos acerca de los problemas específicos de salud junto con su análisis y posterior estudio, con el objetivo de detectar y hacer un seguimiento de los síntomas y signos precoces de enfermedad.

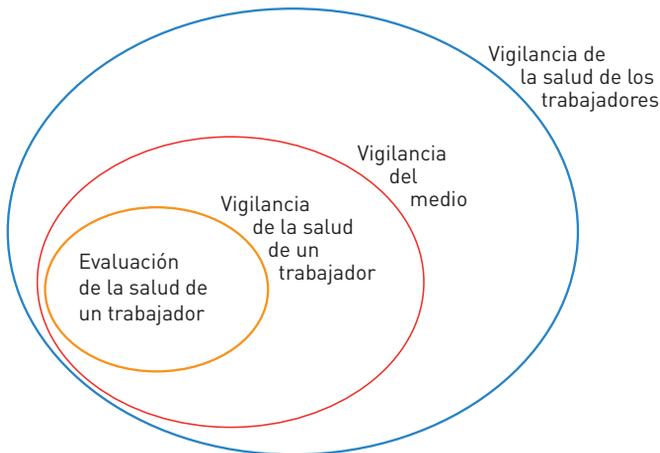


Figura 1. Vigilancia de la salud de los trabajadores [adaptada de *Managing workplace health and safety: health surveillance (first draft, 1999)*, del Grupo ad hoc del Comité Consultivo de Seguridad, Higiene y Protección de la Salud en el Trabajo de la Comisión Europea]

Con estos resultados se proponen medidas preventivas encaminadas a evitar los daños y a mejorar y proteger la salud y el bienestar del trabajador en su empresa.

Las principales características de la vigilancia de la salud:

- **Garantizada:** el empresario tiene la obligación de garantizar a sus trabajadores la vigilancia de la salud a intervalos periódicos acorde a los riesgos del puesto de trabajo. La vigilancia de la salud es un derecho fundamental del trabajador, además de ser una obligación del empresario.
- **Específica:** se realizará en función de los riesgos a los que estén expuestos los trabajadores teniendo en cuenta las particularidades de cada trabajador. Debe garantizar el respeto a la dignidad e intimidad. Respecto al contenido, deberá causar las menores molestias al trabajador.
- **Voluntariedad condicionada:** voluntaria para el trabajador exceptuando, previo informe de los representantes de los trabajadores, los supuestos en los que los reconocimientos médicos constituyan el único medio para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud de los mismos pueda causar un peligro para él mismo, para el resto de trabajadores y, por último, cuando así lo determine una disposición legal.
- **Confidencialidad:** los datos médicos recogidos en la vigilancia de la salud de cada trabajador estará disponible para el propio trabajador, autoridad sanitaria y los servicios médicos responsables de su salud. Al empresario y al resto de personas con responsabilidad en materia de prevención se deberá facilitar las conclusiones de dicho reconocimiento en los términos de aptitud o adecuación del trabajador a su puesto de trabajo.
- **Prolongada en el tiempo** siempre y cuando sea necesaria en función de los riesgos inherentes al trabajo y en lo que se determine según reglamentación específica.
- **Documentada** en los resultados de las evaluaciones médicas y en las conclusiones de los mismos.
- **Gratuita para el trabajador:** en ningún caso cualquier actividad de la vigilancia de la salud deberá suponer un coste para el trabajador. Se deberá llevar a cabo dentro de la jornada laboral.

- Periodicidad en función de su frecuencia sería inicial (después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de nuevas tareas), periódica (según riesgos, características personales y normativa específica), tras ausencia prolongada por enfermedad (periodo determinado a criterio médico), previa a la exposición (por normativa específica, posibilidad de desarrollar enfermedades profesionales y en los trabajadores nocturnos), post-ocupacional (cuando el efecto de los riesgos inherentes al trabajo tiene un largo periodo de latencia) y por detección de daños en un trabajador.
- Análisis epidemiológicos de los resultados: se analizarán los resultados de la vigilancia de la salud con criterios epidemiológicos, con el objetivo de poder investigar y analizar la relación entre los factores de riesgo y su afectación a la salud, identificar líneas colectivas que necesitan intervención y establecer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente.
- Incluye la protección de los trabajadores especialmente sensibles, trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos los que tienen reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. Se han de incluir dentro de este grupo los trabajadores menores de edad y las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

2.1. Vigilancia de la salud individual y vigilancia de la salud colectiva

El término "vigilancia de la salud" se refiere a dos conjuntos de actividades en el ámbito de salud en el trabajo: vigilancia de la salud colectiva y vigilancia de la salud individual.

A nivel individual, se basa en la aplicación de procedimientos de salud y la realización de pruebas médicas a los trabajadores con el objeto de detectar precozmente cómo repercuten las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores, identificar los trabajadores especialmente sensibles y adaptar la tarea al individuo.

Cuando los factores de riesgo han sido identificados, la vigilancia de la salud individual comprueba si estas medidas de protección y prevención son efectivas. Sirve para identificar las actuaciones clínicas pertinentes sobre el trabajador. Esta identificación contribuye a la toma de decisiones preventivas tanto a nivel colectivo como a nivel individual.

Toda vigilancia de la salud individual debe basarse en una evaluación de riesgos, ya que estará condicionada por los factores de riesgo existentes en el puesto de trabajo que el trabajador está desarrollando y por tanto estará expuesto. La evaluación de riesgos será el punto de partida del protocolo específico de actuación, documento que indica los procedimientos y pruebas complementarias que deben aplicarse en cada reconocimiento médico.

Gracias a la actuación a nivel individual se estudia y diagnostican las lesiones que sufre el trabajador, por lo que permite adoptar el tratamiento adecuado y las medidas preventivas oportunas. Toda la información que se obtiene de la historia clínica del trabajador, los signos y síntomas clínicos, exploraciones físicas y el análisis de indicadores de salud, es el medio fundamental para descubrir la relación entre los agentes del entorno y las enfermedades asociadas, puesto que en este punto no se conoce el daño potencial de los factores de riesgo presentes en el lugar de trabajo.

En la parte colectiva, el objetivo va dirigido a establecer prioridades de actuación preventivas y evaluar la eficacia del plan de prevención de riesgos laborales en la empresa. Parte de la vigilancia de la salud individual, ya que en esta última se realiza un análisis de todos los resultados de los exámenes de salud practicados a los trabajadores de la empresa y permite estudiar la frecuencia, morbilidad, gravedad, establecer relación causa-efecto entre los riesgos laborales y los problemas de salud derivados de estos. Estudiar los resultados con criterios epidemiológicos para que permita a la unidad básica de salud relacionar indicadores de salud para la adopción de medidas preventivas y protectoras de los trabajadores tanto a nivel individual como colectivo.

El análisis de los resultados obtenidos no permitirá valorar la correcta planificación de vigilancia de la salud.

3. La integración de la vigilancia de la salud y su importancia

Para que la vigilancia de la salud funcione ha de integrarse en el plan de prevención de la empresa, y debe estar en continua colaboración con el resto de disciplinas preventivas: Seguridad, Ergonomía y Psicología e Higiene Industrial.

El empresario debe disponer de una política de seguridad y salud donde se tienen que reflejar las líneas generales, compromiso y directrices para garantizar que se alcancen los objetivos en prevención de riesgos laborales.

Si se dispone de una sistemática de trabajo, se facilita la gestión preventiva y se favorece la mejora continua de la gestión del riesgo.

Gracias a la vigilancia de la salud la empresa puede:

- Identificar las desviaciones en cuanto a seguridad y salud a nivel individual y colectivo.
- Planificar la acción preventiva estableciendo prioridades de actuación y las acciones a realizar.
- Evaluación de la eficacia de las medidas preventivas implantadas en la empresa, favoreciendo en caso necesario el uso de métodos de actuación preventivos de mayor eficacia.

Es importante resaltar que la vigilancia de la salud constituye uno de los indicadores preventivos más fiables y específicos del sistema de prevención de riesgos laborales. Permite detectar si las medidas preventivas adoptadas para el control y gestión de los riesgos laborales están dando los resultados que se esperan o debe modificarse por otras medidas preventivas.

Implantar la vigilancia de la salud aporta un beneficio a la empresa:

- Aporta información relevante al sistema de prevención de riesgos laborales, ya que participa en los procedimientos preventivos y aplicación de medidas preventivas.
- Control de la eficacia de las medidas preventivas implantadas, ayudando a la mejora del sistema preventivo en la empresa.
- Favorece el desarrollo del trabajo multidisciplinar de la prevención de riesgos laborales desde el ámbito sanitario.
- Analiza e identifica los factores de riesgo de las condiciones de trabajo y los efectos que pueden causar en la salud de los trabajadores, permitiendo, por ejemplo, identificar el origen de las enfermedades profesionales.
- Contribuye a la mejora del estado de salud de los trabajadores y a que tomen conciencia respecto a su salud mejorando, por tanto, la cultura preventiva, ya que produce un efecto de sensibilización en la necesidad de adoptar medidas preventivas en el puesto de trabajo.

- Ayuda a adaptar el puesto de trabajo al trabajador, mejorando las condiciones de trabajo.

Las actuaciones preventivas que se deben desarrollar se dividen en cuatro fases:

- **Análisis previo:** consiste en la recopilación de la información sobre la actividad, organización y características del trabajo de la empresa. Evaluación de riesgos, medidas preventivas y protectoras llevadas a cabo, exámenes de salud realizados a los trabajadores y trabajadores especialmente sensibles. Este análisis nos permitirá conocer la empresa para el desarrollo de las siguientes fases.
- **Planificar la política, objetivos, funciones y actuaciones preventivas.** Se debe detallar los objetivos tanto generales como específicos y las actividades a realizar junto con las actuaciones preventivas.
- **Ejecución de las actividades planificadas** realizadas por personal sanitario cualificado y suficiente, además de los recursos materiales apropiados.
- **Controlar y comprobar** si todo lo ejecutado se corresponde a lo planificado y se han alcanzado los objetivos previamente fijados. Este análisis debe comprobar los indicadores de salud de la empresa.

4. Vigilancia de la salud: la promoción de la salud en el lugar de trabajo

La vigilancia de la salud en una empresa promotora de la salud pone en práctica iniciativas para mejorar la salud de las personas que trabajan e incrementa su propio control en los espacios de trabajo.

Como actividad, la promoción de la salud debe desarrollar actividades dirigidas a mejorar las condiciones de trabajo, promover la participación activa y fomentar al desarrollo del trabajador. Para conseguirlo, es necesario una mejora de la organización del trabajo y del entorno laboral, la promoción de la participación de los trabajadores en actividades saludables, fomentar el desarrollo personal del trabajador en su entorno y promover los hábitos de vida saludables.

El cumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales protege al trabajador en los riesgos relacionados con el ambiente y condiciones de trabajo y la implantación de la promoción de la salud protege al trabajador en los riesgos de

su día a día, riesgos propios al individuo o enfermedades naturales, sobre todo las que derivan de hábitos de vida inadecuados.

Esto significa desarrollar medidas para mejorar la salud de las personas que trabajan influyendo en su entorno, proporcionando habilidades adecuadas y creando condiciones de trabajo que permitan a los individuos que trabajan elegir las conductas más saludables y asumir un mayor control de su salud.

Las empresas que desarrollen, dentro de la vigilancia de la salud, acciones en promoción de la salud, permitirán un mayor control de la salud y seguridad en todos los medios, no sólo en el ámbito laboral.

La importancia de implantar la promoción de la salud supone una mejora tanto para el trabajador-empresario como a nivel social. Ya que:

- Mejora la salud y bienestar de los trabajadores, disminuye la accidentabilidad y enfermedades.
- Aumenta la productividad empresarial y disminuye el absentismo laboral.
- Mejora el clima laboral, la motivación y la participación. Potencia el papel de los propios trabajadores como protagonistas de su propia salud.
- Aumenta la retención de talento y disminuye la rotación de personal.
- Mejora la imagen corporativa para los trabajadores, para las empresas y para la comunidad donde estas se ubican.
- Mejora la autoestima laboral y satisfacción laboral.
- Previene la aparición de problemas de salud relacionados con los indicadores de salud que se identifiquen y estudien en la empresa.
- Dispone de información sobre hábitos saludables de la población trabajadora.
- Disminuye los costes sociales sanitarios, de seguridad social y de seguros, y contribuye a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.
- Mejora el medio ambiente, la contaminación, la entrada a trabajos seguros, etc.
- Reduce la prevalencia de algunas patologías y enfermedades.

4.1. La implantación de la promoción de la salud en la empresa: programa de promoción de la salud

Previamente a la implantación, es necesario que exista una gestión adecuada de los riesgos que garanticen un lugar de trabajo seguro y saludable. Además, la empresa debe certificar unas condiciones organizativas y medioambientales saludables integradas en todos los niveles empresariales. Participación e implicación activas de los trabajadores, empresa, comité de seguridad y salud, servicios de prevención e incluso instituciones sindicales y gubernamentales son fundamentales para asegurar su implantación. El cumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos laborales es el punto de partida y el objetivo debe consistir en querer ir más allá de su mero cumplimiento.

No existe un modelo normalizado de promoción de la salud, cada empresa debe adaptar los principios fundamentales a sus propias características.

Hay que destacar cuatro fases para su implantación:

1. Fase de preparación en la que se forma a un grupo de trabajo encargado de la planificación y ejecución del programa de implantación. Constituido por la dirección y recursos humanos de la empresa, comité de seguridad y salud, servicio de prevención y comité de personal. Se informa a todos los niveles jerárquicos de la empresa y mediante todos los canales posibles de comunicación.
2. Fase de planificación, donde se evalúen las necesidades y expectativas de los trabajadores, mediante la valoración de la situación epidemiológica de los hallazgos en vigilancia de la salud a través de los datos e indicadores de salud que se definan. Es necesario marcar los objetivos específicos y establecer las prioridades de los programas que se van a implantar acorde a actividades de prevención de riesgos que garanticen la reducción de problemas de salud, mejoren el equilibrio entre la vida laboral y personal del trabajador y promuevan un estilo de vida saludable en general. Se debe realizar un diseño de un cronograma y definir tanto los recursos materiales como humanos que participan, dando las mismas oportunidades a todos los participantes. Y por último, antes de iniciar el proceso, se debe evaluar el resultado mediante el seguimiento de indicadores que permitan mejorar el programa en caso necesario.
3. Fase de ejecución, donde se desarrollarán los programas definidos. En esta fase es necesario conseguir el apoyo de todos los niveles directivos para garantizar que se cree una cultura saludable en la empresa. El programa se debe ajustar a las necesidades de los trabajadores.

4. Fase de evaluación, donde se analizarán las repercusiones, se evaluarán los beneficios económicos y se analizarán detalladamente los resultados. Por último, existirá una comunicación a todos los niveles de la empresa.

5. La vigilancia de la salud en la empresa promotora de salud

La vigilancia de la salud supone el punto de arranque en las acciones en una empresa promotora de la salud. La implantación de la promoción de la salud en el trabajo se sustenta en las acciones que se lleven a cabo tanto en la vigilancia de la salud individual como la colectiva.

A nivel individual, la vigilancia de la salud está condicionada por el estado de salud y bienestar de la persona. La herramienta principal será a través de los exámenes de salud que se realizan a los trabajadores. Tendremos a disposición, gracias a los resultados de las pruebas médicas e historia clínica, tanto los problemas de salud previamente conocidos o no, como los indicadores de salud o hábitos de vida menos saludables que contribuyen a la aparición de enfermedades.

La información obtenida en los reconocimientos médicos nos ayuda a determinar las estrategias de mejora en la salud y bienestar de la plantilla, definir los programas y diseñar las campañas concretas a desarrollar acorde a los medios disponibles. Para ello no sólo se valorarán los resultados obtenidos referidos a las condiciones de trabajo, sino también todos los que nos estén trabados a la promoción de la salud. De forma periódica se establecerán un control de la incidencia y una evolución de las actuaciones en los siguientes exámenes de salud.

El personal sanitario puede detectar acciones encaminadas a la mejora de los hábitos de vida saludables y, mediante la educación para la salud, iniciar acciones encaminadas al fomento de una alimentación sana y equilibrada, recomendar actividades deportivas acordes a las características del trabajador, cuidar la salud mental del trabajador, estrategias para combatir el estrés, prevención de lesiones osteomusculares, protección frente a enfermedades crónicas..., y todas aquellas en base a los resultados obtenidos. También ofrecer programas específicos de actuación frente a los factores de riesgo cardiovasculares detectados en los exámenes como por ejemplo la obesidad, sobrepeso, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, etc. Promover iniciativas para fomentar un envejecimiento saludable. Facilitar todas las pruebas necesarias para efectuar un diagnóstico precoz de enfermedades crónicas en función de la historia clínica del trabajador.

Los exámenes de salud constituyen el punto de partida para realizar pruebas adicionales que, en función de las variables que se determinen (puesto de trabajo, edad, sexo, etc.), permitan la detección precoz de enfermedades y el desarrollo de programas a trabajadores que presentan algún problema de salud, así como a los trabajadores que no presentan ninguna alteración de salud ni factores de riesgo que ocasionen algún daño.

En la vigilancia de la salud colectiva, las acciones que se llevarán a cabo estarán centradas en establecer una estrategia en educación para la salud y el mantenimiento de unos estándares óptimos de hábitos de vida saludables.

Acciones colectivas encaminadas a instaurar campañas informativas y de sensibilización para concienciar a los trabajadores sobre modificación de cambios hacia hábitos de vida saludables y que los transmitan al resto de personas dentro y fuera de la empresa, así como al desarrollo de programas de intervención colectivos como campañas de actuación en enfermedades crónicas, trastornos musculoesqueléticos, deshabituación tabáquica, vacunación, prevención del consumo de alcohol, educación postural, etc.

Programas de promoción de hábitos saludables para que los trabajadores incorporen los hábitos de vida sanos a su día a día.

En una empresa promotora de la salud las acciones de vigilancia de la salud constituyen el instrumento positivo para favorecer a las personas la salud y bienestar. Contribuye a mantener a las personas más sanas y su consecuente aportación positiva a sí mismas, a la empresa y a la sociedad.

6. Bibliografía

Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. *Promoción de la salud en el lugar de trabajo para los trabajadores*, 2010. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/94>. [Último acceso: 17 de diciembre de 2013].

Alegre Nuño, M. "Gestión de la prevención en los servicios sanitarios ajenos". *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 86(octubre de 2011): 1-4.

Babiano, I. *De la vigilancia de la salud a la promoción de la salud en el trabajo*. Pamplona. Prevención Navarra, Sociedad de Prevención de Mutua Navarra, S.L. Unipersonal, 2011. Disponible en: <http://www.prevenccionavarra.es/documentacion/GuiaVS-PSTPARAWEB.pdf>. [Último acceso: 17 de diciembre de 2013].

Consejería de Salud, Junta de Andalucía. La promoción de la salud en el lugar de trabajo. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/promocion_salud_lugar_trabajo/promocion_salud_lugar_trabajo.pdf. [Último acceso: 13 de enero de 2013].

España. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, del INSHT. *Boletín Oficial del Estado*, 31 de enero de 1997, nº 27, p. 3.031.

España. Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, del INSHT. *Boletín Oficial del Estado*, 4 de julio de 2011, nº 158, p. 70.693.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. *Bases para el análisis de las actuaciones de los servicios de prevención ajenos*. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/Guias/Criterios/Bases_Analisis.pdf. [Último acceso: 16 de diciembre de 2013].

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. *La vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales*. Madrid. INSHT, 1999. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/Ficheros/926a937/959w.pdf>. [Último acceso: 17 de diciembre de 2013].

Mayorga Mas, R., Petrina Piñal, P., Pérez Vicente, I. *Promoción de la salud en el trabajo: una oportunidad empresarial*. Departamento de Seguridad, Salud y Nuevos Servicios de Mutua Navarra. Pamplona. Gráficas Biak, 2009. Disponible en: <http://www.mutua-navarra.es/Portals/0/Documentos/MNGuiaAzulSaludLaboral.pdf>. [Último acceso: 17 de diciembre de 2013].

Messite, J., Warsaw, L. J. *Protección y promoción de la salud. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*, 1998.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Libro Blanco de la vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales*. Madrid. Centro de publicaciones, 2004. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/portadaLibroBlanco.pdf>. [Último acceso: 16 de diciembre de 2013].

Opella, X., Burgos, C. *Guía de la empresa saludable*. Barcelona. Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona, 2009.

Prevención de Riesgos Laborales. Claves para integrar la vigilancia de la salud en las empresas. Barcelona. Foment del Treball Nacional, 2011.

PARTICIPACIÓN DE LA EMPRESA EN LA COMUNIDAD

7.1. CONTRIBUCIÓN DE LAS EMPRESAS A LA SALUD Y SEGURIDAD DE LA COMUNIDAD. ÁREAS DE INTERÉS COMPARTIDO

Sara Díaz González

Técnico de Recursos Humanos,
PREMAP Seguridad y Salud

Resumen

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) viene colaborando en las iniciativas conjuntas de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP). Según se indica en la web del INSHT, la puesta en marcha del proyecto “Empresas saludables” responde al interés de este organismo por “reconocer el trabajo de las empresas en el ámbito de la mejora de la salud y bienestar de sus trabajadores, así como promover la cultura de la salud y el intercambio de experiencias empresariales”¹.

Ser una empresa saludable significa no sólo el cumplimiento de las exigencias legales en materia de salud y seguridad en el trabajo, sino también gestionar la salud de los trabajadores desde un enfoque integral e integrado, considerar la salud en todas las políticas de la empresa y extender el ámbito de actuación de estas políticas al entorno en que la empresa se desenvuelve (familia, otras empresas, mercado, comunidad, etc.).

Para poder llevar a cabo la puesta en marcha de un proyecto de este tipo se hace necesario buscar áreas de interés compartido² entre los diferentes agentes implicados, encontrando puntos de mutuo interés que a través de las políticas y acciones concretas vayan a desarrollarse y consolidarse.

¹ Portal de Promoción de la Salud y Seguridad en el Trabajo del INSHT.

² Nota del autor: el concepto de áreas de interés compartido fue ampliamente difundido por D. José Luis Marqués Insa durante su etapa como director de Personal de General Motors España.

1. Introducción

El concepto de empresa promotora de la salud tiene un enfoque ecológico y social, fomentando el desarrollo personal, empresarial y de la sociedad en su conjunto. El aumento de la preocupación de las empresas por los aspectos sociales y medioambientales, tanto en todas las etapas productivas como en sus operaciones comerciales, puede surgir en ocasiones de las propias organizaciones empresariales, pero también son una respuesta a la creciente demanda social en materia de prevención y medio ambiente, que también se traduce en una cada vez más amplia legislación a nivel local, nacional o supranacional. El ciudadano actual y las futuras generaciones serán cada vez más exigentes con las tecnologías y las prácticas empresariales. Estas deben ser respetuosas con las personas y con el medio ambiente, lo que sugiere ir más allá del estricto cumplimiento de la legislación y de las normas. Las empresas que cuiden estos aspectos, aunque ahora pueda parecer un gasto, a la larga podrán aumentar su competitividad en un mercado cada vez más exigente. La aplicación más estricta de requisitos legales en materia social o de relaciones entre las partes sociales puede tener también un impacto directo en los beneficios empresariales.

2. Áreas de interés compartido

El concepto de empresa promotora de la salud tiene un enfoque ecológico y social, fomentando el desarrollo personal, empresarial y de la sociedad en su conjunto. El aumento de la preocupación de las empresas por los aspectos sociales y medioambientales, tanto en las diferentes etapas de la producción (materias primas, insumos, fabricación, energías y gestión de residuos, etc.), como en sus operaciones comerciales (marketing, distribución y venta...), puede surgir en ocasiones de las propias organizaciones empresariales, pero también son una respuesta a la creciente demanda social en materia de prevención y medio ambiente, la cual también se traduce en una cada vez más amplia legislación a nivel local, nacional o supranacional.

La sociedad en su conjunto debe buscar áreas de interés compartido. Se trata de buscar puntos en común entre todos los agentes sociales implicados en donde el interés de cada grupo se vea favorecido y fortalecido. Estos puntos en común sobre políticas y acciones que se llevarán a cabo deberán redundar en un beneficio para las partes implicadas. Por tanto, en su definición deberán contar con el consenso de todas ellas.

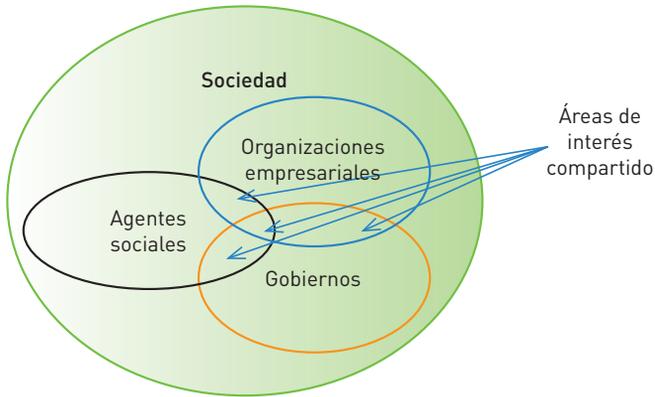


Figura 1. Áreas de interés compartido

Por ejemplo, a una empresa le interesa que sus trabajadores estén mejor formados y a los empleados de esta empresa les interesa recibir una buena formación, ya sea para promocionarse o simplemente para aumentar sus conocimientos y/o autoestima o sentirse más seguros al realizar su trabajo. Aquí encontramos claramente un área de interés compartido. Pero existen muchas otras que serían imposibles de enumerar.

Entre las motivaciones que pueden encontrar las personas para encontrar áreas interés compartido podemos mencionar:

- El desarrollo personal, familiar y profesional.
- La satisfacción por el trabajo bien hecho.
- La conciliación del trabajo con la vida familiar y personal.
- El justo equilibrio entre el ocio y las obligaciones laborales.
- El mantenimiento de la salud y el deporte.
- Etc.

Desde el punto de vista de las empresas y de los inversores, las motivaciones pueden ser:

- El aumento de la productividad y de la rentabilidad.
- La mejora de las relaciones entre empresa y trabajadores.
- La mejora de la imagen corporativa y la fidelización de los clientes.
- Etc.

Y desde un punto de vista de la sociedad y de sus representantes:

- El respeto al medio ambiente.
- El progreso y bienestar social.
- La sostenibilidad del sistema económico y de protección social.
- La protección de los recursos y del medio ambiente.
- Etc.

3. Búsqueda de áreas de interés

La implantación de un proyecto de empresa saludable debería estar precedida de una búsqueda de áreas de intereses compartidos. Esto dará lugar al desarrollo de un programa con objetivos concretos y bases sólidas que sea apoyado por todos y cada uno de los agentes sociales implicados. Por lo tanto, no se trata de intentar implantar sin más un determinado sistema sin antes buscar los consensos necesarios para que dicho sistema sirva para alcanzar los objetivos marcados. Así pues, la primera reflexión es buscar los puntos de encuentro y definir objetivos y metas concretas que todas las partes estén dispuestas a alcanzar. Y aunque tratemos de encontrar áreas de interés que conlleven claramente un beneficio o mejora para todas las partes implicadas, también, en ocasiones, una de las partes debería ser flexible y ceder en beneficio de intereses particulares de las otras partes implicadas.

La búsqueda de áreas de interés compartido se trata de una negociación en donde se puede ceder en algunos temas la mirada puesta en el beneficio final de todas las partes implicadas. Una empresa, por ejemplo, tiene que invertir más para la gestión de sus residuos aumentando con ello el precio final de su producto, pero beneficia claramente con ello a la sociedad y, a la larga, puede ser beneficioso para su imagen corporativa y redundar en un aumento de sus beneficios.

Las áreas de interés compartido pueden ser modificadas a lo largo del tiempo. Las variaciones en las condiciones técnicas, medioambientales y sociales pueden variar sustancialmente, cada vez en periodos más cortos de tiempo, por lo que es necesario que el programa, los objetivos y los indicadores se revisen periódicamente, que se mantenga una búsqueda constante de áreas de interés compartido.

Cuando se habla de áreas de interés compartido, tampoco hay que perder de vista que cuando nos referimos a los intereses de los agentes implicados, no nos referimos solamente a las partes implicadas directamente en las negociaciones

o en la definición del programa y de los objetivos. Puede que empresa y trabajadores desarrollen, por ejemplo, algún plan de ayuda a la comunidad. En este caso, los agentes directamente beneficiados no formarán parte necesariamente de la negociación, aunque es evidente que indirectamente esta ayuda redundará en su beneficio.

Por lo tanto, en la búsqueda de áreas de interés compartido hay que dejar de lado el egoísmo y el egocentrismo y tener la apertura de miras suficiente como para no pensar siempre en el beneficio personal o corporativo directo e inmediato. Es necesario analizar las circunstancias en su conjunto y mantener una visión a medio y largo plazo. En particular, es necesario eliminar la visión cortoplacista en relación con los beneficios económicos que podría aportar determinado punto del programa.

En el portal de la Red Europea para la Promoción de la Salud en el Trabajo (European Network for Workplace Health Promotion)³ se incluye un inventario de programas y proyectos (modelos de buenas prácticas) o de instrumentos (tales como cuestionarios, directrices y materiales de información), aptos para la mejora y la promoción de la salud y seguridad en el lugar de trabajo, que pueden proporcionar algunas soluciones o ideas para abordar los problemas relacionados con la salud tales como: prevención de las adicciones, hábitos alimenticios poco saludables, la inactividad física, la salud mental y el estrés.

4. Bibliografía

<http://www.insht.es/portal/site/PromocionSalud/menuitem.084224e92eb1cbe-de435b197280311a0/?vgnnextoid=af3073b265f74310VgnVCM1000008130110aR-CRD&vgnnextchannel=dfda0958cfe04310VgnVCM1000008130110aR-CRD>.

³ <http://www.enwhp.org/european-toolbox.html>.

7.2. PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL

Sara Díaz González

Técnico de Recursos Humanos,
PREMAP Seguridad y Salud

Resumen

Cada vez son más las noticias, la publicidad, la normativa e incluso los comentarios de amigos que escuchamos en nuestro día a día los que nos recuerdan y nos conciencian del poder que tenemos, cada uno de nosotros, por mejorar nuestro entorno. Un entorno cambiante, exigente, novedoso y receptivo a todas aquellas buenas prácticas que, tanto a nivel personal como profesional, estamos dispuestos a ofrecer para responder al concepto del que hablaremos a lo largo de este capítulo, la Responsabilidad Social Empresarial.

1. Introducción

Tras un estudio realizado por Market and Opinion Research International (MORI) sobre la responsabilidad de las empresas en el estado del sistema físico-social del entorno en el que trabajan, doce mil ciudadanos de doce países europeos fueron entrevistados, y algunos de los resultados más significativos de dicho estudio fueron los siguientes:

- El 49% de los encuestados afirmó que la responsabilidad social es el factor que más influye en la percepción de una empresa.
- El 58% de los europeos consideró que las empresas no prestan suficiente atención a la responsabilidad social (este porcentaje se eleva al 62% en el caso de España).

- El 25% de los europeos considera muy importante la responsabilidad social de la empresa a la hora de decidir comprar un producto o servicio (en el caso de España el porcentaje es del 47%).

De estos datos se pueden sacar dos conclusiones. En primer lugar, es evidente que las empresas están por detrás de las expectativas de los ciudadanos en el tema que nos ocupa; la sociedad en su conjunto espera mucho más de las empresas, siendo un importante reto para ellas. Y en segundo lugar, los resultados dan importantes lecciones: parece evidente que a la mayoría de las personas les gustaría comportarse mejor de lo que lo hacen; por otra parte, detrás de una necesidad insatisfecha existe una oportunidad, y las empresas que la perciban y sean capaces de aprovecharla pueden desarrollar sustanciales ventajas competitivas.

En cualquier caso, queda fuera de toda duda que la sociedad ya no espera que sean sólo los gobiernos sino también las empresas las que den respuesta a los problemas medioambientales, económicos y sociales, locales y globales, que la globalización, según algunos, ha contribuido a exacerbar, y, según todos, ha contribuido a dotar de un carácter público, innegable y urgente.

2. ¿Qué es la responsabilidad social empresarial (RSE)?

Queriendo significar más o menos lo mismo, se habla de “responsabilidad social empresarial”, “responsabilidad social corporativa” o “responsabilidad empresarial”. Incluso en ocasiones se confunde con otros como “desarrollo sostenible”, “sostenibilidad” y similares. Sin embargo, la Unión Europea y la Administración española parecen decantarse por la fórmula “responsabilidad social empresarial”.

En el Libro Verde que la Comisión de las Comunidades Europeas presentó en 2001 lo define como la integración voluntaria, por parte de las empresas, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores.

Ser socialmente responsable no significa solamente cumplir plenamente con las obligaciones jurídicas, sino también ir más allá de su cumplimiento invirtiendo más en el capital humano, el entorno y las relaciones con los interlocutores. La experiencia adquirida con la inversión en tecnología y prácticas comerciales respetuosas del medio ambiente sugiere que ir más allá del cumplimiento de la legislación puede aumentar la competitividad de las empresas. La aplicación de normas más estrictas que los requisitos de la legislación del ámbito social, por

ejemplo en materia de formación, condiciones laborales o relaciones entre la dirección y los trabajadores, puede tener también un impacto directo en la productividad. Abre una vía para administrar el cambio y conciliar el desarrollo social con el aumento de la productividad.

No obstante, la responsabilidad social de las empresas no se debe considerar sustitutiva de la reglamentación o legislación sobre derechos sociales o normas medioambientales, ni permite tampoco soslayar la elaboración de nuevas normas apropiadas. En los países que carecen de tales reglamentaciones, los esfuerzos se deberían centrar en la instauración del marco legislativo o reglamentario adecuado con el fin de definir un entorno uniforme a partir del cual desarrollar prácticas socialmente responsables.

A pesar de que, hasta ahora, el fomento de la responsabilidad social ha correspondido fundamentalmente a algunas grandes empresas o sociedades multinacionales, esta es importante en todos los tipos de empresa y todos los sectores de actividad, desde las pymes a las empresas multinacionales. El aumento de su puesta en práctica en las pequeñas y medianas empresas, incluidas las microempresas, es fundamental, porque son las que más contribuyen a la economía y a la creación de puestos de trabajo. Aunque muchas pymes ya han asumido su responsabilidad social, sobre todo a través de su participación a nivel local, una mayor sensibilización y un apoyo más importante a la difusión de las buenas prácticas podrían contribuir a fomentar la responsabilidad social entre este tipo de empresas. Las cooperativas de trabajadores y los sistemas de participación, así como otras formas de empresas (cooperativas, mutualistas o asociativas), integran estructuralmente los intereses de otros interlocutores y asumen espontáneamente responsabilidades sociales y civiles.

De este modo se puede decir que la RSE abarca tres aspectos fundamentales:

- **Responsabilidad económica:** las empresas tienen como una de las acciones más importantes a desarrollar generar riqueza en el entorno en el que están insertas (empleo, innovación, impuestos, etc.).

Esta tarea es fundamental también para el propio desarrollo de la empresa, pero la riqueza que se genere ha de basarse en valores y prácticas universalizables.

Obtener beneficios y minimizar los costes de cualquier tipo, económicos, medioambientales, sociales, etc., es una tarea fundamental de una empresa socialmente responsable.

- **Responsabilidad social:** la empresa, para ser una institución legitimada socialmente, ha de dar respuesta a las demandas que la sociedad le plantea desde los valores y las pautas de comportamientos que la propia sociedad le indica. De este modo, la empresa conseguirá estar integrada en el entorno en el que está inserta.
- **Responsabilidad medioambiental:** la empresa expresa su responsabilidad social también a través del cuidado de su entorno físico. Esta cuestión se muestra como una necesidad imperiosa para la propia subsistencia de la empresa, ya que, por un lado, en España una gran parte de las cuestiones medioambientales se encuentran reguladas y, por otro lado, el respeto y cuidado del medio ambiente es una cuestión clave para llevar a cabo un desarrollo sostenible.

2.1. Dimensión interna y externa de la RSE

La RSE tiene dos vertientes. La interna, que contempla la empresa desde el interés social y, por lo tanto, tiene que ver con aspectos clave de la gestión de los recursos humanos y de la seguridad laboral, la formación y desarrollo de los trabajadores, la gestión de la calidad y del medio ambiente.

La dimensión externa está referida a las relaciones de la empresa con sus agentes externos y entorno social. Lejos de circunscribirse al mundo propio de la empresa, la RSE abarca a un amplio abanico de interlocutores donde estarían sus clientes y proveedores, administraciones, comunidades locales, etc.

- **Dimensión interna:** las prácticas de RSE afectan en primer lugar a los trabajadores y se refieren a cuestiones como la inversión en recursos humanos, la salud y la seguridad. Las prácticas respetuosas con el medio ambiente tienen que ver fundamentalmente con la gestión de los recursos utilizados en la producción:
 - Gestión de recursos humanos: actualmente uno de los desafíos más importantes a los que se enfrentan las empresas es atraer a los trabajadores cualificados y lograr que permanezcan en su organización, por ello, en este contexto las medidas pertinentes en este campo podrían incluir:
 - Aprendizaje permanente, mejora de la información/comunicación.
 - Equilibrio entre vida familiar y profesional.
 - Equidad retributiva y de desarrollo profesional.

- Prácticas responsables de contratación (tratan de aumentar la tasa de empleo y luchan contra la exclusión social).
- Salud y seguridad en el trabajo: tradicionalmente los aspectos de salud y seguridad en el trabajo se han abordado mediante instrumentos legislativos. Sin embargo, hoy debiéramos gestionar este aspecto mediante acciones tales como:
 - Promover comportamientos que favorezcan la salud y seguridad en el trabajo, tanto de sus propios trabajadores, como de aquellos otros subcontratados.
 - Mayor control de los contratistas en el ámbito de la salud y la seguridad.
- Gestión de impacto ambiental: las políticas ambientales de las empresas deben incluir actuaciones que redunden en:
 - Reducir el consumo de recursos energéticos y disminuir la emisión de vertidos y residuos.
 - Políticas integrales de producto basadas en el análisis de las repercusiones del producto a lo largo de su ciclo de vida.
- **Dimensión externa:** la RSE de las empresas abarca a las relaciones de la empresa con su entorno social y ambiental en el sentido más amplio, tales como la comunidad, los clientes y proveedores, administración y autoridades públicas, ONG, etc.:
 - Comunidad: las empresas contribuyen al desarrollo de las comunidades donde se ubican proporcionando empleos, prestaciones y servicios, así como beneficios adicionales revertiendo estos a la sociedad a través de, entre otros, los ingresos fiscales. Por otro lado, las empresas realizan sus contrataciones en el mercado de trabajo local, por lo que están muy interesadas en que en su ubicación existan personas con las competencias que necesitan.

Asimismo, cada vez más la imagen y reputación de las empresas influye sin duda en su competitividad. Entre las diferentes formas en que la empresa, en el ámbito de la RSE, puede hacerse visible en la comunidad podemos incluir:

- Mejorar el entorno físico local.
- Ofrecimiento de formación profesional.
- Actividades culturales y deportivas a nivel local.
- Donaciones y obras de beneficencia.

- Clientes, proveedores, consumidores: cada vez más los consumidores tienen en cuenta las políticas de RSE aplicadas por las empresas. La colaboración estrecha de las empresas con sus socios comerciales puede redundar en mejora de costes y aumento de la calidad. De igual forma, los clientes valoran de forma muy positiva la interacción de la empresa con su entorno, como se constata en encuestas de opinión sobre RSE. Las grandes empresas son, a veces, al mismo tiempo socios comerciales de las más pequeñas, por ello, deben ser conscientes de que sus resultados sociales pueden verse afectados por las prácticas de sus socios y proveedores a lo largo de toda la cadena de valor:
 - Subcontratación de servicio.
 - Sistemas de tutoría y apoyo a empresas locales. Asistencia en general.
 - Ofrecer productos y servicios con calidad, fiabilidad y servicio.
 - Productos diseñados para ser utilizados por el mayor número posible de usuarios (discapacitados, etc.).
- Derechos humanos: una de las dimensiones de la RSE en las empresas está estrechamente vinculada a los derechos humanos, sobre todo por lo que respecta a las condiciones de trabajo de las actividades internacionales y las cadenas de suministro mundiales. Aspectos a considerar son los relacionados con la lucha contra la corrupción y dentro de esta el aspecto concreto de los sobornos. Así, bajo estos parámetros, las empresas adoptan "códigos de conducta" que de alguna forma corrijan o eliminen este tipo de actuaciones o conductas.

2.2. Beneficios y ventajas de la RSE

La responsabilidad social empresarial es una herramienta muy eficaz para la mejora del modelo productivo porque aúna criterios de eficiencia, sostenibilidad y prosperidad con el valor de la diversidad, la igualdad de oportunidades, el respeto, la tolerancia y la convivencia.

La RSE constituye una oportunidad de mejorar los beneficios de las empresas, imprescindible para construir una sociedad más justa y eficiente. Numerosos estudios han demostrado que las empresas que avanzan en políticas de RSE logran que sus empleados mejoren sus condiciones laborales y aumenten su productividad, lo que repercute directa y positivamente en sus cuentas de resultados.

Entre los beneficios para la empresa se puede destacar:

- Mayor capacidad de contratar y mantener talentos: los trabajadores se sienten motivados con prácticas de gestión socialmente responsables, definidas con claridad. Les agrada formar parte de organizaciones que respetan al individuo e invierten en su capacidad de aprendizaje. La responsabilidad social atrae para la empresa talentos y, al mismo tiempo, hace que el trabajador se sienta estimulado a mantenerse en el empleo.
- Mayor lealtad del consumidor: los consumidores admiran aquellas empresas que valoran a sus empleados, desarrollan proyectos sociales, se preocupan por el medio ambiente e invierten esfuerzos contra la corrupción. Por ello, la responsabilidad social es un factor que garantiza la fidelidad del consumidor.
- Valoración de la imagen y de la marca: las prácticas de responsabilidad social agregan valor a los negocios de la empresa, que puede valerse de ese potencial diferenciador para sus estrategias de negocios. Un ejemplo que ilustra estos conceptos son las investigaciones que desde el Reputation Institute realiza para conocer la percepción del consumidor en torno a la responsabilidad social. Los datos obtenidos muestran un consumidor preocupado por aspectos tales como la ética y el tratamiento a los empleados y dispuesto a premiar a empresas que adoptan comportamientos socialmente responsables.
- Sostenibilidad del negocio a largo plazo: la perennidad de la empresa constituye también motivo de preocupación para los inversionistas. Las prácticas socialmente responsables disminuyen las contingencias de la empresa y permiten su control, reduciendo el riesgo del negocio como un todo.

3. Ejemplos de empresas comprometidas con la RSE

Henkel, actuación responsable en toda la cadena de valor

La compañía tiene muy en cuenta cómo genera sus ventas y beneficios y actúa responsablemente en toda la cadena de valor. Esta actitud está firmemente arraigada en la historia de la multinacional alemana, cuyas marcas han combinado durante años la máxima calidad con el respeto a las personas y el medio ambiente. Todas sus marcas y productos en todo el mundo ofrecen una alta eficacia y compatibilidad ecológica y son fabricados utilizando la menor cantidad de agua y energía posible, así como en buenas condiciones de trabajo.

En los inicios y objetivos de protección y seguridad medioambiental publicados por Henkel en los años ochenta, la multinacional se comprometió a promover la salud y la seguridad en el puesto de trabajo, conservando recursos y reduciendo emisiones. Esto se vio reflejado en sólo diez años, reduciendo los accidentes ocupacionales en un 86%, el consumo de agua en un 48% y la generación de residuos en un 37%.

Tienen un fuerte compromiso por la diversidad y la conciliación al igual que un programa de responsabilidad social corporativa internacional a través del cual se ha ayudado a más de 6.500 niños en 110 países con una ayuda de más de once millones de euros. Son los propios empleados los que presentan los proyectos sociales que quieren que Henkel dé apoyo, un jurado internacional adjudica las ayudas y los empleados se involucran o bien como voluntarios o bien como padriños para llevar a cabo los proyectos.

Por último, cabe destacar el diálogo de Henkel con los grupos de interés (accionistas, clientes, consumidores, proveedores, vecinos, políticos, asociaciones, ONG, etc.), permitiéndoles identificar de forma temprana los requisitos del mercado y definir las áreas más importantes para su actividad.

El hogar es la base de IKEA en materia de sostenibilidad

En IKEA no hay una política de RSE definida, ya que está integrada en la “forma de actuar” de la compañía. Todos y cada uno de los que forman parte de la compañía son garantía de la sostenibilidad, ya que es parte de su cultura. En el diseño de la estrategia existe un comité formado por representantes de todos los departamentos que identifican las áreas de mejora y definen las líneas básicas y de actuación en materia de RSE, que deben integrarse de forma transversal en los distintos procesos y proyectos de IKEA.

Como acciones en RSE se podrían destacar:

- “IKEA goes renewable”. Apuestan por contribuir a frenar el cambio climático con dos objetivos claros: ser unos 25% más eficientes energéticamente y utilizar un 100% de energías renovables.
- Diversidad. Mujeres directivas y personas con discapacidad. Consideran que las personas que trabajan en las tiendas deben ser un reflejo de la sociedad en la que nos encontramos y de los clientes que nos compran. Por ese motivo se han marcado dos objetivos: 60% de las mujeres en puestos directivos y alcanzar un 4% de integración de personas con discapacidad.

Grupo L'Oréal apuesta por los proyectos solidarios

Para L'Oréal el desarrollo sostenible es un tema clave al que todas sus marcas y filiales en el mundo están estratégicamente comprometidas en su día a día. Sostenibilidad en L'Oréal significa adquirir compromisos en términos económicos, sociales y medioambientales. Tienen unos principios éticos fuertemente arraigados que rigen las relaciones con los proveedores, consumidores y colaboradores. Además, cuentan con la Fundación L'Oréal en Francia, cuyos objetivos son: el apoyo a la investigación, el desarrollo de la educación y el fomento de la autoestima a través de la belleza en colectivos vulnerables.

Cuentan con un comité internacional presidido por el director general del Grupo L'Oréal, quien se encarga de definir la estrategia mundial de desarrollo sostenible y de su puesta en marcha.

Entre los diversos retos en RSE se pueden destacar:

- Medio ambiente. Se han comprometido para el periodo 2005-2015 a reducir a la mitad las emisiones de gases de efecto invernadero, reducir en un 50% el consumo de agua por producto terminado y reducir los residuos generados por producto terminado en un 50%.
- Social. Proyectos que apoyan la investigación, el desarrollo de la educación y el apoyo a la autoestima a través de la belleza en colectivos vulnerables.

4. Bibliografía

Blog *Sostenibilidad y RSE*.

Compromiso RSE nº 1.

Guía de responsabilidad social de la empresa. ETNOR.

Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas.

Navarro, F. *Responsabilidad Social Corporativa: Teoría y práctica.*

www.henkel.es.

www.ikea.es.

7.3. POLÍTICAS DE CONTRATACIÓN Y DE SUBCONTRATACIÓN

Marta Veracruz Mas

Abogada del área Relaciones Laborales,
PREMAP Seguridad y Salud

Resumen

Las políticas de contratación establecen las relaciones entre la empresa y sus empleados. Estas políticas definen la filosofía de una empresa, cómo quiere que se le reconozca en su entorno y de qué forma protegen a sus trabajadores frente a los distintos abusos que puedan sufrir.

De ese modo va a ser muy importante el tipo de contratación que la empresa utilice con sus trabajadores e incluso con sus proveedores.

La relación entre el trabajador y la empresa se desarrolla a través del contrato de trabajo. En el mismo quedarán plasmados los acuerdos a los que lleguen las partes en cuanto a la duración, jornada, retribución, lugar de trabajo, etc.

A su vez, las empresas pueden contratar con otras empresas para cubrir alguna de sus necesidades productivas o de servicios. Por ejemplo: servicio de limpieza, servicio de vigilancia, catering o restauración, etc. Estas contrataciones se realizan a través de las llamadas contratas y subcontratas.

1. Políticas de empleo en la Unión Europea y en España

Para poder entender de dónde vienen las políticas de contratación, es necesario conocer los orígenes de las políticas de empleo en el marco de la Unión Europea y concretamente en España.

A tenor de lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo, "...la política de empleo es el conjunto de decisiones adoptadas por el Estado y las comunidades autónomas que tiene por finalidad el desarrollo de programas y medidas tendentes a la consecución del pleno empleo, así como la calidad en el empleo, a la adecuación cuantitativa y cualitativa de la oferta y demanda de empleo, a la reducción de las situaciones de desempleo y a la debida protección en situaciones de desempleo..."

1.1. Unión Europea

Pero como hemos apuntado, las políticas de empleo tienen su origen en la política europea de empleo.

Así, la primera referencia que tenemos a estas políticas la encontramos en:

- **Tratado de Roma de 1957** (nacimiento de la Comunidad Económica Europea): dispone que es misión de la Comisión promover una estrecha colaboración entre los Estados miembros en el ámbito social, particularmente en las materias relacionadas con el empleo, el derecho al trabajo y las condiciones del trabajo, la formación y el perfeccionamiento profesionales, la seguridad social, la protección contra los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, la higiene en el trabajo, el derecho de sindicación y las negociaciones colectivas entre empresarios y trabajadores.
- **La Carta Comunitaria de los Derechos Fundamentales de los Trabajadores de 1989**: establece los grandes principios sobre los que se basa el modelo europeo de derecho laboral y el lugar que ocupa el trabajo en la sociedad.
- **El Tratado de la Unión Europea de 1992**: dispone que para mejorar las posibilidades de empleo de los trabajadores en el mercado interior y contribuir así a la elevación del nivel de vida, se crea el FSE (Fondo Social Europeo), destinado a fomentar, dentro de la comunidad, las oportunidades de empleo y la movilidad geográfica y profesional de los trabajadores, así como a facilitar su adaptación a las transformaciones industriales, a los cambios de los sistemas de producción, especialmente mediante la formación y la reconversión de profesionales. Se establecen objetivos concretos para la intervención del FSE, que financiará desde entonces parte importante de la política social europea por la vía de los marcos comunitarios de apoyo en los distintos Estados miembros.

- **El Libro Verde de la Política Social Europea.** Tras el Tratado de la Unión Europea fue lanzado el Libro Verde, cuyo objeto era someter a consulta las cuestiones principales relacionadas con el futuro de la política social europea a todas las partes interesadas, con objeto de que participaran en el debate y propusieran las opciones deseadas, tales como: el desarrollo de los recursos humanos, el mercado único y la libre circulación de personas, el fomento de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, etc.
- **El Libro Blanco sobre Política Social de 1994.** En este documento se determinaron las principales líneas de acción de la UE para los años siguientes en materia de políticas sociales, incluyendo propuestas relativas al empleo, la formación, la salud y la seguridad, la libre circulación y la igualdad de trato entre hombres y mujeres.
- **El Tratado de Ámsterdam de 1997.** Aquí el empleo se ha convertido ya en la prioridad principal de la Unión Europea. Se incrementaron las competencias de la Comunidad y se concretaron las obligaciones de los Estados miembros. Su artículo 136 dispone que "...la Comunidad y los Estados miembros tendrán por objetivo el fomento del empleo, la mejora de las condiciones de vida, y de trabajo, una protección social adecuada, el diálogo social, el desarrollo de los recursos humanos para conseguir un nivel de empleo elevado duradero y la lucha contra las exclusiones...".
- **Cumbre de Lisboa de 2000.** Se acuerda que para el año 2010 la Unión Europea debería fijarse como objetivo estratégico el pleno empleo.
- **El Consejo Europeo de Primavera de 2008.** Se acuerda invertir más en conocimiento e innovación, liberar el potencial empresarial, invertir en capital humano y modernizar los mercados laborales.
- **La Estrategia Europa 2020 de 2009.** El escenario ha cambiado completamente en Europa debido a la crisis económica, por lo que se acuerdan nuevas directrices a alcanzar hasta el año 2020. Se centrará en las siguientes prioridades: "... crear valor basando el crecimiento en el conocimiento, potencia el papel de los ciudadanos en sociedades inclusivas y crear una economía competitiva, conectada y más respetuosa con el medio ambiente...".

1.2. España

La política de empleo se desarrollará, dentro de las orientaciones generales de la política económica, en el ámbito de la estrategia coordinada para el empleo regulada por el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea.

Los objetivos generales de la política de empleo española vienen recogidos en el artículo 2 de la Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo:

- Garantizar la efectiva igualdad de oportunidades y la no discriminación, teniendo en cuenta lo previsto en el artículo 9.2 de la Constitución española, en el acceso al empleo en las acciones orientadas a conseguirlo.
- Mantener un sistema eficaz de protección ante las situaciones de desempleo, que comprende las políticas activas de empleo y las prestaciones por desempleo.
- Adoptar un enfoque preventivo frente al desempleo, especialmente de larga duración, facilitando una atención individualizada a los desempleados, mediante acciones integradas de políticas activas que mejoren su ocupabilidad.
- Asegurar políticas adecuadas de integración laboral dirigidas a aquellos colectivos que presenten mayores dificultades de inserción laboral, especialmente jóvenes, mujeres, discapacitados y parados de larga duración, mayores de 45 años.
- Mantener la unidad del mercado de trabajo en todo el territorio estatal.
- Asegurar la libre circulación de trabajadores y facilitar la movilidad geográfica, tanto en el ámbito estatal como en el europeo, de quienes desean trasladarse por razones de empleo.
- Coordinar su articulación con la dimensión del fenómeno migratorio interno y externo.
- Proporcionar servicios individualizados a la población activa dirigidos a facilitar su incorporación, permanencia y progreso en el mercado laboral, así como a las empresas para contribuir a la mejora de su competitividad.
- Fomentar la cultura emprendedora y el espíritu empresarial, así como mejorar la atención y acompañamiento a las personas emprendedoras en la puesta en marcha de su iniciativa empresarial.

Los distintos gobiernos han intentado mediante diversas medidas fomentar estos objetivos, por ejemplo, fomentando diversos contratos de trabajo, flexibilizando los requisitos para crear empresas, reduciendo las cuotas a los autónomos, etc.

Uno de los últimos ejemplos que tenemos en este ámbito es el Real Decreto Ley 3/2014, de 28 de febrero, de Medidas Urgentes para el Fomento del Empleo y la Contratación, que tiene como fin fomentar la contratación indefinida. Y esto lo consigue mediante una serie de bonificaciones y reducciones de las cotizaciones a la Seguridad Social para aquellas empresas que realicen contratos indefinidos.

Una medida que ha introducido este real decreto ha sido el establecimiento de una tarifa plana reducida de las cotizaciones sociales indefinidas que mantengan el empleo neto durante al menos tres años. Así se premia a las empresas que apuesten por el empleo estable, mientras que en la otra cara de la moneda se está apostando igualmente por trabajadores mejor formados y más productivos. La suma de ambos es la clave para garantizar tanto el bienestar social como el crecimiento económico futuro.

2. Los contratos de trabajo

“... Se entiende por contrato de trabajo aquel por el que una o varias personas participan en la producción, mediante el ejercicio voluntariamente prestado de sus facultades intelectuales o manuales, obligándose a ejecutar una obra o prestar un servicio, a uno o varios patronos empresarios, bajo la dependencia de estos, mediante un remuneración de cualquier clase o forma...”

Existen distintos tipos de contratos de trabajo en nuestro ordenamiento, por lo que las empresas en función de sus necesidades o en función del puesto de trabajo ofertado elegirán uno u otro.

Podemos dividir los contratos de trabajo en dos grandes grupos: contratos de duración indefinida y contratos de duración determinada o temporales:

- Los **contratos indefinidos** serían aquellos que se celebran con el trabajador para que preste sus servicios en la empresa sin límite de tiempo. Estos contratos pueden ser, asimismo, de jornada completa o de jornada parcial. Ejemplo de contratos indefinidos: contrato indefinido ordinario, contrato fijo discontinuo, contrato de apoyo a los emprendedores, etc.

- Los **contratos de duración determinada** o **temporales** serían aquellos que se celebran por un límite de tiempo, bien para realizar una obra o servicio determinado, bien porque atiende a necesidades puntuales de la empresa o porque se formulan para sustituir a trabajadores que tienen el contrato suspendido temporalmente. Al igual que sucede con los contratos indefinidos, estos pueden ser de jornada completa o de jornada parcial. Ejemplo de contratos de duración determinada: contrato de obra o servicio determinado, contrato eventual por circunstancias de la producción, contrato de interinidad.

A pesar de los distintos tipos de contratos, es el contrato indefinido al que aspiran todos los trabajadores, ya que por su propia idiosincrasia es el que más estabilidad y garantías ofrece.

De esta forma, las empresas responsables tratan de utilizar este tipo de contrato, ya que entienden que no solo es bueno para sus trabajadores, sino también para ellas.

Dentro del contrato indefinido existen subtipos orientados a insertar a colectivos sociales menos favorecidos:

- Contrato indefinido para personas con discapacidad.
- Contrato indefinido de personas con discapacidad en centros especiales de empleo.
- Contrato indefinido para personas con discapacidad procedentes de enclaves laborales.
- Contrato indefinido de emprendimiento joven.
- Contrato indefinido para trabajadores en situación de exclusión social.
- Contrato indefinido para aquellos que tengan acreditada por la Administración competente la condición de víctima de violencia de género, doméstica o víctima de terrorismo.
- Contrato indefinido para trabajadores en situación de inclusión social por empresas de inserción.
- Contrato indefinido para trabajadores mayores de 52 años beneficiarios de los subsidios por desempleo.

Las empresas responsables con su comunidad adquieren, además, otros compromisos de actuación o un código ético:

- Contratación de personas sin atender a razones de sexo, religión, política, estado civil, orientación sexual, etc. El respeto a los derechos fundamentales es indispensable en la política de contratación de la empresa.
- Obligación de cumplir con lo establecido en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos, teniendo contratados al menos un 2% de personal con algún grado de discapacidad.
- Cumplimiento de todos los requisitos establecidos en la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales y los reglamentos de desarrollo, para la ejecución de los trabajos que la empresa desarrolla.
- Políticas de conciliación familiar y personal.
- Beneficios sociales: ticket restaurante, seguro médico, ayudas al empleado, etc.

3. La subcontratación

También conocida como política de *outsourcing*. Las empresas pueden recurrir a la contratación externa para integrar su actividad productiva. Esta práctica es totalmente lícita, siempre y cuando se sigan las directrices que impone la ley con el fin de evitar que se vulneren derechos de los trabajadores.

La forma más común de realizar la actividad descentralizadora o *outsourcing* es a través de la contrata. Conlleva la imposición de unas obligaciones al empresario principal y respecto a personas con las que no ha contratado, lo que supone una excepción al mandato que limita a las partes la eficacia de los contratos.

La subcontratación de obras y servicios, junto con los derechos y obligaciones del contratista y subcontratista, viene recogida en el artículo 42 del Estatuto de los Trabajadores:

1. *Los empresarios que contraten o subcontraten con otros la realización de obras o servicios correspondientes a la propia actividad de aquéllos deberán comprobar que dichos contratistas están al corriente en el pago de las cuotas de la Seguridad Social. Al efecto, recabarán por escrito, con identificación de la empresa*

afectada, certificación negativa por descubiertos en la Tesorería General de la Seguridad Social, que deberá librar inexcusablemente dicha certificación en el término de treinta días improrrogables y en los términos que reglamentariamente se establezcan. Transcurrido este plazo, quedará exonerado de responsabilidad el empresario solicitante.

Al igual que sucede con las políticas de contratación donde la empresa se impone a sí misma conductas responsables con sus trabajadores, en las políticas de subcontratación, si una empresa quiere ser socialmente responsable, debe gestionar su cadena de empresas contratistas o subcontratistas estableciendo diversas medidas de obligado cumplimiento para las empresas subcontratadas o proveedores:

- Relaciones laborales: eliminación de la discriminación, prohibición del trabajo infantil, libertad sindical de los empleados, garantía de salarios mínimos, etc.
- Medio ambiente: uso de productos químicos, la gestión de residuos, las emisiones de CO₂, etc.
- Sistema de dirección: acciones correctivas, gestión de riesgos, etc.
- Dimensión ética: compromiso con la comunidad, no corrupción, etc.
- Y el cumplimiento de la ley.

En el marco de la subcontratación a nivel internacional, son varios los textos internacionales que pretenden garantizar el respeto de los derechos humanos en los procesos de subcontratación de actividades, como son la Declaración tripartita de la OIT sobre los principios y derechos fundamentales en el trabajo, las Directrices de la OCDE para las empresas multinacionales, los Diez Principios del Pacto Mundial de Naciones Unidas, a los que hay que añadir el anteriormente mencionado Libro Verde de las Comunidades Europeas, donde se afirma que las empresas deben asumir su responsabilidad social a nivel internacional y europeo a lo largo de toda su cadena de producción, así como que las grandes empresas son al mismo tiempo socios comerciales de las empresas más pequeñas, ya sea en calidad de clientes, proveedores, subcontratistas o competidores.

Son varios los motivos por los que una empresa decide seguir una política de subcontratación socialmente responsable:

- Por el propio convencimiento de la empresa, es decir, que asuma esos objetivos responsables como algo ético y adecuado.
- Pueden ser motivos relacionados con el cuidado de la imagen y la reputación empresarial. Especial atención adquieren aquí las empresas que recurren a la subcontratación internacional, ya que en muchas ocasiones las empresas subcontratadas pertenecen a países donde el respeto a los derechos humanos es ínfimo o nulo, o casi no tienen desarrollado un derecho laboral propiamente dicho. Por lo que puede suceder que el consumidor final identifique a la empresa subcontratada con la principal con la consecuencia de que decida dejar de consumir el producto por las malas praxis de la subcontratada.
- Un tercer motivo es que permite implantar una relación estable con sus proveedores y contratistas. Se facilita la gestión interna de la empresa principal al contar con un grupo de empresas contratistas subcontratistas cuyo perfil de actuación se conoce y que, en consecuencia, ofrecen garantías.
- Otro de los motivos es que una actuación socialmente responsable comporta, para la empresa principal, una ventaja competitiva en los mercados, minimizando costes, identificando ventajas competitivas vía I+D+i y controlando los riesgos vinculados a la reputación corporativa. Se produce, asimismo, una mejora continua de la producción de la empresa principal.
- La empresa principal pueda acceder, de forma preferente, a los contratos de las diversas Administraciones públicas y también a sus subvenciones, traducéndose esto en un claro beneficio económico.

Al igual que la empresa principal se beneficia de establecer una política de subcontratación responsable, las empresas subcontratadas o proveedores pueden beneficiarse de algunas medidas implantadas en la empresa principal, tales como:

- Tener los mismos derechos laborales y retributivos fijados para los trabajadores de la empresa principal.
- La empresa principal garantizará a los trabajadores de la empresa contratista que se respetarán los derechos humanos. La empresa principal asume la supervisión sobre la empresa subcontratada en materias de prohibición del trabajo forzoso, la libertad de asociación y derecho a la negociación colectiva, prohibición del trabajo infantil o no discriminación en el empleo. Esta garantía vuelve a ser crucial en los tiempos que corren, ya que debido a la globalización

mundial las empresas principales subcontratan la producción en países de Asia, África o Sudamérica donde en ocasiones hay un escaso o nulo cumplimiento de los derechos fundamentales.

- La empresa principal se asegura de contratar con aquellas otras que garanticen las mejores condiciones de empleo y trabajo, estabilidad y seguridad.

4. Bibliografía

DOP Consultores. *El mercado laboral. Acercarse a las empresas*. Consejería de Educación y Consejería de Empleo. Junta de Andalucía, 2006.

Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo. *Observatorios de formación continua*, 2003.

Gala Durán, C. "La subcontratación socialmente responsable en el ámbito privado: ¿un nuevo reto para la legislación laboral?". *Revista Andaluza de Trabajo y Bienestar Social*, 105, 2010.

Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo. *Boletín Oficial del Estado*, nº 301, de 17 de diciembre de 2003.

Memento práctico social 2014. Ediciones Francis y Taylor.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. *Los mercados naturales de empleo*. INEM, 2002.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Observatorio de las ocupaciones del Servicio Público de Empleo Estatal. *Los perfiles de la oferta de empleo*. Madrid, 2012.

Montoya Melgar, A. y Cristóbal Roncero, R. *Comentario a la Ley de Empleo*. Civitas. Madrid, 2004.

Pérez Acosta, E. (coord.). *La política de empleo en la Unión Europea*. Junta de Andalucía. DG de Empleo e Inserción. Sevilla, 2000.

Prieto Prieto, A. "La nueva fase de la Estrategia Europea del Empleo". *Revista del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*, 52(2004): 211-220.

Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. *Boletín Oficial del Estado*, nº 75, de 29 de marzo de 1995.

7.4. POLÍTICA MEDIOAMBIENTAL¹

Beatriz Ramos Alonso

Ingeniero químico, directora del Área
de Sistemas Integrados de Gestión e I+D+i.
PREMAP Seguridad y Salud

Resumen

Este capítulo se centra en el importante papel que juegan las empresas en la protección medioambiental. La actividad empresarial es agente causante de muchos de los factores que inciden en la salud y seguridad laboral y en el medio ambiente. La promoción y mejora del medio ambiente no sólo comporta un efecto positivo en las condiciones de vida de los ciudadanos, sino también en las condiciones laborales del personal productivo, lo que se traduce en beneficios para el tejido empresarial medidos en términos de eficiencia y rentabilidad.

1. Introducción

La preocupación por el medio ambiente ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas, fundamentalmente como consecuencia del notable deterioro que ha sufrido el mismo. Los procesos productivos, la sociedad de consumo y la supuesta mejora de la calidad de vida han causado graves daños sobre nuestro entorno.

¹ El presente capítulo ha sido elaborado conforme a la norma ISO 14001:2004 y el borrador FDIS ISO 14001:2015. A fecha de publicación del libro, es probable que ya se encuentre en vigor la nueva versión de la norma ISO 14001:2015 (prevista a septiembre de 2015). Tres años después de la publicación de dicha norma, quedará anulada toda certificación existente expedida según la norma ISO 14001:2004.

En la conferencia de las Naciones Unidas se definió el medio ambiente como “conjunto de componentes físicos, químicos, biológicos y sociales capaces de causar efectos directos o indirectos, en un plazo corto o largo, sobre los seres vivos y las actividades humanas” (Estocolmo, 1972).

A un nivel más concreto, dentro del ámbito laboral, se define medio ambiente como “el entorno en el cual una organización opera, incluidos el aire, el agua, el suelo, los recursos naturales, la flora, la fauna, los seres humanos y sus interrelaciones” (ISO 14001).

A lo largo de la historia, la actividad humana ha estado en constante interacción con el medio ambiente transformándolo con el desarrollo de sus actividades y relacionándose con él de alguna de las siguientes formas:

- Para la obtención de recursos, como base del desarrollo de las actividades humanas. Este incremento en el uso de los recursos lleva en muchos casos al agotamiento de los no renovables e incluso a superar la tasa de renovación de los que son renovables.
- Generando residuos. Una vez utilizados los recursos disponibles en la naturaleza, éstos son devueltos al entorno, ya transformados en forma de residuos, vertidos o emisiones. El uso creciente del medio ambiente como depósito de desechos lleva a limitar la capacidad de nuestro entorno para su asimilación e incorporación a sus ciclos naturales.
- Por último, el medio ambiente es utilizado como soporte de actividades, con una ocupación del espacio. El aumento de la ocupación del espacio por el hombre y sus actividades disminuye la capacidad de recuperación del medio ambiente.

A consecuencia de la legislación ambiental, de la creciente presión social y de mercado, las empresas se sienten obligadas a proteger el medio ambiente, aunque cada vez son más las que ven en la gestión ambiental una ventaja competitiva. Por este motivo, muchas organizaciones deciden implantar voluntariamente un sistema de gestión ambiental (SGA).

El SGA permite analizar en profundidad el impacto que la empresa produce sobre nuestro entorno y tomar medidas dirigidas a la mejora del desempeño ambiental mediante la disminución del consumo de recursos, el ahorro energético y la gestión segregada de residuos, más allá del estricto cumplimiento legal.

2. Modelos de gestión ambiental

Los sistemas de gestión ambiental permiten identificar, medir y analizar los aspectos ambientales asociados a las actividades de una empresa, con objeto de definir el control sobre sus procesos de trabajo y tomar medidas para la mejora del comportamiento ambiental de la organización.

Actualmente en España existen dos modelos de referencia para la definición de un sistema de gestión ambiental:

- Norma ISO 14001.
- Reglamento EMAS.

Ambos sistemas proponen una sistemática eficaz y adaptada a la empresa para ayudar a las organizaciones a mejorar su gestión ambiental, si bien existen algunas diferencias, dado que el reglamento EMAS contiene algunos requisitos adicionales que hacen que el mismo sea algo más exigente.

Principales diferencias entre los modelos de gestión ambiental:

ISO 14001

- Ámbito internacional.
- No existe obligación de realizar una evaluación ambiental inicial.
- El alcance de las auditorías será únicamente el SGA.
- No es obligatoria la declaración ambiental pública.
- La implantación finaliza con la certificación por parte de un organismo de certificación autorizado.
- No es necesario el registro de la certificación.

Reglamento EMAS

- Ámbito europeo.
- Exige la evaluación ambiental inicial para determinar y evaluar los aspectos ambientales de las actividades de la empresa, si no se dispone de un SGA previo certificado.
- La periodicidad de las auditorías internas está establecida en un periodo no superior a tres años.
- Exige declaración ambiental puesta a disposición del público y validada por un verificador externo.
- El alcance de la auditoría, además del SGA, debe incluir la política ambiental, el programa y el cumplimiento de la legislación aplicable.
- La implantación finaliza con la verificación por un organismo competente.
- Las organizaciones son inscritas en el registro de empresas adheridas por un verificador medioambiental autorizado.

Se establece un vínculo entre los modelos de gestión ambiental y el modelo de empresa saludable ya que se asientan sobre la metodología PHVA: planificar-hacer-verificar-actuar. Esta metodología, aplicada a procesos, es totalmente compatible con otros sistemas de gestión como el de calidad o el de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

La certificación conforme a normas de gestión ambiental permite demostrar a los clientes, competidores, proveedores, empleados e inversores que la organización emplea las mejores prácticas reconocidas en su sector. Además, supone para la empresa una serie de beneficios de mercado, económicos, de mejora de la imagen corporativa de empresa y también de la situación reglamentaria.

Cabe resaltar que la mejora de los procesos desde el punto de vista ambiental contribuirá de manera directa en la salud de sus trabajadores, disminuyendo y/o gestionando las emisiones, vertidos y la generación de los residuos que se producen en las organizaciones.

3. Implantación de un sistema de gestión ambiental

Partimos de una premisa fundamental, la mejora de las condiciones de trabajo centrada en el medio ambiente laboral propiciará el confort de los trabajadores y reducirá el nivel de absentismo con origen en enfermedades relacionadas con la contaminación ambiental, incrementando así la productividad. Asimismo, la implicación del personal y la sensibilización ambiental conseguirán que la protección del medio ambiente supere los límites del entorno laboral.

3.1. Política

Para que un sistema de gestión funcione, bien sea el sistema de gestión de empresa saludable o de gestión medioambiental, es imprescindible la implicación de la dirección, sin la cual, el sistema está condenado a un fracaso seguro. De hecho, la tendencia es que el liderazgo y compromiso de la gerencia resulte cada vez más explícito de lo que es actualmente, haciéndose hincapié en que la implantación de un sistema de gestión debe ser considerada una decisión estratégica y, por lo tanto, toda empresa comprometida con la gestión ambiental deberá disponer de una política ambiental.

La política ambiental se convierte en el pilar que sustentará el funcionamiento de nuestro sistema por lo que la alta dirección deberá responsabilizarse de su definición, asegurándose de que disponga de unos requisitos mínimos:

- Es apropiada a la naturaleza, magnitud e impactos ambientales de sus actividades, productos y servicios.
- Establezca un compromiso de mejora continua y prevención de la contaminación.
- Proporcione el marco de referencia para establecer y revisar los objetivos y las metas ambientales.
- Incluya un compromiso de cumplimiento de los requisitos legales aplicables y de otros requisitos que la organización suscriba, relacionados con sus aspectos ambientales.
- Se documente, implemente y mantenga.

- Sea comunicada a todas las personas que trabajan para la organización o en nombre de ella.
- Esté a disposición del público.

En el compromiso de prevenir la contaminación en el contexto de empresa, además de actuar sobre la protección de los recursos naturales, el control del cambio climático y la protección de la biodiversidad y los ecosistemas, se ha de velar por el mantenimiento de un entorno laboral exento de riesgos, actuando entre otros sobre el ambiente físico de trabajo.

La política ambiental, deberá contemplar, por tanto, los factores intrínsecos y extrínsecos de la empresa, y será responsabilidad de la Dirección su difusión, comprensión e implantación por la totalidad de los trabajadores. Asimismo, se pondrá a disposición del público y se mantendrá actualizada con el fin de mantener la eficacia del SGA.

3.2. Objetivos, metas y programa

Una vez definida la política y conocido el rumbo que quiere seguir la organización en su compromiso ambiental, se deben establecer e implementar los objetivos y metas ambientales documentados en los niveles y funciones pertinentes dentro de la organización.

Los objetivos y metas deben ser medibles cuando sea factible y coherentes con la política ambiental. Se deben plantear una serie de metas para cumplir y alcanzar los objetivos propuestos, así como uno o varios programas para la asignación de responsabilidades, los medios y los plazos para lograrlos.

Es imprescindible hacer un seguimiento del cumplimiento de los objetivos mediante dichos programas para conocer posibles desviaciones y poder corregirlas, adoptando medidas encaminadas tanto a evitar riesgos como a plantear oportunidades de mejora.

Por lo tanto, el establecimiento de indicadores de desempeño para cada uno de los objetivos medioambientales establecidos adquiere cada vez mayor relevancia.

3.3. Aspectos ambientales

Un sistema de gestión debe permitir identificar los aspectos ambientales existentes en los procesos de nuestra organización, evaluarlos y conocer cuáles de ellos puede tener impactos significativos para el medio ambiente. Los aspectos ambientales significativos nos darán una información muy valiosa para orientar los objetivos de nuestro sistema de gestión.

Se entiende como aspecto ambiental “*el elemento de las actividades, productos o servicios de una organización que puede actuar con el medio ambiente*”, por ejemplo, los residuos generados como resultado de nuestras tareas; mientras que el impacto ambiental es el cambio que puede producir ese aspecto ambiental en el medio ambiente, como puede ser la contaminación de nuestro suelo o aguas.

Esta identificación y evaluación de aspectos tiene que establecerse para todas nuestras actividades y en las distintas condiciones de funcionamiento, bien sea operación normal durante la actividad habitual o de la actividad en operaciones no habituales (por ej. Si ese aspecto tiene lugar debido una operación puntual de mantenimiento) y en situaciones de emergencia (como puede ser un incendio, inundación, derrame de productos, etc.).

3.4. Requisitos legales y otros requisitos

Cualquier organización ha de cumplir con una serie de obligaciones legales, en el caso que nos ocupa, la legislación en materia de medio ambiente. Por tanto, se debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para identificar y tener acceso a los requisitos legales aplicables y otros requisitos que la organización suscriba relacionados con sus aspectos ambientales y determinar su forma de aplicación.

Hay que tener en cuenta que la legislación en materia de medio ambiente puede definirse a nivel europeo, estatal, autonómico y local. Se tendrán que gestionar y mantener actualizados los requisitos aplicables a diversas materias como pueden ser: trámites administrativos, normativa sobre vertidos o contaminación atmosférica, gestión de residuos, etc.

3.5. Implementación y operación

Definida la política de nuestra organización, los objetivos que queremos alcanzar y con el conocimiento interno sobre aquellos aspectos ambientales que pueden provocar impactos sobre el medio ambiente, es necesario la implementación del sistema y hacer un control y seguimiento de su funcionamiento.

Para ello, se deben establecer una serie de procedimientos que nos permitan:

- Identificar las necesidades de formación relacionadas con los aspectos ambientales y el sistema de gestión ambiental, proporcionando formación o emprendiendo otras acciones para satisfacer estas necesidades.
- Establecer las funciones y responsabilidades en medio ambiente dentro de la estructura organizativa para que el sistema de gestión ambiental funcione de una manera eficaz.
- Establecer vías de comunicación interna entre los diversos niveles y funciones de la organización, así como los mecanismos que permitan recibir, documentar y responder a las comunicaciones pertinentes de partes interesadas externas.
- Fomentar la sensibilización y toma de conciencia de todo el personal de la organización, buscando su colaboración para lograr la mejora en el comportamiento ambiental de la organización.
- Identificar y planificar aquellas operaciones que están asociadas con los aspectos ambientales significativos.
- Identificar accidentes y situaciones potenciales de emergencia que pueden tener impactos en el medio ambiente y cómo responder ante ellos.
- Documentar el sistema de gestión. La documentación debe ser suficiente para describir el sistema y la forma en que sus partes se interrelacionan y proporcionar las indicaciones acerca de dónde obtener información más detallada sobre el funcionamiento de las partes específicas del sistema de gestión ambiental.

3.6. Verificación

La etapa de verificación del funcionamiento de sistema deberá abarcar los siguientes aspectos:

- Seguir y medir de forma regular las características fundamentales de las operaciones que puedan tener un impacto significativo en el medio ambiente.
- Evaluar el cumplimiento de los requisitos legales aplicables y otros requisitos que la organización suscriba.
- Establecer mecanismos para tratar las no conformidades reales y potenciales y tomar acciones correctivas y preventivas.
- Controlar los registros que sean necesarios para demostrar la conformidad del sistema de gestión y los resultados alcanzados.
- Asegurar que las auditorías internas del sistema de gestión ambiental se realizan a intervalos planificados, para determinar si el sistema es conforme con las disposiciones planificadas, se implementa y se mantiene adecuadamente, y proporcionar información a la dirección sobre los resultados de las auditorías.

3.7. Revisión por la dirección

La alta dirección debe revisar el sistema de gestión ambiental de la organización a intervalos planificados para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. Estas revisiones deben incluir la evaluación de oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión ambiental, incluyendo la política ambiental, los objetivos y las metas ambientales.

4. Buenas prácticas ambientales en la empresa saludable

Según afirma la Organización Mundial de la Salud en su definición de medio ambiente y salud, dentro de dicho concepto se incluyen tanto los efectos patológicos directos de las sustancias químicas, la radiación y algunos agentes biológicos, así como los efectos (con frecuencia indirectos) en la salud y el bienestar derivados del medio físico, psicológico, social y estático en general, incluida la vivienda, el desarrollo urbano, el uso del terreno y el transporte.

La salud y el medio que nos rodea están íntimamente relacionados. El aire que respiramos, el agua que bebemos, el entorno de trabajo o el interior de los edificios tienen una gran implicación en nuestro bienestar y nuestra salud. Por ese motivo, *la calidad y la salubridad de nuestro entorno son vitales para una buena salud.*

Profundizando en lo anteriormente expuesto, hoy en día existe un cierto número de efectos sobre la salud que se suponen provocados por factores medioambientales, como son:

- Las **enfermedades respiratorias**, el asma y las alergias, por la contaminación del aire, en ambientes cerrados o al aire libre.
- Los **trastornos neurológicos de desarrollo**, por los metales pesados, los POP (*Persistent Organic Pollutants*, contaminantes orgánicos persistentes) como, por ejemplo, las dioxinas, los PCB y los plaguicidas.
- El **cáncer infantil**, por una serie de agentes físicos, químicos y biológicos (p. ej., humo de tabaco en el núcleo familiar, exposición profesional de los progenitores a disolventes).
- La **exposición al humo del tabaco** durante el embarazo aumenta el riesgo de síndrome de muerte súbita entre los bebés, de déficit de peso al nacimiento, de un funcionamiento reducido de los pulmones, de asma, de insuficiencias respiratorias y de infecciones del oído medio.
- Los **plaguicidas** tienen probablemente un efecto sobre la situación inmunológica, la alteración de los procesos endocrinos, los trastornos neurotóxicos y el cáncer.
- La **radiación ultravioleta** puede reprimir la respuesta inmunológica y constituye una de las principales fuentes de cáncer de piel.
- La investigación demuestra que la exposición a niveles de **ruido** elevados o persistentes cerca de las escuelas puede influir negativamente sobre el aprendizaje de los escolares.

En el contexto de empresa saludable, la *promoción de la salud* es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y

capacidades de las personas, sino también las medidas que adoptadas individualmente pueden tener repercusión en el ámbito medioambiental global.

En este sentido, cobra una especial relevancia el último término recogido en la definición de la OMS de seguridad y salud: “el transporte”, por la trascendencia de los datos de siniestralidad laboral relacionados con este concepto. En el último informe disponible de Accidentes Laborales de Tráfico (Ministerio de Empleo y Seguridad Social e INSHT, 2013), aparece recogido que se han registrado 468.030 accidentes de trabajo con baja, según la estadística de accidentes de trabajo. De estos accidentes, 52.129 fueron accidentes de tráfico (siendo por ello denominados accidentes laborales de tráfico), suponiendo un 11,1% del total de accidentes de trabajo.

El automóvil es, con diferencia, el medio de transporte que más energía y espacio consume por persona transportada, el que más contaminación acústica y atmosférica emite, así como el que más accidentes ocasiona. A esto se le une la baja tasa de ocupación de los vehículos.

Todo ello hace necesario que una empresa promotora de la salud implante actuaciones de mejora de la movilidad que impacten sobre ambos objetivos, la mejora ambiental y la reducción de la siniestralidad.

Algunas líneas de actuación en este sentido irán dirigidas a:

Vehículos

- Seleccionar los medios de transporte seguros y ecológicos, siendo el tren el transporte más eficiente en términos de emisión de CO₂.
- Informar sobre incentivos gubernamentales para vehículos de bajas emisiones.

Opción modal de desplazamiento

- Elaborar mapas con rutas seguras a pie, itinerarios adecuados para facilitar la marcha a pie (aceras, cruces, espacios para la estancia y el encuentro, trayectos protegidos de las inclemencias meteorológicas, etc.).
- Establecer un protocolo para mantener un fácil acceso a las instalaciones, buena iluminación y mantenimiento, así como adecuadas condiciones de seguridad vial e integral.

- Realizar campañas de sensibilización para la utilización de transporte público mediante:
 - Acceso a información, mapas y horarios de transporte público adaptados al puesto de trabajo en intranet, tabloneros de anuncios, etc.
 - Inclusión de información sobre el transporte público en el manual de acogida.
 - Apoyo económico de la empresa para la adquisición de abono transporte por parte de los empleados.

Optimización de la ruta

Uso de tecnologías de información para reducir viajes. Hoy en día la mayoría de las empresas utilizan estas técnicas gracias a la gran calidad e interacción que permiten, reduciendo tiempo y dinero a la vez que se disminuyen los riesgos laborales y se protege el medio ambiente.

Técnicas de conducción eficientes (formación y concienciación)

Las empresas pueden impartir clases de esta temática a sus empleados, que supone una reducción importante de la contaminación y aumenta la seguridad de la conducción. Algunas de las recomendaciones que podemos encontrar en estas técnicas son las relacionadas con la aerodinámica (evitar bajar ventanillas), graduación del aire acondicionado, evitar frenazos y acelerones y controlar la velocidad máxima (la velocidad de menos consumo es entre 90-100 km/h, que permite ahorrar un 20% con respecto a circular a 120 km/h), adecuada presión de neumáticos, etc.

Incentivos

Consultar a la Administración local si dispone de la bonificación del impuesto de actividades económicas para los sujetos pasivos que tributen por cuota municipal que hayan establecido un plan de transporte para sus trabajadores que fomente el empleo de los medios de transporte como el transporte colectivo o el compartido.

Cualquier actuación sobre el transporte y el desplazamiento encaminada a su reducción o eliminación tendría, por tanto, una gran repercusión medioambiental.

5. Bibliografía

Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud, OMS. Ginebra, 1986.

<https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/medioAmbiente/home.htm>. [Último acceso: 11 de septiembre de 2015].

<http://www.insht.es/Observatorio/5%20Estudios%20tecnicos/Riesgos%20especificos/Estudios%20sobre%20Accidentes%20de%20trabajo%20relacionados%20con%20el%20trafico/Ficheros/INFORME%20ALT%202013.pdf>. [Último acceso: 11 de septiembre de 2015].

FDIS ISO 14001:2015 (Draft International Standard).

UNE-EN ISO 14001. *Sistemas de gestión ambiental*, noviembre de 2004.

7.5. POSIBLES ACCIONES DESDE LA EMPRESA HACIA LA COMUNIDAD

M.^a Isabel del Mazo
Nayra del Mar Baños
PREMAP Prevención y Salud

Resumen

En una empresa responsable se piensa en la salud de las personas y el cuidado del medio ambiente, se piensa en el bienestar de la comunidad a la que se pertenece agregando valor.

Además, si el grupo familiar de los empleados es atendido por la empresa, se convierte en el principal aliado de la misma por su agradecimiento por la atención y los gestos recibidos y hace que el empleado se sienta comprometido y manifieste su lealtad.

Una empresa es realmente la mejor cuando, además de lograr los objetivos empresariales, aporta beneficios al individuo, a sus colaboradores, a los grupos familiares de los mismos, cuando beneficia su entorno y cuando al hacer una retrospectiva vea que ha cumplido con los principios éticos y morales, con la normatividad legal a la que pertenece, en fin, cuando a conciencia puedan estar seguros de que actuaron siempre en la vía correcta, respetaron las reglas del juego y no sólo no causaron daño alguno, sino que además contribuyeron con sus actuaciones y valores en el ambicioso objetivo de construir una sociedad mejor.

1. Introducción

Para definir los determinantes de la salud es importante primero tener una idea clara y uniforme sobre el concepto de salud, ya que dependiendo de cómo

concebimos la salud podremos intervenir en los elementos que la conforman. Si la vemos únicamente como la ausencia de enfermedad estaremos dejando fuera lo social, la comunidad, lo público, lo privado, el entorno, el conocimiento y la capacidad de acción. La salud se refleja en la calidad de vida, bienestar y capacidad funcional de los individuos.

Las empresas existen en comunidades, afectan y son afectadas por esas comunidades. Dado que los trabajadores viven en comunidades, su salud es afectada por el medio físico y social de la comunidad.

Así, la participación de la empresa en la comunidad comprende las actividades, conocimientos y otros recursos que una empresa proporciona a la comunidad o hacen que se conecte con la comunidad dentro de la cual opera; y aquellos que afectan la salud física y mental, la seguridad y el bienestar de los trabajadores y sus familias.

Esto incluye actividades, conocimientos y recursos proporcionados al entorno local inmediato, pero también al más extenso entorno global.

Los tipos de problemas a los que se enfrentan las empresas en un país desarrollado serán muy diferentes a los que se enfrentarían en un país en desarrollo, debido a la gran diferencia entre países en materia legal y sus entornos normativos. Por tanto, los tipos de iniciativas y soluciones que son apropiados para la empresa serán diferentes.

En un país altamente desarrollado con un sistema nacional de salud excelente y una fuerte y bien soportada legislación referente a la salud, seguridad, derechos humanos, etc., las cosas que una empresa podría hacer para participar en la comunidad pueden ser más discretas y tener un impacto menos obvio e inmediato en la comunidad.

En un país en desarrollo, ante la ausencia de un sistema de atención a la salud accesible o el apoyo de leyes laborales, las actividades de la empresa en la comunidad pueden hacer un mundo de diferencia en la calidad de vida de los empleados y sus familias.

Según los cálculos actuales, la OMS afirma que dos millones de hombres y mujeres fallecen anualmente como consecuencia de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales o traumatismos relacionados con el trabajo; esto sin contar la carga atribuible del global de las enfermedades mentales y teniendo en cuenta

también que sólo abarcan las lesiones y enfermedades que se producen en lugares de trabajo registrados, pertenecientes al sector convencional de la economía. Muchos trabajadores, de muchos países, no forman parte de los registros y, mucho menos, pertenecen a algún programa dirigido a prevenir accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

Ocuparse de esta carga de morbilidad, de su coste económico y la pérdida a largo plazo de recursos humanos causados por lugares de trabajo insalubres es un reto formidable para todos los actores involucrados: gobiernos, sectores económicos, responsables de las políticas de salud y profesionales.

Existe la necesidad de un abordaje de múltiples partes interesadas para atender la salud del trabajador, su seguridad y bienestar, teniendo un impacto directo sobre el cuidado de la salud del trabajador, no sólo por la OMS y la OIT, sino por organizaciones como el Foro Económico Mundial (WEF), La Organización Mundial del Comercio (WTO), EU, ISO, UNEP, sindicatos, varias organizaciones no gubernamentales (ONG), sociedades civiles, compañías aseguradoras de la salud y otras corporaciones privadas.

2. Definiciones

Definiciones de salud

- “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS).
- “Equilibrio dinámico entre población humana y su ambiente a través de la satisfacción de sus necesidades” (Modelo ecológico. Armijo R. R. *Epidemiología. Intermedica*, Edit. Buenos Aires).
- “En el concepto de salud confluyen entre lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. Es además un medio para la realización personal y colectiva. Es un indicador de bienestar y calidad de vida de una comunidad” (Frenk, J. *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México, 1993).

Determinantes de salud

Los determinantes de la salud son el *conjunto de condiciones* que afectan o favorecen la salud de los individuos y comunidades. Se han definido como determinantes positivos o negativos, aunque depende más del contexto en el que se encuentren que del determinante por sí mismo.

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales, ambientales, económicas, culturales, políticas e institucionales que determinan el estado de la salud de los individuos o poblaciones.

Al actuar sobre los determinantes que inciden en la salud mejoramos: la calidad de vida, la independencia funcional y el bienestar de las personas. Disminuyen la morbilidad y mortalidad, así como la discapacidad. Es importante tener presente que para modificar los determinantes de salud, primero debemos establecer su relación con los efectos en la salud de nuestra población, es decir, encontrar la causa de las causas.

Para definir los determinantes de la salud es importante primero tener una idea clara y uniforme sobre el concepto de salud, ya que dependiendo de cómo concebimos la salud podremos intervenir en los elementos que la conforman. Si la vemos únicamente como la ausencia de enfermedad, estaremos dejando fuera lo social, la comunidad, lo público, lo privado, el entorno, el conocimiento y la capacidad de acción. La salud se refleja en la calidad de vida, bienestar y capacidad funcional de los individuos.

Definición de promoción de la salud en el trabajo INSHT

- “Consiste en conjugar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo”.
- Los determinantes de la salud son el conjunto de condiciones que afectan o favorecen la salud de los individuos y comunidades.

Definición de entorno de trabajo saludable según la OMS

“Entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad

y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en función de los siguientes indicadores:

- La salud y la seguridad concernientes al ambiente físico de trabajo.
- La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del espacio de trabajo.
- Los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo.
- Las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad.”

Se puede, por tanto, concretar en que un entorno saludable es un espacio de trabajo que colabora en la mejora de la salud del individuo, entendida desde una concepción integral y que atiende a los determinantes de la salud de una manera más amplia, en lugar de quedarse con la mirada tradicional de salud laboral y seguridad ocupacional.

Promoción de la salud en el lugar de trabajo: *una inversión de futuro*

La seguridad y salud en el trabajo han contribuido significativamente a la disminución de los accidentes y a la prevención de las enfermedades profesionales. Sin embargo, se ha hecho evidente que esta política, por sí sola, no puede hacer frente a todos los retos mencionados anteriormente.

La PST puede redundar en una disminución de las enfermedades y los costes derivados de ellas, en un incremento de la productividad, así como en una población trabajadora más sana, más motivada, con la moral más alta y con un mejor clima laboral.

La PST es una estrategia empresarial moderna que aspira a la prevención de los riesgos profesionales (incluyendo enfermedades relacionadas con el trabajo, accidentes, lesiones, enfermedades profesionales y estrés) y a aumentar la capacidad individual de la población trabajadora para mantener su salud y calidad de vida.

Promoción de la salud en el lugar de trabajo: *gente sana en empresas sanas*

El lugar de trabajo influye en la salud y en la enfermedad de distintas maneras. El trabajo puede ocasionar enfermedades si los trabajadores han de trabajar en

condiciones dañinas para la salud, su formación es inadecuada o carecen del apoyo de sus compañeros. En contrapartida, el trabajo puede ser origen del desarrollo personal y de la mejora de las habilidades personales.

La PST propugna una serie de medidas que influyen sobre la salud de los trabajadores. Estas incluyen:

- Principios y métodos procedentes de la dirección de la empresa que reconozcan que los trabajadores son un elemento necesario en la organización y no un mero coste.
- Una cultura, con sus correspondientes principios, que incluya la participación de los trabajadores alentando su motivación y responsabilidad.
- Unos criterios de organización del trabajo que proporcionen a los trabajadores un equilibrio entre las demandas del trabajo, el control sobre el mismo, su formación y el reconocimiento social derivado.
- Una política de personal que incorpore activamente temas de promoción de la salud.
- Un servicio integrado de seguridad y salud en el trabajo.

La promoción de la salud en el lugar de trabajo se basa en la *evidencia y resulta eficaz*

La PST está basada en la cooperación multisectorial y multidisciplinar y sólo puede ser eficaz si se comprometen todos los integrantes de la empresa.

La PST puede llegar al objetivo de “gente sana en organizaciones sanas” si se basa en las siguientes premisas:

1. Todo el personal tiene que estar implicado (*concienciación y participación*).
2. La PST ha de integrarse en todas las decisiones importantes y en todas las áreas de las organizaciones (*integración*).
3. Todas las medidas y programas han de orientarse hacia la solución de problemas: análisis de las necesidades, establecimiento de prioridades, planificación, ejecución, control y evaluaciones continuadas (*proyecto de gestión*).

4. La PST debe incluir medidas dirigidas al individuo y al ambiente desde varios campos; combinar el control del riesgo con el desarrollo de factores de protección y potenciadores de la salud (*integral*).

3. Antecedentes

Las bases de la actividad general en la promoción de la salud en el lugar de trabajo se asientan en las siguientes regulaciones e iniciativas:

1. La Directiva Marco en Seguridad y Salud (Directiva del Consejo 89/391/EC, tras puesta a la legislación española mediante la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, de 8 de noviembre, *BOE* nº 269, de 10 de noviembre de 1995) que preparó el terreno para una reorientación de la legislación y del ejercicio tradicional de la seguridad y la salud en el trabajo.
2. La Comisión Europea ha apoyado una iniciativa para establecer una red europea para la promoción de la salud en el lugar de trabajo (PST), iniciativa en consonancia con el artículo 129 del Tratado sobre la Unión Europea.
3. El creciente interés del lugar de trabajo como campo de actuación de la salud pública como se indica en el Programa para la Acción sobre Promoción de la Salud, Educación y Formación en el marco de acción en el campo de la salud pública (nº 645/96/EC).

El mundo del trabajo está experimentando grandes cambios y este es un proceso que va a continuar en los próximos años. Algunas de las cuestiones claves que se nos presentan en relación con este tema son:

- La globalización.
- El paro y los movimientos migratorios por causa del trabajo.
- El uso creciente de la tecnología de la información.
- Los cambios en las políticas de empleo (por ejemplo, trabajo a tiempo parcial, trabajo temporal, teletrabajo).
- El envejecimiento de la población trabajadora.
- La importancia creciente del sector servicios.

- *Downsizing* (término técnico que se refiere a la disminución del tamaño de las plantillas de trabajadores en grandes industrias).
- Incremento de personal en pequeñas y medianas empresas (pymes).
- La orientación hacia el cliente y la gestión de la calidad.

El futuro de las empresas depende, en gran medida, de que su personal esté bien preparado, motivado y sano. La promoción de la salud en el lugar de trabajo puede y debe jugar un papel importante en la preparación y equipamiento de los trabajadores y las organizaciones para afrontar estos cambios.

4. Proceso de creación de un “entorno de trabajo saludable”

Hablar de qué es un *espacio de trabajo saludable* y por qué es importante tener en las organizaciones este tipo de entorno no es suficiente. Debemos ahora definir cómo crearlo.

Probablemente, existirán tantas formas de lograr un entorno de trabajo saludable como empresas, pero lo importante para que su consecución no se quede meramente en una idea y ese espacio laboral saludable ideal se consolide es incluir en su proyecto algunos principios generales ineludibles.

1. La *alta dirección* debe definir, autorizar y promocionar la política de empresa saludable de la organización.
2. La organización debe establecer, documentar, mantener y mejorar continuamente un *sistema de gestión de empresa saludable* que le permita implementar un *proceso de mejora continua*.

Para evitar que alguien diseñe un proyecto, se lance su realización sin ninguna planificación previa y luego se encuentre con que no sabe por qué falló; o que alguien se pierda en un mar de ideas por querer planear todo en el inicio del proyecto, es necesario aplicar el proceso adecuado, existiendo diversos modelos que nos pueden servir de referencia:

- **Modelo PDCA** (Dr. Edward Deming) o modelo *planea, ejecuta, evalúa y actúa*, reconoce que cuando se inicia un proyecto resulta difícil que sea perfecto desde el minuto uno y establece un sistema de mejora continua que permite evitar grandes errores o que el proyecto se detenga.

- **Modelo de integración de sistema de gestión:** OHSAS 18001 es el estándar internacionalmente reconocido para los sistemas de gestión en salud y seguridad ocupacional². Fue diseñado para ser compatible con estándares internacionales de calidad tales como la ISO 9001 y la ISO 14001. En el caso de las organizaciones más complejas, se habla de este tipo de procesos como un sistema de integración de la gestión de salud y seguridad.

Tabla 1. Comparación de sistemas de mejora continua en la gestión de salud y seguridad ocupacional

Deming	(PDCA) CCOHS	(Trabajos en seguridad y salud) Lineamientos de la región del Pacífico Oeste de la OMS	OHSAS 18001	ILO (Gestión de la seguridad y salud en el trabajo)
Planificar	Dirigir: Voluntad para gestionar. Participación de los trabajadores, políticas de seguridad y salud	Asegurar el apoyo de los directivos Establecer un equipo coordinador	Estrategia de seguridad y salud	Estrategia Organización
	Planear: Objetivos y metas de tipo legal y de salud en el espacio de trabajo, riesgos y accidentes	Realizar una detección de necesidades Priorizar las necesidades Desarrollar un plan de acción		Planificación
	Hacer: Prevenir y proteger, planes de emergencia, capacitación, comunicación, asegurar, hacer contrato, manejar el cambio, documentar y controlar verificaciones	Implementar el plan de acción	Implementación y operación	Planificación e implementación
Evaluar	Evaluar: Medir y monitorear, investigar incidentes, auditar e inspeccionar, evaluar y corregir	Evaluar el proceso y los resultados	Acciones de evaluación y corrección	Evaluación
Actuar	Actuar: Revisar y mejorar	Revisar y actualizar el programa	Revisión de la gestión	Acciones para mejorar

² Contextualización, P., De Apoyo, L. *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS*, 2010.

Obviamente las empresas tienen diferentes necesidades y situaciones que les llevan a elegir uno u otro modelo de gestión, pero existen cinco elementos clave que si se incluyen aumentaremos las probabilidades de conseguir los resultados deseados.

- **Compromiso de los estamentos superiores**

Es importante ganarse la confianza de las principales partes interesadas dado que un programa para un espacio laboral saludable debe integrarse en los objetivos y valores fundamentales de la empresa.

- **Incluir a los trabajadores y sus representantes**

Uno de los hallazgos más consistentes de efectividad encontrados en las investigaciones de programas exitosos es que los trabajadores afectados por el programa y sus representantes deben estar incluidos de una manera significativa en *cada paso* del proceso, desde la planificación hasta la implementación y la evaluación.

Los trabajadores y sus representantes no deben ser simplemente “consultados” o “informados” de lo que está pasando, sino ser incluidos activamente, escuchar sus opiniones, solicitarles ideas e implementarlas. Se puede afirmar sin temor a equivocarse que “...la fuerte voz colectiva es el elemento singular más importante encontrado entre las varias intervenciones que se describieron. Hasta la fecha, pocas iniciativas de cambio en la organización del trabajo han tenido éxito sin la fuerte voz colectiva.”

- **Análisis de brechas**

Es importante plantearse la realidad actual: recolectar información, establecer las necesidades e identificar los riesgos y así asegurar que se valoren e incluyan en los planes que se hagan, en las condiciones de la comunidad y la cultura local.

- **Aprender de los otros**

Basado en la capacitación orientada a la acción participativa.

- **Sustentabilidad**

Hay que asegurarse de que las iniciativas se integren en las estrategias generales de trabajo de la empresa para que sean viables. Además, hay que evaluar y

mejorar periódicamente los programas e iniciativas mediante un sistema de evaluación tan complejo o simple como se quiera; pero debe hacerse, documentarse y mejorarse para asegurar el éxito continuo.

3. Planificación

- a) *Definir el contenido de las actuaciones* dirigidas a crear ambientes de trabajo saludable en los ámbitos físico, psicosocial, de recursos personales de salud y en participación de la empresa en la comunidad realizando análisis previos en cada una de las áreas y priorizando según criterios empresariales y de seguridad y salud en el trabajo (evaluación de riesgos, estudios epidemiológicos y otros).



- b) Considerar los *requisitos legales* atinentes a las actuaciones definidas.
- c) **Objetivos y programas:** definir cómo se quiere implementar el programa o plan de salud que dé respuesta a los objetivos planteados. Concretar las metas por objetivos y los plazos de realización, así como también los responsables de cada tarea.

4. *Implementación:*

- a) Recursos, funciones, responsabilidad y autoridad.
- b) Competencia, formación, toma de conciencia.
- c) Comunicación, participación y consulta.
- d) Documentación.

5. *Revisar* si lo planificado se ha realizado del modo establecido en procedimientos y plazos; control de documentos.

6. Considerar *opciones de mejora* al finalizar cada revisión.

7. *Evaluar* resultados anuales y del programa a su finalización.

8. *Control* por la dirección.

Estos modelos tienen entre sus objetivos ayudar a sus miembros a mantener un tono vital corporal y mental sano. Son prácticas que a medio y largo plazo aumentan la productividad de los empleados.

Resultan muy interesantes las propuestas de empresas que pretenden estudiar a nivel internacional y nacional las prácticas para convertirse en saludables. Empresas que favorecen y orientan el ejercicio físico, la nutrición basada en el modelo mediterráneo y el descanso reparador de sus empleados constituyen un fenómeno aún incipiente en España, pero que junto con la RSC y las políticas de integración de minorías y las de conciliación constituyen la base para que la empresa cumpla con su función como célula de vanguardia de la sociedad actual.

Por supuesto que una empresa primero tiene que generar riqueza y ganar dinero, pero ese objetivo no sólo es compatible con las políticas de una empresa saludable, sino que además ambas, la productividad y el modelo de empresa saludable, son sinérgicas. Una sinergia que puede evitar en épocas como las actuales la necesidad de utilizar procesos traumáticos, como los famosos ERE, para recuperar la rentabilidad perdida. Estos procesos que no serían necesarios porque el conjunto de políticas de dirección de personas hace más rentable la empresa que sus competidoras. La idea es que además de ser útiles a RR. HH. y a la alta dirección puedan hacer posible el reto de conseguir empresas humanas y rentables.

5. Problemas de la comunidad que afectan al espacio de trabajo

A continuación se detalla una lista no exhaustiva de posibles problemas de la comunidad que afectan al espacio de trabajo. Algunos de los problemas son globales y otros se refieren a la comunidad local, pero todos tienen en común que pueden afectar a los trabajadores.

- Pobre calidad del aire en la comunidad.
- Fuentes contaminadas de agua en la comunidad.
- Falta de experiencia o conocimiento acerca de salud o seguridad en la comunidad.
- Falta de acceso a servicios de atención primaria a la salud para los trabajadores y sus familias.
- Falta de leyes nacionales o regionales que protejan los derechos de las mujeres u otros grupos vulnerables.
- Falta de alfabetización entre los trabajadores y sus familias.
- Desastres comunitarios como inundaciones, terremotos.
- Falta de fondos para causas o empresas locales no lucrativas.
- Altos niveles de infección por VIH en la comunidad y poco acceso a recursos de prevención o tratamiento baratos.
- Falta de infraestructura o seguridad en la comunidad para promover el transporte activo hacia el trabajo y desde él, y durante el tiempo libre.

6. Participación de la empresa en la comunidad

Existen numerosos ejemplos de formas en que las empresas pueden involucrarse en la comunidad. Las empresas pueden elegir proporcionar apoyo y recursos por medio de iniciativas que tengan como finalidad:

- Proporcionar atención primaria a la salud de los trabajadores de manera gratuita o de bajo costo, incluyendo el acceso a sus familiares, empleados de pymes y trabajadores informales.
- Instituir reglamentos de equidad de género dentro del lugar de trabajo para proteger y apoyar a las mujeres o emitir reglamentos que protejan a otros grupos vulnerables cuando esto no sea legalmente requerido.
- Proveer a los trabajadores y a sus familias educación suplementaria en alfabetización, gratuita o a bajo costo.
- Proporcionar liderazgo y experiencia a las pymes en relación con la salud y seguridad en el espacio de trabajo cuando no existan en la comunidad.
- Implementar controles voluntarios sobre los contaminantes vertidos al agua o al aire por la empresa...
- Implementar reglamentos y prácticas para emplear trabajadores con impedimentos físicos o mentales y, por lo tanto, influenciando en los problemas culturales y del desempleo en la comunidad.
- Fomentar y permitir a los trabajadores el ser voluntarios en organizaciones no lucrativas durante las horas de trabajo.
- Proporcionar soporte financiero a las causas significativas para la comunidad sin la demanda de recompensa, de pago por parte de la comunidad o la compra de productos de la empresa.
- Ir más allá de los estándares legales para minimizar las emisiones de gas invernadero y encontrar otras formas de reducir la emisión de carbono de la empresa.
- Proporcionar medicamento antiretroviral no solamente a los empleados, sino también a los miembros de la familia.
- Trabajar con los planificadores de la comunidad para asegurar la funcionalidad y seguridad de ciclovías, aceras, sistemas de transporte público y mejorar la seguridad en general.

7. Actuaciones en la comunidad. Acciones concretas en las empresas

7.1. Promoción de horarios razonables. Flexibilidad horaria

Además de la adaptación de los horarios de trabajo de acuerdo con la realidad personal, también se pueden desarrollar distintas medidas con respecto al cumplimiento de horarios que favorecerán tanto el bienestar de los trabajadores como la consecución de los objetivos globales de la organización.

Por ejemplo, establecer en ocho horas reales la jornada de trabajo, con posibilidades de diferentes horarios de entrada y salida, para que se cumplan sin problemas.

En este sentido, también es importante el respeto de horarios y tiempos de reuniones, que en ocasiones son numerosas y extenuantes y sólo consiguen cansar a los participantes, sin que se logre nada concreto. Lo principal es dar prioridad a lo importante, que debería ocupar mayor tiempo que lo urgente; es un desafío que parece casi imposible, pero que puede alcanzarse con una buena organización y mediante la práctica diaria. Una vez convocada la reunión, habrá que ser muy disciplinados con respecto al tiempo de duración de las mismas, tener pautas claras acerca del uso del teléfono y el correo electrónico, orientar las actividades hacia resultados y no tareas y evitar la interrupción innecesaria del trabajo de los demás.

Existen empresas que –sobre todo en las grandes ciudades– brindan a sus empleados la posibilidad de trabajar desde su domicilio, cumpliendo el horario habitual, pero evitando las largas horas de desplazamiento entre el puesto de trabajo y su vivienda.

Las acciones para este punto estarán en profunda relación con las que se lleven a cabo para conciliar la vida laboral con la personal; pero hay que ponerse en marcha (a partir de una cuidadosa observación a cargo de los líderes) recurriendo a técnicas de organización personal del trabajo y de la planificación, y control del tiempo.

La flexibilidad horaria bien gestionada aumenta el rendimiento y el entusiasmo de los trabajadores en sus actividades diarias.

7.2. Animar a los empleados a participar en obras sociales

En los últimos años, el compromiso implícito de la empresa con la sociedad –en el sentido de que se trata de una institución necesaria para la misma, ya que es un verdadero motor de desarrollo económico y, por tanto, una importante protagonista del desarrollo social– se ha convertido en un elemento más del negocio, que además cuenta con una importancia o estatus especial.

Dentro del planteamiento actual de los planes estratégicos se incluyen políticas de acción social, tanto en el ámbito interno como externo, que llevará a cabo la propia empresa.

Esta tarea que recibe diferentes nombres: “responsabilidad social empresarial”; “mercadotecnia social corporativa”; “mecenazgo social”; “patrocinio”; etc., comienza a ser bastante habitual en las organizaciones de diferentes dimensiones.

La creación de la imagen de “empresa responsable” a través de acciones específicas o de la asociación con ONG u otras entidades sin fines de lucro con reconocimiento social tiene una serie de resultados positivos desde el punto de vista del marketing y consigue la diferenciación positiva de la empresa y, por lo tanto, de los productos o servicios ofrecidos por la misma, frente a compañías de la competencia que no realicen actuaciones similares.

Resulta evidente que el equipo gestor del proyecto elegido debe estar formado por profesionales eficientes, entre los que se destaque el director del mismo como la figura prominente. Una vez que el proyecto esté en marcha, resulta muy interesante establecer modelos de voluntariado corporativo, en los que podrán participar los miembros de la plantilla, fomentando así la buena conciencia que favorecerá y mantendrá un mejor clima laboral, en el que se comparten intereses diversos y de acción social, más allá de los meros vínculos laborales.

La participación de los empleados puede variar de acuerdo con las características de cada organización, pero se pueden establecer tres formas básicas, que se adaptarán a las necesidades concretas de la compañía:

- Empresas centradas en informar y animar a sus trabajadores para que se vinculen voluntariamente a diferentes actividades sociales (que finalmente beneficien a sus entornos o comunidades).
- Compañías que negocian con sus empleados una cantidad de horas laborales para ser destinadas a tareas solidarias.

- Organizaciones que llevan a cabo un modelo mixto entre las dos formas anteriores.

Las acciones concretas consistirán en:

- Invitar a los trabajadores a participar en instituciones solidarias que tienen acuerdos con la empresa, cediéndoles parte de su jornada laboral.
- Estimular a los miembros de la organización para que generen y aporten ideas para crear un entorno saludable en la empresa e incluso fuera de ella a través de actividades, encuentros deportivos, etc.
- En caso de no tenerla, promover la creación de una fundación u organización similar de la misma empresa, que tenga unos fines sociales, sanitarios y comunitarios en los que podrán participar todos los trabajadores.

El fomento del trabajo en obras sociales aumenta el compromiso con los valores saludables y solidarios de la empresa.

7.3. Impartir educación sanitaria y promover hábitos saludables entre los empleados y otros grupos con los que la entidad se relaciona

Existen diversas enfermedades y riesgos para la salud que pueden prevenirse a través de la información y prevención dentro de la empresa. Pero educar no es sólo ofrecer una cantidad de datos aislados, sino ponerlos en práctica a través de acciones palpables y cercanas.

Fomentar conductas saludables reporta beneficios sociales, familiares, económicos y productivos, tanto para los trabajadores y las empresas como para la comunidad en la que se integran. Por ejemplo, el consumo de tabaco y la exposición al aire contaminado por el humo de aquel se ha reducido mucho con la aplicación de medidas legislativas que prohíben fumar en el entorno laboral, pero las empresas, además de brindar información y asesoramiento a quienes lo soliciten o incluso a todos los trabajadores, pueden impulsar particularmente iniciativas como por ejemplo *un día sin humos* en toda la compañía.

También puede trabajarse con los seguros de salud que la mayoría de las empresas saludables ofrecen a sus trabajadores para brindar planes de información y prevención sobre malestares y enfermedades típicas de las diversas áreas laborales: problemas musculares, estrés, enfermedades cardiovasculares, etc.

Por otro lado, ofrecer un menú saludable en el comedor de la empresa, opciones saludables en las máquinas vending y con información sobre los alimentos beneficiosos para la salud es también un modo de prevenir los trastornos alimentarios y los problemas derivados de la obesidad.

La educación sanitaria ofrece un amplio abanico de posibilidades como puede ser la información y formación en nutrición para promocionar una alimentación saludable y una dieta equilibrada basada en los modelos mediterráneos complementándola con las acciones concretas en las empresas:

- Ofrecer menús saludables en el comedor de las empresas.
- Fomentar el consumo de desayunos saludables (por ejemplo, colocando máquinas que ofrezcan no únicamente bollería industrial y café, sino también zumos, frutas, galletas integrales, etc.).
- Contar con dispensadores y fuentes de agua fresca para el consumo de los trabajadores que estén ubicados en lugares próximos para todos.
- En la organización de reuniones de trabajo, ofrecer fruta, zumos y agua en vez de pastas, bollería y café.
- Promover acuerdos con los bares y restaurantes próximos para que ofrezcan más de una variante saludable del menú diario.
- Concienciar y promover la reducción del consumo de bebidas alcohólicas.
- Facilitar el uso de un gimnasio a disposición para todos los empleados en las instalaciones, realizar acuerdos para subvencionar las matrículas y acordar condiciones ventajosas en el uso de los establecimientos deportivos de la zona de influencia de la empresa e incluso organizar clases de taichí y yoga, masajes, etc.
- Acordar con los *catering* que los menús presenten un semáforo indicativo de las calorías, grasas, azúcares, etc., de cada alimento.
- Celebrar mediante diferentes iniciativas el Día Mundial de la Hipertensión, del Cáncer de Mama, de la Diabetes, etc., para concienciar a nuestros empleados sobre la importancia de cuidar nuestra salud.

- Utilización de las nuevas tecnologías y redes sociales para hacer llegar nuestra filosofía empresarial a cada rincón de la red.
- Desfibriladores semiautomáticos para utilizarlos en todos los centros de trabajo.

Fomentar estilos de vida saludables en alimentación y actividad física ayudará a promover y mantener la salud.

8. Bibliografía

BSI Group. Disponible en: <http://www.bsiamerica.com/enus/Assessment-and-Certification-services/Managementsystems/Standards-and-chemes/OHSAS-18001/> (último acceso: 31 de julio de 2009).

Declaración de Luxemburgo. Disponible en: <http://www.enwhp.org/>.

Grawitch, M. J. *et al.* "Leading the healthy workforce: the integral role of employee involvement". *Consulting Psychology Journal: Practice and Research* 2009, 61(2): 122-135.

Guía de la empresa saludable, noviembre de 2009. Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona.

Observatorio GO Fit. *Productividad y empresa saludable*.

Schnall, P. L., Dobson, M., Rosskam, E. (eds.). *Unhealthy work: causes, consequences, cures*. Amityville, New York. Baywood Publishing Company Inc., 2009, p. 169.

Walters, D. *et al.* The role and effectiveness of safety representatives in influencing workplace health and safety. *HSE Research Report 363*, 2005. Disponible en: www.hse.gov.uk/research/rrhtm/rr363.htm (último acceso: 11 de noviembre de 2009).

7.6. CONCILIACIÓN Y RELACIONES COMO ELEMENTOS DE ACCIÓN HACIA LA SALUD

Sara Díaz González

Técnico de Recursos Humanos,
PREMAP Seguridad y Salud

Resumen

¿Conciliación laboral? A simple vista es una palabra fácil de entender, cuyo significado conocemos y todo lo que engloba, sabemos que genera un sentimiento de bienestar y reputación corporativa, propulsora de la motivación y sin ninguna duda un cambio cultural dentro y fuera de las empresas. Sin embargo, si tuviésemos que reflejar por escrito todas esas sensaciones para definir la palabra “conciliación”, se produciría una gran lluvia de ideas debido a las múltiples formas de entenderla, percibirla, imaginarla o incluso deseirla según la situación o realidad de vida, tanto personal como profesional, que se viva. Por ese motivo, a lo largo de este capítulo se realizará un recorrido por el concepto de conciliación, profundizando en su evolución, medidas, certificaciones y, por supuesto, los beneficios que aporta.

1. Introducción

“El trabajo más productivo es el que sale de las manos de un hombre contento”, así lo decía el cirujano francés Victor Pauchet, sorprendentemente pronunciada en el siglo pasado. Ha transcurrido tiempo suficiente para evidenciar dicha frase, y cada vez es mayor el número de empresas, el entorno personal y familiar e incluso las personas que optan a un nuevo puesto de trabajo o se plantean un cambio profesional, los que se suman a un modelo empresarial basado en el *win to win*, donde si tu ganas, ganamos todos. Por ese motivo, se podría afirmar que la lucha de culturas está decidiéndose a pasos agigantados, evolucionando de

una cultura en la que lo más importante era estar muchas horas en el trabajo y con extensas jornadas laborales (“cultura del esfuerzo”), a una cultura basada en la orientación al resultado, consecución de objetivos y bienestar del empleado (“cultura del compromiso”).

La mayoría de las empresas tienen cada vez más claro que el camino del compromiso es el que hay que seguir porque es el que marca la diferencia, y en la actualidad son pocas las empresas que quieren quedarse desbancadas y ser poco competitivas a la hora de atraer y fidelizar el talento. Por ese motivo, son conscientes de que no sólo tendrán que centrar su foco de atención en conseguir un entorno de trabajo que permita a cada uno de sus colaboradores tener un desarrollo profesional apasionante, sino que de la misma forma tendrán que preocuparse y fomentar el desarrollo personal de cada uno de ellos.

Dados los primeros pasos, se tiene que seguir trabajando en conseguir uno de los grandes retos de la sociedad actual, la conciliación de la vida laboral, familiar y personal, o como bien diría Victor Pauchet, conseguir contentar a las personas que forman parte de una compañía.

2. El puzle de la conciliación

Como ya se mencionó en la introducción, el desarrollo personal dentro de las compañías es “el tesoro” para la atracción y fidelización del talento, desbancando a los modelos retributivos clásicos, donde el dinero era el único valor atribuido al trabajo.

El concepto ha cambiado y cada vez se valora más todo aquello que una empresa ofrece a sus colaboradores sin ser económico, es decir, el llamado *salario emocional*, un concepto que engloba cualquier forma de compensación, retributiva o contraprestación no monetaria, que recibe el colaborador a cambio de su trabajo. Dentro de ese salario emocional se incluirían los diferentes beneficios o medidas de conciliación que cada empresa adopta para sus colaboradores e incluso familiares.

Aplicar estas medidas tiene valiosos efectos positivos para el colaborador; sentirse cuidado, sentir que su familia también lo está, disponer de tiempo libre, facilidad para formarse, entre otras... Y también para la empresa supone un bienestar generalizado con equipos felices y motivados, generando un compromiso por la cultura, valores y objetivos de la misma.

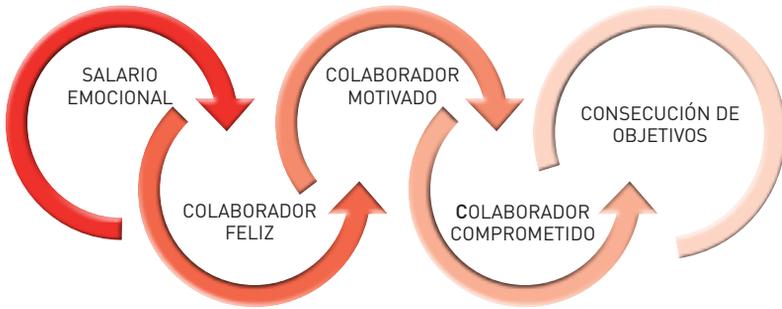


Figura 1. Salario emocional

2.1. Concepto de conciliación

Conciliar es poner de acuerdo, reunir voluntades en torno a un mismo fin, mediar entre aspectos aparentemente incompatibles, alcanzar la armonía en los procesos... Conciliar es, en suma, armonizar lo personal con lo laboral en la vida de las personas. Así lo define la Fundación Másfamilia.

La conciliación promueve tanto una nueva cultura sociolaboral, consiguiendo mayores cuotas de desarrollo, calidad de vida y justicia social, como una nueva cultura empresarial basada en la flexibilidad, el respeto y el compromiso mutuo.

Todo esto supone un cambio estructural de amplio alcance que afecta a todos los ámbitos: público y privado, laboral y personal, colectivo e individual. Por ello, los agentes políticos, económicos y sociales deben considerar que el ámbito del trabajo y el de la vida personal-familiar no son dos mundos separados sino aspectos inevitablemente relacionados que tienen que caminar unidos para garantizar la calidad de vida de las personas, la transformación de la sociedad y asegurar la calidad y rentabilidad de las empresas.

A menudo cuando se habla de conciliación, no se sabe bien de qué se está hablando, por tanto, es importante no confundir este concepto. En definitiva, conciliación no es:

- Café para todos/as.

Son soluciones específicas que ofrece una compañía a sus colaboradores ante circunstancias conflictivas que puedan afectar al equilibrio entre los diferentes

ámbitos de su persona. Si esto se tiene en cuenta a la hora de diseñar medidas significativas, la conciliación dejará de ser vista como una cuestión de maternidad-paternidad y empezará a ser vista como un beneficio para todos.

- Algo que afecta sólo a la población femenina.

Afecta a todas las personas por igual. Siempre existe una vida familiar, personal y profesional. Se necesita tiempo para las cosas importantes, y conseguir el equilibrio para compaginarlo es lo que genera el sentimiento de felicidad.

- Reducir la productividad ni la competitividad de la empresa.

Para que una buena política de conciliación se pueda dar y tenga éxito es necesario que la cultura de la empresa asuma ese reto y apueste firmemente por llevarla a cabo. La empresa debe ser consciente de que la conciliación debe ir unida a la estrategia empresarial, asumiendo que es un elemento clave para atraer y retener el talento al igual que un símbolo de competitividad. Conciliar no es un sinónimo de trabajar menos, olvidándonos de la visión tradicional de medir el compromiso del colaborador con el número de horas de trabajo y no con los resultados y los logros.

- Un conjunto de medidas, es un modelo cultural.

No sólo requiere el compromiso por parte de la empresa o de la Administración pública, sino un compromiso que incluye a toda la sociedad. Una cultura conciliadora sensibiliza y promueve las buenas prácticas y medidas encaminadas a solucionar el conflicto entre el ámbito laboral, familiar y personal.

- Algo que tienen que dar, es una actitud personal.

Cada uno de los colaboradores de la organización debe hacer suyos los valores que lleva consigo el significado de la conciliación y conseguir promoverlos en los diferentes entornos en los que se encuentre, teniendo una actitud proactiva de seguir sumando con un objetivo común.

Por todo ello, cuando se hable de conciliación y lo primero que nos venga a la cabeza sea el concepto de familia relacionándolo con las mamás, papás, hijos, permisos, etc., habrá que quitarse esa idea de la cabeza, ya que la conciliación se ha convertido en una línea transversal que abarca tanto a la compañía: reputación corporativa, atracción del talento, excelencia, compromiso, como a la sociedad,

relacionándose en temas como la igualdad y diversidad, salud y bienestar, discapacidad, infancia, y como hemos dicho anteriormente, la familia.

2.2. La conciliación dentro de un modelo empresarial

Para que un modelo de conciliación tenga éxito es necesario que la cultura empresarial vaya unida al fuerte convencimiento de la dirección por apostar firmemente en asumir este reto. Para ello es importante que la conciliación vaya unida a la estrategia empresarial. Es imprescindible una buena política de comunicación interna que sensibilice y promueva esa cultura conciliadora entre el equipo directivo, mandos intermedios y todos los colaboradores de la plantilla. Se tiene que participar de forma activa en el desarrollo de un modelo empresarial basado en la evaluación del rendimiento a través del cumplimiento de objetivos tanto cualitativos como cuantitativos y no tanto por la permanencia en el puesto de trabajo, que fomente la autonomía, confianza y responsabilidad, consiguiendo un beneficio mutuo entre la empresa y el colaborador, y afianzando la idea de que conciliar es sinónimo de *trabajar mejor y no de trabajar menos*.

Una vez que la cultura empresarial está alineada con la conciliación hay que dar tres pasos importantes para materializarla:

- Diagnóstico de la empresa. Es necesario hacer una fotografía de la empresa donde se refleje y se analice las necesidades de la empresa y de sus colaboradores. A través de un análisis DAFO se pueden categorizar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que se encuentren para poder hacer un plan de acción a medida según los resultados obtenidos.
- Costes y recursos. La mayoría de los costes no son económicos sino de tipo organizacional. Destinar tiempo, personal y recursos a esta iniciativa, con una estrategia de acción, facilita el apoyo y el desarrollo de tareas dentro de la empresa para conseguir una adecuada distribución de los recursos y asegurar el éxito global de la compañía.
- Identificar todas y cada una de las medidas internas que van a beneficiar a los empleados de la compañía. Es muy difícil cubrir las necesidades de todos y cada uno de los colaboradores, ya que cada uno tiene una situación personal o familiar diferente. Por ese motivo hay que conseguir encontrar un equilibrio y alternativas posibles a cada una de las situaciones, para ello es muy importante conocer la situación o las necesidades de nuestros empleados a través

del primer paso, el diagnóstico, donde a través de encuestas, buzones de sugerencias, etc., se podrán identificar, estudiar y, finalmente, implantarlas o no. Dentro de las medidas de conciliación que más aplican las empresas, según un estudio realizado por Compensa Capital Humano y Fundación Másfamilia a un total de 108 empresas, nos encontramos con el siguiente *ranking*:

1. Horario flexible de entrada y salida.
2. Seguro de vida.
3. Retribución flexible.
4. Aumento de días de vacaciones.
5. Seguro médico.
6. Ayuda económica para estudios o formación del empleado.
7. Seguro de accidentes.
8. Plan de pensiones.
9. Asistencia o reconocimiento médico.
10. Condiciones ventajosas en la compra de productos.
11. Libre elección del periodo vacacional.
12. Jornada laboral intensiva en periodo vacacional.
13. Jornada laboral intensiva los viernes.
14. Mayoría de la plantilla con contratación indefinida.
15. Comedor de empresa.
16. Ventajas en la compra de productos de la entidad.
17. Condiciones financieras ventajosas.
18. Ayuda económica para la formación de los hijos.
19. Aparcamiento de empresa.
20. Cesta o regalo de Navidad.

A día de hoy, para conseguir un buen modelo de conciliación, la Fundación Másfamilia, organización privada, independiente, sin ánimo de lucro y de carácter benéfico, ayuda, a través de sus diferentes normas donde se desglosan una metodología y herramientas de trabajo, a implantar un modelo de gestión familiarmente responsable o bien desde cero o bien para mejorar las prácticas y políticas ya puestas en marcha dentro de una compañía.

Cuando una empresa supera el proceso de certificación EFR (empresa familiarmente responsable), queda patente que cumple con los requisitos exigidos de mejora continua, respondiendo a una nueva cultura de trabajo basada en la responsabilidad y respeto a la conciliación de la vida familiar y laboral, al apoyo en la igualdad de oportunidades y a la inclusión de los más desfavorecidos a través de su metodología de trabajo.

3. Beneficios y ventajas de la conciliación

El continuo movimiento y los cambios constantes ocurridos en los últimos años tanto sociales, económicos como demográficos han provocado modificaciones en la realidad familiar y empresarial. Por todo ello se ha identificado, y ya lo hemos comentado anteriormente, que las empresas tienen que conseguir que sus colaboradores no disminuyan su productividad a causa de preocupaciones que no provienen de la empresa y sí de la familia. La normativa asienta unas bases en cuanto a las obligaciones legales, pero hay que dar un paso más a través de programas específicos y medidas de conciliación, cuyo objetivo es invertir en las personas que construyen la empresa para ayudarles y al mismo tiempo mejorar la productividad, innovación y competitividad laboral.

Toda esta inversión en conciliación va a tener una serie de beneficios:

- Para la persona, mayor felicidad, “estado en el que la persona podrá desarrollar todos sus puntos fuertes en el desempeño de su profesión”. Esa es la definición que propone AEDIPE (Asociación para el Desarrollo y Dirección de Personas) sobre la felicidad en el trabajo.
 - Enriquecimiento y realización personal, sin sentirse penalizado ni social ni laboralmente.
 - Incremento de calidad de vida debido a la reducción del estrés y de la ansiedad laboral.
 - Aumento de la motivación, autoestima, lealtad a la empresa y de la ilusión en el trabajo que se desarrolla.
 - Mayor estabilidad laboral y equilibrio emocional y familiar.
 - Posibilidad de realizar una carrera profesional debido al mayor desarrollo personal y profesional que tiene un colaborador al sentirse a gusto en su empresa, preocupándose más por formarse como persona y como profesional.
 - Incremento de la eficacia con la organización y rendimiento productivo con uno mismo.
- Para la empresa, mayor competitividad. “Estamos en la era de la innovación, por lo que necesitamos de la creatividad, de la innovación y de las personas

que son más libres para elegir. ¡Necesitamos más! Necesitamos su completo compromiso. La empresa que lo consiga tendrá ventajas competitivas que la harán sobrevivir". Esas son las palabras de Virgilio Gallardo, blogger de *Supervivencia Directiva*.

- Mejoran los índices de productividad, rendimiento económico, bajas laborales y rotación de personal debido a la implicación, compromiso y mejora en la prestación de servicios de los colaboradores.
- Salvatore Moccia, en su investigación sobre los *Posibles beneficios de la conciliación* (diciembre de 2011), destaca que la OMS estima que en el 2020 la depresión será la segunda causa de inhabilidad laboral y que en Europa los costes de la depresión en el trabajo son de 240.000 millones de euros, de los cuales 136.000 se deben a la pérdida de productividad.
- Estos datos nos dicen que es necesario seguir trabajando para reducir o evitar dichas cifras.
- Mejora de la imagen y reputación de la empresa tanto interna, fomentando el compromiso, fidelidad y vinculación de los colaboradores con la empresa, como externa, fomentando la atracción de nuevos y potenciales clientes al igual que la captación del futuro talento para la compañía.
- Una inversión eficaz en recursos humanos. Aumenta la retención del talento cualificado, disminuyen los costes en los procesos de selección y formación, mejora la gestión y planificación del tiempo, así como el clima laboral, dando lugar a un entorno con menos conflictos laborales, estrés y absentismo laboral y emocional.
- Para la familia y la sociedad, aumenta el equilibrio entre el entorno social y laboral. "La conciliación es satisfactoria para el individuo y útil para la sociedad", según Francisco López Ruipérez en el VIII Congreso Nacional de "Horarios Racionales, Ya".
 - Reducción de los conflictos familiares y de pareja.
 - Aumento de la natalidad y, en consecuencia, mejora de las condiciones futuras de desarrollo económico y social.
 - Incremento del tiempo dedicado a la familia.

- Mayor igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito laboral, familiar y social.
- Favorece un modelo de organización de la sociedad y la calidad de vida de la ciudadanía.
- Aumenta la calidad de vida de las poblaciones y aumenta el crecimiento de otros sectores: formación, ocio, comercio...

4. Bibliografía

Conciliación de la vida personal, familiar y laboral: www.ib.ccoo.es.

Conciliación e igualdad RR. HH. digital: www.rrhhdigital.com.

Conciliación laboral: ventajas, beneficios y ejemplos: <http://es.workmeter.com/>

Fundación Másfamilia: www.masfamilia.org.

Hablemos de conciliación de la vida laboral, familiar y personal en nuestras empresas: www.promocion.camaramadrid.es/

Promoción de la salud en el trabajo: www.insht.es/

Servicio Concilia Madrid: www.conciliamadrid.net.

7.7. EMPRESA FAMILIARMENTE RESPONSABLE

José Manuel Álvarez Zárate
Ingeniero. Instituto de Ergonomía

Resumen

El modelo de empresa familiarmente responsable (EFR) es una propuesta de la Fundación Másfamilia¹, una organización cuya misión es desarrollar acciones que, desde los diversos ámbitos de la vida (económico, educativo, laboral, etc.), supongan una mayor protección y una mejora de la calidad de vida y bienestar de las familias, y especialmente de aquellas con dependencias en su seno en contraprestación al importante papel que juegan como elemento de cohesión social.

EFR es un movimiento internacional que, formando parte de la responsabilidad social empresarial (RSE)², se ocupa de avanzar y dar respuesta en materia de conciliación de la vida familiar, personal y laboral, a través de herramientas profesionales como el modelo de gestión. En la actualidad, Fundación Másfamilia es la propietaria del esquema privado de certificación EFR, así como del modelo de gestión *ad hoc* y licenciataria de la marca del mismo nombre. Se trata de un modelo de gestión de la conciliación y la igualdad dentro de las organizaciones. EFR responde a una cultura empresarial y sociolaboral basada en la flexibilidad, el respeto y el compromiso mutuos.

1. Breve descripción del modelo EFR

En la certificación EFR se propone un proceso dinámico de mejora continua basado en el denominado círculo de Deming, también conocido como PDCA (*Plan, Do,*

¹ <http://www.masfamilia.org/>.

² Norma Internacional SA 8000 sobre responsabilidad social. Social Accountability International, 2014.

Check, Action). La implantación del modelo en una organización supone por tanto la mejora continua en la gestión de las personas.

El modelo establece que cada organización deberá estructurar sus políticas y medidas orientadas a la gestión de una empresa familiarmente responsable dentro de los siguientes apartados:

1. Liderazgo y estilo de dirección. Perspectiva de género.
2. Calidad en el empleo.
3. Flexibilidad temporal y espacial.
4. Apoyo a la familia de los empleados.
5. Desarrollo profesional.
6. Igualdad de oportunidades.

Existen diferentes modelos adaptados en función del sector de actividad: empresa (o grandes empresas), municipio, educación, economía social, franquicia, microentidad y un modelo global. En la norma EFR 1000-1 se recoge el modelo de gestión de conciliación e igualdad para grandes y medianas empresas (más de 150 empleados).

La implantación requiere el compromiso de la dirección, que deberá demostrarse por escrito (por ejemplo en la propia política de la organización, dentro de las definiciones de misión, visión y valores o, en su defecto, en un acta del comité de dirección) y explicitado en la visión del líder de la organización en relación con la conciliación y la igualdad de oportunidades en el contexto empresarial.

Previo al proceso de implantación, es necesario reflexionar y determinar hasta qué punto existe un cierto equilibrio real entre la vida personal y familiar y la vida profesional de las personas que trabajan en la organización. Para ello, debe realizarse un análisis del cumplimiento de la legislación aplicable en la materia, teniendo en cuenta el tipo de actividad, el mercado y escuchando a los interlocutores sociales, con el fin de identificar los puntos fuertes y débiles y las áreas de mejora en la gestión.

Se deben recoger en uno o más documentos las medidas concretas puestas a disposición de los empleados, ya sean las que recojan los mínimos legales como aquellas que superan estos mínimos. También hay que documentar los objetivos

de mejora en la conciliación e igualdad de oportunidades, designar a los responsables de llevar a la práctica la implantación y el mantenimiento del sistema de gestión de EFR, definiendo las funciones y responsabilidades correspondientes a cada persona y designando al representante de la alta dirección como responsable de dicho sistema.

Se debe llevar a cabo la identificación, análisis y evaluación de las necesidades en materia de EFR y determinar los procedimientos necesarios para la comunicación, seguimiento y medición, auditoría interna, etc., así como establecer los indicadores necesarios para la medición del desempeño, y crear una relación entre el equilibrio en la vida personal y profesional de los miembros de la organización en relación con los resultados del negocio.

En la implantación del programa se deberán definir los objetivos y metas a alcanzar, planificar las acciones a poner en práctica (definiendo los recursos, indicadores y elementos de control y seguimiento), informar y formar a las personas implicadas, y llevar a cabo una evaluación periódica del desempeño, el seguimiento y control de las acciones planificadas y la medición de los resultados obtenidos en función de los indicadores establecidos. Se trata de establecer, implantar y mantener los procedimientos y mecanismos necesarios que permitan conocer si existen o no desviaciones en relación con las medidas propuestas y los objetivos determinados.

2. Marco legal

Tal como se indica en la Ley 3/2007 (modificada en julio de 2013), la igualdad entre mujeres y hombres es un principio jurídico universal reconocido en diversos textos internacionales sobre derechos humanos, entre los que destaca la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 1979 y ratificada por España en 1983. En este mismo ámbito procede evocar los avances introducidos por conferencias mundiales monográficas, como la de Nairobi de 1985 y Beijing de 1995.

La igualdad es, asimismo, un principio fundamental en la Unión Europea. Desde la entrada en vigor del Tratado de Ámsterdam el 1 de mayo de 1999, la igualdad entre mujeres y hombres y la eliminación de las desigualdades entre unas y otros son un objetivo que debe integrarse en todas las políticas y acciones de la Unión y de sus miembros.

La igualdad debe extenderse no sólo a la igualdad entre sexos, sino también a la igualdad de oportunidades independientemente del origen racial o étnico, la religión o las convicciones, la discapacidad, edad u orientación sexual.

En la Ley 3/2007 también se reconoce el derecho a la conciliación de la vida personal, familiar y laboral y se fomenta una mayor corresponsabilidad entre mujeres y hombres en la asunción de obligaciones familiares.

La Ley 39/1999 para la Promoción de la Conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las Personas Trabajadoras plantea la necesidad de conciliación del trabajo y la familia como una condición vinculada de forma inequívoca a la nueva realidad social.

En la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, celebrada en Pekín en septiembre de 1995, se consideró como objetivo estratégico fomentar una armonización de responsabilidades laborales y familiares entre hombres y mujeres, y en la declaración aprobada por todos los miembros reunidos, se reafirmó este compromiso.

Por su parte, en el ámbito comunitario, la maternidad y la paternidad, en su más amplio sentido, se han recogido en las Directivas del Consejo 92/85/CEE, de 19 de octubre, y 96/34/CE, del Consejo, de 3 de junio. La primera de ellas contempla la maternidad desde el punto de vista de la salud y seguridad en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia. La segunda, relativa al Acuerdo Marco prevé el permiso parental y la ausencia del trabajo por motivos de fuerza mayor como medio importante para conciliar la vida profesional y familiar y promover la igualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres.

3. Beneficios que puede aportar la adopción del modelo EFR

La implantación y el desarrollo del modelo de empresa familiarmente responsable constituye un elemento esencial dentro del concepto de responsabilidad social empresarial. Desde un punto de vista económico, es indudable que mejora la imagen corporativa o la imagen de marca, transmitiendo un fuerte compromiso con los empleados y la sociedad.

El respeto a la persona y la posibilidad de conciliar la vida personal, laboral y familiar constituye un elemento esencial del estado de bienestar, contribuye a un adecuado clima psicosocial en la empresa, fortalece y transmite la imagen de compromiso de la organización con sus empleados y la sociedad.

No cabe duda también que la protección del embarazo y la maternidad y de la paternidad contribuyen a una mejora objetiva en el desarrollo y educación de los hijos y, por ende, en una mejora de la sociedad.

Otros potenciales beneficios pueden ser la reducción del absentismo, de la rotación del personal, una mayor flexibilidad y, en determinados casos, el acceso a determinadas subvenciones o beneficios fiscales.

4. Bibliografía

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombrés.

Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para Promover la Conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las Personas Trabajadoras.

Norma Internacional SA 8000 sobre Responsabilidad Social. Social Accountability International, 2014.

7.8. LA EMPRESA COMO NÚCLEO PROMOTOR DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD

M.ª Pilar Vega Ramiro
PREMAP Prevención y Salud

Resumen

En la actualidad, se ha producido una serie de cambios económicos, sociales y organizacionales que han contribuido a la aparición de un entorno empresarial cambiante, dinámico y afectado por la globalización económica.

Estos cambios y la conceptualización de la salud como un "estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente como la ausencia de enfermedad" (OMS), han llevado a que se esté tomando forma en las empresas, como un fenómeno incipiente, la incorporación a las políticas de responsabilidad social, prácticas encaminadas a obtener el equilibrio entre la vida personal y profesional, siguiendo modelos de gestión de mejora continua. A través de estos sistemas, se integran programas dirigidos al bienestar de las personas como la RSC o de conciliación, con los programas de seguridad e higiene en el trabajo, o los beneficios sociales adjuntos al sistema retributivo y la formación o desarrollo de carreras.

Entre los beneficios que supone para una organización la incorporación de programas de bienestar corporativos, mejorando la satisfacción de los empleados y atrayendo a personal cualificado, está el de obtener una buena imagen pública que contribuye a la mejora de las relaciones comunitarias, siendo reconocidas tanto por su público interno como por su entorno externo.

Ya que la persona es un ser único e indivisible, no se puede abordar la protección de su salud sólo desde la perspectiva individual, sino que también debe considerarse

desde la integración en la comunidad, en la sociedad e incluir su aspecto laboral. Está demostrado que las empresas que promueven y protegen la salud de los trabajadores tienen un mayor éxito, siendo más competitivas a largo plazo y tienen valores más bajos de rotación en su plantilla.

Diversas investigaciones han establecido una relación directa entre “trabajo y los hábitos personales de salud”, no bastando con proteger la salud a través de la eliminación de los peligros del espacio laboral, para garantizar que los trabajadores experimenten una salud excelente.

Se debe tener presente el hecho de que la salud de un empleado también está influenciada por sus hábitos personales de salud, ya que conductas como: ¿el trabajador fuma?, ¿tiene una dieta nutritiva?, ¿hace suficiente ejercicio?, ¿su sueño es reparador?, ¿conduce de forma segura?, ¿abusa en el consumo de alcohol o drogas?, tienen un tremendo impacto en la salud.

A su vez, es evidente que el trabajo puede, y lo hace, tener influencia sobre estas conductas y elecciones personales y por tanto sobre la salud, pudiendo incrementar los factores de riesgo: si una empresa dispone de una cafetería con comida que no permita tener una dieta equilibrada, es probable que esto fomente entre los trabajadores comer alimentos no sanos, por lo menos mientras están en el trabajo. Si el trabajo es estresante, muchos empleados reaccionarán incrementando malos hábitos que le ayuden (temporalmente) a lidiar con el estrés, como tomar alcohol en exceso o fumar más. Si los trabajadores esperan trabajar largas horas y un significativo tiempo extra, será difícil para ellos incorporar la actividad física a su programa diario.

Por todo ello, y como punto de partida, es necesario contemplar la promoción de la salud como una estrategia innovadora, que incluyendo la prevención de los riesgos profesionales (enfermedades relacionadas con el trabajo, accidentes, lesiones, enfermedades profesionales), contribuya a aumentar la capacidad de la población trabajadora para mantener su salud y mejorar sus hábitos de vida.

1. Desarrollo de programas de salud y bienestar

La empresa, teniendo como finalidad la concienciación y educación para cambiar comportamientos o mejorar los hábitos de su plantilla, se plantea desarrollar programas de promoción de la salud y bienestar, para lo que es necesario

realizar un análisis previo a través de estudios que permitan ofrecer a sus empleados planteamientos acordes a sus necesidades y en concordancia con la organización.

Estos programas tienen que estar diseñados de acuerdo a una planificación que nos permita ofrecer el nivel de intensidad de las actividades programadas y establecer la frecuencia con las que se ofertarán.

Como actividades básicas que contribuyen a la creación de una cultura de promoción del bienestar dentro de una organización y que, por tanto, deberían estar incluidas dentro de los programas desarrollados, se destacan temas genéricos de salud y adopción de buenos hábitos, así como sobre áreas específicas.

Cabe destacar a modo de ejemplo, las siguientes temáticas a tratar:

- Nutrición: promover la adopción de buenos hábitos en la alimentación.
- Actividad física: promoción de la actividad física y el deporte.
- *Coaching* de salud y bienestar.
- Eventos sociales de promoción: modificación de hábitos
 - Reducir el consumo de tabaco.
 - Minimizar el consumo de alcohol.
- Tratamientos *inhouse*: mejorar la ergonomía del puesto de trabajo.
- Actividades de cuerpo-mente:
 - Reducir la tensión relacionada con el trabajo.
 - Actividades de autogestión.

Por otro lado, a la hora de hacer el diseño y planificación de actuaciones, se deben tener en consideración los siguientes puntos:

- Establecer a que público se dirigen (a todo el colectivo, personal jubilado, familias de los empleados...) y forma de acceso.
- Definir los programas teniendo en consideración que no se favorezca a ciertos colectivos frente a otros que pueda ocasionar reticencias en los empleados a participar.

- Establecer la frecuencia.
- Concretar los objetivos de los programas (sensibilizar, educar, cambiar de comportamiento...).
- La comunicación y facilitación de la participación.
- Asignar un presupuesto específico para cada programa.
- Establecer el modo en que se va a hacer el seguimiento y registro del impacto de los programas en la productividad del empleado.
- Forma de analizar los resultados obtenidos y parámetros a controlar.
- Diseñar las campañas de concienciación con repeticiones periódicas.
- Confidencialidad: debe asegurarse la salvaguarda de la intimidad con respecto a los participantes de los programas, así como el aseguramiento del cumplimiento de la protección de datos en relación con toda la información médica que se pueda obtener a lo largo del desarrollo de los programas.

Un elemento clave es definir el alcance de cada actividad, siendo por tanto básico a la hora de definir el público al que va dirigido cada programa. La organización debe tener en consideración los cambios demográficos que puedan producirse en la composición de la plantilla, como es la incorporación de las mujeres al mercado laboral, así como el envejecimiento de la población y, por consiguiente, en la plantilla, al tener un impacto directo con el tipo de necesidades que puedan surgir a la hora de diseñar los programas de salud.

2. Establecer un plan específico para las actividades de salud y bienestar

Con el fin de alinear a la organización y a los empleados en la búsqueda de objetivos comunes, es necesario que la empresa desarrolle un *plan operativo de salud y bienestar*, a través del cual se facilite la planificación y ejecución.

A través de este documento se da autonomía de decisión para la ejecución de las tareas específicas sin que se pierdan los objetivos generales definidos, permitiendo a los responsables de la ejecución de los programas establecer una comunicación

con la dirección general de la organización que pueda ofrecer una visión clara de los resultados y por tanto del valor del plan puesto en marcha, así como del retorno de la inversión que los programas desarrollados suponen para la compañía.

Este documento debe incluir:

- Declaración de intenciones: definición de la visión incorporada a la filosofía de la empresa.
- Definición de metas medibles vinculadas directamente al plan estratégico de la entidad.
- Establecimiento de plazos de ejecución.
- Definición de las funciones y responsabilidades.
- Establecer presupuesto para llevar a cabo el plan.
- Designación de recursos.
- Definición de estrategias de comunicación para promover eficazmente el programa.
- Procedimiento de evaluación para medir las metas y objetivos previamente establecidos.

Cuando se establecen las líneas generales de este plan, es adecuado tener en consideración la flexibilización y racionalización de los horarios, así como otras políticas de conciliación entre la vida personal y la profesional, ya que su implantación dentro de la organización facilita la participación de los empleados en las actividades diseñadas. Así, aquellas empresas que tienen implantadas políticas que permiten liberar tiempo de la jornada laboral de los empleados tienen una participación en las actividades de promoción de la salud y bienestar elevada, al permitir la participación durante la jornada laboral.

Otro punto importante a tener en consideración es el establecimiento de la metodología para evaluar la satisfacción de los participantes en los programas, no como medida de retorno de la inversión realizada, sino como la aceptación y lo bien que se sienten con el mensaje que la organización comunica con la puesta en marcha de estas iniciativas.

A la hora de designar recursos que se hagan cargo de coordinar los programas de salud y bienestar, es muy importante tener en cuenta que, para un buen funcionamiento de este equipo, debe existir en su composición la diversidad y representación de las principales áreas de la empresa, así como la definición de una metodología de trabajo adecuada, que permita establecer las pautas o criterios. Siendo claves por tanto para el éxito del plan la correcta definición de funciones y responsabilidades, la designación de un responsable de coordinar al equipo, así como la continuidad de los miembros del mismo.

En lo referente a la inversión o asignación de presupuesto, cada organización debe establecerlo de forma consecuente con las facilidades que pueda ofrecer para el desarrollo e implantación de los programas, con la visión de eficacia en cuanto a la importancia de implantar las iniciativas planificadas buscando como fin último la mejora de la salud y bienestar de los empleados, e incluso obtener una mejor productividad. En algunos foros se ha estimado como valor mínimo de inversión ideal 150 euros por empleado/año.

Por último, pero no menos importante, es la medida y registro del impacto que la implantación de las actividades desarrolladas tienen sobre la productividad de la organización, siendo indicadores clave parámetros de: absentismo, rotación, presentismo, etc.

Estas medidas permiten evaluar el impacto que los programas definidos e implantados tienen en la inversión en términos de rendimiento, lo que implica confirmar el aumento del balance de la empresa cuando sus empleados adoptan un estilo de vida saludable.

El plan debe ser aprobado por la dirección general de la organización, y definido, según el ámbito de competencia, por diversas áreas como son: recursos humanos, comunicación interna, responsabilidad social corporativa, servicio médico, comité de empresa, prevención de riesgos, etc.

Es imprescindible que se establezca conforme a líneas transversales, con implicación de los diferentes departamentos, para poder cubrir los ámbitos de sensibilización, información y propuestas concretas de actividades.

3. Promoción de una cultura de vida saludable

La Organización Mundial de la Salud (OMS-WHO, 2006) establece que “la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores son de fundamental importancia para los propios trabajadores y sus familias, y también para la productividad, la competitividad y la sostenibilidad de las empresas y, por ende, para las economías de los países y del mundo”.

Tradicionalmente, los programas de salud en el lugar de trabajo han estado sesgados, al estar centrados básicamente en la seguridad y, por tanto, en la reducción de los factores de riesgo que se presentan en el propio lugar de trabajo, así como el caso de que muchos programas de promoción de la salud se han focalizado exclusivamente en estilos de vida extralaborales que ponen en riesgo la salud; sin embargo, la eficacia de combinar ambos esfuerzos hacia intervenciones que integren la protección y la promoción de la salud ha producido un cambio de rumbo en el enfoque establecido desde las organizaciones a la hora de definir sus modelos de gestión.

Por ello, partiendo desde la perspectiva de la responsabilidad social corporativa, en las empresas se está potenciando cada vez más la concienciación de la importancia que tiene la actuación en la comunidad, estableciendo iniciativas dirigidas hacia la prevención y mejora de indicadores de enfermedades muy extendidas, como son el estrés, tabaquismo, alcoholismo, obesidad, cardiovasculares..., para lo que se busca la ampliación de los programas de salud y bienestar definidos en el plan operativo a las familias de los empleados e incluso a clientes y proveedores.

Esta nueva visión hace que las estrategias de salud y bienestar, definidas por la entidad, tengan un triple enfoque al ser consideradas desde las áreas de RR. HH., PRL y RSC, tal y como en el plan operativo de salud y bienestar queda reflejado al existir presencia de cada una de ellas.

Inicialmente, parecía lógico enfocar los programas de salud y bienestar desde la perspectiva de la relación directa de la salud con la prevención de riesgos laborales en cuanto a la reducción de costes, siendo el punto de interés que tiene para la empresa por los beneficios obtenidos; como un paso ampliado, se aborda un enfoque dirigido hacia el bienestar estableciendo una relación directa con factores de prevención de riesgos de tipo emocional, considerándose las consecuencias que pueden tener sobre el clima laboral y la motivación de la plantilla.

Teniendo en consideración que para que la salud promocióne de forma efectiva, es necesario establecer acciones encaminadas a facilitar el conocimiento y dotar de medios necesarios a cada persona para que sea capaz de autogestionar su salud. El aprovechar el lugar de trabajo como punto de partida para la prevención de la salud a nivel comunitario estaría dentro de la lógica el establecer como paso siguiente la ampliación del ámbito de actuación de la empresa hacia su entorno social, por los aspectos positivos con los que puede influir, de manera que la promoción de la salud se realice de forma cercana, sencilla y atractiva.

Por otro lado, muchas organizaciones están incorporando en sus iniciativas de promoción de la salud actuaciones que proporcionan servicios comunitarios, los cuales ayudan a la empresa a involucrarse voluntariamente dentro de la comunidad, así como a establecer ventajas de atracción y retención de capital humano, adoptando conductas donde se consideran elementos de salud y seguridad, protección ambiental, prácticas y políticas de recursos humanos, desarrollo de la comunidad, etc.

Diversos estudios realizados durante los últimos años indican que los trabajadores consideran que las medidas dirigidas hacia la mejora de su salud redundan directamente en su aumento de productividad; por lo que todos aquellos programas para fomentar los hábitos saludables entre los trabajadores ayudan a combatir enfermedades crónicas, lo que les permite disfrutar de una mayor calidad de vida dentro y fuera del trabajo. A su vez, se promueve el concepto de "autocuidado", a través del conocimiento aprendido por la educación, la responsabilidad y el compromiso que adquiere cada trabajador de forma individual para alcanzar un estilo de vida saludable, llegando en muchos casos a realizarse cambios de conducta y, por consiguiente, de hábitos y actitudes.

Así, en el marco de influencia en cuanto a la mejora de la salud a desarrollar desde la empresa, se pueden considerar diferentes alcances:

- Desarrollo de competencias personales desde el punto de vista de la salud.
- La creación de entornos que apoyen a la salud.
- Implantación de una cultura saludable tanto a nivel individual como familiar/social y organizacional.
- Fortalecer la acción comunitaria con programas de educación y campañas de concienciación de salud.

- Ayudar en la reorientación de los servicios sanitarios.
- Construir una política pública saludable.

4. Bibliografía

Estudio sobre la promoción de la salud y la cultura del bienestar en las empresas del IBEX 35.

IESE Business School. *Productividad y empresa saludable*, elaborado por el Centro Internacional de Investigación de Organizaciones (IRCO).

OMS. *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de soporte*. Organización Mundial de la Salud, 2010.

